

Rapport final

Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion du travail social en hôpital

31-3-2012

Griet De Bodt, Marieke Desmet, Patricia Fruyt, Tamara Paternostre, Martine Smaers, Véronique Van Bever, Ann Van Hecke

Financé par :  Federale Overheidsdienst
Volksgezondheid, Veiligheid van de
Voedselketen en Leefmilieu

Toute utilisation du présent rapport devra mentionner la référence suivante :

De Bodt G., Desmet M., Fruyt P., Paternostre, T., Smaers, M., Van Bever, V., Van Hecke, A. (2012). Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion du travail social en hôpital. Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	6
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	7
CHAPITRE 2 : COMPOSITION ET SUIVI DES ÉQUIPES DE RECHERCHE	9
CHAPITRE 3 : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF	13
CHAPITRE 4 : ORGANISATION ET REALISATION DE L'ENQUETE	17
1. PHASE 1 : ECHANTILLON HÔPITAUX GENERAUX, SPECIALISES ET GÉRIATRIQUES	17
1.1 Sélection de l'échantillon.....	17
1.2 Caractéristiques de l'échantillon.....	18
1.2.1 Strates	18
1.2.2 Caractéristiques supplémentaires	19
1.2.3 Caractéristiques démographiques des hôpitaux et des services sociaux	19
2. PHASE 2 : DETERMINATION DE L'IMPORTANCE, DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE DES ACTIVITES DE TRAVAIL SOCIAL DANS LES HÔPITAUX GENERAUX, SPECIALISES ET GERIATRIQUES	23
2.1 Tests pilote du mode d'emploi tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier.....	23
2.1.1 Séances d'information pour les personnes de contact et les travailleurs sociaux	23
2.1.2 Procédure des tests pilote du mode d'emploi tâches liées au travail social en milieu hospitalier.....	26
2.1.3 Résultats du test pilote du mode d'emploi tâches liées au travail social en milieu hospitalier.....	28
2.1.3.1 Caractéristiques des participants	28
2.1.3.2 Résultats de la fiabilité interévaluateur (FIE).....	28
2.2 Importance de l'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités de travail social en milieu hospitalier	30
2.2.1. Procédure de détermination de l'importance des activités clés.....	30
2.2.2. Procédure d'enregistrement de la fréquence et de la durée.....	32
2.2.3. Méthodologie utilisée pour l'enregistrement de la fréquence et de la durée.....	34
2.2.4. Caractéristiques des participants aux questionnaires importance et enregistrement de la fréquence et de la durée	36
CHAPITRE 5 : RESULTATS ET ANALYSE DU QUESTIONNAIRE SUR L'IMPORTANCE ET DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE.....	38

1. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR L'IMPORTANCE DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, SPÉCIALISÉS ET GÉRIATRIQUES	38
1.1 Introduction.....	38
1.2 Résultats pour la Belgique : commentaire des activités les plus/moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal	38
1.2.1 Classification.....	38
1.2.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).....	43
1.3 Comparaison des résultats obtenus dans la partie néerlandophone et dans la partie francophone – commentaire des activités clés les plus importantes et les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal	66
1.3.1 Classification.....	66
1.3.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).....	70
1.4 Résultats en fonction du statut de l'hôpital – commentaire des activités clés les plus importantes et les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal	89
1.4.1 Classification.....	89
1.4.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).....	91
1.5 Résultats en fonction de la taille de l'hôpital – commentaire des activités clés les plus importantes et les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal ..	110
1.5.1 Classification.....	110
1.5.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).....	113
2. COMPARAISON DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR L'IMPORTANCE DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, GÉRIATRIQUES ET SPÉCIALISÉS (HG) ET DANS LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES (HU).....	134
2.1 Introduction.....	134
2.2 Classification.....	134
2.3 Question générale sur l'importance	136
3. RESULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE	138
3.1 Introduction.....	138
3.2 Résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée	140
3.2.1 Résultats pour l'ensemble de la Belgique	140
3.2.2 Résultats pour la strate « partie du pays »	143
3.2.3 Résultats pour la strate « statut ».....	145
3.2.4 Résultats pour la strate « taille de l'hôpital »	147
4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE POUR LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES ET LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, AINSI QUE POUR LES HÔPITAUX SPÉCIALISÉS ET LES HÔPITAUX GÉRIATRIQUES	149

4.1	Introduction.....	149
4.2	Résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée.....	150
CHAPITRE 6 : INVENTAIRE ET IMPACT DES FACTEURS D'INFLUENCE SUR LE TRAVAIL SOCIAL.....		
153		
1.	INTRODUCTION.....	153
2.	EXAMEN DES NOTIONS D'INTENSITÉ DE TRAVAIL ET DE CHARGE DE TRAVAIL.....	155
3.	PROCÉDURE D'ÉTABLISSEMENT DU QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LES FACTEURS D'INFLUENCE DU TRAVAIL SOCIAL À L'HÔPITAL.....	156
4.	CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	158
5.	MÉTHODE.....	159
6.	RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LES FACTEURS D'INFLUENCE.....	159
6.1	Résultats pour l'ensemble de la Belgique.....	159
6.2	Résultats pour la strate « partie du pays ».....	162
6.3	Résultats pour la strate « statut de l'hôpital ».....	165
6.4	Résultats pour la strate « taille de l'hôpital ».....	167
6.5	Résultats des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques par opposition aux hôpitaux universitaires.....	170
CHAPITRE 7 : DISCUSSION.....		
173		
1.	INTRODUCTION.....	173
2.	DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	173
3.	LIMITATIONS DE L'ENQUÊTE.....	183
CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS.....		
184		
1.	VERS UNE MÉTHODE DE MESURE DE LA CHARGE DE TRAVAIL POUR LE TRAVAIL SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER.....	184
1.1.	Méthodes de mesure de la charge de travail.....	184
1.2.	La méthode RAFAELA.....	186
2.	APPLICATION DE LA MÉTHODE RAFAELA AU TRAVAIL SOCIAL À L'HÔPITAL ET RECOMMANDATIONS.....	189
3.	CONCLUSIONS.....	193
CHAPITRE 9: BIBLIOGRAPHIE.....		
194		

AVANT-PROPOS

Ce document est l'occasion pour, les équipes de recherche de l'UZ Gent et de l'Hôpital Erasme à Bruxelles de remercier plusieurs personnes qui ont apporté une contribution importante à la réalisation du rapport final 'Tour d'horizon du travail social: développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital'.

En premier lieu, nous souhaitons adresser aux responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires belges, des hôpitaux généraux, gériatriques et spécialisés ainsi qu'aux membres des comités de pilotage quelques mots de remerciement pour leur apport de fond, leurs réflexions, leur soutien, leur suivi et leur engagement permanent de/pour la recherche. Sans les moments intensifs de concertation et leur contribution à l'organisation et au déploiement de la recherche, nous n'aurions pas pu atteindre ce résultat final. Dans le même temps, nous adressons des remerciements tout particuliers à tous les travailleurs sociaux au sein des hôpitaux qui, à chaque fois, n'ont pas hésité à partager leurs connaissances, expériences et visions et ont également permis, de cette manière, de respecter l'échéance.

De surcroît, nous exprimons également notre gratitude aux personnes de contact/responsables du service social des hôpitaux généraux, gériatriques et spécialisés pour leur participation volontaire et leur contribution à l'étude.

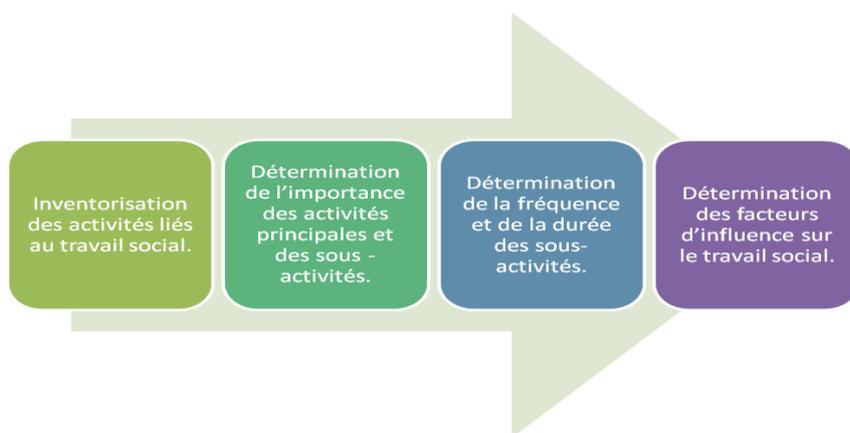
Par ailleurs, nous souhaitons particulièrement remercier le Dr. Ann Van Hecke, département 'Verplegingswetenschap', section 'Maatschappelijke Gezondheidskunde', Université de Gand ainsi que Dries Myny, collaborateur de l'équipe de direction des soins infirmiers de l'UZ Gent pour leurs conseils et leur soutien méthodologique.

Enfin, nous tenons à faire part de nos remerciements au SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement pour la reconnaissance et le financement de l'étude et, en particulier, à son coordinateur, Jelle Osselaer, pour le suivi du processus.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Le concept de l'enquête peut être résumé en quatre grandes étapes :

- L'inventaire des activités de travail social dans les hôpitaux universitaires, généraux, spécialisés et gériatriques (de 2009 à mars 2010 inclus)¹
- La détermination de l'importance des activités clés et des sous-activités de travail social.
- L'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités clés et des sous-activités.
- La détermination des facteurs d'influence sur le travail social.



Dans la présente enquête de suivi (mars 2010-mars 2012), la même méthodologie sera utilisée pour les deuxième et troisième étapes avec un échantillon d'hôpitaux généraux, gériatriques et spécialisés. Pour la quatrième étape, il a été décidé d'examiner, tant pour les hôpitaux universitaires que pour l'échantillon des hôpitaux généraux, gériatriques et spécialisés, quels étaient les facteurs d'influence de l'augmentation de la charge de travail social et quelle était leur fréquence de survenue.

Le chapitre 2 décrit la composition et le suivi des équipes de recherche.

Le chapitre 3 analyse, quant à lui, plus en détails la problématique et l'objectif.

Dans le chapitre 4, nous décrivons l'organisation et la réalisation de l'enquête. Nous y aborderons la sélection et les caractéristiques de l'échantillon. Par ailleurs, nous y décrirons également les tests pilote du mode d'emploi 'Tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier' (annexe 5) ainsi que la procédure suivie pour la détermination de l'importance, de la fréquence et de la durée des activités de travail social.

¹ Fruyt, P., De Bodt, G., Smaers, M. et al. Rapport final 'Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital. Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement., 31 mars 2010.

Dans le chapitre 5, vous trouverez les résultats et l'analyse des différentes étapes de l'enquête. Concrètement, il s'agit de la description des résultats du questionnaire sur l'importance et de l'enregistrement de la fréquence et de la durée pour les hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques. Vous y trouverez également une comparaison avec les résultats obtenus pour les hôpitaux universitaires.²

Le chapitre 6 abordera de manière plus détaillée l'inventaire des facteurs d'influence sur la charge de travail social en hôpital. Les notions d'intensité de travail et de charge de travail, la procédure utilisée pour l'élaboration du questionnaire 'Facteurs d'influence sur le travail social en hôpital', les caractéristiques des participants, la méthode et les résultats y seront également décrits.

Dans le chapitre 7 nous discuterons des résultats obtenus, nous y rechercherons des explications possibles et nous donnerons un certain nombre de limitations à la recherche.

Le chapitre 8 commencera par une courte discussion sur les méthodes de mesure de la charge de travail. La méthode RAFAELA sera ensuite approfondie avec ses possibilités d'application dans le travail social hospitalier. Il y aura aussi des recommandations pour la suite de l'enquête. Et pour conclure, nous donnerons les conclusions principales.

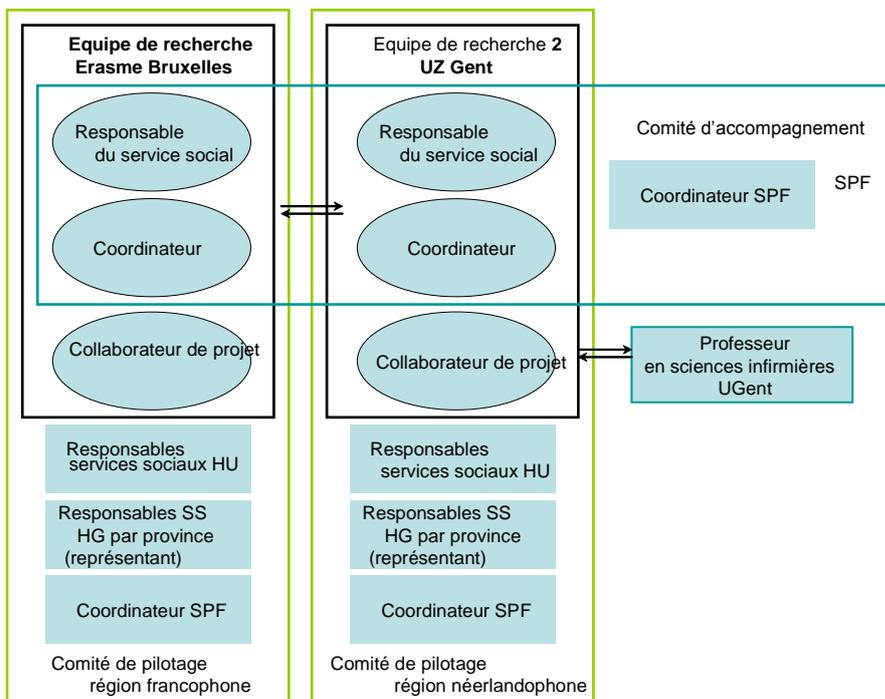
Le chapitre 9 reprend la bibliographie.

Vu le nombre important d'annexes, celles-ci seront présentées dans un document séparé, joint au rapport final.

² Fruyt, P., De Bodt, G., Smaers, M. et coll. Rapport final 'Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital. Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement., 31 mars 2010.

CHAPITRE 2 : COMPOSITION ET SUIVI DES ÉQUIPES DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous décrivons la composition des équipes de recherche et leur mission de suivi. Leur organisation peut être schématisée comme suit :



La teneur de l'enquête a tout d'abord été définie et suivie par deux équipes de recherche composées chacune du responsable du service social, d'un coordinateur régional et d'un collaborateur de projet. Les deux équipes se sont étroitement concertées durant toute la durée du processus.

- Equipe de recherche 1 : Erasme Bruxelles
 - Responsable du service social : Martine Smaers
 - Coordinatrice : Véronique Van Bever
 - Collaboratrice de projet : Tamara Paternostre
- Equipe de recherche 2 : UZ Gent
 - Responsable du service social et chef de projet : Patricia Fruyt
 - Coordinatrice : Griet De Bodt
 - Collaboratrice de projet : Marieke Desmet (à partir d'octobre 2011)

Le rôle et les responsabilités des différents membres des équipes de recherche sont explicités ci-dessous.

Au sein des équipes de recherche, les **responsables des services sociaux** étaient chargés du suivi général, de l'ajustement et de l'évaluation de l'enquête (= pilotage du projet). Ils ont en outre contribué à la rédaction et à l'approbation des documents, rapports et instruments. La résolution des éventuelles difficultés rencontrées dans le courant de l'enquête faisait également partie de leurs tâches. Il leur incombait également d'exposer l'objectif de l'enquête et de sensibiliser le personnel au sein de leur hôpital. Le projet a été réalisé sous la direction de Patricia Fruyt, chef de projet de l'UZ Gent (cf. article 7 de l'accord sur les spécifications du projet). Les **coordinateurs régionaux** ont servi d'interlocuteurs aux responsables de services et aux hôpitaux participants. Ils étaient responsables de l'organisation, de la coordination et du suivi du projet. Ils assuraient la communication avec le groupe d'utilisateurs au sein de leur hôpital et, le cas échéant, dans les autres hôpitaux. Ils rapportaient les résultats intermédiaires au comité de pilotage. Le coordinateur de la région néerlandophone s'est chargé du traitement et de l'analyse des résultats. Le coordinateur de l'UZ Gent, en collaboration avec le collaborateur de projet, s'est aussi personnellement chargé du travail préparatoire à l'élaboration de la proposition et de la fiche de projet, des questionnaires, du manuel pour les facteurs d'influence, des tableaux analytiques et des autres instruments, ainsi que des recherches bibliographiques. Les **collaborateurs de projet** ont assisté les coordinateurs régionaux dans l'élaboration, l'organisation et le suivi de l'enquête.

Dans un deuxième temps, **deux comités de pilotage** (un pour chaque région)³ ont été mis en place. Ces comités se composaient des membres des équipes de recherche susmentionnés, ainsi que des personnes suivantes : les responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires (HU), les responsables des services sociaux des hôpitaux généraux (HG) (un représentant par province) et le coordinateur du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

- Comité de pilotage partie francophone du pays :
 - Equipe de recherche 1
 - Responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires
 - Jean Desbeek , Cliniques Saint-Luc, Bruxelles
 - Pascale Lambert, CHU Sart Tilman, Liège
 - Responsables des services sociaux des hôpitaux généraux (un représentant par province)
 - Begonia Cainas, Hôpital Saint-Pierre, Bruxelles (réseau IRIS)
 - Berlinde Tillie, Hôpital Brugmann, Bruxelles (réseau IRIS)
 - Nelson Guerreiro, Clinique de Mont-Godinne
 - Laurence Sensie, Centre Hospitalier de Jolimont
 - Denis Storme, Centre de traumatologie et revalidation
 - Coordinateur SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement : Jelle Osselaer
- Comité de pilotage partie néerlandophone du pays :
 - Equipe de recherche 2
 - Responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires
 - Miranda Vandewiele, UZ Antwerpen

³ Dates réunion comité de pilotage : 22/04/2010, 13/01/2011 en 19/12/11. Commentaires et renvois via email en date des 24/06/2010, 28/02/11, 24/03/11 et 19/08/11

- Maurice Vilkox, UZ Brussel
- Lieve Vanderlinden, UZ Leuven
- Responsables des services sociaux des hôpitaux généraux (un représentant par province)
 - Dirk Aerts, Imelda ziekenhuis Bonheiden
 - Tom Baert, AZ Nikolaas Sint-Niklaas Kortrijk
 - Ria Cnuts, AZ Vesalius Tongeren
 - Claude Van De Voorde/Corry Descamps, AZ Groeninge
 - Stefaan Desmet, Heilig Hartziekenhuis Roeselare - Menen
 - Renilde Foulon, Heilig Hart Leuven
- Coordinateur du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement : Jelle Osselaer

Le comité de pilotage s'est réuni aux moments cruciaux. Le rôle et les responsabilités des **équipes de recherche** ont été précédemment décrits. Ceux des **responsables des services sociaux des HU/HG** (si l'hôpital était repris dans l'échantillon) sont comparables à ceux des responsables des services sociaux de l'UZ Gent et de l'hôpital Erasme, à la différence qu'ils ne portent pas sur le pilotage du projet ni sur la direction générale de l'enquête. Ces responsables ont supervisé l'organisation, la coordination et le suivi du projet au sein de leur propre hôpital. Ils ont assuré la communication avec les travailleurs sociaux et leur direction. Ils ont en outre contribué à la rédaction et à l'approbation des documents et instruments. Il leur incombait également d'exposer l'objectif de l'enquête et de sensibiliser le personnel au sein de leur hôpital. Ils devaient enfin assumer l'examen et la communication des différentes phases de l'enquête et de ses résultats que sein de leur propre hôpital. Les **responsables des services sociaux des HG** ont partagé leur « expérience du travail social » et ont contribué à définir l'échantillon des hôpitaux généraux, les facteurs d'influence sur le travail social, Ils ont également assumé le suivi global de l'enquête et ont émis des avis sur l'approche, les documents préparatoires, les questionnaires, le calendrier... Ils ont enfin accepté de présenter le concept de l'enquête dans leur hôpital et d'encourager la discussion à ce sujet à différents niveaux.

Pour le soutien méthodologique et le suivi scientifique de l'enquête, nous avons fait appel au Dr. Ann Van Hecke du département 'Verplegingswetenschap', Section 'Maatschappelijke Gezondheidskunde' de l'Université de Gand.

Enfin, un **comité d'accompagnement**⁴ issu du **SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement** a été instauré dans le but de réaliser les tâches contractuelles suivantes :

- relayer les directives du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique susceptibles d'avoir un impact sur l'enquête en cours ou ses objectifs ;
- faciliter les relations et le transfert des données vers les différents services du SPF ;
- superviser l'état d'avancement des travaux ;
- coordonner l'enquête avec les autres initiatives ayant un thème similaire et/ou complémentaire.

⁴ Dates réunion du comité d'accompagnement : 3/06/2010, 22/11/2010, 17/03/2011, 30/06/2011

Le coordinateur (personne de contact) au sein du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement est Jelle Osselaer.

CHAPITRE 3 : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF

A ce jour, il manque toujours une vision, un financement, une normalisation et une reconnaissance clairs à propos du travail social en hôpital.

A partir du groupe de travail "Service social en hôpital", instauré et organisé au sein du SPF Santé Publique et Environnement, une note consultative "Le service social en hôpital" a été adressée au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Ce groupe de travail a été réinstauré début 2009 et a pris l'initiative de cadrer le travail social, d'indiquer les points problématiques et de proposer des pistes d'action. La mission du service social s'avère également ne pas être décrite de manière uniforme. Par conséquent, le recensement des attributions constitue une étape de base essentielle pour parvenir à une description réaliste des tâches (= reprise dans la note consultative comme point d'action). Par ailleurs, la visualisation des activités du travail social est nécessaire pour parvenir à l'objectif final de développer un instrument de gestion du travail social en hôpital sur base de la charge de travail.

Tant les travailleurs sociaux⁵ que les dirigeants éprouvent le besoin de définir des critères clairs et objectifs à propos de la problématique d'attribution des moyens disponibles dans le contexte complexe du travail social en hôpital. L'attribution de travailleurs sociaux à certains services, certaines fonctions de l'hôpital, certains programmes de soins, des conventions de l'INAMI, affectations, etc. doit être effectuée avec soin (à la fois sur la base de critères quantitatifs et qualitatifs).

Auvo Rauhala⁶ souligne la nécessité de mesurer la charge de travail pour une attribution objective et justifiée du personnel infirmier à un service. La prise de conscience de cette nécessité existe depuis longtemps, notamment à la lumière des économies à réaliser et de la pénurie du personnel en soins infirmiers. Ainsi, de nombreux instruments ont été mis au point, notamment dans le secteur des sciences en soins infirmiers^{7 8}. Ces instruments sont cependant encore souvent fondés sur des études de durée et sur la mesure des activités. De ce fait, la complexité du travail n'est pas suffisamment décrite. Outre une attribution plus objective du personnel infirmier à un service, il est également essentiel de définir de manière optimale la charge de travail par département étant donné que cela peut influencer favorablement le nombre de problèmes de santé liés au travail. Ainsi, il semble qu'il existe un lien entre l'augmentation de la charge de travail et l'augmentation de l'absentéisme pour cause de maladie.^{9 10}

Une étude finlandaise lancée au début des années 90 avait pour objectif de développer un système moderne et validé de classification des patients. Une pénurie de personnel en soins

⁵ Dans ce rapport final, le terme travailleur social est utilisé. Il couvre à la fois les assistants sociaux et les infirmiers sociaux

⁶ Rauhala, A. (2008) The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio.

⁷ Rauhala, A., Fagerström, L. (2004) Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. Journal of advanced nursing, 45(4), 351-359.

⁸ Prescott, P.A. (1991) Nursing intensity: Needed today more than staffing. Nursing economics, 9(6), 409-414.

⁹ Rauhala, A. (2008) The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio.

¹⁰ Frilund, M., Fagerström, L. (2009) Managing the optimal workload by the PAONCIL method – a challenge for nursing leadership in care of older people. Journal of nursing management, 17, 426-434.

infirmiers et de moyens financiers alors que les besoins des patients ne cessaient de croître en est à l'origine. En Finlande, la méthode RAFAELA est devenue un système largement répandu qui consiste à examiner le nombre d'effectifs en soins infirmiers nécessaires par service dans les hôpitaux. Pour déterminer ce nombre, l'intensité de travail quotidienne des infirmiers/-ières est examinée à la lumière des moyens disponibles. Enfin, le système permet également d'examiner quelle est l'intensité optimale des soins infirmiers et quelle est l'importance de la disparité entre l'intensité quotidienne et l'intensité optimale. Cette méthode apporte une réponse à plusieurs critiques formulées à l'égard d'autres systèmes de classification des patients et offre de nombreux avantages. Celle-ci est notamment assortie d'un processus de validation clairement étayé, elle définit la complexité du travail et peut être utilisée pour la gestion des ressources humaines puisque la mesure de la charge de travail peut être associée à la satisfaction liée au travail ou pour l'organisation en soi puisqu'il est aussi possible de vérifier des données relatives aux résultats, aux processus et à la qualité. Par ailleurs, cette méthode ne prend pas beaucoup de temps et n'est par conséquent pas si onéreuse que d'autres études et elle peut être appliquée dans différents contextes. Elle présente toutefois aussi quelques inconvénients. La méthode développée initialement ne portait pas par exemple sur les activités qui n'étaient pas liées aux patients. De surcroît, il s'agit d'une méthode plus compliquée que les autres méthodes, et celle-ci demande un enregistrement au quotidien des OPC¹¹, ce qui représente une charge supplémentaire de travail.^{12 13 14}

Dans le chapitre 6 du présent rapport d'enquête, nous examinerons plus en détail la définition des notions de charge de travail et d'intensité de travail. Dans le chapitre 8, différentes méthodes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers seront brièvement présentées, suivies de quelques recommandations pour le travail social.

Pour le travail social, il existe actuellement très peu d'études et d'instruments pour l'attribution des travailleurs sociaux, notamment en milieu hospitalier. Aucune étude ou instrument belges n'ont pu être retrouvés dans la littérature, alors qu'en Belgique il existe très peu de critères objectifs, par ailleurs peu récents, pour la répartition et le financement du travail social en milieu hospitalier.^{15 16}

Plusieurs tentatives de classification, d'évaluation et de mesure de la charge de travail spécifiques au travail social ont été entreprises et sont décrites brièvement ci-après.

Dans les années 80, Raynes et coll. s'étaient déjà demandé comment le travail social devait être décrit et évalué. Ils avaient tenté d'élaborer un système de classification pour mieux comprendre ce que faisaient effectivement les travailleurs sociaux. Dans cette étude, deux travailleurs sociaux, attachés à un centre de santé et aux autorités locales, avaient été observés pendant 10 jours (observateur indépendant). Au total, 82 situations de clients avaient été

¹¹ OULU instrument de classification des patients

¹² Rauhala, A. (2008) The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio.

¹³ Rauhala, A., Fagerström, L. (2004) Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of advanced nursing*, 45(4), 351-359.

¹⁴ Frilund, M., Fagerström, L. (2009) Managing the optimal workload by the PAONCIL method – a challenge for nursing leadership in care of older people. *Journal of nursing management*, 17, 426-434.

¹⁵ Peers, J. (2001). Avis relatif au "travail social dans le secteur des soins de santé mentale", Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Bruxelles.

¹⁶ Groupe de travail 'Le service social à l'hôpital' (2010). Note consultative au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique concernant le service social à l'hôpital.

analysées et reprises dans l'étude. Pour parvenir à une sorte de classification, le travail social a alors été réparti en trois grandes parties : d'une part, les activités (9), d'autre part, l'objectif (17) des activités et, enfin, le thème (17) dont relève cette activité.¹⁷ Cette classification peut être utilisée pour les formes d'enseignement et les objectifs de management. Toutefois, celle-ci se fonde sur un nombre limité d'observations, et la classification utilisée s'est avérée peu applicable pour notre objectif, à savoir recenser les activités du travail social en hôpital et tout à fait inutile pour l'examen de l'intensité de travail des travailleurs sociaux en milieu hospitalier.

En 1986, Worthington décrit deux formules pour réaliser des mesures dans deux ensembles de cas (= nombre de patients par travailleur social au cours d'une période donnée) afin de mesurer le travail social avec les personnes âgées et les personnes handicapées et ainsi allouer les moyens financiers britanniques sur base des besoins relatifs de ces services. Avant cela se faisait sur base de la région dans laquelle se situait le service. Ces formules tiennent compte du nombre de clients, du temps consacré à ces clients, du nombre de travailleurs sociaux et de la catégorie à laquelle appartient le client (par exemple priorité élevée/faible, court/long séjour,...).¹⁸ Cette méthode élargit la perspective des autres méthodes bien qu'elle ne soit applicable qu'au travail social en milieu hospitalier et qu'elle ne tienne pas compte de tous les aspects du travail social.

En 2002, Helen Cleak souligne également la nécessité de décrire le travail social et de réunir des informations uniformes à propos de la catégorie professionnelle. L'article décrit plusieurs classifications et codes développés pour le travail social en Australie. Cependant, ceux-ci sont généralement considérés dans une seule perspective du travail social et traduisent incomplètement l'étendue du domaine. C'est ainsi que l'article évoque par exemple la PIE ou 'person-in-environment' comme langue. Ce modèle conceptuel, pour recenser les problèmes clients/patients, est cependant limité aux problématiques psychiatriques adultes. Par ailleurs, la classification n'est pas liée à l'intervention en soi.¹⁹

Jackson et Segal décrivent dans leur livre les avantages et les inconvénients de la classification du travail social dans le contexte de la santé (mentale). Les détracteurs estiment que le champ de travail est trop complexe pour le classifier et qu'une classification irait à l'encontre de tout renouvellement éventuel. Les défenseurs estiment que la classification et la mesure de la charge de travail sont nécessaires pour le maintien de l'existence du travail social. Celles-ci permettent de préciser les rôles, de normaliser la collecte des données et de faciliter l'évaluation des interventions. Il est essentiel de poursuivre la réflexion critique afin de faire évoluer la classification en fonction des besoins des patients et de l'évolution suivie par la pratique.²⁰

Plusieurs tentatives d'objectivation du travail social, en vue d'allouer les moyens souvent limités, ont donc déjà été entreprises. Toutefois, celles-ci se sont souvent limitées à un contexte ou à un groupe cible spécifique et sont fondées sur des données restreintes. Ainsi la définition de la complexité du travail social est, jusqu'à présent, trop restrictive. Souvent également, il n'existe aucun processus de validation clair et, par conséquent, il ne peut être

¹⁷ Raynes, N.V., Winny, J. en Mulgrew, K. (1982) What do social workers do? A method for classifying social workers' activities. The British association of social workers, 12, 353-362.

¹⁸ Worthington, D.J. (1986) Measurement of social Case-Loads. The journal of the operational research society, 37(5), 479-486.

¹⁹ Cleak, H. (2002). A model of social work classification in health care. Australian social work, 55(1), 38-49.

²⁰ Jackson, A.C., Segal, S.P. (2002) Socials work health and mental healt: practice, research, and programs. Binghamton: the haworth social work practice press.

prouvé que les instruments vérifient effectivement l'intensité du travail social. En outre, il n'existe aucune étude visant à mesurer la charge de travail des travailleurs sociaux en milieu hospitalier en Belgique. Il est donc nécessaire d'établir un tel instrument valable pour mesurer la charge de travail compte tenu de tous les aspects du travail social dans les hôpitaux belges.

Le concept initial de l'enquête 'Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion du travail social en hôpital' menée en 2009-2010 dans les hôpitaux universitaires sera appliqué aux hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques²¹, et un suivi est prévu pour les deux. Dans la présente enquête, nous souhaitons décrire le travail social et élaborer une ébauche de classification éventuelle du travail social tout en développant un instrument de mesure de la charge de travail.

²¹ Pour faciliter la lecture du rapport d'enquête, il sera parfois uniquement mentionné 'hôpitaux généraux'. Sachez toutefois que cela renverra toujours aux hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques.

CHAPITRE 4 : ORGANISATION ET REALISATION DE L'ENQUETE

Dans le présent chapitre, nous aborderons la sélection et les caractéristiques de l'échantillon. Par ailleurs, nous y décrirons également les tests pilote du mode d'emploi 'Tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier' (annexe 5) ainsi que la procédure suivie pour la détermination de l'importance, de la fréquence et de la durée des activités de travail social.

1. PHASE 1 : ECHANTILLON HÔPITAUX GENERAUX, SPECIALISES ET GÉRIATRIQUES

1.1 Sélection de l'échantillon

Nous avons opté pour un échantillon stratifié proportionnel de 40 hôpitaux. Il était en effet impossible d'impliquer les 118 hôpitaux généraux, gériatriques et spécialisés (=population)²². La population a été répartie sur base des strates/sous-ensembles suivants :

- Partie néerlandophone/francophone du pays
- Statut de l'hôpital : public ou privé
- Taille de l'hôpital : subdivisée en 4 catégories²³ sur base du nombre de lits agréés.

Ce choix permet de s'exprimer séparément sur chacun des sous-ensembles. Par ailleurs, un échantillonnage simple entraînerait une répartition inégale de ces critères (ce qui ne serait probablement pas représentatif au niveau de la population).

En outre, nous avons opté pour un échantillon proportionnel permettant de conserver le même rapport existant entre la taille de l'échantillon et la taille de la population dans chaque strate.²⁴

Vu que l'échantillon initial portait sur 40 hôpitaux, nous avons dû limiter le nombre de strates. Davantage de strates nous aurait conduits à des groupes trop petits pour tirer des conclusions suffisamment représentatives.

L'échantillon a été constitué de manière aléatoire²⁵ au moyen du programme statistique SPSS 18 (PASW)²⁶ afin d'exclure le fameux biais d'échantillonnage c'est-à-dire le fait de privilégier certains membres de l'échantillon²⁷.

²² Liste des coordonnées des sites d'exploitation (hôpitaux agréés) du Centre d'Information Soins et Santé en date du 21/01/2010 et liste d'adresses du SPF Santé Publique en date du 27/05/2010.

²³ 4 catégories : 0-199, 200-299, 300-449 et 450 ou plus lits agréés.

²⁴ De Pelsmacker, P. en Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. Garant, 1996, pg 119-123.

²⁵ Aléatoire signifie que chaque hôpital peut être sélectionné indépendamment l'un de l'autre et donc a autant de chance d'être repris dans l'échantillon.

Ainsi, nous avons pu dresser une liste d'hôpitaux au sein de chaque sous-ensemble et nous les avons contactés par téléphone. Au cours de l'entretien, les deux équipes de recherche ont présenté l'organisation de l'enquête et ce qui était attendu de la part des hôpitaux. De plus, une courte lettre d'information accompagnée du timing leur a été adressée par courriel (annexe 2). De cette manière, ils ont pu évaluer correctement les efforts supplémentaires et nécessaires à fournir et se faire une idée des différentes étapes prévues.

Par ailleurs, un formulaire de consentement a été envoyé aux hôpitaux qui devaient confirmer leur participation par écrit (annexe 3).

Lorsqu'un hôpital refusait de participer à l'enquête, l'équipe de recherche contactait l'hôpital suivant sur la liste ; celui-ci présentant bien entendu les mêmes caractéristiques que ceux de la même strate.

1.2 Caractéristiques de l'échantillon

Au début de l'enquête, 31 hôpitaux (annexe 4) étaient prêts à y participer. Les raisons données en cas de refus de participation étaient les suivantes : charge de travail, restructuration, absence du responsable de service, manque de temps, refus exprimé par la direction,

Suivent ci-après les caractéristiques de l'échantillon. Dans un premier temps, les différentes strates ainsi que plusieurs autres variables intéressantes ont été répertoriées. Ensuite, après avoir à nouveau consulté les personnes de contact, de nouvelles variables démographiques ont été recueillies afin d'avoir une vue d'ensemble des caractéristiques de l'échantillon.

1.2.1 Strates

Le tableau 1 fait apparaître la répartition selon les régions linguistiques du pays tant au niveau de l'échantillon que de la population initiale.

Dans la partie néerlandophone du pays, un hôpital sur 22 n'a pas pu participer à l'enquête en raison d'une réduction du personnel, ce qui ne permettait pas de faire face à la charge de travail qu'entraînait une participation. Initialement 18 hôpitaux de la partie francophone du pays devaient être inclus dans l'échantillon. Après plusieurs contacts et après avoir essuyé de nombreux refus, il a été possible de constituer un échantillon de 15 hôpitaux. Finalement, cinq hôpitaux de la partie francophone se sont encore rétractés ultérieurement. Sur les 31 hôpitaux, 21 étaient privés et 10 étaient publics. Les pourcentages de l'échantillon diffèrent peu de la population supposée.

Tableau 1 : Répartition des hôpitaux sur base de trois strates

Région linguistique	Nbre d'hôpitaux	Pourcentage de l'échantillon (%)	Pourcentage de population (%)
Région néerlandophone	21	68	56
Région francophone	10	32	44

²⁶ Van Maele, G. et al, Statistische gegevensverwerking met behulp van IBM SPSS statistics 18 (PASW), University Press, 2010, p. 55.

²⁷ De Moor, G. en Van Maele G., Inleiding tot de biomedische statistiek. Acco, 2008, p. 144.

Total	31	100	100
Statut			
Privé	21	68	71
Public	10	32	29
Total	31	100	100
Taille de l'hôpital (Nombre de lits agréés)			
0-199	9	29	30
200-299	6	19	20
300-449	8	26	23
450 ou plus	8	26	27
Total	31	100	100

1.2.2 Caractéristiques supplémentaires

Le tableau 2 montre clairement la nature et la situation géographique des hôpitaux. Les travailleurs sociaux semblent principalement actifs dans les hôpitaux généraux (n=19). La répartition est également donnée par province.

Tableau 2 : Répartition sur base de la nature et de la situation géographique des hôpitaux

Nature des hôpitaux	Nombre d'hôpitaux
Hôpitaux généraux	19
Hôpitaux généraux à caractère universitaire	5
Hôpitaux spécialisés	3
Hôpitaux gériatriques	4
Total	31
Province	
Anvers	6
Bruxelles	4
Hainaut	1
Liège	2
Limbourg	4
Luxembourg	1
Namur	2
Flandre orientale	5
Brabant flamand	1
Flandre occidentale	5
Total	31

1.2.3 Caractéristiques démographiques des hôpitaux et des services sociaux

Afin de mieux visualiser l'échantillon des **hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques** ainsi que de **tous les hôpitaux universitaires**, nous avons organisé une deuxième consultation des personnes de contact dans ces hôpitaux portant sur les points suivants :

- La fonction, le sexe, le diplôme, l'ancienneté dans la fonction et le nom de l'hôpital des répondants/des personnes de contact des hôpitaux.

- Le nombre de campus et le partage éventuel du temps de travail sur plusieurs campus.
- La place du service social dans l'organigramme, l'organisation du service social, les caractéristiques de la direction, l'encadrement administratif, la répartition des travailleurs sociaux en fonction du sexe, du diplôme, des responsabilités et des tâches supplémentaires.

Nous avons reçu 97 % de réponses (37 questionnaire, un manquant), dont 30 provenaient d'un hôpital général, spécialisé ou gériatrique (81%) et 7 d'un hôpital universitaire (19%).

Les répondants étaient soit des chefs de service (81% n=30), soit un travailleur social de l'équipe (19% n=7). Parmi ceux-ci, 76% (n=28) étaient des femmes. Quelque 59,5% des répondants étaient des travailleurs sociaux, 27% des infirmiers/-ères sociaux et 13,5% n'avaient aucun diplôme du secteur social. Ce groupe concerne les chefs de service qui ont un diplôme en sociologie, psychologie ou soins infirmiers.

Le tableau 3 fait apparaître la répartition selon l'ancienneté en tant que travailleur social et chef de service tant au niveau de la fonction qu'au sein de l'hôpital.

Tableau 3 : Ancienneté en tant que travailleur social et chef de service au niveau de la fonction et au sein de l'hôpital

	Ancienneté en tant que travailleur social au sein de l'hôpital	Ancienneté en tant que travailleur social dans la fonction
Ancienneté	Nombre de répondants	Nombre de répondants
0-4 ans	4	3
5-9 ans	4	1
10-14 ans	7	7
15-19 ans	4	5
20 ans ou plus	13	16
Total	32	32
Exclusion	5	5
Total	37	37
	Ancienneté en tant que chef de service au sein de l'hôpital	Ancienneté en tant que chef de service dans la fonction
Ancienneté	Nombre de répondants	Nombre de répondants
0-4 ans	9	8
5-9 ans	5	8
10-14 ans	7	7
15-19 ans	1	1
20 ans ou plus	6	6
Total	28	30
Exclusion	9	7
Total	37	37

Il s'est avéré de surcroît que 40,5% des hôpitaux (n= 15) comprenaient 2 ou plusieurs campus contre 59,5% qui n'en comptaient qu'un seul (n=22).

Tableau 4 : Répartition selon le nombre de campus

Campus	Nombre d'hôpitaux
2 campus	9
3 campus	2
4 campus	1
5 campus ou plus	3
Aucun campus	22
Total	37

Sur les 15 hôpitaux, 14 ont des travailleurs sociaux qui répartissent leur temps de travail sur plusieurs campus. Il s'agit au total de 22 travailleurs sociaux.

Le service social est généralement repris dans l'organigramme sous la direction soins infirmiers (n=22) ou finances et administration (n=9).

Tableau 5 : Place du service social dans l'organigramme

Place dans l'organigramme	Nombre d'hôpitaux
Direction générale	6
Direction soins infirmiers	14
Finances et administration	9
Direction médicale	3
Direction paramédicale	1
Autres : département revalidation, direction soins aux patients et soins infirmiers et direction paramédicale	4
Total	37

Dans 92% des hôpitaux (n=34), le service social est placé et organisé sous la direction en tant qu'unité de travail centrale autonome. Dans 89% (n=33) des hôpitaux, une personne a été désignée officiellement en tant que chef du service social. En l'absence de tout responsable désigné officiellement (11%; n=4), il semble que, dans la moitié des cas, un responsable ait été désigné de manière informelle. Deux hôpitaux n'en avaient toutefois pas.

Ainsi, nous pouvons conclure que 35 hôpitaux ou 95% ont désigné un responsable. En outre, 28 personnes ou 80% ont un diplôme du secteur social. Les autres responsables ont un diplôme en sciences commerciales, psychologie, sociologie, soins infirmiers,... . Par ailleurs, 11 personnes ou 31% ont un master en sciences sociales, une licence en sciences socio-médicales, un master en management et gestion des soins de santé ou un master en soins infirmiers et obstétrique. Enfin, 20 personnes ou 57% exercent encore, outre leurs tâches en tant que responsable, des activités de travail social.

Le service social peut également dans 43% des cas (n= 16) faire appel à des collaborateurs administratifs. Sur 16 hôpitaux, 14 (88%) semblent avoir leurs propres collaborateurs. Si nous

examinons le nombre d'équivalents temps plein de ces hôpitaux, 71% (n=10) ont 2 équivalents temps plein ou moins et 29% (n=4) ont plus de deux équivalents temps plein pour le travail administratif.

Le travail social en milieu hospitalier semble être principalement effectué par des femmes. Sur les 37 hôpitaux, 15 (41%) ne comptent aucun travailleur masculin, et 11 ou 30% comptent un seul homme au sein de leur équipe. Au total, on dénombre 482 travailleurs sociaux au sein des services sociaux inclus (37 hôpitaux) dont 437 femmes, soit 91%, et 45 hommes, soit 9%.

La majeure partie (78% ou 28) des hôpitaux interrogés (n= 36, 1 exclusion) compte 0-4 infirmiers/-ières sociaux. En ce qui concerne les assistants du service social, cela concerne 47% ou 17 organisations. Par ailleurs, 8% ou 3 hôpitaux comptent 5-9 et 15 infirmiers/-ières sociaux ou plus. Pour le groupe des 5-9 assistants du service social, cela concerne 25% ou 9 hôpitaux et pour ceux qui comptent 15 assistants du service social ou plus, 17% ou 6 organisations. Enfin, deux hôpitaux (6%) comptent 10-14 infirmiers/-ières sociaux et quatre hôpitaux (11%) 10-14 assistants du service social. Si nous examinons le nombre total de travailleurs sociaux (n=476), nous voyons que ce groupe se compose de 299 assistants du service social (63%) et de 177 infirmiers/-ières sociaux (37%). Par ailleurs, nous remarquons que, pour les 63% ou 17 (n=27) chefs de service qui ont un diplôme du secteur social, cette même proportion en termes de diplôme se retrouve au sein de l'équipe de travailleurs sociaux (60% ou plus).

Enfin, nous avons souhaité, outre les tâches principales des travailleurs sociaux, examiner quelles étaient les autres responsabilités et tâches qui éventuellement venaient s'ajouter.

- **Médiation interculturelle** : la coordination est assurée dans 41% (n=15) des hôpitaux par le service social. Dans 19% (n=7) des cas, des travailleurs sociaux assurent une partie de la médiation interculturelle en plus de leurs tâches sociales.
- **Médiation** : elle n'est assurée par le service social que dans un seul hôpital, dans deux autres hôpitaux par des travailleurs sociaux en dehors du service social.
- **Administration des patients** : elle est assurée par le service social dans 11% (n= 4) des hôpitaux.
- **Service social du personnel** : dans 16% (n=6) des hôpitaux, les deux services sociaux sont imbriqués l'un dans l'autre ; dans 9% (n=3), cela fait partie des tâches qui incombent aux travailleurs sociaux de l'hôpital (en dehors du service social).
- **Aide morale, religieuse et philosophique** : elle est assurée dans une certaine mesure par les travailleurs sociaux (8% service social et 6% travailleurs sociaux de l'hôpital).

Les personnes de contact ont en outre mentionné les tâches suivantes : notamment la coordination du travail des bénévoles, la fonction de personne de confiance du personnel, la facturation, l'équipe mobile de soins palliatifs,

2. PHASE 2 : DETERMINATION DE L'IMPORTANCE, DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE DES ACTIVITES DE TRAVAIL SOCIAL DANS LES HÔPITAUX GENERAUX, SPECIALISES ET GERIATRIQUES

Nous abordons ici la préparation de la deuxième phase, à savoir l'organisation des séances d'information, la procédure et les résultats des tests pilote du mode d'emploi 'Tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier'. De même, sont présentées ci-après la procédure et les caractéristiques des participants au questionnaire ainsi que les questionnaires sur l'importance, la fréquence et la durée des activités.

2.1 Tests pilote du mode d'emploi tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier

2.1.1 Séances d'information pour les personnes de contact et les travailleurs sociaux

Fin juin 2010, nous avons organisé différentes séances d'information auxquelles étaient conviées les personnes de contact ainsi qu'un travailleur social (au minimum) par hôpital, en vue, d'une part, de présenter l'organisation concrète de l'enquête ainsi que ses différentes phases et les instruments employés et, d'autre part, de donner la possibilité aux participants de poser leurs questions. Par ailleurs, nous avons rédigé plusieurs documents de référence à titre informatif et instructif, à savoir :

- Mode d'emploi tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier (annexe 5)
- Document d'enregistrement (annexe 6)
- Informations et instructions complémentaires au mode d'emploi 'Tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier' (annexe 7)
- Informations et instructions complémentaires au test (annexe 8)
- Informations et instructions complémentaires au questionnaire importance (annexe 9)
- Informations et instructions complémentaires à l'enregistrement de la fréquence et de la durée (annexe 10)

Au cours de ces séances d'information, l'accent a également été mis sur le fait qu'une présentation du mode d'emploi 'Tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier' aux travailleurs sociaux constituait une plus-value et qu'il était essentiel de le parcourir convenablement pour pouvoir effectuer le test (cf. 2.1.2) correctement.

Nous avons élaboré le 'mode d'emploi tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier' (cf. enquête travail social 2009-2010) comme suit :

- **Activités liées au patient** : le travailleur social prend, à l'égard du patient et/ou de son entourage, une série d'initiatives visant à garantir la continuité des soins et à promouvoir le bien-être du patient. Le travailleur social agit seul ou en concertation avec d'autres prestataires de soins internes ou externes.
- **Activités non liées au patient** : le travailleur social assume certaines activités non liées au patient.

- **Items d'enregistrement** : les items d'enregistrement sont des sous-activités qui sont définies dans les différents groupes de tâches principales. Ces items doivent être évalués par le travailleur social dans le courant de l'enquête selon leur importance, leur fréquence et leur durée (tableau 6).
- **Exemples et explications**: les exemples supplémentaires ont pour but d'améliorer l'applicabilité du manuel et l'uniformité de l'enregistrement.

Tableau 6 : répartitions des tâches par items d'enregistrement

Classification des activités de travail social par items d'enregistrement	
A	ACTIVITES LIEES AU PATIENT
A1	Aide psychosociale
A1a	Soutien
A1b	Médiation
A1c	Accompagnement
A1d	Traitement
A1e	Intervention de crise
A2	Recherche et reporting
A2a	Anamnèse psychosociale et recherche sociale
A2b	Transmission du rapport social
A2c	Gestion du dossier
A2d	Enregistrement des activités faites avec/pour le patient
A2e	Visites à domicile
A3	Coordination des soins
A3a	Dépistage des patients à risques
A3b	Donner des informations / dispenser des explications / donner des avis
A3c	Médiation
A3d	Orienter vers d'autres institutions et services de soins
A3e	Collaborer à une réflexion liée à la situation du patient
A3f	Coordination de l'aide et des soins à accorder au patient
A3g	Mise en place d'aide du réseau social (aide informelle)
A3h	Mise en place d'aide et de services (aide formelle)
A3i	Soutien administratif
A4	Prestation de services concrète
A4a	Aide matérielle
A4b	Aide sociale et administrative
A4bi	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A4bii	Médiation
A4biii	Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services
A4biv	Collaborer à une réflexion liée au patient
A4bv	Coordonner l'aide et les soins au patient
A4bvi	Soutien administratif
A4c	Aide financière et administrative
A4ci	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A4cii	Médiation
A4ciii	Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services
A4civ	Collaborer à une réflexion liée au patient
A4cv	Coordonner l'aide et les soins au patient
A4cvi	Soutien administratif
A4d	Aide juridique et administrative
A4di	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A4dii	Médiation
A4diii	Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services

A4div	Collaborer à une réflexion liée au patient
A4dv	Coordonner l'aide et les soins au patient
A4dvi	Soutien administratif
A5	Prévention
A5a	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A5b	Médiation
A5c	Réorienter vers d'autres institutions d'aide et de services
A5d	Collaborer à une réflexion liée au patient
A6	Défense des intérêts
A6a	Défense des intérêts individuels
A6b	Défense des intérêts collectifs
A7	Signalement
A7a	Signalement interne
A7b	Signalement externe
B	ACTIVITES NON LIEES AU PATIENT
B1	Développement des compétences
B1a	Participation à des formations
B1b	Offrir ou donner des formations
B1c	Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels
B1d	Réfléchir sur ses propres actions (autoévaluation)
B1e	Planifier un développement des compétences
B1f	Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)
B2	Autres activités non liées au patient
B2a	Supervisions non liées au patient
B2b	Contribuer à l'élaboration des politiques
B2c	Définir son métier et sa manière de le faire
B2d	Participer à des projets de recherche
B2e	Temps libre
B2f	Congés
B2g	Déplacements
B2h	Activités liées à l'organisation et au service

Les documents reçus ont pu être également transmis aux personnes de contact par voie électronique.

2.1.2. Procédure des tests pilote du mode d'emploi tâches liées au travail social en milieu hospitalier.

Le mode d'emploi qui définit les tâches principales des travailleurs sociaux doit leur permettre d'exécuter de manière uniforme les phases suivantes : l'évaluation de l'importance de ces tâches et le rapportage de la fréquence et de la durée de chacune d'entre elles. La détermination des tâches principales doit se faire de manière aussi objective que possible. De même les différentes possibilités d'interprétation des items d'enregistrement devaient se limiter à un minimum. Aussi était-il important de prévoir une phase de test. Le taux de fiabilité interévaluateur (FIE) a été contrôlé au cours de cette phase test.

L'ouvrage 'Registratie van minimale verpleegkundige gegevens in Belgische ziekenhuizen'²⁸ cite une définition de Giovanetti qui décrit en 1979 la fiabilité interévaluateur comme suit : 'La fiabilité interévaluateur constitue la mesure de la correspondance entre les différents résultats de mesure obtenus par différentes personnes chez un même individu, à un moment donné, en utilisant le même instrument.'

Cette fiabilité peut être influencée par trois facteurs²⁹ :

- **Le système d'enregistrement lui-même**: la terminologie inhabituelle et inconnue ainsi que les descriptions vagues et complexes donnent lieu à des interprétations subjectives.
- **La personne qui enregistre** : la connaissance de l'instrument, la motivation, le manque de temps,...
- **Le patient lui-même** : les situations complexes sont plus difficiles à définir et à enregistrer.

L'objectif de la phase de test était d'anticiper les éventuels facteurs d'influence susmentionnés. Les variations induites par les personnes et les différences de résultats obtenus par les travailleurs sociaux (pour des activités dont l'exécution était identique) devaient être évitées.³⁰

Plusieurs cas patients ont été utilisés (annexe 11) sur base de la pratique. Pour mesurer le taux de FIE, l'évaluation des activités de travail social enregistrées par les différents travailleurs sociaux a été comparée à une norme en or.³¹ Les travailleurs sociaux devaient reconnaître un nombre X d'activités et indiquer l'activité supposée sur le document d'enregistrement (annexe 6). Ainsi, l'équipe de recherche a pu contrôler si les travailleurs sociaux reconnaissaient les

²⁸ Sermeus, W., Registratie van minimale verpleegkundige gegevens in de Belgische ziekenhuizen. Van concept tot implementatie. Acco, 2007, p. 70-71.

²⁹ Hernandez, C.A. en O'Brien – Pallas, L., Validity and Reliability of Nursing Workload Measurement Systems: Review of Validity and Reliability Theory, CJONA, 1996.

³⁰ De Vet, H.C.W. en Beurskens, A.J.H.M., Meetinstrumenten. Reproduceerbaarheid van metingen, Universiteit Maastricht, vakgroep Epidemiologie, 1997, 44-49.

³¹ Par norme en or, il est entendu que les cas ont été analysés minutieusement et testés par les chefs de service des hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays. Le cas échéant, la description du cas a été adaptée ou précisée. Ainsi, nous avons pour chacun des cas une solution normalisée en or.

activités et s'ils les plaçaient sous le bon item d'enregistrement. Chaque travailleur social a rempli individuellement le document d'enregistrement, sans concerter ses collègues ou son chef de service. Ils pouvaient toutefois consulter le mode d'emploi.

Avant de procéder au test final, un cas d'école a été envoyé à toutes les personnes de contact afin que les travailleurs sociaux puissent s'exercer à la procédure et utiliser concrètement le mode d'emploi. Les personnes avaient alors la possibilité de formuler des remarques. Ce cas d'école a été proposé librement aux hôpitaux.

Le test final a été effectué en août-septembre 2010. L'organisation pratique des périodes de test s'est à nouveau avérée difficile. Les documents (les cas et le document d'enregistrement) ont été mis à disposition des personnes de contact de l'hôpital concerné, qui ont alors pris en charge l'organisation et la réalisation du test. Dans la partie francophone, une séance d'information supplémentaire a été organisée à la demande de plusieurs hôpitaux (n=8), notamment pour expliquer le mode d'emploi.

Outre le taux de FIE, les résultats individuels obtenus par chacun des travailleurs sociaux ont été analysés afin de pouvoir formuler des commentaires et éventuellement encadrer les personnes. Vu que le taux de FIE par item, à l'issue du premier tour de tests, n'était pas suffisant (cf. 2.1.3.2), un deuxième tour (1 exception) a été organisé avec de nouveaux cas (septembre – octobre 2010). Nous avons choisi de ne faire repasser les tests qu'aux personnes qui n'avaient pas réussi ³² (194 of 73%). Pour ce deuxième tour de tests, trois cas ont été préparés, et nous avons pu ainsi tester 17 activités différentes : items psychosociaux, enquêtes et rapportages, coordination des soins, items socio-financiers et items non liés aux patients. Ces activités devaient être évaluées une ou plusieurs fois sur le document d'enregistrement. Sur les 194 travailleurs sociaux qui n'avaient pas réussi le premier tour, 190 personnes ont effectué les tests du deuxième tour (motif de non-participation : maladie, pension, etc.).

³² Taux de bonnes réponses inférieur à 80%.

2.1.3 Résultats du test pilote du mode d'emploi tâches liées au travail social en milieu hospitalier

2.1.3.1 Caractéristiques des participants

Tous les travailleurs sociaux actifs (n= 267), repris dans l'échantillon des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, ont participé au premier tour de tests, soit sur les 267 travailleurs sociaux, 76% ou 202 personnes pour la partie néerlandophone et 24% ou 65 pour la partie francophone. Parmi ceux-ci, 48% travaillaient à temps plein, 37% à temps partiel et 16% à mi-temps.

Le tableau 7 montre la répartition selon l'ancienneté au sein de l'hôpital. Bien que 41% des travailleurs sociaux travaillent depuis moins de cinq ans au sein de l'hôpital, l'ancienneté dans la fonction semble plus élevée.

Tableau 7 : Répartition de l'ancienneté des travailleurs sociaux au sein de l'hôpital et dans la fonction pour le premier test

	Hôpital	Fonction
Ancienneté	Nbre de travailleurs sociaux	Nbre de travailleurs sociaux
0-4 ans	109	72
5-9 ans	44	51
10-14 ans	34	42
15-19 ans	24	30
>=20 ans	56	72
Total	267	267

2.1.3.2 Résultats de la fiabilité interévaluateur (FIE)

Sur les 267 travailleurs sociaux, il est apparu après le premier tour que 194 (73%) travailleurs sociaux n'avaient pas réussi les tests (taux de bonnes réponses inférieur à 80%). Vu que le taux de FIE pour les personnes qui avaient réussi (73 travailleurs sociaux ou 27%) était suffisant et que le mode d'emploi a été considéré comme valable, ce groupe a dû passer un deuxième tour de test.

Tableau 8 : Aperçu du taux de FIE au premier tour, réussis/pas réussis, 70% ou plus

	Taux FIE de 80% ou plus	Taux FIE de 70% ou plus
Pas réussis	2/13 items (15%)	7/13 items (54%)
Réussis	11/13 items (85%)	2/13 items (15%)

La raison d'un taux de FIE inférieur à 80% pour 2 items chez les personnes qui ont réussi le test réside probablement dans les possibilités d'interprétation de la description de ces activités dans les différents cas. Ces activités étaient les suivantes : offrir ou donner des formations et supervisions non liées aux patients.

Par la suite, 190 travailleurs sociaux (1 manquant, 3 malade/retraité/absent) ont participé au deuxième tour.

Tableau 9 : Aperçu du taux de FIE au deuxième tour, 70% ou plus

Taux de FIE 90% ou plus	Taux de FIE 80% ou plus	Taux de FIE 70% ou plus
13/17 items (77%)	16/17 items (94%)	17/17 items (100%)

Pour l'évaluation globale du taux de FIE, il a été tenu compte de tous les résultats (réussis 1er tour et réussis 2ème tour). Les taux de FIE suivants ont ainsi pu être obtenus :

Tableau 10 : Aperçu des taux de FIE obtenus par item :

Taux de fiabilité interévaluateur par item	
Soutien	98%
Anamnèse psychosociale et recherche sociale	98%
Gestion du dossier	95%
Enregistrement des activités faites avec/pour le patient	97%
Donner des informations / dispenser des explications / donner des avis (CS)	98%
Collaborer à une réflexion liée à la situation du patient (CS)	93%
Mise en place d'aide et de services (CS)	91%
Soutien administratif (CS)	93%
Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis (soc adm)	91%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services (soc adm)	74%
Soutien administratif (soc adm)	95%
Collaborer à une réflexion liée au patient (fin adm)	84%
Soutien administratif (fin adm)	89%
Supervisions non liées au patient	94%
Transmission du rapport social	98%
Offrir ou donner des formations	96%
Activités liées à l'organisation et au service	88%

Grâce aux informations détaillées du mode d'emploi et à l'encadrement, nous avons pu obtenir suffisamment de correspondance entre la norme en or et l'évaluation des différents travailleurs sociaux participants. Dans la littérature, un taux de fiabilité interévaluateur acceptable se situe entre 80% et 100%.^{33 34}

³³ Burke, T.A, McKee, J.R., ea, A Comparison of Time-and-Motion and Self-reporting Methods of Work Measurement, Journal of Nursing Administration, March 2000, 30:3, 118-125.

³⁴ Ampt, A., Westbrook, J., ea, A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. J Health Serv Res Policy, jan 2007, 12: 1, 20.

2.2 Importance de l'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités de travail social en milieu hospitalier

2.2.1. Procédure de détermination de l'importance des activités clés

Afin de vérifier l'importance des activités clés, nous avons choisi d'adopter une approche quantitative. Le 'questionnaire importance' de la première enquête ³⁵ a été réutilisé pour définir chez les différents travailleurs sociaux l'importance de certaines activités clés.



La mise en page a été améliorée, et des instructions complémentaires (annexe 9) ont été ajoutées pour faciliter les réponses. En outre, nous avons essayé de prévenir tous les problèmes d'ordre informatique en développant un petit Snap-test³⁶. Vu les problèmes informatiques rencontrés lors de la première enquête (2009-2010), nous avons voulu anticiper pour éviter ce genre d'obstacles. Tous les hôpitaux repris dans l'échantillon ont pu envoyer le Snap-test sans problème. Toutefois, quelques hôpitaux de la partie néerlandophone ont rencontré des difficultés lors de l'envoi du 'questionnaire importance'. C'est pourquoi, nous avons également mis le questionnaire à disposition sur le site web www.socialedienstpat.ugent.be tout en l'envoyant comme e-fichier à nos personnes de contact.

L'équipe de recherche a envoyé le questionnaire importance ainsi que les instructions complémentaires à toutes les personnes de contact de l'échantillon (fin octobre 2010). Mi-novembre 2010, nous avons envoyé un petit courriel de rappel vu que nous n'avions pas encore reçu tous les questionnaires à ce moment-là. Dans un fichier annexé, les personnes de contact pouvaient voir par hôpital qui nous avait déjà renvoyé son questionnaire.

Le questionnaire comprenait les rubriques suivantes :

- **Données générales** : nom du travailleur social, hôpital, responsable de quel groupe de pathologies, nombre d'années de travail social effectif à l'hôpital.
- **Activités dans le contexte de travail actuel et idéal** : importance accordée à chaque activité, peuvent-ils, doivent-ils et veulent-ils l'effectuer ?
- **Facteurs influençant le contexte actuel** : temps, espace, compétences insuffisantes

³⁵ Fruyt, P., De Bodt, G., Smaers, M., et coll., Rapport final 'Tour d'horizon du travail social: développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital', rapport final SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 31 mars 2010..

³⁶ Le programme Snap® Survey Software a été utilisé pour le questionnaire importance et enregistrements de la fréquence et de la durée.

Pour obtenir une réponse aux aspects susmentionnés, nous nous sommes servis de questions fermées car cette méthode de questionnement est souvent perçue comme moins menaçante et plus simple.³⁷ Le traitement des réponses s'en trouve lui aussi facilité. Les travailleurs sociaux étaient libres d'explicitier les questions dichotomiques (oui/non) en précisant leur réponse ou en ajoutant des commentaires.

L'instrument quantitatif utilisé s'appuyait sur les types de questions/échelles suivants :

- a) Echelle de Likert** : 'Cette échelle comporte une série d'affirmations auxquelles le répondant doit attribuer une note sur la base de laquelle son attitude vis-à-vis d'un stimulus est traduite au moyen d'un chiffre.'³⁸

Dans notre questionnaire, nous avons employé une échelle en quatre points : tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord. Vu le nombre pair de possibilités, les travailleurs sociaux étaient obligés de donner leur avis sur l'importance d'activités spécifiques et sur la mesure dans laquelle ils peuvent, doivent ou veulent les effectuer. Nous avons voulu ainsi éviter les réponses de type « neutre » ou « sans opinion ». Dans la littérature, la propension des répondants à se situer au milieu de l'échelle est dénommée « effet de tendance centrale ».³⁹

Exemple tiré du questionnaire : aide psychosociale

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je trouve cette activité importante				
Je veux effectuer cette activité				
Je peux effectuer cette activité				
Je dois effectuer cette activité				

Les travailleurs sociaux étaient obligés d'indiquer leur opinion (1 réponse possible) sur les affirmations du questionnaire Snap. Toutes les activités de travail social ont été couvertes selon le scénario ci-dessus.

- b) Question à réponses ordonnées** : sachant que les répondants ont tendance à « tout » considérer important, nous avons prévu une question supplémentaire à réponses ordonnées.⁴⁰ Celle-ci avait pour but d'affiner l'évaluation de l'importance des activités.

Les travailleurs sociaux devaient ici classer 12 activités clés par ordre d'importance au moyen d'un chiffre (1 = activité la moins importante, 12 = activité la plus importante).

Tant les questions libellées selon l'échelle de Likert que la question à réponses ordonnées ont été posées dans le contexte de travail actuel et idéal de l'hôpital/service social.

³⁷ De Pelsmacker, P. en Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. Garant, 1996, pg 187-256.

³⁸ De Pelsmacker, P. en Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. Garant, 1996, pg 187-256.

³⁹ De Pelsmacker, P. en Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. Garant, 1996, pg 235-236.

⁴⁰ De Laet, M. en Offermans, P., Marktonderzoek. De Boeck, 2003, pg 324 – 325.

- c) **Questions dichotomiques** : les facteurs influençant la situation de travail actuelle ont été évalués à l'aide de questions de type oui/non.

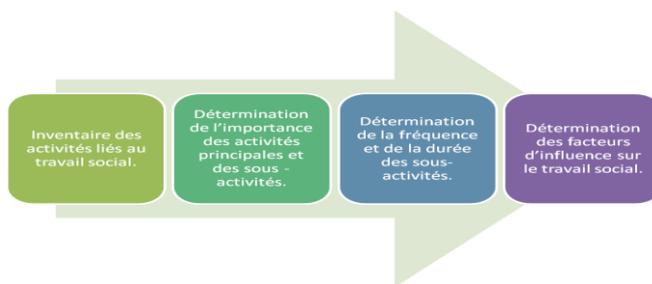
Exemple tiré du questionnaire : aide psychosociale

	Oui	Non
Ai-je suffisamment de temps ?		
Ai-je des compétences suffisantes ?		
Ai-je suffisamment d'espace ?		
Suis-je suffisamment reconnu ?		
Puis-je suffisamment m'identifier à cette activité ?		

Toutes les activités de travail social ont été passées en revue. Les répondants avaient en outre la possibilité de compléter leur réponse et d'indiquer d'autres facteurs d'influence.

2.2.2. Procédure d'enregistrement de la fréquence et de la durée

Après l'inventaire des activités de travail social et la consultation sur l'importance des tâches clés, il restait encore à déterminer la fréquence et la durée de ces activités.



Le document d'enregistrement utilisé dans l'enquête sur le travail social en milieu hospitalier 2009-2010⁴¹ sera également utilisé dans le cadre de la présente enquête. Nous avons envoyé le document d'enregistrement ainsi que des informations complémentaires aux personnes de contact des hôpitaux pour évaluation. Sur base des commentaires et suggestions reçus, nous avons procédé à quelques modifications dans le document (notamment ajout des activités des responsables de service, possibilité de conserver entretemps les données, ...).

Ce document devait être rempli électroniquement et renvoyé quotidiennement aux équipes de recherche.

Le formulaire comprenait deux volets :

- **Données générales** : nom du travailleur social, date de la journée de travail, heure de début et de fin de la journée de travail, heures supplémentaires, nom de l'hôpital, nom du campus, jour de la semaine et absence éventuelle pour cause de maladie (oui/non)
- **Enregistrement effectif** : chaque travailleur devait quotidiennement indiquer la fréquence (nombre) et la durée (en minutes) de chaque activité.

⁴¹ Fruyt, P., De Bodt, G., Smaers M., et coll., Rapport final 'Tour d'horizon du travail social: développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital', rapport final SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 31 mars 2010.

Ensuite, nous avons mis à disposition **des instructions complémentaires** (annexe 10), reprenant les informations nécessaires sur la façon de remplir et de renvoyer le document d'enregistrement, des petits trucs et astuces, la liste des tâches à accomplir, etc.

Enfin, nous avons prévu **une version brouillon du document d'enregistrement** en Excel (annexe 12), ce qui permettait aux travailleurs sociaux de prendre des notes pendant leur journée de travail et de consigner systématiquement la fréquence et la durée de chacune de leurs activités. Cette version brouillon s'est révélée être un instrument pratique pour remplir plus efficacement le véritable document d'enregistrement à la fin de la journée.

Les hôpitaux ont procédé à l'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités clés pendant 10 jours. Les différentes périodes d'enregistrement sont détaillées dans le tableau ci-dessous. La condition sine qua non pour commencer les périodes d'enregistrement était que tous les travailleurs sociaux aient rempli le questionnaire importance. Pour la partie néerlandophone, il s'est avéré que deux hôpitaux n'avaient pas pu renvoyer les questionnaires importance avant l'échéance des périodes.

Tableau 11 : Périodes d'enregistrement en fonction de la région linguistique

Partie néerlandophone		Partie francophone	
Nombre d'hôpitaux	Période	Nombre d'hôpitaux	Période
12	22/11/10-3/12/10	9	22/11-3/12
5	29/11/10-10/12/10	1	29/11-10/12
2	6/12/10-17/12/10	-	-
2	abandons	-	-

Toutes les personnes de contact recevaient quotidiennement, de la part de l'équipe de recherche, une mise à jour de la liste des documents d'enregistrement déjà envoyés (par qui et pour quel jour). Ainsi, nous avons pu éviter les omissions, et tout le monde a été activement encouragé à réaliser correctement ces périodes d'enregistrement. Par ailleurs, les documents remplis individuellement par les travailleurs sociaux ont été contrôlés tant au niveau de leur exactitude que de leur exhaustivité. Citons à titre d'erreurs les plus courantes : erreur de date, hôpital, durée en heures au lieu de minutes, différents documents d'enregistrement pour le même jour, etc. Ces erreurs ont pu immédiatement être associées à une personne de contact de l'hôpital concerné et corrigées dans le questionnaire Snap.

2.2.3. Méthodologie utilisée pour l'enregistrement de la fréquence et de la durée

La littérature mentionne diverses méthodes (e.a. estimation, historique, observations instantanées, étude de temps et mouvement...) permettant de cartographier les activités des travailleurs dans la pratique quotidienne.

Ces techniques sont principalement employées dans le cadre de la recherche en soins infirmiers et sont décrites comme telles dans la littérature.^{42 43 44 45 46 47 48}

La méthode **des observations instantanées, ou observation systématique à série temporelle**, fait appel à des observateurs externes neutres chargés d'observer et de consigner les activités pendant une période donnée ou à des moments aléatoires. Elle permet ainsi de se baser sur une série d'observations aléatoires et de courte durée réalisées pendant une période donnée. L'échantillon doit cependant être suffisamment représentatif. Les observations instantanées sont avant tout utilisées pour les travailleurs évoluant dans un environnement bien déterminé. Les avantages cités dans la littérature sont les suivants : méthode souple, peu coûteuse et acceptable pour les personnes observées. Les inconvénients résident dans la possible influence du comportement normal par une présence extérieure, et le risque de tromperie de l'observateur. L'observateur étant tenu de rendre un jugement rapide sur le comportement observé, cette méthode est considérée comme peu nuancée.

Il est également possible de procéder à **l'enregistrement direct de la durée**, réalisé dans le cadre d'une observation continue en binôme. Cette technique permet de donner une description détaillée d'un nombre limité de personnes et convient mieux pour les travailleurs qui ne restent pas confinés en un seul lieu. L'enregistrement direct de la durée semble aussi convenir principalement pour les tâches répétitives qui peuvent être observées immédiatement. Les inconvénients résident dans la possible interprétation lors de l'observation ainsi que dans l'influence du comportement normal par une présence extérieure (effet Hawthorne). De surcroît, le recours à des observateurs externes qualifiés est assez onéreux.

Enfin, il est également possible de **demander aux membres de l'échantillon d'enregistrer eux-mêmes leurs activités (= technique de l'auto-évaluation)**. L'enregistrement peut avoir lieu de la manière décrite ci-dessus (par l'individu lui-même et non plus par un observateur),

⁴² Oddone, E., Weinberger, M., ea, Measuring activities in clinical trials using random work sampling: implications for cost-effectiveness analysis and measurement of the intervention, *J Clin Epidemiol*, 1995, 48:8, 1011-1018.

⁴³ Jackson, B.L., Determining Efficiency Through Work Sampling, *Management Review*, january 1972, 13-21.

⁴⁴ Burke, T.A, McKee, J.R., ea, A Comparison of Time-and-Motion and Self-reporting Methods of Work Measurement, *Journal of Nursing Administration*, March 2000, 30:3, 118-125.

⁴⁵ Pelletier, D.en Duffield, C., Work sampling : Valuable methodology to define nursing practice patterns, *Nursing and Health Sciences*, 2003, 5, 31-38.

⁴⁶ Ampt, A., Westbrook, J., ea, A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *J Health Serv Res Policy*, jan 2007, 12: 1, 18-24.

⁴⁷ Myny, D., et al Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset, *Journal of Advanced Nursing*, July 2009, 92 -102.

⁴⁸ Delobelle, S. en Smet K., Zelfregistratie via multimomentopname, een betrouwbare registratiemethode binnen de verpleegkunde?, thesis UGent, 2007, pg 1-24.

ou au moyen d'un journal de bord dans lequel les activités doivent être consignées tout au long de la journée.

Les principaux avantages et inconvénients de cette méthode sont énumérés ci-dessous :^{49 50 51 52}

Avantages de l'auto-évaluation :

- Respect de l'intimité du patient et de son entourage
- Les experts sont les mieux placés pour savoir ce qu'ils font
- Les gens n'aiment pas se sentir observés
- Pas besoin d'observateurs externes
- Pas besoin d'observation individuelle
- Rentabilité
- Processus moins chronophage

Inconvénients de l'auto-évaluation :

- Biais possible dû à des réponses socialement correctes
- Tendance à répondre par rapport à son propre point de vue plutôt qu'en fonction de la véritable teneur des tâches
- Subjectivité
- Dépendance de la bonne volonté et de la mémoire des participants

Les faux enregistrements sont aussi cités comme inconvénient. Burke⁵³ et Oddone⁵⁴ estiment cependant que le problème des faux enregistrements en cas d'auto-évaluation n'est pas plus marqué que les erreurs d'enregistrement commises par l'observateur externe dans les autres méthodes. Delobelle et Smet⁵⁵ renvoient à Howard (1994), qui impute les limites de l'auto-évaluation à la nature et à l'approche de l'étude. Lorsque les participants sont activement impliqués dans l'étude, l'auto-évaluation est généralement une méthode d'enregistrement tout à fait valable.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons fait appel à l'**auto-évaluation pour la mesure de la fréquence et de la durée des activités**. Dans la mesure où les travailleurs sociaux se déplacent souvent et ont plusieurs services différents sous leur tutelle, la technique des observations instantanées était difficilement applicable. Cette technique s'emploie surtout

⁴⁹ Ampt, A., Westbrook, J., ea, A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *J Health Serv Res Policy*, jan 2007, 12: 1, 18-24.

⁵⁰ Myny, D., et al Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset, *Journal of Advanced Nursing*, July 2009, 92 -102.

⁵¹ Finkler, S.A., Knickman, J.R.,ea, A Comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research, *Health Services Research*, december 1993, 28:5, 577-597

⁵² Pelletier, D. en Duffield, C., Work sampling : Valuable methodology to define nursing practice patterns, *Nursing and Health Sciences*, 2003, 5, 31-38.

⁵³ Burke, T.A, McKee, J.R., ea, A Comparison of Time-and-Motion and Self-reporting Methods of Work Measurement, *Journal of Nursing Administration*, March 2000, 30:3, 118-125.

⁵⁴ Oddone, E., Weinberger, M., ea, Measuring activities in clinical trials using random work sampling: implications for cost-effectiveness analysis and measurement of the intervention, *J Clin Epidemiol*, 1995, 48:8, 1011-1018.

⁵⁵ Delobelle, S. en Smet K., Zelfregistratie via multimomentopname, een betrouwbare registratiemethode binnen de verpleegkunde?, thesis UGent, 2007, pg 1-24.

dans la recherche en soins infirmiers, où les individus sont rassemblés au sein d'un même service. Par ailleurs, il ne nous semblait pas opportun d'interrompre à intervalles réguliers les discussions souvent délicates et complexes menées par les travailleurs sociaux pour enregistrer leur activité. L'observation continue était également exclue du fait de son coût. Enfin, nous souhaitions atteindre un grand groupe de personnes de l'échantillon. Nous avons donc opté pour l'auto-évaluation, tout en prenant soin de fournir une série d'outils susceptibles de pallier aux inconvénients cités ci-avant. Le manuel « Activités de travail social » et les tests ont été organisés afin d'éliminer autant que possible la subjectivité des réponses. La classification des activités par catégories et la formation prévue avaient quant à elles pour but d'exclure les chevauchements. Nous avons en outre opté pour un document d'enregistrement (accompagné d'une version brouillon et d'instructions), présenté comme un outil plus précis que le journal de bord dans la littérature.

2.2.4. Caractéristiques des participants aux questionnaires importance et enregistrement de la fréquence et de la durée

Finalement, nous avons reçu 257 questionnaires (195 pour la partie néerlandophone et 62 pour la partie francophone) en Belgique. Initialement, 267 travailleurs sociaux ont participé aux tests. Il a été possible d'expliquer ces 10 'abandons' par le retrait d'un hôpital et par l'indisponibilité des personnes malades et des absents. Parmi les travailleurs actifs (n=259), 99% (2 manquants effectifs) ont pris part à cette phase de l'enquête. Sur les 257 travailleurs sociaux, 76% ou 195 personnes travaillent dans la partie néerlandophone et 24% ou 62 personnes dans la partie francophone. Dans ce groupe, 48% travaillent à temps plein, 36% à temps partiel et 16% à mi-temps.

Dix-neuf hôpitaux néerlandophones (deux manquants) et dix hôpitaux francophones ont enregistré la fréquence et la durée des activités de travail social. Nous avons reçu quotidiennement les documents d'enregistrement de 246 travailleurs sociaux. Près de 75% ou 184 travailleurs sociaux participants étaient actifs dans la partie néerlandophone contre 25% ou 62 dans la partie francophone. Parmi ces travailleurs sociaux participants, 48% travaillaient à temps plein, 36% à temps partiel et 16% à mi-temps. Dans ce groupe, 155 (63%) travailleurs sociaux travaillent au sein d'une organisation privée et 91 (37%) dans un hôpital public. Le tableau 12 montre la répartition selon l'ancienneté dans l'hôpital et dans la fonction.

Tableau 12 : Répartition de l'ancienneté des travailleurs sociaux dans l'hôpital et dans la fonction

Répartition ancienneté travailleurs sociaux Questionnaire importance	Répartition ancienneté travailleurs sociaux Enregistrement fréquence et durée	
	Hôpital	Fonction
Ancienneté	Nombre de travailleurs sociaux	
0-4 ans	107	69
5-9 ans	42	51
10-14 ans	34	43
15-19 ans	23	28
>=20 ans	51	66
Total	257	257

Le tableau 13 ci-après fait apparaître la répartition sur base du nombre de lits agréés. Quelque 50% (questionnaire importance) et 52% (enregistrement de la fréquence et de la durée) des travailleurs sociaux sont actifs au sein d'un hôpital avec 450 lits agréés ou plus.

Tableau 13 : Répartition des travailleurs sociaux sur base de la taille de l'hôpital (nombre de lits agréés)

	Questionnaire importance	Enregistrement fréquence et durée
Nombre de lits agréés	Nombre de travailleurs sociaux	
0-199	39	38
200-299	33	29
300-449	56	50
450 ou plus	129	129
Total	257	246

Enfin, nous pouvons conclure que le questionnaire importance et l'enregistrement de la fréquence et de la durée ont été principalement remplis et effectués par les travailleurs sociaux actifs dans un hôpital général (tableau 14).

Tableau 14 : Répartition selon le type d'hôpital

	Questionnaire importance	Enregistrement fréquence et durée
Type d'hôpital	Nombre de travailleurs sociaux	
Hôpital général	135	125
Hôpital général à caractère universitaire	84	84
Hôpital spécialisé	20	18
Hôpital gériatrique	18	19
Total	257	246

CHAPITRE 5 : RESULTATS ET ANALYSE DU QUESTIONNAIRE SUR L'IMPORTANCE ET DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE

1. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR L'IMPORTANCE DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, SPÉCIALISÉS ET GÉRIATRIQUES

1.1 Introduction

Comme nous l'avons déjà signalé, nous avons sondé, dans le questionnaire en question, l'importance des activités dans le contexte de travail actuel et idéal ainsi que plusieurs facteurs d'influence (le temps, la reconnaissance, l'espace, l'identification et les compétences) sur le contexte de travail actuel. Ci-après, nous abordons les résultats obtenus en Belgique, tant pour la partie néerlandophone que francophone, dans des hôpitaux publics et privés ainsi que pour différentes catégories d'hôpitaux. Nous partons à chaque fois de la classification, et pour les 12 activités clés, des paramètres descriptifs ont été calculés. Seules les trois premières activités du classement des activités les plus et les moins importantes, sur base des moyennes, ont été retenues et analysées de manière plus approfondie (SPSS Statistic 19). L'objectif est d'analyser l'importance attribuée à certaines activités et de voir quelles activités sont effectivement effectuées par les travailleurs sociaux sur le terrain. Au niveau de la question générale (absolument d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord), l'importance accordée aux activités clés ainsi qu'à certaines sous-activités sera par ailleurs passée au peigne fin. Nous examinerons également l'éventuelle influence de l'espace, de la reconnaissance, de l'identification, du temps et des compétences sur le sentiment éprouvé par rapport à l'exécution des tâches clés, à savoir l'importance attribuée à l'exécution des tâches, la faculté d'exécuter celles-ci, la volonté de les exécuter et la capacité à les exécuter.

1.2 Résultats pour la Belgique : commentaire des activités les plus/moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal

1.2.1 Classification

Dans le questionnaire sur l'importance des activités, il a été demandé aux travailleurs sociaux de classer 12 activités par ordre d'importance, de la plus importante (12) à la moins importante (1), et ceci, tant dans un contexte de travail actuel que dans un contexte de travail idéal. Nous avons reçu 253 réponses complètes à cette question.

Le tableau 15 fait apparaître, au moyen de statistiques descriptives, la mesure centrale : la moyenne (moyenne) et la mesure de dispersion : l'écart-type (ET)⁵⁶. Les 12 activités clés et leurs résultats propres ont ensuite été répartis selon le contexte de travail. Les tops 3 des activités les plus et les moins importantes apparaissent en gras dans le tableau.

⁵⁶ Définition dans 'Inleiding tot de biomedische statistiek': L'écart-type donne une indication de la mesure dans laquelle les valeurs varient en moyenne par rapport à la valeur moyenne. Plus la dispersion est grande, plus l'écart-type est grand.

Nous constatons que le top 3 des **activités les plus importantes** sont les mêmes dans le contexte de travail actuel que dans le contexte de travail idéal, à savoir **l'aide psychosociale, la coordination des soins et l'aide sociale et administrative**. Les travailleurs sociaux ont classé **les activités clés les moins importantes dans un contexte de travail idéal comme suit : les autres activités non liées aux patients, le signalement et la prévention**. Dans le cadre du contexte actuel de travail, la prévention sort du top 3 pour être remplacée par le développement des compétences.

Tableau 15 : Statistiques descriptives des activités clés de travail social - classification

Statistiques descriptives des activités de travail social - classification						
	Contexte de travail actuel			Contexte de travail idéal		
	Nbre	moyenne	ET	Nbre	moyenne	ET
Aide psychosociale	255	9,26	3,302	255	9,93	3,459
Coordination des soins	255	9,00	3,001	255	8,95	3,025
Aide sociale et administrative	255	8,64	2,586	255	8,27	2,512
Recherche et reporting	255	7,95	3,463	255	7,47	3,427
Aide matérielle	255	6,08	2,983	255	5,64	2,847
Aide financière et administrative	255	7,53	2,62	255	7,07	2,488
Aide juridique et administrative	255	6	2,504	255	5,75	2,446
Défense des intérêts	255	5,77	2,82	255	6,04	2,914
Prévention	255	5,19	3,107	255	5,29	2,838
Signalement	255	4,41	2,804	255	4,69	2,932
Développement des compétences	255	4,38	2,742	255	5,61	2,75
Autres activités non liées aux patients	255	3,78	3,043	255	3,28	3,41

En vue de déterminer le test statistique adéquat, nous avons commencé par examiner si les différentes variables (en l'occurrence les activités clés) étaient effectivement réparties normalement, notamment en analysant les histogrammes et en procédant à des tests de normalité (normality plots with tests), au test de Kolmogorov-Smirnov ainsi qu'au test de Shapiro-Wilk.⁵⁷

Vu que toutes les variables ne sont pas réparties normalement, nous avons chaque fois utilisé un test non paramétrique pour les analyses plus poussées.

En statistiques, le point de départ est toujours l'hypothèse nulle (H0). Cette hypothèse indique qu'il n'y a pas de différence/d'effet. L'objectif est de réfuter cette hypothèse, à savoir de rejeter H0. Le seuil de signification $\alpha = 0,05$ est celui qui est le plus utilisé dans la recherche. Si les valeurs P obtenues⁵⁸ sont inférieures ou égales à 0,05, on obtient alors un résultat significatif, et l'hypothèse nulle peut être rejetée. C'est ainsi qu'il faut interpréter les analyses et les résultats ci-après.

⁵⁷ Examiner si une variable continue est répartie selon la loi de Gausse

⁵⁸ La valeur P représente une probabilité, comprise entre 0 et 1

- **ANALYSE DES ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTES**

Les activités les plus importantes indiquées par les travailleurs sociaux interrogés au sein d'un **hôpital général, spécialisé ou gériatrique en Belgique** sont les activités **d'aide psychosociale, la coordination des soins et l'aide sociale et administrative**. Ces trois activités sont abordées plus en détails ci-après. Un test apparié de Wilcoxon non paramétrique a également été effectué pour chacune de ces analyses.

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre l'aide psychosociale et la coordination des soins dans le contexte de travail idéal et le contexte de travail actuel ?

Il existe une différence significative entre l'importance de l'aide psychosociale et de la coordination des soins dans le contexte de travail idéal. L'aide psychosociale est évaluée comme plus importante par les travailleurs sociaux. Aucune différence significative n'a été retrouvée dans le contexte de travail actuel.

Activité principale	Moyenne contexte de travail actuel N=253	Moyenne contexte de travail idéal	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail idéal
Aide psychosociale	9,26	9,93	P=0.182	P < 0.001
Coordination des soins	9,00	8,95		

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre la coordination des soins et l'aide sociale et administrative dans le contexte de travail idéal et le contexte de travail actuel ?

Il existe une différence significative entre l'importance de la coordination des soins et de l'aide sociale et administrative dans le contexte de travail idéal et actuel. La coordination des soins est évaluée comme plus importante par les travailleurs sociaux.

Activité principale	Moyenne contexte de travail actuel N=253	Moyenne contexte de travail idéal	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail idéal
Coordination des soins	9,00	8,95	P=0.048	P<0.001
Aide sociale et administrative	8,64	8,27		

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre le contexte de travail idéal et le contexte de travail actuel d'une activité clé en particulier ?

L'**aide psychosociale** est considérée beaucoup plus importante dans le contexte de travail idéal tandis que l'**aide sociale et administrative** est considérée comme beaucoup plus importante dans le contexte de travail actuel. En ce qui concerne **la coordination des soins**,

aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre le contexte de travail idéal et actuel.

Activité principale	Moyenne de contexte de travail actuel N=253	Moyenne de contexte de travail idéal	Valeur P
Aide psychosociale	9,26	9,93	P < 0.001
Aide sociale et administrative	8,64	8,27	P=0.007
Coordination des soins	9,00	8,95	P=0.653

- **ANALYSE DES ACTIVITES LES MOINS IMPORTANTES**

Les activités les moins importantes dans le contexte de travail actuel ou idéal, indiquées par les travailleurs sociaux interrogés au sein d'un **hôpital général, spécialisé ou gériatrique en Belgique**, sont **les activités qui ne sont pas liées aux patients, le signalement, la prévention et le développement des compétences**. Ces activités sont abordées plus en détails ci-après. Un test apparié de Wilcoxon non paramétrique a été également effectué pour chacune de ces analyses.

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre les activités non liées aux patients et le signalement dans le contexte de travail idéal ?

Une différence très significative apparaît en termes d'importance entre les activités non liées aux patients et le signalement dans le contexte de travail idéal. Les activités non liées aux patients sont évaluées comme beaucoup moins importantes par les travailleurs sociaux.

Activité principale	Moyenne de contexte de travail idéal N=253	Valeur P de contexte de travail idéal
Autres activités non liées aux patients	3,28	P<0.001
Signalement	4,69	

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre le signalement et la prévention dans le contexte de travail idéal ?

Le signalement est considéré comme beaucoup moins important que la prévention dans le contexte de travail idéal.

Activité principale	Moyenne de contexte de travail idéal N=253	Valeur P de contexte de travail idéal
Prévention	5,29	P=0.01
Signalement	4,69	

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre les activités non liées aux patients et le développement des compétences dans le contexte de travail actuel ?

Une différence significative apparaît en termes d'importance entre les activités non liées aux patients et le développement des compétences dans le contexte de travail actuel. Les activités non liées aux patients sont évaluées comme moins importantes par les travailleurs sociaux.

Activité principale	Moyenne contexte de travail actuel N=253	Valeur P contexte de travail actuel
Autres activités non liées aux patients	3,78	P=0.001
Développement des compétences	4,38	

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre le développement des compétences et le signalement dans le contexte de travail actuel ?

Il n'existe aucune différence significative entre ces deux activités clés.

Activité principale	Moyenne contexte de travail actuel N=253	Valeur P contexte de travail actuel
Développement des compétences	4,38	P=0.974
Signalement	4,41	

Existe-t-il une différence significative en termes d'importance entre le contexte de travail idéal et le contexte de travail actuel d'une activité clé en particulier ?

Les activités non liées aux patients sont évaluées comme plus importantes dans le contexte de travail actuel. **Le signalement** semble plus important dans le contexte de travail idéal que dans le contexte de travail actuel. En ce qui concerne **la prévention**, aucune différence significative entre le contexte de travail actuel et idéal n'a pu être mise en évidence. **Le développement des compétences** dans le contexte de travail actuel est beaucoup moins important que dans le contexte de travail idéal.

Activité principale	Moyenne contexte de travail actuel N=253	Moyenne contexte de travail idéal	Valeur P
Autres activités non liées aux patients	3,78	3,28	P<0.001
Signalement	4,41	4,69	P=0.047
Prévention	5,19	5,29	P=0.727
Développement des compétences	4,38	5,61	P<0.001

1.2.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).

Comme nous l'avons déjà signalé, nous nous sommes fondés sur la classification pour le développement et l'analyse détaillée de la question générale. Les travailleurs sociaux ont dû donner leur accord ou leur désaccord quant à l'importance, la capacité, la volonté et la faculté d'exécuter certaines activités clés et certaines sous-activités, et ce dans les deux contextes de travail (actuel et idéal). Lorsque les travailleurs sociaux étaient absolument d'accord ou d'accord à 70% ou plus ou bien étaient en désaccord ou en profond désaccord à 20% ou plus par rapport à l'affirmation 'Je trouve cette activité importante', nous avons déjà quelques indications sur l'importance ou le peu d'importance de telle ou telle (sous-) activité. Ces activités apparaissent dans les tableaux en mauve (d'accord) ou en jaune (désaccord) et ont été analysées au moyen de tests statistiques (test apparié non paramétrique de Wilcoxon).

Dans la dernière partie du questionnaire, les travailleurs sociaux ont dû indiquer s'ils avaient/recevaient suffisamment de temps, de compétences, d'espace, d'identification et de reconnaissance (oui/non). Les pourcentages sont indiqués dans les tableaux. Pour l'analyse, nous avons souhaité examiner dans quelle mesure ces indicateurs exerçaient une influence sur l'importance, la capacité, la faculté et la volonté d'exécuter ces activités (variables à expliquer). A cette fin, nous avons utilisé le test du Chi-deux. Les valeurs P sont également mentionnées. Les corrélations avec des valeurs de $P < 0,10$ de l'analyse univariée sont reprises dans une régression logique multivariée. Les résultats significatifs sont repris à l'aide des odds ratio's (OR) et des intervalles de confiance (IC) de 95%. A nouveau, un seuil de signification de 0,05 a été utilisé (cf. 1.2.1). Il ne sera rendu compte de cette sous-analyse que pour les activités clés.

• **ANALYSE DES ACTIVITÉS CLES LES PLUS IMPORTANTES**

(1) **Aide psychosociale** : les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux contextes, pour cette activité clé ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 16 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel en Belgique.

	Contexte de travail actuel															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	85 %	14%	1%	0%	79 %	20 %	1%	0%	40 %	46 %	13 %	2%	47%	44 %	9%	1%
Soutien	83 %	18%	0%	0%	79 %	20 %	0%	0%	48 %	44 %	8%	0%	51%	46 %	3%	0%
Médiation psychosociale	64 %	34%	1%	2%	58 %	35 %	4%	2%	31 %	53 %	13 %	3%	35%	56 %	7%	2%
Accompagnement	74 %	25%	0%	0%	70 %	28 %	2%	0%	38 %	44 %	17 %	1%	43%	49 %	8%	0%
Traitement	51 %	40%	8%	2%	46 %	37 %	14 %	3%	25 %	44 %	28 %	4%	30%	48 %	20 %	3%
Intervention critique	56 %	42%	2%	1%	48 %	43 %	7%	2%	30 %	50 %	18 %	2%	35%	56 %	9%	1%

Tableau 17 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal en Belgique.

	Contexte de travail idéal															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	92 %	8%	0%	0%	89 %	11%	0%	0%	64 %	30%	6%	0%	66%	30%	4%	0%
Soutien	90 %	11%	0%	0%	86 %	14%	0%	0%	65 %	32%	3%	0%	69%	29%	2%	0%
Médiation psychosociale	66 %	32%	2%	0%	60 %	34%	5%	0%	51 %	42%	7%	0%	52%	44%	4%	0%
Accompagnement	81 %	19%	0%	0%	72 %	27%	0%	0%	57 %	38%	5%	0%	57%	39%	4%	0%
Traitement	52 %	38%	7%	3%	46 %	39%	12%	3%	34 %	46%	16%	4%	37%	45%	14%	4%
Intervention critique	65 %	32%	2%	1%	54 %	38%	7%	1%	40 %	47%	11%	2%	42%	50%	7%	1%

Tableau 18 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide psychosociale et les sous-activités dans le contexte de travail actuel en Belgique.

	Facteurs d'influence									
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Aide psychosociale	32%	69%	87%	13%	52%	48%	57%	43%	85%	15%
Soutien	41%	59%	95%	5%	63%	37%	70%	30%	88%	12%
Médiation psychosociale	41%	60%	76%	25%	58%	42%	64%	36%	76%	24%
Accompagnement	30%	70%	90%	11%	55%	46%	64%	36%	83%	17%
Traitement	22%	78%	65%	35%	45%	55%	50%	50%	65%	35%
Intervention critique	35%	65%	65%	35%	55%	46%	57%	43%	68%	32%

Par analogie avec la classification, nous constatons ici également que **l'aide psychosociale** est indiquée comme beaucoup plus importante par les travailleurs sociaux dans un contexte de travail idéal ($P < 0,05$). Il ressort de la consultation des travailleurs sociaux que, dans le cadre de l'activité clé aide psychosociale, le **soutien** est considéré comme la sous-activité la plus importante ($P < 0,05$) (par rapport aux autres sous-activités), tant dans le contexte de travail actuel qu'idéal. Par ailleurs, le soutien est signalé comme étant une activité beaucoup plus importante dans le contexte idéal ($P < 0,05$).

Enfin, nous souhaitons **examiner l'influence du temps, de l'espace, des compétences, de la reconnaissance et de l'identification sur l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution de l'activité clé aide psychosociale.**

Sur base de l'analyse univariée ($P < 0,10$ dans le tableau 19), nous pouvons reprendre les indicateurs suivants dans le modèle :

- Pour l'importance et la volonté d'exécution : l'identification
- Pour la capacité d'exécution : tous les indicateurs
- Pour la faculté d'exécution : la reconnaissance, l'espace, l'identification et le temps

Tableau 19 : Analyse univariée/ χ^2 entre l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution de l'aide psychosociale et les indicateurs reconnaissance, espace, identification, temps et compétences

Aide psychosociale		
Variable indépendante	indicateur	Valeur P χ^2
Importance	Reconnaissance	0,359
	Espace	0,775
	Identification	0,002
	Temps	0,455
	Compétences	0,989
Volonté	Reconnaissance	0,319
	Espace	0,837
	Identification	0,001
	Temps	0,445
	Compétences	0,439
Capacité	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	0,035
Faculté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	0,002
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	0,489

Le tableau 20 montre les résultats ($P < 0.05$) de la régression logistique binaire. Les résultats significatifs sont indiqués en gras et abordés ci-après. Dans la note de bas de page, vous trouverez le Nagelkerke R^2 ⁵⁹.

- Les travailleurs sociaux qui s'identifient à l'activité clé estiment que l'aide psychosociale est 3,3 fois plus importante⁶⁰, ont 3,2 fois plus la volonté⁶¹ et ont 3,6 fois plus la faculté⁶² de dispenser une aide psychosociale que le groupe qui ne s'y identifie pas.
- Les travailleurs sociaux qui disposent de l'espace nécessaire ont 2,2 fois plus de chances de pouvoir⁶³ dispenser une aide psychosociale que le groupe des travailleurs sociaux qui n'en a pas.
- Les travailleurs sociaux qui ont le temps ont 2,8 fois plus de chances de pouvoir dispenser une aide psychosociale et 2,3 fois plus de chances d'avoir la faculté d'effectuer cette activité que le groupe des travailleurs sociaux qui n'en a pas.

⁵⁹ Nagelkerke R^2 : mesure de la variance au sein de la variable dépendante, expliquée par le modèle logique. Plus la valeur est élevée, plus le modèle est adéquat (entre 0 et 1).

⁶⁰ $R^2=0,053$

⁶¹ $R^2=0,055$

⁶² $R^2=0,156$

⁶³ $R^2=0,21$

Tableau 20 : Résultats de l'analyse multivariée

Aide psychosociale			
Variable dépendante	Indicateur	OR (CI95%)	Valeur P
Importance	Identification	3,28 (1,48-7,26)	0,003
Volonté	Identification	3,19 (1,55-6,60)	0,002
Capacité	Espace	2,23 (1,23-4,04)	0,008
	Temps	2,79 (1,52-5,12)	0,001
	Reconnaissance	1,14 (0,60-2,16)	0,7
	Identification	2,49 (0,92-6,74)	0,07
	Compétences	1,51 (0,60-3,77)	0,38
Faculté	Identification	3,58 (1,40-9,14)	0,008
	Temps	2,29 (1,25-4,19)	0,007
	Reconnaissance	1,42 (0,77-2,61)	0,26
	Espace	1,33 (0,75-2,36)	0,33
	Compétences	0,71 (0,31-1,62)	0,42

(2) **Coordination des soins** : cette activité semble être considérée comme une activité très importante.

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux contextes, pour l'activité clé **Coordination des soins** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 21 : Résultats de la question générale portant sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel en Belgique.

Activités	Contexte de travail actuel															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	74%	25%	0%	0%	69%	28%	3%	0%	45%	47%	8%	0%	53%	41%	5%	0%
Dépistage des patients à risques	52%	40%	7%	2%	41%	41%	16%	2%	23%	46%	27%	4%	29%	49%	17%	4%
Donner des informations	71%	28%	1%	0%	65%	32%	2%	0%	49%	46%	4%	0%	56%	40%	4%	0%
Médiation	52%	45%	2%	1%	46%	47%	5%	2%	26%	57%	15%	2%	34%	56%	9%	2%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins	70%	30%	1%	0%	66%	34%	0%	0%	56%	41%	3%	0%	60%	38%	2%	0%
Collaborer	73%	27%	0%	0%	69%	31%	0%	0%	52%	42%	6%	0%	57%	39%	4%	0%
Coordination	70%	29%	2%	0%	60%	36%	4%	0%	39%	49%	12%	1%	46%	48%	6%	0%
Mise en place d'aide du réseau social	64%	35%	2%	0%	57%	40%	3%	0%	40%	50%	10%	0%	46%	49%	5%	0%
Mise en place d'aide et de services	71%	28%	1%	0%	67%	32%	1%	0%	50%	48%	2%	0%	55%	44%	1%	0%
Soutien administratif	53%	46%	1%	0%	48%	48%	4%	0%	34%	56%	11%	0%	44%	51%	4%	0%

Tableau 22 : Résultats de la question générale portant sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal en Belgique.

Activités	Contexte de travail idéal															
	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	Pas d'accord	d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	81%	17%	1%	0%	76%	22%	1%	0%	61%	35%	4%	0%	63%	34%	3%	0%
Dépistage des patients à risques	49%	44%	6%	2%	37%	46%	14%	3%	30%	49%	19%	3%	34%	46%	16%	4%
Donner des informations	80%	19%	1%	0%	75%	25%	1%	0%	67%	30%	3%	0%	71%	28%	1%	0%
Médiation	58%	39%	2%	1%	53%	42%	4%	2%	44%	50%	4%	2%	46%	50%	2%	2%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins	71%	28%	1%	0%	69%	31%	1%	0%	64%	35%	1%	0%	65%	35%	0%	0%
Collaborer	84%	16%	0%	0%	80%	20%	0%	0%	75%	24%	1%	0%	73%	25%	1%	0%
Coordination	74%	24%	1%	0%	66%	30%	3%	1%	58%	37%	4%	1%	60%	36%	3%	1%
Mise en place d'aide du réseau social	74%	25%	0%	0%	69%	29%	2%	0%	59%	39%	2%	0%	62%	36%	2%	0%
Mise en place d'aide et de services	78%	22%	0%	0%	75%	24%	1%	0%	69%	30%	1%	0%	69%	30%	1%	0%
Soutien administratif	52%	47%	2%	0%	44%	50%	5%	0%	42%	52%	5%	0%	45%	51%	4%	0%

Tableau 23 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la coordination des soins et les sous-activités dans le contexte de travail actuel en Belgique.

Activités	Facteurs d'influence										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Coordination des soins	49%	51%	91%	9%	69%	31%	74%	26%	86%	14%	
Dépistage des patients à risques	36%	64%	76%	25%	58%	42%	57%	43%	66%	34%	
Donner des informations	64%	36%	94%	6%	77%	23%	79%	21%	90%	10%	
Médiation	40%	60%	79%	21%	63%	37%	65%	35%	77%	23%	
Orienter vers d'autres institutions et services de soins	75%	25%	96%	4%	89%	11%	87%	13%	94%	6%	
Collaborer	62%	39%	98%	2%	78%	22%	84%	16%	93%	7%	
Coordination	50%	50%	93%	7%	66%	34%	75%	25%	88%	13%	
Mise en place d'aide du réseau social	59%	41%	95%	5%	73%	27%	78%	22%	88%	12%	
Mise en place d'aide et de services		66%	34%	97%	3%	81%	19%	86%	14%	94%	6%
Soutien administratif		44%	56%	93%	7%	71%	29%	74%	26%	84%	16%

Contrairement à la classification, nous constatons dans le cadre de la question générale une différence significative entre le contexte idéal et le contexte actuel. Les travailleurs sociaux accordent une importance beaucoup plus grande à la coordination des soins dans le contexte de travail idéal ($P < 0.05$).

Donner des informations, collaborer à la réflexion liée à la situation du patient, mettre en place une aide du réseau social et mettre en place une autre aide ou d'autres services (coordination des soins) sont des activités auxquelles une plus grande importance est accordée dans le contexte de travail idéal ($P < 0.05$). Pour l'orientation vers d'autres institutions et services de soins ($P = 0,680$) et pour la coordination de l'aide et des soins ($P = 0,191$) (coordination des soins), aucune différence significative ne peut être mise en évidence entre le contexte de travail actuel et idéal.

Enfin, nous souhaitons **examiner l'influence du temps, de l'espace, des compétences, de la reconnaissance et de l'identification sur l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution de l'activité clé coordination des soins.**

Nous commençons à nouveau par une analyse univariée pour reprendre ensuite les résultats significatifs dans le modèle multivarié.

Sur base de l'analyse univariée ($P < 0,10$ dans le tableau 24), nous pouvons reprendre les indicateurs suivants dans le modèle :

- Pour l'importance : la reconnaissance, l'espace, l'identification et les compétences
- Pour la volonté et la capacité d'exécution : tous les indicateurs
- Pour la faculté d'exécution : la reconnaissance, l'espace, l'identification et les compétences

Tableau 24 : Analyse univariée/ χ^2 entre l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution de l'activité clé Coordination des soins et les indicateurs reconnaissance, espace, identification, temps et compétences

Coordination des soins		
Variable indépendante	indicateur	Valeur P χ^2
Importance	Reconnaissance	0,016
	Espace	0,035
	Identification	<0,001
	Temps	0,167
	Compétences	<0,001
Volonté	Reconnaissance	0,015
	Espace	0,006
	Identification	<0,001
	Temps	0,038
	Compétences	<0,001
Capacité	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	0,001
	Compétences	<0,001
Faculté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	0,122
	Compétences	<0,001

L'analyse multivariée (tableau 25) met en évidence les résultats significatifs suivants :

- Les travailleurs sociaux qui s'identifient à l'activité clé Coordination des soins ont 21 fois plus de chances de vouloir⁶⁴ exécuter cette activité que le groupe des travailleurs sociaux qui ne s'y identifie pas.
- Les travailleurs sociaux qui se sentent compétents ont 15 fois plus de chances d'avoir la capacité⁶⁵ d'exécuter cette tâche que le groupe qui ne se sent pas compétent.
- Les travailleurs sociaux qui jouissent d'une reconnaissance ont 4 fois plus de chances de pouvoir effectuer la coordination des soins et 7,1 fois plus de chances d'avoir la faculté⁶⁶ d'exécuter cette activité que le groupe qui ne jouit d'aucune reconnaissance.

Tableau 25 : Résultats de l'analyse multivariée

Coordination des soins			
Variable dépendante	Indicateur	OR (CI95%)	Valeur P
Importance	Espace	Valeurs insuffisantes	
	Identification		
	Reconnaissance		
	Compétences		
Volonté	Reconnaissance	0,12 (0,006-2,23)	0,15
	Espace	3,19 (0,28-36,74)	0,35
	Identification	21,00 (1,38-320,16)	0,03
	Temps	1,39 (0,10-19,95)	0,81
	Compétences	6,52 (0,95-44,68)	0,06
Capacité	Espace	2,28 (0,60-8,73)	0,23
	Reconnaissance	4,05 (1,01-16,21)	0,05
	Temps	2,92 (0,67-12,86)	0,16
	Identification	0,33 (0,06-1,73)	0,19
	Compétences	15,05 (3,55-63,74)	<0,001
Faculté	Espace	4,16 (0,71-24,45)	0,12
	Reconnaissance	7,13 (1,11-45,84)	0,04
	Identification	1,03 (0,21-4,95)	0,97
	Compétences	2,95 (0,66-13,14)	0,16

(3) Aide sociale et administrative

La troisième activité citée par ordre de classement est l'**aide sociale et administrative**. Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux contextes, ainsi que les facteurs d'influence.

⁶⁴ R²=0.340

⁶⁵ R²=0.371

⁶⁶ R²=0.326

Tableau 26 : Résultats de la question générale portant sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel en Belgique.

Activités	Contexte de travail actuel															
	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	Pas d'accord	d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	65%	35%	0%	0%	56%	42%	2%	0%	36%	55%	10%	0%	46%	49%	5%	0%
Donner des informations_socadm	67%	32%	0%	0%	63%	35%	2%	0%	44%	49%	7%	0%	51%	46%	3%	0%
Médiation_socadm	42%	53%	4%	2%	37%	52%	9%	2%	20%	62%	16%	2%	26%	62%	10%	2%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	64%	35%	1%	0%	62%	37%	1%	0%	47%	49%	4%	0%	49%	49%	2%	0%
Collaborer_socadm	63%	36%	1%	0%	56%	41%	3%	0%	39%	51%	9%	0%	45%	49%	7%	0%
Coordination_socadm	50%	44%	5%	1%	42%	46%	10%	1%	28%	55%	16%	2%	35%	54%	9%	1%
Soutien administratif_socadm	46%	52%	2%	0%	40%	53%	6%	1%	27%	55%	18%	1%	37%	55%	8%	1%

Tableau 27 : Résultats de la question générale portant sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal en Belgique.

Activités	Contexte de travail idéal															
	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	d'accord	Pas d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	65%	35%	0%	0%	61%	36%	3%	0%	55%	39%	5%	0%	57%	41%	2%	0%
Donner des informations_socadm	72%	28%	0%	0%	69%	30%	1%	0%	59%	37%	4%	0%	61%	37%	2%	0%
Médiation_socadm	46%	48%	5%	2%	38%	51%	9%	2%	33%	55%	11%	2%	35%	56%	6%	2%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	68%	32%	0%	0%	64%	35%	1%	0%	60%	39%	2%	0%	61%	37%	2%	0%
Collaborer_socadm	74%	26%	0%	0%	69%	31%	0%	0%	63%	34%	3%	0%	64%	34%	2%	0%
Coordination_socadm	58%	39%	3%	0%	51%	43%	6%	0%	48%	41%	11%	0%	49%	43%	8%	0%
Soutien administratif_socadm	54%	44%	2%	0%	49%	44%	6%	0%	44%	49%	6%	0%	47%	51%	2%	0%

Tableau 28 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide sociale et administrative et les sous-activités dans le contexte de travail actuel en Belgique.

	Facteurs d'influence									
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide sociale et administrative	51%	49%	88%	12%	73%	27%	78%	22%	88%	12%
Donner des informations_socadm	63%	37%	91%	9%	78%	22%	84%	16%	92%	8%
Médiation_socadm	36%	64%	74%	27%	62%	38%	63%	37%	74%	26%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	71%	29%	96%	4%	82%	18%	83%	17%	93%	7%
Collaborer_socadm	53%	47%	96%	4%	73%	27%	78%	22%	88%	13%
Coordination_socadm	46%	54%	84%	16%	64%	36%	72%	28%	78%	22%
Soutien administratif_socadm	46%	55%	90%	10%	72%	28%	76%	24%	84%	16%

Contrairement à la classification, nous ne constatons ici aucune différence significative au niveau de l'aide sociale et administrative entre le contexte idéal et le contexte actuel ($P=1$). Les sous-activités Donner des informations ($P<0,05$) et Collaborer à la réflexion liée au patient ($P<0,001$) (aide sociale et administrative) apparaissent comme beaucoup plus importantes dans le contexte de travail idéal.

Enfin, nous souhaitons à nouveau **examiner l'influence du temps, de l'espace, des compétences, de la reconnaissance et de l'identification sur l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution de l'activité clé aide sociale et administrative dans le contexte actuel de travail.**

Sur base de l'analyse univariée ($P<0,10$ dans le tableau 29), nous pouvons reprendre les indicateurs suivants dans le modèle :

- Pour l'importance : aucune valeur significative
- Pour la volonté d'exécution : l'identification et les compétences
- Pour la capacité d'exécution : tous les indicateurs
- Pour la faculté d'exécution : la reconnaissance, l'espace, l'identification et les compétences

Tableau 29 : Analyse univariée/ χ^2 entre l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution de l'activité clé Aide sociale et administrative et les indicateurs reconnaissance, espace, identification, temps et compétences

Aide sociale et administrative		
Variable indépendante	Indicateur	Valeur P χ^2
Importance	Reconnaissance	0,597
	Espace	0,544
	Identification	0,716
	Temps	0,330
	Compétences	0,716
Volonté	Reconnaissance	0,319
	Espace	0,503
	Identification	0,046
	Temps	0,696
	Compétences	0,046

Capacité	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	0,004
	Compétences	<0,001
Faculté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	0,201
	Compétences	0,001

L'analyse multivariée (tableau 30) met en évidence les résultats significatifs suivants :

- Les travailleurs sociaux qui se sentent compétents ont 9,6 fois plus de chances de pouvoir⁶⁷ dispenser une aide sociale et administrative et 5,1 fois plus de chances d'avoir la faculté⁶⁸ d'exécuter cette activité que le groupe qui ne se sent pas compétent.
- Les travailleurs sociaux qui s'identifient à l'aide sociale et administrative ont 7,1 fois plus de chances d'avoir la faculté d'exécuter cette activité que le groupe qui ne s'y identifie pas.

Tableau 30 : Résultats de l'analyse multivariée

Aide sociale et administrative			
Variable dépendante	Indicateur	OR (CI95%)	Valeur P
Volonté ⁶⁹	Compétences	4,46 (0,69-29,02)	0,12
	Identification	4,46 (0,69-29,02)	0,12
Capacité	Reconnaissance	0,91 (0,23-3,69)	0,90
	Temps	1,14 (0,35-3,69)	0,83
	Compétences	9,56 (3,27-27,92)	<0,001
	Identification	3,35 (0,86-13,15)	0,08
	Espace	2,61 (0,78-8,80)	0,12
Faculté	Reconnaissance	0,87 (0,12-6,15)	0,89
	Compétences	5,06 (1,24-20,69)	0,02
	Identification	7,13 (1,24-40,89)	0,03
	Espace	3,52 (0,63-19,75)	0,15

• ANALYSE DES ACTIVITES CLES LES MOINS IMPORTANTES

Ci-après, suit un aperçu des pourcentages obtenus pour les activités les moins importantes ainsi qu'une analyse plus approfondie des sous-activités (si pertinente).

(1) Autres activités non liées aux patients

Cette activité clé est considérée comme l'activité la moins importante. Contrairement à la classification, qui faisait apparaître cette activité comme plus importante dans le contexte de travail actuel, ici, aucune différence significative entre les deux contextes de travail n'a pu

⁶⁷ R²=0.283

⁶⁸ R²=0.288

⁶⁹ R²=0.106

être mise en évidence ($P=0.201$). Par ailleurs, aucune sous-activité ne se différencie lorsque l'on cherche un pourcentage de 70% de réponses 'd'accord' ou de 20% de réponses 'pas d'accord' à l'affirmation 'Je trouve cette activité importante'.

Tableau 31 : Résultats de la question générale portant sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel en Belgique.

Activités	Contexte de travail actuel															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	28%	60%	11%	0%	23%	62%	15%	1%	18%	50%	30%	2%	20%	57%	21%	1%
Supervisions non liées aux patients	35%	58%	7%	0%	31%	58%	10%	2%	21%	52%	24%	3%	23%	55%	20%	1%
Contribuer à l'élaboration des politiques	27%	58%	13%	2%	19%	46%	32%	2%	11%	32%	50%	7%	11%	45%	37%	7%
Définir son métier et sa manière de le faire	32%	58%	9%	2%	26%	51%	21%	2%	15%	42%	39%	4%	15%	52%	29%	4%
Participer à des projets de recherche	26%	57%	16%	2%	21%	49%	28%	3%	11%	49%	34%	6%	16%	62%	18%	4%
Activités liées à l'organisation et au service	32%	62%	6%	1%	28%	56%	14%	1%	18%	52%	27%	3%	19%	62%	16%	3%

Tableau 32 : Résultats de la question générale portant sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal en Belgique.

Activités	Contexte de travail idéal															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	31%	60%	9%	1%	27%	61%	11%	1%	25%	61%	13%	1%	25%	63%	11%	1%
Supervisions non liées aux patients	36%	56%	8%	0%	33%	55%	11%	1%	30%	57%	13%	1%	30%	59%	11%	1%
Contribuer à l'élaboration des politiques	32%	58%	8%	2%	28%	48%	21%	3%	24%	46%	26%	5%	22%	52%	22%	4%
Définir son métier et sa manière de le faire	40%	51%	8%	1%	32%	50%	16%	2%	24%	53%	20%	4%	24%	58%	15%	3%
Participer à des projets de recherche	24%	64%	11%	1%	18%	57%	23%	2%	17%	58%	23%	2%	18%	67%	14%	1%
Activités liées à l'organisation et au service	34%	62%	4%	1%	31%	58%	10%	1%	28%	58%	13%	1%	28%	61%	10%	2%

Tableau 33: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur les autres activités non liées aux patients et les sous-activités dans le contexte de travail actuel en Belgique.

	Facteurs d'influence									
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autres activités non liées aux patients	23%	77%	79%	21%	49%	51%	56%	44%	69%	31%
Supervisions non liées aux patients	29%	71%	80%	20%	50%	50%	61%	39%	72%	28%
Contribuer à l'élaboration des politiques	14%	86%	48%	53%	32%	68%	35%	65%	47%	53%
Définir son métier et sa manière de le faire	29%	71%	72%	28%	45%	55%	46%	55%	61%	39%
Participer à des projets de recherche	16%	84%	70%	30%	44%	56%	45%	55%	56%	44%
Activités liées à l'organisation et au service	29%	71%	81%	20%	53%	47%	60%	40%	73%	27%

Les résultats obtenus quant à l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur **les autres activités non liées aux patients** sont détaillés ci-après.

Sur base de l'analyse univariée ($P < 0,10$ dans le tableau 34), nous pouvons reprendre les indicateurs suivants dans le modèle :

- Pour l'importance : la reconnaissance, l'identification, le temps et les compétences
- Pour la volonté, la capacité et la faculté d'exécution : tous les indicateurs

Tableau 34 : Analyse univariée/ χ^2 entre l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution des autres activités non liées aux patients et les indicateurs reconnaissance, espace, identification, temps et compétences

Autres activités non liées aux patients		
Variable indépendante	Indicateur	Valeur P χ^2
Importance	Reconnaissance	0,008
	Espace	0,137
	Identification	<0,001
	Temps	0,024
	Compétences	<0,001
Volonté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	0,003
	Identification	<0,001
	Temps	0,003
	Compétences	<0,001
Capacité	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001
Faculté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001

L'analyse multivariée (tableau 35) met en évidence les résultats significatifs suivants :

- Les travailleurs sociaux qui s'identifient aux autres activités non liées aux patients ont 4,1 fois plus de chances de considérer ces activités comme importantes⁷⁰ et ont 4,2 fois plus de chances de vouloir⁷¹ les effectuer que le groupe de travailleurs sociaux qui ne s'y identifie pas.
- Les travailleurs sociaux qui se sentent compétents ont 3,8 fois plus de chances de vouloir effectuer les autres activités non liées aux patients et 3,0 fois plus de chances d'avoir la faculté⁷² de les effectuer que le groupe de travailleurs sociaux qui ne se sent pas compétent.
- Les travailleurs sociaux qui ont le temps, ont 4,0 fois plus de chances de pouvoir⁷³ effectuer les autres activités non liées aux patients que le groupe de travailleurs sociaux qui n'a pas le temps.
- Les travailleurs sociaux qui se sentent reconnus ont 2,3 fois plus de chances de pouvoir effectuer cette activité que le groupe de travailleurs sociaux qui ne jouit d'aucune reconnaissance.

Tableau 35 : Résultats de l'analyse multivariée

Autres activités non liées aux patients			
Variable dépendante	Indicateur	OR (CI95%)	Valeur P
Importance	Reconnaissance	0,79 (0,27-2,36)	0,67
	Compétences	1,90 (0,74-4,86)	0,18
	Identification	4,13 (1,39-12,24)	0,01
	Temps	2,53 (0,55-11,74)	0,24
Volonté	Reconnaissance	2,25 (0,69-7,39)	0,18
	Temps	3,20 (0,68-15,04)	0,14
	Compétences	3,83 (1,57-9,37)	0,003
	Identification	4,20 (1,54-11,47)	0,005
	Espace	0,37 (0,11-1,23)	0,11
Capacité	Reconnaissance	2,27 (1,03-4,98)	0,04
	Temps	4,01 (1,45-11,09)	0,007
	Compétences	1,9 (0,91-4,02)	0,09
	Identification	1,57 (0,76-3,26)	0,23
	Espace	1,00 (0,46-2,19)	1,00
Faculté	Reconnaissance	1,71 (0,70-4,21)	0,24
	Temps	3,43 (0,96-12,32)	0,06
	Compétences	2,96 (1,37-6,38)	0,006
	Identification	1,44 (0,65-3,22)	0,37
	Espace	1,43 (0,58-3,52)	0,44

(2) Signalement

Après les autres activités non liées aux patients, le **signalement** est également indiqué comme activité moins importante dans le cadre du travail social dans les hôpitaux généraux, gériatriques et spécialisés. Tant pour la classification que pour la question générale, le signalement est indiqué comme plus important dans le contexte de travail idéal (par rapport au contexte de travail actuel). De surcroît, aucune sous-activité ne se différencie lorsque l'on

⁷⁰ R²=0.163

⁷¹ R²=0.310

⁷² R²=0.248

⁷³ R²=0.241

cherche les pourcentages de 70% de réponses ‘d’accord’ ou de 20% de réponses ‘pas d’accord’.

Tableau 36 : Résultats de la question générale portant sur l’importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d’exécution dans le contexte de travail actuel en Belgique.

		Contexte de travail actuel															
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités		Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement		37%	60%	3%	0%	28%	58%	13%	1%	17%	52%	31%	1%	22%	60%	17%	0%
Signalement interne		40%	59%	1%	0%	33%	56%	11%	1%	21%	56%	23%	1%	25%	58%	16%	0%
Signalement externe		32%	62%	6%	0%	22%	55%	20%	3%	11%	45%	42%	3%	14%	59%	25%	2%

Tableau 36 : Résultats de la question générale portant sur l’importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d’exécution dans le contexte de travail idéal en Belgique.

		Contexte de travail idéal															
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités		Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement		46%	51%	4%	0%	35%	52%	12%	0%	31%	53%	16%	0%	33%	55%	12%	0%
Signalement interne		47%	52%	2%	0%	39%	52%	9%	0%	35%	53%	11%	0%	37%	54%	9%	0%
Signalement externe		38%	52%	10%	0%	28%	49%	22%	2%	22%	48%	29%	2%	24%	53%	21%	2%

Tableau 38 : Résultats de la question générale portant sur l’influence du temps, des compétences, de l’espace, de la reconnaissance et de l’identification sur le signalement et les sous-activités dans le contexte de travail actuel en Belgique.

		Facteurs d’influence									
		Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Signalement		42%	58%	75%	25%	57%	43%	53%	47%	68%	32%
Signalement interne		52%	48%	83%	17%	62%	38%	57%	43%	74%	26%
Signalement externe		31%	69%	62%	39%	48%	53%	43%	57%	56%	44%

Les résultats obtenus quant à l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur **le signalement** sont détaillés ci-après.

Sur base de l'analyse univariée ($P < 0,10$ dans le tableau 39), nous pouvons reprendre tous les indicateurs pour l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le modèle.

Tableau 34 : Analyse univariée/ χ^2 entre l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution du signalement et les indicateurs reconnaissance, espace, identification, temps et compétences

Signalement		
Variable indépendante	Indicateur	Valeur P χ^2
Importance	Reconnaissance	0,019
	Espace	0,065
	Identification	0,063
	Temps	0,015
	Compétences	0,095
Volonté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001
Capacité	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001
Faculté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001

L'analyse multivariée (tableau 40) met en évidence les résultats significatifs suivants :

- Les travailleurs sociaux qui ont le temps ont 8,7 fois plus de chances de vouloir⁷⁴ effectuer l'activité clé signalement et 3,8 fois plus de chances de pouvoir⁷⁵ l'exécuter que le groupe de travailleurs sociaux qui n'a pas le temps.
- Les travailleurs sociaux qui se sentent compétents ont 2,2 fois plus de chances de pouvoir effectuer le signalement que les travailleurs sociaux qui ne se sentent pas compétents.

⁷⁴ $R^2=0.243$

⁷⁵ $R^2=0.318$

Tableau 40 : Résultats de l'analyse multivariée

Signalement			
Variable dépendante	Indicateur	OR (CI95%)	Valeur P
Importance ⁷⁶	Reconnaissance	3,54 (0,26-47,55)	0,34
	Compétences	1,17 (0,23-6,02)	0,85
	Identification	1,27 (0,21-7,83)	0,80
	Espace	0,69 (0,1-5,06)	0,72
	Temps	Valeurs insuffisantes	
Volonté	Reconnaissance	0,86 (0,23-3,17)	0,82
	Temps	8,72 (1,84-41,39)	0,006
	Compétences	1,86 (0,76-4,58)	0,18
	Identification	2,34 (0,82-6,74)	0,11
	Espace	1,18 (0,38-3,66)	0,78
Capacité	Reconnaissance	2,22 (0,89-5,53)	0,09
	Temps	3,80 (1,68-8,55)	0,001
	Compétences	2,20 (1,06-4,59)	0,04
	Identification	1,43 (0,65-3,17)	0,38
	Espace	1,05 (0,46-2,44)	0,90
Faculté ⁷⁷	Reconnaissance	1,92 (0,51-7,26)	0,34
	Temps	2,36 (0,68-8,20)	0,18
	Compétences	2,10 (0,92-4,79)	0,08
	Identification	2,25 (0,87-5,79)	0,09
	Espace	3,12 (0,97-10,06)	0,06

(3) Prévention

A la troisième place du classement des activités les moins importantes, nous trouvons **la prévention**. Bien qu'au niveau de la classification il n'y ait aucune différence significative entre les deux contextes, ici, nous constatons que les travailleurs sociaux estiment que la prévention est beaucoup plus importante dans le contexte de travail idéal. A nouveau, aucune sous-activité ne se différencie lorsque l'on cherche les pourcentages de 70% de réponses 'd'accord' ou de 20% de réponses 'pas d'accord' à la question générale sur l'importance.

Tableau 41 : Résultats de la question générale portant sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel en Belgique.

Activités	Contexte de travail actuel															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	39%	55%	7%	0%	30%	56%	14%	0%	16%	45%	37%	2%	23%	53%	23%	1%
Donner des infos _prévention	44%	53%	3%	0%	39%	51%	9%	0%	27%	48%	23%	1%	33%	52%	14%	1%
Médiation _prévention	28%	61%	9%	2%	21%	58%	19%	2%	12%	49%	36%	3%	18%	57%	22%	3%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins _prévention	44%	55%	2%	0%	39%	57%	4%	0%	31%	57%	12%	0%	35%	59%	6%	0%
Collaborer _prévention	39%	58%	4%	0%	32%	59%	8%	1%	23%	53%	23%	1%	27%	60%	13%	1%

⁷⁶ R²=0.169

⁷⁷ R²=0.365

Tableau 42 : Résultats de la question générale portant sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal en Belgique.

Activités	Contexte de travail idéal															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	47%	48%	5%	0%	35%	54%	10%	2%	28%	52%	17%	3%	30%	56%	13%	1%
Donner des infos _prévention	50%	48%	2%	0%	45%	49%	6%	0%	39%	52%	8%	0%	42%	52%	6%	0%
Médiation _prévention	34%	55%	9%	2%	29%	53%	16%	2%	23%	55%	20%	2%	25%	57%	15%	3%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins _prévention	51%	48%	2%	0%	47%	50%	3%	0%	43%	52%	5%	0%	45%	52%	3%	0%
Collaborer _prévention	48%	49%	3%	0%	44%	49%	6%	0%	41%	51%	8%	0%	42%	53%	5%	0%

Tableau 43: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la prévention et les sous-activités dans le contexte de travail actuel en Belgique.

	Facteurs d'influence									
	Temps		Temps		Temps		Temps		Temps	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Prévention	29%	71%	70%	30%	48%	52%	52%	48%	62%	39%
Donner des infos _prévention	50%	50%	80%	20%	63%	37%	65%	35%	74%	27%
Médiation _prévention	30%	70%	59%	41%	49%	51%	53%	48%	60%	41%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins _prévention	63%	37%	84%	16%	73%	27%	73%	27%	79%	21%
Collaborer _prévention	49%	51%	82%	18%	65%	35%	69%	32%	76%	24%

Les résultats obtenus quant à l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur **la prévention** sont détaillés ci-après.

Sur base de l'analyse univariée ($P < 0,10$ dans le tableau 44), nous pouvons reprendre les indicateurs suivants dans le modèle :

- Pour l'importance : la reconnaissance, l'espace, l'identification et les compétences
- Pour la volonté, la capacité et la faculté d'exécution : tous les indicateurs

Tableau 44 : Analyse univariée/ chi² entre l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution de la prévention et les indicateurs reconnaissance, espace, identification, temps et compétences

Prévention		
Variable indépendante	Indicateur	Valeur P chi ²
Importance	Reconnaissance	0,003
	Espace	0,035
	Identification	0,001
	Temps	0,279
	Compétences	0,001
Volonté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	0,006
	Compétences	<0,001
Capacité	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001
Faculté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001

L'analyse multivariée (tableau 45) met en évidence les résultats significatifs suivants :

- Les travailleurs sociaux qui se sentent compétents ont 2,7 fois plus de chances de vouloir⁷⁸ effectuer la prévention que le groupe des travailleurs sociaux qui ne se sent pas compétent.
- Les travailleurs sociaux qui s'identifient à la prévention ont 3,0 fois plus de chances de vouloir et 2,8 fois plus de chances de pouvoir⁷⁹ exécuter cette activité clé que les travailleurs sociaux qui ne s'y identifient pas.
- Les travailleurs sociaux qui ont le temps ont 5,4 fois plus de chances de pouvoir effectuer la prévention que le groupe de travailleurs sociaux qui n'ont pas le temps.
- Les travailleurs sociaux qui disposent de l'espace nécessaire ont 2,6 fois plus de chances de pouvoir effectuer la prévention que le groupe de travailleurs sociaux qui n'en ont pas.
- Les travailleurs sociaux qui jouissent d'une reconnaissance ont 3,9 fois plus de chances d'avoir la faculté⁸⁰ d'effectuer cette activité que le groupe de travailleurs sociaux qui n'en jouit pas.

⁷⁸ R²=0.226

⁷⁹ R²=0.434

⁸⁰ R²=0.290

Tableau 45 : Résultats de l'analyse multivariée

Prévention			
Variable dépendante	Indicateur	OR (CI95%)	Valeur P
Importance	Reconnaissance	2,16 (0,34-13,51)	0,41
	Compétences	2,14 (0,62-7,34)	0,23
	Identification	2,52 (0,58-10,99)	0,22
	Espace	0,96 (0,22-4,32)	0,96
Volonté	Reconnaissance	1,07 (0,31-3,75)	0,91
	Temps	1,40 (0,41-4,76)	0,59
	Compétences	2,69 (1,09-6,62)	0,03
	Identification	3,05 (1,09-8,51)	0,03
	Espace	1,53 (0,50-4,65)	0,46
Capacité	Reconnaissance	1,67 (0,72-3,90)	0,24
	Temps	5,37 (2,04-14,11)	0,001
	Compétences	1,37 (0,65-2,90)	0,41
	Identification	2,78 (1,32-5,87)	0,007
	Espace	2,59 (1,19-5,64)	0,016
Faculté	Reconnaissance	3,94 (1,43-10,87)	0,008
	Temps	1,91 (0,69-5,27)	0,21
	Compétences	1,43 (0,68-3,01)	0,34
	Identification	1,91 (0,87-4,21)	0,11
	Espace	1,23 (0,50-3,06)	0,65

(4) Développement des compétences

Enfin, apparaît dans le top 3 des activités les moins importantes citées par les travailleurs sociaux dans un hôpital général, spécialisé et gériatrique, l'activité clé **Développement des compétences** et la sous-activité **Offrir ou donner des formations**.

Conformément à la classification, il est estimé ici également que le développement des compétences est beaucoup plus important dans le contexte de travail idéal ($P < 0,05$). Pour la sous-activité Offrir ou donner des formations, nous ne constatons aucune différence significative entre le contexte de travail idéal et actuel. Les autres sous-activités dans le domaine du développement des compétences sont évaluées comme beaucoup plus importantes par les travailleurs sociaux dans les deux contextes de travail (idéal et actuel) ($P < 0,001$).

Tableau 46 : Résultats de la question générale portant sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel en Belgique.

Activités	Contexte de travail actuel															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	62%	37%	1%	0%	55%	44%	1%	0%	22%	51%	26%	1%	28%	55%	17%	1%
Participation à des formations	61%	39%	0%	0%	54%	44%	2%	0%	21%	48%	30%	2%	23%	59%	17%	1%
Offrir ou donner des formations	21%	46%	28%	4%	17%	32%	46%	6%	8%	34%	49%	9%	13%	54%	28%	6%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	26%	56%	17%	2%	19%	48%	29%	4%	11%	42%	41%	6%	14%	52%	30%	5%
Réfléchir sur ses propres actions	56%	42%	2%	0%	53%	44%	3%	0%	32%	44%	22%	2%	34%	49%	16%	1%
Planifier un développement des compétences	39%	54%	7%	1%	34%	51%	14%	1%	16%	41%	40%	4%	19%	50%	28%	3%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	45%	52%	2%	1%	33%	48%	18%	2%	23%	48%	27%	2%	32%	55%	12%	1%

Tableau 47 : Résultats de la question générale portant sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal en Belgique.

Activités	Contexte de travail idéal															
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	69%	31%	1%	0%	63%	35%	2%	0%	54%	35%	11%	0%	53%	39%	7%	0%
Participation à des formations	68%	32%	0%	0%	64%	35%	1%	0%	55%	35%	10%	0%	53%	40%	7%	0%
Offrir ou donner des formations	25%	46%	25%	5%	17%	39%	38%	6%	16%	43%	34%	7%	19%	55%	21%	5%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	32%	49%	17%	3%	23%	44%	28%	4%	20%	48%	28%	4%	22%	55%	20%	4%
Réfléchir sur ses propres actions	66%	34%	0%	0%	62%	37%	1%	0%	53%	39%	6%	1%	53%	42%	5%	1%
Planifier un développement des compétences	45%	47%	7%	1%	39%	49%	11%	2%	36%	46%	17%	1%	35%	45%	18%	2%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	50%	48%	2%	0%	39%	51%	9%	2%	37%	48%	14%	1%	41%	52%	6%	1%

Tableau 48 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur le développement des compétences et les sous-activités dans le contexte de travail actuel en Belgique.

	Facteurs d'influence									
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Développement des compétences	25%	75%	70%	30%	48%	53%	58%	42%	75%	25%
Participation à des formations	23%	77%	82%	18%	52%	48%	62%	39%	80%	20%
Offrir ou donner des formations	14%	86%	38%	62%	34%	66%	37%	63%	39%	61%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	24%	76%	50%	50%	42%	58%	44%	56%	52%	48%
Réfléchir sur ses propres actions	43%	57%	84%	16%	58%	42%	60%	40%	81%	19%
Planifier un développement des compétences	25%	75%	62%	38%	44%	56%	48%	53%	63%	37%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	29%	71%	77%	23%	50%	50%	65%	35%	73%	27%

Les résultats obtenus quant à l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur **le développement des compétences** et l'activité **offrir ou donner des formations** dans le contexte actuel de travail sont détaillés ci-après.

Sur base de l'analyse univariée ($P < 0,10$ dans le tableau 49), nous pouvons reprendre les indicateurs suivants dans le modèle :

- Pour l'importance : aucune valeur significative
- Pour la volonté : la reconnaissance, l'espace, l'identification
- Pour la capacité et la faculté d'exécution : tous les indicateurs

Tableau 49 : Analyse univariée/ χ^2 entre l'importance, la volonté, la capacité et la faculté d'exécution du développement des compétences et les indicateurs reconnaissance, espace, identification, temps et compétences

Développement des compétences		
Variable indépendante	Indicateur	Valeur P χ^2
Importance	Reconnaissance	0,827
	Espace	0,943
	Identification	0,410
	Temps	0,409
	Compétences	0,525
Volonté	Reconnaissance	0,042
	Espace	0,098
	Identification	0,002
	Temps	0,311
	Compétences	0,157
Capacité	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	0,047
	Temps	<0,001
	Compétences	0,001
Faculté	Reconnaissance	<0,001
	Espace	<0,001
	Identification	<0,001
	Temps	<0,001
	Compétences	<0,001

L'analyse multivariée (tableau 50) met en évidence les résultats significatifs suivants :

- Les travailleurs sociaux qui ont le temps ont 5,7 fois plus de chances de pouvoir⁸¹ développer leurs compétences que le groupe des travailleurs sociaux qui n'a pas le temps.
- Les travailleurs sociaux qui disposent de l'espace nécessaire ont 2,8 fois plus de chances de pouvoir développer leurs compétences et 3,7 fois plus de chances d'avoir la faculté⁸² de le faire que le groupe de travailleurs sociaux qui ne l'a pas.

Tableau 50 : Résultats de l'analyse multivariée

Développement des compétences			
Variable dépendante	Indicateur	OR (CI95%)	Valeur P
Volonté	Reconnaissance	Valeurs insuffisantes	
	Temps		
	Compétences		
	Identification		
	Espace		
Capacité	Reconnaissance	1,39 (0,64-3,00)	0,40
	Temps	5,69 (1,62-19,93)	0,007
	Compétences	1,36 (0,69-2,68)	0,37
	Identification	0,71 (0,34-1,51)	0,38
	Espace	2,78 (1,24-6,21)	0,01
Faculté	Reconnaissance	1,99 (0,77-5,13)	0,15
	Temps	2,70 (0,57-12,85)	0,21
	Compétences	1,55 (0,73-3,31)	0,26
	Identification	1,57 (0,71-3,50)	0,27
	Espace	3,68 (1,19-11,39)	0,02

1.3 Comparaison des résultats obtenus dans la partie néerlandophone et dans la partie francophone – commentaire des activités clés les plus importantes et les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal

1.3.1 Classification

Comme pour les résultats obtenus pour la Belgique, les paramètres descriptifs (moyenne et écart-type) sont repris dans le tableau 51. Les 12 activités clés y sont reprises avec leurs propres résultats et sont réparties en fonction de la région linguistique et le contexte de travail. Les tops 3 des activités clés les plus et les moins importantes apparaissent en gras dans le tableau.

Nous constatons que le top 3 des activités les plus importantes est le même dans les deux régions linguistiques dans les deux contextes de travail (actuel et idéal), à savoir l'aide psychosociale, la coordination des soins et l'aide sociale et administrative. Par ailleurs, les travailleurs sociaux des deux régions linguistiques classifient les deux mêmes activités clés les moins importantes dans le contexte de travail idéal. Les autres activités non liées aux patients et le signalement sont classés respectivement à la dernière et à l'avant-dernière place. La prévention vient compléter le top 3 dans la partie néerlandophone contrairement à la partie francophone où c'est le développement des compétences qui est privilégié. Dans le contexte

⁸¹ R²=0.219

⁸² R²=0.264

de travail actuel, les autres activités non liées aux patients, le développement des compétences et le signalement sont les activités qui sont désignées comme étant les moins importantes. Le classement diffère d'une région linguistique à l'autre (tableau 51).

Tableau 51 : Statistique descriptive activités clés du travail social selon la région linguistique - classification

Statistique descriptive activités clés selon la région linguistique												
Activité clé	Contexte de travail actuel						Contexte de travail idéal					
	Région néerlandophone			Région francophone			Région néerlandophone			Région francophone		
	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET
Aide psychosociale	193	9,39	3,248	62	8,85	3,459	193	10,17	3,287	62	9,21	3,888
Coordination des soins	193	8,98	2,975	62	9,03	3,105	193	9,02	2,973	62	8,74	3,198
Aide sociale et administrative	193	8,77	2,57	62	8,26	2,617	193	8,51	2,471	62	7,55	2,52
Aide matérielle	193	6,1	2,998	62	6,00	2,959	193	5,64	2,864	62	5,65	2,817
Recherche et reporting	193	8,24	3,369	62	7,05	3,623	193	7,54	3,349	62	7,26	3,68
Aide financière et administrative	193	7,48	2,66	62	7,68	2,508	193	7,04	2,515	62	7,18	2,419
Aide juridique et administrative	193	5,72	2,541	62	6,9	2,171	193	5,58	2,565	62	6,29	1,953
Prévention	193	4,89	3,077	62	6,15	3,029	193	4,93	2,787	62	6,4	2,725
Défense des intérêts	193	5,73	2,756	62	5,89	3,03	193	5,87	2,842	62	6,6	3,086
Signalement	193	4,53	2,628	62	4,03	3,289	193	4,88	2,783	62	4,13	3,317
Développement des compétences	193	4,51	2,622	62	4,00	3,078	193	5,69	2,633	62	5,37	3,095
Autres activités non liées aux patients	193	3,66	3,037	62	4,16	3,053	193	3,17	3,297	62	3,63	3,747

Nous pouvons en conclure que les mêmes activités qu'au niveau belge sont considérées comme les plus et les moins importantes, mais que le classement diffère selon la région linguistique. L'analyse détaillée des résultats a été effectuée au moyen d'analyses statistiques réalisées pour les deux groupes avec le test non paramétrique de Mann et Withney U.

- **ANALYSE DES ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTES : STRATE REGION LINGUISTIQUE**

Les activités les plus importantes indiquées par les travailleurs sociaux interrogés au sein d'un **hôpital général, spécialisé ou gériatrique dans les deux régions linguistiques** sont les activités **d'aide psychosociale, de coordination des soins et d'aide sociale et administrative**. Ces trois activités sont abordées plus en détails ci-après.

Existe-t-il une différence significative, selon la région linguistique, au niveau de l'évaluation de l'importance des activités clés aide psychosociale, coordination des soins et aide sociale et administrative dans les deux contextes de travail (actuel et idéal) ?

Aide psychosociale : il n'existe aucune différence significative en termes d'importance entre les deux régions linguistiques (ni dans le contexte de travail actuel $P=0,184$, ni dans le contexte de travail idéal $P=0,057$)

Coordination des soins : il n'existe aucune différence significative en termes d'importance entre les deux régions linguistiques (ni dans le contexte de travail actuel $P=0,794$, ni dans le contexte de travail idéal $P=0,476$)

Aide sociale et administrative : l'aide sociale et administrative est considérée comme significativement plus importante dans le contexte de travail idéal ($P<0,05$) dans la partie néerlandophone. Cette différence significative entre les deux régions linguistiques n'apparaît pas dans le contexte de travail actuel ($P=0,105$).

- **ANALYSE DES ACTIVITES LES MOINS IMPORTANTES : STRATE REGION LINGUISTIQUE**

Les activités les moins importantes, indiquées **dans la partie néerlandophone** par les travailleurs sociaux au sein d'un hôpital général, spécialisé ou gériatrique, sont **les autres activités qui ne sont pas liées aux patients, le signalement et la prévention**. **Dans la partie francophone, le développement des compétences** est signalé comme activité la moins importante en lieu et place de la prévention.

Ces activités sont abordées plus en détails ci-après.

Existe-t-il une différence significative, selon la région linguistique, au niveau de l'évaluation de l'importance des activités clés autres activités non liées aux patients, signalement, prévention et développement des compétences dans les deux contextes de travail (actuel et idéal) ?

Autres activités non liées aux patients : il n'existe aucune différence significative en termes d'importance entre les deux régions linguistiques (ni dans le contexte de travail actuel $P=0,163$, ni dans le contexte de travail idéal $P=0,379$)

Signalement : dans la région néerlandophone, le signalement est considéré comme plus important dans le contexte de travail actuel et idéal ($P<0,05$)

Prévention : dans la région francophone, la prévention est indiquée comme beaucoup plus importante dans le contexte de travail actuel et idéal ($p<0,05$)

Développement des compétences : Dans la région néerlandophone, le développement des compétences dans le contexte de travail actuel (pas dans le contexte idéal) est considéré comme significativement plus important ($P < 0,05$).

1.3.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).

Comme nous l'avons déjà signalé (1.2.2), nous nous sommes fondés sur la classification pour le développement et l'analyse détaillée des autres résultats.

- **ANALYSE DES ACTIVITÉS CLES LES PLUS IMPORTANTES : STRATE REGION LINGUISTIQUE**

(1) Aide psychosociale

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux régions linguistiques, pour l'activité clé **Aide psychosociale** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 52 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Contexte de travail actuel																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	86 %	13 %	1 %	0 %	80 %	20 %	1 %	0 %	35 %	48 %	15 %	2 %	45 %	45 %	10 %	1 %
Soutien	82 %	19 %	0 %	0 %	79 %	21 %	0 %	0 %	44 %	48 %	8 %	1 %	49 %	48 %	3 %	0 %
Médiation psychosociale	68 %	31 %	2 %	0 %	63 %	34 %	3 %	1 %	31 %	57 %	12 %	0 %	37 %	56 %	6 %	0 %
Accompagnement	72 %	27 %	1 %	1 %	68 %	30 %	2 %	1 %	31 %	48 %	19 %	2 %	39 %	52 %	9 %	1 %
Traitement	47 %	41 %	10 %	2 %	42 %	37 %	17 %	4 %	17 %	45 %	33 %	5 %	24 %	49 %	23 %	4 %
Intervention critique	59 %	39 %	2 %	1 %	49 %	43 %	6 %	2 %	28 %	49 %	21 %	3 %	34 %	54 %	10 %	2 %
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	84 %	16 %	0 %	0 %	76 %	23 %	2 %	0 %	57 %	39 %	5 %	0 %	53 %	42 %	5 %	0 %
Soutien	86 %	15 %	0 %	0 %	81 %	18 %	2 %	0 %	60 %	34 %	7 %	0 %	58 %	39 %	3 %	0 %
Médiation psychosociale	52 %	42 %	0 %	7 %	44 %	39 %	10 %	8 %	32 %	39 %	16 %	13 %	29 %	55 %	8 %	8 %
Accompagnement	81 %	19 %	0 %	0 %	74 %	23 %	3 %	0 %	58 %	31 %	11 %	0 %	55 %	39 %	7 %	0 %
Traitement	65 %	36 %	0 %	0 %	60 %	37 %	3 %	0 %	48 %	39 %	13 %	0 %	47 %	45 %	8 %	0 %
Intervention critique	47 %	52 %	2 %	0 %	45 %	44 %	10 %	2 %	36 %	53 %	10 %	2 %	36 %	60 %	5 %	0 %

Tableau 53 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la région linguistique.

Contexte de travail idéal																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	92%	8%	0%	0%	90%	10%	0%	0%	63%	30%	7%	0%	66%	30%	4%	0%
Soutien	90%	10%	0%	0%	86%	14%	0%	0%	66%	31%	3%	0%	69%	28%	3%	0%
Médiation psychosociale	69%	30%	1%	0%	66%	32%	2%	1%	55%	43%	2%	0%	55%	43%	2%	0%
Accompagnement	82%	18%	1%	0%	72%	28%	1%	0%	53%	40%	7%	0%	56%	40%	4%	0%
Traitement	46%	41%	9%	4%	40%	42%	15%	4%	26%	48%	21%	5%	29%	49%	17%	5%
Intervention critique	65%	32%	2%	1%	54%	37%	7%	1%	37%	48%	12%	3%	41%	50%	8%	2%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	90%	10%	0%	0%	87%	13%	0%	0%	68%	29%	3%	0%	66%	31%	3%	0%
Soutien	87%	13%	0%	0%	87%	13%	0%	0%	61%	37%	2%	0%	69%	31%	0%	0%
Médiation psychosociale	55%	40%	5%	0%	42%	42%	16%	0%	39%	39%	21%	2%	42%	47%	10%	2%
Accompagnement	79%	21%	0%	0%	74%	26%	0%	0%	68%	32%	0%	0%	61%	36%	3%	0%
Traitement	71%	29%	0%	0%	68%	31%	2%	0%	60%	39%	2%	0%	61%	34%	3%	2%
Intervention critique	65%	34%	2%	0%	53%	39%	8%	0%	48%	44%	8%	0%	47%	50%	3%	0%

Tableau 54 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide psychosociale et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Facteurs d'influence										
Partie néerlandophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide psychosociale	31%	69%	89%	11%	48%	52%	54%	46%	82%	19%
Soutien	46%	54%	96%	4%	63%	37%	69%	31%	86%	14%
Médiation psychosociale	46%	54%	83%	17%	62%	38%	68%	32%	79%	21%
Accompagnement	31%	69%	87%	13%	52%	48%	62%	39%	80%	21%
Traitement	22%	79%	62%	39%	40%	60%	45%	55%	58%	42%
Intervention critique	39%	61%	65%	35%	53%	47%	57%	43%	67%	33%
Partie francophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide psychosociale	32%	68%	81%	19%	66%	34%	65%	36%	95%	5%
Soutien	27%	73%	89%	11%	63%	37%	74%	26%	95%	5%
Médiation psychosociale	24%	76%	52%	48%	47%	53%	50%	50%	66%	34%
Accompagnement	27%	73%	97%	3%	63%	37%	71%	29%	95%	5%
Traitement	23%	77%	74%	26%	61%	39%	66%	34%	86%	15%
Intervention critique	21%	79%	63%	37%	58%	42%	57%	44%	73%	27%

Le test non paramétrique de Mann et Whitney U a chaque fois été utilisé pour l'analyse détaillée.

Par analogie avec la classification, nous ne constatons aucune différence significative au niveau de l'aide psychosociale entre les deux régions linguistiques dans le contexte de travail idéal ($P=0,620$) et le contexte de travail actuel ($P=0,757$). Pour les sous-activités Soutien et Accompagnement, il n'existe pas non plus de différence significative entre les deux régions linguistiques dans les deux contextes de travail (actuel et idéal). Le traitement est considéré comme significativement plus important tant dans le contexte de travail actuel qu'idéal dans la partie francophone.

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail
Soutien	$P=0,477$	$P=0,481$
Accompagnement	$P=0,159$	$P=0,676$
Traitement	$P=0,003$	$P<0,001$

(2) Coordination des soins

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux régions linguistiques, pour l'activité clé **Coordination des soins** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 55 : Résultats de la question générale sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Contexte de travail actuel																
Partie néerlandophone																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Coordination des soins	71%	28%	1%	1%	66%	31%	3%	1%	41%	51%	8%	1%	49%	45%	6%	1%
Dépistage des patients à risques	50%	41%	8%	1%	41%	40%	17%	2%	23%	45%	29%	4%	28%	49%	20%	4%
Donner des informations_coordination des soins	69%	30%	1%	0%	64%	33%	2%	1%	47%	48%	5%	0%	54%	42%	4%	1%
Médiation_coordination des soins	53%	45%	2%	0%	49%	46%	5%	0%	27%	59%	13%	0%	34%	57%	8%	0%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	70%	29%	1%	0%	67%	32%	1%	0%	57%	40%	3%	0%	62%	36%	2%	0%
Collaborer_coordination des soins	71%	29%	1%	0%	66%	34%	1%	0%	48%	46%	7%	0%	55%	43%	3%	0%
Coordination_coordination des soins	68%	30%	2%	0%	57%	37%	5%	1%	34%	50%	14%	1%	41%	52%	7%	1%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	62%	36%	2%	0%	55%	42%	3%	0%	36%	52%	12%	0%	44%	50%	6%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	70%	29%	1%	0%	66%	33%	1%	0%	49%	48%	3%	0%	54%	44%	2%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	50%	49%	1%	0%	44%	52%	4%	1%	30%	58%	12%	0%	41%	54%	5%	1%
Partie francophone																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Coordination des soins	84%	16%	0%	0%	77%	19%	3%	0%	60%	34%	7%	0%	66%	31%	3%	0%
Dépistage des patients à risques	58%	36%	2%	5%	42%	44%	10%	5%	26%	47%	23%	5%	34%	50%	10%	7%
Donner des informations_coordination des soins	77%	23%	0%	0%	69%	29%	2%	0%	57%	42%	2%	0%	61%	36%	3%	0%
Médiation_coordination des soins	48%	47%	0%	5%	37%	48%	8%	7%	23%	50%	21%	7%	31%	53%	10%	7%
Orienter vers d'autres institutions et services de	69%	31%	0%	0%	63%	37%	0%	0%	52%	47%	2%	0%	57%	42%	2%	0%

soins_coordination des soins																
Collaborer_coordination des soins	79%	19%	0%	2%	77%	21%	0%	2%	66%	31%	3%	0%	65%	27%	7%	2%
Coordination_coordination des soins	74%	26%	0%	0%	66%	32%	2%	0%	52%	44%	5%	0%	60%	37%	3%	0%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	71%	29%	0%	0%	63%	36%	2%	0%	50%	45%	5%	0%	53%	45%	2%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	73%	27%	0%	0%	69%	31%	0%	0%	53%	47%	0%	0%	58%	42%	0%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	61%	39%	0%	0%	60%	36%	5%	0%	44%	48%	8%	0%	53%	44%	3%	0%

Tableau 56 : Résultats de la question générale sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la région linguistique.

Contexte de travail idéal																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	79%	20%	1%	1%	76%	22%	1%	1%	59%	36%	5%	1%	61%	36%	3%	1%
Dépistage des patients à risques	49%	42%	8%	1%	38%	44%	16%	2%	31%	47%	21%	2%	34%	45%	19%	3%
Donner des informations_coordination des soins	81%	19%	1%	0%	76%	23%	1%	0%	68%	28%	4%	0%	72%	27%	2%	0%
Médiation_coordination des soins	61%	37%	2%	0%	59%	40%	2%	0%	48%	48%	4%	0%	50%	48%	2%	0%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	71%	28%	1%	0%	69%	30%	1%	0%	65%	34%	1%	0%	65%	35%	1%	0%
Collaborer_coordination des soins	82%	18%	0%	0%	78%	22%	1%	0%	72%	26%	2%	0%	71%	28%	1%	1%
Coordination_coordination des soins	74%	25%	1%	1%	68%	28%	3%	1%	57%	37%	5%	1%	59%	36%	4%	1%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	71%	28%	1%	1%	66%	31%	3%	1%	55%	42%	3%	1%	58%	39%	3%	1%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	78%	22%	1%	0%	76%	23%	1%	0%	68%	31%	1%	0%	69%	30%	1%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	48%	50%	2%	0%	41%	53%	6%	0%	40%	54%	7%	0%	41%	55%	5%	0%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	89%	10%	2%	0%	76%	23%	2%	0%	68%	32%	0%	0%	73%	24%	0%	0%

Dépistage des patients à risques	47 %	48 %	0%	5%	36 %	50 %	8%	7%	27%	55 %	11%	7%	34%	52%	7%	8%
Donner des informations_coordination des soins	79 %	21 %	0%	0%	69 %	31 %	0%	0%	65%	36 %	0%	0%	68%	32%	0%	0%
Médiation_coordination des soins	50 %	44 %	2%	5%	36 %	50 %	8%	7%	31%	55 %	7%	8%	32%	57%	2%	10%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	71 %	29 %	0%	0%	66 %	34 %	0%	0%	61%	39 %	0%	0%	66%	34%	0%	0%
Collaborer_coordination des soins	90 %	10 %	0%	0%	87 %	13 %	0%	0%	82%	18 %	0%	0%	81%	16%	3%	0%
Coordination_coordination des soins	76 %	21 %	3%	0%	60 %	37 %	3%	0%	63%	34 %	3%	0%	63%	36%	2%	0%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	84 %	16 %	0%	0%	77 %	23 %	0%	0%	73%	27 %	0%	0%	73%	27%	0%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	77 %	23 %	0%	0%	73 %	26 %	2%	0%	71%	27 %	2%	0%	71%	27%	2%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	63 %	37 %	0%	0%	55 %	40 %	5%	0%	52%	47 %	2%	0%	60%	40%	0%	0%

Tableau 57 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la coordination des soins et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique

Facteurs d'influence											
Partie néerlandophone											
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Coordination des soins	47%	53%	91%	9%	67%	33%	74%	26%	84%	16%	
Dépistage des patients à risques	39%	61%	76%	24%	56%	44%	60%	40%	66%	34%	
Donner des informations_coordination des soins	62%	38%	94%	6%	76%	24%	78%	22%	88%	12%	
Médiation_coordination des soins	45%	55%	85%	15%	66%	34%	68%	32%	80%	20%	
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	77%	23%	95%	5%	89%	11%	87%	13%	94%	6%	
Collaborer_coordination des soins	62%	38%	99%	1%	78%	22%	84%	16%	93%	7%	
Coordination_coordination des soins	47%	53%	92%	8%	66%	34%	73%	27%	86%	14%	
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	58%	42%	95%	5%	73%	27%	75%	25%	86%	14%	
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	65%	35%	98%	2%	81%	19%	84%	16%	92%	8%	
Soutien administratif_coordination des soins	48%	52%	95%	5%	70%	30%	71%	29%	81%	19%	
Partie francophone											
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Coordination des soins	53%	47%	92%	8%	74%	26%	76%	24%	92%	8%	
Dépistage des patients à risques	26%	74%	73%	27%	63%	37%	48%	52%	66%	34%	
Donner des informations_coordination des soins	68%	32%	94%	7%	82%	18%	82%	18%	95%	5%	
Médiation_coordination des soins	26%	74%	60%	40%	55%	45%	57%	44%	69%	31%	
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	68%	32%	98%	2%	90%	10%	87%	13%	94%	7%	
Collaborer_coordination des soins	60%	40%	95%	5%	79%	21%	87%	13%	95%	5%	

Coordination_coordination des soins	58%	42%	94%	7%	68%	32%	81%	19%	94%	7%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	63%	37%	97%	3%	73%	27%	87%	13%	95%	5%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	69%	31%	95%	5%	82%	18%	90%	10%	98%	2%
Soutien administratif_coordination des soins	32%	68%	89%	11%	76%	24%	82%	18%	92%	8%

Par analogie avec la classification, nous ne constatons aucune différence significative entre les deux régions linguistiques dans le contexte de travail idéal ($P=0,093$). **Toutefois, il existe une différence significative au niveau du contexte de travail actuel ($p<0,05$). Dans la partie francophone, les travailleurs sociaux évaluent la coordination des soins comme significativement plus importante.**

Pour les sous-activités Donner des informations, Orienter vers d'autres institutions et services de soins, Collaborer, Coordonner et Mettre en place une aide et des services, nous ne constatons aucune différence significative entre les deux régions linguistiques dans le contexte de travail actuel et idéal.

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail
Donner des informations	$P=0,179$	$P=0,828$
Orienter vers d'autres institutions et services de soins	$P=0,991$	$P=0,941$
Collaborer	$P=0,226$	$P=0,122$
Coordonner	$P=0,333$	$P=0,829$
Mettre en place une aide et des services	$P=0,695$	$P=0,946$

La sous-activité **Mettre en place une aide via le réseau social** est indiqué comme **significativement plus importante** par les travailleurs sociaux de la partie francophone dans le contexte de travail idéal ($P<0,05$), mais pas dans le contexte de travail actuel ($P=0,155$).

(3) Aide sociale et administrative

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux régions linguistiques, pour l'activité clé **Aide sociale et administrative** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 58 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Contexte de travail actuel																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	65%	35%	1%	0%	56%	42%	2%	0%	32%	60%	9%	0%	44%	51%	6%	0%
Donner des informations_socadm	66%	34%	1%	0%	63%	35%	2%	0%	41%	53%	7%	0%	47%	49%	4%	0%
Médiation_socadm	44%	52%	4%	0%	41%	51%	8%	0%	22%	63%	15%	1%	28%	64%	8%	1%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	65%	34%	1%	0%	62%	37%	1%	0%	48%	48%	4%	0%	51%	48%	2%	0%
Collaborer_socadm	63%	36%	1%	0%	56%	41%	3%	0%	37%	53%	10%	0%	44%	50%	6%	0%
Coordination_socadm	49%	44%	6%	1%	43%	44%	12%	2%	28%	52%	19%	2%	34%	53%	11%	2%
Soutien administratif_socadm	44%	54%	2%	1%	39%	53%	7%	2%	24%	54%	21%	1%	35%	54%	10%	1%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	66%	34%	0%	0%	58%	40%	2%	0%	48%	39%	13%	0%	55%	44%	2%	0%
Donner des informations_socadm	73%	27%	0%	0%	65%	34%	2%	0%	55%	39%	7%	0%	61%	37%	2%	0%
Médiation_socadm	36%	57%	2%	7%	27%	53%	11%	8%	15%	58%	19%	8%	21%	57%	15%	8%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	63%	36%	2%	0%	60%	39%	2%	0%	42%	52%	7%	0%	44%	53%	3%	0%
Collaborer_socadm	63%	37%	0%	0%	57%	40%	3%	0%	45%	47%	8%	0%	48%	44%	8%	0%
Coordination_socadm	53%	45%	2%	0%	42%	53%	5%	0%	27%	66%	7%	0%	39%	57%	5%	0%
Soutien administratif_socadm	53%	45%	2%	0%	45%	52%	3%	0%	34%	57%	10%	0%	42%	57%	2%	0%

Tableau 59 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la région linguistique.

Contexte de travail idéal																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	64%	36%	0%	0%	59%	39%	3%	0%	54%	39%	6%	1%	55%	42%	3%	1%
Donner des informations_socadm	70%	30%	0%	0%	68%	31%	1%	1%	59%	36%	5%	1%	60%	38%	3%	0%
Médiation_socadm	46%	49%	5%	0%	41%	51%	8%	0%	35%	54%	11%	0%	36%	56%	7%	0%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	68%	32%	1%	0%	64%	34%	2%	0%	61%	36%	3%	0%	62%	36%	2%	0%
Collaborer_socadm	73%	27%	0%	0%	67%	33%	1%	0%	61%	36%	3%	0%	62%	36%	2%	0%
Coordination_socadm	58%	39%	4%	0%	50%	42%	8%	1%	46%	40%	14%	0%	47%	43%	11%	0%
Soutien administratif_socadm	50%	48%	2%	1%	44%	50%	5%	1%	41%	53%	6%	1%	43%	55%	2%	1%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	68%	32%	0%	0%	66%	29%	5%	0%	57%	40%	3%	0%	63%	37%	0%	0%
Donner des informations_socadm	79%	21%	0%	0%	71%	27%	2%	0%	61%	37%	2%	0%	66%	32%	2%	0%
Médiation_socadm	45%	42%	7%	7%	29%	52%	13%	7%	26%	55%	13%	7%	32%	57%	3%	8%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	68%	32%	0%	0%	63%	37%	0%	0%	55%	45%	0%	0%	60%	40%	0%	0%
Collaborer_socadm	77%	23%	0%	0%	76%	24%	0%	0%	69%	29%	2%	0%	71%	27%	2%	0%
Coordination_socadm	60%	40%	0%	0%	53%	47%	0%	0%	52%	47%	2%	0%	55%	45%	0%	0%
Soutien administratif_socadm	68%	29%	3%	0%	65%	26%	10%	0%	55%	39%	7%	0%	60%	39%	2%	0%

Tableau 60 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide sociale et administrative et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Facteurs d'influence										
Partie néerlandophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide sociale et administrative	54%	46%	90%	10%	72%	28%	76%	24%	87%	13%
Donner des informations_socadm	63%	37%	91%	9%	80%	21%	82%	18%	92%	8%
Médiation_socadm	41%	59%	79%	22%	63%	37%	65%	35%	75%	25%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	72%	28%	96%	4%	81%	19%	82%	18%	92%	8%
Collaborer_socadm	57%	43%	96%	4%	73%	27%	77%	23%	87%	13%
Coordination_socadm	44%	56%	83%	17%	61%	39%	68%	32%	74%	26%
Soutien administratif_socadm	48%	52%	91%	9%	71%	29%	72%	28%	81%	19%
Partie francophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide sociale et administrative	44%	57%	84%	16%	76%	24%	86%	15%	92%	8%
Donner des informations_socadm	61%	39%	92%	8%	74%	26%	89%	11%	94%	7%
Médiation_socadm	19%	81%	58%	42%	58%	42%	57%	44%	69%	31%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	68%	32%	95%	5%	84%	16%	86%	15%	97%	3%
Collaborer_socadm	40%	60%	95%	5%	73%	27%	81%	19%	90%	10%
Coordination_socadm	53%	47%	90%	10%	73%	27%	86%	15%	92%	8%
Soutien administratif_socadm	39%	61%	89%	11%	77%	23%	87%	13%	92%	8%

Nous ne constatons aucune différence significative entre les deux régions linguistiques dans le contexte de travail idéal ($P=0,552$) et le contexte de travail actuel ($P=0,809$). Or dans la classification, nous avons vu que cette activité clé était considérée comme plus importante dans la partie néerlandophone dans le contexte de travail idéal.

Pour les sous-activités Donner des informations et Collaborer, nous ne constatons aucune différence significative entre les deux régions linguistiques.

- Donner des informations : dans le contexte de travail idéal ($p=0,179$) et dans le contexte de travail actuel ($p=0,302$).
- Collaborer : dans le contexte de travail idéal ($p=0,473$) et le contexte de travail actuel ($p=0,977$)

• **ANALYSE DES ACTIVITES CLES LES MOINS IMPORTANTES : STRATE REGION LINGUISTIQUE**

(1) Autres activités non liées aux patients :

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux régions linguistiques, pour l'activité clé **Autres activités non liées aux patients** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 61 : Résultats de la question générale sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Contexte de travail actuel																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	22%	66%	12%	1%	19%	66%	15%	1%	15%	51%	31%	3%	18%	60%	22%	1%
Supervisions non liées aux patients	29%	63%	8%	1%	26%	62%	11%	2%	19%	53%	25%	4%	23%	57%	20%	1%
Contribuer à l'élaboration des politiques	17%	66%	15%	3%	11%	48%	39%	3%	4%	31%	59%	7%	6%	45%	42%	8%
Définir son métier et sa manière de le faire	25%	63%	10%	2%	17%	54%	26%	3%	8%	43%	44%	5%	11%	52%	33%	3%
Participer à des projets de recherche	20%	63%	15%	2%	14%	53%	29%	4%	8%	47%	38%	7%	12%	63%	22%	4%
Activités liées à l'organisation et au service	27%	66%	7%	1%	24%	60%	15%	1%	14%	53%	30%	3%	17%	63%	19%	2%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	48%	42%	10%	0%	37%	48%	15%	0%	26%	47%	26%	2%	27%	48%	21%	3%
Supervisions non liées aux patients	53%	44%	3%	0%	47%	47%	7%	0%	29%	48%	21%	2%	26%	50%	21%	3%
Contribuer à l'élaboration des politiques	57%	36%	7%	2%	45%	42%	13%	0%	34%	37%	24%	5%	27%	45%	21%	7%
Définir son métier et sa manière de le faire	55%	40%	3%	2%	52%	40%	8%	0%	36%	42%	21%	2%	27%	52%	15%	7%
Participer à des projets de recherche	45%	37%	16%	2%	40%	34%	26%	0%	23%	55%	21%	2%	31%	58%	8%	3%
Activités liées à l'organisation et au service	48%	48%	3%	0%	42%	45%	11%	2%	31%	50%	16%	3%	26%	60%	8%	7%

Tableau 62 : Résultats de la question générale sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la région linguistique.

Contexte de travail idéal																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	25%	65%	10%	1%	23%	64%	12%	1%	20%	64%	15%	1%	22%	64%	13%	1%
Supervisions non liées aux patients	30%	61%	8%	1%	27%	60%	12%	2%	25%	62%	12%	1%	26%	63%	11%	1%
Contribuer à l'élaboration des politiques	21%	68%	9%	3%	16%	55%	25%	4%	13%	51%	31%	6%	13%	55%	27%	6%
Définir son métier et sa manière de le faire	32%	58%	9%	2%	25%	53%	19%	3%	17%	56%	23%	5%	18%	61%	17%	4%
Participer à des projets de recherche	16%	71%	11%	2%	12%	63%	23%	3%	12%	62%	24%	2%	12%	71%	15%	2%
Activités liées à l'organisation et au service	27%	67%	5%	1%	25%	65%	9%	2%	23%	63%	13%	1%	24%	63%	10%	2%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	48%	45%	5%	2%	42%	50%	7%	2%	39%	52%	8%	2%	34%	60%	5%	2%
Supervisions non liées aux patients	55%	39%	7%	0%	52%	40%	8%	0%	45%	42%	13%	0%	42%	48%	10%	0%
Contribuer à l'élaboration des politiques	69%	26%	5%	0%	65%	26%	10%	0%	58%	31%	10%	2%	50%	44%	7%	0%
Définir son métier et sa manière de le faire	66%	27%	7%	0%	53%	39%	8%	0%	47%	42%	11%	0%	42%	50%	8%	0%
Participer à des projets de recherche	48%	42%	10%	0%	39%	39%	23%	0%	34%	47%	18%	2%	36%	55%	10%	0%
Activités liées à l'organisation et au service	53%	44%	3%	0%	50%	39%	11%	0%	44%	44%	11%	2%	39%	53%	8%	0%

Tableau 63: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur les autres activités non liées aux patients et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Facteurs d'influence										
Partie néerlandophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autres activités non liées aux patients	27%	73%	80%	21%	49%	51%	57%	43%	70%	30%
Supervisions non liées aux patients	33%	67%	83%	17%	50%	50%	62%	39%	73%	27%
Contribuer à l'élaboration des politiques	13%	87%	39%	61%	27%	73%	30%	70%	40%	60%
Définir son métier et sa manière de le faire	33%	67%	69%	31%	43%	57%	46%	54%	56%	44%

Participer à des projets de recherche	19%	82%	68%	32%	41%	60%	44%	56%	52%	48%
Activités liées à l'organisation et au service	34%	66%	80%	20%	55%	45%	61%	39%	71%	29%
Partie francophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autres activités non liées aux patients	10%	90%	77%	23%	52%	48%	52%	48%	68%	32%
Supervisions non liées aux patients	18%	82%	73%	27%	52%	48%	58%	42%	69%	31%
Contribuer à l'élaboration des politiques	18%	82%	74%	26%	48%	52%	48%	52%	68%	32%
Définir son métier et sa manière de le faire	18%	82%	84%	16%	50%	50%	44%	57%	76%	24%
Participer à des projets de recherche	10%	90%	76%	24%	57%	44%	47%	53%	66%	34%
Activités liées à l'organisation et au service	13%	87%	82%	18%	45%	55%	57%	44%	81%	19%

Dans la partie francophone, cette activité est considérée comme beaucoup plus importante dans le contexte idéal ($P<0,05$) et dans le contexte actuel ($P<0,05$). Contrairement à la classification, nous constatons ici une différence significative.

Bien que l'activité clé Autres activités non liées aux patients soit considérée comme moins importante par les travailleurs sociaux, la participation à des projets de recherche apparaît comme sous-item important ($\geq 70\%$ de réponses d'accord). Dans la partie néerlandophone, cette sous-activité semble être significativement plus importante ($P<0,05$) (tant dans le contexte de travail idéal que dans le contexte de travail actuel).

(2) Signalement

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux régions linguistiques, pour l'activité clé **Signalement** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 64 : Résultats de la question générale sur l'importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Contexte de travail actuel																
Partie néerlandophone																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Signalement	35%	62%	3%	0%	27%	61%	12%	1%	13%	55%	31%	1%	19%	64%	17%	1%
Signalement interne	39%	61%	1%	0%	32%	59%	9%	1%	19%	57%	24%	1%	24%	61%	15%	1%
Signalement externe	30%	63%	7%	0%	21%	55%	21%	3%	8%	43%	45%	4%	13%	57%	27%	3%
Partie francophone																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Signalement	40%	55%	3%	2%	32%	52%	15%	2%	29%	42%	29%	0%	32%	50%	18%	0%
Signalement interne	42%	55%	2%	2%	37%	47%	15%	2%	27%	52%	21%	0%	31%	50%	19%	0%
Signalement externe	36%	61%	2%	2%	27%	55%	16%	2%	19%	50%	31%	0%	18%	63%	19%	0%

Tableau 65 : Résultats de la question générale sur l'importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la région linguistique.

Contexte de travail idéal																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	42%	57%	2%	0%	34%	56%	10%	1%	28%	54%	17%	1%	30%	59%	11%	1%
Signalement interne	45%	54%	1%	0%	38%	56%	6%	1%	34%	54%	11%	1%	35%	55%	9%	1%
Signalement externe	35%	55%	10%	0%	26%	51%	21%	2%	20%	48%	30%	2%	22%	54%	22%	3%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	58%	31%	11%	0%	40%	40%	19%	0%	39%	47%	15%	0%	44%	44%	13%	0%
Signalement interne	53%	44%	3%	0%	42%	39%	19%	0%	37%	50%	13%	0%	42%	48%	10%	0%
Signalement externe	47%	42%	11%	0%	36%	40%	24%	0%	27%	47%	26%	0%	32%	52%	16%	0%

Tableau 66: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur le signalement et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Facteurs d'influence											
Partie néerlandophone											
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Signalement	45%	55%	77%	23%	56%	44%	54%	46%	70%	30%	
Signalement interne	56%	44%	86%	14%	62%	38%	59%	42%	76%	24%	
Signalement externe	32%	68%	62%	39%	44%	56%	40%	60%	56%	44%	
Partie francophone											
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Signalement	31%	69%	69%	31%	58%	42%	50%	50%	61%	39%	
Signalement interne	39%	61%	74%	26%	61%	39%	53%	47%	69%	31%	
Signalement externe	26%	74%	61%	39%	60%	40%	52%	48%	58%	42%	

Nous ne constatons aucune différence significative entre les deux régions linguistiques, ni dans le contexte de travail idéal ($P=0,155$), ni dans le contexte de travail actuel ($P=0,647$). Et ce contrairement à la classification où les travailleurs sociaux de la partie néerlandophone indiquaient le signalement comme beaucoup plus important dans le contexte de travail idéal et le contexte de travail actuel ($P<0,05$). Aucune sous-activité ne peut être mise en évidence sur base des pourcentages de réponses : 70% 'd'accord' ou 20% 'pas d'accord'.

(3) Prévention

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux régions linguistiques, pour l'activité clé **Prévention** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 67 : Résultats de la question générale sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Contexte de travail actuel																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	33%	60%	8%	0%	25%	59%	16%	1%	13%	43%	42%	3%	20%	53%	26%	1%
Donner des infos_prévention	40%	56%	4%	0%	35%	55%	9%	1%	22%	50%	27%	2%	29%	54%	16%	1%
Médiation_prévention	26%	64%	10%	0%	21%	60%	19%	1%	11%	49%	39%	1%	16%	60%	23%	1%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_prévention	40%	59%	1%	0%	35%	61%	4%	1%	27%	60%	13%	1%	31%	63%	7%	0%
Collaborer_prévention	34%	61%	5%	0%	27%	64%	8%	2%	17%	55%	26%	2%	23%	63%	13%	1%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	58%	39%	3%	0%	44%	47%	10%	0%	24%	52%	24%	0%	32%	52%	15%	2%
Donner des infos_prévention	58%	40%	2%	0%	53%	37%	10%	0%	44%	44%	13%	0%	47%	45%	8%	0%
Médiation_prévention	36%	53%	5%	7%	24%	50%	19%	7%	15%	50%	27%	8%	24%	47%	19%	10%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_prévention	55%	40%	5%	0%	50%	44%	7%	0%	44%	48%	8%	0%	47%	48%	5%	0%
Collaborer_prévention	52%	47%	2%	0%	48%	44%	8%	0%	40%	44%	16%	0%	40%	50%	10%	0%

Tableau 68 : Résultats de la question générale sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la région linguistique.

Contexte de travail idéal																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	41%	53%	5%	1%	32%	55%	10%	2%	25%	54%	18%	3%	27%	56%	15%	2%
Donner des infos_prévention	47%	51%	3%	0%	41%	51%	7%	1%	36%	54%	9%	1%	39%	54%	6%	1%

Médiation prévention	33%	56%	11%	0%	29%	54%	17%	1%	24%	54%	22%	1%	25%	58%	17%	1%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	47%	51%	2%	0%	45%	52%	3%	0%	42%	53%	5%	0%	42%	54%	4%	0%
Collaborer prévention	45%	51%	4%	0%	41%	52%	6%	1%	39%	52%	9%	1%	39%	54%	6%	1%
Partie francophone																
Activités	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	65%	32%	3%	0%	42%	48%	10%	0%	39%	47%	13%	2%	40%	55%	5%	0%
Donner des infos prévention	61%	39%	0%	0%	57%	42%	2%	0%	50%	45%	5%	0%	52%	44%	5%	0%
Médiation prévention	37%	52%	3%	8%	29%	50%	13%	8%	21%	57%	15%	8%	26%	55%	10%	10%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	63%	36%	2%	0%	53%	44%	3%	0%	47%	48%	5%	0%	53%	45%	2%	0%
Collaborer prévention	58%	40%	2%	0%	55%	39%	7%	0%	48%	45%	7%	0%	50%	47%	3%	0%

Tableau 69: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la prévention et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Facteurs d'influence										
Partie néerlandophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Prévention	29%	71%	71%	29%	46%	54%	50%	50%	60%	40%
Donner des infos prévention	48%	52%	79%	21%	61%	39%	63%	37%	71%	29%
Médiation prévention	36%	64%	65%	35%	50%	50%	55%	45%	61%	39%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	65%	35%	82%	18%	72%	28%	72%	28%	78%	22%
Collaborer prévention	53%	47%	83%	17%	65%	35%	69%	31%	76%	24%
Partie francophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Prévention	29%	71%	69%	31%	57%	44%	60%	40%	66%	34%
Donner des infos prévention	55%	45%	84%	16%	71%	29%	71%	29%	81%	19%
Médiation prévention	10%	90%	39%	61%	47%	53%	45%	55%	55%	45%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	58%	42%	89%	11%	76%	24%	74%	26%	82%	18%
Collaborer prévention	36%	65%	79%	21%	66%	34%	68%	32%	77%	23%

Par analogie avec la classification, ici, la prévention est indiquée, dans les deux contextes de travail, dans la partie francophone, comme beaucoup plus importante ($P < 0,05$). Aucune sous-activité ne peut être mise en évidence sur base des pourcentages de réponses : 70% 'd'accord' ou 20% 'pas d'accord'.

(4) Développement des compétences

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les deux régions linguistiques, pour l'activité clé **Développement des compétences** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 70 : Résultats de la question générale sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Contexte de travail actuel																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	60%	41%	0%	0%	54%	45%	1%	0%	17%	53%	29%	1%	24%	60%	16%	1%
Participation à des formations	58%	42%	0%	0%	51%	46%	3%	0%	14%	50%	35%	1%	20%	61%	19%	1%
Offrir ou donner des formations	17%	51%	28%	4%	15%	35%	44%	6%	6%	37%	48%	8%	13%	57%	26%	4%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	21%	61%	16%	2%	16%	51%	29%	5%	8%	42%	44%	7%	12%	52%	32%	5%
Réfléchir sur ses propres actions	53%	46%	1%	0%	50%	47%	3%	1%	28%	45%	24%	3%	32%	50%	17%	1%
Planifier un développement des compétences	34%	57%	8%	0%	29%	54%	16%	1%	11%	42%	44%	4%	15%	53%	30%	2%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	40%	57%	2%	1%	30%	52%	16%	2%	20%	51%	28%	2%	29%	59%	11%	1%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	69%	27%	3%	0%	58%	40%	2%	0%	37%	45%	16%	2%	40%	40%	18%	2%
Participation à des formations	71%	27%	2%	0%	63%	36%	2%	0%	42%	39%	16%	3%	34%	52%	13%	2%
Offrir ou donner des formations	34%	31%	29%	7%	21%	19%	52%	8%	15%	23%	50%	13%	13%	42%	32%	13%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	42%	40%	18%	0%	29%	40%	31%	0%	21%	42%	34%	3%	19%	52%	24%	5%
Réfléchir sur ses propres actions	66%	31%	3%	0%	61%	36%	3%	0%	45%	39%	16%	0%	40%	45%	13%	2%
Planifier un développement des compétences	52%	42%	3%	3%	50%	40%	8%	2%	34%	37%	26%	3%	32%	42%	19%	7%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	61%	34%	3%	2%	42%	36%	21%	2%	36%	37%	23%	5%	42%	44%	13%	2%

Tableau 71 : Résultats de la question générale sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la région linguistique.

Contexte de travail idéal																
Partie néerlandophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	67%	33%	1%	0%	61%	38%	1%	0%	52%	35%	12%	1%	52%	40%	8%	0%
Participation à des formations	65%	34%	1%	0%	62%	38%	1%	0%	50%	38%	12%	1%	51%	40%	9%	1%
Offrir ou donner des formations	22%	48%	26%	5%	16%	43%	37%	5%	15%	48%	32%	5%	18%	59%	20%	3%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	28%	51%	17%	4%	20%	47%	29%	5%	19%	47%	31%	4%	20%	56%	21%	3%
Réfléchir sur ses propres actions	63%	37%	0%	1%	57%	41%	1%	1%	50%	42%	7%	1%	51%	44%	5%	1%
Planifier un développement des compétences	39%	53%	8%	1%	34%	53%	11%	2%	32%	48%	20%	1%	32%	48%	19%	1%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	48%	50%	3%	0%	36%	52%	10%	2%	35%	49%	14%	1%	38%	54%	7%	1%
Partie francophone																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	74%	24%	2%	0%	71%	26%	3%	0%	61%	34%	5%	0%	57%	37%	7%	0%
Participation à des formations	76%	24%	0%	0%	73%	26%	2%	0%	71%	26%	3%	0%	57%	42%	2%	0%
Offrir ou donner des formations	34%	37%	23%	7%	21%	26%	42%	11%	21%	29%	39%	11%	23%	42%	24%	11%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	44%	40%	16%	0%	34%	37%	26%	3%	26%	50%	19%	5%	27%	52%	15%	7%
Réfléchir sur ses propres actions	77%	23%	0%	0%	74%	24%	2%	0%	63%	31%	5%	2%	58%	36%	5%	2%
Planifier un développement des compétences	65%	29%	7%	0%	57%	34%	8%	2%	48%	40%	10%	2%	44%	36%	18%	3%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	58%	42%	0%	0%	47%	45%	7%	2%	44%	42%	13%	2%	52%	44%	3%	2%

Tableau 72: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur le développement des compétences et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la région linguistique.

Facteurs d'influence										
Partie néerlandophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Développement des compétences	29%	71%	70%	30%	45%	55%	57%	43%	75%	25%
Participation à des formations	26%	74%	82%	19%	49%	51%	62%	38%	79%	21%
Offrir ou donner des formations	17%	83%	42%	59%	35%	65%	43%	57%	44%	56%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	26%	74%	50%	50%	41%	60%	46%	54%	54%	46%
Réfléchir sur ses propres actions	46%	54%	83%	17%	57%	43%	61%	39%	81%	20%
Planifier un développement des compétences	28%	72%	61%	40%	41%	60%	45%	55%	59%	41%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	28%	72%	77%	23%	50%	50%	66%	34%	74%	26%
Partie francophone										
	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Développement des compétences	13%	87%	71%	29%	55%	45%	58%	42%	76%	24%
Participation à des formations	13%	87%	82%	18%	61%	39%	60%	40%	84%	16%
Offrir ou donner des formations	5%	95%	26%	74%	31%	69%	21%	79%	24%	76%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	18%	82%	52%	48%	47%	53%	36%	65%	47%	53%
Réfléchir sur ses propres actions	32%	68%	86%	15%	61%	39%	57%	44%	82%	18%
Planifier un développement des compétences	15%	86%	68%	32%	53%	47%	55%	45%	77%	23%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	31%	69%	79%	21%	48%	52%	65%	36%	69%	31%

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence pour l'activité clé Développement des compétences entre la partie néerlandophone et la partie francophone dans le contexte de travail idéal ($P=0,295$) et actuel ($P=0,229$), contrairement à la classification où la partie néerlandophone considèrerait le développement des compétences comme significativement plus important ($P<0,05$) dans le contexte de travail actuel (pas idéal). Nous ne constatons pas de différence significative pour la sous-activité 'Offrir ou donner des formations' entre les deux régions linguistiques dans le contexte de travail idéal ($P=0,257$) et le contexte de travail actuel ($P=0,368$).

1.4 Résultats en fonction du statut de l'hôpital – commentaire des activités clés les plus importantes et les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal

1.4.1 Classification

Comme pour les résultats obtenus pour la Belgique, les paramètres descriptifs (moyenne et écart-type) sont repris dans le tableau 73. Les 12 activités clés y sont reprises avec leurs propres résultats et sont réparties en fonction du statut de l'hôpital et du contexte de travail. Les tops 3 des activités clés les plus et les moins importantes apparaissent en gras dans le tableau.

Nous constatons que le top 3 des activités les plus importantes est le même pour les hôpitaux privés que pour les hôpitaux publics dans les deux contextes de travail (actuel et idéal), à savoir l'aide psychosociale, la coordination des soins et l'aide sociale et administrative. Seule diffère la classification dans le contexte de travail actuel. Dans les hôpitaux publics, la coordination des soins se positionne en première place, devant l'aide psychosociale.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux des hôpitaux privés et publics classifient les activités clés les moins importantes de la même manière dans le contexte de travail idéal. Les autres activités non liées aux patients occupent la dernière place après le signalement et la prévention. Dans le contexte de travail actuel, les autres activités non liées aux patients apparaissent à nouveau comme les activités les moins importantes. Le développement des compétences arrive à l'avant-dernière place dans les hôpitaux publics tandis qu'il occupe la troisième place des activités les moins importantes dans les hôpitaux privés. Pour le signalement, c'est le contraire (tableau 73).

Tableau 73 : Statistique descriptive activités clés du travail social selon le statut de l'hôpital - classification

Statistique descriptive activités clés selon le statut de l'hôpital												
Activité clé	Contexte de travail actuel						Contexte de travail idéal					
	Privé			Public			Privé			Public		
	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET
Aide psychosociale	165	9,58	3,166	90	8,69	3,482	165	10,14	3,373	90	9,56	3,601
Coordination des soins	165	9,02	2,977	90	8,94	3,059	165	9,02	2,966	90	8,82	3,143
Aide sociale et administrative	165	8,68	2,625	90	8,58	2,526	165	8,18	2,564	90	8,46	2,418
Recherche et reporting	165	7,76	3,544	90	8,29	3,302	165	7,22	3,551	90	7,93	3,154
Aide matérielle	165	6,19	3,011	90	5,88	2,937	165	5,79	2,888	90	5,37	2,766

Aide financière et administrative	165	7,38	2,555	90	7,8	2,728	165	7,02	2,452	90	7,16	2,566
Aide juridique et administrative	165	5,78	2,588	90	6,42	2,298	165	5,65	2,493	90	5,92	2,362
Prévention	165	5,27	3,161	90	5,06	3,018	165	5,36	2,893	90	5,14	2,746
Défense des intérêts	165	5,67	2,59	90	5,94	3,206	165	6,03	2,819	90	6,07	3,097
Signalement	165	4,41	2,732	90	4,41	2,949	165	4,83	2,931	90	4,44	2,934
Développement des compétences	165	4,58	2,826	90	4,02	2,557	165	5,64	2,637	90	5,57	2,961
Autres activités non liées aux patients	165	3,68	3,004	90	3,97	3,121	165	3,12	3,313	90	3,57	3,582

Nous pouvons en conclure que les mêmes activités clés sont considérées comme importantes et moins importantes dans les hôpitaux privés et publics mais que la classification diffère selon le statut. L'activité clé prévention n'est pas reprise dans le top 3 des activités les moins importantes contrairement aux résultats obtenus pour la Belgique et selon la région linguistique.

L'analyse détaillée, au moyen d'analyses statistiques, des résultats obtenus dans les hôpitaux privés et publics a été réalisée avec le test non paramétrique de Mann et Withney U.

ANALYSE DES ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTES : STRATE STATUT

Existe-t-il une différence selon le statut (public/privé) au niveau de l'évaluation des activités clés aide psychosociale, coordination des soins et aide sociale et administrative dans les deux contextes de travail (actuel et idéal) ?

Aide psychosociale : cette activité clé est évaluée comme **significativement plus importante dans les hôpitaux privés, tant dans le contexte actuel de travail que dans le contexte idéal (P<0,05).**

Coordination des soins : il n'existe aucune différence significative entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics, ni dans le contexte actuel (P=0,837) ni dans le contexte idéal (P=0,631).

Aide sociale et administrative: il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes, ni dans le contexte actuel (P=0,530) ni dans le contexte idéal (P=0,479).

- **ACTIVITES LES MOINS IMPORTANTES : DIFFERENCE SELON LE STATUT**

Existe-t-il une différence selon le statut (public/privé) au niveau de l'évaluation des activités clés autres activités non liées aux patients, signalement, prévention et développement des compétences dans les deux contextes de travail (actuel et idéal) ?

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence au niveau des réponses apportées par les travailleurs sociaux actifs dans les hôpitaux privés et publics.

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail idéal
Autres activités non liées aux patients	0,343	0,388
Signalement	0,271	0,722
Prévention	0,591	0,582
Développement des compétences	0,670	0,118

1.4.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).

- **ANALYSE DES ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTES : SELON LE STATUT**

(1) Aide psychosociale

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les hôpitaux privés et publics, pour l'activité clé **Aide psychosociale** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 74 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Contexte de travail actuel																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	87%	13%	0%	0%	81%	19%	1%	0%	41%	48%	10%	1%	47%	47%	5%	1%
Soutien	84%	16%	0%	0%	82%	18%	1%	0%	51%	45%	4%	0%	54%	45%	2%	0%
Médiation psychosociale	67%	33%	0%	0%	62%	34%	4%	0%	35%	54%	10%	1%	39%	55%	6%	1%
Accompagnement	75%	25%	0%	0%	71%	29%	1%	0%	37%	48%	15%	1%	41%	51%	8%	0%
Traitement	51%	38%	9%	2%	47%	34%	16%	3%	24%	42%	30%	4%	27%	48%	22%	4%
Intervention critique	56%	41%	2%	1%	49%	41%	8%	1%	28%	54%	15%	2%	33%	60%	6%	1%
Public																

Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Aide psychosociale	82%	15%	2%	0%	75%	23%	2%	0%	39%	41%	18%	3%	46%	39%	14%	1%
Soutien	80%	20%	0%	0%	75%	25%	0%	0%	42%	43%	14%	1%	47%	48%	4%	0%
Médiation psychosociale	58%	34%	3%	4%	51%	37%	6%	7%	24%	52%	18%	7%	30%	58%	8%	4%
Accompagnement	71%	26%	1%	1%	68%	26%	4%	1%	40%	36%	22%	2%	46%	44%	9%	1%
Traitement	51%	43%	6%	1%	45%	43%	10%	2%	25%	47%	25%	2%	34%	48%	15%	2%
Intervention critique	55%	43%	1%	1%	46%	47%	4%	2%	32%	42%	24%	2%	37%	48%	13%	1%

Tableau 75 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon le statut.

Contexte de travail idéal																
Privé																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Aide psychosociale	93%	7%	0%	0%	89%	11%	0%	0%	67%	29%	4%	0%	68%	30%	2%	0%
Soutien	90%	10%	0%	0%	87%	13%	0%	0%	71%	28%	1%	0%	72%	27%	2%	0%
Médiation psychosociale	69%	31%	0%	0%	64%	34%	2%	0%	56%	40%	4%	1%	54%	43%	2%	1%
Accompagnement	81%	19%	0%	0%	75%	25%	0%	0%	58%	40%	2%	0%	57%	40%	3%	0%
Traitement	52%	36%	7%	5%	45%	37%	13%	5%	33%	43%	18%	6%	34%	43%	18%	6%
Intervention critique	67%	30%	2%	1%	55%	36%	8%	1%	40%	47%	10%	2%	43%	49%	6%	2%
Public																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Aide psychosociale	90%	10%	0%	0%	89%	11%	0%	0%	59%	31%	10%	0%	63%	31%	7%	0%
Soutien	88%	12%	0%	0%	85%	15%	0%	0%	55%	40%	6%	0%	64%	33%	3%	0%
Médiation psychosociale	59%	35%	6%	0%	54%	34%	11%	1%	43%	45%	12%	0%	48%	46%	6%	0%
Accompagnement	80%	19%	1%	0%	68%	31%	1%	0%	54%	34%	12%	0%	57%	37%	6%	0%
Traitement	53%	41%	7%	0%	48%	43%	9%	0%	37%	50%	13%	0%	43%	50%	8%	0%
Intervention critique	62%	36%	2%	0%	53%	41%	7%	0%	40%	46%	13%	1%	41%	52%	8%	0%

Tableau 76 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide psychosociale et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Facteurs d'influence										
Privé										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide psychosociale	39%	61%	88%	12%	57%	43%	60%	40%	86%	14%
Soutien	46%	54%	95%	5%	65%	35%	71%	30%	90%	10%
Médiation psychosociale	47%	53%	77%	23%	61%	39%	65%	36%	78%	22%
Accompagnement	36%	65%	91%	9%	56%	44%	65%	35%	86%	14%
Traitement	21%	79%	61%	39%	42%	58%	44%	56%	61%	39%
Intervention critique	41%	59%	64%	36%	55%	45%	58%	42%	70%	30%
Public										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide psychosociale	18%	82%	85%	15%	44%	56%	51%	50%	82%	18%
Soutien	32%	68%	95%	6%	59%	41%	70%	30%	85%	15%
Médiation psychosociale	29%	71%	73%	28%	53%	47%	63%	37%	73%	28%
Accompagnement	20%	80%	87%	13%	52%	48%	62%	39%	78%	22%
Traitement	23%	77%	70%	30%	51%	50%	60%	40%	70%	30%
Intervention critique	23%	77%	66%	34%	53%	47%	55%	45%	65%	35%

Nous ne constatons aucune différence significative au niveau de l'activité clé aide psychosociale entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics dans le contexte de travail idéal ($P=0,457$) et actuel ($P=0,320$). Dans la classification, cette activité clé est considérée comme significativement plus importante dans les hôpitaux privés, tant dans le contexte de travail actuel que dans le contexte idéal ($P<0,05$).

Nous ne constatons pas non plus de différence significative au niveau des sous-activités Soutien et Accompagnement entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics.

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail
Soutien	0,541	0,479
Accompagnement	0,799	0,442

(3) Coordination des soins

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les hôpitaux privés et publics, pour l'activité clé **Coordination des soins** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 77 : Résultats de la question générale sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Contexte de travail actuel																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	73%	27 %	1%	0%	68 %	28%	4%	0%	44 %	48%	8%	0%	52 %	44%	4%	0%
Dépistage des patients à risques	54%	36 %	10%	1%	44 %	39%	15%	2%	24 %	46%	27%	3%	30 %	49%	18%	4%
Donner des informations_coordination des soins	74%	26 %	1%	0%	69 %	28%	2%	1%	56 %	40%	4%	0%	59 %	38%	2%	1%
Médiation_coordination des soins	56%	43 %	1%	0%	51 %	45%	5%	0%	31 %	55%	15%	0%	37 %	54%	8%	1%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	72%	27 %	1%	0%	68 %	32%	0%	0%	59 %	40%	1%	0%	62 %	37%	1%	0%
Collaborer_coordination des soins	75%	25 %	0%	0%	72 %	28%	0%	0%	55 %	39%	6%	0%	60 %	37%	3%	0%
Coordination_coordination des soins	72%	27 %	1%	0%	60 %	36%	4%	1%	39 %	50%	11%	0%	47 %	48%	5%	0%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	67%	33 %	1%	0%	61 %	37%	2%	0%	44 %	49%	7%	0%	50 %	48%	2%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	75%	24 %	1%	0%	72 %	27%	1%	0%	56 %	43%	1%	0%	60 %	40%	0%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	58%	40 %	1%	0%	54 %	42%	4%	1%	39 %	52%	9%	0%	50 %	45%	4%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	76%	23 %	0%	1%	70 %	28%	1%	1%	47%	44%	8%	1%	55 %	36 %	8%	1%
Dépistage des patients à risques	50%	46 %	1%	3%	36 %	44%	17%	3%	22%	45%	28%	6%	29 %	50 %	17%	6%
Donner des informations_coordination des soins	66%	33 %	1%	0%	58 %	40%	2%	0%	37%	57%	6%	0%	51 %	44 %	6%	0%
Médiation_coordination des soins	45%	50 %	2%	3%	39%	51%	7%	4%	18%	62%	17%	4%	28 %	60 %	9%	3%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	65%	34 %	1%	0%	63 %	36%	1%	0%	51%	44%	6%	0%	57 %	39 %	4%	0%
Collaborer_coordination des soins	68%	30 %	1%	1%	62%	36%	1%	1%	47%	47%	6%	0%	53 %	42 %	4%	1%
Coordination_coordination des soins	66%	32 %	2%	0%	59%	35%	6%	0%	39%	46%	13%	2%	43 %	48 %	8%	1%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	58%	39 %	3%	0%	51%	46%	3%	0%	32%	52%	17%	0%	39 %	52 %	10%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	63%	36 %	1%	0%	57%	42%	1%	0%	40%	56%	4%	0%	46 %	51 %	3%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	43%	57 %	0%	0%	36%	60%	3%	0%	23%	63%	14%	0%	33 %	63 %	4%	0%

Tableau 78 : Résultats de la question générale sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon le statut.

Contexte de travail idéal																
Privé																
Activités	Importance			Volonté			Capacité			Faculté						
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Coordination des soins	80%	18%	2%	1%	75%	23%	2%	1%	60%	36%	4%	1%	63%	34%	2%	1%
Dépistage des patients à risques	49%	42%	7%	1%	38%	45%	15%	2%	31%	47%	20%	2%	36%	43%	18%	3%
Donner des informations_coordination des soins	81%	19%	1%	0%	75%	24%	1%	0%	69%	30%	1%	0%	72%	28%	1%	0%
Médiation_coordination des soins	61%	39%	0%	0%	55%	42%	3%	0%	48%	48%	4%	1%	49%	48%	2%	1%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	75%	25%	1%	0%	72%	28%	1%	0%	66%	34%	0%	0%	68%	33%	0%	0%
Collaborer_coordination des soins	86%	14%	0%	0%	83%	17%	1%	0%	78%	21%	1%	0%	76%	22%	2%	1%
Coordination_coordination des soins	75%	24%	1%	0%	65%	32%	2%	1%	60%	36%	4%	1%	60%	37%	3%	1%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	76%	24%	1%	0%	69%	28%	2%	0%	62%	36%	2%	0%	63%	34%	3%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	80%	20%	1%	0%	76%	22%	2%	0%	71%	28%	1%	0%	71%	28%	1%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	54%	45%	1%	0%	44%	51%	5%	0%	43%	53%	4%	0%	46%	52%	2%	0%
Public																
Activités	Importance			Volonté			Capacité			Faculté						
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Coordination des soins	85%	15%	0%	0%	79%	21%	0%	0%	62%	34%	4%	0%	64%	33%	3%	0%
Dépistage des patients à risques	47%	46%	3%	3%	36%	46%	13%	4%	28%	52%	17%	4%	31%	52%	12%	6%
Donner des informations_coordination des soins	79%	20%	1%	0%	74%	25%	1%	0%	65%	30%	6%	0%	69%	29%	2%	0%
Médiation_coordination des soins	54%	39%	4%	3%	48%	43%	4%	4%	36%	54%	6%	4%	40%	55%	1%	4%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	64%	35%	1%	0%	63%	36%	1%	0%	59%	39%	2%	0%	60%	39%	1%	0%
Collaborer_coordination des soins	80%	20%	0%	0%	76%	24%	0%	0%	68%	31%	1%	0%	68%	32%	0%	0%
Coordination_coordination des soins	74%	24%	1%	1%	68%	28%	3%	1%	56%	37%	6%	1%	60%	35%	3%	1%

Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	71%	28%	0%	1%	67%	31%	1%	1%	54%	44%	1%	1%	59%	40%	0%	1%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	75%	25%	0%	0%	74%	26%	0%	0%	65%	34%	1%	0%	67%	32%	1%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	47%	50%	3%	0%	45%	50%	6%	0%	42%	51%	8%	0%	44%	51%	6%	0%

Tableau 79 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la coordination des soins et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Facteurs d'influence										
Privé										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coordination des soins	49%	51%	90%	10%	69%	31%	72%	28%	85%	15%
Dépistage des patients à risques	34%	66%	74%	27%	60%	40%	57%	43%	69%	31%
Donner des informations_coordination des soins	65%	35%	95%	5%	79%	21%	81%	19%	92%	9%
Médiation_coordination des soins	43%	57%	82%	18%	67%	33%	68%	33%	81%	19%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	77%	24%	97%	3%	90%	10%	88%	12%	95%	5%
Collaborer_coordination des soins	63%	37%	99%	1%	80%	21%	87%	13%	95%	5%
Coordination_coordination des soins	49%	51%	92%	8%	65%	36%	74%	27%	87%	13%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	60%	40%	98%	2%	75%	25%	80%	20%	90%	10%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	69%	31%	98%	2%	84%	16%	87%	13%	95%	5%
Soutien administratif_coordination des soins	48%	52%	95%	5%	73%	27%	74%	26%	84%	16%
Public										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coordination des soins	47%	53%	90%	10%	69%	31%	79%	21%	88%	12%
Dépistage des patients à risques	39%	62%	79%	21%	55%	45%	57%	43%	62%	39%
Donner des informations_coordination des soins	62%	39%	91%	9%	75%	25%	76%	24%	87%	13%
Médiation_coordination des soins	34%	66%	74%	26%	56%	44%	60%	40%	71%	29%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	71%	29%	95%	6%	87%	13%	86%	14%	92%	8%
Collaborer_coordination des soins	59%	41%	97%	3%	76%	24%	80%	20%	90%	10%
Coordination_coordination des soins	52%	48%	95%	6%	69%	31%	77%	23%	88%	12%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	57%	43%	91%	9%	69%	31%	75%	25%	86%	14%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	62%	39%	97%	3%	77%	23%	84%	17%	91%	9%
Soutien administratif_coordination des soins	37%	63%	90%	10%	68%	32%	74%	26%	84%	17%

Nous ne constatons aucune différence significative entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics dans le contexte de travail idéal (P=0,284) et actuel (P=0,629). La classification ne met pas non plus de différence en évidence.

Pour les sous-activités Donner des informations, Orienter vers d'autres institutions et services de soins, Collaborer, Coordonner et Mettre en place une aide et des services, nous ne constatons aucune différence significative entre les deux statuts d'hôpitaux dans le contexte de travail actuel et idéal.

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail
Donner des informations	P=0,199	P=0,746
Orienter vers d'autres institutions et services de soins	P=0,210	P=0,064
Collaborer	P=0,186	P=0,216
Coordonner	P=0,322	P=0,817
Mettre en place une aide et des services	P=0,133	P=0,424

La mise en place d'une aide du réseau social et des services ne semble pas significative dans le contexte idéal (P=0,393) mais **bien dans le contexte de travail actuel (P<0,05). Les travailleurs sociaux actifs dans un hôpital privé évaluent cette sous-activité comme significativement plus importante dans le contexte de travail actuel.**

(3) Aide sociale et administrative

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les hôpitaux privés et publics, pour l'activité clé **Aide sociale et administrative** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 80 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Contexte de travail actuel																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	68%	33%	0%	0%	60%	38%	2%	0%	39%	54%	7%	0%	49%	49%	2%	0%
Donner des informations_socadm	68%	33%	0%	0%	64%	34%	2%	0%	47%	49%	4%	0%	54%	43%	2%	0%
Médiation_socadm	46%	51%	4%	0%	40%	51%	9%	0%	24%	60%	15%	1%	30%	60%	10%	1%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	69%	31%	1%	0%	66%	34%	1%	0%	51%	46%	3%	0%	55%	45%	1%	0%
Collaborer_socadm	65%	35%	1%	0%	58%	38%	4%	0%	42%	48%	10%	0%	48%	47%	5%	0%
Coordination_socadm	51%	43%	5%	1%	42%	47%	9%	2%	27%	57%	14%	2%	35%	55%	8%	2%

Soutien administratif_socadm	50%	47%	2%	1%	43%	49%	5%	2%	31%	53%	15%	1%	40%	52%	6%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	60%	39%	1%	0%	50%	48%	2%	0%	30%	56%	14%	0%	42%	50%	9%	0%
Donner des informations_socadm	67%	32%	1%	0%	62%	36%	2%	0%	39%	51%	11%	0%	44%	52%	4%	0%
Médiation_socadm	35%	57%	3%	4%	32%	54%	9%	6%	12%	64%	19%	6%	20%	66%	10%	4%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	56%	42%	2%	0%	54%	44%	2%	0%	39%	55%	7%	0%	39%	57%	4%	0%
Collaborer_socadm	60%	39%	1%	0%	53%	45%	2%	0%	34%	58%	8%	0%	40%	52%	9%	0%
Coordination_socadm	50%	47%	3%	0%	43%	45%	12%	0%	29%	53%	19%	0%	36%	52%	12%	0%
Soutien administratif_socadm	39%	62%	0%	0%	34%	59%	7%	0%	18%	58%	24%	0%	31%	58%	11%	0%

Tableau 81 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon le statut.

Contexte de travail idéal																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	67%	33%	0%	0%	63%	36%	2%	0%	56%	39%	5%	1%	57%	40%	2%	1%
Donner des informations_socadm	74%	27%	0%	0%	69%	30%	1%	1%	60%	35%	4%	1%	61%	36%	3%	0%
Médiation_socadm	50%	46%	4%	0%	42%	50%	8%	0%	37%	51%	11%	0%	38%	54%	7%	1%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	71%	29%	1%	0%	66%	33%	1%	0%	60%	39%	1%	0%	61%	38%	1%	0%
Collaborer_socadm	73%	27%	0%	0%	69%	31%	0%	0%	63%	35%	2%	0%	64%	34%	2%	0%
Coordination_socadm	58%	39%	4%	0%	49%	45%	6%	1%	45%	43%	11%	0%	46%	46%	8%	0%
Soutien administratif_socadm	58%	39%	3%	1%	52%	42%	6%	1%	46%	46%	5%	1%	48%	50%	2%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	60%	40%	0%	0%	57%	37%	6%	0%	53%	41%	7%	0%	56%	42%	2%	0%

Donner des informations_socadm	70%	30%	0%	0%	68%	31%	1%	0%	57%	40%	3%	0%	62%	37%	1%	0%
Médiation_socadm	37%	51%	8%	4%	31%	54%	11%	4%	24%	60%	11%	4%	31%	60%	4%	4%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	63%	37%	0%	0%	59%	40%	1%	0%	58%	37%	4%	0%	62%	36%	2%	0%
Collaborer_socadm	76%	24%	0%	0%	69%	30%	1%	0%	64%	33%	3%	0%	65%	34%	1%	0%
Coordination_socadm	59%	40%	1%	0%	54%	41%	6%	0%	52%	37%	11%	0%	54%	39%	8%	0%
Soutien administratif_socadm	47%	53%	0%	0%	44%	50%	7%	0%	42%	51%	8%	0%	45%	53%	2%	0%

Tableau 82 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide sociale et administrative et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Facteurs d'influence										
Privé										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide sociale et administrative	50%	50%	90%	10%	75%	25%	78%	22%	89%	11%
Donner des informations_socadm	65%	36%	92%	8%	79%	21%	84%	16%	94%	6%
Médiation_socadm	39%	61%	77%	24%	65%	36%	66%	34%	78%	22%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	72%	28%	98%	2%	84%	16%	84%	16%	92%	8%
Collaborer_socadm	54%	46%	95%	5%	72%	28%	78%	22%	86%	14%
Coordination_socadm	45%	55%	81%	19%	63%	37%	70%	30%	74%	26%
Soutien administratif_socadm	49%	51%	91%	9%	73%	27%	77%	23%	82%	18%
Public										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide sociale et administrative	54%	46%	85%	15%	70%	30%	78%	22%	88%	12%
Donner des informations_socadm	59%	41%	89%	11%	77%	23%	84%	17%	89%	11%
Médiation_socadm	30%	70%	68%	32%	57%	43%	56%	44%	67%	33%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	68%	32%	93%	7%	78%	22%	80%	20%	96%	4%
Collaborer_socadm	52%	48%	98%	2%	75%	25%	79%	21%	90%	10%
Coordination_socadm	47%	53%	90%	10%	66%	34%	76%	24%	86%	14%
Soutien administratif_socadm	40%	60%	89%	11%	71%	29%	74%	26%	87%	13%

Nous ne constatons aucune différence significative pour cette activité clé entre les hôpitaux privés et publics dans le contexte de travail idéal ($P=0,304$) et actuel ($P=0,236$). La classification ne met pas non plus de différence en évidence.

Suivent ci-après les résultats obtenus pour les sous-activités :

- Donner des informations : pas significatif dans le contexte idéal (P=0,588) et actuel (P=0,897).
- Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services : pas significatif dans le contexte idéal (P=0,213) **mais bien dans le contexte de travail actuel (P<0,05). Les travailleurs sociaux actifs dans un hôpital privé évaluent cette sous-activité comme significativement plus importante dans le contexte de travail actuel.**
- Collaborer : pas significatif dans le contexte de travail idéal (P=0,609) et actuel (P=0,509).

• **ANALYSE DES ACTIVITES CLES LES MOINS IMPORTANTES SELON LE STATUT**

(1) **Autres activités non liées aux patients :**

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les hôpitaux privés et publics, pour l'activité clé **Autres activités non liées aux patients** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 83 : Résultats de la question générale sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Contexte de travail actuel																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	28%	60%	11%	1%	23%	61%	15%	1%	17%	54%	27%	2%	19%	60%	20%	2%
Supervisions non liées aux patients	39%	54%	7%	1%	34%	55%	10%	2%	22%	51%	24%	2%	24%	56%	18%	2%
Contribuer à l'élaboration des politiques	28%	59%	10%	2%	20%	49%	29%	2%	8%	37%	49%	6%	9%	49%	34%	8%
Définir son métier et sa manière de le faire	33%	58%	7%	2%	27%	52%	19%	2%	15%	44%	39%	3%	15%	52%	28%	5%
Participer à des projets de recherche	25%	59%	15%	1%	19%	52%	27%	2%	10%	51%	35%	4%	13%	66%	18%	4%
Activités liées à l'organisation et au service	33%	62%	4%	1%	30%	57%	12%	1%	19%	52%	26%	3%	21%	63%	13%	4%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	29%	60%	11%	0%	23%	62%	14%	1%	20%	43%	35%	2%	23%	53%	24%	0%

Supervisions non liées aux patients	28%	66%	7%	0%	25%	64%	10%	1%	19%	53%	24%	4%	22%	54%	24%	0%
Contribuer à l'élaboration des politiques	23%	57%	18%	2%	18%	41%	39%	3%	15%	24%	53%	8%	14%	37%	42%	7%
Définir son métier et sa manière de le faire	31%	57%	11%	1%	23%	47%	26%	3%	15%	40%	39%	7%	15%	53%	30%	2%
Participer à des projets de recherche	26%	53%	18%	3%	23%	43%	30%	4%	14%	45%	32%	9%	23%	54%	20%	3%
Activités liées à l'organisation et au service	30%	60%	9%	1%	25%	55%	19%	1%	17%	53%	29%	2%	15%	60%	22%	2%

Tableau 84 : Résultats de la question générale sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon le statut.

Contexte de travail idéal																
Privé																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Autres activités non liées aux patients	31%	59%	9%	1%	27%	60%	11%	1%	23%	61%	15%	1%	25%	61%	13%	1%
Supervisions non liées aux patients	37%	55%	7%	1%	32%	54%	12%	2%	28%	55%	16%	1%	29%	57%	13%	1%
Contribuer à l'élaboration des politiques	33%	58%	7%	2%	28%	50%	19%	4%	22%	46%	25%	6%	21%	52%	22%	5%
Définir son métier et sa manière de le faire	42%	48%	8%	1%	33%	49%	16%	2%	24%	51%	21%	4%	25%	56%	16%	3%
Participer à des projets de recherche	25%	65%	9%	1%	18%	61%	19%	3%	15%	61%	21%	3%	14%	70%	15%	2%
Activités liées à l'organisation et au service	36%	59%	4%	1%	33%	57%	9%	1%	30%	56%	12%	2%	30%	58%	10%	2%
Public																
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Autres activités non liées aux patients	30%	62%	8%	1%	28%	62%	10%	1%	28%	62%	10%	1%	25%	65%	9%	1%
Supervisions non liées aux patients	35%	56%	9%	0%	34%	57%	9%	0%	33%	60%	7%	0%	31%	63%	7%	0%
Contribuer à l'élaboration des politiques	31%	57%	10%	2%	28%	45%	25%	2%	26%	45%	26%	2%	23%	53%	22%	2%

Définir son métier et sa manière de le faire	36%	55%	8%	1%	29%	52%	18%	2%	24%	55%	19%	2%	22%	63%	13%	2%
Participer à des projets de recherche	23%	63%	13%	1%	20%	50%	30%	1%	21%	54%	25%	0%	25%	63%	12%	0%
Activités liées à l'organisation et au service	29%	66%	4%	1%	26%	62%	11%	1%	24%	62%	14%	0%	23%	67%	10%	0%

Tableau 85: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur les autres activités non liées aux patients et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Facteurs d'influence										
Privé										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autres activités non liées aux patients	22%	78%	76%	24%	49%	51%	57%	43%	69%	31%
Supervisions non liées aux patients	30%	71%	77%	23%	49%	51%	59%	41%	70%	30%
Contribuer à l'élaboration des politiques	13%	87%	48%	52%	34%	66%	36%	64%	46%	54%
Définir son métier et sa manière de le faire	31%	69%	77%	24%	47%	53%	47%	53%	61%	39%
Participer à des projets de recherche	15%	85%	68%	33%	42%	58%	46%	54%	54%	46%
Activités liées à l'organisation et au service	33%	67%	81%	19%	56%	44%	63%	37%	75%	25%
Public										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autres activités non liées aux patients	25%	75%	85%	15%	50%	51%	54%	46%	69%	31%
Supervisions non liées aux patients	29%	71%	86%	14%	52%	48%	64%	36%	76%	24%
Contribuer à l'élaboration des politiques	18%	82%	47%	53%	30%	70%	32%	68%	48%	52%
Définir son métier et sa manière de le faire	25%	75%	65%	35%	41%	59%	43%	57%	62%	39%
Participer à des projets de recherche	19%	81%	74%	26%	48%	52%	42%	58%	59%	41%
Activités liées à l'organisation et au service	21%	79%	79%	21%	47%	53%	55%	45%	70%	30%

Nous ne constatons aucune différence significative entre les hôpitaux privés et publics dans le contexte de travail idéal (P=0,883) et actuel (P=0,809). La classification ne met pas non plus de différence en évidence. Aucune sous-activité ne peut être mise en évidence non plus sur

base des pourcentages de réponses : 70% ou plus ‘d’accord’ ou 20% ‘pas d’accord’ en termes d’importance.

(2) Signalement

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les hôpitaux privés et publics, pour l’activité clé **Signalement** ainsi que les facteurs d’influence.

Tableau 86 : Résultats de la question générale sur l’importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d’exécution dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Contexte de travail actuel																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	37%	60%	2%	1%	29%	59%	10%	2%	18%	55%	27%	1%	22%	65%	13%	1%
Signalement interne	42%	57%	1%	1%	36%	55%	8%	1%	22%	59%	19%	1%	25%	63%	11%	1%
Signalement externe	34%	60%	6%	1%	24%	56%	16%	4%	12%	49%	37%	2%	15%	64%	19%	2%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	35%	62%	3%	0%	26%	57%	17%	0%	15%	46%	37%	1%	23%	52%	25%	0%
Signalement interne	36%	63%	1%	0%	29%	56%	15%	0%	19%	50%	31%	1%	25%	51%	24%	0%
Signalement externe	28%	67%	6%	0%	19%	54%	26%	1%	8%	37%	51%	4%	13%	50%	35%	2%

Tableau 87 : Résultats de la question générale sur l’importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d’exécution dans le contexte de travail idéal selon le statut.

Contexte de travail idéal																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	43%	55%	1%	0%	34%	55%	10%	1%	28%	57%	15%	0%	30%	58%	11%	0%
Signalement interne	45%	54%	1%	0%	40%	54%	5%	1%	35%	55%	10%	0%	37%	54%	9%	0%
Signalement externe	39%	54%	7%	0%	31%	49%	18%	2%	24%	49%	27%	1%	26%	52%	21%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			

Signalement	50%	42%	9%	0%	37%	47%	15%	0%	35%	45%	19%	1%	39%	48%	12%	1%
Signalement interne	50%	48%	2%	0%	37%	47%	15%	0%	35%	50%	14%	1%	37%	53%	9%	1%
Signalement externe	36%	48%	15%	0%	23%	47%	29%	1%	19%	46%	33%	2%	21%	55%	21%	3%

Tableau 88: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur le signalement et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Facteurs d'influence										
Privé										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Signalement	40%	60%	77%	24%	56%	44%	55%	45%	68%	33%
Signalement interne	54%	46%	86%	14%	64%	36%	59%	41%	75%	25%
Signalement externe	31%	69%	61%	39%	45%	55%	45%	55%	58%	42%
Public										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Signalement	44%	56%	73%	28%	58%	42%	51%	50%	68%	32%
Signalement interne	47%	53%	78%	22%	58%	42%	54%	46%	73%	28%
Signalement externe	31%	69%	62%	39%	52%	48%	39%	62%	54%	46%

Nous ne constatons aucune différence significative pour le signalement entre les hôpitaux privés et publics, ni dans le contexte de travail idéal ($P=0,797$) ni dans le contexte de travail actuel ($P=0,724$). La classification ne met pas non plus de différence en évidence. Vu que pour le signalement aucune sous-activité ne peut être mise en évidence sur base des pourcentages de réponses : 70% ou plus 'd'accord' ou 20% 'pas d'accord' en termes d'importance, cette activité n'a pas été analysée plus en détail.

(3) Prévention

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les hôpitaux privés et publics, pour l'activité clé **Prévention** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 89 : Résultats de la question générale sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Contexte de travail actuel																
Privé																
Activités	Importance	Volonté	Capacité	Faculté	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	
																D'accord
Prévention	39%	56%	5%	0%	31%	55%	13%	1%	19%	45%	33%	2%	24%	54%	21%	1%
Donner des infos prévention	43%	55%	2%	0%	38%	54%	7%	1%	28%	52%	19%	1%	33%	54%	11%	1%

Médiation_prévention	28%	65%	7%	0%	22%	60%	18%	1%	13%	51%	35%	1%	18%	58%	22%	2%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	43%	55%	2%	0%	39%	58%	2%	1%	32%	59%	9%	0%	36%	60%	5%	0%
Collaborer_prévention	38%	58%	4%	0%	33%	59%	7%	1%	24%	51%	25%	1%	28%	58%	13%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	39%	52%	10%	0%	26%	57%	17%	0%	10%	44%	45%	1%	20%	51%	29%	1%
Donner des infos prévention	47%	48%	4%	0%	42%	45%	13%	0%	26%	41%	32%	1%	33%	48%	19%	0%
Médiation_prévention	29%	54%	13%	4%	21%	54%	21%	4%	10%	47%	37%	6%	19%	54%	23%	4%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	44%	54%	2%	0%	39%	54%	8%	0%	30%	53%	17%	1%	33%	58%	9%	0%
Collaborer_prévention	40%	57%	3%	0%	32%	58%	9%	1%	22%	56%	20%	2%	26%	62%	11%	1%

Tableau 90 : Résultats de la question générale sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon le statut.

Contexte de travail idéal																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	48%	49%	3%	1%	37%	53%	8%	2%	31%	48%	17%	4%	32%	54%	13%	2%
Donner des infos prévention	49%	49%	2%	0%	44%	51%	5%	1%	41%	50%	8%	1%	41%	51%	7%	1%
Médiation_prévention	34%	58%	7%	1%	30%	56%	13%	1%	25%	56%	18%	1%	25%	58%	15%	2%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	52%	47%	1%	0%	46%	52%	1%	0%	43%	53%	4%	0%	44%	54%	2%	0%
Collaborer_prévention	48%	49%	3%	0%	45%	48%	7%	1%	41%	50%	8%	1%	40%	52%	7%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	45%	47%	8%	0%	30%	55%	14%	1%	23%	59%	17%	1%	28%	60%	12%	0%
Donner des infos prévention	52%	46%	2%	0%	46%	46%	8%	0%	36%	56%	7%	0%	44%	53%	3%	0%
Médiation_prévention	34%	48%	13%	4%	28%	47%	21%	4%	20%	53%	23%	4%	25%	55%	15%	4%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins	50%	48%	2%	0%	48%	46%	6%	0%	43%	50%	8%	0%	46%	50%	4%	0%

_prévention																
Collaborer_prévention	50%	47%	3%	0%	44%	51%	6%	0%	41%	52%	8%	0%	44%	53%	3%	0%

Tableau 91: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la prévention et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Facteurs d'influence										
Privé										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Prévention	29%	71%	72%	28%	48%	52%	55%	45%	61%	39%
Donner des infos_prévention	49%	51%	83%	18%	65%	35%	68%	32%	77%	24%
Médiation_prévention	31%	69%	63%	37%	51%	49%	57%	43%	63%	37%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins _prévention	65%	35%	86%	15%	75%	25%	74%	27%	81%	19%
Collaborer_prévention	47%	53%	85%	15%	65%	35%	69%	31%	77%	24%
Public										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Prévention	30%	70%	68%	32%	48%	52%	47%	53%	62%	39%
Donner des infos_prévention	51%	50%	76%	24%	60%	40%	58%	42%	68%	32%
Médiation_prévention	28%	73%	51%	50%	46%	54%	44%	56%	53%	47%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins _prévention	60%	41%	80%	20%	68%	32%	71%	29%	76%	24%
Collaborer_prévention	52%	48%	77%	23%	65%	35%	68%	32%	76%	24%

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence pour la prévention entre les hôpitaux privés et publics dans le contexte de travail idéal ($P=0,498$) et actuel ($P=0,574$). La classification ne met pas non plus de différence en évidence. Aucune sous-activité ne peut être mise en évidence sur base des pourcentages de réponses : 70% ou plus 'd'accord' ou 20% 'pas d'accord'.

(4) Développement des compétences

Enfin, les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les hôpitaux privés et publics, pour l'activité clé **Développement des compétences** ainsi que les facteurs d'influence.

Tableau 92 : Résultats de la question générale sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Contexte de travail actuel																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	64%	36%	1%	0%	58%	41%	1%	0%	25%	52%	22%	1%	30%	56%	13%	1%
Participation à des formations	63%	37%	1%	0%	57%	40%	2%	0%	22%	54%	23%	2%	25%	60%	14%	1%
Offrir ou donner des formations	22%	51%	25%	2%	17%	36%	44%	4%	10%	39%	43%	8%	12%	55%	27%	5%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	27%	58%	15%	1%	19%	52%	27%	2%	10%	45%	39%	5%	11%	55%	28%	5%
Réfléchir sur ses propres actions	60%	37%	2%	0%	58%	39%	3%	1%	35%	43%	21%	1%	38%	46%	15%	1%
Planifier un développement des compétences	42%	49%	8%	1%	38%	49%	12%	1%	18%	43%	36%	2%	21%	50%	27%	3%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	45%	52%	2%	1%	32%	50%	16%	2%	22%	51%	25%	2%	31%	58%	10%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	58%	41%	1%	0%	50%	48%	2%	0%	17%	50%	33%	1%	24%	53%	23%	0%
Participation à des formations	58%	42%	0%	0%	48%	50%	2%	0%	19%	36%	44%	1%	20%	56%	23%	1%
Offrir ou donner des formations	21%	39%	33%	8%	17%	24%	48%	11%	6%	24%	58%	12%	14%	51%	29%	7%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	24%	53%	21%	2%	20%	41%	34%	6%	12%	36%	45%	7%	18%	45%	33%	4%
Réfléchir sur ses propres actions	48%	52%	0%	0%	43%	55%	2%	0%	28%	45%	24%	3%	28%	54%	18%	1%
Planifier un développement des compétences	32%	63%	4%	1%	28%	54%	18%	1%	13%	35%	46%	6%	17%	51%	30%	3%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	45%	51%	3%	1%	34%	45%	20%	1%	25%	43%	30%	2%	35%	50%	14%	1%

Tableau 93 : Résultats de la question générale sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon le statut.

Contexte de travail idéal																
Privé																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	70%	30%	1%	0%	63%	35%	2%	0%	54%	36%	10%	0%	53%	39%	8%	0%
Participation à des formations	68%	32%	0%	0%	65%	35%	1%	0%	55%	36%	9%	0%	53%	40%	7%	0%
Offrir ou donner des formations	25%	50%	21%	4%	17%	43%	34%	6%	17%	46%	31%	6%	18%	58%	19%	5%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	34%	49%	13%	4%	24%	47%	24%	5%	21%	48%	26%	6%	21%	54%	19%	6%
Réfléchir sur ses propres actions	70%	30%	0%	1%	64%	34%	2%	1%	57%	35%	7%	1%	55%	39%	5%	1%
Planifier un développement des compétences	48%	42%	8%	1%	42%	45%	11%	2%	37%	45%	17%	2%	35%	43%	19%	2%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	51%	49%	1%	0%	39%	49%	10%	2%	36%	46%	16%	2%	39%	53%	7%	1%
Public																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	66%	33%	1%	0%	64%	35%	1%	0%	54%	33%	12%	1%	54%	40%	7%	0%
Participation à des formations	67%	32%	1%	0%	64%	35%	1%	0%	54%	34%	11%	1%	52%	40%	8%	1%
Offrir ou donner des formations	23%	37%	33%	7%	18%	31%	45%	7%	15%	37%	40%	8%	22%	48%	24%	6%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	29%	47%	23%	1%	22%	40%	36%	2%	20%	47%	32%	1%	24%	56%	20%	0%
Réfléchir sur ses propres actions	59%	41%	0%	0%	57%	43%	0%	0%	46%	47%	6%	1%	50%	46%	4%	0%
Planifier un développement des compétences	39%	56%	6%	0%	35%	56%	9%	0%	34%	48%	18%	0%	35%	48%	17%	0%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	50%	50%	4%	0%	39%	53%	8%	1%	41%	50%	10%	0%	46%	50%	4%	0%

Tableau 94: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur le développement des compétences et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon le statut.

Facteurs d'influence										
Privé										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Développement des compétences	25%	75%	72%	28%	48%	52%	57%	43%	72%	28%
Participation à des formations	24%	77%	83%	17%	57%	43%	61%	39%	80%	21%
Offrir ou donner des formations	14%	86%	42%	58%	37%	63%	39%	61%	43%	57%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	27%	73%	52%	48%	44%	56%	46%	54%	54%	46%
Réfléchir sur ses propres actions	47%	53%	86%	14%	61%	39%	65%	36%	84%	16%
Planifier un développement des compétences	26%	74%	67%	33%	45%	55%	49%	51%	61%	39%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	28%	72%	77%	23%	49%	51%	63%	37%	72%	28%
Public										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Développement des compétences	25%	75%	68%	32%	46%	54%	59%	41%	80%	20%
Participation à des formations	22%	78%	79%	21%	44%	56%	63%	37%	81%	19%
Offrir ou donner des formations	14%	86%	31%	69%	29%	71%	34%	66%	33%	67%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	19%	81%	46%	54%	39%	62%	40%	60%	50%	51%
Réfléchir sur ses propres actions	35%	65%	79%	21%	52%	48%	52%	48%	75%	25%
Planifier un développement des compétences	23%	77%	54%	46%	41%	59%	45%	55%	67%	33%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	30%	70%	78%	22%	52%	48%	69%	31%	76%	24%

Par analogie avec la classification, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les hôpitaux privés et publics dans le contexte de travail idéal ($P=0,503$) et actuel ($P=0,365$).

Pour les sous-activités 'Offrir ou donner des formations' et 'Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels', aucune différence significative n'a pu non plus être mise en évidence entre les hôpitaux privés et publics.

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail
Offrir ou donner des formations	0,071	0,091
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	0,224	0,268

1.5 Résultats en fonction de la taille de l'hôpital – commentaire des activités clés les plus importantes et les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal

1.5.1 Classification

Pour cette dernière strate (taille de l'hôpital) également, nous commencerons par présenter les paramètres descriptifs (tableau 95) des activités clés (classification). Les tops 3 des activités clés les plus et les moins importantes apparaissent en gras dans le tableau. Nous avons choisi de simplifier la répartition des hôpitaux en fonction de leur taille (0-199, 200-299, 300-449 et 450 lits agréés ou plus) afin d'offrir des tableaux lisibles et clairs. Dans les commentaires ci-après, nous opterons pour deux catégories, à savoir les petits hôpitaux (moins de 300 lits agréés) et les grands hôpitaux (300 lits agréés ou plus). Les résultats de la classification et de la question générale pour les quatre catégories sont repris à l'annexe 13.

Nous constatons que le top 3 des activités les plus importantes est le même pour les petits et les grands hôpitaux dans le contexte de travail actuel et idéal, à savoir **l'aide psychosociale, la coordination des soins et l'aide sociale et administrative**. Pour le groupe des hôpitaux de 300 lits agréés ou plus, la coordination des soins arrive en première place aux côtés de l'aide psychosociale. A nouveau, **les activités non liées aux patients** sont classifiées comme les activités les moins importantes par les travailleurs sociaux dans les deux contextes de travail (actuel et idéal). Dans le contexte de travail actuel, nous remarquons que pour les petits hôpitaux, **le signalement et le développement des compétences** se partagent la deuxième place alors que pour les grands hôpitaux, le développement des compétences se classe à la deuxième place et le signalement à la troisième place. Dans le contexte de travail idéal, le signalement est classé par les deux groupes à l'avant-dernière place. Le top 3 dans les petits hôpitaux est complété par **la défense des intérêts** tandis que dans les grands hôpitaux, il s'agit plutôt de **la prévention** (tableau 95).

Tableau 95 : Statistique descriptive activités clés du travail social selon la taille de l'hôpital - classification

Statistique descriptive activités clés selon la taille de l'hôpital												
Activité clé	Contexte de travail actuel						Contexte de travail idéal					
	<300 lits agréés			300 lits agréés ou plus			<300 lits agréés			300 lits agréés ou plus		
	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET
Aide psychosociale	72	9,5	3,45	183	9,16	3,25	72	9,54	3,853	183	10,09	3,291
Coordination des soins	72	8,6	3,29	183	9,16	2,87	72	8,58	3,214	183	9,09	2,944
Aide sociale et administrative	72	8,2	3	183	8,83	2,39	72	7,69	2,827	183	8,5	2,346
Aide matérielle	72	6	2,92	183	6,1	3,01	72	5,89	3,061	183	5,54	2,761
Recherche et reporting	72	7,7	3,38	183	8,05	3,5	72	7,29	3,413	183	7,54	3,44
Aide financière et administrative	72	7,2	2,66	183	7,66	2,6	72	6,6	2,641	183	7,26	2,408
Aide juridique et administrative	72	6	2,62	183	6,01	2,46	72	5,71	2,619	183	5,77	2,382
Prévention	72	5,7	3,31	183	5,01	3,01	72	5,81	3,093	183	5,08	2,713
Défense des intérêts	72	5,3	2,74	183	5,96	2,84	72	5,67	2,888	183	6,19	2,919
Signalement	72	4,8	3,08	183	4,25	2,68	72	5,22	3,194	183	4,49	2,805
Développement des compétences	72	4,8	2,95	183	4,21	2,65	72	5,94	2,813	183	5,48	2,721
Autres activités non liées aux patients	72	4,3	3,29	183	3,6	2,93	72	4,06	3,856	183	2,97	3,177

Le test non paramétrique de Mann et Withney U a à nouveau été utilisé pour l'analyse détaillée ci-après des activités les plus importantes et les moins importantes.

- **ANALYSE DES ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTES : DIFFERENCE SELON LA TAILLE DE L'HÔPITAL**

Existe-t-il une différence selon la taille de l'hôpital au niveau de l'évaluation des activités clés aide psychosociale, coordination des soins et aide sociale et administrative dans les deux contextes de travail (actuel et idéal) ?

Nous avons constaté une différence significative entre les petits et les grands hôpitaux pour l'activité clé aide sociale et administrative dans le contexte de travail idéal. Les hôpitaux disposant de 300 lits agréés ou plus évaluent cette activité comme significativement plus importante.

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail idéal
Aide psychosociale	P=0,460	P=0,188
Coordination des soins	P=0,288	P=0,231
Aide sociale et administrative	P=0,047	P=0,137

- **ACTIVITES LES MOINS IMPORTANTES : DIFFERENCE SELON LA TAILLE DE L'HÔPITAL**

Existe-t-il une différence selon la taille de l'hôpital au niveau de l'évaluation des activités clés autres activités non liées aux patients, signalement, développement des compétences, prévention et défense des intérêts dans les deux contextes de travail (actuel et idéal) ?

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les petits et les grands hôpitaux pour les activités les moins importantes dans les deux contextes de travail (actuel et idéal).

Activité clé	Valeur P contexte de travail actuel	Valeur P contexte de travail idéal
Autres activités non liées aux patients	P=0,076	P=0,210
Signalement	P=0,100	P=0,194
Prévention	P=0,102	P=0,193
Défense des intérêts	P=0,203	P=0,084
Développement des compétences	P=0,236	P=0,160

1.5.2 Question générale sur l'importance et les facteurs d'influence (temps, reconnaissance, compétences, identification et espace).

- ANALYSE DES ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTES : SELON LA TAILLE DE L'HÔPITAL**

(1) Aide psychosociale

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Aide psychosociale** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 96 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
< 300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	86%	14 %	0%	0%	81 %	19 %	0%	0%	56 %	35 %	10 %	0%	58 %	35 %	6%	1%
Soutien	83%	17 %	0%	0%	85 %	15 %	0%	0%	65 %	28 %	7%	0%	64 %	35 %	1%	0%
Médiation psychosociale	71%	29 %	0%	0%	63 %	32 %	6%	0%	43 %	43 %	13 %	1%	44 %	49 %	6%	1%
Accompagnement	78%	22 %	0%	0%	75 %	24 %	1%	0%	51 %	33 %	14 %	1%	53 %	42 %	6%	0%
Traitement	61%	33 %	4%	1%	60 %	31 %	8%	1%	40 %	33 %	24 %	3%	42 %	39 %	18 %	1%
Intervention critique	56%	40 %	3%	1%	51 %	38 %	10%	1%	36 %	44 %	17 %	3%	40 %	50 %	8%	1%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	85%	14 %	1%	0%	78 %	21 %	2%	0%	34 %	50 %	14 %	2%	42 %	48 %	10 %	1%
Soutien	82%	18 %	0%	0%	77 %	22 %	1%	0%	41 %	51 %	8%	1%	47 %	50 %	3%	0%
Médiation psychosociale	61%	35 %	2%	2%	56 %	37 %	4%	3%	27 %	57 %	13 %	4%	32 %	59 %	7%	2%
Accompagnement	72%	27 %	1%	1%	68 %	30 %	2%	1%	32 %	48 %	18 %	1%	39 %	51 %	9%	1%
Traitement	47%	42 %	9%	2%	41 %	40 %	16%	3%	18 %	48 %	30 %	4%	25 %	51 %	20 %	4%
Intervention critique	56%	42 %	2%	1%	47 %	45 %	6%	2%	27 %	52 %	19 %	2%	32 %	58 %	9%	1%

Tableau 97 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide psychosociale et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
< 300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	94%	6%	0%	0%	93%	7%	0%	0%	78%	19%	3%	0%	75%	21%	4%	0%
Soutien	92%	8%	0%	0%	92%	8%	0%	0%	81%	18%	1%	0%	82%	17%	1%	0%
Médiation psychosociale	78%	22%	0%	0%	69%	28%	3%	0%	68%	29%	1%	1%	69%	26%	3%	1%
Accompagnement	85%	15%	0%	0%	79%	21%	0%	0%	67%	32%	1%	0%	67%	29%	4%	0%
Traitement	63%	31%	6%	1%	57%	32%	10%	1%	49%	38%	13%	1%	49%	38%	11%	3%
Intervention critique	65%	31%	4%	0%	54%	36%	10%	0%	43%	46%	11%	0%	46%	43%	10%	1%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide psychosociale	91%	9%	0%	0%	88%	12%	0%	0%	59%	34%	8%	0%	62%	34%	4%	0%
Soutien	89%	11%	0%	0%	84%	16%	0%	0%	59%	38%	3%	0%	64%	34%	3%	0%
Médiation psychosociale	61%	36%	3%	0%	57%	37%	6%	1%	45%	47%	9%	0%	45%	51%	4%	0%
Accompagnement	80%	20%	1%	0%	70%	30%	1%	0%	53%	40%	7%	0%	53%	43%	4%	0%
Traitement	48%	41%	7%	4%	42%	42%	12%	4%	29%	49%	18%	5%	32%	48%	15%	4%
Intervention critique	65%	33%	1%	1%	54%	38%	7%	1%	39%	47%	11%	3%	41%	52%	5%	1%

Tableau 98 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide psychosociale et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence										
< 300 lits agréés										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide psychosociale	38%	63%	88%	13%	57%	43%	58%	42%	90%	10%
Soutien	42%	58%	94%	6%	65%	35%	72%	28%	94%	6%
Médiation psychosociale	35%	65%	76%	24%	54%	46%	64%	36%	76%	24%
Accompagnement	33%	67%	94%	6%	57%	43%	68%	32%	90%	10%
Traitement	25%	75%	71%	29%	54%	46%	54%	46%	74%	26%
Intervention critique	38%	63%	68%	32%	56%	44%	60%	40%	74%	26%
300 lits agréés ou plus										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aide psychosociale	29%	71%	87%	14%	50%	50%	56%	44%	83%	17%
Soutien	41%	59%	95%	5%	62%	38%	70%	30%	85%	15%
Médiation psychosociale	43%	57%	75%	25%	60%	40%	64%	36%	76%	24%
Accompagnement	29%	71%	88%	12%	54%	47%	62%	38%	81%	20%
Traitement	21%	80%	62%	38%	42%	58%	48%	52%	61%	39%
Intervention critique	34%	67%	63%	37%	54%	46%	56%	44%	66%	34%

Par analogie avec la classification, aucune différence significative entre les deux groupes d'hôpitaux dans le contexte de travail idéal ($P=0,341$) et actuel ($P=0,778$) n'a pu être mise en évidence. Les travailleurs sociaux ont évalué les sous-activités Soutien, Médiation et Accompagnement comme étant très importantes ($\geq 70\%$). **Dans le contexte de travail idéal, nous remarquons que la sous-activité Médiation est significativement plus importante dans les petits hôpitaux.**

Activité clé – Aide psychosociale	Valeur P contexte de travail idéal	Valeur P contexte de travail actuel
Soutien	0.479	0.825
Médiation	0.009	0.107
Accompagnement	0.328	0.361

(2) Coordination des soins

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Coordination des soins** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 99 : Résultats de la question générale sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	72%	26%	1%	0%	67%	31%	3%	0%	50%	40%	10%	0%	50%	46%	4%	0%
Dépistage des patients à risques	51%	39%	8%	1%	39%	42%	17%	3%	24%	40%	32%	4%	26%	50%	19%	4%
Donner des informations_coordination des soins	75%	25%	0%	0%	68%	31%	0%	1%	58%	39%	3%	0%	58%	40%	0%	1%
Médiation_coordination des soins	54%	46%	0%	0%	49%	44%	7%	0%	33%	47%	19%	0%	38%	53%	8%	1%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	72%	26%	1%	0%	69%	31%	0%	0%	63%	35%	3%	0%	64%	35%	1%	0%
Collaborer_coordination des soins	75%	25%	0%	0%	69%	31%	0%	0%	56%	38%	7%	0%	60%	38%	3%	0%
Coordination_coordination des soins	74%	25%	1%	0%	56%	40%	3%	1%	43%	43%	14%	0%	47%	49%	4%	0%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	69%	28%	3%	0%	65%	32%	3%	0%	50%	43%	7%	0%	53%	44%	3%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	76%	22%	1%	0%	74%	25%	1%	0%	57%	40%	3%	0%	60%	40%	0%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	67%	33%	0%	0%	60%	36%	3%	1%	46%	44%	10%	0%	53%	44%	3%	0%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	75%	25%	0%	1%	70%	27%	3%	1%	43%	49%	7%	1%	55%	40%	5%	1%
Dépistage des patients à risques	52%	40%	6%	2%	42%	41%	15%	2%	23%	48%	25%	4%	30%	49%	16%	4%
Donner des informations_coordination des soins	69%	30%	1%	0%	64%	33%	3%	0%	46%	49%	5%	0%	55%	40%	5%	0%
Médiation_coordination	51%	45%	2%	2%	45%	48%	5%	2%	23%	61%	14%	2%	32%	58%	9%	2%

des soins																	
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	69%	31%	1%	0%	65%	35%	1%	0%	54%	44%	3%	0%	59%	39%	2%	0%	
Collaborer_coordination des soins	72%	27%	1%	1%	68%	31%	1%	1%	51%	44%	5%	0%	56%	40%	4%	1%	
Coordination_coordination des soins	68%	30%	2%	0%	61%	34%	5%	0%	37%	51%	11%	1%	45%	48%	7%	1%	
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	62%	37%	1%	0%	54%	43%	3%	0%	36%	53%	11%	0%	43%	51%	6%	0%	
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	69%	31%	1%	0%	64%	35%	1%	0%	48%	50%	2%	0%	54%	45%	2%	0%	
Soutien administratif_coordination des soins	48%	51%	1%	0%	43%	53%	4%	0%	29%	60%	11%	0%	41%	54%	5%	1%	

Tableau 100 : Résultats de la question générale sur l'importance de la coordination des soins et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Coordination des soins	86%	8%	4%	1%	82%	14%	3%	1%	71%	26%	1%	1%	69%	26%	3%	1%
Dépistage des patients à risques	57%	36%	7%	0%	43%	40%	15%	1%	38%	44%	17%	1%	40%	46%	13%	1%
Donner des informations_coordination des soins	89%	11%	0%	0%	85%	15%	0%	0%	81%	19%	0%	0%	82%	18%	0%	0%
Médiation_coordination des soins	60%	40%	0%	0%	50%	44%	6%	0%	49%	47%	3%	1%	50%	46%	3%	1%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	75%	24%	1%	0%	74%	25%	1%	0%	69%	31%	0%	0%	71%	29%	0%	0%
Collaborer_coordination des soins	89%	11%	0%	0%	85%	14%	1%	0%	85%	14%	1%	0%	81%	15%	3%	1%
Coordination_coordination des soins	76%	21%	3%	0%	63%	31%	7%	0%	64%	32%	4%	0%	61%	35%	4%	0%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	76%	22%	1%	0%	72%	24%	4%	0%	65%	35%	0%	0%	65%	32%	3%	0%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	83%	15%	1%	0%	78%	19%	3%	0%	75%	25%	0%	0%	72%	25%	3%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	57%	43%	0%	0%	46%	51%	3%	0%	46%	51%	3%	0%	47%	50%	3%	0%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			

Coordination des soins	80%	21%	0%	0%	74%	25%	1%	0%	57%	38%	5%	0%	61%	36%	3%	0%
Dépistage des patients à risques	45%	47%	5%	3%	35%	48%	14%	3%	27%	50%	20%	3%	32%	47%	17%	5%
Donner des informations_coordination des soins	77%	22%	1%	0%	71%	28%	1%	0%	62%	34%	4%	0%	67%	32%	2%	0%
Médiation_coordination des soins	58%	38%	2%	2%	54%	41%	3%	2%	42%	51%	5%	2%	44%	52%	1%	3%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	69%	30%	1%	0%	67%	33%	1%	0%	62%	37%	1%	0%	63%	37%	1%	0%
Collaborer_coordination des soins	82%	18%	0%	0%	78%	22%	0%	0%	71%	28%	1%	0%	70%	29%	1%	0%
Coordination_coordination des soins	74%	25%	1%	1%	68%	30%	1%	1%	56%	38%	4%	1%	60%	37%	3%	1%
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	74%	26%	0%	1%	67%	31%	1%	1%	57%	40%	3%	1%	60%	38%	2%	1%
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	76%	24%	0%	0%	74%	25%	1%	0%	67%	32%	1%	0%	68%	31%	1%	0%
Soutien administratif_coordination des soins	50%	48%	2%	0%	44%	50%	7%	0%	41%	52%	7%	0%	44%	52%	4%	0%

Tableau 101: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la coordination des soins et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence											
<300 lits agréés											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Coordination des soins	46%	54%	89%	11%	71%	29%	75%	25%	86%	14%	
Dépistage des patients à risques	31%	69%	75%	25%	58%	42%	54%	46%	68%	32%	
Donner des informations_coordination des soins	58%	42%	96%	4%	75%	25%	81%	19%	96%	4%	
Médiation_coordination des soins	29%	71%	79%	21%	58%	42%	60%	40%	79%	21%	
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	72%	28%	96%	4%	83%	17%	89%	11%	93%	7%	
Collaborer_coordination des soins	47%	53%	99%	1%	72%	28%	85%	15%	92%	8%	
Coordination_coordination des soins	35%	65%	89%	11%	57%	43%	72%	28%	88%	13%	
Mise en place d'aide du réseau social_coordination des soins	49%	51%	94%	6%	67%	33%	81%	19%	88%	13%	
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	57%	43%	97%	3%	81%	19%	88%	13%	94%	6%	
Soutien administratif_coordination des soins	43%	57%	92%	8%	74%	26%	82%	18%	90%	10%	
300 lits agréés ou plus											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Coordination des soins	50%	50%	92%	8%	68%	32%	74%	26%	86%	14%	
Dépistage des patients à risques	38%	62%	76%	24%	58%	42%	58%	42%	65%	35%	
Donner des informations_coordination des soins	66%	34%	93%	7%	78%	22%	78%	22%	88%	13%	
Médiation_coordination des soins	44%	56%	79%	21%	65%	35%	67%	33%	77%	23%	
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_coordination des soins	76%	24%	96%	4%	91%	9%	87%	14%	94%	6%	
Collaborer_coordination des soins	67%	33%	98%	2%	81%	20%	84%	16%	94%	6%	
Coordination_coordination des soins	56%	44%	94%	6%	70%	30%	76%	24%	88%	12%	
Mise en place d'aide du réseau	63%	37%	96%	4%	76%	24%	77%	23%	89%	11%	

social_coordination des soins											
Mise en place d'aide et de services_coordination des soins	70%	30%	97%	3%	82%	18%	85%	15%	94%	7%	
Soutien administratif_coordination des soins	44%	56%	94%	6%	70%	30%	71%	29%	81%	19%	

Ici non plus, nous ne constatons aucune différence significative pour l'activité clé Coordination des soins, ni dans le contexte de travail idéal (P=0,310), ni dans le contexte de travail actuel (P=0,675), entre les hôpitaux de moins de 300 lits agréés et les hôpitaux de 300 lits agréés ou plus. L'activité Donner des informations est considérée dans le contexte de travail idéal comme significativement plus importante dans les petits hôpitaux.

Activité clé – Coordination des soins	Valeur P contexte de travail idéal	Valeur P contexte de travail actuel
Donner des informations	0,027	0,337
Orienter vers d'autres institutions et services de soins	0,384	0,608
Collaborer	0,187	0,586
Coordination	0,693	0,393
Mise en place d'aide du réseau social	0,664	0,291
Mise en place d'aide et de services	0,206	0,241

(3) Aide sociale et administrative

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Aide sociale et administrative** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 102 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
<300 lits agréés																
Activités	Importance			Volonté				Capacité				Faculté				
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Aide sociale et administrative	68%	32%	0%	0%	61%	38%	1%	0%	47%	44%	8%	0%	57%	40%	3%	0%
Donner des informations_socadm	71%	29%	0%	0%	68%	31%	1%	0%	54%	39%	7%	0%	60%	40%	0%	0%
Médiation_socadm	46%	53%	1%	0%	39%	50%	11%	0%	25%	58%	17%	0%	33%	54%	11%	1%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	71%	26%	3%	0%	69%	28%	3%	0%	58%	35%	7%	0%	61%	38%	1%	0%
Collaborer_socadm	72%	28%	0%	0%	67%	29%	4%	0%	50%	44%	6%	0%	57%	39%	4%	0%
Coordination_socadm	58%	38%	4%	0%	47%	43%	10%	0%	35%	51%	14%	0%	40%	51%	8%	0%
Soutien administratif_socadm	63%	38%	0%	0%	56%	38%	6%	1%	46%	42%	13%	0%	54%	42%	4%	0%
300 lits agréés ou plus																

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	64%	36%	1%	0%	55%	43%	2%	0%	31%	58%	10%	0%	42%	52%	5%	0%
Donner des informations_socadm	66%	34%	1%	0%	61%	37%	2%	0%	40%	54%	7%	0%	47%	49%	4%	0%
Médiation_socadm	41%	53%	4%	2%	37%	52%	8%	3%	18%	63%	16%	3%	23%	65%	9%	3%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	62%	38%	1%	0%	58%	41%	1%	0%	42%	55%	3%	0%	44%	54%	2%	0%
Collaborer_socadm	60%	40%	1%	0%	52%	45%	3%	0%	35%	54%	11%	0%	40%	52%	8%	0%
Coordination_socadm	47%	47%	5%	1%	41%	48%	10%	2%	25%	57%	16%	2%	34%	55%	10%	2%
Soutien administratif_socadm	40%	58%	2%	1%	34%	59%	6%	1%	19%	60%	20%	1%	30%	60%	9%	1%

Tableau 103 : Résultats de la question générale sur l'importance de l'aide sociale et administrative et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	71%	29%	0%	0%	71%	28%	1%	0%	65%	33%	1%	0%	67%	32%	1%	0%
Donner des informations_socadm	74%	26%	0%	0%	72%	28%	0%	0%	64%	36%	0%	0%	64%	36%	0%	0%
Médiation_socadm	51%	46%	3%	0%	42%	50%	8%	0%	39%	51%	10%	0%	42%	51%	6%	1%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	72%	26%	1%	0%	71%	28%	1%	0%	65%	35%	0%	0%	65%	33%	1%	0%
Collaborer_socadm	76%	24%	0%	0%	71%	29%	0%	0%	69%	29%	1%	0%	68%	29%	3%	0%
Coordination_socadm	65%	33%	1%	0%	53%	42%	4%	1%	50%	43%	7%	0%	50%	44%	6%	0%
Soutien administratif_socadm	68%	32%	0%	0%	60%	39%	1%	0%	56%	43%	1%	0%	56%	44%	0%	0%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Aide sociale et administrative	62%	38%	0%	0%	57%	40%	4%	0%	51%	42%	7%	1%	53%	44%	2%	1%
Donner des informations_socadm	72%	28%	0%	0%	67%	31%	2%	1%	57%	37%	5%	1%	60%	37%	3%	1%
Médiation_socadm	43%	48%	7%	2%	37%	52%	9%	2%	30%	56%	12%	2%	33%	58%	7%	2%
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de	66%	34%	0%	0%	61%	38%	1%	0%	57%	40%	3%	0%	60%	39%	2%	0%

services_socadm																	
Collaborer_socadm	73 %	27 %	0%	0%	68%	31%	1%	0%	61%	36%	3%	0%	63%	36 %	2%	0%	
Coordination_socadm	56 %	41 %	3%	0%	50%	44%	7%	0%	47%	41%	13%	0%	48%	43 %	9%	0%	
Soutien administratif_socadm	49 %	48 %	3%	1%	45%	47%	8%	1%	40%	52%	8%	1%	43%	54 %	3%	1%	

Tableau 104 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur l'aide sociale et administrative et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence											
<300 lits agréés											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Aide sociale et administrative	49%	51%	92%	8%	74%	26%	82%	18%	90%	10%	
Donner des informations_socadm	56%	44%	99%	1%	76%	24%	88%	13%	93%	7%	
Médiation_socadm	29%	71%	79%	21%	67%	33%	65%	35%	79%	21%	
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	60%	40%	96%	4%	76%	24%	81%	19%	90%	10%	
Collaborer_socadm	46%	54%	100%	0%	67%	33%	75%	25%	89%	11%	
Coordination_socadm	39%	61%	81%	19%	58%	42%	72%	28%	78%	22%	
Soutien administratif_socadm	40%	60%	89%	11%	74%	26%	79%	21%	86%	14%	
300 lits agréés ou plus											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Aide sociale et administrative	52%	48%	87%	13%	73%	27%	77%	23%	88%	12%	
Donner des informations_socadm	65%	35%	88%	12%	79%	21%	82%	18%	92%	8%	
Médiation_socadm	38%	62%	71%	29%	60%	40%	62%	38%	72%	28%	
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services_socadm	75%	25%	96%	4%	84%	16%	84%	16%	94%	6%	
Collaborer_socadm	56%	44%	95%	5%	75%	25%	80%	21%	87%	13%	
Coordination_socadm	49%	51%	86%	14%	66%	34%	72%	28%	78%	22%	
Soutien administratif_socadm	48%	52%	91%	9%	72%	28%	75%	25%	83%	17%	

Contrairement à la classification où une différence significative avait été constatée, nous n'en remarquons pas au niveau du contexte de travail idéal ($P=0,192$) et du contexte de travail actuel ($P=0,504$). Les travailleurs sociaux actifs dans les petits hôpitaux indiquent la collaboration dans le cadre de l'activité clé aide sociale et administrative comme étant significativement plus importante dans le contexte de travail actuel, ce qui n'est pas le cas pour le groupe des hôpitaux de 300 lits agréés ou plus.

Activité clé – Aide sociale et administrative	Valeur P contexte de travail idéal	Valeur P contexte de travail actuel
Donner des informations	0,782	0,440
Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services	0,373	0,215
Collaborer	0,576	0,052

- ANALYSE DES ACTIVITES CLES LES MOINS IMPORTANTES : SELON LA TAILLE DE L'HÔPITAL

(1) Autres activités non liées aux patients

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Autres activités non liées aux patients** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 105 : Résultats de la question générale sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	39%	53%	7%	1%	29%	57%	13%	1%	25%	47%	24%	4%	28%	44%	25%	3%
Supervisions non liées aux patients	44%	49%	6%	1%	38%	53%	7%	3%	26%	46%	24%	4%	28%	49%	19%	4%
Contribuer à l'élaboration des politiques	36%	46%	14%	4%	28%	40%	28%	4%	17%	33%	42%	8%	17%	31%	42%	11%
Définir son métier et sa manière de le faire	43%	50%	4%	3%	35%	44%	15%	6%	25%	35%	32%	8%	24%	38%	29%	10%
Participer à des projets de recherche	28%	60%	8%	4%	18%	61%	15%	6%	11%	54%	25%	10%	13%	61%	18%	8%
Activités liées à l'organisation et au service	36%	56%	6%	3%	29%	54%	14%	3%	21%	53%	21%	6%	21%	58%	14%	7%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	24%	63%	13%	0%	21%	63%	16%	1%	15%	51%	32%	2%	17%	62%	20%	1%
Supervisions non liées aux patients	31%	62%	7%	0%	28%	60%	11%	1%	19%	54%	24%	3%	22%	58%	21%	0%
Contribuer à l'élaboration des politiques	23%	63%	12%	2%	16%	49%	34%	2%	9%	32%	54%	6%	9%	51%	35%	6%
Définir son métier et sa manière de le faire	28%	61%	10%	1%	22%	53%	24%	1%	11%	45%	41%	3%	12%	58%	29%	2%
Participer à des projets de recherche	25%	56%	18%	1%	22%	44%	33%	2%	11%	47%	37%	4%	18%	62%	18%	2%
Activités liées à l'organisation et au service	30%	64%	6%	0%	28%	57%	15%	1%	17%	52%	29%	2%	18%	64%	17%	2%

Tableau 106 : Résultats de la question générale sur l'importance des autres activités non liées aux patients et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	39%	56%	6%	0%	32%	58%	8%	1%	32%	58%	8%	1%	35%	56%	8%	1%
Supervisions non liées aux patients	44%	50%	6%	0%	40%	50%	8%	1%	33%	53%	13%	1%	36%	51%	11%	1%
Contribuer à l'élaboration des politiques	42%	47%	8%	3%	36%	43%	15%	6%	33%	39%	21%	7%	33%	42%	18%	7%
Définir son métier et sa manière de le faire	44%	47%	7%	1%	39%	46%	11%	4%	33%	47%	13%	7%	36%	44%	13%	7%
Participer à des projets de recherche	31%	64%	6%	0%	21%	68%	7%	4%	21%	64%	13%	3%	21%	67%	10%	3%
Activités liées à l'organisation et au service	43%	56%	1%	0%	38%	54%	7%	1%	35%	57%	7%	1%	36%	56%	4%	4%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Autres activités non liées aux patients	28%	62%	10%	1%	25%	62%	12%	1%	22%	62%	15%	1%	21%	65%	12%	1%
Supervisions non liées aux patients	33%	58%	9%	1%	30%	57%	12%	1%	28%	59%	12%	1%	27%	62%	10%	1%
Contribuer à l'élaboration des politiques	29%	62%	8%	2%	24%	50%	23%	2%	20%	49%	28%	4%	17%	56%	23%	3%
Définir son métier et sa manière de le faire	38%	52%	9%	1%	29%	51%	18%	2%	21%	55%	23%	2%	19%	64%	16%	1%
Participer à des projets de recherche	22%	64%	12%	2%	17%	52%	29%	2%	16%	56%	27%	2%	17%	68%	15%	1%
Activités liées à l'organisation et au service	30%	64%	5%	1%	28%	60%	11%	1%	25%	58%	15%	1%	25%	63%	12%	1%

Tableau 107 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur les autres activités non liées aux patients et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence										
<300 lits agréés										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autres activités non liées aux patients	18%	82%	79%	21%	46%	54%	51%	49%	65%	35%
Supervisions non liées aux patients	22%	78%	75%	25%	43%	57%	56%	44%	72%	28%
Contribuer à l'élaboration des politiques	15%	85%	49%	51%	35%	65%	35%	65%	50%	50%
Définir son métier et sa manière de le faire	28%	72%	81%	19%	53%	47%	46%	54%	68%	32%
Participer à des projets de recherche	13%	88%	78%	22%	46%	54%	49%	51%	58%	42%
Activités liées à l'organisation et au service	22%	78%	83%	17%	49%	51%	60%	40%	71%	29%
300 lits agréés ou plus										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autres activités non liées aux patients	25%	75%	79%	21%	51%	49%	58%	42%	71%	29%
Supervisions non liées aux patients	32%	68%	82%	18%	53%	47%	63%	37%	72%	28%
Contribuer à l'élaboration des politiques	14%	86%	47%	53%	31%	69%	35%	65%	45%	55%
Définir son métier et sa manière de le faire	30%	70%	69%	31%	42%	58%	45%	55%	58%	42%
Participer à des projets de recherche	18%	82%	67%	34%	44%	56%	43%	57%	55%	45%
Activités liées à l'organisation et au service	31%	69%	80%	21%	55%	45%	60%	40%	74%	26%

Tant dans le contexte de travail idéal (P=0,046) que dans le contexte de travail actuel (P=0,018), les autres activités non liées aux patients sont considérées comme significativement plus importantes dans les petits hôpitaux. Aucune sous-activité n'est mise en évidence en termes d'importance ($\geq 70\%$ d'accord ou $\geq 20\%$ pas d'accord).

(2) Signalement

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Signalement** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 108 : Résultats de la question générale sur l'importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	43%	53%	4%	0%	35%	47%	17%	1%	25%	43%	31%	1%	28%	50%	21%	1%
Signalement interne	44%	54%	1%	0%	39%	50%	10%	1%	29%	50%	19%	1%	31%	50%	18%	1%
Signalement externe	38%	57%	6%	0%	28%	51%	17%	4%	17%	46%	33%	4%	17%	60%	21%	3%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	34%	63%	2%	1%	25%	63%	11%	1%	14%	55%	31%	1%	20%	64%	16%	0%
Signalement interne	38%	61%	1%	1%	31%	58%	11%	1%	17%	58%	24%	1%	23%	62%	15%	0%
Signalement externe	29%	64%	6%	1%	20%	57%	21%	2%	8%	44%	45%	3%	14%	58%	27%	2%

Tableau 109 : Résultats de la question générale sur l'importance du signalement et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	53%	46%	1%	0%	42%	43%	14%	1%	40%	47%	13%	0%	40%	49%	11%	0%
Signalement interne	53%	46%	1%	0%	46%	46%	7%	1%	44%	47%	8%	0%	44%	49%	7%	0%
Signalement externe	49%	49%	3%	0%	39%	36%	21%	4%	31%	44%	22%	3%	32%	49%	17%	3%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Signalement	43%	52%	5%	0%	33%	56%	11%	0%	27%	55%	18%	1%	30%	57%	12%	1%
Signalement interne	44%	54%	2%	0%	36%	54%	10%	0%	31%	56%	12%	1%	34%	56%	10%	1%
Signalement externe	34%	53%	13%	0%	24%	54%	22%	1%	18%	49%	31%	1%	21%	55%	22%	2%

Tableau 110 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur le signalement et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence											
<300 lits agréés											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Signalement	42%	58%	79%	21%	58%	42%	61%	39%	71%	29%	
Signalement interne	56%	44%	83%	17%	64%	36%	63%	38%	75%	25%	
Signalement externe	26%	74%	65%	35%	46%	54%	44%	56%	63%	38%	
300 lits agréés ou plus											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Signalement	42%	58%	74%	27%	56%	44%	50%	50%	67%	34%	
Signalement interne	50%	50%	83%	17%	61%	39%	55%	45%	74%	26%	
Signalement externe	32%	68%	60%	40%	48%	52%	42%	58%	54%	46%	

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les deux groupes dans le contexte de travail idéal ($P=0,102$) et le contexte de travail actuel ($P=0,256$). Aucune sous-activité non plus n'a pu être mise en évidence en termes d'importance ($\geq 70\%$ d'accord ou $\geq 20\%$ pas d'accord).

(3) Prévention

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Prévention** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 111 : Résultats de la question générale sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	46%	46%	8%	0%	38%	50%	11%	1%	26%	40%	32%	1%	28%	47%	25%	0%
Donner des infos_prévention	54%	43%	3%	0%	47%	46%	6%	1%	38%	44%	18%	0%	43%	47%	10%	0%
Médiation_prévention	33%	61%	6%	0%	24%	60%	15%	1%	17%	50%	32%	1%	22%	58%	18%	1%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	56%	42%	3%	0%	51%	42%	6%	1%	44%	43%	13%	0%	46%	50%	4%	0%
Collaborer_prévention	49%	50%	1%	0%	40%	53%	6%	1%	32%	49%	19%	0%	33%	57%	10%	0%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	36%	58%	6%	0%	27%	58%	16%	0%	12%	47%	40%	2%	21%	55%	23%	2%
Donner des infos_prévention	41%	56%	3%	0%	36%	53%	11%	0%	23%	50%	25%	2%	29%	54%	16%	1%
Médiation_prévention	27%	61%	10%	2%	21%	57%	21%	2%	10%	49%	37%	3%	17%	56%	24%	3%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins prévention	39%	60%	2%	0%	34%	63%	4%	0%	26%	62%	11%	1%	30%	63%	7%	0%
Collaborer_prévention	35%	61%	5%	0%	29%	61%	9%	1%	20%	54%	25%	2%	25%	61%	14%	1%

Tableau 112 : Résultats de la question générale sur l'importance de la prévention et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	53%	43%	3%	1%	42%	44%	11%	3%	39%	42%	15%	4%	36%	46%	15%	3%
Donner des infos_prévention	56%	43%	1%	0%	53%	40%	6%	1%	51%	40%	7%	1%	51%	42%	6%	1%
Médiation_prévention	33%	57%	10%	0%	26%	54%	18%	1%	22%	53%	24%	1%	25%	54%	18%	3%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_prévention	57%	40%	3%	0%	54%	43%	3%	0%	51%	40%	8%	0%	49%	46%	6%	0%
Collaborer_prévention	53%	44%	3%	0%	50%	42%	7%	1%	47%	44%	7%	1%	44%	49%	6%	1%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Prévention	44%	50%	5%	0%	32%	57%	10%	1%	24%	56%	17%	2%	28%	60%	11%	1%
Donner des infos_prévention	48%	50%	2%	0%	42%	52%	6%	0%	35%	57%	9%	0%	38%	56%	6%	0%
Médiation_prévention	34%	54%	9%	3%	30%	52%	15%	3%	23%	56%	18%	3%	25%	58%	14%	3%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_prévention	49%	50%	1%	0%	44%	53%	3%	0%	40%	56%	4%	0%	43%	55%	2%	0%
Collaborer_prévention	47%	50%	3%	0%	42%	52%	6%	0%	38%	53%	9%	0%	41%	54%	5%	0%

Tableau 113 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la prévention et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence											
<300 lits agréés											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Prévention	29%	71%	72%	28%	46%	54%	53%	47%	58%	42%	
Donner des infos_prévention	49%	51%	85%	15%	61%	39%	67%	33%	75%	25%	
Médiation_prévention	22%	78%	54%	46%	44%	56%	51%	49%	57%	43%	
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_prévention	57%	43%	82%	18%	69%	31%	71%	29%	76%	24%	
Collaborer_prévention	40%	60%	81%	19%	64%	36%	69%	31%	74%	26%	
300 lits agréés ou plus											
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Prévention	29%	71%	70%	30%	49%	51%	52%	48%	63%	37%	
Donner des infos_prévention	50%	50%	78%	22%	64%	36%	64%	36%	73%	27%	

Médiation_prévention	32%	68%	61%	40%	51%	49%	53%	47%	61%	40%
Orienter vers d'autres institutions et services de soins_prévention	65%	35%	84%	16%	74%	26%	74%	27%	80%	20%
Collaborer_prévention	52%	48%	83%	17%	65%	35%	68%	32%	77%	23%

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les deux groupes dans le contexte de travail idéal (P=0,227) et le contexte de travail actuel (P=0,289). Aucune sous-activité non plus n'a pu être mise en évidence en termes d'importance (>=70% d'accord ou >=20% pas d'accord).

(4) Développement des compétences

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Développement des compétences** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 114 : Résultats de la question générale sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	67%	33%	0%	0%	61%	39%	0%	0%	35%	39%	26%	0%	40%	39%	21%	0%
Participation à des formations	64%	36%	0%	0%	58%	42%	0%	0%	32%	38%	31%	0%	33%	49%	18%	0%
Offrir ou donner des formations	29%	49%	21%	1%	21%	38%	39%	3%	13%	39%	42%	7%	14%	47%	31%	8%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	38%	49%	13%	1%	25%	50%	22%	3%	15%	42%	39%	4%	15%	42%	38%	6%
Réfléchir sur ses propres actions	60%	39%	1%	0%	54%	40%	4%	1%	40%	35%	22%	3%	39%	38%	21%	3%
Planifier un développement des compétences	49%	46%	6%	0%	44%	40%	14%	1%	29%	28%	38%	6%	29%	35%	31%	6%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	44%	54%	1%	0%	33%	47%	18%	1%	19%	54%	25%	1%	26%	58%	14%	1%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	60%	39%	1%	0%	53%	45%	2%	0%	17%	56%	25%	1%	23%	61%	15%	1%
Participation à des formations	60%	40%	1%	0%	52%	44%	3%	0%	16%	51%	30%	2%	19%	63%	17%	2%
Offrir ou donner des formations	18%	45%	31%	5%	15%	29%	48%	8%	7%	32%	51%	10%	12%	56%	27%	5%

Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	21%	59%	18%	2%	17%	48%	32%	4%	9%	42%	42%	7%	13%	56%	27%	4%
Réfléchir sur ses propres actions	55%	44%	2%	0%	52%	46%	2%	0%	29%	47%	22%	2%	32%	53%	14%	1%
Planifier un développement des compétences	35%	57%	8%	1%	30%	55%	14%	1%	11%	45%	41%	3%	15%	56%	27%	2%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	45%	51%	3%	1%	32%	49%	17%	2%	25%	45%	27%	3%	35%	54%	11%	1%

Tableau 115 : Résultats de la question générale sur l'importance du développement des compétences et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	72%	28%	0%	0%	68%	32%	0%	0%	64%	26%	10%	0%	64%	28%	8%	0%
Participation à des formations	71%	29%	0%	0%	69%	31%	0%	0%	67%	25%	8%	0%	65%	29%	6%	0%
Offrir ou donner des formations	38%	42%	18%	3%	26%	38%	31%	6%	26%	42%	26%	6%	26%	44%	24%	6%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	43%	46%	10%	1%	32%	44%	18%	6%	25%	50%	18%	7%	25%	51%	15%	8%
Réfléchir sur ses propres actions	72%	28%	0%	0%	68%	31%	1%	0%	63%	31%	7%	0%	61%	35%	4%	0%
Planifier un développement des compétences	56%	36%	7%	1%	51%	35%	11%	3%	47%	38%	14%	1%	46%	35%	17%	3%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	51%	49%	0%	0%	40%	50%	8%	1%	35%	53%	13%	0%	39%	53%	7%	1%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Développement des compétences	67%	32%	1%	0%	62%	36%	2%	0%	50%	38%	11%	1%	49%	44%	7%	0%
Participation à des formations	67%	33%	1%	0%	62%	37%	1%	0%	50%	39%	10%	1%	48%	44%	8%	1%
Offrir ou donner des formations	20%	47%	28%	6%	14%	39%	41%	7%	12%	44%	37%	7%	16%	59%	20%	5%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	28%	50%	20%	3%	20%	44%	32%	4%	18%	47%	32%	3%	21%	56%	21%	2%
Réfléchir sur ses propres actions	64%	36%	0%	1%	59%	40%	1%	1%	50%	43%	6%	2%	50%	44%	5%	1%
Planifier un développement des compétences	41%	51%	8%	1%	35%	54%	10%	1%	31%	49%	18%	1%	31%	49%	19%	1%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	50%	48%	3%	0%	38%	51%	9%	2%	38%	45%	15%	2%	42%	51%	6%	1%

Tableau 116: Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur le développement des compétences et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence										
<300 lits agréés										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Développement des compétences	25%	75%	74%	26%	50%	50%	60%	40%	79%	21%
Participation à des formations	22%	78%	82%	18%	51%	49%	58%	42%	82%	18%
Offrir ou donner des formations	14%	86%	38%	63%	36%	64%	35%	65%	40%	60%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	28%	72%	50%	50%	40%	60%	42%	58%	57%	43%
Réfléchir sur ses propres actions	35%	65%	88%	13%	56%	44%	57%	43%	79%	21%
Planifier un développement des compétences	22%	78%	69%	31%	47%	53%	53%	47%	65%	35%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	24%	76%	79%	21%	50%	50%	63%	38%	74%	26%
300 lits agréés ou plus										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Développement des compétences	25%	75%	69%	31%	47%	54%	57%	43%	74%	27%
Participation à des formations	23%	77%	82%	18%	52%	48%	63%	37%	80%	21%
Offrir ou donner des formations	14%	86%	38%	62%	33%	67%	38%	62%	39%	61%
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels	23%	77%	50%	50%	43%	57%	44%	56%	50%	50%
Réfléchir sur ses propres actions	46%	54%	82%	18%	59%	41%	61%	39%	82%	18%
Planifier un développement des compétences	26%	74%	60%	41%	42%	58%	45%	55%	63%	37%
Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)	31%	69%	77%	23%	50%	50%	67%	34%	73%	27%

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les deux groupes dans le contexte de travail idéal ($P=0,396$) et le contexte de travail actuel ($P=0,300$). Il ressort du tableau ci-dessus que la sous-activité Offrir ou donner des formations est considérée comme moins importante ($\geq 20\%$ pas d'accord) par les travailleurs sociaux tandis que les sous-activités Participer à des formations et Réfléchir sur ses propres actions sont considérées comme importantes ($\geq 70\%$ d'accord) par ceux-ci. Aussi avons-nous décidé d'approfondir l'analyse de ces sous-activités. Les travailleurs sociaux actifs dans un grand hôpital évaluent la sous-activité Offrir ou donner des formations, tant dans le contexte de travail idéal qu'actuel, comme significativement moins importante.

Activité clé – Développement des compétences	Valeur P contexte de travail idéal	Valeur P contexte de travail actuel
Participation à des formations	0,489	0,548
Offrir ou donner des formations	0,003	0,011
Réfléchir sur ses propres actions	0,193	0,459

(5) Défense des intérêts

Les tableaux ci-après montrent les pourcentages des (sous-) résultats, pour les petits et les grands hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, pour l'activité clé **Défense des intérêts** ainsi que les facteurs d'influence reconnaissance, temps, identification, espace et compétences.

Tableau 117 : Résultats de la question générale sur l'importance de la défense des intérêts et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail actuel																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Défense des intérêts	49%	51%	0%	0%	36%	54%	8%	1%	25%	50%	24%	1%	25%	58%	15%	1%
Défense des intérêts individuels	43%	57%	0%	0%	32%	57%	10%	1%	22%	54%	22%	1%	21%	58%	19%	1%
Défense des intérêts collectifs	40%	53%	7%	0%	28%	47%	24%	1%	14%	49%	35%	3%	14%	56%	28%	3%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Défense des intérêts	40%	55%	4%	1%	30%	53%	16%	1%	18%	44%	36%	2%	23%	52%	25%	1%
Défense des intérêts individuels	38%	60%	1%	1%	29%	62%	8%	1%	16%	54%	28%	2%	21%	60%	18%	1%
Défense des intérêts collectifs	27%	62%	9%	3%	18%	52%	26%	3%	9%	37%	50%	4%	12%	51%	32%	4%

Tableau 118 : Résultats de la question générale sur l'importance de la défense des intérêts et des sous-activités ainsi que la volonté, la capacité et la faculté d'exécution dans le contexte de travail idéal selon la taille de l'hôpital.

Contexte de travail idéal																
<300 lits agréés																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Défense des intérêts	39%	61%	0%	0%	28%	63%	7%	3%	21%	67%	11%	1%	26%	67%	4%	3%
Défense des intérêts individuels	47%	50%	3%	0%	33%	54%	10%	3%	29%	56%	14%	1%	31%	57%	11%	1%
Défense des intérêts collectifs	36%	58%	6%	0%	24%	51%	18%	7%	18%	54%	24%	4%	21%	58%	17%	4%
300 lits agréés ou plus																
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Activités	Importance				Volonté				Capacité				Faculté			
Défense des intérêts	44%	53%	3%	0%	36%	54%	10%	0%	28%	56%	17%	0%	31%	57%	12%	0%
Défense des intérêts individuels	44%	55%	1%	0%	38%	54%	8%	0%	31%	56%	13%	1%	34%	57%	9%	1%
Défense des intérêts collectifs	31%	57%	12%	1%	22%	55%	22%	2%	17%	51%	31%	2%	20%	54%	24%	3%

Tableau 119 : Résultats de la question générale portant sur l'influence du temps, des compétences, de l'espace, de la reconnaissance et de l'identification sur la défense des intérêts et les sous-activités dans le contexte de travail actuel selon la taille de l'hôpital.

Facteurs d'influence										
<300 lits agréés										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Défense des intérêts	29%	71%	85%	15%	53%	47%	54%	46%	65%	35%
Défense des intérêts individuels	42%	58%	86%	14%	57%	43%	64%	36%	74%	26%
Défense des intérêts collectifs	19%	81%	57%	43%	35%	65%	40%	60%	47%	53%
300 lits agréés ou plus										
Activités	Temps		Compétences		Espace		Reconnaissance		Identification	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Défense des intérêts	38%	62%	76%	24%	54%	46%	54%	46%	70%	30%
Défense des intérêts individuels	51%	49%	87%	14%	60%	40%	62%	38%	76%	24%
Défense des intérêts collectifs	26%	74%	54%	46%	39%	61%	42%	58%	54%	47%

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les deux groupes dans le contexte de travail idéal ($P=0,587$) et le contexte de travail actuel ($P=0,09$). Aucune sous-activité non plus n'a pu être mise en évidence en termes d'importance ($\geq 70\%$ d'accord ou $\geq 20\%$ pas d'accord).

2. COMPARAISON DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR L'IMPORTANCE DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, GÉRIATRIQUES ET SPÉCIALISÉS (HG) ET DANS LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES (HU)

2.1 Introduction

Ci-après, nous comparerons les résultats obtenus dans les hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques avec ceux obtenus dans les hôpitaux universitaires, pour la classification et la question générale sur l'importance des activités clés et des sous-activités du travail social.

2.2 Classification

Comme pour les résultats obtenus pour les hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, nous reprenons les paramètres descriptifs (moyenne et écart-type) dans le tableau 120. Les 12 activités clés y sont reprises avec leurs propres résultats et sont réparties en fonction du type d'hôpital et du contexte de travail. Les tops 3 des activités clés les plus et les moins importantes apparaissent en gras dans le tableau.

Nous constatons que le top 3 des activités les plus importantes est le même pour les deux groupes dans les deux contextes de travail (actuel et idéal), à savoir **l'aide psychosociale, la coordination des soins et l'aide sociale et administrative**. Par ailleurs, tous les travailleurs sociaux classent **les autres activités non liées aux patients** à l'avant-dernière place, tant dans le contexte de travail actuel que dans le contexte de travail idéal. Dans le contexte de travail idéal, **le signalement** est classé à l'avant-dernière place par les travailleurs sociaux de tous les hôpitaux. Dans le contexte actuel de travail, nous remarquons que les travailleurs sociaux actifs dans un hôpital universitaire placent le signalement à la deuxième place des activités clés les moins importantes alors que ceux actifs dans un hôpital général le placent à la troisième place. En ce qui concerne **le développement des compétences**, le classement s'inverse. Le top 3, dans le contexte de travail idéal, est complété par **la prévention** dans les hôpitaux généraux contrairement aux hôpitaux universitaires qui optent pour **l'aide matérielle**.

Tableau 120 : Statistique descriptive activités clés du travail social selon le type d'hôpital HG/HU - classification

Statistique descriptive activités clés : comparaison hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, d'une part, et hôpitaux universitaires, d'autre part								
Activité clé	Contexte de travail actuel				Contexte de travail idéal			
	HG		HU		HG		HU	
	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.	ET	Nbre	Moy.
Aide psychosociale	9,26	3,308	9,39	3,402	9,93	3,464	9,69	3,678
Coordination des soins	9	3,006	9,2	3,276	8,95	3,03	8,93	3,008
Aide sociale et administrative	8,64	2,591	9,02	2,453	8,26	2,511	8,65	2,393
Recherche et reporting	7,95	3,477	7,47	3,49	7,46	3,433	7,6	3,402
Aide financière et administrative	7,53	2,625	7,78	2,194	7,07	2,493	7,01	2,364
Aide juridique et administrative	6	2,509	5,7	2,548	5,75	2,451	5,14	2,443
Défense des intérêts	5,78	2,82	5,7	2,642	6,06	2,913	6,03	2,764
Prévention	5,17	3,083	5,25	2,781	5,27	2,828	5,9	3,066
Aide matérielle	6,1	2,972	5,54	2,704	5,66	2,838	5,12	2,856
Signalement	4,42	2,806	4,47	2,798	4,7	2,933	4,56	2,827
Développement des compétences	4,39	2,748	4,77	2,676	5,61	2,755	5,79	2,936
Autres activités non liées aux patients	3,78	3,048	3,71	3,394	3,28	3,416	3,55	3,3

L'analyse détaillée, au moyen d'analyses statistiques, des résultats obtenus dans les deux groupes a été réalisée avec le test non paramétrique de Mann et Withney U. Nous avons utilisé 0,05 comme seuil de signification.

Seules des différences significatives ont été observées pour les activités clés **Aide matérielle, aide juridique et administrative et prévention**. Nous constatons que l'aide matérielle, tant dans le contexte idéal que dans le contexte actuel de travail, apparaît comme significativement plus importante dans les hôpitaux généraux. Dans le contexte de travail idéal, les travailleurs sociaux actifs dans un hôpital universitaire considèrent la prévention comme significativement plus importante. L'aide juridique et administrative, quant à elle, est indiquée comme significativement plus importante dans les hôpitaux généraux, dans le contexte de travail idéal. En ce qui concerne les autres activités plus et moins importantes, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence.

Activité clé	Valeur P contexte de travail idéal	Valeur P contexte de travail actuel
Aide psychosociale	0,947	0,399
Recherche et reporting	0,814	0,114
Coordination des soins	0,789	0,129
Aide sociale et administrative	0,099	0,101
Aide matérielle	0,052	0,033
Aide financière et administrative	0,895	0,442
Aide juridique et administrative	0,017	0,245
Autres activités non liées aux patients	0,062	0,330
Signalement	0,749	0,777

Prévention	0,037	0,557
Développement des compétences	0,628	0,075
Défense des intérêts	0,970	0,792

2.3 Question générale sur l'importance

Nous avons comparé les résultats obtenus dans les deux groupes (hôpitaux généraux et hôpitaux universitaires) au niveau de la question générale sur l'importance des activités clés et des sous-activités du travail social. Seuls les résultats significatifs sont repris ci-après. Nous avons également à cet égard utilisé un seuil de signification de 0,05. Les résultats propres aux hôpitaux universitaires sont repris dans le rapport final 'Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital' Première partie (31 mars 2010). Dans le contexte de travail idéal, nous constatons que les sous-activités Dépistage des patients à risques (coordination des soins), Visites à domicile (recherche et reporting), Offrir ou donner des formations et Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels (développement des compétences) apparaissent comme étant significativement plus importantes dans les hôpitaux universitaires. Dans les hôpitaux généraux, les travailleurs sociaux évaluent les sous-activités Donner des informations, Collaborer et Mettre en place une autre aide ou un autre service (coordination des soins), Donner des informations et Collaborer (aide sociale et administrative), Anamnèse psychosociale (recherche et reporting), Donner des informations (aide financière et administrative) et Coordonner l'aide et les soins au patient (aide juridique et administrative) comme significativement plus importantes.

Sous-activités du travail social en milieu hospitalier	Valeur P contexte de travail idéal
Dépistage des patients à risques (coordination des soins)	0,039
Donner des informations (coordination des soins)	0,041
Collaborer (coordination des soins)	0,006
Mettre en place une autre aide et un autre service (coordination des soins)	0,046
Donner des informations (aide sociale et administrative)	0,018
Collaborer (aide sociale et administrative)	0,010
Aide psychosociale (recherche et reporting)	0,029
Visites à domicile (recherche et reporting)	0,001
Donner des informations (aide financière et administrative)	0,027
Coordination de l'aide et des soins au patient (aide juridique et administrative)	0,043
Offrir ou donner des formations (développement des compétences)	0,014
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels (développement des compétences)	0,020

Dans le contexte de travail actuel, les travailleurs sociaux actifs dans un hôpital universitaire considèrent comme significativement plus importantes, les sous-activités Intervention critique (aide psychosociale), Donner des informations (coordination des soins) et Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels (développement des compétences). Dans les hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, l'activité clé Recherche et reporting apparaît comme significativement plus importante.

Activité clé/sous-activité	Valeur P contexte de travail actuel
Intervention critique (aide psychosociale)	0,025
Recherche et reporting	0,019
Donner des informations (coordination des soins)	0,041
Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels (développement des compétences)	0,051

3. RESULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE

3.1 Introduction

Après avoir dressé l'inventaire des activités du travail social et de la demande en fonction de l'importance des activités principales et des sous-activités, nous avons procédé à l'enregistrement desdites fréquence et durée. Les résultats obtenus seront communiqués ci-dessous, d'une part, pour l'ensemble de la Belgique et de l'autre, pour les différentes strates.

Pendant dix jours, les travailleurs sociaux (n = 246) ont dû consigner les activités de travail social. 2 123 enregistrements ont pu être retenus. Les travailleurs sociaux n'étaient pas tenus d'enregistrer les activités les jours non travaillés fixes. Les valeurs irréalistes et extrêmes ont été supprimées de la série de données collectées. Les données ont été représentées graphiquement à l'aide d'un diagramme à deux dimensions, puis étudiées. Toute fréquence supérieure à 100 ou s'écartant fortement des autres fréquences a été exclue, car tout laissait penser que dans la majorité des cas, il y avait eu confusion entre la durée et la fréquence. Aux endroits où une durée s'écartant de la moyenne a été constatée, ceci était toujours imputable à un ou deux travailleurs sociaux. Afin d'éviter toute distorsion, ces valeurs-là non plus n'ont pas été reprises. Pour terminer, il n'a pas été tenu compte des enregistrements dont seuls la fréquence ou l'impact (durée totale d'une activité par jour) ont été rapportés, étant donné qu'il n'aurait dans ce cas pas été possible d'établir une comparaison raisonnable entre la durée (temps moyen par activité et par jour, impact/fréquence), la fréquence ou l'impact.

Les travailleurs sociaux ont notifié le nombre de fois (fréquence) où ils ont exécuté une activité déterminée par jour et le temps qu'ils y ont consacré par jour (impact). Pour déterminer également le temps consacré en moyenne à chaque tâche, l'impact a, dans le premier cas, été divisé par la fréquence afin de parvenir ainsi à une durée moyenne par activité et par jour.

Dans le deuxième cas, la durée, la fréquence et l'impact de chaque activité principale ont été calculés, étant donné que seules les sous-activités (= items d'enregistrement) ont pu être directement enregistrées. Pour y parvenir, les différents scores de durée, fréquence et d'impact des sous-activités d'une activité principale ont été additionnés, puis divisés par le nombre de sous-activités contenues par l'activité principale concernée, le but étant de parvenir à des tâches comparables. Une durée, une fréquence et un impact moyens par activité principale ont ainsi pu être déterminés.

- Exemple : pour calculer la fréquence de l'aide psychosociale, on a additionné les scores de fréquence du soutien, de la médiation, de l'accompagnement, du traitement et de l'intervention de crise, puis on a divisé le total par cinq.

La même méthode a également été appliquée pour calculer les deux principales rubriques des activités liées aux patients et des activités non liées aux patients.

En troisième lieu, les chiffres suivants ont été calculés pour toutes les activités principales, sous-activités et activités liées aux patients/non liées aux patients :

- **la durée totale, la fréquence totale et l'impact total**, c'est-à-dire la somme de tous les scores de fréquence, durée et impact indiqués par activité principale, sous-activité et activités liées aux patients/non liées aux patients sur une période de dix jours, exprimée en minutes ;
- **la durée, la fréquence et l'impact par jour**, obtenus en divisant le total de la durée, de la fréquence et de l'impact total ont été divisés par 10 (dix jours d'enregistrement) ;
- **la durée, la fréquence et l'impact par travailleur social**, ce qui est obtenu en divisant la durée totale, la fréquence totale et l'impact total par 10, puis 246 (= nombre de travailleurs sociaux qui ont participé à l'enregistrement). Les chiffres sont également divisés par 246 afin de reproduire l'impact pour le travail social et pas seulement pour les travailleurs sociaux qui ont réellement exécuté la tâche ;
- **le rapport entre la durée et la fréquence par activité**, celui-ci a été calculé en divisant la durée totale de la tâche par sa fréquence totale (rapport durée totale/fréquence totale exprimée en nombre de minutes par occurrence).

Une fois les calculs terminés, un classement par ordre de grandeur a été établi pour les activités liées aux patients et les activités non liées aux patients, les douze activités principales et les cinquante-six sous-activités (à l'exclusion des congés, du temps libre, des déplacements, des activités liées à l'organisation et au service et de la participation à des projets de recherche). L'impact total a servi de base à chaque fois, l'activité dont la valeur d'impact est la plus élevée apparaissant en haut du classement et celle qui a la plus faible valeur d'impact se retrouvant en dernière position. Afin que la présentation reste la plus synoptique possible, seules les dix sous-activités les plus élevées et les trois sous-activités les plus faibles ont été notifiées. L'ordre de classement n'a pas été établi en faisant usage de la médiane de l'impact⁸³, étant donné que celle-ci ne représente pas suffisamment l'incidence de l'activité sur l'ensemble des travailleurs sociaux.

- Exemple : trente travailleurs sociaux se rendent régulièrement à domicile et consacrent beaucoup de temps à ces visites. La médiane de toutes ces visites à domicile est de 75 minutes par jour et l'impact total, de 3 107 minutes. Par opposition à cela, deux cents travailleurs sociaux prestent journallement des services d'aide psychosociale répartis sur des activités multiples de durée relativement courte. Pour ces activités, on obtient une médiane de 30 minutes par jour, soit un impact total de 51 636 minutes. Autrement dit, l'aide psychosociale pèse plus lourd dans le paquet des activités de l'ensemble des travailleurs sociaux que les visites à domicile.

Outre l'impact des tâches sur l'ensemble de la Belgique, les différences sont également contrôlées sur base des strates. La répartition des variables dans l'échantillon est tout d'abord vérifiée au moyen d'un graphe quantile-quantile. Aucune des variables ne semblait normalement répartie. Afin de pouvoir comparer les variables continues qui étaient anormalement réparties avec les variables catégoriques (partie néerlandophone/francophone du pays et secteur privé/public), le test non paramétrique U de Mann-Whitney a été exécuté. Ce test compare la médiane de l'impact par jour et par travailleur social entre les deux strates. Lors de l'établissement du rapport sur la comparaison entre les strates, toutes les activités principales ont été reproduites, mais uniquement les sous-activités importantes.

⁸³ La médiane est la base qui a été utilisée pour comparer les strates comme nous l'expliquons plus loin dans le présent rapport.

Dans le cas de la strate « taille de l'hôpital », nous avons décidé de réduire le nombre de catégories de quatre⁸⁴ à deux catégories (0-299 et ≥ 300 lits agréés), le but étant de garantir une représentation claire et transparente des résultats. L'analyse des activités principales et des sous-activités sur la base des quatre catégories a été bien exécutée. Les résultats de cette analyse peuvent être consultés, mais ne seront pas repris dans le rapport. Afin de pouvoir établir une comparaison sur la base des deux catégories, la première catégorie a été fusionnée avec la deuxième et la troisième avec la quatrième. La comparaison a été effectuée sur la base du test U de Mann-Whitney. Un seuil de signification de 0,05 a été appliqué.

Les sous-activités « congés » et « temps libre » sur lesquelles a porté l'enquête n'ont été reprises ni dans les calculs se rapportant à l'ensemble de la Belgique ni dans ceux relatifs aux différentes strates. Les tâches « activités en rapport avec les soins infirmiers », « activités liées au service » et « déplacements » ont été examinées distinctement. Ceci permet d'avoir une image plus claire des activités du travailleur social à proprement parler.

Pour la présente enquête, les travailleurs sociaux devaient enregistrer pendant dix jours la durée et la fréquence de toutes leurs activités. L'enregistrement de la présente a fait partie des tâches rapportées dans la sous-activité « participer à des projets de recherche ». Cette sous-activité n'étant de ce fait pas représentative des tâches composant le travail social, elle n'a pas été reprise non plus dans la notification des résultats.

Tous les résultats applicables à la Belgique dans son ensemble et aux différentes strates (fréquence et durée totales, rapport entre les deux, la médiane, Q1, Q3, IQR⁸⁵ ainsi que le maximum et le minimum) pour les sous-activités de travail social se retrouvent dans les annexes 14, 15, 16 et 17.

3.2 Résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée

3.2.1 Résultats pour l'ensemble de la Belgique

- **Activités liées aux patients/non liées aux patients et activités principales de travail social**

L'impact des activités non liées aux patients est supérieur à celui des activités liées aux patients. On investit à chaque fois plus de temps dans les activités non liées aux patients. En ce qui concerne les activités principales des travailleurs sociaux, la recherche et le reporting, la coordination des soins et les autres activités non liées aux patients sont haut placés dans le classement. C'est l'activité de développement des compétences qui prend à chaque fois le plus de temps. La défense des intérêts, la prévention et le signalement sont les activités qui prennent le moins de temps par jour (tableau 121).

⁸⁴ Catégorie 1 : 0-199, catégorie 2 : 200-299, catégorie 3 : 300-449 et catégorie 4 : ≥ 450 lits agréés

⁸⁵ Q1 = le premier quartile représente un quart des données saisies ; Q3 = la valeur au-delà de laquelle un quart de l'échantillon total tombe ; IQR = l'espace interquartile comprend 50 % de toutes les valeurs d'échantillon. Extrait de « Uit Inleiding tot de medische statistiek », prof. dr. G. De Moor et G. Van Maele, Faculté de médecine et de science de la santé, 2001

Table 121 : classement des activités liées aux patients, des activités non liées aux patients et des activités principales pour l'ensemble de la Belgique sur base de l'impact total

		Ordre de classement	Impact total (min.)	Impact par jour (min.)	Impact moyen par jour par TS (min.)	Fréquence totale	Fréquence par jour	Fréquence moyenne par jour, par TS	Durée totale (min.)	Durée par jour (min.)	Durée moyenne par jour, par TS (min.)	Durée/fréq. (min. par occurrence)
		Activités non liées aux patients	(Non) Liées aux patients	1	14786	1479	6	697	70	0,3	10250	1025
Activités liées aux patients		2	9571	957	4	998	100	0,4	4246	425	1,7	4
Recherche et reporting	Activités principales	1	32104	3210	13	3909	391	1,6	11137	1114	4,5	3
Coordination des soins		2	26224	2622	11	2677	268	1,1	10092	1009	4,1	4
Autres activités non liées aux patients		3	22359	2236	9	1172	117	0,5	14476	1448	5,8	12
Aide psychosociale		4	18723	1872	8	1336	134	0,5	9130	913	3,7	7
Développement des compétences		5	7208	721	3	218	22	0,09	6019	602	2,4	28
Aide sociale et administrative		6	6967	697	3	782	78	0,3	3976	398	1,6	5
Aide financière et administrative		7	4211	421	2	548	55	0,2	2468	247	1,0	4
Aide matérielle		8	2609	261	1	272	27	0,1	2042	204	0,8	7
Aide juridique et administrative		9	1755	175	0,7	182	18	0,07	1300	130	0,5	7
Défense des intérêts		10	1335	133	0,5	105	10	0,04	1006	101	0,4	10
Prévention		11	1050	105	0,4	88	9	0,04	757	76	0,3	9
Signalement		12	729	73	0,3	81	8	0,03	550	55	0,2	7

- Sous-activités de travail social

S'agissant des sous-activités, la principale est la collaboration en fonction de la concertation avec d'autres prestataires de soins (coordination des soins), suivie par la gestion du dossier et l'aide psychosociale (tableau 122). La réorientation vers d'autres institutions d'aide et de services (prévention), le signalement externe et la médiation (prévention) se retrouvent dans le bas du classement (tableau 123). S'il fallait reprendre la sous-activité « déplacements » dans la comparaison, cette sous-activité occuperait alors la septième position dans l'ordre de classement. Si l'on regarde le rapport du nombre de minutes passées par action, on constate que les activités qui ont le plus grand impact ne prennent pas tant de temps par occurrence, tandis que les activités qui prennent beaucoup de temps par occurrence n'ont pas un impact si important. Les supervisions non liées aux patients ont un impact relativement important et prennent beaucoup de temps par occurrence (tableau 124).

Tableau 122 : ordre de classement des dix sous-activités ayant le plus grand impact total en Belgique

	Ordre de classement	Impact total (durée * fréquence) (min.)	Impact par jour (min.)	Impact moyen par jour par TS (min.)	Fréquence totale	Fréquence par jour	Fréquence moyenne par jour et par TS	Durée totale (min.)	Durée par jour (min.)	Durée moyenne par jour et par TS (min.)	Durée/fréq. (min. par occurrence)
Coordination des soins : collaboration en fonction de la concertation avec d'autres prestataires de soins	1	111997	11200	45	9528	953	3,9	31714	3171	12,9	3
Gestion du dossier	2	69774	6977	28	8800	880	3,6	17262	1726	7,0	2
Soutien	3	51636	5164	21	4077	408	1,6	21032	2103	8,5	5
Activités liées à l'organisation et au service	4	51429	5143	21	3342	334	1,4	28059	2806	11,4	8
Anamnèse psychosociale et recherche sociale	5	46734	4673	19	3970	397	1,6	18386	1839	7,5	5
Coordination des soins : distribution d'information	6	40940	4094	17	4371	437	1,8	14516	1452	5,9	3
Supervisions non liées aux patients	7	32433	3243	13	1132	113	0,5	25423	2542	10,3	22
Enregistrement	8	23824	2382	10	4873	487	2,0	8830	883	3,6	2
Accompagnement psychosocial	9	22444	2244	9	1355	135	0,5	12152	1215	4,9	9
Coordination des soins : soutien administratif	10	18394	1839	7	2706	271	1,1	7997	800	3,2	3

Tableau 123 : ordre de classement des trois sous-activités ayant l'impact total le plus faible en Belgique

	Ordre de classement	Impact total (durée * fréquence) (min.)	Impact par jour (min.)	Impact moyen par jour par TS (min.)	Fréquence totale	Fréquence par jour	Fréquence moyenne par jour et par TS	Durée totale (min.)	Durée par jour (min.)	Durée moyenne par jour et par TS (min.)	Durée/fréq. (min. par occurrence)
Prévention : réorientation	54	432	43	0,17	51	5	0,020	373	37	0,15	7
Signalement externe	55	295	29	0,11	35	3	0,012	233	23	0,09	7
Prévention : médiation	56	168	17	0,07	14	1	0,004	145	14	0,05	10

Tableau 124 : classement des dix premières sous-activités vues sous l'angle du rapport entre la fréquence et la durée en Belgique

Sous-activités de travail social	Durée/fréquence (min. par occurrence)
1) Participation à des formations :	157
2) Visites à domicile :	80
3) Offrir des formations :	77
4) Contribuer à l'élaboration des politiques :	27
5) Intervention de crise :	25
6) Supervisions non liées aux patients :	22
7) Activités de chef de service :	19
8) Développement des compétences :	18
9) Définir son métier et sa manière de le faire :	15
10) Réflexion	14

3.2.2 Résultats pour la strate « partie du pays »

- **Activités principales de travail social**

Les activités principales « aide psychosociale » et « recherche et reporting » ont un impact plus grand dans la partie néerlandophone du pays. Dans la partie francophone, l'impact est plus grand pour l'aide financière et administrative et l'aide juridique et administrative. Aucune autre différence significative entre les parties du pays n'a été observée en ce qui les activités principales (tableau 125).

- **Sous-activités de travail social**

La comparaison des sous-activités entre la partie néerlandophone et la partie francophone du pays révèle que l'intervention de crise, la participation à des formations et la collaboration à l'élaboration des politiques ont un plus grand impact dans la partie néerlandophone du pays (tableau 125).

La transmission du rapport, la mise en place d'aide du réseau social (coordination des soins), l'aide financière et administrative, la transmission d'informations juridico-administratives, la réflexion, la définition du métier et l'organisation ainsi que les activités liées au service ont un impact plus grand dans la partie francophone du pays, que dans la partie néerlandophone du pays (tableau 125).

L'orientation vers d'autres institutions d'aide et de services a un plus grand impact dans la partie néerlandophone du pays, mais en ce qui concerne la coordination des soins et l'aide financière et administrative, l'orientation vers d'autres institutions pèse plus lourd dans la partie francophone du pays (tableau 125). L'exécution d'activités en rapport avec des soins infirmiers ne s'observe que dans la partie néerlandophone du pays (tableau 125).

Tableau 125 : comparaison de la strate « partie du pays » sur base de la médiane de l'activité par jour et par travailleur social

	Partie néerlandophone du pays				Partie francophone du pays				Valeur p*
	Médiane	Q1	Q3	IQR	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Aide psychosociale**	9,80	5,85	16,00	10,15	8,00	5,00	14,05	9,05	0,023
Interventions de crise	30,00	15,00	45,00	30,00	15,00	10,00	30,00	20,00	0,048
Recherche et reporting	17,20	11,00	24,00	13,00	16,00	9,00	23,00	14,00	0,002
Transmission du rapport	20,00	13,00	30,00	17,00	25,00	15,00	33,00	18,00	0,009
Coordination des soins	13,60	8,90	19,40	10,50	14,44	9,36	20,00	10,64	0,134
Orientation vers d'autres institutions	10,00	6,00	15,00	9,00	15,00	10,00	20,00	10,00	0,001
Mise en place d'aide du réseau social	10,00	10,00	20,00	10,00	15,00	10,00	25,00	15,00	< 0,001
Aide matérielle	10,00	5,00	15,00	10,00	10,00	5,00	15,00	10,00	0,938
Aide sociale et administrative	4,20	2,50	7,50	5,00	5,00	2,50	9,16	6,66	0,333
Orientation vers d'autres institutions	10,00	5,00	15,00	10,00	10,00	10,00	15,00	5,00	0,016
Aide financière et administrative	3,30	1,60	5,83	4,23	4,16	2,37	7,75	5,38	0,027
Orientation vers d'autres institutions	7,00	5,00	10,00	5,00	10,00	5,00	15,00	10,00	0,001
Aide administrative	10,00	8,00	23,00	15,00	15,00	10,00	30,00	20,00	0,036
Aide juridique et administrative	2,50	1,70	5,00	3,30	3,33	2,50	6,66	4,16	<0,001
Transmission d'informations	10,00	5,75	15,00	9,25	15,00	10,00	20,00	10,00	0,013
Prévention	3,75	2,50	6,25	3,75	3,75	2,50	7,50	5,00	0,472
Défense des intérêts	7,50	5,00	10,00	5,00	7,50	5,00	15,00	10,00	0,202
Signalement	7,50	2,50	10,00	7,50	7,50	5,00	12,50	7,50	0,309
Développement des compétences	5,83	2,50	15,00	12,50	5,00	2,50	10,00	7,50	0,191
Participation à des formations	150,00	120,00	210,00	90,00	90,00	67,50	205,00	137,50	0,048
Réflexion	10,00	7,75	20,00	12,25	15,00	10,00	26,50	16,50	0,011
Autres activités non liées au patient	10,00	5,00	20,00	15,00	10,00	5,00	18,75	13,75	0,488
Collaboration à l'élaboration des politiques	30,00	15,00	60,00	45,00	20,00	10,00	30,00	20,00	0,029
Définition du métier	15,00	10,00	20,00	10,00	25,00	10,00	35,00	25,00	0,030
Activités liées à l'organisation et au service	27,00	15,00	45,00	30,00	30,00	20,00	60,00	40,00	< 0,001
Activités en rapport avec les soins infirmiers	100,00	40,75	170,75	130,00	Aucune activité en rapport avec les soins infirmiers dans la partie francophone				
Activités de chef de service	60,00	23,00	120,00	97,00	80,00	17,50	201,50	184,00	0,459
Déplacements	20,00	10,00	27,00	17,00	20,00	10,00	30,00	20,00	0,316

* Les valeurs p < 0,05 apparaissent en grisé clair.

** Les activités principales sont écrites en caractères gras.

3.2.3 Résultats pour la strate « statut »

- **Activités principales de travail social**

L'impact des activités principales non liées aux patients « développement des compétences » et « autres activités non liées aux patients » est nettement plus grand dans les hôpitaux publics. Dans les hôpitaux privés, plusieurs activités principales liées aux patients ont un impact plus important, notamment l'aide psychosociale, la coordination des soins, l'aide matérielle, la prévention et le signalement (tableau 126).

- **Sous-activités de travail social**

Pour toute une série de sous-activités, une différence significative s'observe au niveau de l'impact. La plupart des sous-activités qui ont un impact nettement plus grand ont lieu dans les hôpitaux privés. Ces sous-activités sont : l'aide psychosociale, l'accompagnement, la gestion du dossier, les visites à domicile, la médiation au niveau de la coordination des soins, la mise en place d'aide et de services, l'orientation vers d'autres institutions et services de soins au niveau de la coordination des soins, de l'aide sociale et administrative, de l'aide financière et administrative et de l'aide juridique et administrative, de la communication d'informations dans le domaine de l'aide sociale administrative, ainsi que dans le domaine de la prévention, de la coordination de l'aide sociale et administrative, des supervisions non liées au patient et de la définition du métier. La défense des intérêts collectifs a un impact étonnamment grand dans les hôpitaux privés. De même, le temps consacré par jour aux déplacements est plus important dans les hôpitaux privés (tableau 126).

Dans les hôpitaux publics, on consacre surtout plus de temps par jour à la transmission du rapport, à l'enregistrement et à la contribution à la formation des étudiants. En outre, les activités en rapport avec les soins infirmiers et les prestations de formation ont un impact nettement plus grand dans les hôpitaux publics (tableau 126).

Tableau 126 : comparaison de la strate « statut » sur base de la médiane de l'activité par jour et par travailleur social

	Hôpitaux privés				Hôpitaux publics				Valeur p*
	Médiane	Q1	Q3	IQR	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Aide psychosociale**	10,00	6,00	17,00	11,00	8,00	4,00	14,70	10,70	<0,001
Aide	30,00	20,00	51,00	31,00	30,00	15,00	40,00	25,00	<0,001
Accompagnement	30,00	15,00	49,75	34,75	20,00	14,00	35,00	21,00	<0,001
Recherche et reporting	17,00	10,00	23,40	13,40	17,00	11,00	25,00	14,00	0,185
Transmission du rapport	20,00	15,00	30,00	15,00	20,00	10,00	30,00	20,00	0,020
Gestion du dossier	40,00	20,00	60,00	40,00	35,00	20,00	60,00	40,00	0,006
Enregistrement	15,00	10,00	30,00	20,00	25,00	15,00	40,00	25,00	<0,001
Visite à domicile	90,00	60,00	130,00	70,00	60,00	25,00	75,00	50,00	0,008
Coordination des soins	14,11	9,44	20,55	11,11	13,33	8,55	18,88	5,33	0,009
Médiation	10,00	10,00	20,00	10,00	10,00	9,00	15,00	6,00	0,040
Orientation vers d'autres institutions	10,00	10,00	20,00	10,00	10,00	5,00	15,00	10,00	0,023
Mise en place d'aide et de services	17,00	10,00	25,00	15,00	15,00	10,00	25,00	15,00	0,001
Aide matérielle	10,00	10,00	20,00	10,00	10,00	5,00	10,00	5,00	<0,001
Aide sociale et administrative	5,00	2,50	8,33	5,83	4,16	2,50	7,50	5,00	0,230
Transmission d'informations	15,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	20,00	10,00	<0,001
Orientation vers d'autres institutions	10,00	5,00	15,00	10,00	10,00	5,00	12,00	7,00	0,003
Coordination	15,00	10,00	25,00	15,00	10,00	8,50	20,00	11,50	0,039
Aide financière et administrative	3,33	1,66	5,83	4,17	3,92	2,08	7,50	5,42	0,136
Orientation vers d'autres institutions	10,00	5,00	10,00	5,00	6,00	4,25	10,00	5,75	0,002
Aide juridique et administrative	2,83	1,66	5,41	3,75	3,16	1,66	5,04	3,38	0,995
Orientation vers d'autres institutions	10,00	5,00	10,00	5,00	5,00	4,00	5,00	1,00	<0,001
Prévention	3,75	2,50	8,00	5,50	2,50	2,50	5,00	2,50	<0,001
Transmission d'informations	15,00	10,00	30,00	20,00	10,00	7,00	10,00	3,00	<0,001
Défense des intérêts	7,50	5,00	12,50	7,50	5,00	5,00	10,00	5,00	0,118
Défense des intérêts collectifs	17,50	13,75	32,50	18,75	5,00	5,00	11,25	6,25	0,003
Signalement	7,50	5,00	10,00	5,00	5,00	2,50	7,50	5,00	0,019
Développement des compétences	5,00	2,50	12,50	10,00	7,58	2,50	15,00	12,50	0,022
Prestations de formation	30,00	30,00	90,00	60,00	100,00	60,00	240,00	180,00	0,017
Contribution à la formation des étudiants	30,00	60,00	15,00	45,00	45,00	22,50	65,00	42,50	0,008
Autres activités non liées au patient	9,75	5,00	18,75	13,75	11,25	5,75	21,25	15,50	0,031
Supervisions non liées au patient	30,00	60,00	15,00	45,00	25,00	15,00	50,00	35,00	0,011
Définition du métier	22,50	10,00	36,25	26,25	10,00	10,00	20,00	10,00	0,014
Activités en rapport avec les soins infirmiers	57,50	30,00	112,50	82,50	165,50	98,75	238,25	139,50	0,007
Activités de chef de service	66,50	20,00	140,75	120,75	47,50	8,75	135,75	127,00	0,386
Déplacements	20,00	10,00	30,00	20,00	16,00	12,00	25,00	13,00	0,015

* Les valeurs p < 0,05 apparaissent en grisé.

** Les activités principales sont écrites en gras.

3.2.4 Résultats pour la strate « taille de l'hôpital »

- **Activités principales de travail social**

C'est dans les petits hôpitaux (0-299 lits agréés) que sont enregistrées les activités principales les plus coûteuses en termes d'investissement temporel. Ces activités sont l'aide psychosociale, l'aide sociale et administrative, l'aide juridique et administrative et la prévention (tableau 127).

- **Sous-activités de travail social**

C'est également dans les petits hôpitaux que l'on retrouve toutes les sous-activités qui ont un impact nettement plus grand. Les petits hôpitaux consacrent plus de temps par jour aux activités suivantes : aide psychosociale, médiation sur le plan psychosocial, accompagnement psychosocial, transmission de rapport, gestion du dossier, visites à domicile, orientation vers d'autres institutions dans le domaine de la coordination des soins, aide sociale et administrative et aide administrative et financière, collaboration en fonction de la coordination des soins, médiation et coordination dans le domaine de l'aide sociale et administrative, médiation, coordination et aide administrative dans le domaine de l'aide administrative et financière, aide juridique et administrative, transmission d'informations dans le domaine de la prévention et enfin activités liées à l'organisation et au service (tableau 127).

L'activité « déplacements » est nettement plus fréquente dans les petits hôpitaux. L'exécution par des travailleurs sociaux d'activités en rapport avec les soins infirmiers n'a lieu que dans les grands hôpitaux (tableau 127).

Tableau 127 : comparaison en fonction de la taille de l'hôpital sur la base de la médiane de l'activité par jour par travailleur social

	< 300 lits				≥ 300 lits				Valeur p*
	Médiane	Q1	Q3	IQR	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Aide psychosociale**	11,00	6,00	18,00	12,00	9,00	5,00	15,00	10,00	0,006
Soutien	30,00	20,00	60,00	40,00	30,00	18,00	45,00	27,00	< 0,001
Médiation	20,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	29,75	9,75	0,007
Accompagnement	30,00	20,00	50,00	30,00	25,00	15,00	40,00	25,00	< 0,001
Recherche et reporting	18,00	11,00	25,00	14,00	16,90	10,00	24,00	14,00	0,174
Transmission du rapport	30,00	15,00	40,00	25,00	20,00	11,00	30,00	19,00	< 0,001
Gestion du dossier	40,00	25,00	60,00	35,00	40,00	20,00	60,00	40,00	0,020
Visites à domicile	105,00	75,00	240,00	65,00	60,00	33,50	90,00	56,50	0,002
Coordination des soins	14,11	8,88	20,00	12,12	13,83	8,88	19,52	10,64	0,555
Orientation vers d'autres institutions	12,00	10,00	20,00	10,00	10,00	5,00	15,00	10,00	< 0,001
Collaboration	60,00	35,00	105,00	70,00	60,00	30,00	90,00	60,00	0,002
Aide matérielle	10,00	7,50	20,00	12,50	10,00	5,00	15,00	10,00	0,206
Aide sociale et administrative	5,00	2,50	8,33	5,83	4,16	2,50	7,66	5,16	0,039
Fourniture d'informations	18,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	20,00	10,00	< 0,001
Intermédiation	20,00	15,00	30,00	15,00	10,00	5,00	15,00	10,00	< 0,001
Orientation vers d'autres institutions	12,00	10,00	18,75	8,75	7,00	5,00	10,00	5,00	< 0,001
Coordination	15,00	10,00	30,00	20,00	10,00	10,00	20,00	10,00	0,049
Aide financière et administrative	4,16	2,50	7,50	5,00	3,33	1,66	6,66	5,00	0,114
Médiation	15,00	10,00	27,50	7,50	10,00	15,00	5,00	10,00	0,035
Orientation vers d'autres institutions	10,00	5,00	15,00	10,00	7,00	5,00	10,00	5,00	0,005
Coordination	17,50	10,00	31,25	21,25	10,00	5,00	16,50	11,50	0,007
Aide administrative	20,00	10,00	30,00	10,00	10,00	8,00	21,00	13,00	0,002
Aide juridique et administrative	3,33	1,66	6,66	5,00	2,50	1,66	5,00	3,34	0,044
Aide administrative	15,00	10,00	21,00	11,00	10,00	5,00	20,00	15,00	0,042
Prévention	4,37	2,50	8,68	6,18	3,12	2,50	6,25	3,75	0,037
Transmission d'informations	15,00	10,00	28,75	8,75	10,00	8,50	20,00	11,50	0,024
Défense des intérêts	7,50	5,00	15,00	10,00	7,50	5,00	10,00	5,00	0,334
Signalement	6,25	2,50	10,00	7,50	7,50	5,00	10,00	5,00	0,239
Développement des compétences	5,00	2,50	12,50	10,00	5,83	2,50	13,75	11,25	0,176
Autres activités non liées au patient	10,25	6,18	20,00	13,82	10,00	5,00	19,31	14,31	0,331
Activités liées à l'organisation et au service	30,00	20,00	50,00	30,00	30,00	15,00	45,00	30,00	0,036
Activités en rapport avec les soins infirmiers	Pas d'activité en rapport avec les soins infirmiers dans les petits hôpitaux				100,00	40,75	70,75	30,00	
Activités liées au chef de service	62,50	16,25	135,00	118,75	66,50	20,00	143,25	123,25	0,860
Déplacements	20,00	15,00	30,00	5,00	18,00	10,00	26,00	16,00	0,015

* Les valeurs p < 0,05 apparaissent en grisé.

** Les activités principales sont écrites en gras.

4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE POUR LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES ET LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, AINSI QUE POUR LES HÔPITAUX SPÉCIALISÉS ET LES HÔPITAUX GÉRIATRIQUES

4.1 Introduction

Un fichier concernant la fréquence et la durée de tous les enregistrements des hôpitaux généraux (n = 2123) et universitaires (n = 1373) a été établi. 3 496 enregistrements ont été retenus. Les valeurs irréalistes et extrêmes ont été supprimées de la série de données collectées. Les données ont été représentées graphiquement à l'aide d'un diagramme à deux dimensions, puis étudiées. Toute fréquence supérieure à 100 ou s'écartant fortement des autres fréquences a été exclue, car tout laissait penser que dans la majorité des cas, il y avait eu confusion entre la durée et la fréquence. Aux endroits où une durée s'écartant de la moyenne a été constatée, ceci était toujours imputable à un ou deux travailleurs sociaux. Afin d'éviter toute distorsion, ces valeurs-là non plus n'ont pas été reprises. Pour terminer, il n'a pas été tenu compte des enregistrements dont seule la fréquence ou l'impact ont été rapportés, étant donné qu'il n'aurait dans ce cas pas été possible d'établir une comparaison raisonnable entre la durée, la fréquence ou l'impact.

À nouveau, les activités principales ont été calculées, mais cette fois pour les hôpitaux universitaires, en additionnant toutes les sous-activités relevant d'une même activité principale et en divisant le résultat par le nombre de sous-activités composant cette activité principale. De même, pour toutes les activités, la durée par activité a été calculée en divisant l'impact par la fréquence.

Afin de vérifier la répartition des variables, un graphe quantile-quantile a été réalisé pour toutes les variables. Celles-ci sont apparues réparties de manière anormale à chaque fois. Telle est la raison pour laquelle il a été décidé de contrôler la comparaison entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux en se basant sur le test non paramétrique U de Mann-Whitney. Ce test compare la médiane de l'impact par jour par travailleur social. En dehors de la médiane, le premier quartile, le troisième quartile et l'espace interquartile ont été calculés et rapportés afin de reproduire ainsi une image la plus complète possible.

Les sous-activités « temps libre » et « congés » n'ont pas été reprises dans la comparaison afin d'obtenir une image la plus représentative possible des tâches exécutées par le travailleur social. Le temps passé pour participer à la présente enquête a également été enregistré dans la sous-activité « participation à des projets de recherche ». Les résultats de cette sous-activité n'étaient donc pas un reflet fidèle des tâches de travail social dans la pratique quotidienne de sorte que cette sous-activité n'a pas été reprise dans la comparaison. La comparaison entre l'AZ et l'UZ en ce qui concerne les « activités de chef de service » et les « activités en rapport avec les soins infirmiers » n'a pas été effectuée non plus, étant donné que ces aspects n'ont pas été examinés auprès des hôpitaux universitaires. L'item « déplacements » a été examiné de manière distincte.

4.2 Résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée

- **Activités principales de travail social**

Une différence importante entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux a été observée pour huit des douze activités principales.

Dans les hôpitaux généraux, l'impact est supérieur en ce qui concerne la coordination des soins.

Dans les hôpitaux universitaires, on a consacré plus de temps par jour à l'aide psychosociale, à l'aide matérielle, à l'aide sociale et administrative, à l'aide financière et administrative, à la prévention, au développement des compétences et aux autres activités non liées aux patients (tableau 128).

- **Sous-activités de travail social**

Les activités ayant un impact nettement supérieur sont plus nombreuses dans les hôpitaux universitaires que dans les hôpitaux généraux. Les sous-activités concernées sont les suivantes : 1) aide psychosociale : soutien, médiation et intervention de crise, 2) recherche et reporting : anamnèse psychosociale et recherche sociale, transmission du rapport et gestion du dossier, 3) coordination des soins : fourniture d'informations, médiation, orientation vers d'autres institutions, coordination, mise en place d'aide du réseau social et mise en place d'aide et de services, 4) aide sociale et administrative : transmission d'informations sociales et administratives, orientation vers d'autres institutions, collaboration et fourniture d'un soutien social et administratif, 5) aide financière et administrative : transmission d'informations et fourniture d'un soutien financier et administratif, 6) aide juridique et administrative : fourniture d'informations, orientation vers d'autres institutions, collaboration à une réflexion liée aux patients, 7) prévention : fourniture d'informations, 8) participation à des formations et 9) conseils, avis ou coaching d'autres professionnels. S'agissant de la participation à des formations, il y a lieu de souligner qu'une formation obligatoire à l'attention de tous les travailleurs sociaux était en cours à l'UZ de Gand au même moment que la période d'enregistrement de dix jours sélectionnée pour la présente enquête de sorte qu'une distorsion peut avoir eu lieu lors de l'interprétation des résultats. En outre, les sous-activités « supervisions non liées au patient » et « activités liées à l'organisation et au service » ont un plus grand impact dans les hôpitaux universitaires (tableau 128).

Les hôpitaux généraux consacrent plus de temps par jour à l'accompagnement (aide psychosociale), à la collaboration à une réflexion liée à la situation du patient (coordination des soins) et à l'orientation vers d'autres institutions (aide financière et administrative) (tableau 128).

Enfin, une différence a également été observée en ce qui concerne les déplacements. Les hôpitaux généraux consacrent plus de temps par jour aux déplacements que les hôpitaux universitaires (tableau 128).

Tableau 128 : comparaison entre l'AZ et l'UZ sur base de la médiane de l'activité par jour et par travailleur social

	UZ				AZ				Valeur p*
	Médiane	Q1	Q3	IQR	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Aide psychosociale**	12,00	6,00	19,00	13,00	9,00	5,40	16,00	10,60	<0,001
Soutien	35,00	20,00	60,00	40,00	30,00	20,00	45,00	25,00	<0,001
Médiation	30,00	20,00	60,00	40,00	15,00	10,00	30,00	20,00	<0,001
Accompagnement	20,00	10,00	30,00	20,00	27,00	15,00	45,00	30,00	<0,001
Interventions de crise	30,00	20,00	60,00	40,00	30,00	15,00	44,50	29,50	0,001
Recherche et reporting	18,00	10,00	26,80	16,80	17,00	10,00	24,00	14,00	0,105
Anamnèse	30,00	20,00	60,00	40,00	30,00	17,00	48,00	31,00	<0,001
Transmission du rapport	25,00	15,00	40,00	25,00	20,00	15,00	30,00	15,00	0,001
Gestion du dossier	45,00	30,00	70,00	40,00	40,00	20,00	60,00	40,00	<0,001
Coordination des soins	12,22	7,22	18,88	11,66	13,88	8,88	19,91	11,03	<0,001
Fourniture d'informations	30,00	15,00	45,00	30,00	25,00	15,00	40,00	25,00	0,003
Médiation	15,00	10,00	30,00	20,00	10,00	10,00	20,00	10,00	<0,001
Orientation vers d'autres institutions	15,00	10,00	25,00	15,00	10,00	8,00	20,00	12,00	<0,001
Collaboration	45,00	30,00	80,00	50,00	60,00	30,00	92,00	62,00	<0,001
Coordination	20,00	15,00	33,50	18,50	20,00	10,00	30,00	20,00	0,005
Mise en place d'aide du réseau social	15,00	10,00	20,00	10,00	10,00	10,00	20,00	10,00	0,023
Mise en place d'aide et de services	15,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	25,00	15,00	0,027
Soutien administratif	15,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	25,00	15,00	0,001
Aide matérielle	10,00	10,00	20,00	10,00	5,00	10,00	15,00	5,00	0,022
Aide sociale et administrative	5,83	3,33	10,83	7,50	4,58	2,50	8,16	5,66	<0,001
Fourniture d'informations	20,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	25,00	15,00	<0,001
Orientation vers d'autres institutions	10,00	10,00	20,00	10,00	10,00	5,00	15,00	10,00	<0,001
Collaboration	20,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	30,00	20,00	<0,001
Soutien administratif	20,00	10,00	30,00	20,00	15,00	10,00	25,00	15,00	<0,001
Aide administrative et financière	5,00	2,50	7,50	5,00	3,33	1,66	6,66	5,00	<0,001
Fourniture d'informations	15,00	10,00	20,00	10,00	10,00	10,00	20,00	10,00	<0,001
Orientation vers d'autres institutions	10,00	5,00	10,00	5,00	10,00	5,00	10,00	5,00	0,008
Aide administrative	15,00	10,00	30,00	20,00	15,00	9,00	25,00	16,00	0,001
Aide juridique et administrative	3,33	1,66	5,33	3,67	3,00	1,66	5,00	3,34	0,077
Fourniture d'informations	15,00	10,00	20,00	10,00	10,00	10,00	20,00	10,00	0,011
Orientation vers d'autres institutions	10,00	5,00	15,00	10,00	5,00	5,00	10,00	5,00	0,001
Collaboration	20,00	10,00	30,00	20,00	10,00	5,00	20,00	15,00	<0,001
Prévention	5,00	2,50	8,75	6,25	3,75	2,50	6,31	3,81	0,027
Fourniture d'informations	15,00	10,00	30,00	20,00	10,00	10,00	20,00	10,00	0,005

Défense des intérêts	7,50	5,00	11,87	6,87	7,50	5,00	12,50	7,50	0,892
Signalement	7,50	5,00	13,75	8,75	7,50	5,00	10,00	5,00	0,138
Développement des compétences	6,66	3,33	18,54	15,21	5,83	2,50	13,33	10,83	0,002
Participation à des formations	180,00	77,50	390,00	312,50	150,00	93,75	210,00	116,25	0,012
Consultation	20,00	15,00	30,00	15,00	15,00	10,00	30,00	20,00	0,024
Autres activités non liées au patient	12,50	7,50	23,75	16,25	10,00	5,00	19,43	14,43	<0,001
Supervisions non liées au patient	30,00	20,00	90,00	70,00	30,00	15,00	60,00	45,00	<0,001
Activités liées à l'organisation et au service	30,00	20,00	60,00	40,00	30,00	15,00	46,50	31,50	<0,001
Déplacements	20,00	15,00	30,00	15,00	20,00	10,00	29,75	19,75	0,003

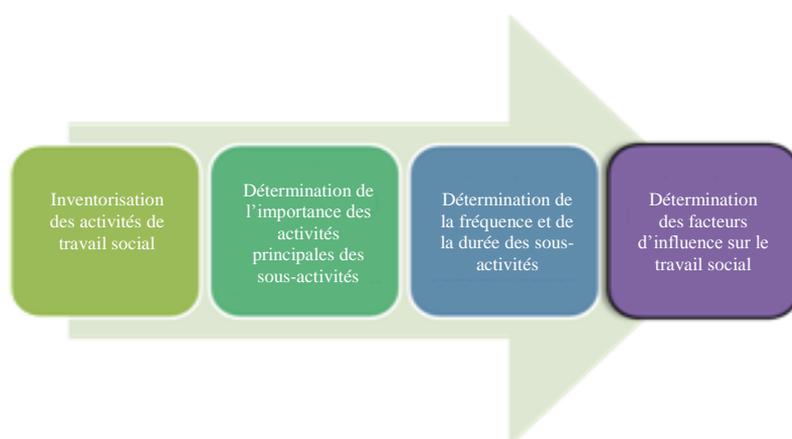
* Les valeurs $p < 0,05$ apparaissent en grisé.

** Les activités principales sont écrites en gras.

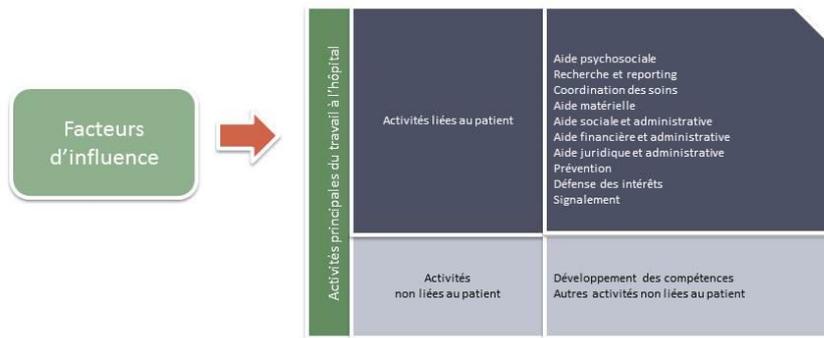
CHAPITRE 6 : INVENTAIRE ET IMPACT DES FACTEURS D'INFLUENCE SUR LE TRAVAIL SOCIAL

1. INTRODUCTION

Outre l'examen des activités principales de travail social, l'enquête visait également à déterminer les facteurs qui ont une influence sur le travail quotidien d'un travailleur social dans un hôpital.



Il ne suffit pas de dresser l'inventaire des différentes activités ; il faut aussi tenir compte des facteurs qui peuvent les influencer dans une large mesure. Cette démarche essentielle aidera à mieux comprendre le travail social et contribuera ainsi à réaliser un instrument permettant de diriger le travail social dans les hôpitaux.



Le présent chapitre traitera des points suivants : examen des notions de charge de travail et d'intensité de travail, analyse de la procédure appliquée pour l'établissement du questionnaire portant sur les facteurs d'influence du travail social, présentation des caractéristiques des participants et présentation de la méthode et des résultats de l'enquête.

2. EXAMEN DES NOTIONS D'INTENSITÉ DE TRAVAIL ET DE CHARGE DE TRAVAIL

Il y a lieu, avant de procéder à l'examen des facteurs qui influencent la charge de travail des travailleurs sociaux dans les hôpitaux, de préciser ce que l'on entend par « intensité de travail » et par « charge de travail ».

La mesure de l'intensité de travail est généralement le point dont il faut partir pour contrôler la charge de travail. Il subsiste toutefois un flou sur la signification réelle de l'intensité de travail. Selon Prescott⁸⁶, l'intensité de travail dans le secteur infirmier désigne la combinaison du volume des soins demandés et des aptitudes requises pour les fournir. L'index PINI (Patient Intensity for Nursing Index) permet de contrôler l'intensité en partant de quatre dimensions : la sévérité de la maladie, le degré de dépendance du patient, la complexité des activités, des procédures et du processus de soin et le temps requis pour dispenser les soins. Cette description ne tient compte que des activités directement et indirectement liées au patient en laissant de côté les activités non liées au patient⁸⁷. Au chapitre 8, nous examinerons de plus près les méthodes permettant de mesurer la charge de travail et la construction éventuelle d'un instrument de mesure.

Selon Fagerström et coll. ainsi que Rauhala et Fagerström, l'intensité du travail infirmier désigne la capacité dont dispose le personnel soignant de répondre aux besoins de soins du patient dans un département déterminé^{88,89}. Ils accordent, dans ce cadre, peu d'attention à la complexité des activités, des procédures et du déroulement des soins infirmiers. De même, cette description ne tient pas compte des activités non liées au patient⁹⁰. Dans leur modèle de l'intensité et de la complexité des soins (« Intensity and complexity of care model »), O'Brien-Pallas et coll.^{91,92} décrivent l'intensité des soins infirmiers comme un système qui a une influence sur la charge de travail et sur l'évolution du patient, l'état médical du patient, ses besoins de soins, les caractéristiques du prestataire de soins, les interventions du personnel soignant et l'environnement de travail étant des éléments de cette intensité de travail infirmier. Ce modèle tient compte à la fois des aspects liés au patient et des aspects non liés au patient. Morris et coll. concluent pour leur part que tant les activités liées aux patients que les activités non liées aux patients doivent être reprises dans les concepts tournant autour de la charge de travail⁹³.

⁸⁶ Prescott, P.A. (1991) Nursing intensity: Needed today more than staffing. *Nursing economics*, 9(6), 409-414

⁸⁷ Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 463-471

⁸⁸ Fagerström, L., Raino, A.K., Rauhala, A., Nojolen, K. (2000) Validation of a new system of patient classification, the Oulu patient classification. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 481-490

⁸⁹ Rauhala, A., Fagerström, L. (2004) Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 351-359

⁹⁰ Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 463-471

⁹¹ O'Brien-Pallas, L., Irvine, D., Peereboom, E. (1997). Dans : Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 463-471

⁹² O'Brien-Pallas, L., Bauman, A. (2000). Dans : Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 463-471

⁹³ Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 463-471

Plusieurs définitions de la charge de travail (workload) sont données dans la littérature^{94,95,96} :

- « The amount of work you have to do »⁹⁷,
- « The volume and/or level of nursing work »⁹⁸,
- « The total amount of work to be performed by an individual, a department or other group of workers in a period of time » (MeSH database).

Les différentes définitions de la charge du travail données dans l'étude réalisée par Morris et coll. peuvent servir de base pour définir la charge de travail des travailleurs sociaux. La fusion des différentes définitions contenues dans l'étude nous permet d'arriver à la description suivante de la charge de travail⁹⁹ :

« La charge de travail fait référence à la capacité d'exécution des activités de personnel soignant au cours d'une période spécifique. Ces activités se composent à la fois de prestations de soins directes et indirectes (par exemple passer des coups de téléphone pour le patient) et d'activités non liées au patient (réunion par exemple) ».

Dans le cas du travail social, la charge de travail peut se définir en ces termes :

« La charge de travail fait référence au volume de travail qu'un travailleur social exécute réellement ou peut exécuter au cours d'une période donnée. Ce travail se compose tant d'activités liées au patient directes et indirectes que d'activités non liées au patient ».

Telle est la définition qui a été retenue pour décrire la charge de travail dans la présente enquête.

3. PROCÉDURE D'ÉTABLISSEMENT DU QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LES FACTEURS D'INFLUENCE DU TRAVAIL SOCIAL À L'HÔPITAL

Nous avons tout d'abord procédé à un examen de la littérature afin de déterminer quels sont les facteurs qui influencent le travail social. À cette fin, nous nous sommes servis des bases de données électroniques Academic Search Elite et PubMed, ainsi que du moteur de recherche Google. Nous avons procédé à une recherche effective sur les termes MeSH suivants, utilisés seuls ou en combinaison : « social work », « workload », « tasks » et « influencing factors ». Compte tenu de la rareté des enquêtes spécifiques au travail social existantes, nous avons élargi notre champ d'investigation et y avons inclus l'influence sur le travail en général.

⁹⁴ Myny, D., et al., Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: A cross-sectional study. *Int.J. Nurs. Stud.* (2011), doi:10.1016/j.ijnurstu, 2011.10.05

⁹⁵ Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, p 463-471

⁹⁶ Myny, D., Van Goubergen, D., Gobert, M., Vanderwee, K., Van Hecke, A. en Defloor, T. Non-direct patient care factors influencing nursing workload: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2011, 67 (10), 2109-2129

⁹⁷ Caplan, R.D. en Jones K.W, Effects of Work Load, Role Ambiguity, and Type A Personality on Anxiety, Depression, and Heart Rate, *Journal of Applied Psychology*, 1975, 60 (6), 715

⁹⁸ Arthur, T. and James, N. Determining nurse staffing levels: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, 558

⁹⁹ Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 463-471

En dehors de cet examen de la littérature, nous avons également organisé deux sessions de remue-méninges auxquelles ont été invités des experts (chefs de service en charge du travail social et travailleurs sociaux). L'objectif était d'établir la liste de tous les facteurs pouvant avoir une influence sur le travail journalier du travailleur social en milieu hospitalier. L'examen de la littérature et les sessions de remue-méninges ont permis de dresser une liste reprenant une centaine de facteurs influençant le travail social en milieu hospitalier.

Cette liste a été subdivisée en cinq grandes rubriques :

- facteurs sociaux,
- facteurs propres au milieu hospitalier,
- facteurs spécifiques au département/service social,
- facteurs liés au patient/la famille,
- caractéristiques du travail social.

Afin de pouvoir en finalité développer un questionnaire portant sur les facteurs d'influence, nous avons décidé, par la suite, de recourir à la méthode Delphi¹⁰⁰ pour réduire la liste à une trentaine de facteurs d'influence mesurables et pertinents pour le travail social. En janvier 2011, le concept et le document ont été présentés aux membres du groupe directeur. Ceux-ci étaient chargés d'estimer la pertinence et la mesurabilité pour chaque facteur individuel. Les documents complétés nous ont été renvoyés fin février. La procédure Delphi a été appliquée afin de rédiger un questionnaire utile pour les travailleurs sociaux. Il a été fait appel aux membres du groupe directeur pour constituer le groupe d'experts compte tenu de leurs connaissances du contenu, de leur expérience du travail social en milieu hospitalier à différents échelons (micro, macro et méso) et de leur participation à des projets de qualité, des enquêtes et des thèses d'étudiant.

Les résultats du sondage Delphi et les réactions reçues des membres du groupe directeur ont révélé qu'il n'était pas évident d'évaluer la mesurabilité des facteurs. Il n'a pas été possible, sur base de la mesurabilité combinée à la pertinence, de retenir trente facteurs. Nous avons fait part de cette constatation au D^r Ann Van Hecke (université de Gand) et à Dries Myny (collaborateur de l'équipe de direction des soins infirmiers de l'UZ Gent) qui ont suggéré de faire déterminer la mesurabilité par des « experts en statistique », attendu qu'il nous semblait que les chefs de service en charge du travail social pouvaient plus difficilement l'évaluer. Fin mars 2011, un nombre de scientifiques de l'université de Gand, de Louvain et de Liège ont donc été invités à se pencher sur la question. La réaction de ces experts en statistique concordait avec celle des experts en travail social.

Il est apparu indispensable d'organiser une discussion approfondie entre les experts en statistiques et les experts en travail social, en concertation avec Ann Van Hecke, afin de faire ressortir le problème au grand jour. Cette phase a donc pris plus de temps que prévu. Compte tenu des difficultés rencontrées et d'une éventuelle reproduction de l'exercice, il nous est apparu impossible de nous en tenir aux dates butoirs fixées par contrat et nous avons dû reporter la présentation du rapport final à fin mars 2012. Le SPF Santé, Environnement et Sécurité de la chaîne alimentaire a accepté notre proposition.

¹⁰⁰Méthode Delphi : « technique consistant à requérir l'avis d'un groupe d'experts sur un point de préoccupation ; les experts sont interrogés individuellement à plusieurs reprises et une synthèse des avis du groupe est distribuée entre chaque cycle afin de promouvoir l'adoption d'un consensus ». Polit D.F., Beck, C.T. (2010) Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 610 pages

Afin de tenir compte des réactions reçues, une description ou une définition de chaque facteur a été jointe au document (annexe 18). Des facteurs déterminés ont en outre été fusionnés, ce qui a permis de ramener la liste à 75 items. Il a, par ailleurs, été décidé de ne plus exécuter de second cycle Delphi, mais d'organiser une « réunion de consensus » dans chacune des parties du pays. Compte tenu des problèmes précédemment rencontrés, on part du principe que la méthode Delphi n'aurait pas permis de parvenir à un quelconque consensus. Telle est la raison pour laquelle les membres du groupe directeur ont été invités à échanger et à motiver leurs idées au cours de ces réunions de consensus. Une discussion a ainsi pu avoir lieu et chaque membre du groupe a pu, en se fondant sur sa propre expérience et ses propres connaissances, échanger des informations (notamment sur les instruments de mesure et la pertinence de certains facteurs d'influence).

En finalité, une trentaine de facteurs d'influence ont pu être retenus. Ceux-ci ont constitué la colonne vertébrale du questionnaire intitulé « Facteurs d'influence du travail social en milieu hospitalier » (annexe 19). La mesure dans laquelle la charge de travail et la fréquence des occurrences sont influencées a été déterminée pour chacun des facteurs. La structure, le contenu et la précision scientifique du questionnaire ont été contrôlés et testés en pratique par M^{me} Isabel Vantwembeke, chef de service adjointe en charge du travail social de l'UZ Gent. Aucun facteur d'influence n'a été retenu sous la rubrique « Caractéristiques du travailleur social », étant donné que ceux-ci sont plus difficiles à mesurer et à mettre en pratique.

4. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Au total, 394 questionnaires « Facteurs d'influence du travail social en milieu hospitalier » nous ont été renvoyés pour l'ensemble de la Belgique (288 dans la partie néerlandophone du pays et 106 dans la partie francophone), ce qui donne un taux de réponse de 88 %. L'abstention de deux hôpitaux dans la partie néerlandophone et les intéressés malades ou absents au moment de l'enquête expliquent déjà 31 des 56 non-répondants. Sur les 394 travailleurs sociaux participants, 201 (51 %) étaient occupés à plein temps, 145 (37 %) à temps partiel et 48 (12 %) à mi-temps. 263 (67 %) travailleurs sociaux sont actifs dans une organisation privée et 131 (33 %) dans un hôpital public. Sur les 394 travailleurs sociaux, 214 (54 %) travaillaient dans un hôpital général, un hôpital spécialisé ou un hôpital gériatrique et 180 (46 %) dans un hôpital universitaire.

Tableau 129 : ventilation des travailleurs sociaux en nombre d'années passées au service d'un hôpital et nombre d'années au service de l'hôpital actuel

	<u>Un hôpital</u>	<u>Hôpital actuel</u>
Ancienneté	Nombre de travailleurs sociaux	Nombre de travailleurs sociaux
0-4 ans	123	107
5-9 ans	67	74
10-14 ans	70	72
15-19 ans	32	31
> = 20 ans	102	110
Total	394	394

5. MÉTHODE

Afin de pouvoir établir une comparaison entre les différents facteurs d'influence, un facteur d'impact a été mesuré en multipliant à chaque fois l'influence¹⁰¹ par la fréquence des occurrences¹⁰². Un facteur d'influence peut ainsi avoir un impact minimal compris entre 1 et 36. La somme des impacts, la médiane, le Q1, le Q3 et l'IQR seront rapportés pour chaque facteur.

Pour l'ensemble de la Belgique, les cinq facteurs d'influence qui ont le plus grand impact sont mentionnés en vert et ceux qui ont le moindre impact en rouge. Pour les différentes strates, en plus des paramètres descriptifs, des analyses statistiques sont également exécutées. Le test non paramétrique U de Mann-Whitney a été utilisé afin de pouvoir déterminer l'existence d'éventuelles différences entre les strates (partie du pays, statut et taille de l'hôpital) ainsi qu'entre les différents types d'hôpital (général, gériatrique et spécialisé ou universitaire). Les répartitions des variables ont été contrôlées sur la base d'un graphe Q-Q. Un seuil d'importance de 0,05 a été appliqué.

6. RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LES FACTEURS D'INFLUENCE

6.1 Résultats pour l'ensemble de la Belgique

Les facteurs d'influence qui ont le plus grand impact (médiane de 30) sur les activités de travail social sont les soins professionnels limités à domicile, la nature et la complexité du groupe cible de patients, la durée d'hospitalisation du département, le nombre d'arrêts de travail et l'autonomie limitée du patient.

Les facteurs ayant l'impact le plus faible sur la charge de travail des travailleurs sociaux sont les suivants :

- absence de supérieur hiérarchique direct,
- description de la propre fonction,
- politique de formation claire,
- experts en travail social,
- possibilités de formation limitées.

¹⁰¹ 1 = pas d'influence, 2 = très peu d'influence, 3 = peu d'influence, 4 = influence raisonnable, 5 = beaucoup d'influence, 6 = énormément d'influence

¹⁰² 1 = non, 2 = annuel, 3 = semestriel, 4 = mensuel, 5 = hebdomadaire, 6 = quotidien

Tableau 130: valeurs d'impact, médiane, Q1, Q3 et IQR de tous les facteurs d'influence pour l'ensemble de la Belgique

Belgique (n = 394)						
Facteur d'influence		Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR
Facteurs sociaux	Spécialisation d'autres groupes professionnels et disciplines	5465	15	4	20	16
	Décision des pouvoirs publics	5513	12	6	20	14
Facteurs propres au milieu hospitalier	Soins professionnels à domicile limités	10640	30	20	36	16
	Aide de l'entourage immédiat limitée ou inexistante	10036	25	20	30	10
	Infrastructure	6878	20	4	30	26
	Lieu de travail du travailleur social	7013	20	6	30	24
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	6763	18	9	24	15
	Vision et intégration limitée de la gestion des sorties	6929	18	6	30	24
	Situation de l'hôpital	5989	16	5	24	19
	Absence/définition et communication limitées des rôles, des responsabilités et des compétences	6103	16	9	20	11
	Absence de soutien administratif	6115	15	4	24	20
	Absence d'accord de coopération/convention...	5130	12	4	20	16
	Prise en compte du travail social dans la politique	5443	12	6	20	14
	Changements et instabilité	5245	12	4	20	16
	Structure de communication limitée dans la politique	5331	12	5	20	15
	Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	4603	10	4	20	16
	Facteurs environnementaux	4402	9	2	20	18
	Absence de soutien TI	4879	9	2	20	18
	Absence de description de fonction pour les autres disciplines	4169	9	3	16	13
	Place dans l'organigramme	4507	9	2	18	16
	Absence de description de la propre fonction	3978	7	1	16	15
	Absence de politique de formation claire	3442	6	2	12	10
Possibilités de formation limitées	3546	6	2	15	13	
Absence d'experts en travail social	3181	4	1	12	11	

Belgique (n = 394)						
Facteur d'influence		Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR
Facteurs liés au département/service social	Nature et complexité du groupe cible de patients	10338	30	20	36	16
	Durée d'hospitalisation	9860	30	20	36	16
	Arrêts de travail	11419	30	24	36	12
	Nature du travail	10052	25	20	30	10
	Pathologie chronique vs aiguë des patients	9047	24	16	30	14
	Fonctionnement de l'équipe et sa vision du travail social	8634	24	16	30	14
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	6795	20	6	25	19
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	7200	20	10	25	15
	Structure de communication limitée	5619	14	5	20	15
	Absence d'accord de coopération/convention...	5235	12	4	20	16
	Coaching et implication limités des supérieurs hiérarchiques directs	4768	12	4	18	14
	Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	5586	12	6	20	14
	Absence de supérieur hiérarchique direct	3960	6	1	16	15
	Facteurs liés aux patients/à la famille	Autonomie limitée	10759	30	24	36
Grand besoin de soins individuels		10185	25	20	30	10
Complexité de la maladie		10259	25	20	30	10
Acceptation limitée de la maladie		9316	25	20	30	10
Moyens financiers limités		8680	22	16	30	14
Autres caractéristiques		8331	20	15	30	15
Cause de la maladie/du traumatisme		8716	20	16	30	14
Niveau d'éducation restreint		6586	16	9	24	15
Présence de patients d'une autre origine		6640	16	12	20	8

6.2 Résultats pour la strate « partie du pays »

La nature et la complexité du groupe cible de patients a un plus gros impact sur la charge de travail des travailleurs sociaux dans la partie néerlandophone du pays que dans la partie francophone. Un impact nettement supérieur s'observe également en ce qui concerne le facteur d'influence « fonctionnement de l'équipe et sa vision du travail social » dans la partie néerlandophone du pays. Les médianes étant identiques, l'évolution de l'importance a été examinée à l'aide d'un diagramme à deux dimensions.

Dans la partie francophone du pays, on a observé un impact supérieur des moyens financiers limités du patient sur la charge des travailleurs sociaux. Un impact nettement supérieur sur la charge de travail dans la partie francophone du pays est également obtenu pour les facteurs suivants :

- vision et intégration limitées de la gestion des sorties au niveau de l'hôpital, ainsi qu'au niveau du département/service social,
- situation de l'hôpital,
- absence de soutien administratif,
- changements et instabilité,
- facteurs environnementaux,
- absence de description de fonction pour les autres disciplines,
- absence d'instructions, d'orientations et de protocoles au niveau du département/service social,
- niveau d'éducation restreint du patient,
- autres caractéristiques du patient,
- présence de patients d'une autre origine.

Tableau 131: valeurs d'impact, médiane, Q1, Q3 et IQR de tous les facteurs d'influence pour la strate « partie du pays »

Strate « partie du pays »												
Facteurs d'influence		Néerlandophone (n = 288)					Francophone (n = 106)					Valeur P
		Somme	médiane	Q1	Q3	IQR	Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Facteurs sociaux	Spécialisation d'autres groupes professionnels et disciplines	4010	15	4	20	16	1455	12	3	21	18	0,738
	Décisions des pouvoirs publics	3901	12	6	20	14	1612	15	4	24	20	0,289
Facteurs propres au milieu hospitalier	Soins professionnels à domicile limités	7882	30	24	36	12	2758	30	20	36	16	0,143
	Aide de l'entourage immédiat limitée ou inexistante	7240	25	20	30	10	2796	30	20	30	10	0,2
	Infrastructure	4996	20	3	30	27	1882	18	6	30	24	0,941
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	4990	20	9	24	15	1773	16	12	24	13	0,442
	Lieu de travail du travailleur social	5032	18	6	30	24	1981	22	6	30	24	0,482
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	4473	16	5	24	19	2456	24	16	30	14	<0,001
	Absence/définition et communication limitées des rôles, des responsabilités et des compétences	4418	16	9	20	11	1685	15	6	24	18	0,805
	Absence d'accord de coopération/convention...	3799	14	4	20	16	1331	12	2	20	18	0,264
	Situation de l'hôpital	3977	12	3	20	17	2012	20	12	25	13	<0,001
	Prise en compte du travail social dans la politique	3894	12	6	20	14	1549	12	6	24	18	0,53
	Absence de soutien administratif	4213	12	4	24	20	1902	20	6	30	24	0,031
	Structure de communication limitée dans la politique	3899	12	5	20	15	1432	12	4	20	16	0,823
	Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	3301	10	4	16	12	1302	12	1	20	19	0,937
	Changements et instabilité	3631	10	4	20	16	1614	12	6	24	18	0,053
	Facteurs environnementaux	2847	9	1	16	15	1555	15	6	24	18	<0,001
	Place dans l'organigramme	3201	9	3	16	13	1306	8	1	20	19	0,86
	Absence de description de fonction d'autres disciplines	2842	9	2	16	14	1327	12	4	20	16	0,023
	Absence de description de la propre fonction	2718	6	1	16	15	1260	9	1	20	19	0,086
	Absence de soutien TI	3298	6	3	20	17	1581	15	1	25	24	0,066
	Absence de politique de formation claire	2572	6	2	16	14	870	6	1	12	11	0,222
Possibilités de formation limitées	2517	6	2	15	13	1029	9	1	15	14	0,435	
Absence d'experts en travail social	2379	4	1	12	11	802	4	1	10	9	0,198	

Strate « partie du pays »												
Facteurs d'influence		Néerlandophone (n=288)					Francophone (n=106)					Valeur p
		Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Facteurs liés au département/service social	Nature et complexité du groupe cible de patients	7744	30	24	36	12	2594	24	20	32	12	0,018
	Arrêts de travail	8304	30	24	36	12	3115	30	24	36	12	0,359
	Nature du travail	7235	25	20	30	10	2817	28	20	30	10	0,338
	Durée d'hospitalisation	7018	25	20	36	16	2842	30	23	36	13	0,083
	Pathologie chronique vs aiguë des patients	6406	24	16	30	14	2641	25	20	30	10	0,067
	Fonctionnement de l'équipe et sa vision du travail social	6129	24	16	30	14	2505	24	18	30	12	0,041
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	5218	20	9	25	16	1982	20	12	24	12	0,764
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	4388	16	5	24	19	2407	24	18	30	13	<0,001
	Absence d'accord de coopération/convention...	3825	12	4	20	16	1410	12	4	20	16	0,764
	Structure de communication limitée	3951	12	5	20	15	1668	16	6	24	18	0,158
	Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	3788	12	6	20	14	1798	16	12	24	12	0,001
	Coaching et implication limités des supérieurs hiérarchiques directs	3414	12	4	16	12	1354	12	1	20	19	0,874
	Absence de supérieur hiérarchique direct	2965	6	1	16	15	995	4	1	16	15	0,06
Facteurs liés aux patients/à la famille	Grand besoin de soins individuels	7538	30	20	30	10	2647	25	20	30	10	0,177
	Autonomie limitée	7798	30	24	36	12	2961	30	24	36	12	0,276
	Complexité de la maladie	7504	25	20	30	10	2755	25	20	30	10	0,668
	Acceptation limitée de la maladie	6768	25	20	30	10	2548	24	20	30	10	0,938
	Causes de la maladie/du traumatisme	6263	20	16	30	14	2453	24	16	30	14	0,295
	Moyens financiers limités	5769	20	15	25	10	2911	30	20	36	16	<0,001
	Niveau d'éducation restreint	4525	16	7	20	14	2061	20	14	24	10	0,001
	Autres caractéristiques	5651	20	12	30	18	2680	25	20	32	12	<0,001
	Présence de patients d'une autre origine	4608	16	12	20	8	2032	20	12	25	13	0,001

6.3 Résultats pour la strate « statut de l'hôpital »

Dans les hôpitaux publics, un impact nettement plus élevé sur la charge de travail des travailleurs sociaux est observé pour les facteurs d'influence suivants :

- poste de travail du travailleur social,
- place dans l'organigramme,
- structure de communication limitée dans la politique,
- nature du travail,
- niveau d'éducation restreint du patient,
- moyens financiers limités,
- présence de patients d'une autre origine,
- autres caractéristiques du patient.

Dans les hôpitaux privés, un impact nettement supérieur sur la charge de travail des travailleurs sociaux a été constaté pour les facteurs d'influence suivants :

- arrêts de travail,
- autonomie limitée du patient,
- acceptation limitée de la maladie.

Lorsque les médianes sont identiques, la direction de l'importance a toujours été déterminée au moyen d'un diagramme à deux dimensions.

Tableau 132 : valeurs d'impact, médiane, Q1, Q3 et IQR de tous les facteurs d'influence pour la strate « statut »

		Strate « statut »										
Facteur d'influence		Hôpitaux privés (n = 263)					Hôpitaux publics (n = 131)					Valeur p
		Somme	Médiane	Q 1	Q 3	IQR	Somme	Médiane	Q 1	Q 3	IQR	
Facteurs sociaux	Décisions des pouvoirs publics	3606	12	4	20	16	1907	12	6	20	14	0,447
	Spécialisation d'autres groupes professionnels et disciplines	3574	12	3	20	17	1891	15	6	24	18	0,436
Facteurs propres au milieu hospitalier	Aide de l'entourage immédiat limitée ou inexistante	6742	25	20	30	10	3294	25	20	30	10	0,743
	Soins professionnels à domicile limités	7159	30	24	36	12	3481	30	20	36	16	0,501
	Situation de l'hôpital	3983	16	5	24	19	2006	15	4	25	21	0,894
	Facteurs environnementaux	2909	9	2	20	18	1493	12	1	20	19	0,886
	Absence/définition et communication limitées des rôles, des responsabilités et des compétences	4136	16	9	20	11	1967	15	6	20	14	0,361
	Absence de description de la propre fonction	2615	8	1	16	15	1363	6	1	16	15	0,699
	Absence de description de la fonction d'autres disciplines	2771	9	3	16	13	1398	9	2	16	14	0,954
	Absence d'accord de coopération/convention...	3393	12	4	20	16	1737	12	5	20	15	0,706
	Infrastructure	4517	18	3	25	22	2361	20	6	30	24	0,390
	Poste de travail du travailleur social	4382	18	4	30	26	2631	24	9	30	21	0,009
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	4516	18	9	24	15	2247	18	9	24	15	0,864
	Prise en compte du travail social dans la politique	3687	12	6	20	14	1756	12	4	20	16	0,375
	Changements et instabilité	3457	12	4	20	16	1788	12	6	20	14	0,493
	Place dans l'organigramme	2819	8	2	16	14	1688	12	3	20	17	0,023
	Absence de politique de formation claire	2329	6	2	15	13	1113	6	1	12	11	0,413
	Possibilités de formation limitées	2294	6	2	15	13	1252	8	2	16	14	0,303
	Absence d'experts en travail social	2163	4	1	12	11	1018	4	1	12	11	0,497
	Absence de soutien administratif	4126	16	4	25	21	1989	12	4	24	20	0,729
	Absence de soutien TI	3127	8	2	20	18	1752	9	2	24	22	0,369
Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	4723	20	6	30	24	2206	16	5	25	20	0,353	
Structure de communication limitée dans la politique	3380	12	4	20	16	1951	15	6	24	18	0,054	
Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	3011	9	3	18	15	1592	12	4	20	16	0,523	

Strate « statut »												
Facteur d'influence	Hôpitaux privés (n = 263)					Hôpitaux publics (n = 131)					Valeur p	
	Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	Somme	médiane	Q1	Q3	IQR		
Facteurs liés au département/service social	Pathologie chronique vs aiguë du patient	5887	24	16	30	14	3160	30	18	36	18	0,063
	Fonctionnement de l'équipe et sa vision du travail social	5584	24	16	30	14	3050	24	18	30	12	0,060
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	4733	20	10	25	15	2467	20	12	25	13	0,561
	Absence d'accord de coopération/convention...	3430	12	4	20	16	1805	12	5	20	15	0,499
	Structure de communication limitée	3729	15	5	20	15	1890	12	5	24	19	0,988
	Absence de supérieur hiérarchique direct	2652	6	1	16	15	1308	6	1	16	15	0,859
	Coaching et implication limités du supérieur hiérarchique direct	3220	12	4	18	14	1548	9	2	18	16	0,485
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	4552	20	6	25	19	2243	20	6	24	18	0,902
	Nature et complexité du groupe cible des patients	6822	30	20	36	16	3516	30	24	36	12	0,359
	Nature du travail	6557	25	20	30	10	3495	30	24	30	6	0,034
	Durée d'hospitalisation	6505	25	20	30	10	3355	30	20	36	16	0,178
	Arrêts de travail	7442	30	24	36	12	3977	30	30	36	6	0,002
	Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	3586	12	6	20	14	2000	15	9	24	15	0,171
	Facteurs liés au patient/à la famille	Niveau d'éducation restreint	4153	16	8	20	12	2433	20	12	25	13
Moyens financiers limités		5602	20	16	30	14	3078	25	18	30	12	0,020
Présence de patients d'une autre origine		4193	16	12	20	8	2447	18	15	24	9	0,001
Autres caractéristiques		5373	20	15	30	15	2958	24	15	30	15	0,053
Grand besoin de soins individuels		6680	25	20	30	10	3505	30	20	36	16	0,086
Autonomie limitée		7031	30	20	36	16	3728	30	24	36	12	0,041
Complexité de la maladie		6751	25	20	30	10	3508	30	24	30	6	0,217
Acceptation limitée de la maladie		6061	25	18	30	12	3255	25	20	30	10	0,017
Cause de la maladie/du traumatisme	5709	20	16	30	14	3007	24	16	30	14	0,225	

6.4 Résultats pour la strate « taille de l'hôpital »

Par analogie avec ce qui a été fait pour le questionnaire relatif à l'importance et à l'enregistrement de la fréquence et de la durée, il a été décidé de réduire le nombre de catégories¹⁰³ de quatre à deux (0-299 et ≥ 300 de lits agréés).

¹⁰³ Catégorie 1 : 0-199, catégorie 2 : 200-299, catégorie 3 : 300-449 et catégorie 4 : ≥ 450 lits agréés

Dans les petits hôpitaux (moins de 300 lits agréés), l'impact supérieur sur la charge de travail des travailleurs sociaux semble provenir des facteurs d'influence suivants :

- aide de l'entourage immédiat limitée ou inexistante,
- absence de soutien administratif,
- absence de soutien TI,
- structure de communication limitée dans la politique.

Dans les plus grands hôpitaux, l'impact le plus lourd semble provenir de la spécialisation d'autres groupes professionnels et disciplines et de la présence de patients d'une autre origine.

Tableau 133 : valeurs d'impact, médiane, Q1, Q3 et IQR de tous les facteurs d'influence pour la strate « taille de l'hôpital »

Facteur d'influence		Strate « taille de l'hôpital »										Valeur p
		Petits hôpitaux (< 300 lits agréés) (n = 54)					Grands hôpitaux (plus ou égal à 300 lits agréés) (n = 340)					
		Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Facteurs sociaux	Décision des pouvoirs publics	645	11	2	20	18	4868	12	6	20	14	0,072
	Spécialisation d'autres groupes professionnels et disciplines	566	9	1	20	19	4899	15	6	20	14	0,004
Facteurs propres au milieu hospitalier	Aide de l'entourage immédiat limitée ou inexistante	1514	30	23	36	13	8522	25	20	30	10	0,006
	Soins professionnels à domicile limités	1505	30	23	36	13	9135	30	20	36	16	0,238
	Hospitalisation	857	20	2	25	23	5132	15	6	24	18	0,645
	Facteurs d'environnement	599	11	1	20	19	3803	9	2	20	18	0,623
	Absence/définition et communication limitées des rôles, des responsabilités et des compétences	908	16	8	24	16	5195	16	9	20	11	0,387
	Absence de description de la propre fonction	610	6	1	19	18	3368	8	1	16	15	0,926
	Absence de description de la fonction d'autres disciplines	529	6	1	16	15	3640	9	3	16	13	0,152
	Absence d'accord de coopération/convention...	678	12	4	20	16	4452	12	4	20	16	0,604
	Infrastructure	912	20	2	30	28	5966	19	4	30	26	0,698
	Lieu de travail du travailleur social	1008	24	5	30	25	6005	20	6	30	24	0,716
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	915	16	9	25	16	5848	18	9	24	15	0,864
	Prise en compte du travail social dans la politique	795	12	6	20	14	4648	12	6	20	14	0,383
	Changements et instabilité	836	16	6	24	19	4409	12	4	20	16	0,089
	Place dans l'organigramme	633	9	2	20	18	3874	9	3	18	15	0,935
	Absence de politique de formation claire	563	9	2	17	15	2879	6	2	12	10	0,138
	Possibilités de formation limitées	524	9	3	16	13	3022	6	2	15	13	0,347
	Absence d'experts en travail social	362	4	1	9	8	2819	4	1	12	11	0,623
	Absence de soutien administratif	1008	20	6	30	24	5107	15	4	24	20	0,038
	Absence de soutien TI	792	12	6	24	18	4087	6	2	20	18	0,021
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	861	14	5	26	21	6068	20	6	30	24	0,311
Structure de communication limitée dans la politique	899	16	6	25	19	4432	12	4	20	16	0,007	

Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	667	11	3	20	17	3936	10	4	18	14	0,724
---	-----	----	---	----	----	------	----	---	----	----	-------

Facteur d'influence		Strate de taille de l'hôpital										Valeur p
		Petits hôpitaux (< 300 lits agréés) (n = 54)					Grands hôpitaux (plus ou égal à 300 lits agréés) (n = 340)					
		soma	médiane	Q1	Q3	IQR	somme	médiane	Q1	Q3	IQR	
Facteurs liés au département/service social	Pathologie chronique vs aiguë des patients	1219	24	16	30	14	7828	24	16	30	14	0,848
	Fonctionnement de l'équipe et sa vision du travail social	1157	24	12	30	18	7477	24	16	30	14	0,902
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	955	20	9	24	16	6245	20	10	25	15	0,715
	Absence d'accord de coopération/convention...	680	12	4	20	16	4555	12	4	20	16	0,615
	Structure de communication limitée	757	12	4	24	21	4862	15	5	20	15	0,715
	Absence de supérieur hiérarchique direct	611	8	1	20	19	3349	6	1	16	15	0,664
	Coaching et implication limités du supérieur hiérarchique direct	685	11	2	24	22	4083	12	4	16	12	0,908
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	850	16	5	24	19	5945	20	6	25	19	0,318
	Nature et complexité du groupe cible de patients	1417	30	20	36	16	8921	30	20	36	16	0,817
	Nature du travail	1445	30	24	30	6	8607	25	20	30	10	0,403
	Durée d'hospitalisation	1386	30	20	36	16	8474	30	20	36	16	0,765
	Arrêts de travail	1599	30	25	36	11	9820	30	24	36	12	0,428
	Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	830	12	9	21	12	4756	12	6	20	14	0,452
Facteurs liés au patient/à la famille	Niveau d'éducation restreint	843	15	9	21	12	5743	16	9	24	15	0,282
	Moyens financiers limités	1148	24	14	30	16	7532	20	16	30	14	0,596
	Présence de patients d'une autre origine	817	15	11	20	9	5823	16	12	20	8	0,024
	Autres caractéristiques	1092	20	12	30	18	7239	20	15	30	15	0,599
	Grand besoin de soins individuels	1426	28	20	36	16	8759	25	20	30	10	0,581
	Autonomie limitée	1534	30	24	36	12	9225	30	24	36	12	0,328
	Complexité de la maladie	1379	25	20	30	10	8880	25	20	30	10	0,561
	Acceptation limitée de la maladie	1326	25	20	30	10	7990	25	18	30	12	0,379
Cause de la maladie/du traumatisme	1119	20	16	25	9	7597	24	16	30	14	0,24	

6.5 Résultats des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques par opposition aux hôpitaux universitaires

Un impact nettement supérieur des facteurs d'influence suivants a été observé dans le groupe des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques :

- aide de l'entourage immédiat limitée ou inexistante ($p < 0,001$),
- soins professionnels à domicile limités ($p < 0,001$),
- conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions (hôpital) ($p = 0,011$),
- changements et instabilité ($p < 0,001$),
- place dans l'organigramme ($p = 0,057$),
- absence de politique de formation claire ($p < 0,001$),
- possibilités de formation limitées ($p < 0,001$),
- absence d'experts en travail social ($p = 0,031$),
- absence de soutien administratif ($p = 0,013$),
- structure de communication limitée dans la politique ($p < 0,001$),
- absence d'instructions, d'orientations et de protocoles au niveau de l'hôpital ($p = 0,009$),
- absence de supérieur hiérarchique direct ($p = 0,05$),
- coaching et implication limités des supérieurs hiérarchiques directs ($p = 0,005$),
- nature et complexité du groupe cible de patients ($p = 0,035$),
- durée d'hospitalisation du département ($p < 0,001$) et
- acceptation limitée de la maladie ($p = 0,001$).

La présence de patients d'une autre origine ($p = 0,001$) a un impact sur la charge de travail des travailleurs sociaux nettement supérieur dans le groupe des hôpitaux universitaires que dans celui des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques.

Tableau 134 : valeurs d'impact, médiane, Q1, Q3 et IQR de tous les facteurs d'influence pour les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux

	Facteur d'influence	UZ/AZ										Valeur p
		AZ (n = 214)					UZ (n = 180)					
		Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Facteurs sociaux	Décisions des pouvoirs publics	3003	12	6	20	14	2510	12	5	20	15	0,869
	Spécialisation d'autres groupes professionnels et disciplines	2972	15	3	20	17	2493	12	4	20	16	0,953
Facteurs propres au milieu hospitalier	Aide de l'entourage immédiat limitée ou inexistante	5792	30	23	30	7	4244	25	20	30	10	<0,001
	Soins professionnels à domicile limités	6203	30	25	36	11	4437	25	20	36	16	<0,001
	Situation de l'hôpital	3242	16	6	24	18	2747	16	4	24	20	0,959
	Facteurs environnementaux	2361	9	2	16	14	2041	10	1	20	19	0,851
	Absence/définition et communication limitées des rôles, des responsabilités et des compétences	3457	16	9	20	11	2646	15	8	20	12	0,157
	Absence de description de la propre fonction	2273	7	1	16	15	1705	7	1	16	15	0,291
	Absence de description de la fonction d'autres disciplines	2372	9	3	16	13	1797	9	2	15	13	0,259
	Absence d'accord de coopération/convention...	2893	14	6	20	14	2237	12	3	20	17	0,123
	Infrastructure	3914	20	6	30	24	2964	18	3	25	22	0,135
	Poste de travail du travailleur social	3773	18	6	30	24	3240	20	6	30	24	0,820
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	3923	20	11	25	14	2840	16	9	24	15	0,011
	Prise en compte du travail social dans la politique	3019	12	6	20	14	2424	12	6	20	14	0,362
	Changements et instabilité	3388	16	6	24	18	1857	8	2	15	13	<0,001
	Place dans l'organigramme	2569	9	3	18	15	1938	7	2	18	16	0,057
	Absence de politique de formation claire	2192	9	3	16	13	1250	5	1	9	8	<0,001
	Possibilités de formation limitées	2229	9	3	16	13	1317	6	1	12	11	<0,001
	Absence d'experts en travail social	1886	6	1	12	11	1295	4	1	9	8	0,031
	Absence de soutien administratif	3576	16	6	25	19	2539	12	3	24	21	0,013
	Absence de soutien TI	2711	9	3	20	17	2168	7	1	20	19	0,386
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	3821	20	6	30	24	3108	18	6	25	19	0,507
Structure de communication limitée dans la politique	3241	15	6	24	18	2090	9	3	20	17	<0,001	
Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	2747	12	4	20	16	1856	9	2	16	14	0,009	

	Facteur d'influence	UZ/AZ										Valeur P
		AZ (n = 214)					UZ (n = 180)					
		Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	Somme	Médiane	Q1	Q3	IQR	
Facteurs liés au département/service social	Pathologie chronique vs aiguë du patient	5076	25	16	30	14	3971	24	16	30	14	0,268
	Fonctionnement de l'équipe et sa vision du travail social	4690	24	16	30	14	3944	24	16	30	14	0,899
	Conceptions de base, valeurs, perspectives et opinions	3973	20	10	25	15	3227	20	9	25	16	0,624
	Absence d'accord de coopération/convention...	2930	12	5	20	15	2305	12	3	20	17	0,331
	Structure de communication limitée	3094	12	5	20	15	2525	15	5	20	15	0,779
	Absence de supérieur hiérarchique direct	2463	6	1	20	19	1497	6	1	12	11	0,050
	Coaching et implication limités du supérieur hiérarchique direct	2915	12	4	20	16	1853	9	2	16	14	0,005
	Vision et intégration limitées de la gestion des sorties	3738	20	6	25	19	3057	18	6	25	19	0,537
	Nature et complexité du groupe cible de patients	5831	30	24	36	12	4507	25	20	36	16	0,035
	Nature du travail	5583	28	20	30	10	4469	25	20	30	10	0,114
	Durée d'hospitalisation	5814	30	20	36	16	4046	25	12	30	18	<0,001
	Arrêts de travail	6322	30	24	36	12	5097	30	24	36	12	0,185
	Absence d'instructions, d'orientations et de protocoles	3201	15	9	20	11	2385	12	5	20	15	0,100
Facteurs liés au patient/à la famille	Niveau d'éducation restreint	3597	16	9	24	15	2989	16	9	24	15	0,941
	Moyens financiers limités	4671	20	16	30	14	4009	24	16	30	14	0,605
	Présence de patients d'une autre origine	3392	15	12	20	8	3248	16	15	23	8	0,001
	Autres caractéristiques	4596	24	15	30	15	3735	20	16	30	14	0,432
	Grand besoin de soins individuels	5653	30	20	30	10	4532	25	20	30	10	0,125
	Autonomie limitée	5982	30	24	36	12	4777	30	20	36	16	0,074
	Complexité de la maladie	5585	25	20	30	10	4674	25	20	30	10	0,698
	Acceptation limitée de la maladie	5329	25	20	30	10	3987	20	16	30	14	0,001
Cause de la maladie/du traumatisme	4724	24	16	30	14	3992	20	16	30	14	0,886	

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

1. INTRODUCTION

Le présent chapitre vise à analyser les résultats notifiés et à rechercher des explications possibles. Nous commencerons par discuter des résultats pour l'ensemble de la Belgique, puis nous passerons à l'analyse strate par strate. Nous établirons ensuite une comparaison approfondie du groupe des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques avec le groupe des hôpitaux universitaires. Les principaux résultats seront à chaque fois discutés pour les activités principales et pour les sous-activités. Nous terminerons par la formulation d'une série de limitations concernant l'étude.

2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

- **Belgique**

L'**aide psychosociale** a été considérée comme étant l'activité principale la plus importante. Dans un contexte de travail idéal, cette activité principale serait considérée comme étant encore plus importante dans l'ensemble des tâches à exécuter par les travailleurs sociaux. Le fait que l'aide psychosociale soit considérée comme l'activité principale la plus importante n'a rien d'étonnant, étant donné qu'elle est imbriquée dans chaque intervention de travail social. De même, la formation met fortement l'accent sur les aptitudes et le travail méthodique. Selon nous, l'aide psychosociale constitue le fondement de l'aide experte et cette activité principale doit être appliquée comme un fil rouge à travers les différents problèmes auxquels un patient ou son entourage est confronté. Sjef De Vries confirme cette perception en ajoutant qu'en plus des autres activités principales, l'aide psychosociale détermine l'aspect du travail social. L'auteur précise que cette activité principale doit être appliquée sur différents terrains. En dehors de cela, il est établi que s'il n'existe aucun lien direct de cause à effet entre les différents domaines vitaux, les problèmes sont imbriqués les uns dans les autres et montrent donc un lien. Il existe entre les domaines vitaux une hiérarchie déterminée qui peut être perturbée par un événement intense (notamment le décès d'un partenaire) ou une influence de même durée (entre autres des problèmes financiers persistants). Le lien peut de ce fait être perturbé et tout doit être mis en œuvre pour rétablir l'homéostasie. Si le patient ou sa famille ne peut rétablir l'équilibre, le travailleur social doit aider à trouver des solutions possibles et tenir compte de cette influence circulaire¹⁰⁴.

La sous-activité « soutien » semble être de loin la sous-activité la plus importante de l'activité principale « aide psychosociale » dans le contexte de travail actuel et contexte de travail idéal. Il est en outre apparu que cette sous-activité arrive en troisième position et la sous-activité « accompagnement » en neuvième position dans le classement établi lors de l'enregistrement de la fréquence et de la durée.

Outre l'aide psychosociale, la **coordination des soins** semble être la deuxième activité principale la plus importante selon les travailleurs sociaux.

¹⁰⁴ Sjef De Vries, Basismethodiek psychosociale hulpverlening. BohnStafleu van Loghum, 2010, 448

Les sous-activités « donner des informations », « collaborer à une réflexion liée à la situation du patient », « mise en place d'aide du réseau social » et « mise en place d'aide et de services » de l'activité principale « coordination des soins » sont considérées comme étant plus importantes encore dans le contexte de travail idéal. Il ressort cependant de l'enregistrement de la fréquence et de la durée qu'énormément de temps soit déjà investi dans ces sous-activités. Tel est notamment le cas pour la sous-activité « collaborer à une réflexion liée à la situation du patient » qui arrive en haut du classement.

Une grande importance est accordée à l'activité principale « coordination des soins » et à ses sous-activités à tous les niveaux (méso, micro et macro), le but recherché étant une durée d'hospitalisation optimale et des soins de très grande qualité pour le patient. La continuité de la fourniture des soins doit être garantie. Au niveau du département/service, le travailleur social joue ici un rôle important au sein de l'équipe interdisciplinaire en tant que gestionnaire des sorties. Dans son avis coordonné relatif au service social à l'hôpital de 2001, le CNEH a ainsi souligné que la coordination des soins à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital est l'une des tâches spécifiques du service social hospitalier¹⁰⁵. De même dans son avis de 2011 concernant un cadre légal pour le travail social à l'hôpital, le groupe de travail « service social à l'hôpital » a considéré la coordination des soins comme l'une des activités principales. Le travailleur social est mis sur le devant de la scène en tant que personnage principal dans la préparation de l'admission et de la sortie du patient :

« Le travail social découle de la collaboration interdisciplinaire. Le travailleur social collabore étroitement avec tous les autres praticiens de l'hôpital et avec les services et les institutions hors de l'hôpital. Le travailleur social remplit un rôle d'intermédiaire entre le patient et son entourage, l'équipe multidisciplinaire et les partenaires extra-muros »¹⁰⁶.

Bien que l'aide sociale et administrative arrive en troisième position du classement sur base de l'importance des activités principales, elle n'arrive qu'en sixième place dans le classement fondé sur la fréquence et la durée.

Même si les travailleurs sociaux considèrent la recherche et le reporting ainsi que les (autres) activités principales non liées au patient comme des activités moins importantes, il semble que dans la pratique, ils consacrent quand même beaucoup de temps par jour à l'exécution d'activités indirectes et d'activités non liées au patient. L'impact de la recherche et du reporting, de la coordination des soins et des autres activités non liées au patient sur l'ensemble des tâches incombant au travailleur social est supérieur à celui de l'aide psychosociale. Parmi ces trois activités principales, seule la coordination des soins se retrouve dans les trois premières positions en termes d'importance. La raison peut sans doute être recherchée dans le fait que le contenu de ces activités principales n'est pas lié directement à leur groupe cible réel et que les soins directs aux patients sont considérés par priorité comme étant l'activité la plus importante. Ces activités principales sont toutefois indispensables pour offrir aux patients des soins de qualité. Vu que la gestion du dossier est essentielle pour assurer un suivi efficace des patients — et acquiert plus d'importance encore dans le cadre de la loi sur les droits des patients — et que l'enregistrement des activités des patients est indispensable pour défendre la plus-value du travail social vis-à-vis de la direction de l'hôpital et de l'autorité publique, il est évident que ces sous-activités constituent un sous-ensemble de

¹⁰⁵ Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, département de la programmation et de l'agrément, CNEH, avis coordonné relatif au service social à l'hôpital, 8.3.2001

¹⁰⁶ Groupe de travail « Service social à l'hôpital », SPF Santé Sécurité Alimentaire et de Environnement, avis concernant le service social à l'hôpital, janvier 2011

l'ensemble des activités incombant au travailleur social en milieu hospitalier. L'investissement en temps requis pour les activités liées à l'organisation et au service et pour les supervisions non liées au patient apparaît également grand. Les travailleurs sociaux participent souvent à des groupes de travail internes et externes et à des structures de concertation thématiques spécifiques. Le nombre des travailleurs sociaux actifs dans un hôpital étant limité, il est évident que ce sont les mêmes personnes qui assurent ces activités.

Enfin, nous examinerons les facteurs qui ont une influence sur la charge de travail des travailleurs sociaux à la fois dans le groupe des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques et dans celui des hôpitaux universitaires. Les facteurs qui ont le plus d'impact concernent en particulier les soins directs au patient. Attendu qu'aux yeux des travailleurs sociaux les activités principales associées aux patients sont les plus importantes, ce résultat semble logique.

Les travailleurs sociaux actifs en milieu hospitalier estiment en premier lieu que les **soins professionnels à domicile limités** engendrent une augmentation de leur charge de travail. La plupart des articles parus dans la littérature sur ce sujet sont rédigés en partant de la perspective du patient ou de l'entourage aidant. On peut toutefois souligner que, partant des besoins des patients, les prestataires de soins doivent, ces dernières années, faire de plus en plus souvent appel à des soins professionnels à domicile. Sous l'effet de certaines évolutions telles que le raccourcissement de la durée d'hospitalisation, qui est elle-même considérée comme un facteur d'influence, les changements sociaux associés par exemple au développement d'une population de seniors qui aspirent à être soignés chez eux le plus longtemps possible, le nombre croissant de maladies chroniques¹⁰⁷, les possibilités technologiques permettant d'obtenir des traitements médicaux à domicile et la socialisation des soins¹⁰⁸, l'importance des soins à domicile et des environnements domestiques alternatifs est en augmentation. Les projets de renouvellement des soins dans le cadre de la politique des soins aux personnes âgées (voir le protocole d'accord 3) s'efforcent de répondre aux évolutions ci-dessus et recherchent des moyens alternatifs de soins et de soutien pour ce groupe cible¹⁰⁹.

Outre les difficultés liées à l'organisation des soins à domicile, il convient également de s'investir pour trouver un juste équilibre entre les différentes prestations de soins à domicile¹¹⁰. Lors d'une enquête menée aux Pays-Bas portant sur la mise au point des soins à fournir aux patients souffrant de maladies chroniques, les prestataires de soins indiquent un nombre de points qui ne font souvent que compliquer la mise au point et les conventions de soins. Différentes disciplines doivent intervenir dans le trajet de soins d'un malade chronique et l'on se heurte dans ce cas à des différences de points de vue en ce qui concerne le diagnostic et le traitement le plus approprié. En dehors du contenu des soins, plusieurs difficultés d'ordre organisationnel se présentent tels que des fonds insuffisants, une législation paralysante compte tenu de sa complexité, l'absence de personnel qualifié, des listes d'attente pour les institutions (intra-muros) qui rendent les transferts difficiles ou le manque de temps

¹⁰⁷ Woodward, A., Abelson, J., Tedford, S., Hutchison, B. (2004) What is important to continuity in home care? Perspectives of key stake holders. *Social science & medicine*, 58, 177-192

¹⁰⁸ Tummers, G.E.R., Van Meerode, G.G., Landeweerd, J.A. (2002) Organisatie, werken werkreacties in de verpleging en verzorging. OSA Publicatie ZW26 (ISBN9065661115).
Koops, H., Kwekkeboom, M.H., (2005) Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten. Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau, 77 pages

¹⁰⁹ http://www.riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/alternative_forms/index.htm

¹¹⁰ Scheepmans, K., Debaillie, R., De Vliegheer, K., Paquay, L., Geys, L. (2004) Succesfactoren en hinderpalen in de thuiszorg: de beleving van de mantelzorger. Bruxelles: Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen van Vlaanderen

pour ajuster les activités les unes sur les autres de manière adéquate. Tout cela a des conséquences pour les patients qui ne bénéficient souvent pas des soins adéquats, ne se sentent pas pris au sérieux, sont pris en charge par des thérapeutes différents à chaque fois et doivent supporter des coûts inattendus¹¹¹.

Les résultats de nos enquêtes révèlent qu'en dehors des soins professionnels à domicile limités, **la nature et la complexité du groupe cible de patients** influence également la charge du travail des travailleurs sociaux. Plusieurs enquêtes menées auprès des médecins généralistes et du personnel infirmier ont déjà été indiquées que la question des soins devient de plus en plus complexe, ce qui se répercute sur la charge de travail¹¹². En dehors de la complexité croissante des soins demandés, les prestataires de soins sont confrontés à des groupes de patients complexes tels que des patients présentant des troubles psychiques, des personnes âgées atteintes de maladies chroniques, des demandeurs d'asile, etc. Tout cela a pour résultat que les soins requis sont si complexes qu'il faut faire intervenir des prestataires multiples afin de satisfaire à cette demande. La fourniture de soins optimaux passe donc par la recherche d'un accord et la collaboration entre les différents prestataires¹¹³. Ceux-ci se heurtent ce faisant à des problèmes tels qu'un manque de temps pour s'occuper d'un transfert étendu, un manque de communication, des temps d'attente, des problèmes urgents nécessitant un transfert approfondi et limitant la collaboration, etc. Une organisation hospitalière alternative devrait permettre d'y remédier. Une étude a ébauché une théorie permettant de réduire la complexité. Selon celle-ci, le regroupement de patients présentant des caractéristiques similaires, par exemple des patients nécessitant un traitement d'orthopédie, d'oncologie ou de cardiologie ou encore des patients requérant des soins pour des pathologies vasculaires et pulmonaires, permettrait d'obtenir une plus grande uniformité au lieu d'un croisement de sorte que la complexité deviendrait plus gérable¹¹⁴. Une autre étude attire l'attention sur le rôle que jouent les imprévus et la nature du patient dans la charge de travail. Au moment de planifier les activités du personnel, un équilibre doit donc être cherché entre les admissions prévues et la nature du patient¹¹⁵. L'American Nurses Association (ANA) a réparti en trois groupes les aspects à prendre en considération lors de la planification des activités du personnel infirmier :

- les aspects liés au département/aux soins, notamment le nombre et le niveau de complexité du patient, ainsi que les caractéristiques du patient (âge, statut fonctionnel, diversité culturelle et linguistique, sévérité et urgence de l'admission, fonctionnement social),
- les aspects liés au personnel, notamment l'expérience et le niveau d'éducation,
- les aspects liés à l'organisation, notamment le soutien effectif et efficace, l'accès à l'information...¹¹⁶

¹¹¹ Baan, C.A., Hutten, J.B.F., Rijken, P.M. (2003) Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg van mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 568 pages

¹¹² Verkleij, H., Verheij, R.A. (2003) Zorg in de grote steden. Rijksdienst voor volksgezondheid en milieu

¹¹³ Hoeymans, N., Gijsen, R. Zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. Dans : De Backer, D.H., Polder, J.J., Sluijs, E.M. (2005) Op A(c)A(C)N lijn: Toekomstverkenningen eerstelijnszorg 2020. Bilthoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 260 pages

¹¹⁴ Van Amelsvoor, P., Jacobs, M. (2002) Alternatieven voor de ziekenhuisorganisatie. Vlijmen: ST-groep, 13 blz.

¹¹⁵ Tummers, G.E.R., Van Meerode, G.G., Landeweerd, J.A. (2002) Organisatie, werk en werkreacties in de verpleging en verzorging. OSA Publicatie ZW26 (ISBN 9065661115)

¹¹⁶ Mc Gillis Hall, Quality work environments for nurse and patient safety. Jones & Bartlett Learning, 2005, 273

Le **nombre d'arrêts de travail** semble, par ailleurs, aussi être un facteur d'influence important sur la charge de travail des travailleurs sociaux en milieu hospitalier. L'enquête menée par Myny et coll. a également révélé que les arrêts de travail sont l'un des principaux facteurs associés à la charge de travail du personnel infirmier¹¹⁷. Redding et Robinson ont examiné l'influence des arrêts de travail et de leurs dérivés sur la charge de travail cognitive du personnel infirmier. Les principales formes d'arrêt étaient : les arrêts de travail des autres prestataires de services, les distractions provoquées par les discussions entre personnel infirmier, les appels téléphoniques, les questions posées par les membres des familles, etc. Se sont ajoutés à cela les fréquents déplacements que doivent faire le personnel infirmier (notamment entre les chambres des patients, pour se rendre aux chariots à médicaments, etc.). Suite aux différentes formes d'arrêts de travail, le personnel soignant était à chaque fois obligé de se ressaisir pour se focaliser sur son objectif initial. Les auteurs proposent des solutions possibles telles que l'intégration d'un tampon afin de limiter le nombre d'appels téléphoniques et la prévision d'heures de consultation réservées aux patients et à leur famille afin de répondre à leurs besoins et leurs attentes¹¹⁸. L'analyse des utilisateurs et des activités de travail social à l'hôpital, réalisée par Jan Derboven et Mieke Van Gils, révèle que les appels téléphoniques et les déplacements (notamment entre leur bureau ou les services) sont une caractéristique fréquente des activités des travailleurs sociaux¹¹⁹.

Comme nous l'avons déjà indiqué, dans notre enquête, la **durée d'hospitalisation d'un département** fait également partie des facteurs qui ont le plus grand impact sur la charge de travail des travailleurs sociaux. L'enquête de Myny et coll. a une fois de plus enregistré des résultats similaires pour le personnel infirmier. Dans cette dernière enquête, la rotation élevée a été considérée comme le deuxième facteur d'impact le plus important sur la charge de travail du personnel infirmier¹²⁰. Beswick et coll. constatent que le nombre d'admissions et de sorties de patients et le travail du personnel infirmier y associé doivent être pris en compte lors de la détermination de l'effectif humain du département¹²¹.

Le dernier facteur d'influence mentionné est l'**autonomie limitée du patient**. On retrouve peu d'informations sur l'influence de l'autonomie limitée du patient sur le prestataire de soins dans la littérature. On peut certes y lire que les patients peuvent se montrer très réticents aux activités visant à restaurer leur autonomie, car elles risquent, par exemple, de les rendre aptes à reprendre leur activité professionnelle¹²². On suspecte qu'une autonomie limitée combinée à la réticence engendre des problèmes plus complexes tels que la négligence des soins à s'auto-administrer et la postposition de la recherche active d'aide, de sorte que travailleur social se voit confronté à une plus grande demande de soins.

¹¹⁷Myny, D., et al., Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: A cross-sectional study. *Int.J. Nurs. Stud.* (2011), doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.005

¹¹⁸Redding, D.A. et Robinson, S., Interruptions and Geographic Challenges to Nurses' Cognitive Workload. *J.Nurs. Care Qual.* 2009, 24(3), 194-200

¹¹⁹Derboven, J. et Van Gils, M., Gebruikers- en taakanalyse: Informatie-uitwisseling rond opname- en ontslag van de patiënt in het kader van het project transecare. 21/01/2008

¹²⁰Myny, D., et al., Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: A cross-sectional study. *Int.J. Nurs. Stud.* (2011), doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.005

¹²¹Beswick, S., Pamela D.H. et Anderson, M.A, Comparison of nurse workload approaches, *Journal of Nursing Management*, 2010, 18, 592-598

¹²²Suurmond, J., Seeleman, C., Stronks, K. (2007) multiculturaliteit in zorg en verpleging. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 31(4), 127-131

- **Comparaison de la situation entre la partie néerlandophone et la partie francophone du pays**

Concernant l'importance de l'activité principale « aide psychosociale », aucune différence significative ne s'observe entre les deux parties du pays. Dans le contexte de travail actuel comme dans le contexte de travail idéal, la sous-activité « traitement » est évaluée comme nettement plus significative dans la partie francophone du pays. Le temps investi dans l'aide psychosociale et dans la sous-activité « intervention de crise » apparaît cependant nettement plus important dans la partie néerlandophone que dans la partie francophone du pays.

S'agissant de la question générale de l'importance, nous constatons que dans le contexte de travail actuel, la coordination des soins apparaît nettement plus importante dans la partie francophone du pays. Les membres du groupe directeur ont indiqué que les travailleurs sociaux actifs dans la partie néerlandophone du pays peuvent davantage compter sur la présence de soins professionnels et sur des structures de soins existantes. Dans la partie francophone du pays, on ferait plutôt appel au réseau social du patient. Cette constatation est confirmée par les résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée qui révèlent un impact de la mise en place d'aide du réseau social (coordination des soins) nettement supérieur dans cette partie du pays. Pour l'activité principale « coordination des soins » à proprement parler, aucune différence significative dans l'investissement en temps ne s'observe entre les parties du pays. En dépit des constatations ci-dessus, aucune différence significative dans l'impact entre les parties du pays en ce qui concerne les soins professionnels à domicile limités ou l'aide de l'entourage limitée ou absente n'est relevée dans le questionnaire portant sur les facteurs d'influence. Le facteur « vision et intégration limitées de la gestion des sorties » a un impact nettement plus important sur la charge de travail des travailleurs sociaux dans la partie francophone du pays, tant au niveau de l'hôpital dans son ensemble qu'au niveau du département/service social. Outre cela, la situation de l'hôpital et les facteurs environnementaux peuvent jouer un rôle. Les deux facteurs d'influence ont un impact nettement supérieur dans la partie francophone du pays. En dehors des limitations structurelles qui sont éventuellement responsables du rôle plus important de la coordination des soins dans la partie francophone du pays, nous constatons qu'un nombre d'aspects financiers peuvent aussi avoir une influence. Ainsi, les travailleurs sociaux actifs dans la partie francophone du pays accordent une importance nettement plus grande à l'aide financière et administrative et, sous cette même activité principale, orientent davantage vers d'autres institutions que dans la partie néerlandophone du pays. Quant à l'impact sur la charge de travail des moyens financiers limités du patient, considérés en tant que facteur d'influence, il est plus élevé dans la partie francophone du pays.

En dehors des aspects structurels et financiers, la population hospitalière pourrait aussi expliquer certaines constatations. Dans la partie francophone, la population à traiter serait plus allochtone et aurait des modes de vie plus diversifiés que dans une population autochtone (22 % de la population wallonne et 67,9 % de la population bruxelloise sont allochtones. En Flandre, il ne s'agit que de 13,3 %¹²³). Les réponses au questionnaire portant sur les facteurs d'influence ont indiqué que la charge de travail des travailleurs sociaux est davantage influencée par la présence de patients d'une autre origine actifs dans la partie francophone, ce qui peut, à son tour, éventuellement être lié à la situation de l'hôpital et à certains facteurs environnementaux. Outre cela, un impact supérieur du niveau d'éducation limité et des autres caractéristiques du patient (notamment l'âge) a été constaté dans la partie francophone du pays. Le facteur « nature et complexité du groupe cible de patients » a un plus grand impact

¹²³ <http://www.lavigerie.be/spip.php?article594&lang=fr>

sur la charge de travail des travailleurs sociaux dans la partie néerlandophone du pays que la partie francophone du pays. Comme nous l'avons déjà signalé, tous ces éléments se retrouvent également dans la subdivision de l'ANA¹²⁴.

Les travailleurs sociaux des deux parties du pays considèrent les autres activités non liées aux patients comme l'activité principale la moins importante. Cette activité principale semble toutefois nettement plus importante dans la partie francophone du pays, et ce dans les deux contextes de travail (question générale). Dans la partie néerlandophone du pays, le développement des compétences dans le contexte de travail actuel est considéré comme nettement plus important (classement). Pour ce qui est de l'investissement en temps, aucune différence n'a été observée entre les deux parties du pays pour les activités principales non liées aux patients. Si nous examinons les sous-activités, nous constatons cependant que la participation à des formations et la coopération à l'élaboration des politiques s'accompagnent d'un plus grand investissement en temps dans la partie néerlandophone du pays (tableau 125). Dans la partie francophone, la réflexion, la définition du métier et les activités liées à l'organisation et au service ont un plus grand impact sur l'activité des travailleurs sociaux que dans la partie néerlandophone du pays (tableau 125).

- **Comparaison de la situation entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés**

Dans les hôpitaux privés, l'aide psychosociale semble avoir un impact nettement supérieur dans les deux contextes de travail (classement). En outre, l'aide psychosociale, la coordination des soins, l'aide matérielle, la prévention et le signalement ont, en tant qu'activités principales liées aux patients, un impact plus important dans les hôpitaux privés. Les activités principales non liées aux patients « développement des compétences » et « autres activités non liées aux patients » ont un impact nettement supérieur dans les hôpitaux publics.

De même pour un grand nombre de sous-activités (notamment soutien, accompagnement, gestion du dossier, médiation, orientation vers d'autres institutions et mise en place d'aide et de services (coordination des soins), orientation vers d'autres institutions sur le plan administratif, financier et juridique, supervisions non liées aux patients, défense des intérêts collectifs... — tableau 126), l'investissement en temps est nettement supérieur dans les hôpitaux privés. Par ailleurs, dans le contexte de travail actuel, les sous-activités « mise en place d'aide et de services » et « orientation vers d'autres institutions » sur le plan de l'aide sociale et administrative apparaissent plus importantes dans ce statut. Les hôpitaux généraux publics consacrent plus de temps par jour essentiellement aux sous-activités « transmission du rapport social », « enregistrement des activités » et « contribution à la formation des étudiants ». La formation a, par ailleurs, un impact nettement supérieur dans les hôpitaux publics.

Les membres du groupe directeur ont eu l'impression que des moyens personnels supérieurs sont prévus dans les hôpitaux publics de sorte que l'investissement en temps dans certaines activités y est supérieur par rapport aux hôpitaux privés. Cette constatation ne peut toutefois pas être confirmée par la littérature. Les avis recueillis auprès des administrateurs d'hôpitaux publics et privés flamands semblent corroborer un nombre d'aspects relatifs à la politique du personnel. L'un et l'autre de ces administrateurs conviennent, par exemple, que la procédure de recrutement du personnel est plus efficace dans les hôpitaux privés. Pour ce qui est de la

¹²⁴Mc Gillis Hall, *Quality work environments for nurse and patient safety*. Jones & Bartlett Learning, 2005, 273.

charge de travail, par contre, les avis divergent. Les administrateurs des hôpitaux publics indiquent que la charge de travail est aussi importante chez eux que dans les hôpitaux privés, un avis que ne partage manifestement pas les établissements privés¹²⁵. Ces différences d'opinions méritent toutefois que l'on s'y intéresse de plus près et que des données objectives soient collectées. En dépit des réserves exprimées ci-dessus, certains facteurs liés aux patients (nature du travail, niveau d'éducation limité, moyens financiers limités, autres caractéristiques des patients et présence de patients d'une autre origine) auraient manifestement un plus grand impact dans les hôpitaux publics que dans les hôpitaux privés. Le sondage mené auprès des administrateurs, auquel nous avons fait référence ci-dessus, fait ressortir une divergence d'avis en ce qui concerne l'attrait moindre des hôpitaux privés pour les patients confrontés à des problèmes sociaux¹²⁶. Dans les hôpitaux privés, un impact plus grand sur la charge de travail est attribué aux facteurs « arrêts de travail », « autonomie limitée » et « acceptation limitée de la maladie ».

- **Comparaison de la situation entre les petits et les grands hôpitaux**

Les petits hôpitaux (0-299 lits agréés) consacrent plus de temps par jour essentiellement aux activités principales liées aux clients. Ceci concerne les activités principales « aide psychosociale », « aide sociale et administrative », « aide juridique et administrative » et « prévention ». Sur le plan de l'importance, une différence significative n'est observée que pour l'aide sociale et administrative. Les travailleurs sociaux actifs dans les grands hôpitaux considèrent cette activité principale comme nettement plus importante dans le contexte de travail idéal (classement). En ce qui concerne les activités principales non liées aux patients « autres activités non liées aux patients », il a été répondu à la question générale concernant l'importance dans les deux contextes de travail, que cette activité principale était nettement plus importante dans les petits hôpitaux.

Les sous-activités « médiation » dans le cadre de l'aide psychosociale et « fourniture d'informations » (coordination des soins), tous les deux dans le contexte de travail idéal, « collaborer à une réflexion liée au patient » (aide sociale et administrative), dans le contexte de travail actuel, et « offrir des formations » (développement des compétences), dans les deux contextes de travail, apparaissent plus importantes dans les petits hôpitaux. Il est apparu lors de l'enregistrement de la fréquence et de la durée que les petits hôpitaux investissent nettement plus de temps dans l'exécution de l'ensemble des sous-activités (tableau 127). Ceci pourrait, en toute hypothèse, s'expliquer par le fait que les moyens humains, les structures et l'encadrement du travailleur social sont plus limités dans les petits hôpitaux. Il semble notamment que dans les petits hôpitaux l'absence de soutien administratif et l'absence de soutien informatique, de même que la structure de communication limitée dans la politique aient un impact plus important sur la charge de travail des travailleurs sociaux. Dans les hôpitaux de plus grande taille, la spécialisation d'autres groupes professionnels et disciplines et la présence de patients d'une autre origine semblent avoir un plus grand impact.

- **Comparaison de la situation entre le groupe des hôpitaux universitaires et le groupe des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques**

¹²⁵ G. Van Herck, E. Cardinaels & S. Vandeveldel, *Opinie-onderzoek over verschillen tussen openbare en private Vlaamse ziekenhuizen*, 2003, *Acta Hospitalia*, 43 (3)

¹²⁶ G. Van Herck, E. Cardinaels & S. Vandeveldel, *Opinie-onderzoek over verschillen tussen openbare en private Vlaamse ziekenhuizen*, 2003, *Acta Hospitalia*, 43 (3)

L'aide psychosociale, la coordination des soins et l'aide sociale et administrative semblent être les activités principales les plus importantes dans les deux contextes hospitaliers.

Des différences significatives ne se retrouvent que pour l'aide matérielle, l'aide juridique et administrative, la recherche et le reporting et la prévention. Les activités principales « aide matérielle » (dans les deux contextes – classement), « aide juridique et administrative » (dans le contexte de travail idéal – classement) et « recherche et reporting » (contexte de travail actuel – question générale) sont considérées comme étant nettement plus importantes dans les hôpitaux généraux. En outre, l'investissement en temps pour l'activité principale de coordination des soins apparaît plus élevé dans les hôpitaux généraux. Ceci est éventuellement lié au fait que dans les hôpitaux généraux, les travailleurs sociaux doivent aussi réorienter efficacement le patient. L'examen des facteurs qui ont une influence sur la charge du travail des travailleurs sociaux dans les hôpitaux généraux révèle que l'aide de l'entourage immédiat limitée ou absente et les soins professionnels à domicile limités ou absents ont un impact nettement plus important en comparaison avec les hôpitaux universitaires.

Dans la situation de travail idéale, la prévention est jugée nettement plus importante (classement) dans les hôpitaux universitaires. Dans cet environnement, on consacre en outre plus de temps par jour à cette activité. Selon les membres du groupe directeur, l'explication réside probablement dans la fonction de troisième ligne et dans la spécialisation (conventions, programmes de soins et psychoéducation des hôpitaux universitaires, par exemple). Outre la prévention, les activités principales « aide psychosociale », « aide matérielle », « aide sociale et administrative », « aide financière et administrative », « développement des compétences » et « autres activités non liées aux patients » semblent également prendre plus de temps dans les hôpitaux universitaires (tableau 128).

Au niveau des sous-activités, on constate également un investissement en temps nettement supérieur pour un nombre de sous-activités dans les hôpitaux universitaires. Des exceptions à cette constatation sont l'accompagnement psychosocial, la collaboration à une réflexion liée au patient (coordination des soins) et l'orientation vers d'autres institutions sur le plan financier et administratif (tableau 128).

Les résultats ci-dessus et les résultats obtenus au questionnaire portant sur les facteurs d'influence semblent s'expliquer par la spécificité d'un environnement universitaire. Plusieurs facteurs qui ont un impact plus grand dans le groupe des hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques ont été trouvés. Tel est notamment le cas des facteurs « nature et complexité du groupe cible de patients » et « durée d'hospitalisation du département ». L'analyse approfondie des résultats a révélé que selon 21 travailleurs sociaux actifs dans le milieu universitaire, la durée d'hospitalisation n'aurait aucune influence et ne constituerait pas un obstacle. Cette attitude pourrait s'expliquer par le fait que les travailleurs sociaux actifs dans un hôpital universitaire sont plus spécialisés et liés à un moins grand nombre de départements (notamment par le biais de conventions, départements réservés aux maladies purement chroniques...) de sorte que la pression liée aux sorties se fait moins ressentir. La spécialisation des soins dispensés par les hôpitaux universitaires est également décrite dans la brochure intitulée « Les hôpitaux universitaires en Belgique : des soins innovants et de qualité, soutenus par l'enseignement et la recherche »¹²⁷. Les deux groupes d'hôpitaux dispensent des soins médicaux, mais selon l'auteur, l'offre de soins complète est la caractéristique de l'hôpital universitaire. Par ailleurs, grâce à l'encadrement dont ils disposent,

¹²⁷ <http://www.univ-hospitals.be/cms/upload/pdf/Brochure%20FR%20website.pdf>

seuls les hôpitaux universitaires sont en mesure de garantir des soins complexes 24 heures sur 24. Le Conseil des hôpitaux universitaires de Belgique indique qu'en dehors de la formation et de la recherche, les soins complexes et de haut niveau clinique constituent une mission essentielle. Quatre éléments expliquent selon lui la différence dans le niveau de soins entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux : les compétences particulières du personnel médical, l'encadrement du personnel infirmier et paramédical, le traitement de maladies complexes (notamment la transplantation d'organes) et des équipements de haute technologie¹²⁸. On peut supposer que les travailleurs sociaux considèrent cette complexité et cette variation du groupe cible de patients comme des facteurs « normaux » qui font partie de la mission de tout travailleur social actif dans un hôpital universitaire.

Le facteur d'influence « changements et instabilité » semble en outre avoir un impact plus important dans les hôpitaux généraux. Ceci s'explique, en toute supposition, les fusions qui s'opèrent à l'intérieur du secteur.

On retrouve à côté de cela plusieurs facteurs qui concernent l'organisation, les structures existantes et le soutien du travail social, notamment l'absence de politique de formation claire et l'absence de possibilités de formation, l'absence d'experts en travail social, l'absence de soutien administratif, l'absence de supérieur hiérarchique direct et l'absence de coaching et d'implication de cette personne... Ceci peut s'expliquer par le fait que ces supérieurs hiérarchiques directs n'existent souvent pas pour le moment ou, lorsqu'ils existent, ne sont présents que dans une moindre mesure. De tels supérieurs hiérarchiques directs existent, par contre, bien dans les hôpitaux universitaires et la formation, le service et la recherche scientifique y font partie des activités principales. Les travailleurs sociaux actifs dans les hôpitaux généraux doivent, trop souvent encore, se concentrer sur les soins journaliers aux patients et ont moins de possibilités de se développer et de travailler conformément à la politique.

Enfin, la présence de patients d'une autre origine semble avoir un plus grand impact sur la charge de travail des travailleurs sociaux dans les hôpitaux universitaires. Ceci serait à nouveau dû au caractère universitaire. Les soins de haute qualité technologique, le tourisme médical croissant et la réputation internationale des hôpitaux universitaires semblent attirer des patients étrangers. Le travailleur social doit tenir compte des différences de langue et de culture, de l'organisation des soins à distance entre les hôpitaux et des implications financières possibles pour le patient et l'hôpital, ce qui peut alourdir quelque peu la charge de travail. Il ressort d'une enquête menée en 2011 par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en collaboration avec l'université catholique de Louvain que le nombre de patients étrangers admis dans les hôpitaux belges pour une opération planifiée est en augmentation¹²⁹. Une distinction n'est toutefois pas établie entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires. L'implantation urbaine des hôpitaux universitaires semble également avoir une influence comme le confirme Sjef De Vries qui précise que la patientèle dans les zones rurales apparaisse moins allochtone¹³⁰.

¹²⁸ <http://www.univ-hospitals.be/nl-soins.asp>

¹²⁹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_169A_geplande_zorg_buitenlandse_patienten_syntthese.pdf

¹³⁰ Sjef De Vries, Basismethodiek psychosociale hulpverlening. BohnStafleu van Loghum, 2010, 448

3. LIMITATIONS DE L'ENQUÊTE

Premièrement, nous souhaitons souligner que compte tenu de la complexité du travail social, le simple enregistrement des tâches et des activités ne suffit pas pour en aborder tous les aspects et qu'il conviendrait de concevoir un instrument qui tienne compte pour la mesure de la charge de travail, outre des activités, du lien existant entre celles-ci et les facteurs d'influence du travail social. La présente enquête peut être utilisée comme base pour l'élaboration d'un instrument de mesure de la charge de travail se rapportant au travail social dans les hôpitaux. Ce point sera approfondi au chapitre 8.

Deuxièmement, les résultats portent temporairement uniquement sur les hôpitaux généraux, spécialisés et gériatriques, d'une part, et les hôpitaux universitaires, d'autre part. L'enquête décrite est en cours d'adaptation et d'utilisation dans les hôpitaux psychiatriques. Les résultats devront être intégrés dans les constatations et la discussion ci-dessus.

Troisièmement, les résultats et les conclusions se rapportent à l'ensemble de l'échantillon des hôpitaux généraux, gériatriques et spécialisés, sans tenir compte de la spécificité de chacun d'eux. Il est prévu que l'équipe d'enquête fasse parvenir aux personnes de contact les résultats individuels de chaque hôpital.

Quatrièmement, le questionnaire portant sur l'importance a produit des résultats variables pour la question de classement et la question générale. Ceci doit être précisé dans une étude ultérieure. L'analyse de l'influence de l'espace, de la reconnaissance, de l'identification, du temps et des compétences sur l'importance attribuée à l'exécution des tâches, à la faculté d'exécuter celles-ci, à la volonté de les exécuter et à la capacité de les exécuter a, par ailleurs, produits de mauvais scores Nagelkerke R^2 (p. 46). Aussi apparaît-il plus utile d'examiner l'impact sur le travail social en se fondant sur les résultats du questionnaire relatif aux facteurs d'influence. Ceci donne une image plus réaliste de la pratique réelle.

Enfin, l'autoenregistrement de la fréquence et de la durée avait pour but de déterminer l'investissement en temps requis pour l'exécution des sous-activités de travail social. Comme nous l'avons déjà indiqué, il n'est pas aisé de scinder des interventions complexes de travail social. L'établissement d'un manuel contenant des descriptions claires et une délimitation précise des différentes interventions d'aide a permis d'objectiver le travail social.

CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

1. VERS UNE MÉTHODE DE MESURE DE LA CHARGE DE TRAVAIL POUR LE TRAVAIL SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER

Comme indiqué au chapitre 3, les paramètres objectifs et les systèmes de classification utilisables pour affecter des travailleurs sociaux à des départements dans les hôpitaux sont rares. De même, un système clair de financement du travail social n'existe pas encore non plus, que ce soit dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux universitaires, et lorsqu'il existe, il est dépassé, comme dans le cas des hôpitaux psychiatriques. De même, les normes permettant d'affecter des travailleurs sociaux par service sont souvent inexistantes ou surannées. Les mesures de la charge de travail peuvent servir de base pour une allocation correcte des moyens économiques et humains à un département ou un service. En dehors de cela, la mesure de la charge de travail et la gestion de la charge de travail sont également indispensables pour évaluer le degré de satisfaction face au poste occupé et l'absentéisme, étant donné qu'une charge de travail trop élevée peut être associée à l'insatisfaction au travail et à une plus grande prévalence de l'absentéisme et du stress^{131, 132, 133}. En résumé, un instrument permettant de mesurer la charge de travail peut poursuivre plusieurs finalités, notamment la dotation objective en moyens, le développement de l'organisation, l'amélioration de la prestation de service et la protection et le suivi du personnel¹³⁴.

Nous commencerons ci-dessous par discuter brièvement des méthodes permettant de mesurer la charge de travail. Nous poursuivrons par un examen plus approfondi de la méthode RAFAELA et son application éventuelle au travail social en milieu hospitalier. Nous poursuivrons par quelques recommandations de suite à donner à l'étude et pour terminer, nous reproduirons les conclusions de l'étude.

1.1. Méthodes de mesure de la charge de travail

Comme nous l'avons déjà indiqué, les mesures de la charge de travail et les classifications des patients en vue de la dotation des unités de soins infirmiers en moyens ont fait l'objet d'une recherche intensive. Les méthodes décrites reposent soit sur la mesure du temps, soit sur l'analyse de la charge de travail en fonction des besoins des patients ou du degré de dépendance du patient^{135, 136, 137, 138, 139}.

¹³¹Mariott, A., Sexton, L., Staley, D. Components of job satisfaction in psychiatric social workers. *Health and social work*, 1994, 19 (3), 199-205

¹³²Fagerström, L. Evidence-Based human resource management: a study of nurse leader' resource allocation. *Journal of nursing management*, 2009, 17, 415-425

¹³³Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: social work in action*, 2008, 20(4), 207-221

¹³⁴Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: social work in action*, 2008, 20(4), 207-221

¹³⁵Algera-Osinga, J.T., Halfens, R., Hasman, A., Wiersma, D. A Dutch patient classification system for community care. *Journal of nursing administration*, 1994, 24(7/8), 32-38

¹³⁶Brady, A. M., Byrne, G., Horan, P., Griffiths, C., Macgregor, C., Begley, C. Measuring the workload of community nurses in Ireland: a review of workload measurement systems. *Journal of nursing management*, 2007, 15, 481-489.

¹³⁷Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(5), 463-471

La présente étude n'ayant pas pour but de dresser l'inventaire des différentes méthodes existant pour mesurer la charge de travail, nous n'approfondirons pas ce point.

Les différentes méthodes de mesure de la charge de travail et les instruments fondés sur celles-ci sont, pour la plupart, insuffisants. Ces instruments se limitent souvent à la mesure pure et simple des activités de sorte que des aspects moins perceptibles, mais importants font défaut. Par ailleurs, tous les instruments n'enregistrent pas à la fois les activités liées au patient, qu'elles soient directes ou indirectes, et les activités non liées au patient. Certains instruments prennent en outre énormément de temps et sont souvent spécifiques au secteur de sorte qu'ils ne peuvent pas être appliqués dans toute situation¹⁴⁰. Il manque, du reste, souvent une définition et une description suffisantes du travail infirmier ou de la charge de travail¹⁴¹. Enfin, Rauhala et Fagerström attirent l'attention sur le fait que la validité des instruments développés n'est pas suffisamment prouvée¹⁴².

Partant de la pondération des avantages et des désavantages des différentes méthodes, de nombreux avis en vue du développement d'un instrument sont formulés dans les études portant sur la mesure de la charge de travail :

- selon Morris et coll., la mesure de la charge de travail infirmier devrait tenir compte aussi bien des activités/fonctions liées au patient que des activités/fonctions non liées au patient. Dans le cas des premières, ils établissent une différence entre les soins directs au patient et les soins indirects (entre autres, entretiens téléphoniques concernant le patient, commande de médicaments...). Ils affirment également qu'il convient de rechercher les principaux facteurs qui ont une influence sur le travail exécuté par le personnel soignant¹⁴³ ;
- l'instrument doit être fondé sur l'expertise du personnel soignant et partir, dans la mesure du possible, de la perspective du patient (par exemple des tâches auxquelles ils accordent une grande valeur). L'utilisation et la mise en œuvre du système doivent en outre être flexibles¹⁴⁴ ;
- la mesure de la charge de travail doit être le reflet du travail ; autrement dit, la base du travail est le point de départ du développement d'un instrument. En dehors de cela, la mesure doit engendrer le moins de charge de travail supplémentaire possible. Enfin, la validité et la fiabilité doivent être clairement démontrées^{145, 146}.

¹³⁸Fasali, D.R., Haddock, K.S. Results of an integrative review of patient classification systems. *Annual review of nursing research*, 2010, 28(1), 295-316

¹³⁹Soliman, F. Improving resource utilization through patient dependency systems. *Journal of medical systems*, 1997, 21(5), 291-302

¹⁴⁰Brady, A. M., Byrne, G., Horan, P., Griffiths, C., Macgregor, C., Begley, C. Measuring the workload of community nurses in Ireland: a review of workload measurement systems. *Journal of nursing management*, 2007, 15, 481-489

¹⁴¹Fasali, D.R., Haddock, K.S. Results of an integrative review of patient classification systems. *Annual review of nursing research*, 2010, 28(1), 295-316

¹⁴²Rauhala, A., Fagerström, L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(4), 351-359

¹⁴³Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(5), 465

¹⁴⁴Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: social work in action*, 2008, 20(4), 207-221

¹⁴⁵Fasali, D.R., Haddock, K.S. Results of an integrative review of patient classification systems. *Annual review of nursing research*, 2010, 28(1), 295-316

1.2. La méthode RAFAELA

Afin de faire face au manque de personnel infirmier, au manque de moyens financiers et aux besoins importants des patients, une étude visant à mettre au point un système moderne et validé de classification des patients a été lancée à la fin des années 1990. La méthode RAFAELA est aujourd'hui un système largement répandu qui permet de déterminer le nombre d'infirmiers/infirmières nécessaires par département dans les hôpitaux finlandais. Ce système répond à un nombre de critiques qui ont été formulées à l'égard de précédents systèmes de classification des patients (chapitre 8, point 1.1). L'instrument est fortement validé, moins orienté vers la tâche, étant donné qu'il ne tient pas seulement compte des soins physiques, ne prend pas autant de temps que les autres systèmes de mesure du temps et est facile à mettre en œuvre et à appliquer dans la pratique. Il permet en outre de récolter des données qui servent de base au développement d'autres études scientifiques ou fournit des informations utiles pour la gestion des ressources humaines (satisfaction face au poste occupé et productivité) et l'organisation à proprement parler (données objectives concernant les procédés, les résultats, le personnel, le prix coûtant et la qualité du travail)^{147, 148}.

La méthode RAFAELA combine deux instruments existants. L'intensité journalière effective de travail infirmier est ainsi mesurée avec l'instrument de classification du patient OULU (OPC), tandis que l'intensité optimale est mesurée à l'aide de l'échelle PAONCIL (Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level). L'utilisation de ces deux instruments permet de pondérer l'intensité de travail réelle et l'intensité de travail optimale. Il est en outre aussi tenu compte des moyens humains disponibles¹⁴⁹.

La méthode RAFAELA s'applique en six étapes :

1. **OPC** : l'intensité actuelle de travail infirmier est vérifiée. Chaque infirmier doit classer journalièrement ses patients en regroupant les différentes activités prestées en six sous-catégories :
 - planification et coordination des soins infirmiers,
 - respiration, circulation sanguine et symptômes de maladies,
 - nourriture et médication,
 - hygiène personnelle et sécrétions,
 - activité, sommeil et repos,
 - apprentissage, accompagnement et suivi des soins et soutien émotionnel.

¹⁴⁶Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: social work in action*, 2008, 20(4), 207-221

¹⁴⁷Rauhala, A., Fagerström, L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(4), 351-359

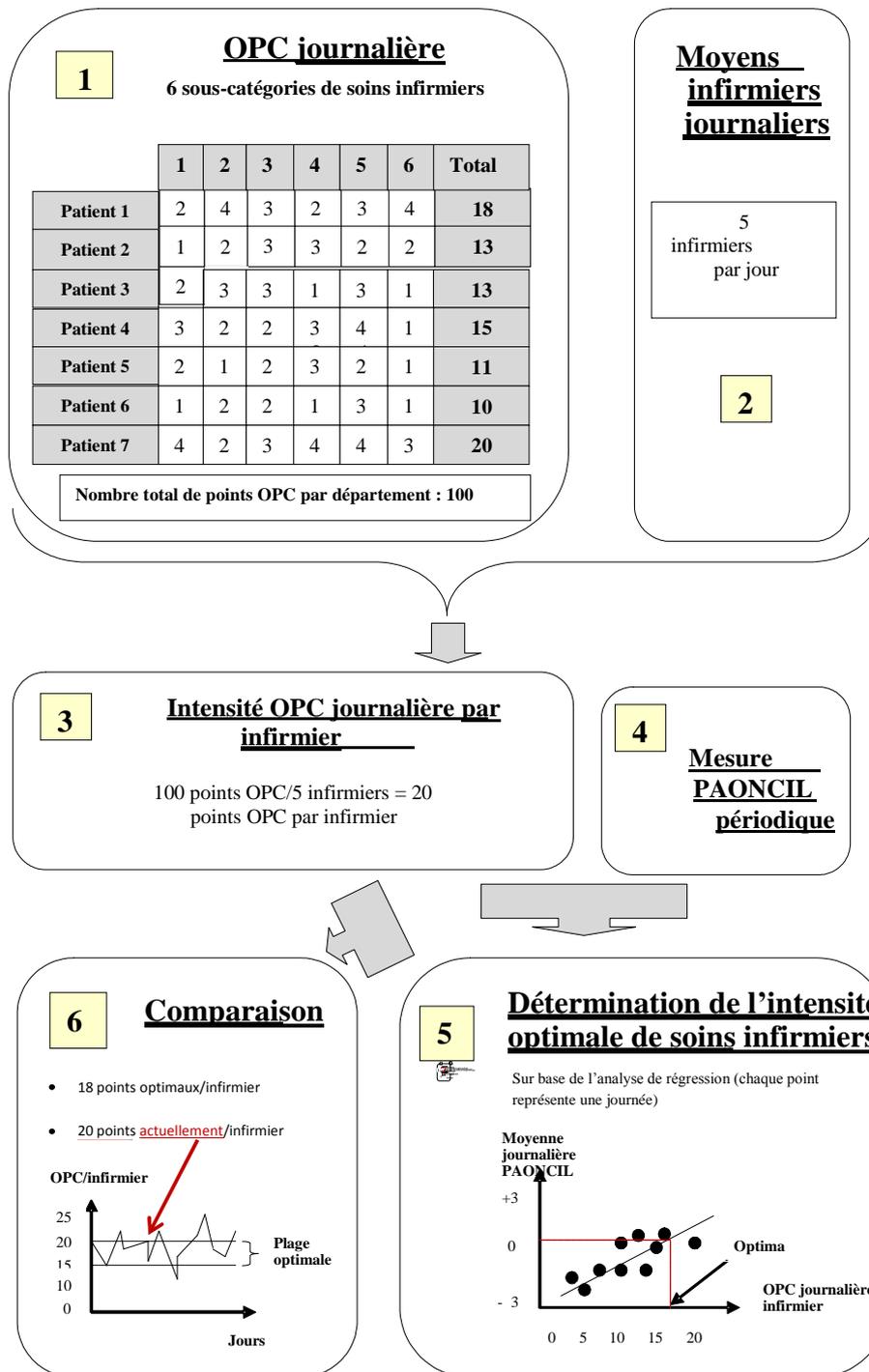
¹⁴⁸Rauhala, A. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio, 2008

¹⁴⁹Rauhala, A. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio, 2008

Pour chaque patient, l'infirmier doit attribuer entre un et quatre points par catégorie. Chaque jour, ce sont donc entre 6 et 24 points qui doivent être attribués par patient. Sur la base de ces points, les patients sont ensuite répartis en quatre catégories ; besoin minimal de soins (6-8 points), besoin moyen de soins (9-12 points), besoin de soins supérieur à la moyenne (13-15 points) et besoin maximal de soins (16-24 points). L'intensité totale du travail infirmier par département est ensuite calculée en additionnant les points OPC de tous les patients.

2. **Moyens infirmiers disponibles par jour** : nombre total d'infirmiers qui ont fourni des soins ce jour-là au patient d'un département.
3. Intensité du travail infirmier par jour = intensité de travail infirmier/moyens infirmiers journaliers
4. **POANCIL** : l'intensité optimale de travail infirmier est vérifiée en exécutant cet instrument pendant trois semaines tous les deux ans. Il est demandé aux infirmiers de procéder pendant cette période, à la fin de leur équipe, à une évaluation de l'intensité de travail sur une échelle allant de -3 à +3, où zéro correspond à l'intensité optimale, -3 à une intensité inférieure à l'optimale et +3 une intensité supérieure à l'optimale.
5. La valeur OPC par jour est comparée à la valeur PAONCIL pour cette même journée. Sur base d'une régression linéaire, l'intensité de soins optimale par infirmier est déterminée pour ce département. Lorsque les points OPC pour l'intensité de travail journalière est 15 % supérieure ou inférieure à ce point optimal, elle tombe encore dans la plage optimale, et l'intensité de travail journalière peut, dans ce cas, être considérée comme optimale.
6. L'intensité de soins journalière par infirmier peut à présent être comparée à l'intensité de soins optimale de ce département.

Exemple schématique de la méthode RAFAELA¹⁵⁰



¹⁵⁰Rauhala, A. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio, 2008

2 APPLICATION DE LA MÉTHODE RAFAELA AU TRAVAIL SOCIAL À L'HÔPITAL ET RECOMMANDATIONS

Comme nous l'avons déjà expliqué, il existe un grand besoin d'un instrument récent, flexible et valide permettant d'attribuer le nombre requis de travailleurs sociaux à des départements/services sur une base objective compte tenu de la complexité du patient ainsi que du travail social en soi.

RAFAELA est une méthode reconnue de mesure de la charge de travail du personnel infirmier actif dans divers types de département dont l'utilité a été prouvée tant en milieu hospitalier que dans un environnement ambulatoire. Tant les besoins des patients que les moyens humains disponibles et la façon de travailler optimale sont pris en compte, ce qui constitue une extension par rapport aux méthodes antérieures. Cet instrument est le seul à tenir compte du niveau optimal de la charge de travail. Il est ainsi possible de contrôler les éléments responsables d'un dépassement de ce niveau optimal. Il fournit des informations sur les éléments qui déterminent la satisfaction face à l'emploi, ce qui permet à tour de réagir à l'augmentation de l'absentéisme, du stress et des erreurs médicales et en finalité aussi d'améliorer la satisfaction du patient¹⁵¹. L'instrument peut également être utilisé pour gérer les ressources humaines et pour procéder à des analyses comparatives. Un équilibre est recherché entre la charge de travail et les besoins de l'employeur. Il peut en résulter une plus grande satisfaction dans le poste occupé et une meilleure productivité. Bien qu'elle soutienne toutes ces fonctions, la méthode RAFAELA reste naturellement avant tout un instrument de mesure. En dehors d'informations destinées à l'organisation, elle peut également fournir des informations à finalités scientifiques et être utilisée comme base pour des développements de cette nature. Ainsi peut-on, par exemple, en déterminant une charge de travail optimale, vérifier quelles sont les conséquences négatives du dépassement de la valeur optimale ou quels sont les éléments à l'origine de ce dépassement¹⁵².

Les désavantages de la méthode RAFAELA sont les suivants^{153,154,155,156} :

- à l'origine, la méthode ne tenait pas compte des activités non liées au patient. Une étude complémentaire réalisée à ce sujet a toutefois indiqué que ces activités ont une influence sur la charge de travail du personnel infirmier. Des questions portant sur les activités non liées au patient ont donc été reprises par la suite dans l'instrument. Selon les auteurs, ces questions permettent de récolter des informations précieuses sur le fonctionnement d'un département et les problèmes qu'il rencontre. Après analyse des

¹⁵¹Frilund, M., Fagerström, L. (2009) Managing the optimal workload by the PAONCIL method – a challenge for nursing leadership in care of older people. *Journal of nursing management*, 17, 426-434

¹⁵²Rauhala, A. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio, 2008

¹⁵³Rauhala, A. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio, 2008

¹⁵⁴Rauhala, A., Fagerström, L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(4), 351-359

¹⁵⁵Rauhala, A., Kivimäki, M., Fagerström, L., Elovainio, M., Virtanen, M., Vahtera, J., Rainio, A.K., Ojaniemi, K. en Kinnunen, J. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(3), 286-295

¹⁵⁶Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: social work in action*, 2008, 20(4), 207-221

différentes études réalisées sur les mesures de la charge de travail pour le travail social, Stevens recommande de reprendre également les activités non liées au patient dans un instrument permettant de mesurer la charge de travail des travailleurs sociaux ;

- cette méthode est plus complexe que les autres systèmes de classification des patients, étant donné qu'elle tient compte d'un plus grand nombre de facettes pour l'évaluation de l'intensité du travail ;
- l'intensité de travail actuel doit être enregistrée au quotidien avec l'instrument OPC. Ceci peut aussi s'effectuer de manière intégrée dans le rapport quotidien ;
- la plage optimale a été déterminée en se basant sur des considérations issues de la pratique journalière. Les responsables de soins infirmiers sont sondés afin de déterminer le degré de variation acceptable. Il semble qu'aucune étude n'ait cette plage¹⁵⁷.

Compte tenu des avantages décrits et des résultats obtenus dans le cadre de la présente enquête, il est probable que moyennant quelques adaptations, cet instrument puisse aussi être utilisé pour mesurer la charge de travail des travailleurs sociaux.

Adaptations requises et recommandations pour l'application de l'instrument au contexte du travail social en milieu hospitalier :

- intégrer l'étude menée auprès des hôpitaux psychiatriques dans les résultats, la discussion, les recommandations et les conclusions de l'étude faisant l'objet du présent rapport ;
- arrêter une définition générale du travail social en milieu hospitalier et déterminer et décrire les paramètres à mesurer. La présente enquête et l'avis concernant un cadre légal pour le travail social à l'hôpital¹⁵⁸ peuvent être utilisés à cette fin ;
- maintenir le principe de la méthode OPC, étant entendu que des points doivent être attribués sur base de catégories d'activités afin de pouvoir vérifier la charge de travail journalière. Les catégories initialement appliquées ne correspondent toutefois pas aux activités d'un travailleur social et doivent donc être remplacées par les activités principales telles qu'elles sont définies dans l'enquête « Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital ». Le manuel rédigé dans le cadre de la présente étude peut être utilisé comme fil directeur¹⁵⁹. Dans la méthode RAFAELA, l'implication des activités non liées aux patients se limite à quelques questions afin de pouvoir faire le point du fonctionnement du département. Les activités non liées aux patients

¹⁵⁷Raino, A.K., Ohinmaa, A.E. (2005) Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system – case study from the general wards of one central hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14, 674–684.

¹⁵⁸Werkgroep 'sociale dienst in het ziekenhuis' FOD Volksgezondheid januari 2011

¹⁵⁹Fruyt, P., De Bodt, G., Smaers, M., ea, Eindrapport 'Sociaal werk in kaart gebracht: ontwikkelen van een sturingsinstrument binnen sociaal werk in het ziekenhuis', eindrapport voor FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 31 maart 2010.

dans cet instrument ont peu de valeur supplémentaire lorsque l'on mesure la charge de travail du personnel infirmier. Stevens reprend cependant les activités non liées aux patients dans la description de la gestion de la charge de travail et les possibilités de la gestion de la charge de travail dans les services sociaux¹⁶⁰. Les activités non liées aux patients constituent notamment un sous-ensemble essentiel du travail social dans les hôpitaux, ainsi qu'il ressort des résultats de l'étude actuelle. Il a donc été jugé indispensable de reprendre ces activités dans un instrument de mesure de la charge de travail des travailleurs sociaux ;

- inclure dans les études ultérieures la possibilité d'intégrer la perspective du patient dans le développement d'un instrument de mesure de la charge de travail ;
- la méthode RAFAELA tient compte du nombre d'infirmiers par département afin de vérifier ainsi l'intensité du travail de chaque infirmier. Dans le cas du travail social, il n'est pas rare qu'un département ne voit affecter qu'un seul travailleur social. Cela peut éventuellement entraîner de grandes différences dans l'évaluation de l'intensité du travail, étant donné que chacun exécute ses activités selon ses propres conceptions et en fonction de ses propres limites. Aussi est-il important, lors de l'expérimentation de l'instrument, de vérifier la fiabilité de ces activités¹⁶¹. Dans l'étude « Tour d'horizon du travail social », aucune subdivision n'a été effectuée provisoirement en fonction du département (non repris en tant que strate). Les données sont disponibles et peuvent être utilisées pour des études ultérieures. Étant donné que la durée d'hospitalisation du département et la nature et la complexité du groupe cible des patients peuvent avoir un impact élevé sur la charge de travail des travailleurs sociaux, ces facteurs doivent être repris dans le développement d'un futur instrument de mesure de la charge de travail.
- Le principe de la méthode PAONCIL peut aussi être conservé, mais il doit être adapté au travail social. Ainsi un manuel doit-il notamment être rédigé spécifiquement à cette fin. Il convient, par ailleurs, de vérifier si la plage optimale des 15 % peut être appliquée dans cet instrument et comment il peut être justifié. Des alternatives éventuelles doivent être envisagées.
- L'étude « Tour d'horizon du travail social » a passé en revue un grand nombre de facteurs qui influencent l'augmentation de la charge de travail. Afin de déterminer la charge complète de travail, il peut aussi être important de reprendre ces facteurs dans un instrument de mesure en fonction de la charge de travail des travailleurs sociaux. Ils peuvent être quantifiés en attribuant un score sur la base d'un nombre de questions portant sur les facteurs d'influence en tant que poids supplémentaire lors de l'évaluation de l'intensité de travail visant à allouer des moyens de manière objective ou leur valeur peut être déterminée lors de la sélection qualitative des facteurs d'influence. Ceci permet d'estimer la façon dont la charge de travail est perçue individuellement – ou de pondération de la résistance individuelle par rapport à la charge de travail –, ce qui peut être utile pour la direction des ressources humaines d'une organisation. La reprise des facteurs d'influence dans un instrument portant sur la mesure de la charge de travail est également étayée par des études menées par Stevens. L'auteur y décrit un très grand nombre de

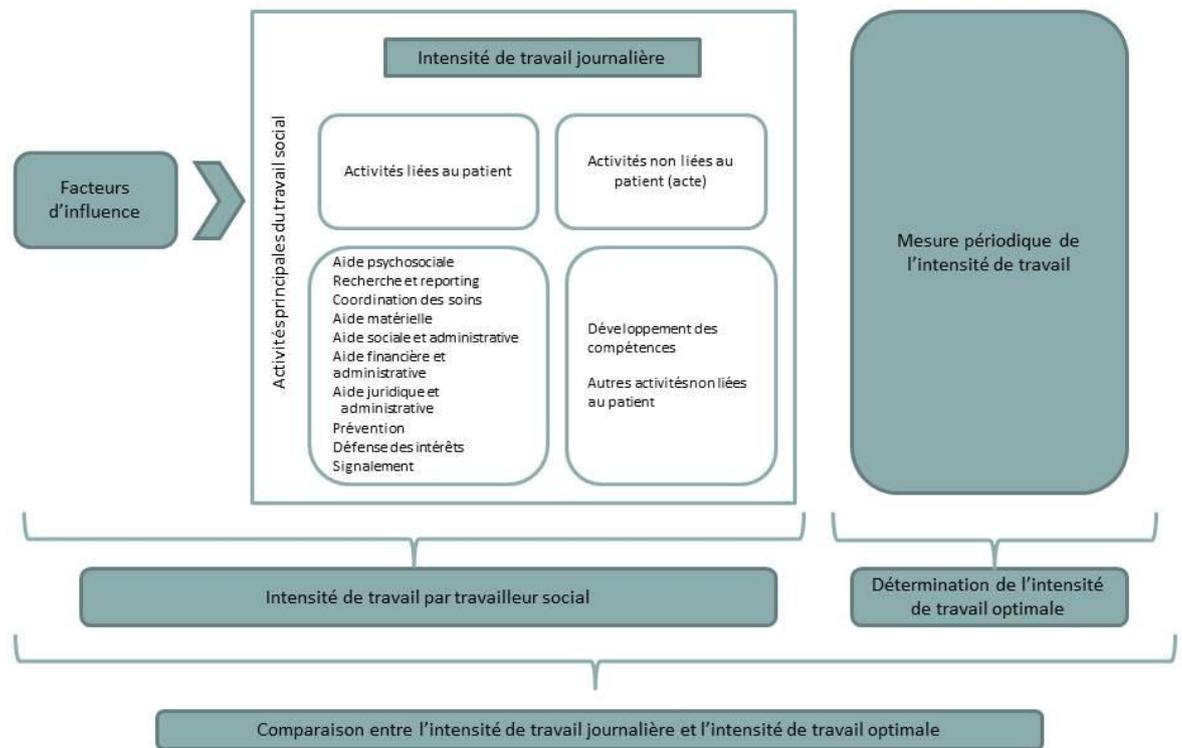
¹⁶⁰Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: socialwork in action*, 2008, 20(4), 207-221

¹⁶¹Les résultats sont purs et ne sont pas seulement le fait du hasard; autrement dit, on obtiendra plus ou moins la même charge de travail lors de la répétition du test dans la même situation.

facteurs qui influencent la charge de travail, notamment le taux de rotation élevé, les caractéristiques de l'organisation telles que la structure, la culture et le style de gestion, l'environnement tel que le caractère rural, la pauvreté...¹⁶²

- Une fois les adaptations apportées à l'instrument original, la validité¹⁶³, la fiabilité et l'utilité¹⁶⁴ — tant pour la méthode OPC et la méthode PAONCIL retravaillées que pour l'instrument dans son ensemble – doivent à nouveau être vérifiées.
- L'examen de la période d'enregistrement doit être approfondi et repris dans la conception d'un instrument permettant de mesurer la charge de travail des travailleurs sociaux dans les hôpitaux.

Représentation schématique d'un instrument permettant de mesurer la charge de travail des travailleurs sociaux en milieu hospitalier



¹⁶²Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: socialwork in action*, 2008, 20(4), 207-221

¹⁶³ L'instrument mesure ce qu'on lui dit de mesurer. Autrement dit, la charge de travail des travailleurs sociaux est vérifiée tant dans la situation actuelle que dans la situation optimale.

¹⁶⁴ L'instrument peut être rapidement mis en œuvre au sein d'une organisation et les travailleurs sociaux, ainsi que les responsables des ressources humaines éventuellement, peuvent s'y mettre rapidement.

3 CONCLUSIONS

Afin de pouvoir tirer des conclusions, nous partons du principe que cette enquête a pu montrer la diversité des tâches des travailleurs sociaux actifs dans un hôpital général, spécialisé ou gériatrique, mais également le lien et les différences entre les strates, notamment la partie du pays, le statut et la taille des hôpitaux. En outre, nous avons pu mettre en lumière les conventions et spécificités entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux, les hôpitaux gériatriques et les hôpitaux spécialisés. En dehors de la rationalisation du paquet de tâches, il a été montré clairement qu'un très grand nombre de facteurs influencent le travail social dans les hôpitaux. Surtout les facteurs qui sont directement liés au travail et au groupe cible/département ont sauté aux yeux.

Cette étude peut être utilisée comme base pour la description plus approfondie des paramètres objectifs et le développement d'un instrument pour la mesure de la charge de travail pour le travail social en hôpital. Par les moyens humains limités, les économies, les normes manquantes et les financements manquants ainsi que les modifications dans la demande de soins par une société changeante, le besoin d'un instrument pour vérifier la charge de travail se fait sentir^{165,166,167}. Toute une série d'instruments a donc été développée pour la mesure de la charge de travail, mais ceux-ci ne permettent pas suffisamment de déterminer la complexité de la tâche, sont souvent coûteux et prennent du temps et n'ont généralement pas de validité montrée de manière suffisante¹⁶⁸. La méthode RAFAELA essaye de faire face à ces goulets d'étranglement en faisant une combinaison entre un système de classification des patients pour la charge actuelle et pour une charge de travail optimale compte tenu des moyens humains disponibles¹⁶⁹. Éventuellement, ce modèle, moyennant des adaptations et des propres accents, peut être adapté au travail social dans les hôpitaux. Ainsi, les activités non liées aux patients peuvent être intégrées sur une base égale aux activités principales liées aux patients dans la méthode. En outre, des facteurs d'influence sur la charge de travail doivent également être pris en compte.

¹⁶⁵Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: social work in action*, 2008, 20(4), 207-221

¹⁶⁶Rauhala, A., Fagerström, L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of advanced nursing*, 2004, 45(4), 351-359

¹⁶⁷Groupe de travail « Service social à l'hôpital » (2010). Avis au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique concernant le service social à l'hôpital

¹⁶⁸Rauhala, A., Fagerström, L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(4), 351-359

¹⁶⁹Rauhala, A. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio, 2008

CHAPITRE 9: BIBLIOGRAPHIE

Généralités et méthodologie

1. Algra-Osinga, J.T., Halfens, R., Hasman, A., Wiersma, D. A Dutch patient classification system for community care. *Journal of nursing administration*, 1994, 24(7/8), 32-38
2. Ampt, A., Westbrook, J., ea, A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *J Health Serv Res Policy*, jan 2007, 12: 1, 18-24
3. Arthur, T. and James, N. Determining nurse staffing levels: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, 558-565
4. Beswick, S., Pamela D.H. et Anderson, M.A, Comparison of nurse workload approaches, *Journal of Nursing Management*, 2010, 18, 592-598
5. Brady, A. M., Byrne, G., Horan, P., Griffiths, C., Macgregor, C., Begley, C. Measuring the workload of community nurses in Ireland: a review of workload measurement systems. *Journal of nursing management*, 2007, 15, 481-489
6. Burke, T.A, McKee, J.R., ea, A Comparison of Time-and-Motion and Self-reporting Methods of Work Measurement, *Journal of Nursing Administration*, March 2000, 30:3, 118-125
7. Caplan, R.D. et Jones K.W, Effects of Work Load, Role Ambiguity, and Type A Personality on Anxiety, Depression, and Heart Rate, *Journal of Applied Psychology*, 1975, 60 (6), 713-719
8. Cleak, H., A model of social work classification in health care, *Australian Social Work*, March 2002, 55:1, 38-49
9. Christiaans, H.H.C.M., Fraaij, A.L.A, ea, Methodologie van technisch-wetenschappelijk onderzoek. *Lemma*, 2004, 424
10. Davis, C., Baldry, E., ea, Defining the role of the hospital social worker in Australia, *International Social Work*, 2004, 47:3, 346-358
11. Delobelle, S. et Smet K., Zelfregistratie via multimomentopname, een betrouwbare registratiemethode binnen de verpleegkunde?, thesis UGent, 2007, 89
12. De Laet, M. et Offermans, P., Marktonderzoek. *De Boeck*, 2003, 575
13. De Moor, G. et Van Maele, G., Inleiding tot de biomedische statistiek, *Acco*, 2008, 337
14. De Pelsmacker, P. et Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. *Garant*, 1996, 737

15. Derboven, J. et Van Gils, M., Gebruikers- en taakanalyse: Informatie-uitwisseling rond opname- en ontslag van de patiënt in het kader van het project transecare. 21/01/2008
16. De Vet, H.C.W. et Beurskens, A.J.H.M., Meetinstrumenten. Reproduceerbaarheid van metingen, Universiteit Maastricht, vakgroep Epidemiologie, 1997, 44-49
17. Fagerström, L. Evidence-Based human resource management: a study of nurse leader' resource allocation. *Journal of nursing management*, 2009, 17, 415-425
18. Fasali, D.R., Haddock, K.S. Results of an integrative review of patient classification systems. *Annual review of nursing research*, 2010, 28(1), 295-316
19. Finkler, S.A., Knickman, J.R., ea, A Comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research, *Health Services Research*, december 1993, 28:5, 577-597
20. Frilund, M., Fagerström, L. (2009) Managing the optimal workload by the PAONCIL method – a challenge for nursing leadership in care of older people. *Journal of nursing management*, 17, 426-434
21. Hendrickson, G., Doddato, T.M. et Kovner, C.T., How Do Nurses Use Their Time? *JONA*, march 1990, 20:3, 31-37
22. Hernandez, C.A. et O'Brien – Pallas, L., Validity and Reliability of Nursing Workload Measurement Systems: Review of Validity and Reliability Theory, *CJONA*, 1996
23. Jackson, B.L., Determining Efficiency Through Work Sampling, *Management Review*, January 1972, 13-21
24. Jackson, A.C., Segal, S.P. (2002) *Socials work health and mental healt: practice, research, and programs*. Binghampton: the haworth social work practice press
25. Janssens, J.M.A.M, Ogen doen onderzoek. Een inleiding in de methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, Swets & Zeitlinger, 1995, 323
26. Marasovic, C., Kenney, C., ea, A Comparison of Nursing Activities Associated with Manual and Automated Documentation in an Australian Intensive Care Unit, *Computers in Nursing*, 1997, 15:4, 205-211
27. Mariott, A., Sexton, L., Staley, D. Components of job satisfaction in psychiatric social workers. *Health and social work*, 1994, 19 (3), 199-205
28. Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, département de la programmation et de l'agrément, CNEH, avis coordonné relatif au service social à l'hôpital, 8.3.2001
29. Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. en Hyde, A.. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 463-471

30. Myny, D., et coll., Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: A cross-sectional study. *Int.J. Nurs. Stud.* (2011), doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.005
31. Myny, D., Van Goubergen, D., Limère, V., Gobert, M., Verhaeghe, S. et Defloor, T. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset, *Journal of Advanced Nursing*, July 2009, 92 -102
32. Myny, D., Van Goubergen, D., Gobert, M., Vanderwee, K., Van Hecke, A. et Defloor, T. Non-direct patient care factors influencing nursing workload: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2011, 67 (10), 2109-2129
33. Oddone, E., Weinberger, M., ea, Measuring activities in clinical trials using random work sampling: implications for cost-effectiveness analysis and measurement of the intervention, *J Clin Epidemiol*, 1995, 48:8, 1011-1018
34. Pelletier, D. et Duffield, C., Work sampling : Valuable methodology to define nursing practice patterns, *Nursing and Health Sciences*, 2003, 5, 31-38
35. Prescott, P.A. Nursing intensity: Needed today more than staffing. *Nursing economics*, 1991, 9(6), 409-414
36. Raino, A.K., Ohinmaa, A.E. (2005) Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system – case study from the general wards of one central hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14, 674–684
37. Rauhala, A. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing. Case of the RAFAELA system. Doctoral dissertation. University of Kuopio: Kuopio, 2008
38. Rauhala, A., Fagerström, L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of advanced nursing*, 2004, 45(4), 351-359
39. Rauhala, A., Kivimäki, M., Fagerström, L., Elovainio, M., Virtanen, M., Vahtera, J., Rainio, A.K., Ojaniemi, K. en Kinnunen, J. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(3), 286–295
40. Raynes, N.V., Winny, J. en Mulgrew, K., What Do Social Workers Do? A Method for Classifying Social Workers' Activities, *The British Association of Social Workers*, 1982, 12, 353-362
41. Redding, D.A. en Robinson, S., Interruptions and Geographic Challenges to Nurses' Cognitive Workload. *J.Nurs. Care Qual*, 2009, 24(3), 194-200
42. Sermeus, W., Registratie van minimale verpleegkundige gegevens in de Belgische ziekenhuizen. Van concept tot implementatie. *Acco*, 2007, 162

43. Sijf De Vries, Basismethodiek psychosociale hulpverlening. Bohn Stafleu van Loghum, 2010, pg 448
44. Soliman, F. Improving resource utilization through patient dependency systems. *Journal of medical systems*, 1997, 21(5), 291-302
45. Stevens, M. Workload management in social work services: what, why and how? *Practice: social work in action*, 2008, 20(4), 207-221
46. Storfjell, J.L., Allen, C.E et Easley, C.E, Analysis and Management of Home Health Nursing Caseloads and Workloads, *Journal of Nursing Administration*, September 1997, 27:9, 24-33
47. Swanborn, P.G., *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Boom Meppel, 2005, 436
48. Theuns, P., Schaleren, aanvulling bij persoonlijke klasnota's academiejaar 1999-2000, VUB, faculteit voor psychologie en opvoedkunde
49. Urden, L.D. et Roode, J.L., Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. *J Nurs Admin*, 1997, 27, 34-41
50. Van Breukelen, G.J.P. et Berger, M.P.F., Meetinstrumenten. Hoe te komen tot een gewogen totaalscore van afzonderlijke scores op een vragenlijst, Universiteit Maastricht, capaciteitsgroep Methodologie en Statistiek, 2000, 49-53
51. G. Van Herck, E. Cardinaels & S. Vandevelde, *Opinie-onderzoek over verschillen tussen openbare en private Vlaamse ziekenhuizen*. 2003, *Acta Hospitalia*, 43 (3)
52. Van Maele, G. et al, *Statistische gegevensverwerking met behulp van IBM SPSS statistics 18 (PASW)*, University Press, 2010, 272
53. Worthington, D.J. (1986) Measurement of social Case-Loads. *The journal of the operational research society*, 37(5), 479-486

Manuel des activités principales de travail social à l'hôpital

1. de Mönnink H., De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek Multimethodisch Maatschappelijk Werk, Elsevier, 2004, 464
2. Goudriaan, I. et Labaaij, L., De medisch-maatschappelijk werker in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar de functie-uitvoering van medisch maatschappelijk werkers en waardering daarvan door patiënten. Trimbos instituut, 1999, 72
3. Holstvoogd R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, 265
4. Jagt N., Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers, Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, Anraad, 2006, 100
5. Snellen A., Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk: Een eclectisch-integratieve aanpak, Bussum: Coutinho, 2007, 416
6. van Riet N. et Mineur M.J., Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg, Van Gorcum, 1997, 101
7. van Riet N. et Wouters H., Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening, Van Gorcum, 2007, 154
8. Verzelen W., Sociaal werk: In- en uitzichten, Garant, 2005
9. Vlaeminck H., Malfliet W. et Saelens S., Social Casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners, Kluwer, 2002, 254