

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Rôle et contribution du travail social médical en hôpital universitaire

par

Jean-François Berthiaume

École de service social

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en service social

Mai 2009

© Berthiaume, Jean-François 2009



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Rôle et contribution du travail social médical en hôpital universitaire

présentée par
Jean-François Berthiaume

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Professeur Gilles Rondeau
président-rapporteur
Professeur Claude Larivière
directeur de recherche
Professeure Diane-Gabrielle Tremblay
membre du jury
Professeure Danielle Maltais
examinatrice externe
Professeur Jacques Hamel
représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le

Résumé

Cette thèse par articles a pour objectif général de répondre à la question de la contribution du travail social médical dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et, en tant que recherche qualitative, s'appuie sur une perspective constructiviste de la théorisation ancrée. Cette thèse comprend, en plus de l'introduction et de la conclusion, un chapitre qui présente le cadre conceptuel de référence et les concepts centraux de la thèse, un chapitre de recension des écrits concernant le rôle et la contribution du travail social médical et la collaboration interprofessionnelle, un chapitre qui présente la méthodologie, et quatre articles.

Le premier article, qui est basé sur une recension des écrits, situe les origines du travail social en milieu hospitalier dans le contexte d'une quête permanente de reconnaissance professionnelle et d'affirmation du rôle joué par le travail social médical concernant la construction de l'identité et des savoirs professionnels. Le rôle de premier plan accompli par les travailleuses sociales elles-mêmes, la création et le développement des départements de travail social en milieu hospitalier ainsi que la promotion et le développement de pratiques adaptées aux patients et une vision sociale de la santé, marquent profondément ce parcours.

Le second article, également basé en grande partie sur une recension des écrits, aborde les enjeux et les défis structurels de la pratique professionnelle du travail social en milieu

hospitalier. De l'ensemble des disciplines professionnelles qui sont présentes en milieu hospitalier, c'est le travail social qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive toujours pas à conquérir une telle reconnaissance. Cet article identifie des champs à investir et propose des défis prometteurs à relever.

Les articles trois et quatre présentent les résultats de la recherche qualitative menées auprès de travailleuses sociales du secteur des soins physiques des deux CHU pour adultes de l'île de Montréal à partir de deux thèmes qui ont émergé de façon marquante: le rôle du travail social en milieu hospitalier et la collaboration interprofessionnelle. Ces questions sont au cœur des enjeux en matière d'identité et de renouvellement de la pratique professionnelle. Les résultats permettent de dégager les rôles et les contributions des travailleuses sociales qui sont en émergence mais également ceux qui connaissent un effritement en vertu de plusieurs facteurs. La profession continue à éprouver des difficultés à définir sa raison d'être en milieu hospitalier. Dans un contexte de plus en plus marqué par de nombreux changements structurels, mais également par une interaction de plus en plus soutenue avec les autres disciplines professionnelles, il est devenu primordial pour le travail social d'être en mesure de clarifier sa contribution et de mieux préciser sa propre participation au sein du travail interdisciplinaire.

Mots-clés : travail social en milieu hospitalier, centre hospitalier universitaire, rôles du travail social, interdisciplinarité, multidisciplinarité, collaboration interprofessionnelle.

Abstract

Answering the question of medical social work's contribution in University Hospital Centers is the general objective of this thesis by articles. The present research is qualitative and is based on a constructivist approach to grounded theory. This thesis consists of four articles, but also includes a chapter about the conceptual framework and the major concepts that are included all through the thesis, a chapter presenting a literature review in regards to the role and the contribution of medical social work and about interprofessional collaboration, and a chapter that presents the methodology.

The first article links the origins of hospital social work with the permanent quest for professional recognition and underlines the role played by medical social workers in the construction of professional identity and knowledge. The leading role upheld by pioneer practitioners, the creation and development of social work departments in hospitals, the promotion and development of patient-centered approach, and the incorporation of a social vision of health, have all profoundly influenced this historical process.

The second article is also based largely on a literature review and addresses the structural challenges and issues facing the professional practice of hospital social work. In hospitals, social work remains the profession that has less succeeded to establish its own professional status and has less succeeded in gaining professional recognition. This article identifies different fields to be invested upon and outlines promising challenges to be upheld.

Articles three and four present the results of the qualitative research based on the data collected upon medical social workers of the two University Hospital Centers for adults of Montreal in regards to two themes that emerged in an important way: social work roles and interprofessional collaboration. Results point out emerging roles and contributions of social work but also those that are facing erosion due to many factors. Social work as a profession continues to experience difficulty to define its *raison d'être* in hospital settings. In a context that is more and more subject to ongoing structural changes, but also continuous interaction with other professional disciplines, it has become vital for social work to be able to clarify its own contribution and better state its own participation in interprofessional collaboration.

Keywords : hospital social work, University Hospital Center, social work roles, interdisciplinarity, multidisciplinary, interprofessional collaboration.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Table des matières	vii
Avant-propos	ix
Dédicace	x
Remerciements	xi
Liste des tableaux	xiv
Liste des sigles et abréviations	xv
Liste des annexes	xvi
Chapitre I - Introduction	1
Références	10
Chapitre 2 - Cadre conceptuel de référence et concepts centraux de la thèse	15
Références	40
Chapitre 3 - Recension des écrits: rôle et contribution du travail social médical et collaboration interprofessionnelle	48
Références	74

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Table des matières	vii
Avant-propos	ix
Dédicace	x
Remerciements	xi
Liste des tableaux	xiv
Liste des sigles et abréviations	xv
Liste des annexes	xvi
Chapitre I - Introduction	1
Références	10
Chapitre 2 - Cadre conceptuel de référence et concepts centraux de la thèse	15
Références	40
Chapitre 3 - Recension des écrits: rôle et contribution du travail social médical et collaboration interprofessionnelle	48
Références	74

Chapitre 4 - Méthodologie	89
Références	116
Chapitre 5 - Article Un : <i>Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier</i>	122
Références	141
Chapitre 6 - Article Deux : <i>De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social médical en milieu hospitalier</i>	147
Références	167
Chapitre 7 - Article Trois : <i>Rôle et contribution des travailleuses sociales en santé physique en centre hospitalier universitaire</i>	176
Références	205
Chapitre 8 - Article Quatre : <i>La collaboration interprofessionnelle: perceptions et enjeux identitaires identifiés par les travailleuses sociales d'hôpitaux universitaires canadiens</i>	214
Références	245
Chapitre 9 - Conclusion et recommandations	255
Références	267

Avant-propos

Cette thèse constitue une thèse par articles conformément à la politique en vigueur à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. En plus d'être composée de quatre (4) articles, le lecteur retrouvera une introduction, un chapitre qui présente le cadre conceptuel de référence et les concepts centraux de la thèse, un chapitre de recension des écrits concernant le rôle et la contribution du travail social médical et la collaboration interprofessionnelle, un chapitre sur la méthodologie et une conclusion, ainsi que des références, résumés, annexes et tableaux. Les deux premiers articles reflètent en grande partie une recension des écrits alors que les articles trois et quatre, tout en faisant une synthèse de la revue de littérature en la matière, présentent et analysent les résultats de la recherche.

Jean-François Berthiaume est le seul auteur des quatre articles qui sont intégrés à la thèse.

Voici le titre et les renseignements relatifs aux différents articles à la date du dépôt final (les articles en évaluation pourraient subir des modifications) :

ARTICLE 1 : Soumission à venir, été 2009.

Berthiaume, J.-F. (2008). Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier.

ARTICLE 2 : Publié.

Berthiaume, J.-F. (2008). De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social en milieu hospitalier, *Intervention*, 128, 6 – 14.

ARTICLE 3 : Accepté pour publication en 2010.

Berthiaume, J.-F. (2008). Rôles et contributions des travailleuses sociales en centre hospitalier universitaire, *Travail social canadien* (soumis en novembre 2008).

ARTICLE 4 : En voie de traduction pour fin de soumission au *Journal of Interprofessional Care*.

Berthiaume, J.-F. (2009). La collaboration interprofessionnelle : perceptions et enjeux identitaires pour les travailleuses sociales d'hôpitaux canadiens (soumission prévue pour l'automne 2009)

Dédicace

Je dédie l'ensemble de ces travaux à la mémoire de ma mère, Françoise Berthiaume (1927–2001), diplômée de l'École de service social de l'Université de Montréal en 1950 et qui a été travailleuse sociale en milieu hospitalier et en centre de réadaptation au Québec et au Manitoba. Femme intègre, solidaire de ses frères et sœurs de l'humanité et en avant sur son temps, elle a été la première à me transmettre les valeurs fondamentales de la profession, notamment parce qu'elle en était porteuse dans sa vie de tous les jours.

Remerciements

Bien que la signature de la présente thèse soit celle d'une seule personne, nous tenons à souligner ici les contributions de diverses personnes sans lesquelles le long parcours que représentent les études et les travaux du doctorat n'aurait point connu de dénouement.

Dans un premier temps, je remercie chaleureusement les travailleuses sociales des deux centres hospitaliers universitaires qui ont pris part à la présente étude, soit le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Malgré un quotidien empreint d'une charge considérable de travail en plus des imprévus inhérents à leur pratique professionnelle en milieu hospitalier, les 42 travailleuses sociales qui ont accepté de participer aux entrevues approfondies et aux rencontres de groupe l'ont fait avec générosité, avec transparence, avec sincérité et avec authenticité. De plus, leur intérêt était des plus palpables et nous encourageait ainsi à poursuivre nos travaux. Nous sommes des plus reconnaissant envers les leaders professionnels de ces milieux pour leur disponibilité et pour leur grande accessibilité. Ces personnes ont grandement facilité notre tâche, que ce soit pour avoir accès à leurs collègues ou en matière de rétroaction dans plusieurs étapes de la cueillette de données. À ce titre, je souligne les appuis de Mme Constance Lechman, chef du service social au CUSM et de Mmes Barbara Himsl, Dale MacDonald, Vanessa Sakodakis, responsables cliniques au CUSM; ainsi que

de M. Paul Simard, chef du service social au CHUM, de Mme Marie-Paule Vanthuyne, aujourd'hui retraitée mais qui était coordonnatrice professionnelle au CHUM durant l'étude, ainsi que de M. François Bertrand qui était également coordonnateur professionnel au CHUM durant la conduite de la présente étude.

Deuxièmement, nous souhaitons remercier notre directeur de thèse, M. Claude Larivière. Ses conseils, ses commentaires et ses recommandations ont été des plus précieux tout au long de notre cheminement. Son attitude, empreinte de respect, a su nous insuffler la confiance nécessaire pour traverser les moments les plus difficiles mais combien gratifiants.

Tertio, c'est à l'endroit de nos proches que nous exprimons une profonde reconnaissance. Tout particulièrement notre compagne Sophie, ainsi que ma fille K.-Loli qui ont été à nos côtés tout au long de ce parcours. Cette dernière, qui vient de terminer sa maîtrise en travail social et à intégré la profession, fut une lectrice attentionnée dont les commentaires nous ont par ailleurs bien servi. Et, au milieu de tout cela, l'arrivée d'un nouveau membre de la famille, Romain, ajouta encore plus de luminosité dans notre environnement.

Quatrièmement, l'importance de produire une thèse qui soit impeccable au niveau du français écrit est indéniable et nous n'aurions pu le faire sans l'apport des services de Madame Muriel Dérogis. Nous désirons la remercier pour son professionnalisme et sa célérité.

Finalement, nous n'aurions pas été en mesure d'accomplir tout ce parcours sans un apport financier. À titre de chargé de cours depuis plus de 20 ans, nous avons pu ainsi avoir accès à des bourses en provenance de l'Université de Montréal et de l'Université du Québec à Montréal qui ont représenté un apport important pour une personne avec un parcours en quelque sorte atypique pour des études doctorales. Ces bourses sont le fruit d'un partenariat entre les syndicats des chargés de cours et les dirigeants de ces deux universités et c'est à leur grand mérite. Nous ne pouvons que souligner l'importance et la valeur de leur raison d'être et souhaiter que bon nombre de chargés de cours puissent également en bénéficier dans les années futures.

Liste des tableaux

Chapitre IV, Tableau I

<i>Caractéristiques des effectifs en travail social, CHUM et CUSM, secteurs des soins physiques</i>	103
---	-----

Chapitre IV, Tableau II

<i>Répartition selon les affectations par unités de soins des travailleuses sociales – tableau comparatif entre les effectifs du CHUM et du CUSM</i>	104
--	-----

Chapitre VIII, Tableau I

<i>Caractéristiques des effectifs en travail social, CHUM et CUSM, secteurs des soins physiques</i>	225
---	-----

Chapitre VIII, Tableau II

<i>Répartition selon les affectations par unités de soins des travailleuses sociales – tableau comparatif entre les effectifs et les travailleuses sociales interviewées dans le cadre de la recherche</i>	226
--	-----

Liste des sigles et abréviations

AFEAS :	Association féminine et d'éducation et d'action sociale
ACTS :	Association canadienne des travailleurs sociaux
AIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUS :	Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke
CI :	Collaboration interprofessionnelle
COS :	Charity Organization Society
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CUSM :	Centre universitaire de santé McGill
DRG :	Diagnostic-Related Group
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
MUHC :	McGill University Health Center
NASW :	National Association of Social Workers
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OPTSQ :	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
UHRESS :	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
UR :	Utilization Review
VIH-SIDA :	Virus de l'immunodéficience humaine - Syndrome d'immunodéficience acquise

Liste des annexes

- Annexe A : Lettre d'invitation aux participants
- Annexe B : Formulaire de consentement
- Annexe C : Lettre d'invitation (courrier électronique) aux participantes pour rencontres de groupe de validation
- Annexe D : Synthèse des résultats (brève synthèse) acheminée aux participantes avant la tenue des rencontres de groupe
- Annexe E : Formulaire de consentement des participantes aux rencontres de groupe
- Annexe F : Certificat d'éthique de l'Université de Montréal
- Annexe G : Certificat d'éthique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- Annexe H : Certificat d'éthique du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- Annexe I : Schéma d'entrevue auprès des travailleuses sociales
- Annexe J : Schéma d'entrevue auprès des responsables cliniques
Questions additionnelles au schéma d'entrevue des t.s.
- Annexe K : Modèle de fiche analytique d'entrevue

Chapitre I - Introduction

1. Pertinence du sujet

La place occupée par les hôpitaux au sein de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux canadien est appelée à se transformer de façon majeure dans le cadre des orientations gouvernementales de tous les paliers visant à mettre l'accent sur les soins primaires et sur le développement des réseaux intégrés de services (Santé Canada, 2003; Romanow, 2002; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Déjà, au Québec, la part de l'hôpital dans les dépenses de santé a décliné de façon importante au cours des vingt dernières années, passant de plus de la moitié des dépenses en 1980 au tiers en 2005 (Contadriopoulos, 2007). Pour reprendre l'expression consacrée, le milieu hospitalier, comme l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, vit des restructurations et des reconfigurations majeures. La nouvelle gestion publique (NGP) est au centre de cette réingénierie et se traduit par des impacts significatifs sur les organisations du réseau et leur main d'œuvre, le tout dans un contexte de changements (Larivière, 2007). Toutes les professions exerçant en milieu hospitalier sont affectées par les changements structurels, et la profession du travail social en est interpellée de façon toute particulière, rudement mise au défi de se redéfinir et de se renouveler.

Malgré tout, le travail social en milieu hospitalier est un sujet peu exploré dans la littérature. L'étude des principales bases de données en travail social, en sciences sociales et en sciences de la santé (CINHAL, ERIC, Francis, Medline, PsycINFO, Social Services Abstracts, SSCI, Social Work Abstracts Plus) et du contenu des principaux périodiques au

Québec et au Canada des dix dernières années (*Affilia, Intervention, Nouvelles pratiques sociales, Reflets, Revue canadienne de service social, Ruptures, Service social, Travail social canadien*) met en évidence le fait que la littérature consacrée à la pratique du service social en milieu hospitalier est de loin plus abondante aux États-Unis, en Angleterre et en Australie qu'au Québec et au Canada. Par ailleurs, peu de recherches se sont attardées au point de vue des acteurs impliqués, c'est-à-dire aux perceptions des travailleuses sociales¹ sur la contribution de leur propre pratique au sein des centres hospitaliers universitaires. Ajoutons le peu de place, voire l'absence, donnée à la théorie et à la pratique du travail social en milieu hospitalier dans les contenus des programmes de formation universitaire en travail social, tous cycles confondus (Rudolph, 2000; Mailick et Caroff, 1996).

2. Terminologie employée : travail social médical / travail social en milieu hospitalier

Le contexte particulier de la pratique du travail social en milieu hospitalier, surtout au cours des 40 dernières années, a conduit à la production de guides, de standards et d'indicateurs de la pratique qui y est exercée. Le travail social médical s'est en quelque sorte constitué en une spécialisation au sein de la profession. Notons à cet effet que si les termes de travail social médical sont encore largement employés dans la littérature anglo-saxonne (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007), plusieurs préfèrent ceux de travail social en milieu hospitalier (Beder, 2006) ou encore dans le secteur de la santé (Cowles, 2003). Ces

¹ La profession du travail social étant très féminisée, le féminin englobera le masculin.

dernières appellations reflètent davantage les mouvances contemporaines, mais également un enjeu identitaire bien précis : celui de ne pas être perçu comme subordonné au corps médical.

3. Positionnement de cette thèse

Cette thèse s'intéresse à la contribution des travailleuses sociales œuvrant dans les soins physiques des deux centres hospitaliers universitaires pour adultes de la région de Montréal, soit le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Ce champ de recherche ainsi circonscrit répond, entre autres, à un intérêt marqué envers un phénomène social peu étudié.

L'essence de tout système professionnel repose sur le fait que chaque discipline définit des cadres de travail solides sur le plan théorique, orientés vers la discipline et donnant accès aux juridictions professionnelles, qui sont la plupart du temps régis de manière rigide (Abbott, 1988). Toutefois, le caractère multidisciplinaire des hôpitaux et les nombreux appels à une plus grande collaboration interprofessionnelle appellent des changements à ce paradigme en suggérant l'implantation d'une logique de collaboration plutôt que de compétition (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005; D'Amour et Oandasan, 2005). Or, bon nombre d'auteurs qui se sont intéressés à la question sont d'avis que, de toutes les disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier, c'est le travail social

qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive toujours pas à obtenir une véritable reconnaissance (Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2006; Globerman, Davies et Walsh, 1996). Un nombre important de rôles ou de fonctions traditionnellement associés au travail social médical sont aujourd'hui perçus comme assumés par plus d'une profession, notamment les infirmières et les ergothérapeutes (Abramson et Mizrahi, 2003). Le changement de paradigme au sein de la profession des infirmières, dorénavant axée sur une vision et une approche systémiques du patient, de ses besoins et de son réseau de santé, interpelle tout particulièrement le travail social en milieu hospitalier.

La question de définir et de préciser le rôle et la contribution du travail social médical en milieu hospitalier est au cœur des enjeux permettant d'établir des assises solides en matière d'identité professionnelle et d'avenir de la pratique professionnelle (Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2004; Berkman et al., 1996). Sans une définition claire de leur rôle et de leur contribution, les travailleuses sociales sont appelées à effectuer des tâches similaires aux infirmières et à d'autres professionnels, rendant ainsi leur contribution spécifique des plus nébuleuse aux yeux des autorités de l'établissement, mais également auprès de leurs collègues des autres disciplines (Barth, 2003; Berger et Mizrahi, 2001; Globerman et Bogo, 2002). À défaut de bien définir leur rôle et leur contribution, les travailleuses sociales risquent de les voir définis par autrui et de se voir dévalorisées et marginalisées, voire remises en question (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007; Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2004; Kitchen et Brook, 2000; Herbert et Levin, 1995).

La contribution spécifique du travail social en centre hospitalier universitaire (CHU) – qui englobe les questions d’identité professionnelle, de définition et de précision de rôle, de même que d’articulation au quotidien de l’interdisciplinarité – nous apparaît centrale pour réaffirmer et consolider une identité professionnelle encore précaire à ce jour. Cette thèse se veut donc un apport aux réflexions et aux débats ayant lieu, à l’heure actuelle, à ce sujet.

4. Cadre d’analyse

En tant que recherche exploratoire et analytique, cette étude n’avait pas d’hypothèse de départ. Notre démarche s’est inscrite dans une perspective constructiviste de la théorisation ancrée. Le but de la théorisation ancrée étant le développement, de manière inductive, d’une théorie de niveau intermédiaire solidement enracinée dans les données empiriques (Charmaz, 2005), son utilisation est particulièrement recommandée lorsqu’il s’agit d’étudier un phénomène qui a fait l’objet de peu d’analyses (Laperrière, 1997) et, c’est ici le cas pour ce qui est de la pratique professionnelle en milieu hospitalier universitaire au Québec et, de surcroît, en milieu hospitalier universitaire en général.

En plus de la théorisation ancrée, le cadre d’analyse qui sous-tend l’ensemble de la présente thèse puise aux deux approches que sont l’interactionnisme symbolique et le

constructivisme structuraliste. Ce cadre est présenté de façon plus prononcée au chapitre suivant portant sur le cadre conceptuel de référence et les concepts centraux de la thèse.

5. Brève présentation des articles de la thèse

Cette thèse est rédigée sous forme de quatre articles axés sur la contribution du travail social en milieu hospitalier universitaire. Le tout est précédé des chapitres sur le cadre conceptuel, la recension des écrits et la méthodologie. Pour ce qui est du chapitre sur le cadre conceptuel, en plus de ce que nous avons mentionné précédemment à propos de son contenu (présentation des deux approches à la base de ce cadre), nous apportons des définitions, des clarifications et des réflexions eu égard aux concepts qui sont centraux dans cette thèse, à savoir les concepts d'identité professionnelle, de déprofessionnalisation et de collaboration interprofessionnelle. Le chapitre sur la recension des écrits concerne deux thèmes qui sont ressortis dans le processus de notre recherche, soit d'une part, le rôle et la contribution du travail social médical en milieu hospitalier, et, d'autre part, la collaboration interprofessionnelle et l'interdisciplinarité. Il est à souligner que les deux premiers articles comprennent également une partie importante relevant de la recension des écrits.

Nous avons retenu la thèse par articles à la suite des recommandations formulées en ce sens par notre directeur, M. Claude Larivière. La présentation en articles vise à faciliter et à accélérer la diffusion des résultats de la recherche. Cette approche nous donne l'occasion d'apprendre à concevoir et à rédiger des articles, selon des modalités et des critères propres

à notre domaine de recherche, et à planifier notre travail en conséquence (FES, 2009). De plus, notre parcours professionnel de près de 30 années nous a tenu, en quelque sorte, à l'écart du monde de la publication : 28 années comme praticien social en milieu de la santé ; 23 années avec des activités continues d'enseignement à titre de chargé de cours dans plusieurs écoles de travail social au Québec ainsi qu'à titre de formateur accrédité à l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ). Le fait de produire ici une thèse par articles et de les soumettre pour publication en étant le seul auteur – à ce jour, un article a déjà été publié et un second a été accepté pour publication – nous ouvre la porte sur des horizons professionnels nouveaux en matière de recherche et de publication. L'exercice a été laborieux et, à aucun moment, le lecteur ne doit y voir une économie d'efforts même si, en fin de compte, le poids quantitatif d'une thèse par articles s'est éloigné de celle d'une thèse classique puisque tout l'art de celle-ci réside justement en la capacité d'être clair, concis, cohérent et d'avoir une portée réelle auprès de divers acteurs sociaux. Nous avons appris largement à travers cette expérience toute la rigueur et toute la discipline qui s'imposent ici.

Le premier article consiste en une recension des écrits et s'intitule « Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier ». Comme le laisse entrevoir le titre de l'article, nous situons les origines et les sources du travail social en milieu hospitalier dans le contexte d'une quête permanente de reconnaissance professionnelle et d'affirmation du rôle joué par le travail social médical en lien avec la construction de

l'identité et des savoirs professionnels. Cet article permet de souligner les enjeux qui demeurent d'actualité pour le travail social médical en milieu hospitalier.

Le second article, également basé en grande partie sur une recension des écrits, s'intitule « De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social médical en milieu hospitalier ». Son objectif est de contribuer aux débats sur l'avenir de la pratique professionnelle en s'attardant, notamment, aux défis qui s'imposent en matière d'identité professionnelle, de rôle du travail social, d'interdisciplinarité, d'éthique et de la recherche.

Intitulé « Rôle et contribution des travailleuses sociales en santé physique en centre hospitalier universitaire », le troisième article souligne les résultats d'une étude qualitative menée auprès de travailleuses sociales exerçant en milieu hospitalier universitaire. Des entrevues semi-dirigées et approfondies ont été réalisées auprès de 42 travailleuses sociales et six rencontres de groupe ont été conduites. Les données recueillies furent codées, saisies au moyen du logiciel Nud'Ist Nvivo et analysées selon le cadre théorique précédemment entrevu. Les perceptions des praticiennes sur leurs rôles, leurs fonctions et leurs contributions du travail social en milieu hospitalier universitaire sont présentées afin de comprendre comment et pourquoi ces perspectives évoluent.

Le quatrième article aborde la question plus spécifique de l'interdisciplinarité et de la collaboration interprofessionnelle au sein des centres hospitaliers universitaires. L'objectif de cet article est de mettre en lumière les perceptions des travailleuses sociales sur la forme

que prend le travail en équipe en milieu hospitalier universitaire, et ce, afin de mettre en relief la nature des rapports entretenus entre ces praticiennes et les autres disciplines, de même que les impacts sur l'identité et la reconnaissance professionnelles. Les données recueillies dans le cadre de la recherche qualitative qui ont également alimenté le troisième article constituent les sources premières de cet article. Ce dernier article s'intitule « La collaboration interprofessionnelle : perceptions et enjeux identitaires identifiés par les travailleuses sociales d'hôpitaux universitaires canadiens ».

En dernier lieu, la conclusion de cette thèse reprend en synthèse les éléments de discussion générale, vient souligner les contributions de nos travaux à la question du travail social en milieu hospitalier universitaire et ouvre la voie à des questions et à des champs de recherche ultérieurs.

RÉFÉRENCES

Abbott, A. (1988). *The System of professions*. Chicago, University of Chicago Press.

Abramson, J.S. & Mizrahi, T. (2003). Understanding collaboration between social workers and physicians: application of a typology, *Social Work in Health Care*, 37 (2), 2003, 71-100.

Auerbach, C, Mason, S.E., & LaPorte, H.H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 17-32.

Barth, M. C. (2003). Social work labor market: a first look, *Social Work*, Janvier 2003, 48 (1) 9-19.

Beder, J. (2006). *Hospital social work – the interface of medicine and caring*. New York, Routledge.

Berger, C., & Mizrahi, T. (2001). An evolving paradigm of supervision within a changing health care environment, *Social Work in Health Care*, 32 (4), 1-18.

Berkman, B., Bonander, E., Kemler, B., Rubinger, M.J., Rutchik, I., & Silverman, P. (1996). Social work in the academic medical center : advanced training a necessity, *Social Work in Health care*, 24 (1/2), 115-135.

Charmaz, K. (2005). « Grounded theory : objectivist and constructivist methods », Dans Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (éd.) (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Contandriopoulos, A.-P., (2007). Diagnostic d'une crise, *Relations*, juin 2007, (717), 12-14.

Cowles, L. A. F. (2003). *Social work in the health field : a care perspective (2nd Edition)*. New York, The Haworth Press.

D'Amour, D., Ferra-Videla, M., Rodriguez, L.S., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (2), 116-131.

D'Amour D. & Oandasan I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1), 8-20.

Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2006). Defining the role of the hospital social worker in Australia - Part 2. A qualitative approach, *International Social Work*, 48 (3), 289-299.

Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2004). Defining the role of the hospital social worker in Australia, *International Social Work*, 47 (3), 346-358.

Faculté des Études Supérieures (FES) (2009). *Guide de présentation et d'évaluation des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat*. Université de Montréal.

Franklin, C. (1995). Expanding the vision of the social constructionist debates: Creating relevance for practitioners, *Families in Society*, 76 (7), 395-406.

Globerman, J., & Bogo, M. (2002). The impact of hospital restructuring on social work field education, *Health And Social Work*, 27 (1), 7-15.

Globerman, J., Davies, J.M., & Walsh, S. (1996). Social work in restructuring hospitals, *Health & Social Work*, 21 (3), 178-188.

Herbert, M. & Levin, R. (1995). Current issues and future directions in hospital social work : report of a national Survey, *The Social worker / Le travailleur social*, 63 (2), 89-93.

Kitchen, A. & Brook, J. (2005). Social work at the heart of the medical team, *Social Work in Health care*, 40 (4), 1-18.

Laperrière, A. (1997). « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », Dans Poupart & al. (1997). *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 309-340.

Larivière, C. (2007). « La transformation des structures par la nouvelle gestion publique - Évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation », Dans Baillargeau, É. & Bellot, C. (sous la direction), *Les transformations de l'intervention sociale*. Québec, PUQ, 53-69.

Mailick, M.D. & Caroff, P. (1996). Professional social work education and health care : Challenges for the future, *Social Work in Health Care*, 24, 1-7.

Rudolph, C. S. (2000). Educational challenges facing health care social workers in the Twenty-First Century, *Professional Development*, 3 (1), 31-43.

Romanow, R. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport de la Commission royale.* Ottawa, Publications du Canada.

Santé Canada (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.* Ottawa, Santé Canada.

Chapitre II - Cadre conceptuel de référence et concepts centraux de la thèse

Le présent chapitre présente le cadre conceptuel qui est à la base de nos analyses tout au long de la thèse. Ce cadre s'appuie sur deux approches dont nous étayerons les principales caractéristiques, soit l'interactionnisme symbolique et le constructivisme structurel. À travers ces approches, et grâce à elles en grande partie, nous approfondirons trois concepts centraux que le lecteur retrouvera au sein de notre thèse, à savoir les concepts d'identité professionnelle, de déprofessionnalisation et de collaboration interprofessionnelle.

L'interactionnisme symbolique : un cadre théorique des plus pertinents pour la question de l'identité professionnelle, mais également pour la théorie et la pratique du travail social dans son ensemble

Dans une perspective phénoménologique constructiviste, l'identité professionnelle ne se limite pas au modèle fonctionnaliste des professions d'une étiquette fixe qui renvoie à un membership fait sur mesure pour un groupe particulier ou énonçant la mise en œuvre d'un ensemble de tâches (Tourmen et Toulemonde, 2005). Elle est plutôt perçue comme étant construite à travers les interactions et les relations entre les personnes (Butt, 1996). Un modèle plus près des conceptions de l'interactionnisme symbolique des penseurs nord-

américains affirme que l'identité professionnelle est un processus perpétuel, en action, au sein duquel les personnes recréent et négocient continuellement leur rôle et leur place dans chaque interaction sociale (King et Ross, 2003). L'identité, qui soulève la question du « qui suis-je? » (Rey, 1992) n'est pas qu'affaire de soi, mais aussi et surtout rapport à autrui (Couturier et Chouinard, 2003).

L'interactionnisme symbolique (IS) représente un cadre théorique des plus pertinents pour la théorie et la pratique du travail social. Qui plus est, l'intérêt manifeste pour les questions identitaires, ces dernières années, a ramené cette perspective à l'avant-plan. L'interactionnisme symbolique est à la fois une théorie sur le comportement humain et une approche pour l'étude des comportements individuels et de groupe (Annells, 1996). Les pionniers des théoriciens interactionnistes de l'Université de Chicago étaient inspirés par la philosophie du pragmatisme et étaient engagés à la fois envers des réformes sociales et envers l'édification d'un corpus de connaissances à des fins pratiques (Turner, 1998). L'IS s'est développé en tant qu'explication alternative de la vie sociale qui conçoit la société comme un processus dynamique et fluide d'actions et d'interactions entre les personnes (Le Breton, 2004). L'IS nous offre une tradition intégrant à la fois les univers universitaires et ceux de la pratique; un éventail de mentors comprenant Jane Addams, George Herbert Mead, Charles Horton Cooley, William Isaac Thomas, Robert Ezra Park, John Dewey et Herbert Blumer; des outils de travail et conceptuels divers pour les univers interprétatifs, pragmatiques, progressistes et humanistes. Depuis le début du XX^e siècle, Mead et de nombreux interactionnistes symboliques ont étudié des questions des plus significatives

pour le travail social. Celles-ci comprennent le soi, l'identité, le membership social, la communication, le changement, la diversité, l'action sociale et la notion d'une société en santé (*healthy society*) (Forte, 2004a; 2004b). L'IS est une théorie humaniste qui met l'accent sur les capacités personnelles de changement et d'influence sociale².

L'IS examine la symbolique et l'interaction ensemble, comme elles sont expérimentées et organisées dans la vie de tous les jours. Chaque situation humaine peut être comprise comme le résultat de l'interaction des personnes qui ajustent continuellement leurs actions les unes aux autres. Chaque individu construit sa ligne d'action en donnant un sens à ce que l'autre fait en anticipant sa réponse (Hewitt, 2003; Mead, 1972). L'IS suppose que les êtres humains emploient des symboles, font face à des objets et agissent sur eux, plutôt que de répondre tout simplement à des stimuli et d'agir à partir de sens interprétatifs et non seulement rigidifiés. Au sein des réponses que nous donnons aux actions des autres ou encore aux actions que nous anticipons qu'ils entreprendront se loge la notion de sens qui contribue à la construction de notre identité. Ainsi, les personnes agissent à l'égard des objets sur la base de leur sens. Et ce sens ne se trouve pas dans la nature de l'objet lui-même ni dans les constitutions psychiques de la personne, mais émerge au sein d'un processus interprétatif. Dans ce processus, les gens s'indiquent à eux-mêmes la

² Bien que nous qualifions ici l'IS de « théorie humaniste », il n'est pas faux de prétendre, comme l'affirme Denzin (2003), qu'il existe au sein même de l'IS des perspectives qui se livrent compétition et qui se chevauchent, le tout allant de théoriciens traditionnistes aux empiricistes, aux constructivistes, aux humanistes, aux néopragmatistes, aux dramaturgistes, aux tenants de la théorisation ancrée, aux féministes, aux ethnométhodologistes, aux interactionnistes existentiels, aux poststructuralistes, aux postmodernistes et même à une « aile » psychoanalytique.

signification de ce qui se trouve devant eux et ils répondent à partir de ces indications (Blumer, 1969).

Mead fut le premier à mettre de l'avant que les individus et leur environnement s'influencent mutuellement. D'aucuns sont complètement déterminés par l'autre. L'évolution d'une espèce – Mead portait un intérêt de premier plan à tout organisme vivant et son intérêt concernait les sciences humaines, mais également les sciences dites naturelles et biologiques – n'est pas seulement dictée par les conditions environnementales et par les changements externes. Au sein du processus naturel de sélection et de variation, la structure de l'organisme influence autant ces aspects de l'environnement que celui-ci influencera, à son tour, sa structure. Les membres d'une espèce agissent sur et transforment ainsi ce même environnement qui peut les contraindre et, par leurs capacités à répondre, déterminent quelles composantes de cet environnement en feront partie ou non (Hewitt, 2003).

L'IS s'intéresse à la manière dont le sens émerge, est négocié, stabilisé et transformé; comment les gens font les choses ensemble par le biais d'actions concertées; et comment des stratégies interactionnistes formalisent en quelque sorte ces sens à tous les niveaux de la vie collective. Le soi est un processus et non une structure. Il est en perpétuelle réorganisation. La position méthodologique de l'IS est une approche qualitative et la discipline de l'IS est une approche pragmatique de l'étude scientifique de la vie humaine en groupe et de la conduite de chaque membre, qui est basée sur trois prémisses principales :

les actions des individus envers les choses sont basées sur le sens qu'ils ont donné à celles-ci; les sens représentent un dérivé des interactions sociales des individus; et, enfin, les processus interprétatifs reliés aux expériences des individus modifient et transforment ces sens. Tous ces éléments sont centraux dans la construction de l'identité (Blumer, 1969).

L'IS s'apparente aux perspectives subjectivistes en épistémologie. L'un des fondements de sa perspective théorique veut que la connaissance n'est pas objective; qu'il n'existe pas de « vérité globale ». En lieu et place, l'interaction sociale et le dialogue produisent une activité construite de la connaissance. Cette construction a cours au sein d'un contexte marqué par la culture, les structures politiques, l'économie, les influences historiques. En conséquence, il n'y a pas de version unique pouvant se dégager comme meilleure ou pire qu'une autre (Rossiter, 1996).

Le constructivisme structuraliste : à la jonction du subjectif et de l'objectif

Pierre Bourdieu (1987: 152) définit le « constructivisme structuraliste » à la jonction de l'objectif et du subjectif: « Par structuralisme ou structuraliste, je veux dire qu'il existe, dans le monde social lui-même, (...) des structures objectives indépendantes de la conscience ou de la volonté des agents, qui sont capables d'orienter ou de contraindre leurs pratiques ou leurs représentations. Par constructivisme, je veux dire qu'il y a une genèse sociale d'une part des schèmes de perception, de pensée et d'action qui sont constitutifs de

ce que j'appelle habitus, et d'autre part des structures sociales, et en particulier de ce que j'appelle des champs ».

Peu appliquée ou peu connue dans le monde du travail social, l'œuvre de Pierre Bourdieu présente pourtant une grande pertinence pour le domaine. Son approche théorique permet de mettre en lumière, à travers une application empirique d'une situation donnée, les conflits, les valeurs et les éléments politiques qui s'y trouvent et qui dominent son champ.

Certains auteurs (Fram, 2004; Emirbayer et Williams, 2005) se sont attardés à démontrer l'utilité du cadre théorique bourdieusien dans le contexte du travail social. La pertinence première de la théorie de Bourdieu est la réconciliation de l'irréconciliable, la réconciliation entre des théoriciens et des intellectuels historiquement aux antipodes des sciences sociales : l'antagonisme imposé entre Marx et Weber. Bourdieu remonte à la racine commune de ces deux auteurs. Il établit l'importance de la vérité objective du monde social de Marx – vérité des rapports de force et des conditions matérielles d'existence –, mais y lie également la nécessaire force subjective de l'individu et de la collectivité, la perception du monopole de la légitimité de Weber. Ainsi, le monde social est celui où l'agent individuel fait des choix, des calculs rationnels qui modifient le monde, mais reste toujours inscrit dans un ensemble de contraintes structurelles et historiques. Le monde social est vu comme une structure structurante.

Qui plus est, l'attention portée par Bourdieu aux interactions qui ne sont pas d'ordre économique (comme les diverses formes de capitaux), mais qui possèdent un réel ascendant sur l'économie, permet d'entrevoir différemment la distribution et la dynamique du pouvoir et de la reconnaissance.

Enfin, l'une des clés de l'apport théorique de Bourdieu fut d'avoir questionné, et même imposé, une certaine nécessité de refaire le langage scientifique, une nécessité de faire la « sociologie de la sociologie », à savoir de mettre en lumière les rapports de domination dans la sphère même de la sociologie, soit les rapports langagiers de domination. Pour Bourdieu, le vocabulaire et le lexique scientifique – et même quotidien – renferment un pouvoir symbolique hautement structurant. C'est pourquoi une grande partie de son œuvre fut de définir certains termes du langage courant ou, parfois, d'en inventer d'autres. Sous cette perspective, nous reprenons certains termes-clés de l'univers bourdieusien, des termes structurants une compréhension du monde social, de sa formation dans l'univers intellectuel de chaque individu, mais également de la formation de ce monde social dans l'imaginaire collectif, dans sa compréhension collective, sous-entendu, implicitement ou inconsciemment entendu.

Contributions bourdieusiennes aux notions d'identité professionnelle et de profession

Si le concept d'identité désigne à la fois ce qui est propre à un individu ou à un groupe et ce qui le singularise (Dubar, 2000), cela ne veut pas dire que les professionnels sont entièrement libres de construire leur identité de la manière qui leur plaît. Comme nous l'avons déjà mentionné, les identités sont constamment en mouvement, elles varient et s'adaptent aux situations et aux contextes qui les entourent et les façonnent. Elles ne peuvent se définir sans le rapport à autrui, et sont construites de différentes façons, notamment à travers le langage, les matériaux et les artéfacts sociaux (Taylor, 2005). Pour Pierre Bourdieu, les professionnels demeurent contraints par des valeurs enchâssées historiquement et culturellement et par des attentes reliées à leur profession, c'est le concept d'*habitus*. Ce concept permet de prendre en compte la nature déterminante de la structure sociale dans laquelle l'individu évolue et se rapporte à un « système de dispositions acquises par l'apprentissage implicite ou explicite qui fonctionne comme un système de schèmes générateurs » (Bourdieu, 2002 : 119). Ces dispositions sont intégrées par un individu à travers son expérience du monde social. De plus, par l'intériorisation des structures sociales l'entourant, l'individu saisira ce qui lui est possible, approprié et demandé.

Ainsi, l'*habitus* se définit comme le résultat de l'intériorisation des structures externes. C'est un système de dispositions ouvert, un système qui définit donc l'agent comme le produit de conditionnements sociaux. Cette notion, telle que définie par Bourdieu, est

directement liée à la socialisation de l'individu, à la limitation qu'impose cette socialisation et s'oppose conséquemment à l'individualisme méthodologique, à l'*homo oeconomicus* strictement rationnel et calculateur. L'*habitus* est une structure à la fois structurante et structurée (Emirbayer et Williams, 2005).

L'*habitus* permet de rendre compte – et de prendre en compte – l'importance d'éléments extérieurs dans l'analyse d'une situation donnée et, donc, de « rappeler (...) que les relations "interpersonnelles" ne sont jamais qu'en apparence des relations *d'individu à individu* et que la vérité de l'interaction ne réside jamais tout entière dans l'interaction » (Bourdieu, 2000 : 275). Cette notion permet de saisir autrement les situations complexes pouvant être reliées entre elles.

Ces attentes sont adoptées au travers d'un processus de professionnalisation — notion que nous développons un plus loin — et, par la suite, réitérées dans les interactions avec des collègues de leur propre profession, mais aussi des autres, de même qu'avec le public en général. Les concepts de l'*hétérodoxie* et de l'*orthodoxie* entrent alors ici en jeu. Ils sont en étroite liaison avec le concept de la *doxa*.

La *doxa* correspond à tout ce qui est tenu pour acquis dans un système social donné, ce qui n'est pas questionnable puisque conçu ou perçu comme normal, comme étant la norme, comme émanant d'une certaine naturalité du monde social. À travers cette *doxa* est inscrite

la pérennité d'une certaine forme de domination, c'est-à-dire une domination consciente ou inconsciente de ceux à qui profite l'ordre des choses.

À cette naturalité du monde social non questionnée, à cette *doxa* dite naturelle, peuvent venir s'opposer d'autres possibilités, on parle alors de concept d'*hétérodoxie*. Souvent introduite dans des moments de crise, l'*hétérodoxie* est une mouvance contestataire du « monde social tel qu'il est ». Il met en lumière la construction sociale de ce qui est tenu pour acquis dans un champ d'étude donné ou dans les situations de la vie quotidienne. Cette émergence de la contestation révèle, par définition, les rapports de domination maintenus par la pérennité du *statu quo*, par les institutions sociales, par les normes culturelles autrefois perçues comme allant de soi (Fram, 2004).

À cette contestation, les dominants de la structure sociale concernée – ceux qui ont intérêt à conserver le *statu quo* – répondront par une *orthodoxie*. Une fois l'arbitraire de l'ordre social mis en lumière par la contestation de l'*hétérodoxie*, l'*orthodoxie* se présente comme une possibilité imparfaite (puisque contestable ou non naturelle) à la nécessité de maintenir l'ordre des choses.

Ainsi faut-il bien saisir que le propre de la *doxa* du monde social est son invisibilité, son immatérialité. La *doxa*, qui régit les pratiques et les règles sociales individuelles et collectives de manière inconsciente, sert les intérêts de ceux qui ont le pouvoir et exercent leur domination. L'*orthodoxie* est leur réponse à l'éveil de la conscience. Les dominants

doivent persuader les dominés des bienfaits pour tous de l'ordre de domination. Leur objectif : garder le contrôle des ressources matérielles et sociales permettant la domination (*ibid.*).

Ces termes permettent de questionner le monde ambiant, de remettre en question les valeurs dominantes, les censures intérieures du chercheur ou de la travailleuse sociale et, dans le cas qui nous intéresse, de mieux saisir l'arbitraire social, historiquement structurant, de la hiérarchie sociale des disciplines, et ce, selon le milieu de travail. Le milieu hospitalier, environnement *weberien* par excellence, est un terreau des plus fertiles. Les initiatives « sentinelles » des premières praticiennes constituent en quelque sorte une première *hétérodoxie*. Ces initiatives sont illustrées plus en détail dans le premier article de la présente thèse. Les réorganisations qui se sont succédé – les praticiennes ne sont nullement des actrices passives – verront naître une nouvelle *orthodoxie* de gestion et de pratique professionnelle en milieu hospitalier, représentée au sein de la période contemporaine.

En définitive, deux travailleuses sociales peuvent construire leur identité professionnelle de manière très différente, tout en intégrant chacune « l'autonomie » comme valeur centrale. De façon similaire, la valeur du « prendre soin » (le modèle du *caring*) est susceptible de prendre une place importante dans la construction des identités au sein de la profession d'infirmière, à la fois en tant que valeur fondamentale au sein de son historicité, mais également en tant que représentation sociale auprès du public en général et des médias contemporains (Cara, O'Reilly et Kérouac, 2004).

L'identité est un construit social et se présente en tant que rapport au temps et à l'espace. L'identité professionnelle des travailleuses sociales est construite sur un rapport à l'espace et au temps, en tant que pratique ayant une histoire de vie. Et cette histoire de vie est inscrite dans une conjoncture particulière, un espace social précis. L'identité est à la fois individuelle et sociale, et les liens entre les deux sont constants. « L'identité est affirmation, reconnaissance par lui-même et par d'autres, d'un sujet en même temps qu'elle met en œuvre des composantes plus collectives des rapports sociaux constitutifs d'autonomie, de pouvoir, de projets communs, de luttes sociales » (Maheu et Robitaille, 1991 : 106).

Deux processus identitaires hétérogènes de « deux transactions » sont constamment en jeu. L'identité sociale se pose comme la synthèse entre une transaction interne à l'individu et une transaction externe entre les individus et les institutions avec lesquels ils entrent en interaction (Dubar, 1991).

Une incertitude demeure alors persistante et fait en sorte que l'identité est toujours à construire et à reconstruire. L'identité se perçoit alors comme « le résultat stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui construisent les individus et définissent les institutions » (*ibid.* : 113).

Couturier (2002), dans des écrits récents, relève les contradictions inhérentes au terme lui-même, plus particulièrement dans son étymologie où cohabitent à la fois un rapport à l'altérité et une absence de l'altérité. Couturier préfère donc les termes de « mise en forme identitaire » à ceux d'« identité au travail ».

« En fait, notre conception de l'identité professionnelle se rapproche de la première acceptation, en la modélisant comme suit : l'identité est d'abord la forme incorporée des possibles de la tâche. Ces possibles se sédimentent, s'incorporent, s'actualisent et se construisent dans la pratique de l'intervenante, de la communauté intervenante et des groupes professionnels. Les mises en forme identitaire appellent donc à l'analyse des processus, des matériaux, des règles et du contexte de leur construction (souligné par nous). Il va cependant sans dire, au moins pour nous, que la stabilisation d'une forme identitaire procède de l'efficace même de l'intervention, mais elle n'est pas à son principe. Un changement dans les conditions de la pratique provoquera un ajustement de la forme identitaire » (162).

Le processus entre l'individu et le social est continu et omniprésent au sein de la construction de l'identité. Il fait ressortir la capacité des acteurs à intervenir (par exemple au sein de leur milieu de pratique) et de montrer l'influence des échanges humains sur le développement de cette identité individuelle. Ce double processus met en lumière que le renouvellement des identités peut se faire par l'expérience sociale des relations humaines et non pas uniquement – mais aussi par les modifications structurelles.

Profession et travail professionnel

Un système commun de valeurs, d'habiletés, de techniques, de savoirs et de croyances est à la base d'un groupe de personnes qui constitue une profession. L'autorégulation et la légitimité aux yeux du grand public sont à la source de la représentation du système professionnel. L'idée que les professions constituent un groupe homogène prend son origine dans la société européenne à la fin de la période médiévale et au début de l'ère moderne. Le concept de profession est alors centré sur la formation. La profession exige une formation universitaire et se démarque ainsi des corps de métiers et des artisans de l'époque. Stichweh (1997) souligne la proximité entre les professions et les facultés prestigieuses des universités traditionnelles : la théologie, le droit et la médecine.

Aujourd'hui, une telle proximité et une définition aussi restreinte des professions sont des plus désuètes. Une approche qui connaît une réémergence au sein de la littérature sur les professions met davantage l'accent sur ce que les professionnels font, sur le travail professionnel. La recherche historique est au cœur de ce renouveau, comme le mentionne Abbott (1998 : 18) dans son *The System of Profession* :

« Sociological work on professions (...) pays little attention to the actual work that is done and the expertise used to do it (...) But historians have shown the intimate relation of professional structure and culture to work itself. The sociological theorists have not learned from this that work must be the focus of a concept of professional development. »

Desaulniers et al. (2003 : 189) soulignent, quant à eux, que l'économie de services qui marque la période récente repose essentiellement sur l'idée de la nécessité d'avoir quelqu'un qui, par sa compétence spécifique, peut donner accès à quelque chose de désirable. La question de l'expertise est ici au cœur de la notion du professionnel. « L'accroissement de l'économie de service est directement proportionnel au développement des connaissances qui engendrent une complexification du monde et qui rendent la réalisation des aspirations humaines dépendantes d'une telle médiation. »

La question de l'expertise est au cœur de la notion de professionnel, bien que le concept peut être parfois ambigu (Dent et Whitehead, 2002). Le processus de transformation qui mène à une intégration à un statut de professionnel, parfois nommé professionnalisme, fait appel à l'acquisition de connaissances, de savoirs et d'une expertise spécifiques, en plus de développer les qualités personnelles requises (Derkzen et Bock, 2007). Qui plus est, les professionnels qui ont acquis une reconnaissance au sein de leur propre profession sont, la plupart du temps, associés à des experts et les deux termes deviennent interchangeables (Fischer, 2005). Et le fait que le savoir scientifique soit basé sur des mesures empiriques, à partir d'une méthodologie qui suppose établir la distinction entre les faits et les valeurs, contribue à tracer une démarcation entre l'expertise du professionnel et celle du profane (Derkzen et Bock, 2007).

Le processus d'acculturation en vue d'appartenir à un groupe spécifique est tout aussi important dans la trajectoire menant à un statut de professionnel et d'expert que celui qui se résume à la réussite en matière d'apprentissage et de parcours universitaire individuel. Ce processus soulève la question du comment une et des personnes peuvent s'identifier et être reconnues comme partie intégrante d'une profession commune, d'une collectivité, et comment l'identité professionnelle est définie et défendue. Gonzalez et Benito (2001) soulignent ici trois facteurs : le savoir technique spécialisé, la capacité à s'auto-organiser et à faire en sorte que sa voix soit entendue et, enfin, les mécanismes d'exclusion qui font en sorte que l'accès à la profession soit contrôlé. Derkzen et Bock (op.cit.) font valoir que ces éléments ne seraient pas complets si les éléments symboliques n'étaient pas intégrés. Il s'agit non seulement des représentations sociales de la profession en elle-même, mais également de la capacité du professionnel à intégrer les pratiques significatives consolidées au sein de leur profession, ce qui lui donne une légitimité aux yeux du public. Ainsi, son habileté à s'aligner sur le discours dominant et à se présenter en tant que professionnel lui sert de capital politique et de capital social. On retrouve à nouveau ici des préceptes bourdieusien en ce sens que le pouvoir est reconnu à ceux qui ont obtenu suffisamment de reconnaissance pour être dans une position où ils peuvent imposer cette reconnaissance et donc ce pouvoir symbolique. En définitive, être un professionnel au sein d'un système normatif du professionnalisme peut donc permettre d'accéder au pouvoir symbolique.

Ainsi, la revendication du statut de profession pour une activité particulière est basée sur plusieurs caractéristiques ou attributs. Mentionnons le code d'éthique, le développement

d'un corps théorique structurant et structuré, mais également les valeurs marquées par l'altérité. La profession connaît une certaine pérennité au sein même de l'organisation qui l'habite, tout en maintenant une relative indépendance. C'est notamment le cas des médecins en milieu hospitalier, comme le montre Kaissi (2005). Par la formation à la fois dans le milieu et à l'extérieur, et par le processus de socialisation, les médecins se définissent comme une collectivité au sein de l'établissement. Les éléments de la profession médicale en construction sont ici bien établis. Les frontières de la collectivité sont clairement définies et contrôlées par l'organisation professionnelle, au Québec et au Canada, le Collège des médecins en l'occurrence. Les médecins sont reconnus pour puiser des valeurs reliées à leur identité directement de leur travail, valeurs renforcées par leurs habiletés spécifiques, mais aussi notamment par la croyance que leur travail est spécial et significatif socialement (« sauver des vies »). Par la suite, des stratégies d'évaluation par des pairs, solidement mises en place, consacrent une socialisation rigoureuse où les pairs sont les principaux référents. De plus, puisque les médecins passent une grande partie de leur journée au travail, leurs relations sociales sont souvent limitées à la fréquentation de leurs collègues. Et, enfin, dernier élément et non le moindre, les médecins contrôlent eux-mêmes les matières relatives à leurs pratiques et les « affaires occupationnelles » en général pouvant être définies comme « l'habileté de dicter qui sera ou non membre, et comment la conduite d'un membre sera l'objet d'évaluation » (Van Maanen et Barley : 294).

Déprofessionnalisation et déqualification

Toutefois, la période contemporaine est de plus en plus marquée par un effritement de plusieurs éléments qui caractérisent le concept — et la réalité — de profession. Les termes de déprofessionnalisation et de déqualification, parfois même de prolétarianisation (Brannon, 1994; McKinley et Arches, 1985; Fabricant, 1985) sont employés. Strom (1992) souligne une « industrialisation du travail social » qui apporte son lot d'opportunités réduites en matière de prise de décision, de fragmentation, de spécialisation et, en définitive, la plupart du temps, la mise en place de réponses mécanistes étroites face à des problèmes humains complexes, se posant ainsi en contradiction avec des valeurs et des approches fondamentales qui ont marqué la profession.

En affirmant que la déprofessionnalisation des services sociaux pose une menace majeure à une pratique de grande qualité, Healy et Meagher (2004) définissent la déprofessionnalisation tout d'abord comme la fragmentation et la routinisation du travail social, et la perte concomitante d'opportunités pour l'exercice de la créativité, de la réflexivité et du recours à la discrétion dans la pratique clinique. Leur recherche menée dans ce qu'elles nomment le monde anglophone — en prenant bien soin de s'excuser auprès de leurs interlocuteurs québécois — souligne que la routinisation et la perte d'un pouvoir de décision discrétionnaire basé sur le jugement professionnel sont à la fois les causes et les conséquences des mouvements de départ de la profession que l'on constate depuis le milieu de la décennie 1990.

La déprofessionnalisation fait également référence à une mouvance d'embauche de personnel hautement qualifié, mais appelé à œuvrer au sein d'organisations ou encore dans des positions ne faisant pas appel à l'ensemble de leurs qualifications et de leurs compétences (Dominelli et Hoogvelt, 1996). Une recherche menée par Stephenson (2001) sur les services sociaux canadiens suggère que les opportunités d'emploi sont bonnes, mais que les conditions de pratique sont sans cesse de plus en plus handicapantes et que la reconnaissance professionnelle est moins solide, et de loin, qu'elle ne l'a été auparavant.

En tentant de trouver les raisons qui expliquent l'émergence de la déprofessionnalisation, Healy et Meagher (2004) esquissent quatre causes principales. La première réside en une plus grande privatisation des services publics et en un effritement de l'imputabilité qui l'accompagne. La seconde cause relève de la dérèglementation des positions dans les organismes de services où la compétition pour les postes est souvent sujette à la compétence reconnue dans un champ de pratique, par exemple en santé mentale ou en protection de l'enfance, plutôt qu'à une discipline professionnelle. La troisième cause — et conséquence — de la déprofessionnalisation est due à la fragmentation qui caractérise de plus en plus les processus de gestion et d'organisation des services. « New public management reforms have fostered the rise of 'content free' management, so that, increasingly, managers with little knowledge of service delivery issues make key decisions about the management and delivery of social services » (p. 247) Dans un tel contexte, la pratique du travail social s'est déplacée d'une attention autrefois portée sur les besoins de la clientèle vers celle visant davantage l'évaluation et la gestion du risque. Enfin, la dernière,

et non des moindres, cause réside dans la faible, voire l'absence, de reconnaissance au sein de la profession. Cette autoflagellation, en quelque sorte, est des plus perverses pour la profession puisqu'elle vient de ses propres rangs.

Nous partageons l'analyse d'Healy et de Meagher voulant qu'en se posant en tant que petit groupe des plus vocaux au sein de la profession qui s'oppose aux tentatives d'accroître la reconnaissance du travail social professionnel, les abolitionnistes comme elles le nomment très bien, contribuent non seulement à renforcer le processus de déprofessionnalisation et deviennent des alliés, bien malgré eux, des politiques néolibérales qui en sont en grande partie à l'origine. Rappelons ici que le néolibéralisme n'hésite pas à affirmer que les savoirs et les habiletés professionnels ne sont pas des plus nécessaires, qu'ils sont même inconsistants, et donne sa version de ce que devraient être de bons services sociaux (Khan et Dominelli, 2000). Le rejet par les abolitionnistes des savoirs professionnels est basé sur une approche des plus étroites de la question de l'expertise, niant la combinaison unique des savoirs formels et informels que des praticiens réflexifs et dits avancés sont en mesure de déployer dans leur pratique quotidienne (Fook, Ryan et Hawkins, 2000).

Reprofessionnalisation

Est-ce que les travailleuses sociales demeurent passives devant la déprofessionnalisation qui a cours et se contentent d'en « prendre acte »? Non seulement les appels pour contrer la déprofessionnalisation sont-ils de plus en plus présents au sein de la littérature, mais de plus

en plus d'écrits recensent les cas où les praticiennes prennent des initiatives pour réaffirmer leur expertise et renouveler leurs pratiques. Ces praticiennes sont conscientes des changements qui ont cours et des pressions continues sur leur pratique qui ont pour conséquences de réduire leur marge de manœuvre, de techniciser leurs activités, etc., soit de déprofessionnaliser ce qui leur est cher. Ainsi, de nouvelles formes de professionnalisation émergent, se démarquant des formes classiques en ce qu'elles cherchent à établir et à développer des alliances collaboratives autour des enjeux visant à réaffirmer l'expertise, mais également les valeurs fondamentales de la profession. Dans un tel contexte, des organisations qui autrefois pouvaient rivaliser entre elles, par exemple les associations professionnelles et les syndicats, sont appelées à établir de nouvelles alliances et à revoir leur propre cadre de travail.

Collaboration et collaboration interprofessionnelle

Les interactions sont omniprésentes au sein des environnements collectifs que sont les milieux de travail et l'une de leur forme principale réside dans la collaboration. La collaboration, qui tire son origine du latin *cum laborare*, « travailler avec », représente la capacité d'atteindre des buts qui ne le seraient pas si l'on s'y attardait seul et de manière isolée (Olson, 2003). Elle fait appel au travail en équipe dont nous retenons la définition donnée par Kvarnström (2008) qui affirme que nous sommes en présence d'un processus

mené par un groupe de personnes qui travaillent ensemble pour atteindre un but et accroître leur efficacité dans l'accomplissement de la tâche.

Une recherche récente menée par D'Amour, Ferreda-Videla, Rodriguez, & Beaulieu, (2005) concernant le cadre théorique sous-jacent à la collaboration interprofessionnelle a permis de mettre en lumière cinq concepts centraux : le partage, le partenariat, le pouvoir, l'interdépendance et le processus. Nous présentons ici une synthèse de ces concepts, en grande partie basée sur la production des auteures. Quant au concept de pouvoir, nous l'avons trouvé des plus incomplets et l'avons ainsi bonifié des préceptes postmodernistes.

Le concept de partage au sein de la collaboration concerne bon nombre d'attributs et d'activités concrètes comme les responsabilités, les décisions à prendre, les philosophies à véhiculer et les approches à adopter. Le second concept qui est celui du partenariat prend en compte que deux acteurs ou plus collaborent et que cette collaboration est empreinte de relation collégiale, d'authenticité et de nature constructive.

L'interdépendance fait référence d'abord et avant tout à une dépendance mutuelle. Appliquée à l'univers de la collaboration interprofessionnelle, l'interdépendance laisse entendre que les professionnels sont des acteurs qui dépendent les uns des autres. La collaboration interprofessionnelle exige que les professionnels soient interdépendants plutôt que d'être autonomes. L'objectif central de contribuer à la résolution des problèmes des patients demande une telle interdépendance. C'est ici que l'affirmation voulant que les

problèmes de santé soient des plus complexes – se présentant sous des traits du fouillis, de l'inextricable, du désordre, de l'ambiguïté et de l'incertitude (Morin, 2005) – prend tout son sens dans l'action puisque la collaboration interprofessionnelle fait appel aux contributions et à l'expertise de chaque membre de l'équipe.

Le quatrième concept est celui du pouvoir. Idéalement, lorsqu'il est question de collaboration interprofessionnelle, le pouvoir est basé sur les connaissances et sur l'expertise de chaque membre plutôt que sur la fonction, le titre ou le rang de chaque membre. Le pouvoir est partagé et non objet d'appropriation par un ou des individus.

Toutefois, comme la réalité veut que la collaboration interprofessionnelle ne se déroule pas dans un bocal aseptisé, il est difficile de faire entièrement fi des relations, et de surcroît, du contexte structurel, au sein duquel il se déroule et puise son ancrage. En milieu hospitalier, la médecine demeure la profession dominante à ce jour (Page et Meerabeau, 2004). Le pouvoir a été longtemps perçu et conçu comme une commodité quantifiable. Cette vision marchande du pouvoir est statique et manichéenne. Les conceptions plus dynamiques du pouvoir appellent à une vision dépouillée de monolithisme, de rigidité et axée sur un mode qui n'est pas binaire (Lapassade, 1991) Le pouvoir est ainsi davantage vu comme un kaleidoscope, c'est-à-dire multiforme et possédant une étendue vaste, en mouvement. Même dans les situations où un individu ou un groupe serait en apparence, sans pouvoir, il y a présence de cette « capacité d'agir » (sa définition au sens strict), voire de résister dans l'inaction (Foucault, 1984). Il faudra alors s'intéresser aux diverses formes de résistance qui

ont cours, parfois moins visibles et aux alliances qui opèrent. Pour la travailleuse sociale en milieu hospitalier, combien de fois la scène quotidienne se répète, à savoir que le médecin « ordonne » la sortie de tel ou tel patient dont l'état biopsychosocial est fragilisé. Même si le pouvoir formel et légal appartient au médecin, « patron » de l'unité de soins, dans les faits, les professionnels n'hésiteront pas à se mobiliser, à s'allier entre eux et parfois avec la clientèle et leur réseau, afin de donner une nouvelle orientation aux décisions prises. La loi elle-même pourrait être invoquée : le médecin n'a-t-il pas la responsabilité de s'assurer d'un plan de soins adéquat au patient qui reçoit son avis de sortie?

C'est alors que le « sujet agissant » de Foucault (ibid.) est au centre de relations de pouvoir qui ne sont pas conçues simplement comme l'interaction de forces impersonnelles ou inhumaines, mais comme une action exercée sur l'action d'agents libres. Cette liberté est relative – le cadre structurel entraîne certains déterminismes – et met en lumière un ensemble d'actions possibles et non uniquement subies ou contraintes. Les relations sont plus complexes : pour une part, elles sont faites de domination, pour une part, de mise en commun d'idées, d'actions, etc. Il existe donc une capacité d'action autonome qui contribue tout en étant issue de l'activité construite. Et dans la mesure où les individus et les groupes acquièrent la métacapacité d'exercer de façon autonome leurs propres pouvoirs et capacités, ils sont inévitablement amenés à s'opposer aux formes de domination qui font obstacle à cette activité. En définitive, nous nous rapprochons ici de la perspective du constructivisme structuraliste : l'observation humaine contribue à transformer ce qui est observé; les praticiennes jouent ainsi un rôle actif dans la construction de leur connaissance

et de leur compréhension de ce qui les entoure (et les affecte), plutôt que d'être des sujets passifs de ce même environnement.

Enfin, le cinquième concept est celui du processus. Il reflète le processus évolutif qui est celui de la collaboration interprofessionnelle. En ce sens, le processus est dynamique, interactif et transformatif. Il peut suivre des étapes très concrètes, comme la négociation et le compromis, pour s'inscrire dans une intervention planifiée. Il peut également dépasser le processus interpersonnel pour s'inscrire au sein d'une action collective qui dépasse le cadre formel de l'intervention planifiée. La réappropriation des buts poursuivis, du plan et de toutes ses composantes, mais également de la prise de responsabilités pour sa part de succès ou d'insuccès ainsi que du poids des délibérations et des désaccords constructifs avec les collègues et avec les clients est alors collective et permet de dépasser la personnalisation qui marque souvent les phases primaires du travail en équipe (Mattessich et Monsey, 1992).

RÉFÉRENCES.

Abbott, A. (1988). *The System of professions*. Chicago, University of Chicago Press.

Annells, M. (1996). Grounded theory methods: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry, and postmodernism, *Qualitative Health Research*, 6, 379-393.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism : perspective and method*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

Bourdieu, P. (1987). Espace social et pouvoir symbolique, *Choses dites*, Paris, Les Editions de Minuit.

Bourdieu, P. (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris, Éditions du Seuil.

Bourdieu, P. (2002). *Questions de sociologie*. Paris, Éditions de Minuit.

Brannon, L.R. (1994). *Intensifying care: The hospital industry, professionalization, and the reorganization of the nursing labor force*. Amytville, NY, Baywood.

Butt, T. (1996). PCP : Cognitive or social psychology?, Dans : Scheer, J.W. & A. Catina, A. (sous la direction). Empirical constructivism in Europe, the personal construct approach, *Psychosozial-Verlag, Giesse*, 58-64.

Cara, C., O'Reilly, L., et Kérouac, S. (2004). Une plus grande humanisation des soins : perspective réelle ou utopie? *Perspective infirmière, Septembre-Octobre*, 2 (1), 33-34.

Couturier, Y. (2002). Champ sémantique de l'intervention et formes transdisciplinaires du travail : le cas de la rencontre interprofessionnelle des infirmières et des travailleuses sociales en CLSC, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 15 (1), 147-164.

Couturier, Y. & Chouinard, I. (2003). La condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels du secteur sociosanitaire : une mise en problème, *Revue électronique de sociologie et de sciences sociales Esprit critique*, 5 (1), téléaccessible à <http://www.espritcritique.org>

D'Amour, D., Ferreda-Videla, M., Rodriguez, L.S., & Beaulieu, M.-D. (2005). The Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005), Supplement 1, 116-131.

Dent, M. & Whitehead, S. (2002). Introduction. Configuring the « new » professional, In Dent, M. & Whitehead, S. (éditeurs). *Managing professional identities. Knowledge, performativity and the 'new' professional*. Londres, Routledge, 1-16.

Denzin, N.K. (2003). Cultural studies, In Reynolds, L.T. & Hermann, N.J. (sous la direction). *Handbook of symbolic interactionism*. Walnut Creek , Altamira Press, 997-1019.

Derkzen, P. & Bock, B.B. (2007). The Construction of professional identity: Symbolic power in rural partnerships in the Netherlands, *European Society for Rural Sociology*, 47, (3), 189-204.

Desaulniers, M.-P., Fortin, P., Jean, M., Jutras, F., Larouche, J.-M., Legault, G.A., Parent, P.P., Patenaude, J., & Xhignesse, M. (2003). « Le professionnalisme — Vers un renouvellement de l'identité professionnelle », Dans Legault, G. A. (sous la direction), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 183-226.

Dominelli, L. & Hoogvelt, A. (1996). *The technocratisation of social work*, *Critical Social Policy*, 47, 45-62.

Dubar, C. (1991). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Collin.

Dubar, C. (2000). La dynamique des formes identitaires professionnelles, *Les Politiques sociales*, nos 1 et 2, 25-34.

Emirbayer, M. & Williams, E. M. (2005). Bourdieu and social work, *Social Service Review*, décembre, 79 (4), 689-724.

Fabricant, M. (1985). The Industrialization of social work practice, *Social Work*, 30, 389-395.

Fischer, F. (2005). *Citizens, experts, and the environment*. Durham, Duke University Press.

Fook, J., Ryan, M., & Hawkins, L. (2000). *Professional expertise: Practice, theory and education for working with uncertainty*. Londres, Whiting & Birch.

Forte, J.A. (2004a). Symbolic interactionism and social work : A forgotten legacy, Part 1, *Families in Society : The Journal of Contemporary Social Services*, 85 (3), 391-400.

Forte, J.A. (2004b). Symbolic interactionism and social work : A forgotten legacy, Part 2, *Families in Society : The Journal of Contemporary Social Services*, 85 (4), 521-530.

- Foucault, M. (1984). « Deux essais sur le sujet et le pouvoir », postface à Dreyfus, H.L., & Rabinow, P. *Michel Foucault : un parcours philosophique*, Paris, Gallimard.
- Fram, M.S. (2004). Research for progressive change : Bourdieu and social work, *Social Service Review*, décembre, 78 (4), 553-576.
- Gonzalez, J.J. & Benito, C.G. (2001). Profession and identity. The case of family farming in Spain, *Sociologia Ruralis*, 41 (3), 343-357.
- Healy, K. & Meagher, G. (2004). The Reprofessionalization of social work: Collaborative approaches for achieving professional recognition, *British Journal of Social Work*, 34, 243-260.
- Hewitt, J.P. (2003). Symbols, objects and meanings, Dans Reynolds, L.T. & Hermann, N.J. (sous la direction). *Handbook of symbolic interactionism*. Walnut Creek , Altamira Press, 307-325.
- Kahn, P. & Dominelli, L. (2000). The impact of globalization on social work in the UK, *European Journal of Social Work*, 3 (2), 95-108.
- Kaissi, A (2005). Manager-physician relationships - An Organizational theory perspective, *The Health Care Manager*, 24 (2), 165-176.

King, N. & Ross, A. (2003). Professional identities and interprofessional relations : Evaluation of collaborative community schemes, *Social Work in Health Care*, 38 (2), 51-71.

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork, *Journal of Interprofessional Care*, March 2008, 22, (2), 191-203.

Lapassade, G. (1991). *L'ethnosociologie*, Paris, Meridiens-Klincksieck.

Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Paris, Quadrige/PUF.

Maheu, L. et Robitaille, M. (1991). « Identité professionnelle et travail réflexif : un modèle d'analyse du travail enseignant au collégial », Dans Lessard, C., Perron, M. & Bélanger, P.Z. (sous la direction). *La profession enseignante au Québec : enjeux et défis des années 1990*. Montréal, Institut québécois de recherche sur la culture, 93-111.

Mattessich, P. & Monsey, B. (1992). *Collaboration: What makes it work (5th Edition)*. St-Paul, MN, Amherst H. Wilder Foundation.

McKinley, B. & Arches, J. (1985). Towards the proletarianization of physicians, *International Journal of Health Services*, 15 (2), 161-195.

Mead, G.H. (1972). *On Social psychology*. Chicago, Chicago University Press.

Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Seuil.

Olson, L.M. (2003). Reclaiming children and youth, *Pathways to Collaboration*, 11, 236-239.

Page, S. & Meerabeau, L. (2004). Hierarchies of evidence and hierarchies of education: reflections on a multiprofessional education initiative, *Learning in Health and Social Care*, 3 (3), 118-128.

Rey, A. (sous la direction) (1992). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris, Dictionnaires Le Robert.

Rossiter, A. (1996). À Perspective on critical social work, *Journal of Progressive Human Services*, 7 (2), 23-41.

Stephenson, M. (2001). *In critical demand: Social work in Canada*, téléaccessible à <http://www.socialworkincanada.org>

- Stichweh, R. (1997). Professions in modern society, *International Review of Sociology*, 7 (2), 95-102.
- Strom, K. (1992). Reimbursement demands and treatment decisions: A growing dilemma for social workers, *Social Work*, 37 (5), 398-403.
- Taylor, C. (2005). Narrating significant experience: Reflective accounts and the production of (self) knowledge, *British Journal of Social Work*, 36, 189-206.
- Tourmen, C. & Toulemonde, J. (2005). Analyses du travail et formation : Former à évaluer : les retombées d'une recherche appliquée, *Éducation permanente*, 165, 87-99.
- Turner, J.H. (1998). Must sociological theory and sociological practice be so far apart?, *Sociological Perspectives*, 41, 243-258.
- Van Maanen, J. & Barley, S. (1984). « Occupational communities: Culture and control in organizations », Dans Cummings, L.L. & Staw B.W. (éditeurs). *Research in Organizational Behavior*, 287-365.

Chapitre III - Recension des écrits: rôle et contribution du travail social médical et collaboration interprofessionnelle

Le présent chapitre s'articulera autour des différents écrits se rapportant à la question centrale de notre recherche - le rôle et la contribution du travail social médical en hôpital universitaire - ainsi que la thématique de la collaboration interprofessionnelle qui est ressortie de notre démarche et qui est l'objet principal du quatrième et dernier article.

Tout comme le chapitre qui précède et qui portait sur notre cadre conceptuel, ce chapitre présente plus en profondeur des éléments qui sont présents au sein des articles de la thèse, notamment les articles trois et quatre qui sont consacrés aux résultats, analyses et discussions de la recherche, alors que les articles un et deux sont basés entièrement sur une recension des écrits. En procédant à un tel approfondissement de la matière, ces deux chapitres s'imposent afin de surmonter une difficulté inhérente à toute thèse de doctorat par articles (Dubois, 2005). Soulignons qu'il n'existe pas de guide unique pour la rédaction de thèse par articles, et que le guide de la Faculté des études supérieures ne fait pas figure d'exception en ce que l'on n'y retrouve pas de position précise à en matière de format pour une thèse par articles (Faculté des études supérieures et postdoctorales, 2009).

Rôle et contribution du travail social médical en milieu hospitalier

Des contextes différents qui dictent la prudence dans la transposition et la réappropriation des écrits

L'étude des principales bases de données en travail social, en sciences sociales et en sciences de la santé (CINHAL, ERIC, Francis, Medline, PsycINFO, Social Services Abstracts, SSCI, Social Work Abstracts Plus) et du contenu des principaux périodiques au Québec et au Canada des dix dernières années (*Affilia, Intervention, Nouvelles pratiques sociales, Reflets, Revue canadienne de service social, Ruptures, Service social, Le Travailleur social canadien*), met en évidence le fait que la littérature consacrée à cette pratique et à ses rôles est de loin plus abondante aux États-Unis, en Angleterre et en Australie qu'au Québec et au Canada.

Les contextes différents de ces pays commandent la prudence au moment de transposer et de s'approprier les résultats, les analyses ou les conclusions de ces travaux. En effet, des différences existent en matière d'accessibilité aux soins, de modèle de gestion des établissements, de pratique professionnelle, ainsi que de financement (public, privé ou mixte) et de ses impacts sur l'équité dans les services (Gorin, 2000). Par contre, une conjoncture de plus en plus marquée par la mondialisation, la crise des finances publiques et les avancées technologiques entraîne des similitudes. Ainsi, il faut souligner la volonté des autorités publiques et privées de mieux contrôler les coûts, une réduction importante du

nombre de lits en soins aigus, la réduction de la durée de séjour ainsi que la recherche d'une qualité accrue et du maximum d'efficacité (Berthiaume, 2008; Lechman et Duder, 2006; Pockett, 2003). Ajoutons à cela que la pratique est marquée par une plus grande médicalisation du social qui se traduit par une prédominance du modèle médical dans la prise en charge de nombreux problèmes publics progressivement médicalisés (Vrancken et Macquet, 2006). L'introduction d'un financement basé sur les groupes de diagnostic – *Diagnostic-Related-Groups (DRG)* traduit par les termes de *diagnostics regroupés pour la gestion* –, aux États-Unis au début des années 1980 et dans une certaine mesure en Angleterre et en Australie avec la pratique du *case-mix* à partir de 1993, a eu des impacts majeurs sur l'ensemble des pratiques professionnelles dans le milieu (Lapointe, Chayer, Malo et Rivard, 2000). Au Québec, à ce jour, le financement des hôpitaux est entièrement public et repose sur un ajustement budgétaire aux coûts engendrés par les services (Cazale, 2000), mais, face aux objectifs de contrôle des coûts et à la pression constante exercée pour réduire la durée de séjour, les hôpitaux se voient attribuer des objectifs de durée de séjour basés sur les DRG et leur financement est de plus en plus sujet à une évaluation de leur performance (Lechman et Duder, 2006). De fait, les pressions pour adopter un système de classification des patients, sous forme des DRG ou autres, sont de plus en plus importantes (Lévesque, 2007). En dépit de ce financement public, le secteur privé occupe une part sans cesse croissante des dépenses personnelles en matière de santé soit plus de 30 % (MSSS, 2008). Bon nombre de ressources nécessaires après l'hospitalisation relèvent du secteur privé : les services à domicile, les ressources reliées à la convalescence, à la réadaptation et à l'hébergement... En d'autres mots, le privé est un partenaire *de facto* au quotidien.

Revue de littérature

Le caractère complexe et multidimensionnel des rôles du travail social en milieu hospitalier est relativement bien exposé au sein de la classification en trois grandes catégories développées par Stewart (2003). Un premier ensemble de fonctions concerne les services directs aux patients et à leurs proches et comprend l'évaluation psychosociale, les interventions individuelles, de groupe et familiales, la gestion de cas, la planification de sortie et la liaison avec les services, le soutien et la défense de droits, le counselling et l'intervention thérapeutique brève. Un second ensemble de fonctions assumées par la travailleuse sociale regroupe ses rôles joués au sein des instances et des équipes pluridisciplinaires, notamment la coordination de conférences familiales, l'animation de comités éthiques, le développement de programmes et la participation à l'élaboration de politiques sociales en matière de santé et de services sociaux (Davis, Milosevic, Baldry, et Walsh, 2004; Corser, 2003; Bachman et Lind, 1997). Un troisième ensemble renvoie à ses rôles et à ses fonctions d'enseignement et de recherche, lesquels sont plus présents dans les centres hospitaliers universitaires, car ils sont au cœur de leur mission (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Berkman et al., 1996). À notre avis, ce troisième ensemble devrait également comprendre le rôle de supervision professionnelle et d'encadrement clinique que bon nombre de travailleuses sociales assument au sein de leurs équipes. De plus, un quatrième ensemble pourrait inclure les diverses fonctions de représentation et les mandats comme le développement de nouvelles ressources, la délégation sous forme de présence au sein de comités intra et extra-

organisationnels et, enfin, le développement de relations de partenariat dans le cadre d'un continuum de ressources.

Évaluation psychosociale

À la fois processus et finalité, l'évaluation psychosociale concerne tant l'individu, le couple, la famille que le groupe (Keefler, 2006). C'est une activité planifiée, structurée et continue basée sur les données significatives objectives et subjectives recueillies et analysées par la travailleuse sociale. Elle concerne la personne et son environnement, s'appuie sur des sources multiples, dont la personne concernée, les personnes qui lui sont proches et d'autres intervenants. L'évaluation psychosociale comprend normalement une opinion professionnelle et jette les bases du plan d'intervention et des stratégies d'intervention à suivre. Enfin, une évaluation psychosociale peut être plus ou moins exhaustive, selon le contexte dans lequel elle se déroule, l'urgence de la situation ou le cadre législatif dans lequel elle s'inscrit (OPTSQ, 2006 et 2004). Sise en amont du processus d'intervention, l'évaluation ne s'y limite pas, c'est un processus continu avec des mises à jour des données.

La praticienne œuvrant dans un service où se donnent des soins physiques est souvent mise au défi de produire des interventions efficaces, mais limitées dans le temps. Les interventions brèves sont perçues comme une nécessité (Kotrla, 2005; Dziegielewski et Holliman, 2001). Toutefois, les évaluations psychosociales ne relèvent pas d'une vision

étroite et réduite du client et de son environnement, et peuvent représenter un espace important et prometteur pour la profession dans un contexte de réduction des coûts et de limitation du temps investi avec les patients. Ces évaluations ont fait leurs preuves dans la résolution de problèmes psychosociaux, notamment en traumatologie, aux urgences, en obstétrique et dans les services qui traitent les patients alcooliques (Kotrla, 2005).

Or, la pratique n'est pas seulement confinée à l'intervention brève ou à court terme (Kitchen et Brook, 2005). Pour certains patients, la durée de séjour sera longue; pour d'autres, des services de suivi dépasseront le séjour à l'hôpital. Et, tout comme d'autres professionnels, la travailleuse sociale peut être appelée à contribuer à des évaluations interprofessionnelles préalables à une hospitalisation (Beder, 2006; Johnson et Grant, 2005). En raison de sa formation, la travailleuse sociale élabore une évaluation psychosociale qui souligne les facteurs psychosociaux reliés à la maladie, soit ceux qui peuvent induire la maladie et ceux qui en sont les conséquences (NASW, 2006 et 2005; OPTSQ, 1999). Un atout précieux en milieu hospitalier.

Ainsi, même si la praticienne se retrouve dans des situations où elle ne voit le patient que quelques minutes, comme aux urgences, l'évaluation psychosociale est primordiale et essentielle dans la pratique du travail social puisqu'elle est la pierre angulaire de l'intervention qui va suivre. Tout récemment, la recherche produite par Auerbach, Mason et LaPorte (2007), au sein d'un centre hospitalier universitaire de l'État de New York aux États-Unis, à partir d'un échantillonnage de 64 722 patients admis en plus de deux années,

a fait ressortir que les patients qui sont envoyés pour recevoir des services sociaux représentent les cas les plus complexes où l'on retrouve une panoplie de facteurs multidimensionnels qui dépassent l'étendue du seul diagnostic. La recherche de Lechman et Duder (2006) dans des hôpitaux montréalais souligne que la sévérité des problèmes psychosociaux représente une variable significative dans la durée de séjour des patients et ne doit pas être ignorée dans tout le processus d'intervention et de traitement. Dans un contexte de plus en plus marqué par la médicalisation des problèmes sociaux, l'importance d'affirmer et de mettre en lumière les éléments psychosociaux qui interagissent avec les éléments biophysiques est indéniable et demande des habiletés que doit développer la praticienne (Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2006; Berkman et al., 1996). Celle-ci doit être en mesure de déterminer en quoi les sous-systèmes biologique, psychologique, social et environnemental s'influencent et sont déterminants dans la façon dont les individus composent avec leur environnement et au sein de celui-ci. En d'autres mots, une perspective biopsychosociale s'appuie sur une pensée et une approche multisystémique concernant les personnes (Longres, 2000).

Des rôles multiples au sein de la planification de sortie

La planification de sortie est au cœur de la pratique du travail social en milieu hospitalier et se rapporte à la coordination et à l'actualisation d'un ensemble d'activités visant à faciliter la transition du patient vers son milieu de vie ou vers un nouveau milieu où il demeurera de façon temporaire (en étant orienté pour un séjour en centre ou en hôpital de réadaptation)

ou permanente (en étant envoyé dans un centre d'hébergement) (Holliman, Dziegielwski et Teare, 2003; Jackson, Johnson, O'Toole et Auslander, 2001).

Développée de façon plus particulière lors de la période de restructuration en cours depuis le début des années 1980, la planification de sortie demeure un processus complexe visant à soutenir les patients et leurs proches et à faciliter leur transition de l'hôpital vers leur milieu de vie. En ce sens, elle implique un travail au sein d'un nombre important de systèmes et de sous-systèmes. Pour plusieurs, ce processus s'engage dès l'admission du patient et parfois même avant, en pré-admission (Domanski, Jackson, Miller et Jeffrey, 2003). Elle comprend plusieurs étapes qui requièrent des évaluations complètes et précises afin de déterminer adéquatement les besoins actuels du patient, d'anticiper ses besoins futurs, de prendre les bonnes décisions et de s'assurer d'une coordination et d'un suivi des services mis en place (Bowles, Naylor et Foust, 2002).

Tout en demeurant partie intégrante de la pratique – et ce, dès le début de la présence de la profession en milieu hospitalier (Ross, 1998) –, la planification de sortie n'est plus l'apanage du travail social et est exercée également en grande partie par les infirmières. En conséquence, la planification de sortie se définit aujourd'hui comme une pratique et un processus qui requiert la collaboration de plusieurs disciplines (Holliman, Dziegielewski et Datta, 2001; Tennier, 1997). Toutefois, la multitude de tâches et de fonctions qu'elle génère n'est pas toujours bien définie et bon nombre d'intervenants d'autres disciplines ne connaissent pas la contribution importante jouée par la travailleuse sociale. Les dilemmes

éthiques et les risques de confusion et d'enchevêtrement de rôle sont omniprésents (Globerman, Davies et Walsh, 1996). Ces rôles s'échelonnent sur toutes les composantes d'un long continuum qui débute par l'évaluation et se termine par la fin des services donnés en milieu hospitalier, en passant, entre autres, par l'orientation vers des ressources et par la défense des droits des patients. Néanmoins, la contribution du travail social est soulignée dans les cas complexes ainsi que dans les situations où l'ampleur des problèmes psychosociaux représente davantage un facteur déterminant la durée de séjour que ne l'est le diagnostic regroupé pour la gestion (Lechman et Duder, 2006; Ross, 1998). Comparativement à l'infirmière, Holliman, Dziegielewsli et Teare (2003) ont également mis en relief la contribution plus spécifique de la travailleuse sociale : pour l'évaluation de la santé mentale des patients (si nécessaire); pour le counselling durant et après le séjour à l'hôpital; pour l'information, l'enseignement et l'appui thérapeutique offerts aux proches aidants; ainsi que dans le cadre d'activités communautaires. Toutefois, l'infirmière est la plupart du temps l'objet d'une plus grande considération et d'une plus grande reconnaissance de la part des administrateurs hospitaliers que ne l'est la travailleuse sociale (ibid.).

Aujourd'hui, le processus de la planification de sortie est interdisciplinaire et ce sont l'infirmière et la travailleuse sociale qui sont au premier plan (Watts et Gardner, 2005). Cependant, plusieurs études qualitatives qui donnent une parole importante aux praticiennes de diverses disciplines (nursing, travail social, ergothérapie, etc.) mettent en lumière que la planification de sortie est souvent perçue comme étant au service

d'impératifs administratifs, comme les pressions exercées pour libérer un lit, plutôt qu'associée à une coordination efficace de services et de ressources précédemment établis dans l'intérêt des patients (Corser, 2003). La pression est grande pour que les praticiennes répondent d'abord aux demandes administratives et médicales pour ensuite trouver une façon de faire accepter la situation aux patients et à leurs proches (Moody, 2004).

L'advocacy et la défense des droits

En 2001, la Fédération internationale des travailleurs sociaux adoptait une définition globale du travail social affirmant que les droits humains et la justice sociale en sont les fondements (IFSW, 2008). L'OPTSQ place la justice sociale au cœur de sa mission (OPTSQ, 2008) alors que la NASW l'inclut au sein de son code d'éthique (NASW, 1999). Le contact direct avec des personnes vulnérables et désavantagées a historiquement entraîné l'adoption de la justice sociale comme valeur fondamentale de la profession. Même si certains n'hésitent pas à qualifier le concept de justice sociale de flou (Reichert, 2001), cette notion de justice est perçue par plusieurs comme l'essence même de la profession et interpellerait constamment la praticienne à dépasser toute conception étroite et réductrice de sa pratique (Marsh, 2005). En Grande-Bretagne par exemple, le Central Council for Education and Training in Social Work mentionne explicitement que la travailleuse sociale va déterminer, analyser et agir afin de contrer la discrimination, le racisme, les désavantages, l'iniquité et l'injustice, et employer des stratégies appropriées

selon le contexte (Rushton et Beaumont, 2002). Cette fonction de soutien et de défense des droits prend le nom d'*advocacy* dans la littérature.

La travailleuse sociale est, bien souvent, la seule professionnelle qui assume ce rôle, autant durant le séjour du patient à l'hôpital, qu'au cours d'une période post-hospitalisation suite à sa sortie (Sulman, Savage et Way, 2001; Berkman et al., 1996). Le simple fait de « donner voix » également aux patients et à leurs proches dans le cadre d'une institution, souvent perçue comme étant déshumanisante et empreinte d'iniquité, représente pour plusieurs une forme renouvelée d'*advocacy* (Craig, 2005; Chambon, 2004). Toutefois, des recherches ont mis en évidence que de toutes les activités cliniques exercées par la travailleuse sociale, la défense des droits est celle pour laquelle la praticienne consacre le moins de temps et qu'elle fait face historiquement à des contraintes particulières (Nelson, 1999). Ainsi, cette fonction est davantage de type rhétorique qu'objet d'application et est plutôt en décroissance. Plusieurs facteurs sont ici à considérer : la confusion autour du concept d'*advocacy*; le peu de soutien accordé à ce rôle par le milieu hospitalier; la faible préparation de la jeune praticienne à assumer ce rôle à sa sortie d'une école de travail social; voire le découragement de la praticienne (Mailick et Caroff, 1996; Herbert et Levin, 1995).

L'influence du contexte organisationnel, mais également de l'environnement immédiat de pratique, que représente l'unité de soins ou la spécialité

Dans les faits, le rôle du travail social demeure incertain et mal compris de la part des professions médicales. Plusieurs facteurs y contribueraient : l'incapacité du travail social à argumenter à propos de sa contribution et de la valeur ajoutée apportée; la hiérarchie qui prévaut au sein du système médical; et la confusion et l'enchevêtrement de rôles avec d'autres professionnels, notamment l'infirmière. Soulignons également que, bien que peu nombreuses, des recherches mettent en lumière que l'effritement des rôles plus cliniques de counselling, de thérapie brève et de défense des droits n'est pas constaté dans tous les champs de pratique de la travailleuse sociale médicale. Ce n'est notamment pas le cas dans les services d'oncologie, de désintoxication, de néphrologie et d'hémodialyse, en unités consacrées aux personnes atteintes du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ainsi qu'en obstétrique et en néonatalogie (Stewart, 2003; Sulman, Savage et Way, 2001; Gaskin et Spence, 2001; Glajchen, Blum et Calder, 1995; Gupton et McKay, 1995; Shorten, 1995). Il serait erroné de faire une corrélation directe entre la réduction de la durée de séjour et l'effritement des rôles de counselling et de défense de droits, puisque l'obstétrique demeure la pratique hospitalière où l'on observe, ces 20 dernières années, l'une des réductions les plus drastiques en matière de durée de séjour des patientes et de coûts associés à l'hospitalisation (Sulman, Savage et Way, 2001).

Les praticiennes qui œuvrent au sein de la gestion par programmes et qui ne se retrouvent plus au sein d'un département centralisé de travail social sont dans une situation plus délicate, puisqu'elles rapportent que certains rôles qu'elles assumaient autrefois, tel le counselling, sont confiés à d'autres disciplines comme la psychologie, alors que des attentes sont formulées à leur endroit pour remplir des tâches et des fonctions traditionnellement effectuées par d'autres disciplines, notamment les infirmières (Mizrahi et Berger, 2005; Berger et al, 2003). Ces travailleuses sociales font mention du besoin de déconstruire systématiquement leur pratique et d'évaluer de façon critique ce qu'elles font, de développer de nouvelles zones d'expertise et d'être des plus novatrices en ce sens, le tout dans un effort pour établir et définir une place et un rôle plus spécifique au travail social (Globerman, Davies et Walsh, 1996).

Enfin, il faut souligner la place importante de l'intervention de crise ces dernières années. Ce fait est particulièrement marquant aux urgences ainsi que dans tout ce qui concerne les interventions auprès des personnes victimes de traumatismes (Mizrahi et Berger, 2005).

La collaboration interprofessionnelle

Nous ferons ici le point sur les plus récents développements dans la littérature scientifique concernant l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle (CI). Les mêmes bases de données que celles mentionnées pour la recension des écrits en matière de rôle et de contribution du travail social médical en milieu hospitalier ont servi de base à la présente. Les principaux mots-clé (en français et en anglais) furent les suivants: collaboration interprofessionnelle, interdisciplinarité, multidisciplinarité, travail en équipe et milieu de la santé ou milieu hospitalier, travail social et interdisciplinarité. À la recherche au moyen des bases de données électroniques, nous avons ajouté la recherche manuelle en prenant soin de vérifier des références pertinentes additionnelles qui pouvaient se trouver à la fin des articles recensés, soit dans la partie des références et de la bibliographie.

Cette recension des écrits permet de contribuer à dissiper, dans une certaine mesure, la confusion entre les termes qui persiste à ce jour; de faire une synthèse des modèles de CI avec leurs éléments facilitateurs et ceux qui ne le sont pas; de dégager des éléments d'analyse critique concernant la CI; et finalement, de se réappropriier des éléments d'application pour le travail social en milieu hospitalier et dans le secteur de la santé en général.

Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle ?

Des termes comme multidisciplinarité, interdisciplinarité et CI ne sont pas toujours bien définis et sont souvent utilisés de façon interchangeable (Faulkner et Amodeo, 1999).

Bien qu'un consensus ne soit pas entièrement établi à ce jour, le terme *collaboration interprofessionnelle (CI)* supplante de plus en plus ceux d'interdisciplinarité et de collaboration interdisciplinaire au sein de la littérature et dans les milieux scientifiques et professionnels (Oandasan *et al.*, 2004). Mu et Royeen (2004) avancent que le terme interprofessionnel décrit avec plus de précision que nous sommes en présence de professionnels qui interagissent avec d'autres professionnels alors que plusieurs disciplines sont souvent présentes au sein d'une même profession. Dans une version qu'elle qualifie de positive, Bronstein (2003) définit la CI comme un processus interpersonnel effectif qui facilite l'atteinte de résultats qui ne pourraient être obtenus si les professionnels agissaient sur une base individuelle et de façon isolée. La CI est un processus qui vise à produire des services intégrés et cohérents centrés sur le patient (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005). Ce processus est interpersonnel puisqu'il met en action des participants de différentes disciplines qui contribuent et cherchent à s'entendre sur un produit ou un but commun (Berg-Weger et Schneider, 1998).

La CI se démarque de la *multidisciplinarité*. Même si la multidisciplinarité fait également référence à des équipes composées de différents professionnels qui travaillent sur un même projet (Siegler et Whitney, 1994), elle se caractérise davantage par une juxtaposition de

professionnels et de compétences où les intervenants agissent la plupart du temps en tant que consultants (Satin, 1994). En multidisciplinarité, le travail en équipe se fait séparément, voire en parallèle, et les interactions sont plutôt transitoires et limitées (Paul et Peterson, 2001). Bien qu'ils ne se rencontrent que très peu et parfois même pas du tout, les membres d'une équipe multidisciplinaire développent une certaine coordination et agissent avec un minimum de structures.

L'essence de tout système professionnel repose sur le fait que chaque discipline définit des cadres de travail solides sur le plan théorique, orientés vers la discipline et donnant accès aux juridictions professionnelles, qui sont en général régis de manière rigide (Abbott, 1988). La CI interpelle des changements à ce paradigme et privilégie l'implantation d'une logique de collaboration plutôt que de compétition (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005 ; D'Amour et Oandasan, 2005).

La CI signifie que les intervenants travaillent et prennent des décisions ensemble. Les connaissances et les habiletés sont spécifiques à une discipline, mais également mises en commun quand les communications permettent une synergie qui améliore les soins et les services donnés aux patients, afin de dépasser ce qui se serait produit si les mêmes intervenants agissaient séparément, le tout étant plus grand que la somme des parties (Way, Busing et Jones, 2002).

L'équipe interdisciplinaire issue de la CI fait appel à une plus grande collaboration de ses membres et à l'intégration, à un certain degré, de thèmes et de schèmes partagés par différentes professions (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005). Le préfixe « inter » fait ici référence non seulement à une pluralité ou une juxtaposition, mais aussi à un espace commun, à un élément de cohésion, à une propriété partagée qui dépassent le simple partage d'informations pour mener vers de nouveaux schèmes de pensée (Baxter et Brumfitt, 2008). L'équipe interdisciplinaire est une composante structurée et structurante dotée d'un but et d'un processus de décision communs (Wells, Johnson et Salyer, 1998). Elle est donc basée sur l'intégration des connaissances et de l'expertise de chaque profession afin que les solutions aux problèmes complexes puissent être développées dans une perspective flexible et marquée par l'ouverture d'esprit (Bronstein, 2002; Paul et Peterson, 2001).

Fondements de la collaboration interprofessionnelle

La CI présente de nombreux attributs afin d'affronter les défis et les problèmes de santé d'aujourd'hui et c'est ce qui explique, en grande partie, le consensus, voire l'unanimité, qu'elle engendre dans le milieu. Un premier constat s'impose : les problèmes rencontrés par les patients et par leurs proches sont de plus en plus complexes, présentent des menaces plus importantes concernant leur santé et leur mieux-être et sont ainsi le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Cette

complexité et cette interdépendance commandent une nécessaire mise en commun des connaissances et des expertises (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005; D'Amour et Oandasan, 2005; Iedema, Meyerkort et White, 2005).

De plus, soulignons que l'on observe un important changement de paradigme au sein de la profession des infirmières : le modèle de nursing traditionnel, axé sur les soins physiques à dispenser, a été remplacé par une vision et par une approche systémiques du patient, de ses besoins et de son réseau de santé. C'est le modèle McGill (Gottlieb et Gottlieb, 2007). En vertu de la position centrale occupée par ces professionnelles en milieu hospitalier, ces transformations touchent l'ensemble des pratiques professionnelles du milieu.

Les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires exerçant en milieu hospitalier sont encore très marquées par le travail en silo; par une vision centrée sur sa propre discipline où les professionnels perçoivent le plus souvent les choses sous l'angle restreint de leur spécialité et non comme elles sont (Clark, 2006); par une compétition de territoire et une concurrence entre les disciplines (Freidson, 2001); par une duplication et une fragmentation des services; et, enfin, par un faible réseautage et un manque de cohésion et de coordination (Bronstein, 2003). La CI se propose de réduire ces réalités des plus néfastes par la mise en place et le développement de services efficaces et efficaces.

La CI représente un modèle de pratique axée sur le patient (*patient-centered care*) mais ne s'y limite pas. D'ailleurs, les professionnels ne seraient pas disposés à collaborer si l'effort

était basé sur l'idée que c'est bon uniquement pour le patient. La CI représente une opportunité de développement pour les intervenants. Non seulement elle s'appuie sur la notion que chaque professionnel a besoin de la contribution des autres en plus d'y apporter la sienne pour mieux mener ses propres activités – le concept *d'interdépendance* est ici central –, mais le fait de côtoyer et d'interagir de façon active avec des professionnels d'autres disciplines permet d'accroître et d'étendre ses connaissances et son expertise (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005). De plus, les intervenants peuvent partager le fardeau que représentent parfois certaines problématiques plus énergivores ou des patients plus difficiles, et ce partage des responsabilités permet également d'amortir en quelque sorte les éventuels effets d'insuccès (Hendrick *et al.*, 2006).

Enfin, dernier fondement et non le moindre, en se présentant comme une approche centrée sur le patient, la CI s'appuie sur une plus grande reconnaissance des capacités des patients à participer à la définition de leurs besoins et à la résolution de leurs problèmes : c'est la prise de décision partagée (*shared decision making*) qui est ici recherchée (Légaré *et al.*, 2008). Plusieurs recherches témoignent d'une amélioration de la santé des patients lorsque ceux-ci participent au processus de prise de décision les concernant (Zwarenstein, Reeves et Perrier, 2005). Même s'il est irréaliste de s'attendre à une participation complète et égalitaire à celle des membres de l'équipe, la participation des patients dans le processus décisionnel réduit le paternalisme professionnel (Sorensen et Iedema, 2007).

Composantes de la collaboration interprofessionnelle

Selon Bronstein (2003), la CI compte cinq composantes fondamentales : l'interdépendance, les activités professionnelles nouvellement créées, la flexibilité, la propriété collective des buts et la réflexion sur le processus. Si l'interdépendance fait référence au fait que chaque intervenant dépend de l'autre afin d'accomplir ses objectifs et ses tâches, elle fait appel à une capacité de bien distinguer entre ses rôles propres et les rôles de collaboration afin qu'ils soient employés de façon appropriée. L'interdépendance nécessite une solidité sur le plan de l'identité professionnelle : les professionnels ont besoin de se sentir sécurisés dans leurs propres rôles afin de savoir ce qu'ils peuvent offrir et ce sur quoi ils peuvent compter de la part des autres. Dans la perspective de la théorie des systèmes (Durand, 2004), les activités professionnelles nouvellement créées comprennent des actes en collaboration, des programmes et des structures qui permettent d'accomplir davantage que si elles étaient réalisées dans un cadre où ces mêmes intervenants agissaient de façon indépendante – le tout étant plus grand que la somme des parties. La flexibilité vise à dépasser l'interdépendance et renvoie à une intention délibérée de produire une imbrication de rôles (*role-blurring*) basée sur des relations moins hiérarchiques (Humphris et Masterson, 2000). La propriété collective des buts, quant à elle, fait référence à une responsabilité partagée entre tous dans l'ensemble du processus visant à atteindre les objectifs recherchés, allant de l'évaluation initiale à la sortie du patient en passant par la définition du problème et par la planification de l'action. L'adhésion à une perspective centrée sur le patient est au cœur de cette composante. Enfin, en portant attention au processus même de leur travail en

commun, la réflexion sur le processus vise une rétroaction et un renforcement des relations de collaboration et de son efficacité.

Facteurs facilitateurs et obstacles à la collaboration interprofessionnelle

On compte de nombreux facteurs pouvant être à la fois facilitateurs ou non de la CI. Les plus significatifs sont : le rôle professionnel; les caractéristiques sur le plan structurel; les caractéristiques sur le plan individuel; les antécédents en matière de collaboration. Trop souvent, les intervenants seront portés à imputer à des individus les échecs ou les obstacles majeurs à la CI, même si cela peut en être l'une des causes. En général, des éléments structurels, comme les faibles ressources mises en place afin de soutenir la CI, le peu de formation au travail en équipe interdisciplinaire et à la CI, ainsi que la présence d'une certaine rigidité concernant les frontières professionnelles, seront les facteurs menant à un échec (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez, et Beaulieu, 2005; Bronstein, 2003).

Dans leur revue de littérature en la matière, Schoefield et Amodeo (1999) ont relevé que les écrits mentionnent plus souvent les problèmes rencontrés en équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire que les succès escomptés. Ces auteurs rapportent ainsi un premier ensemble de problèmes les plus souvent observés : des statuts différents accordés aux diverses disciplines; des bénéfices inéquitables selon les individus pour leur participation, et ce, à différentes étapes de leur carrière ou encore selon leurs niveaux de formation; des variantes concernant l'organisation et l'encadrement de chaque discipline conduisant à des

tensions dans le travail en équipe; des niveaux d'engagement personnel envers le processus de travail en équipe variant parmi les différents intervenants; un langage des plus disparates; la domination du médecin; la confusion et l'enchevêtrement de rôles; l'importance, voire le poids, du temps et des énergies que demande un engagement envers l'approche interdisciplinaire; le questionnement sur la valeur de l'approche présente chez bon nombre d'intervenants; le changement de statut professionnel pour certaines disciplines; et le manque de soutien administratif. Les auteurs relèvent un second ensemble de problèmes, moins présent dans les écrits mais néanmoins importants que sont: un climat de compétition entre les professionnels mais également auprès du patient; des désaccords concernant le leadership et le partage des responsabilités; l'absence de valeurs communes; une rotation fréquente de certaines disciplines; l'absence de définition claire du rôle du leader ou du coordonnateur de l'équipe; des soins inadéquats aux patients; des communications inefficaces et inconsistantes; et, enfin, le manque de consensus concernant le pronostic des patients.

Éléments critiques de la collaboration interprofessionnelle

À ce jour, les données empiriques pouvant conclure que l'équipe interdisciplinaire ou la CI permettent d'atteindre les objectifs qu'elles mettent de l'avant demeurent limitées et il est en quelque sorte déconcertant de voir que les évaluations de l'efficience et de l'efficacité de ces entités sont rares (Abramson, 2002; Faulkner et Amodeo, 1999). La démonstration est loin d'être faite en ce qui concerne la présomption voulant que la CI contribue *de facto* à la

réduction des coûts, à l'amélioration des services et des soins et à un accroissement de l'efficacité et de l'efficacités en matière de prestation de services. Le plus souvent, la valeur de la CI relève de « l'acte de foi » et est objet de présomption. Pour d'autres, la trop grande importance accordée aux dimensions relationnelles de l'interdisciplinarité a pour conséquence de faire porter ces différences sur les seules épaules des individus. Ils préfèrent ainsi poser le problème de la CI comme condition – qui ne peut être évitée – de travail (Couturier, Gagnon, Carrier et Etheridge, 2008).

Le processus de socialisation comme défi à la collaboration interprofessionnelle

Nous partageons le point de vue de Clark (2006) selon lequel le véritable défi de la CI réside dans la capacité des professionnels à voir la réalité par les yeux des autres professions et d'être en mesure de recentrer les besoins et les problèmes des patients ainsi que les solutions potentielles dans des perspectives qui intègrent les façons de penser et d'agir des autres prestataires de service. Mais de gros défis doivent être relevés à cet effet.

Il s'agit des défis découlant du processus de socialisation dont tous – médecins, infirmières, pharmaciens, ergothérapeutes, physiothérapeute, travailleurs sociaux, nutritionnistes, etc. – ont été l'objet. L'acquisition des cartes cognitives et normatives est au cœur de ce processus. Les termes de cartes cognitives et de cartes normatives ont tout d'abord été mises de l'avant par Petrie (1976) et reprise par Clark (op.cit.), et ces termes se réfèrent aux

savoirs de base qui constituent les fondements d'une profession. Ces cartes représentent le paradigme et l'appareil conceptuel employés et développés par une profession et en cela, comprennent les concepts de base, les modes d'investigation, la définition des problèmes, les catégories d'observation, les représentations techniques, les cadres explicatifs et les idées générales représentées au sein de la profession et des disciplines qui y sont associées. Les cartes cognitives visent une certaine cohésion de la part des membres de la discipline en ce qui concerne la manière de voir et de concevoir la réalité. Elles font référence à l'ensemble de l'appareil paradigmatique et conceptuel d'une profession spécifique et comprennent les concepts de base, les moyens d'enquête et d'analyse, la définition donnée aux problèmes, les catégories d'observations, les techniques de représentation, etc. (ibid.).

Les cartes normatives sont au cœur des éléments ontologiques de la pratique et de l'identité professionnelles. Elles comprennent les valeurs de base, les modes de raisonnement moral ainsi que les moyens de résoudre les dilemmes éthiques. Soulignons que les valeurs sont fondamentales à la construction de l'identité professionnelle (Gibelman, 1999).

L'acquisition de ces cartes cognitives et normatives est un processus construit. Il l'est dans la mesure où il se réalise dans le processus de socialisation professionnelle. Devenir un professionnel en milieu sociosanitaire, c'est : acquérir des traditions, des coutumes et des pratiques spécifiques; intégrer des connaissances, des croyances, des valeurs morales et adopter des règles de conduite qui sont propres à la discipline; s'inscrire dans des formes de communication linguistique et symbolique dont les sens qui en émergent se rapportent à sa

profession spécifique. En définitive, ce processus de socialisation professionnelle mène à une et plusieurs façons de penser et de concevoir le monde et d'y agir qui sont différentes de celles présentes pour d'autres professions.

Travail social et collaboration interprofessionnelle

En plus d'investir de nombreux champs de pratique, la profession du travail social comporte une caractéristique multidisciplinaire en soi et nombre de ses caractéristiques favorisent la CI chez ses membres. Le fait de puiser depuis ses débuts au sein de disciplines aussi diverses que la philosophie, la psychologie, les sciences de l'éducation, les sciences politiques, la sociologie, etc., lui confère ce caractère multidisciplinaire et parfois éclectique (Johnsson et Svensson, 2005). Les disciplines de la santé sont également présentes dans la formation des futures travailleuses sociales, bien que trop peu aux yeux de plusieurs (ACTS, 2006; Allan-Meares, 1998; Mailick et Caroff, 1996). La composante multidisciplinaire se retrouve au sein du concept de pratique réflexive (Schön, 1987), cher à la profession. Comme Clark le souligne (2006), le praticien réflexif est un professionnel qui a été bien formé aux dimensions scientifiques de sa pratique – les connaissances et les habiletés techniques de la profession – ainsi qu'aux éléments dits artistiques – ceux reliés à la capacité de composer avec les zones intermédiaires et grises de la pratique où l'ambiguïté morale, les conflits de valeurs et les dilemmes éthiques sont omniprésents.

Et même si les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires qui ont prévalu en milieu hospitalier n'ont pas comporté en leur sein les caractéristiques de collégialité, de coopération et d'interdépendance mises de l'avant par la CI, et demeurent hiérarchiques, axées le plus souvent sur le modèle médical de soins et de services et fonctionnant selon un mode de consultation au besoin (Barrett, Curran, Glynn et Godwin, 2007), les travailleuses sociales ont toujours joué un rôle important au sein de ces équipes, en apportant la dimension sociale aux discussions en équipe en vertu de leurs connaissances des milieux de vie des patients et de leurs proches, et en assumant un leadership dans le travail auprès des familles et des ressources de la communauté (Rushton et Beaumont, 2002).

Quant à l'adhésion à une perspective holistique qu'entend le concept de pratiques collaboratives centrées sur le patient, le travail social y est associé non seulement depuis longue date, mais il a contribué à son rayonnement en raison de son questionnement du fondement selon lequel le modèle médical serait le seul moyen de procurer des traitements et des soins efficients et efficaces. Le savoir médical est certes vital pour comprendre les problèmes de santé, mais le fait de s'y limiter ne permet pas d'avoir la vue d'ensemble nécessaire et de saisir les complexités à l'œuvre. Dans leur analyse de l'équipe multidisciplinaire, Peck et Norman (1999) rapportent que les travailleuses sociales sont plus que quiconque susceptibles de relever les défis de la CI dans leur pratique. Ainsi, nous pouvons affirmer que les travailleuses sociales, en raison de la nature multidisciplinaire, pluraliste et flexible de leur profession, de son historicité et de son parcours dans le milieu hospitalier, sont plus que favorables et en quelque sorte prédisposées à la pratique de la CI.

RÉFÉRENCES

Abbott, A. (1988). *The System of professions*, Chicago, University of Chicago Press.

Abramson, J. S. (2002). « Interdisciplinary team practice », Dans Roberts, A. R. & Greene, G. J. (éd.) (2002). *Social worker's desk reference*. New York, Oxford University Press, 44-50.

Allan-Meares, P. (1998). The Interdisciplinary movement, *Journal of Social Work Education*, 34 (1), 2-5.

Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) (2006). *Les travailleurs sociaux du secteur de la santé : Leurs conditions de travail et autres sujets connexes – Une revue de littérature*. Ottawa, ACTS.

Auerbach, C., Mason, S.E., & LaPorte, H.H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 2007, 17-32.

Bachman, D.H. & Lind, R.F. (1997). Perinatal social work and the high risk obstetrics patient, *Social Work in Health Care*, 24 (3/4), 3-19.

Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., & Godwin, M. (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, FCRSS.

Baxter, S. K. & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working, *Journal of Interprofessional Care*, 22 (3), 239-251.

Beder, J. (2006). *Hospital social work – The Interface of medicine and caring*. New York, Routledge.

Berg-Weger, M. & Schneider, F. D. (1998). Interdisciplinary collaboration in social work education, *Journal of Social Work Education*, 34, 97-107.

Berger, C.S., Robins, C., Lewis, M., Mizrahi, T., & Fleit, S. (2003). The impact of organizational change on social work staffing in a hospital setting : A national study of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 37 (1), 1-18.

Berkman, B., Bonander, E., Kemler, B., Rubinger, M.J., Rutchik, I., & Silverman, P. (1996). Social work in the academic medical center : advanced training a necessity, *Social Work in Health care*, 24 (1/2), 115-135.

Berthiaume, J.-F. (2008). De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social en milieu hospitalier, *Intervention*, 128, 6-14.

Bowles, K.H., Naylor, M.D., & Foust, J.B. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions, *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 336-342.

Bronstein, L. R. (2002). Index of interdisciplinary collaboration, *Social Work Research*, 26 (2), 113-126.

Bronstein, L. R. (2003). A model of interdisciplinary collaboration, *Social Work*, 48 (3), 297-306.

Cazale, L. (2000). *La Gestion financière et pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics*. Thèse de doctorat, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

Chambon, A. (2004). What can narrative approaches do for social work? *Newsmagazine, The Journal of the Ontario Association of Social Workers*, 31, 1.

Clark, P. G. (2006). What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training, *Journal of Interprofessional Care*, 20 (6), 577-589.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Corser, W.D. (2003). A complex sense of advocacy: the challenges of contemporary discharge planning, *Case Manager*, 14 (3), 63-9.

Couturier, Y. Gagnon, D., Carrier, S., & Etheridge, F. (2008). The Interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field : A Theoretical standpoint, *Journal of Interprofessional Care*, 22 (4), 341-351.

Cowles, L.A. & Lefcowitz, M.J. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting : Part two, *Health and Social Work*, 20 (4), 279-286.

Craig, R.W. (2005). Delusions – A tale of two social workers : A hospital narrative, *Reflections*, spring 2005, 48-53.

D'Amour D. & Oandasan I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1), 8-20.

D'Amour, D., Ferra-Videla, M., Rodriguez, L.S., Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (2), 116-131.

Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2006). Defining the role of the hospital social worker in Australia - Part 2. A qualitative approach, *International Social Work*, 48 (3), 289-299.

Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2004). Defining the role of the hospital social worker in Australia, *International Social Work*, 47 (3), 346-358.

Domanski, M. D., Jackson, A. C., Miller, J., & Jeffrey, C. (2003). Towards the development of a paediatric discharge planning screening tool, *Journal of Child Health Care*, 7 (3), 163-183.

Dubois, J.-M. (2005). *La Rédaction scientifique; Mémoires et thèses : Formes régulières et par articles*. Paris, AUF/Estem.

Durand, G. (2004). *Abécédaire systémique du travailleur social*, Paris, Fabert.

Dziegielewski, S. F. & Holliman, D.C. (2001). Managed care and social work : Practice implications in an era of change, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 28 (2), 125-139.

- Faculté des Études Supérieures (FES) (2009). *Guide de présentation et d'évaluation des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat*. Université de Montréal.
- Faulkner, R. & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human service settings : Are they effective?, *Health & Social Work*, 24 (3), 210-219.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism : the third logic*, Chicago, University of Chicago Press.
- Gaskin, S. & M. Spence (2001). Travailleuse sociale à l'hôpital : une partenaire dans la prestation des soins de santé, *Reflets*, 7 (2), 118-129.
- Glajchen, M., Blum, D., & Calder, K. (1995). Cancer pain management and the role of social work : barriers and interventions, *Health and Social Work*, 20 (3), 200-206.
- Gibelman, M. (1999). The Search for identity : Defining social work – past, présent, future, *Social Work*, 44 (4), 298-309.
- Globerman, J., Davies, J.M., & Walsh, S. (1996). Social work in restructuring hospitals, *Health & Social Work*, 21 (3), 178-188.

- Gorin, S.H. (2000). Inequality and health : implications for social work, *Health & Social Work, 25* (4), 270-275.
- Gottlieb, L. N. & Gottlieb, B. (2007). The Developmental/Health framework within the McGill model of nursing: "laws of nature" guiding whole person care, *Advances in Nursing Science, 30* (1), 43-57.
- Gupton, A. & McKay, M. (1995). The Canadian perspective on post-partum home care, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, February*, 73-179.
- Hendrick, S. S., Hershberger, A., Cortez-Garland, M., Fleshman, S., Hutcherson, S., & Rozycki, A. T. (2006). Psychosocial oncology: Gains and losses, *Journal of Loss and Trauma, 11* (2), 115-130.
- Herbert, M. & Levin, R. (1995). Current issues and future directions in hospital social work : report of a national survey, *The Social worker / Le travailleur social, 63* (2), 89-93.
- Holliman, D. C., Dziegielewski, S. F., & Teare, R. (2003). Differences and similarities between social work and nurse discharge planners, *Health & Social Work, 28* (3), 224-231.
- Holliman, D. C., Dziegielewski, S. F. & Datta, P. (2001). Discharge planning and social work practice, *Social Work in Health Care, 32* (3), 1-19.

Humphris, D. & Masterson, A. (2000). *Developing new clinical roles*. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Iedema, R., Meyerkort, S., & White, L. (2005). Emergent modes of work and communities of practice, *Health Services Management Research*, 18, 13-24.

International Federation of Social Workers (IFSW) (2008). *Definition of Social Work*, téléaccessible à <http://www.ifsw.org>.

Jackson, A.C., Johnson, B., O'Toole, M., & Auslander, G. (2001). Discharge planning for complex paediatric cases, *Social Work Health and Mental Health*, 34 (1/2), 161-175.

Johnson, J. J. & Grant, G. Jr. (2005). *Medical social work*. Boston, Allyn and Bacon.

Johnsson, E. & Svensson, K. (2005). Theory in social work – some reflections on understanding and explaining interventions, *European Journal of Social Work*, 8 (4), 419-433.

Keefler, J. (2006). *Recording psychological assessments in social work: problems & solutions*. Thèse de doctorat, Montréal, Université McGill.

Kitchen, A. & Brook, J. (2005). Social work at the heart of the medical team, *Social Work in Health care*, 40 (4), 1-18.

Kotrla, K. (2005). Social work practice in health care : The need to use brief interventions, *Health and Social Work*, 30 (4), 336-339.

Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F.B., & L. Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier, *Nouvelles pratiques sociales*, 13 (2), 164-180.

Lechman, C. & Duder, S. (2006). Psychosocial severity, length of stay and the role of social work services, *Social Work in Health Care*, 43 (4), 1-13.

Légaré, F., Stacey, D., Graham, I. D., Elwyn, G., Pluye, P., Gagnon, M.-P., Frosch, D., Harrison, M. B., Jennifer Kryworuchko, J., Pouliot, S., & Desroches, S. (2008). Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: a study protocol, *BMC Health Services Research*, 2008, 8:2 téléaccessible à <http://www.biomedcentral.com>.

Lévesque, G. (2007). *Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec, OIIAQ.

- Longres, J. F. (2000). *Human behavior in the social environment (3rd Edition)*. Itasca, F. E. Peacock.
- Mailick, M.D. & Caroff, P. (1996). Professional Social Work Education and Health Care : Challenges for the Future, *Social Work in Health Care*, 24, 1-7.
- Marsh, J.C. (2005). Editorial – Social justice : Social work’s organizing value, *Social Work*, 50 (4), 293-294.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2008). *Dépenses nationales privées de santé en proportion des dépenses totales de santé, Canada, provinces et territoires, 1975 à 2007*, téléaccessible à www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss.
- Mizrahi, T. & Berger, C.S. (2005). A Longitudinal look at social work leadership in hospitals : The Impact of a changing health care system, *Health and Social Work*, 30 (2), 155-165.
- Moody, H.R. (2004). Hospital discharge planning: carrying out orders?, *Journal of Gerontological Social Work*, 43 (1), 107-118.
- Mu, K. & Royeen, C. B. (2004). Interprofessional vs. interdisciplinary services in school-based occupational therapy practice, *Occupational therapy international*, 11 (4), 244-247.

National Association of Social Workers (NASW) (2006). *NASW Clinical indicators for social work services in the acute care medical hospital*. Washington, D.C., NASW Press.

National Association of Social Workers (NASW) (2005). *NASW Standards for social work practice in health care settings*. Washington, D.C., NASW Press.

National Association of Social Workers (NASW) (1999). *NASW Code of ethics – Revised 1999*. Washington, D.C., NASW Press.

Nelson, M. (1999). A View of social work advocacy in hospitals in Eastern Ontario, *Social Work in Health Care*, 29 (4), 69-92.

Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarenstein, M., Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M.-D., Reeves, S., Nasmith, L., Bosco, C., Ginsburg, L., & Tregunno, D. (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centered practice – research and finding reports*. Ottawa, Health Canada.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2008). *Notre mission*, téléaccessible à www.optsq.org/fr.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2006). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et travailleurs sociaux*. Montréal, OPTSQ.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2004). *L'évaluation psychosociale et la profession de travailleur social*. Montréal, OPTSQ.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal, OPTSQ.

Paul, S., & Peterson, C. Q. (2001). Interprofessional collaboration: Issues for practice and research, *Occupational Therapy in Health Care*, 15, 1-12.

Peck, E. & Norman, I. (1999). *Working together in adult community mental health services : Exploring inter-professional role relations*, *Journal of Mental Health*, 8 (3), 231-242.

Petrie, H. G. (1976). *Do you see what I see? The epistemology of interdisciplinary inquiry*, *Journal of Aesthetic Education*, 10, 29-43.

Pockett, R. (2003). Staying in hospital social work, *Social Work in Health Care*, 36 (3), 1-24.

Reichert, E. (2001). Move from social justice to human rights provides new perspective, *Professional Development*, 4 (1), 5-13.

Ross, J. W. (1998). « Hospital social work », Dans National Association of Social Workers' (NASW) (1998). *Encyclopedia of social work, 19th Edition*, Silver Spring, NASW Press, 1365-1376.

Rushton, A. & Beaumont, K. (2002). Social work in healthcare settings : turning full circle? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (2), 295-302.

Satin, D. G. (1994). A conceptual framework for working relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice: Clarifying muddy waters. *Gerontology & Geriatrics Education*, 14, 3-24.

Schoefield, F.R., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective?, *Health & Social Work*, 24, 203-219.

Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco, Jossey-Bass.

Siegler, E. L. & Whitney, F. W. (1994). *Nurse-Physician collaboration : Care of adults and the elderly*. New York, Stringer Publishing Company.

Shorten, A. (1995). Obstetric early discharge versus traditional hospital stay, *Australian Health Review*, 18 (2), 19-39.

Sorensen, R. & Iedema, R. (2007). Redefining accountability in health care : managing the plurality of medical interests, *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12 (1), 87-106.

Stewart, N. S. (2003). *Identity, competency and autonomy of medical social workers in acute care settings*. Thèse de doctorat, The University of Texas at Austin.

Sulman, J., Savage, D., & Way, S. (2001). Retooling social work practice for high volume, short stay, *Social Work and Mental Health*, 34 (3/4), 315-332.

Tennier, L. D. (1997). Discharge planning : An Examination of the perceptions and recommendations for improved discharge planning at the Montreal General Hospital, *Social Work in Health Care*, 26 (1), 41-59.

Vrancken, D. & Macquet, C. (2006). *Le Travail sur soi – Vers une psychologisation de la société?* Paris, Belin.

Watts, R. & Gardner, H. (2005). Nurses' perception of discharge planning, *Nursing and Health Sciences*, 7, 175-183.

Way, D., Busing, N., & Jones L. (2002). *Implementing strategies: collaboration in primary care—family doctors and nurse practitioners delivering shared care*. Toronto, Ontario College of Family Physicians.

Wells, N., Johnson, R., & Salyer, S. (1998). Interdisciplinary collaboration, *Clinical Nurse Specialist*, 12, 161-168.

Zwarenstein M., Reeves S., & Perrier L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1),148-165.

Chapitre IV - Méthodologie

Résumé :

La question de la contribution du travail social médical au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU) est au cœur de la présente recherche qualitative. Celle-ci a été menée auprès de travailleuses sociales du secteur des soins physiques des deux CHU pour adultes de l'île de Montréal, soit le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé de McGill (CUSM). Au total, 42 entretiens individuels de type qualitatif (ou entrevues approfondies semi-dirigées) et six rencontres de groupe ont été conduits. Le questionnaire devant servir de guide d'entrevue a été préalablement validé par la méthode de rétroaction par les pairs et les travailleuses sociales ont été sélectionnées en fonction de l'échantillonnage par contraste. Les données recueillies ont été analysées en ayant recours à une approche d'analyse de contenu thématique basée de manière flexible sur la théorisation ancrée. La perspective interactionniste du comportement humain a également été mise à profit. Un processus continu d'encodage, d'écriture mémo, de production de diagrammes thématiques et une utilisation du logiciel d'analyse de données qualitatives QSR Nud'Ist Nvivo, version 7, ont servi au traitement et à l'analyse des données. Soulignons que les règles d'éthique et de confidentialité ont été respectées rigoureusement.

Mots-clés : recherche qualitative, hôpital universitaire, travail social médical, travail social en milieu hospitalier, identité professionnelle

Abstract :

The question of the contribution of Medical Social Work in University Hospital Centers (UHC) lies at the heart of this qualitative study. The research was conducted upon social workers in the physical care of the two UHC for adults in Montreal, Quebec : the Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) and the McGill University Health Center (MUHC). 42 semi-directed individual in-depth interviews and six group meetings were held. Peer feedback was instrumental in validating the interview guide and the contrast sampling method was put forward. Thematic content analysis based flexibly on grounded theory, combined with the interactionist perspective on human behavior, guided the data analysis. Techniques related to grounded theory such as encoding, memo writing, thematic diagrams and the use of qualitative research software for gathering data (QSR Nud'Ist Nvivo, version 7) were also incorporated. High standards regarding ethics and confidentiality were rigorously applied.

Key words: qualitative research, University hospital, medical social work, hospital social work, professional identity

La présente recherche est qualitative et cherche à répondre à la question : quelle est la contribution du travail social médical dans les centres hospitaliers universitaires (CHU)? En tant que recherche exploratoire et analytique, cette étude n'avait pas d'hypothèse de départ. Notre démarche s'est inscrite dans une perspective constructiviste de la théorisation ancrée. Cette dernière est des plus pertinente pour l'étude de phénomènes sociaux à propos desquels peu d'analyses ont été articulées (Laperrière, 1997), ainsi que pour l'étude d'un processus social, que Strauss et Corbin (1990) définissent comme une série d'actions et d'interactions se développant dans le temps et dans l'espace en réponse aux changements dans une situation ou dans un contexte donné (Strauss et Corbin, 1998). C'est le cas de la pratique professionnelle en milieu hospitalier universitaire au Québec et, de surcroît, en milieu hospitalier universitaire en général.

De quelques fondements de la théorisation ancrée

La théorisation ancrée a été proposée par Glaser et Strauss (1967), lors de la publication de leur livre *The Discovery of Grounded Theory*, et la méthode qu'ils proposaient alors, remettait en question la position dominante des approches quantitatives en sociologie et dans les sciences sociales en général. Tout particulièrement, les auteurs s'opposaient au fait de limiter la recherche qualitative au simple rôle de préalable à la recherche quantitative, ainsi qu'au point de vue qui maintenait que la recherche qualitative ne pouvait produire que des études de cas de nature descriptive ne pouvant être d'aucune utilité dans le

développement de théories (Charmaz, 2005). L'objectif de Glaser et Strauss « était de développer une méthode de construction de théories capable à la fois de refléter la richesse du social et de produire des analyses valides et systématiquement vérifiées par un échantillon rigoureux de donnée » (Laperrière, 1997 : 311). Les principes épistémologiques de la théorisation ancrée, comme l'ont proposé Glaser et Strauss en 1967, reflètent leur formation différente. En effet, Glaser a terminé ses études doctorales à l'Université Columbia dans un environnement axé sur les méthodes quantitatives rigoureuses, tandis que Strauss était issu de l'École de Chicago, ce qui l'a mis en contact avec les traditions du pragmatisme américain et de l'interactionnisme symbolique (Charmaz, 1995; Laperrière, 1997). Nous ne reprendrons pas ici les fondements de l'interactionnisme symbolique que nous avons illustrés dans le chapitre précédent, mais il est important de préciser que l'interactionnisme symbolique demeure la principale base philosophique de la théorisation ancrée (Anells, 1996; Corbin et Strauss, 1990).

Une perspective constructiviste de la théorisation ancrée

Depuis les origines de la théorisation ancrée, deux écoles de pensée ont surtout émergé, à la fois des divergences entre Glaser et Strauss eux-mêmes, mais des nombreux auteurs qui se sont inscrits à ce jour dans cette perspective. La grande divergence entre les deux écoles se situe au niveau de la proposition, par Strauss et Corbin (1990), d'un modèle paradigmatique pour guider l'une des étapes de la codification des données. Pour certains, dont Kendall

(1999), l'utilisation d'un modèle qui identifie les principales dimensions d'un phénomène, soit ses causes, son contexte, ses conditions structurelles, les actions et les interactions qu'elles recouvrent et leurs conséquences, fait dévier la théorisation ancrée d'un de ses principes de base qui est l'émergence même de la théorie. Charmaz (2005) soutient que Glaser, tout autant que Strauss, adhère à une ontologie réaliste et à une épistémologie positiviste, bien que des différences importantes soient présentes. Ainsi, la position de Glaser, avec ses postulats d'une réalité externe objective et d'un observateur neutre qui découvre cette réalité, est souvent proche du positivisme traditionnel. Les premières formulations de Glaser et de Strauss proposaient de voir la méthode comme indépendante du chercheur et soutenaient l'importance de la recherche de l'objectivité. Or, les publications plus récentes de Strauss et de Corbin (1998), reprises par Paillé et par Mucchielli (2008) ainsi que par Miles et par Huberman (2003), soulignent un déplacement vers une épistémologie subjectiviste et transactionnelle, en identifiant clairement, entre autres, que le chercheur est activement engagé dans le processus de recherche et n'est pas séparé de la méthode. Le chercheur est un acteur important du processus de recherche et il doit utiliser son savoir d'expérience lors de la collecte et de l'analyse des données (ibid.).

Une perspective constructiviste de la théorisation ancrée avance que la réalité sociale n'existe pas indépendamment de l'action humaine et qu'il n'existe pas une vérité unique, mais plusieurs interprétations et plusieurs façons de comprendre les interactions et les comportements (Charmaz, 2005; Rodwell, 1998). Un équilibre entre le travail interprétatif du chercheur et les points de vue exprimés par les participants est ici préconisé dans le

processus de théorisation. Les théories ne sont pas le reflet d'une réalité préexistante, mais émergent plutôt d'une interaction entre le chercheur, les données recueillies (les points de vue des participantes à l'étude) et la sensibilité théorique du chercheur (Miles et Huberman, 2003; Strauss et Corbin, 1998).

Une approche phénoménologique

On reconnaît au philosophe allemand Edmund Husserl (1859-1938), le fondement du mouvement phénoménologique (Schültz, 1998). Husserl, désenchanté par l'emprise de l'empirisme positiviste de la communauté scientifique, croit que l'étude de la philosophie doit à la fois viser une rigueur scientifique et tendre vers un nouvel humanisme. Aux yeux d'Husserl, la science qui a pour but « la vérité objective » écarte les questions universelles comme celles touchant la signification de l'existence humaine. À la suite de cette constatation, il pose la question suivante : comment l'existence humaine peut-elle avoir une signification quelconque, si la science reconnaît comme seule vérité ce qui est objectif? Ainsi, tout au long de son existence, Husserl approfondit la phénoménologie, qu'il considère d'ailleurs comme, d'une part, une philosophie guidant toute pensée dite scientifique qui permet de prendre en compte la relation du chercheur avec son projet de recherche, rehaussant ainsi l'objectivité scientifique et, d'autre part, une psychologie qui procure un chemin à l'exploration de la dimension spirituelle de l'existence humaine (ibid.). En fin de compte, il est à l'origine d'une méthode dont le noyau central correspond

à la réduction phénoménologique, où le chercheur cherche le plus possible à mettre entre parenthèses les préconceptions à propos du phénomène et à se situer strictement au niveau de ce qui se présente, tel qu'il se présente.

L'examen phénoménologique des données n'est pas réservé à la recherche phénoménologique, mais s'inscrit très bien également dans des recherches des sciences sociales et des sciences humaines de type qualitatif où l'on s'intéresse au sens qui émerge chez les acteurs concernés. « Ainsi, pour nous, l'examen phénoménologique des données, c'est l'écoute initiale complète et totale des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre avant que nous soyons tentés de les "faire parler". Cet examen consiste ainsi à donner la parole avant de la prendre soi-même. » (Paillé et Mucchielli, 2008 : 86).

Notre démarche s'appuie sur le sens que les acteurs donnent à leur réalité – ici principalement les praticiennes travailleuses sociales œuvrant dans les soins physiques des CHU –, sens qui se loge dans leurs discours; sur la détermination de construits et de relations et d'interactions; sur le développement de théories émergentes qui peuvent être mises en relation avec les réalités construites et avec leur contexte environnant immédiat et futur, notamment en dégagant des perspectives de recherche.

Nous partageons le point de vue de Butler, de Ford et de Tregaskis (2007) concernant l'affirmation voulant que l'expertise professionnelle relève davantage du processus que de la finalité, représente un contrepoids aux approches basées sur les données probantes dans

le secteur des services publics et des professions, dont le travail social, et qu'ainsi les référents postmodernistes interpellent les praticiennes à remettre en question toute notion de vérité dite objective qui exclut la contradiction, le paradoxe et la subjectivité. En même temps, nous souscrivons à une perspective de recherche qui ne dichotomise pas le qualitatif et le quantitatif mais qui, au contraire, met de l'avant un cadre conceptuel et de travail qui explore et reconnaît les complémentarités qui peuvent être présentes, où les données empiriques obtenues par les méthodes scientifiques sont renforcées par des méthodes constructivistes et interprétatives. En ce sens, nous avons cherché, dans une faible mesure, à intégrer des éléments associés à la méthodologie quantitative.

La pratique dans le secteur des soins physiques

Pourquoi avoir choisi exclusivement les praticiennes œuvrant dans les soins physiques? Non seulement cela permet de mieux circonscrire notre champ de recherche (la notion de sous-milieu) mais, comme nous en avons fait mention, notre intérêt est dirigé sur un phénomène social peu étudié. Nous retrouvons deux grands secteurs en ce qui concerne la pratique du travail social en milieu hospitalier : celui des soins physiques, dont l'appellation *travail social médical* est encore largement utilisée surtout dans la littérature anglo-saxonne (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007), et celui de la psychiatrie ou de la santé mentale. Ce dernier a été et continue d'être l'objet de prestige et d'une plus grande visibilité alors que, sans pour autant verser dans la victimisation, la pratique dans les soins physiques

renvoie une image moins valorisante (Herbert et Levin, 1996; Donnelly, 1992; Carlton, 1989; Caroff, 1988; Berkman et Carlton, 1985). Ici s'ajoute un dernier motif qui est le nôtre en ce qui concerne notre sujet, et non le moindre, puisque notre pratique professionnelle en milieu hospitalier a été en très grande majorité exercée dans le secteur des soins physiques et non en psychiatrie.

En premier lieu, l'accent mis sur la planification des sorties de l'hôpital a souvent contribué à renforcer une image moins clinique et plutôt de type utilitaire, voire technicisée, et donc moins prestigieuse. En second lieu, le contexte fortement médical dans lequel cette pratique se déroule a fait en sorte qu'elle est la plupart du temps désignée comme étant subordonnée aux orientations du corps médical et s'inscrivant davantage en périphérie des équipes pluridisciplinaires (Rondeau et Michaud, 2001). Et, enfin, de nombreuses recherches soulignent que le rôle de la travailleuse sociale en milieu hospitalier continue d'être peu ou mal compris et n'arrive toujours pas à conquérir une reconnaissance, particulièrement dans le champ du travail social médical (Egand et Kadushin, 1995; Cowles et Lewfcowitz, 1992; Donnelly, 1992) alors que les autres disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier ont réussi à établir leur statut professionnel (Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2006). Ajoutons le peu de place, voire l'absence, donnée à la théorie et à la pratique du travail social en milieu hospitalier dans les contenus des programmes de formation universitaire en travail social, tous cycles confondus (Mailick et Caroff, 1996).

Sites et installations

La présente étude a été menée auprès de travailleuses sociales du secteur des soins physiques des deux CHU pour adultes de l'île de Montréal, soit le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé de McGill (CUSM). Au Québec, comme dans de nombreux pays industrialisés, le nombre d'hôpitaux a diminué de façon significative au cours des reconfigurations qui ne cessent d'avoir lieu dans le réseau de la santé depuis le début des années 1980, à la fin des Trente Glorieuses. Bon nombre d'hôpitaux sont aujourd'hui intégrés au sein des instances locales que sont les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui prennent en charge l'offre de tous les soins et de tous les services de première ligne. On compte cinq CHU au Québec (s'ajoutent ainsi au CHUM et au CUSM : le CHU Sainte-Justine à Montréal, le Centre hospitalier universitaire de Québec, CHUQ, à Québec, et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, CHUS, à Sherbrooke). Les CHU ne sont pas intégrés aux CSSS. Tout comme les hôpitaux généraux, ils offrent des soins généraux et spécialisés à la population locale mais, de plus, en tant qu'hôpitaux universitaires, ils offrent également des soins spécialisés et ultraspecialisés dans les secteurs tertiaire et quaternaire à une population locale, régionale et suprarégionale. Ce volet soins est complété par une part importante de leur mission fondamentale consacrée à l'enseignement et à la recherche (Lechman, 2006; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Ces dernières fonctions ne seraient pas considérées à leur juste valeur dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (Mailick et Caroff, 1996). Le CUSM et le CHUM ont été fondés en 1997 et résultent du regroupement de plusieurs hôpitaux. Le CUSM représente

une fusion des hôpitaux Royal Victoria, Général de Montréal, de l'Institut neurologique de Montréal, de l'Institut thoracique de Montréal et de l'Hôpital de Montréal pour enfants; alors que le CHUM rassemble les hôpitaux Hôtel-Dieu, Notre-Dame et Saint-Luc.

Puisque nous avons cerné le travail auprès des clientèles adultes, nous avons exclu le CHU Sainte-Justine ainsi que l'une des installations du CUSM, l'Hôpital de Montréal pour enfants, puisque leurs activités sont consacrées aux enfants, aux adolescents et aux parents.

La volonté politique que chaque CHU soit regroupé sur un même site était présente à l'origine mais, pour des questions financière, politique et administrative, de tels projets tardent encore à voir le jour. Les plus récents plans de modernisation du ministère de la Santé et des Services sociaux situent l'ouverture des nouveaux sites : pour le CHUM, construction sur un site unique (Hôpital Saint-Luc) mais en deux phases, une phase I de 400 lits devant se parachever en 2013, et une phase II avec 332 lits additionnels pour 2018; pour le CUSM, une seule phase de construction sur deux sites (Hôpital général de Montréal et celui des anciennes cours de triage du chemin de fer Glenn) devant prendre fin en 2013 avec un total de 832 lits (Lévesque et Gervais, 2009; Lévesque, 2008). Le CUSM est également reconnu comme un établissement du secteur de la santé et des services sociaux bilingue en vertu de l'article 29.1 (3°) de la *Charte de la langue française* (L.R.Q., c. C-11), modifié par la *Loi modifiant la Charte de la langue française* (L.Q. 2000, chap. 57) et dispense donc des services en français et en anglais. Soulignons également que les deux établissements desservent une importante population qui n'est ni francophone ni

anglophone, reflet du caractère multiculturel de la métropole du Québec.

En matière d'effectifs en travail social, ces deux établissements comptent parmi les équipes regroupant le plus grand nombre de travailleuses sociales pour un centre hospitalier au Québec, soit de 80 à plus de 100 chacun. La grande majorité de ces praticiennes est affectée au secteur des soins physiques, un pourcentage variant de 20 à 30 % d'entre elles étant en santé mentale et en psychiatrie.

L'échantillonnage et l'analyse des données

La question de construire un échantillon pour une recherche est cruciale pour l'analyse future des données et doit faire preuve de cohérence avec les objectifs et les considérations épistémologiques mis de l'avant (Miles et Huberman, 2005). Pour atteindre ses objectifs, la théorisation ancrée repose sur des stratégies de collecte de données et d'analyse se réalisant de façon simultanée (Strauss et Corbin, 1998). Les premières données disponibles sont immédiatement analysées et les résultats de ces analyses servent à guider l'échantillonnage subséquent, d'où son nom d'échantillonnage théorique. Dans l'analyse, une emphase est placée sur la collection et la mise en ordre d'une importante quantité de données, mais également sur la découverte, et les jalons d'une première structuration des idées et des théories émergentes. Nous décrivons ici, en séquence, l'échantillon, la collecte de données

et les analyses afin de faciliter notre présentation, mais il ne faut perdre de vue que ces opérations s'influencent mutuellement et ont été menées simultanément.

Les participantes à l'étude – données préliminaires

Dans un premier temps, nous avons communiqué par questionnaire téléphonique et questionnaire écrit avec les six responsables cliniques⁴ des deux établissements. Ces personnes ont, entre autres, pour responsabilités de superviser la pratique professionnelle de leurs collègues et d'assumer quelques tâches administratives pour les effectifs de chaque installation dont elles assument la responsabilité. Elles sont également des praticiennes avec une charge de cas et interviennent directement auprès des patients et de leurs proches. La taille de ces équipes varie de douze travailleuses sociales à plus d'une trentaine. Les réponses à ces deux questionnaires nous donnent alors le portrait de l'ensemble des effectifs en travail social de ces deux établissements et ont ainsi permis de recueillir des données objectives pertinentes à l'établissement de notre échantillonnage. Ces données sont également pertinentes à des fins d'analyse futures, notamment concernant la répartition des effectifs au sein des différentes unités; les différentes spécialités ou encore les différents programmes de l'hôpital, selon l'appellation employée; des caractéristiques de l'ensemble

⁴ Selon la structure administrative qui leur est propre et les règles associées (conventions collectives de travail), ces responsables cliniques portent des titres différents tels que superviseur clinique, coordonnateur clinique, coordonnateur professionnel, superviseur professionnel. Nous avons choisi le terme responsable clinique qui résume bien la pratique.

des praticiennes comme le sexe, le groupe d'âge, la scolarité, les années d'expérience au sein de la profession, les années d'expérience au sein du milieu hospitalier, etc.

Une première analyse des effectifs en travail social de ces deux établissements permet de conclure qu'ils ont beaucoup de points communs, que ce soit en matière d'effectifs et des principales caractéristiques des travailleuses sociales ou encore des unités de soins et des programmes où elles sont affectées à l'hôpital.

Les données recueillies à cet égard (voir tableau I) permettent de souligner deux différences majeures. La première a trait à la langue maternelle des praticiennes et la seconde se rapporte à la scolarité, car on retrouve une proportion beaucoup plus élevée de travailleuses sociales possédant une maîtrise en travail social au CUSM (50 %) qu'au CHUM (moins de 20 %).

Tableau I
Caractéristiques des effectifs en travail social, CHUM et CUSM, secteurs des soins physiques

	CHUM	CUSM	Total
<i>Sexe</i>			
Femmes	54	48,5	102,5
Hommes	5	3	8
<i>Groupes d'âge</i>			
Moins de 30 ans	14	10,5	24,5
31 à 39 ans	15	8	23
40 à 49 ans	9	14	23
50 ans et plus	18	16	34
<i>Langue principale</i>			
Français	57	3	60
Anglais	0	48,5	48,5
<i>Expérience en travail social</i>			
Moins d'une année	7	3	10
1 à 5 ans	11	9,5	20,5
6 à 10 ans	12	9	21
11 à 20 ans	11	8	19
20 ans et plus	15	18	33
<i>Expérience en milieu hospitalier</i>			
Moins d'un an	7	3	10
1 à 5 ans	13	11,5	24,5
6 à 10 ans	12	10	22
11 à 20 ans	11	9	20
20 ans et plus	12	14	26
<i>Scolarité</i>			
Baccalauréat	45	22	67
Maîtrise	8	24	32
Autres (techniques)	4	3	7

Les travailleuses sociales sont présentes dans presque toutes les unités de soins et de spécialités que l'on retrouve dans leur établissement, avec des concentrations plus marquées à certains endroits, comme en font foi les données recueillies et illustrées dans le tableau II. Les taux de couverture des unités où les travailleuses sociales sont présentes au sein de leur établissement sont respectivement de 0,91 praticienne par unité pour le CHUM et de 0,72 praticienne par unité pour le CUSM. Parmi les unités où les travailleuses sociales sont davantage présentes au sein de ces deux CHU, soulignons la médecine interne, les

neurosciences, l'obstétrique et la néonatalogie, la gériatrie, les soins intensifs, les soins prolongés, les traumatologies, l'urgence et l'UHRESS (Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida).

Tableau II.

Répartition selon les affectations par unités de soins des travailleuses sociales – tableau comparatif entre les effectifs du CHUM et du CUSM.

	CHUM Total	CUSM Total
Coordination clinique	3	3
Chirurgie cardiaque et cardiologie	2.5	2
Chirurgie digestive	1	0
Chirurgie hépatobiliaire	0.5	0
Chirurgie vasculaire thoracique	1	1.5
Gastro-entérologie	1	0
Gériatrie	2.5	5
Grands Brûlés	0.5	0
Hépatologie / greffe hep	1	0
Isolement	1	0
Médecine familiale	1.5	0
Médecine interne	2	4
Microbiologie	1	0
Néphrologie / hémodialyse	2.5	2
Neurologie et neurosciences	4	5
Obstétrique / néonatalogie	2	2
Oncologie	3	4
Orthopédie	1	0
Pneumologie	2.5	1
Soins intensifs	0.5	7
Soins palliatifs	1	0
Soins prolongés	4.5	5
Transplantation pulmonaire	1	0
Traumatologie ortho.	0	2.5
Traumatologie cérébrale	0	2
Urgence	3.5	4
Urologie	0.5	0.5
VIH – UHRESS	3.5	2
Autres ⁵	3.5	1

⁵ Comprend des praticiennes qui ne sont pas affectées à une ou des spécialités, par exemple qui assument une couverture multiple et au besoin ainsi que des unités qui sont l'objet d'une couverture de 2 jours par semaine ou moins.

Une première validation pour nos entrevues

Nous avons élaboré aussi une première ébauche de notre schéma d'entrevue, qui a été soumise pour rétroaction aux responsables cliniques et à notre directeur de thèse. Le courriel a été privilégié et la démarche fut simple et efficace. Les commentaires recueillis nous ont alors permis de parachever ledit schéma (en annexe). Ces responsables cliniques, au nombre de six, ont également été mis à contribution pour valider notre schéma à titre de guide d'entrevue. Tous ont contribué et aucune objection ne fut soulevée.

L'échantillonnage par contraste et analyse thématique

L'administration du questionnaire téléphonique et écrit auprès des responsables cliniques et les données collectées ont permis de mieux préciser l'échantillonnage *par contraste*. Comme le mentionne Pires (1997) :

« le but de l'échantillon par contraste avec entrevue est d'ouvrir les voies à la comparaison (externe) ou à une sorte de *totalité hétérogène*. On entreprend ici la construction d'une mosaïque ou d'une maquette par l'entremise d'un nombre diversifié de cas. Il s'agit alors, idéalement parlant, d'assurer la présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence deux) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête ».

Nous avons alors demandé aux responsables cliniques de nous proposer une liste de praticiennes pouvant être sollicitées pour des entrevues. Nos consignes furent claires : nous souhaitions que ces praticiennes proviennent et reflètent les différentes sous-catégories que les données objectives avaient permis de dégager – années d'expérience au sein de la profession mais également en milieu hospitalier, groupes d'âge, secteurs d'activité, scolarité. Nous avons alors à cœur de couvrir le plus largement possible l'organisation tout entière. Puisque la participation était volontaire, nous avons demandé aux responsables cliniques de vérifier l'intérêt et la motivation des praticiennes concernées avant de nous soumettre leurs coordonnées. Moins de 10 % des personnes ciblées dans un premier temps par les responsables cliniques ont décliné la proposition d'être incluses sur la liste en invoquant principalement leur absence de disponibilité pour les mois concernés (départ pour un long congé, etc.) plutôt que leur manque d'intérêt. C'est ainsi que 64 noms nous furent alors soumis et, comme nous le soulignons plus loin, il ne fut pas nécessaire de rencontrer toutes ces personnes, ni de relancer les responsables cliniques pour obtenir les coordonnées d'autres personnes.

L'analyse qui s'est déroulée durant la réalisation des entrevues, réalisées de janvier à juin 2007, permettait, entre autres, de regrouper les entrevues en fonction des résultats empiriques significatifs. Cette construction de cas empiriques a permis de déterminer le moment de saturation. Celui-ci a été tracé à la dernière entrevue (42^e) et dépasse donc légèrement ce que la littérature conseille en la matière soit de 25 à 40 (Glaser et Strauss, 1967; Strauss et Corbin, 1990). Plus d'un représentant de chaque groupe a été interviewé et

les caractéristiques des personnes interviewées sont comparables à celles des praticiennes dans leur ensemble (tableau II). L'émergence de catégories conceptuelles et de liens théoriques ont fait en sorte que l'échantillon a évolué en fonction des résultats et des analyses, conformément à l'échantillonnage théorique dont nous avons fait précédemment mention. Ainsi, des participantes potentielles – en ce sens qu'elles avaient été identifiées par les responsables cliniques durant la phase de cueillette de données préliminaire – ne furent pas retenues et ne furent donc pas approchées pour des entrevues. Soulignons que, parmi les participantes sollicitées, aucune n'a refusé de prendre part à la recherche ni ne s'est désistée tout au long de la recherche. Le seul inconvénient, pour ainsi dire, a trait au fait que cinq entrevues ont été interrompues pour cause de situations d'urgence, pour être parachevées lors d'une deuxième rencontre.

Soulignons la présence significative des éléments qui se rapportent à un autre principe – la comparaison – qui doit guider l'échantillonnage théorique, pour faire en sorte de recruter des personnes provenant de milieux différents ou présentant des caractéristiques divergentes afin d'augmenter les chances de découvrir des variations conceptuelles (Strauss et Corbin, 1998). En ce sens, le secteur des soins physiques en milieu hospitalier n'est pas un milieu homogène. Il était impératif de situer les sous-catégories non seulement en fonction des éléments dits objectifs – par exemple en fonction des unités de chirurgie ou des unités qui reçoivent des patients pour des durées de séjour plus longs ou encore pour des problématiques multiples – mais également les éléments subjectifs qui ressortaient au

fût et à mesure des entrevues, par exemple, que cela soit au niveau des préoccupations principales véhiculées ou encore des discours identitaires.

Entrevues approfondies semi-dirigées

De nombreux auteurs ont souligné l'efficacité de l'entretien de type qualitatif quand il s'agit de rendre compte du point de vue des acteurs (Poupart, 1997). Nous ne pouvons pas éliminer totalement les risques de *pré-structuration* du discours des interviewées ni les risques d'illusion de neutralité conférée à ce type d'entretien. Nos propres fonctions à titre de responsable clinique auprès d'une équipe du CHUM ont sans doute teinté l'élaboration du questionnaire. Il est illusoire de penser pouvoir traiter d'un sujet en demeurant complètement en dehors de son rapport expérientiel à cet objet. Mais cela ne veut pas dire que l'on va lui imposer son cadrage subjectif. Ainsi, afin de réduire les éléments de subjectivité et les biais, le processus de rétroaction – validation auprès des responsables cliniques... – a été suivi d'un pré-test avec deux praticiennes, permettant une prise de conscience des lentilles conceptuelles que nous avons nous-mêmes déjà apposées.

En définitive, c'est un schéma d'entrevue comprenant cinq sections de 16 questions (voir annexe H) qui a été adopté comme guide d'entrevue. Les entrevues ont duré de 45 à 94 minutes (en moyenne : 66 minutes). À quelques reprises, quelques-unes d'entre elles ont dû être interrompues et reprises par la suite, reflet de la réalité mouvementée du travail social

en milieu hospitalier et des situations d'urgence et d'imprévu qui sont, la plupart du temps, le lot quotidien (Gregorian, 2005). Bien que minimalement structurés, ces entretiens adoptèrent facilement le style flexible et fluide, de type conversationnel, empreint d'une interaction engagée entre interviewer et interviewée autour d'enjeux, d'expériences et de sujets pertinents, des caractéristiques essentielles à l'entretien de type qualitatif (Mason, 2002). En définitive, et nous sommes conscient de notre perception subjective, aucun malaise ne fut ressenti, ou à tout le moins visible ou encore verbalisé de la part des participantes. L'intérêt était palpable durant presque chaque entrevue. Un biais peut toutefois avoir été présent, puisque ce sont les responsables cliniques qui ont procédé aux références. Ont-elles pris soin d'écarter quiconque aurait pu être « indésirable » dans le processus? Une certaine fierté de voir les membres de son équipe prendre part à la recherche pouvait-elle également être objet de reconnaissance? De plus, il demeure difficile de croire qu'une telle orchestration ait été présente, car non seulement les participantes étaient des plus diversifiées, mais il ne fut pas rare d'entendre des propos critiques émanant de la bouche des interviewées adressés contre leur propre organisation qui, si elles avaient été triées sur le volet, en auraient surpris plus d'un.

Les règles d'éthique et de confidentialité ont été respectées rigoureusement. Le formulaire de consentement à cet égard se trouve à l'annexe B. Ce dernier a été remis aux participantes en plus du questionnaire au moins une semaine avant la tenue de l'entrevue.

Traitement et analyse des données

Chaque entrevue a été l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription intégrale. Les données recueillies furent analysées en ayant recours à une approche d'analyse de contenu thématique basée de manière flexible sur la théorisation ancrée (Strauss et Corbin, 1998). Un processus continu *d'encodage, d'écriture mémo et de production de diagrammes thématiques* fut également réalisé durant la collecte de données et s'est poursuivi après le parachèvement de ceux-ci. Le logiciel d'analyse de données qualitatives QSR Nud'Ist Nvivo, version 7, fut mis à contribution, particulièrement concernant la construction des thématiques et des combinaisons entre ces thèmes, et les variables comme le groupe d'âge, les unités, la scolarité, etc. Bien que nous ayons suivi une formation sur ce logiciel, soulignons que notre maîtrise de celui-ci est encore loin d'être acquise. Nous avons plutôt limité le rôle de ce logiciel à celui d'extraction et stockage de données nous permettant de créer des fiches, avec liens, pour les attributs des praticiennes, conscient de ne pas avoir exploité ce programme à son plein potentiel. C'est alors que nous avons effectué ce travail de code et de codage par la production, sous forme manuscrite, de fiches synthèses d'entretiens et d'une fiche analytique approfondie d'entretiens pour chaque entrevue réalisée (au total 42), dont le modèle se retrouve à l'annexe J. Il est entendu que cette rédaction sous forme manuscrite n'a pas produit les économies de temps et d'énergie qu'une maîtrise plus poussée du logiciel d'analyse de données qualitatives qu'est QSR Nud'Ist Nvivo aurait permis mais, en définitive, les résultats obtenus sont des plus positifs et des plus approfondis.

Groupes de discussion (focus group)

En guise de triangulation des données, nous avons eu recours à la tactique du groupe de discussion. Reconnue comme une tactique pertinente afin de recueillir des informations à propos de la trajectoire de pensée et d'agir des personnes concernées et des sens qu'elles y inscrivent (Johnson, 1996; Kitzinger, 1995), cette approche nous a permis une vérification et une confirmation des résultats auprès des personnes interviewées, en plus d'un renforcement de ceux-ci à travers le remodelage réciproque qui a cours durant cette méthode particulière (Linhorst, 2002). Les groupes de discussion doivent comprendre de 6 à 10 personnes afin de stimuler la discussion des participantes et d'obtenir de l'information sur leurs croyances, leurs attitudes et leurs motivations sur un sujet spécifique et il est recommandé d'utiliser un questionnaire ouvert de dix questions au maximum à titre de guide de discussion et des échanges (ibid.). Étant donné les considérations pratiques, notamment en matière de gestion du temps pour les travailleuses sociales en milieu hospitalier, nous avons eu recours à nouveau à des procédures simples, claires et efficaces. Dans un premier temps, nous avons produit un résumé synthèse des résultats qui traduisent les grandes lignes de ceux-ci. Ce résumé synthèse a été communiqué à toutes les praticiennes interviewées par courriel accompagné d'une invitation à prendre part à une rencontre de groupe de 60 minutes. Les groupes de discussion avaient lieu sur chaque site dans un local connu et accessible afin de faciliter la participation maximale. À nouveau, les règles qui s'imposent en matière de confidentialité et d'éthique ont été respectées et un formulaire de consentement (voir annexe I) a été acheminé avant la tenue des rencontres.

Soulignons toutefois un enjeu éthique inhérent à ces groupes de discussion. En effet, même si les engagements de ne pas reproduire des éléments des écrits qui permettent de retracer les personnes et leurs propos, le chercheur n'exerce aucun contrôle sur le partage inapproprié d'informations entre les participantes, puisque leurs propos sont adressés au groupe dans son ensemble (Morgan, 1998). Le potentiel de conséquences négatives est accru lorsque les participantes se connaissent entre elles (ibid.), ce qui était le cas ici. Six rencontres de groupes se sont ainsi tenues au printemps 2008. La participation fut plus que satisfaisante : 60 % des personnes interviewées et sollicitées, la taille de chaque groupe variant de quatre à neuf participantes. Ces rencontres ont duré de 65 à 80 minutes chacune. À la suite de chaque rencontre, nous avons écouté les enregistrements audio et procédé à l'écriture de notes de synthèse qui furent divisées en sous-thèmes. Essentiellement, les thèmes reprenaient les divisions présentes dans les résultats et qui étaient incluses dans le questionnaire qui guidait la discussion.

Dans l'ensemble, les groupes de discussion ont permis une validation des résultats préliminaires, mais il faut souligner que les participantes ont apporté des nuances notamment sur deux questions. La première porte sur l'effritement du rôle de soutien et de défense de droits (*advocacy*) des travailleuses sociales. Bien que les échanges soient venus valider ce résultat, les participantes ont tenu à faire mention que ce rôle, bien que non exercé comme jadis, est présent parfois dans les « petites choses », les petits détails, les démarches des plus pratiques pour la clientèle, mais qui sous-tendent des enjeux parfois plus grands que la première impression peut en laisser, par exemple en matière

d'accessibilité aux services. Les groupes de discussion ont permis une certaine conscientisation de plusieurs participantes qui en sont venues à reconnaître qu'elles avaient sous-estimé ce rôle au sein de leur pratique lors des entrevues individuelles.

D'autre part, les résultats partagés sur la question de la gestion par programmes ont soulevé des débats, des questionnements et un intérêt certain. Lors de deux rencontres, cette question a fait en sorte que le temps prévu soit largement dépassé. Il est difficile de tracer une ligne claire des résultats sur cette question précise, nous en traitons dans l'article sur l'interdisciplinarité, mais il ressort toutefois que nous constatons un changement de perception comparativement au discours qui dominait largement dans la littérature et, jusqu'à un certain point, chez les travailleuses sociales elles-mêmes : on retrouve de plus en plus d'échos favorables à l'égard de l'implantation de la gestion par programmes, et ce, pour des raisons des plus diverses. Ainsi, au moins un quart des praticiennes interviewées ont fait mention d'être plus que favorables à l'implantation d'une gestion par programmes pour des raisons de stabilité et de sécurité. Elles avaient l'impression que si elles se retrouvaient au sein d'un programme et non regroupées au sein d'un département unique de travail social, comme c'est le cas présentement, elles risqueraient moins de se voir changer d'affectations et pourraient ainsi se consacrer davantage à se spécialiser et à perfectionner leur pratique professionnelle tout en renforçant leurs liens avec les professionnels des autres disciplines. Ces praticiennes ont démontré un sentiment d'appartenance prononcé envers la spécialité dans laquelle elles étaient affectées. Que leur affectation soit ancienne (depuis plusieurs années) ou non, leur identité professionnelle y est fortement rattachée : elles se

perçoivent certes, travailleuse sociale, mais également et parfois, avant tout, travailleuse sociale de telle spécialité médicale. Ce discours contraste avec celui qui dominait jusqu'à présent, à savoir notamment que le fait d'être regroupées au sein d'un département unique de travail social représentait non seulement un renforcement et une protection en matière d'identité professionnelle, mais faisait en sorte que les praticiennes vivaient des changements et des rotations en matière d'affectations (unités de soins, spécialités), et étaient appelées à acquérir une formation générique des différentes clientèles et des différentes problématiques.

Limites de la recherche

La présente recherche présente d'emblée des limites qu'il faut ici aborder. Dans un premier temps, et malgré notre adhésion à une approche phénoménologique et à la reconnaissance de présuppositions (valeurs, croyances, connaissances, expériences, réflexions) envers le phénomène à l'étude, il est plus que possible que ces savoirs expérientiels et théoriques orientent l'interprétation des données. Le travail de révision continu du directeur de thèse, notamment en phase de rédaction de manière particulièrement intense, a permis d'atténuer ces biais.

Une seconde limite se rapporte à des éléments contextuels. Si nous avons souligné l'accueil chaleureux et l'intérêt palpable de la part des participantes à prendre part aux entrevues

approfondies, il ne faut pas sous-estimer le contexte de travail. À au moins cinq reprises, dont les entrevues interrompues (voir précédemment) mais également nous faisons référence à la contrainte de temps, liée à une importante charge de travail, était à son tour des plus palpables. Toutefois, nous avons été des plus flexibles concernant l'horaire et nous avons pris soin, lors d'un premier contact pour prendre rendez-vous, de déterminer le moment de la journée le plus approprié avec la praticienne.

Enfin, nous avons précisé que la présente recherche se limitait à un secteur bien précis du travail social en milieu hospitalier et, de surcroît, en milieu hospitalier universitaire. Pour des motifs que nous avons étayés, d'ordre pragmatique mais également politique en quelque sorte, nous avons exclu les secteurs de la psychiatrie et de celui des enfants et des familles (CHU pour enfants). Il ne nous apparaît donc pas approprié de généraliser ou encore de transférer des résultats de la présente à ces secteurs de pratique. De plus, notre recherche concerne deux établissements de l'île de Montréal. Nous ne pouvons donc pas généraliser notre analyse à l'ensemble de la pratique professionnelle du travail social en milieu hospitalier au Québec, puisque les particularités régionales et sous-régionales sont à prendre en considération. Soulignons également que, au moment de la recherche, les deux établissements concernés voyaient leurs effectifs en travail social regroupés au sein d'une unité spécifique de travail social et non répartis, comme c'est le cas pour bon nombre d'hôpitaux généraux et universitaires au Québec et au Canada, où les effectifs sont au sein de programmes et où n'existe plus de département de travail social. Nous invitons donc à la prudence avant de généraliser les résultats de cette recherche.

RÉFÉRENCES

- Annells, M. (1996). Grounded theory methods: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry, and postmodernism, *Qualitative Health Research*, 6, 379-393.
- Auerbach, C, Mason, S.E., & LaPorte, H.H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 17-32.
- Berkman, B. & Carlton, T.O. (Ed.) (1985). *The Development of health social work curricula : Patterns and process in three programs of social work education*, Boston, Institute of Health Professions, Massachusetts General Hospital.
- Butler, A., Ford, D., & Tregaskis, C. (2007). Who do we think we are? Self and reflexivity in social work practice, *Qualitative Social Work*, 6 (3), 281-299.
- Carlton, T.O. (1989). Discharge planning and other matters, *Health and Social Work*, 9, 5-12 .
- Caroff, P. (1988). Clinical social work : present role and future challenge, *Social Work in Health Care*, 10, 17-32 .

- Charmaz, K. (1995). "Grounded theory", In Smith, J. A., Harré, R. & Van Langehove, L. (éd.). *Rethinking methods in psychology* (1995): 27-49. Thousand Oaks, Sage,.
- Charmaz, K. (2005). « Grounded theory : objectivist and constructivist methods », Dans Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (éditeurs), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Sage.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Corbin, J. & Strauss, A. L. (1990). Grounded theory method: Procedures, canons and evaluative procedures, *Qualitative Sociology*, 13, 13-21.
- Cowles, L. A. & Lefcowitz, M. J. (1992). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting, *Health and Social Work*, 17, 57-65.
- Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2006). Defining the role of the hospital social worker in Australia - part 2. A Qualitative approach, *International Social Work*, 48 (3), 289-299.

- Donnelly, J. P. (1992). A Frame for defining social work in a hospital setting, *Social Work in Health Care*, 18 (1), 107-119
- Egand, M. & Kadushin, G. (1995). Competitive allies : Rural nurses' and social workers' perceptions of the social work role in the hospital setting, *Social Work in Health Care*, 20 (3), 1-21.
- Glasser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.
- Gregorian, C. (2005). A Career in hospital social work: do you have what it takes?. *Social Work in Health Care*, 40 (3), 1-14.
- Herbert, M. & Levin, R. (1996). The Advocacy role in hospital social work, *Social Work in Health Care* , 22 (3), 71-83.
- Johnson, A. (1996). It's good to talk: The focus group and the sociological imagination, *The Sociological Review*, 44, 517-538.
- Kendall, J. (1999). Axial coding and the grounded theory controversy, *Western Journal of Nursing Research*, 21, 743-757.

Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups, *British Medical Journal*, 311, 299-302.

Lechman, C. (2006). The Development of a caseload weighting tool, *Administration in Social Work*, 30 (2), 25-37.

Laperrière, A. (1997). « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentée », Dans Poupart & al., *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 309-340.

Lévesque, K. & Gervais, L.-M. (2009). Phase I et II du nouveau CHUM - Bolduc promet une transition en douceur, *Le Devoir*, le mardi 7 avril 2009, A8.

Lévesque, K. (2008). Le rendez-vous électoral hâte le règlement du dossier du CHUM, *Le Devoir*, le vendredi 7 novembre 2008, A6.

Linhorst, D.M. (2002). A Review of the use and potential of focus groups in social work research, *Qualitative Social Work*, 1 (2), 208-228.

Mailick, M.D. & Caroff, P. (1996). Professional social work education and health care : challenges for the future, *Social Work in Health Care*, 24, 1-7.

Mason, J. (2002). « Qualitative interviewing : asking, listening and interpreting », Dans May, T. (éditeur) (2002), *Qualitative Research in Action*, Londres, Sage.

Miles, M. B. & Huberman, M. A. (2005). *Analyse des données qualitatives, 2^e édition*, Bruxelles, De Boeck.

Morgan, D. L. (1998). *Focus Groups as Qualitative Research (2nd Edition)*. Thousand Oaks, Sage.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, (2^e édition)*, Paris, Armand Colin.

Pires, A.P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans Poupart et al., *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal. Gaëtan Morin éditeur, 113-169.

Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », dans Poupart et al., *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 173-209.

Rodwell, M. K. (1998). *Social work constructivist research*. New York, Garland.

Rondeau, G. & Michaud, J.-C. (2001). « La main d'œuvre en travail social au Québec.

Survol de la situation au Québec. », dans Stephenson, M., Rondeau, G., Michaud, J.-C., & Fiddler, S. (2001). *Le travail social au Canada : une profession essentielle, volume un : Rapport final. Etude sectorielle sur le travail social*, 149-189.

Schültz, A. (1998). *Éléments de sociologie phénoménologique*. Paris, L'Harmattan.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research : Grounded theory procedures and techniques*, Newbury Park, CA, Sage.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques : Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, Sage Publications.

Chapitre V - Article Un : Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier

Résumé :

Cet article situe les origines du travail social en milieu hospitalier dans le contexte d'une quête permanente de reconnaissance professionnelle et d'affirmation du rôle joué par le travail social médical concernant la construction de l'identité et des savoirs professionnels. Confrontées sporadiquement à des crises de légitimité, les travailleuses sociales se présentent rapidement comme les premières actrices de leur identité professionnelle. Les départements de travail social en milieu hospitalier constituent un élément clé de ce processus de professionnalisation. D'abord implanté aux États-Unis et en milieu anglophone au Québec et au Canada, leur développement en milieu francophone au Québec est également significatif. Le développement de pratiques adaptées aux patients, et une vision sociale de la santé, émergent dans le cadre de cette quête permanente de reconnaissance à l'égard du milieu médical. Aujourd'hui, à la suite de l'émergence et de la consolidation de cette pratique, le travail social en milieu hospitalier constitue une spécialisation au sein de la profession, caractérisée par des guides, des standards et des indicateurs particuliers. Somme toute, les profondes transformations dans l'organisation et dans la dispensation des soins de santé des dernières années rendent plus qu'actuelle l'importance de maintenir, voire de mieux préciser, des standards élevés de la pratique et de l'éthique.

Mots-clé: travail social médical, travail social en milieu hospitalier, histoire du travail social, reconnaissance professionnelle,

Abstract :

This article links the origins of hospital social work to the permanent quest for professional recognition and the assertion of the role played by medical social workers in relation to the construction of identity and building of professional knowledge. Dealing sporadically with crisis of legitimacy, social workers have been the first actors of the construction of their professional identity. University-based schools of social work were amongst the key elements that were part of this professionalization. They were implemented in the United States and in Quebec and Canada in the anglophone community, and afterwards, grew also in a significant matter in the francophone community. Patient-oriented practice and a social vision of health emerged in a context of a permanent quest for professional recognition. As of today, following the evolution and consolidation of this practice, hospital social work, with its specific indicators, guides and standards for theory and practice, represents a specialization within the large profession. The need to maintain and enhance the high standards of ethics and practice are more than ever present today in a context of important changes affecting the organization of the health system support.

Key words: medical social work, hospital social work, social work history, professional recognition

Introduction

À travers le temps, les professions développent des raisons d'être et des alliances, voient leurs effectifs s'accroître, établissent une base identitaire, connaissent des divisions internes concernant les orientations à prendre, les fondements de leurs pratiques et la construction de leurs savoirs et, avec l'émergence de secteurs de spécialisation, parfois qualifiés de sous-disciplines, sont appelées à renégocier et à renouveler cette base identitaire à peine conquise. La recherche d'une reconnaissance interne et externe, au sein même de la profession et auprès de la société en général, en est alors rendue plus complexe. Plus de 100 ans après ses débuts, le travail social n'échappe pas à une telle dynamique. Le présent article se propose de situer les origines et les sources du travail social en milieu hospitalier dans le contexte spécifique de la quête permanente de sa reconnaissance professionnelle et du rôle joué par le travail social médical en ce sens, mais également dans la construction de l'identité et des savoirs professionnels.

Origines du travail social

Le travail social tire en grande partie ses origines de deux mouvements sociaux de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle en Angleterre et aux États-Unis, les *Charity Organization Societies* (COS) et *Settlement Houses* (SH) (Deslauriers et Hurtubise, 2000; Loavenbruck et Keys, 1987). Le premier courant est inspiré des mouvements philanthropiques de l'époque.

Le second se démarque davantage sur le plan idéologique étant associé aux mouvements progressistes et réformistes du début du XX^e siècle. Mary Richmond (1861-1928) qui dirige les COS de Baltimore, de Philadelphie et de New York, et Jane Addams (1860-1935) qui est à la tête de Hull House à Chicago, sont des *leaders*, praticiennes, activistes et écrivaines, pionnières de la profession naissante. Les initiatives qu'elles dirigent sont reprises dans bon nombre de pays du monde occidental et, au Québec, c'est à Montréal qu'elles sont d'abord implantées. Les milieux intellectuels de la communauté anglophone sont les principaux artisans de la *University Settlement* alors que c'est à l'initiative des organismes catholiques que des centres sociaux voient le jour en milieu francophone. Le Centre social Sainte-Brigide est ainsi la première initiative et est affilié à l'Institut du Bon Conseil sous la direction de Sœur Marguerite Gérin-Lajoie (1890-1971), fondatrice de la Congrégation des Sœurs du Bon-Conseil (Côté et Maurice, 1999).

Les COS, les SH et leurs *leaders* sont à l'origine de la construction des premiers savoirs professionnels du travail social. Leurs innovations et leurs accomplissements sont multiples et touchent plusieurs sphères. Jane Addams se voit attribuer le Prix Nobel de la Paix en 1931. Les premières écoles de formation à la « philanthropie appliquée », devenues par la suite des écoles de travail social, sont mises sur pied à la fin du XIX^e siècle. Sœur Gérin-Lajoie ouvre une École d'action sociale en 1931 et est associée de près aux premiers pas de l'École de service social de l'Université de Montréal huit ans plus tard. Enfin, les travaux de Mary Richmond sont à l'origine d'une première codification de la pratique et marquent alors, en introduisant une rationalité et une technicité scientifiques, une rupture avec les

préceptes moraux qui exerçaient jusqu'alors leur emprise sur le mouvement (Mayer, 2002; Ehrenreich, 1985). Ses ouvrages, dont *Social Diagnosis*, confirment les valeurs de base qui animent la profession en plus de préciser les principaux fondements méthodologiques de la méthode du *service social des cas individuels* (De Robertis, 2007), représentant ainsi la naissance d'une épistémologie unificatrice du travail social et le développement d'un protocole professionnel (Baylis, 2004). Mais la reconnaissance professionnelle n'est pas au rendez-vous et, dès ses débuts, le travail social est confronté à ce défi.

Les instances dirigeantes des premières associations de travailleuses sociales en font un cheval de bataille de tout premier ordre. Celles-ci sont conscientes que l'enjeu dépasse largement celui de la profession. L'accès au travail pour les femmes ainsi que l'obtention de conditions égales à celles de leurs confrères masculins sont au cœur de cette quête. Un premier pas vers une professionnalisation se présente dans le processus d'instauration du salariat. Les origines mêmes des termes *travail social* s'inscrivent dans l'objectif des premières praticiennes de se démarquer du travail bénévole et de voir leur travail objet d'une juste rémunération. Celle-ci sera très faible puisque le travail des femmes était alors perçu par la direction patriarcale de ces organisations comme un revenu d'appoint temporaire (avant le mariage) contrairement à celui de l'homme considéré comme prioritaire. À l'époque, la femme est tenue de se dévouer entièrement à l'éducation de ses enfants au sein de la cellule familiale (Walkowitz, 1999).

La quête de reconnaissance professionnelle est au centre du congrès annuel de 1915 de la *National Conference of Charities and Correction*, ancêtre de la *National Conference of Social Work*. Les organisatrices misent beaucoup sur la présentation de leur principal conférencier, un certain Abraham Flexner. Mal leur en prit. Personnalité marquante de son époque, le docteur Flexner, qui est à l'origine de l'introduction de la science moderne au sein du curriculum des écoles de médecine en Amérique, y tient des propos dévastateurs. Ce tenant d'un modèle médical de la profession idéale martèle que les travailleuses sociales ne possèdent pas d'habiletés spécifiques, ne pourront jamais devenir de vraies professionnelles et que le travail social ne deviendra jamais une vraie profession (Lubove, 1965; Flexner, 1915).

Les propos du docteur Flexner s'inscrivent dans un courant dominant de définition d'une profession, au moment de la consolidation et de la régulation des professions libérales comme la médecine et le droit. L'émergence de la profession du travail social coïncide avec l'apparition de services civiques volontaires à l'origine de nouvelles professions comme le nursing, l'enseignement et les libraires (Simon, 1994). Ces dernières ne sont pas reconnues en tant que profession en vertu d'une formation dont la durée est plus courte, d'un statut conférant moins de légitimité, de leur droit à des communications privilégiées peu consolidé et, enfin, d'une autonomie professionnelle moins grande en vertu de leur position au sein des organisations bureaucratiques où elles se retrouvent (Etzioni, 1969). Le travail social est ainsi confronté, dès ses débuts, à sa première crise de légitimité. Le groupe des semi-professions sera l'un des plus hétérogènes et comprendra également, au recensement

américain de 1910, des gérants de centres touristiques et des annonceurs sportifs (Walkowitz, 1999).

Les travailleuses sociales, interpellées de plein fouet, deviennent les premières actrices sociales de la construction de leur identité professionnelle et, par le fait même, de la quête de reconnaissance professionnelle. Dans les années qui vont suivre, un secteur tenu en marge est appelé à jouer un rôle important dans cette quête, notamment par sa volonté de rejoindre les rangs de l'univers scientifique et de la rationalité.

Origines du travail social en milieu hospitalier et rôle du travail social médical dans la professionnalisation du travail social

Deux initiatives sont à l'origine du travail social en milieu hospitalier : l'une est collective, le *mental hygiene movement* ; et l'autre est davantage associée à la vision du docteur John Cabot.

Il faut tout d'abord remonter à 1908. Un ex-patient des établissements asilaires aux États-Unis, Clifford Beers, rédige un article autobiographique qui met au grand jour les traitements brutaux subis par les patients de la part d'un personnel soignant surchargé et sous-payé. Cet article est à l'origine du *mental hygiene movement* qui rassemble alors des praticiennes, des personnalités publiques, d'ex-patients et leurs proches. Il met en lumière les failles et les échecs du système asilaire et plaide pour une approche plus humaine.

Plusieurs travailleuses sociales sont membres du mouvement, dont Mary Jarrett (1876-1921), fondatrice du premier département de travail social psychiatrique au Boston Psychopathic Hospital qui a également collaboré à la mise sur pied du Smith College School for Social Work dans l'État du Massachusetts où se donnent les premiers cours portant sur les fondements du travail social psychiatrique (Brieland, 1987). Dans les années 1920 et surtout 1930, avec la découverte et l'émergence de la psychanalyse, bon nombre de travailleuses sociales contribuent à une reconnaissance tant recherchée auprès des milieux scientifiques (Walkowitz, 1999; Hartman et Laird, 1987).

Le travail social fait son entrée en milieu hospitalier en 1905. On reconnaît au docteur John Cabot, alors médecin généraliste au Massachusetts General Hospital et professeur de médecine clinique à l'Université d'Harvard, la paternité de cette mise au monde. Celui-ci adhère à une vision biopsychosociale de la maladie et de la médecine en général. Il fut le premier à embaucher au sein de son département une travailleuse sociale à temps plein afin de l'aider à la fois dans le traitement, mais aussi dans l'établissement du diagnostic des patients qui faisaient l'objet de suivi. Il conçoit le travail social médical comme complémentaire au travail des médecins et des infirmières (Cabot, 1919) et déplore que les médecins de son temps ne réalisent pas toujours suffisamment l'influence du milieu social et du facteur émotionnel sur le patient (Cabot, 1915). Parmi les tâches assignées à une travailleuse sociale, soulignons celle, centrale, de médiatrice entre l'hôpital, la famille du patient et les autres institutions sociales ou sociosanitaires.

Le docteur Cabot était d'avis que la question sociale se retrouvait tant en amont qu'en aval de la maladie et plaidait pour une médecine sociale et préventive. Malgré son initiative, les hôpitaux du début du siècle sont des institutions conservatrices et les travailleuses sociales demeurent à l'écart des unités de soins et ne rencontrent les patients qu'à l'extérieur de ceux-ci, en clinique externe. Il faudra attendre 1910 pour que les travailleuses sociales fassent partie intégrante du personnel de l'hôpital et que le premier département de service social voie le jour sous la direction d'Ida Cannon (1884-1962), travailleuse sociale infirmière de formation initiale, comme bon nombre de praticiennes en milieu hospitalier à cette époque. Le programme de travail social du Massachusetts General Hospital prend le nom de *medical social work*, se pose en tant qu'avant-garde de la pratique en milieu hospitalier et en est sa pierre d'assise. Conférences scientifiques, colloques et présentations diverses y étaient monnaie courante (Stuart, 2004; Ross, 1988). Ida Cannon, en tant que fondatrice du travail social médical, relève des défis colossaux en initiant et en dirigeant la fondation de départements de travail social dans trois grands hôpitaux, tout en mettant sur pied un programme de formation à l'intention des praticiennes. L'ancrage du travail social au sein des institutions patriarcales et hiérarchiques des débuts du XX^e siècle représente un acte radical exigeant une pensée stratégique et un engagement soutenu (*advocacy*) envers les groupes désavantagés et marginalisés (Hiersteiner et Peterson, 1999).

Les premières normes du travail social en milieu hospitalier sont adoptées par l'*American Hospital Association* (AHA) en 1923 à la suite d'une enquête amorcée deux ans auparavant ayant pour objectif explicite de clarifier les fonctions et les structures de cette

pratique spécialisée alors émergente. Les termes *travail social médical* ou *medical social work* sont alors consacrés, particulièrement en milieu anglo-saxon. Le travail social médical est défini comme une nouvelle spécialité qui s'avère utile à la plus *illustre* profession, la médecine, tout en voyant son champ s'étendre au sein de la nouvelle profession qu'est le travail social. Des besoins spécifiques de formation sont reconnus et intégrés aux normes, stimulant le développement de sous-programmes spécifiques à la formation du travail social en milieu hospitalier dans les écoles de travail social en Amérique du Nord. Ces normes sont reprises et bonifiées en 1928 par l' *American Association of Hospital Social Workers* (AAHSW), inaugurée en 1918, qui établit au sein de la profession même, pour la première fois, les standards de la pratique en milieu hospitalier tout en précisant les fonctions et l'organisation d'un département de travail social médical (Fink, 1957). Soulignons que l'AAHSW est la toute première association professionnelle de travailleuses sociales en Amérique du Nord. Elle changera rapidement de nom pour celui de *American Association of Medical Social Workers* afin de mieux refléter le mouvement du travail social vers des secteurs de pratique en santé autres que ceux exclusivement des hôpitaux (Carlton, 1990). Sur une période de 30 ans suivant sa fondation, on assiste à la fondation de six autres associations professionnelles de travailleuses sociales aux États-Unis, soit: l'*American Association of School Social Workers* (1919), l'*American Association of Social Workers* (1921), l'*American Association of Psychiatric Social Workers* (1926) - l'AAPSW a été formée par des travailleuses sociales oeuvrant en milieu hospitalier psychiatrique et reflétait ainsi leur sentiment de ne pas se sentir chez elles au sein du regroupement de l'ensemble des travailleuses sociales en milieu hospitalier - , l'*American Association of*

Group Workers (1936), l'American Association to Study Community Organization (1946), et le Social Work Research Groupe (1948) (ibid.) En 1955, ces sept associations se fusionnent et donnent ainsi naissance à la National Association of Social Workers (NASW).

Les travailleuses sociales médicales américaines s'opposèrent alors activement à la consolidation d'une association nationale sur la base de leur conviction qu'un corps de connaissances des plus spécialisés était nécessaire afin d'œuvrer en milieu hospitalier et dans le secteur de la santé en général (Sites, 1955). Au moment de la fusion, l'AAMSW avait contribué de façon significative à la mise sur pied et au développement d'un programme de formation des plus complets, avait établi des standards reconnus pour la pratique et l'enseignement dans ces milieux, en plus d'être des plus actifs au niveau des écrits scientifiques, tout particulièrement grâce à la publication du périodique *Medical Social Work* (Keigher, 2000).

Soulignons qu'il a fallu attendre une quinzaine d'années après leur arrivée en milieu hospitalier avant que les écrits relatifs au travail social médical ne soient plus l'apanage des médecins, pour être produits par des travailleuses sociales ou des académiciens des écoles de travail social (Bywaters, 1986). Sans générer un clivage, les premiers différends, voire les tensions, entre le médical et le social apparaissent : les bases d'un modèle social de la santé pour le travail social vont ainsi émerger et, par surcroît, une définition des spécificités de sa pratique – dimension importante du processus identitaire.

C'est également par le biais de la pratique du travail social médical que la psychologie fait son entrée dans la profession. C'est en quelque sorte en opposition à la construction de la travailleuse sociale partisane et réformatrice des COS, mais surtout des SH, professionnelle non reconnue dans les milieux de travail, que cette nouvelle identité de la praticienne dite scientifique – la travailleuse sociale en milieu hospitalier – voit le jour. Cette image sera renforcée dans les années qui suivent la Deuxième Guerre mondiale alors que le service social psychiatrique connaîtra un essor déterminant (Mayer, 2002; Walkowitz, 1999; Ross, 1988).

Et au Québec...

L'initiative du docteur Cabot sert d'inspiration au Québec pour l'introduction du travail social dans les hôpitaux. Toutefois, c'est un membre du clergé (non un médecin), le Révérend John Lockhead, pasteur de l'Église Melville de Westmount sur l'île de Montréal qui fonde le service social hospitalier de l'Église Melville en 1909 après avoir visité et pris connaissance de ce qui se fait au Massachusetts General Hospital à Boston. Le fait que le service mis sur pied par le pasteur Lockhead n'est pas basé au sein de l'hôpital mais dans la communauté rend la tâche des premières travailleuses sociales en milieu hospitalier à Montréal des plus difficiles. Leur travail est alors davantage associé aux œuvres caritatives des bénévoles au sein des hôpitaux. Cette situation change deux ans plus tard avec la formation du premier département de travail social au Montreal General Hospital, un hôpital non confessionnel qui dessert la communauté anglophone. Sa première praticienne

et directrice est Emma Fowlis, travailleuse sociale américaine formée à l'Hôpital St-Luke's de New York. Tout comme Ida Cannon, Mme Fowlis a une formation en soins infirmiers et en travail social (Laramée, 1949). L'année 1911 est marquée par la création de deux autres départements de travail social en milieu hospitalier au Canada, soit au sein des hôpitaux généraux de Toronto en Ontario et de Winnipeg au Manitoba. Soulignons qu'il n'existe pas à ce moment-là, contrairement à l'Angleterre et aux États-Unis, d'école de travail social en milieu universitaire au Québec et au Canada (Lawrence, 1982).

Par contre, tout comme c'est le cas pour leurs collègues aux États-Unis, dès leur entrée dans les hôpitaux, les travailleuses sociales sont mises à contribution au sein d'équipes formées presque exclusivement de médecins, d'infirmières et de préposés. Les travailleuses sociales ne sont pas impliquées auprès de tous les patients en vertu du fait que la responsabilité première, non seulement du traitement à prodiguer dans son ensemble, mais également de la découverte de conditions sociales dites adverses qui seraient présentes chez le patient, relève de la responsabilité du médecin. Les problèmes sociaux adverses, soit les problèmes urgents ou compliqués, font l'objet d'une demande d'intervention de la travailleuse sociale (Robinson, 1939).

Malgré un contexte difficile à leurs débuts, Mme Fowlis et ses collègues gagnent rapidement l'estime de leurs confrères et consœurs de la médecine et des soins infirmiers ainsi que des instances dirigeantes administratives de l'hôpital, et voient leur crédibilité s'accroître de sorte qu'elles élaborent un premier guide de la pratique du travail social en

milieu hospitalier qui comprend, entre autres, un élargissement des motifs justifiant qu'une travailleuse sociale intervienne auprès d'un patient. Leur expertise est mise à contribution non seulement pour résoudre un problème d'occupation de lits par des malades chroniques – problème encore présent de nos jours – mais également pour des patients aux prises avec des problèmes matériel et familial et des questions concernant l'accessibilité à des ressources, etc. L'élaboration de critères à toute évaluation préalable de patients pouvant faire l'objet de consultations en travail social marque la première forme d'autonomisation de la pratique. Ces critères reflètent les préjugés de l'époque comme en témoigne le fait que toute femme célibataire enceinte doit automatiquement faire l'objet d'une consultation en travail social (Laramée, 1949).

Des départements de service social sont implantés presque exclusivement au sein des hôpitaux de la communauté anglophone, notamment le Royal Victoria (1913), le Montreal Maternity Hospital qui intègre par la suite le Royal Victoria (1916), le St Mary's Hospital (1934) et le Jewish General Hospital (1935). En milieu francophone, l'Hôpital Sainte-Justine fait figure de pionnier et d'exception en organisant un département de service social dès 1918, puisqu'il faut attendre les années 1930 pour voir le travail social médical s'implanter aux hôpitaux St-Jean-de-Dieu (aujourd'hui Louis-H. Lafontaine) et Maisonneuve-Rosemont (Bernier, 2006), puis 1950 pour ce qui est de l'inauguration du département de travail social à l'Hôpital Notre-Dame (Touchette, 1957). Chaque département développe des pratiques spécifiques, par exemple : auprès des sans-abris et des nouveaux arrivants qui ne parlent ni le français ni l'anglais, principalement des Italiens, des

Polonais et des Ukrainiens (Royal Victoria); avec les mères et leurs enfants durant le séjour précédant la naissance mais aussi au sein des cliniques de bien-être du nouveau-né (Montreal Maternity Hospital); lors des investigations financières et de l'évaluation de la situation familiale reliée à la santé de la famille (Sainte-Justine); ou encore en développant des instruments visant une évaluation globale de la personne en rapport avec sa maladie et son environnement (Notre-Dame). Toutefois, la travailleuse sociale doit d'abord faire connaître son opinion professionnelle et ses recommandations au médecin avant de les communiquer au patient concerné (Telmosse, 1962).

Des liens se développent avec les écoles de travail social qui voient alors le jour, notamment à l'Université McGill (1923) et à l'Université de Montréal (1941). En 1935, la première Conférence nationale du travail social se tient à Montréal et le Regroupement des travailleuses sociales médicales de l'Est du Canada, créé en 1930, anime un événement marquant. Une réception a lieu à l'Hôpital Royal Victoria en l'honneur de Cherry Morris, travailleuse sociale médicale, directrice et fondatrice du travail social médical au Saint-Thomas Hospital de Londres. C'est l'occasion d'un rassemblement de plus de 150 travailleuses sociales en milieu hospitalier. La même année, soit deux ans après leurs homologues américains, la première version des standards de pratique de la profession en milieu hospitalier au Canada, issue de la collaboration entre les travailleuses sociales en milieu hospitalier et le milieu universitaire, voit le jour. S'il n'existe que cinq écoles de travail social en Amérique du Nord avant 1910, dont aucune au Québec et au Canada, au milieu du XX^e siècle, c'est par centaines que se chiffrent les écoles de travail social en

Amérique du Nord. De façon générale, les travailleuses sociales appelées à pratiquer en milieu hospitalier reçoivent une formation universitaire (Baccalauréat ès arts) à laquelle s'ajoute une formation spécialisée de deux années en travail social au sein de laquelle l'accent est mis sur le travail social médical (ibid., Taylor-Rossinger, 1985). Au sein des écoles de travail social canadiens, le programme du travail social médical n'est pas aussi élaboré que celui que l'on retrouve au sein des écoles américaines puisqu'il se résume à une année de formation spécialisée plutôt que deux. Autant aux États-Unis, qu'au Québec et au Canada, ces programmes de formation spécialisés s'effriteront progressivement au profit d'une formation plus générale et un désir de rassembler l'ensemble de la profession, pour complètement disparaître durant les années 1960.

Du travail social médical au travail social en milieu hospitalier : des enjeux identitaires bien présents encore de nos jours

Tout processus de professionnalisation comprend une certaine spécialisation (Gibelman, 1999; Abbott, 1988). Jusqu'à un certain point, on peut faire mention d'une fragmentation de la profession et, par le fait même, de son identité. C'est ainsi que le travail social médical s'est en quelque sorte consolidé comme une sous-discipline au sein de la profession. Une analyse des documents produits plus récemment par les deux grandes organisations professionnelles du travail social au Québec et aux États-Unis – l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) et la National Association of Social Workers (NASW) – nous permet de mettre en lumière certains constats.

Le contexte particulier de la pratique du travail social en milieu hospitalier, surtout au cours des quarante dernières années, a conduit à la production de guides, de standards et d'indicateurs de la pratique qui y est exercée. Tout en conservant une place importante au milieu hospitalier et à ses particularités, la NASW a élargi son guide initial de 1977 intitulé *Standards for Hospital Social Work* à l'ensemble de la pratique dans le milieu de la santé, *Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*. L'éclosion importante de la pratique de la gestion de cas ou *case management* aux États-Unis, avec ses notions d'imputabilité à l'endroit d'une praticienne unique et non nécessairement envers un site d'intervention, est l'un des facteurs clés à l'origine de cet élargissement. L'autre facteur non négligeable n'est autre que la diminution de l'importance de la spécialisation. Ainsi, l'environnement des services de santé et des services sociaux est dorénavant marqué par le travail interprofessionnel (Rudolph, 2000). Notons également que des guides de pratique ont été développés par la NASW dans certains sous-secteurs du domaine de la santé et du milieu hospitalier, dont la pratique du travail social néphrologique (problèmes rénaux) et oncologique (cancer et phase terminale) (NASW, 2005).

Au Québec, une réforme importante dans le domaine de la santé et des services sociaux, instituée par les nouvelles dispositions de la *Loi sur la santé et des services sociaux* de 1991, est à l'origine du tout premier *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier*, de l'OPTSQ en 1994. Cette loi et les décrets qui l'accompagnent entraînent des changements multiples et profonds dans le milieu

hospitalier. Les années qui suivent sont marquées par des transformations majeures dans l'organisation et la dispensation des soins de santé. C'est le début de changements structurels importants (fusions d'établissements et avènement de modèles de gestion par programmes), de nouvelles prestations de services (particulièrement le virage ambulatoire et le travail en partenariat), sans compter les modifications du fonctionnement interne et l'orientation vers le travail en interdisciplinarité. Le besoin d'affirmer sa spécificité est souligné dans la première version du guide et repris dans la plus récente à ce jour, soit celle de 1999 (OPTSQ, 1999).

Bien que le dénominateur commun de la pratique du travail social demeure le lien entre les besoins psychosociaux et la présence de soins médicaux, l'étendue des pratiques demeure des plus vastes. On note, au cours de la fin des années 1990 et le début des années 2000, une orientation vers des clientèles plus à risque ou dites vulnérables. Tant la NASW que l'OPTSQ mettent l'accent sur l'importance de maintenir, voire de mieux préciser, des standards élevés et les aspects éthiques dans un contexte de plus en plus marqué par une confusion liée à l'identité et aux orientations de la pratique.

Si l'émergence et la consolidation du travail social en milieu hospitalier ont représenté un moment déterminant dans le processus de professionnalisation et si les termes de travail social médical sont encore largement employés dans la littérature anglo-saxonne (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007), plusieurs préfèrent celui de travail social en milieu hospitalier (Beder, 2006) ou encore dans le secteur de la santé (Cowles, 2003). Ces

dernières appellations reflètent davantage les mouvances contemporaines que nous venons d'illustrer, mais également un enjeu identitaire bien précis : celui de ne pas être perçu comme subordonné au corps médical, une association trop souvent présente aux débuts de la pratique.

RÉFÉRENCES

Abbott, A. (1988). *The Systems of professions : An essay on the division of expert labor*. Chicago, University of Chicago Press.

Auerbach, C., Mason, S.E., & LaPorte, H.H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 17-32.

Baylis, P.J. (2004). Social work's protracted identity crisis : a lacanian perspective, *Psychoanalytic Social Work*, 11 (1), 55-69.

Beder, J. (2006). *Hospital social work – the interface of medicine and caring*. New York: Routledge.

Bernier, N. (2006). *La Contribution du service social au domaine de l'oncologie psychosociale et des soins palliatifs : perspective historique*. Centre d'appui au développement des pratiques et de la recherche en service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval.

Brieland, D. (1987). « History and evolution of social work practice », dans National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work, 18th Edition*. Silver Spring, NASW Press, tome 1, 739-753.

Bywaters, P. (1986). Social work and the medical profession – arguments against unconditional collaboration, *British Journal of Social Work*, 16, 661-677.

Cabot, R. C. (1915). *Social service and the art of Healing*. Réédition 1973, New York, NASW Classic Series.

Cabot, R. C. (1919). *Social Work : Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. Boston, Houghton Mifflin.

Carlton, T. (1990). Twenty-five years of advancing hospital social work: A salute to the Society for Hospital Social Work, *Health and Social Work*, 15, 1, 3-7.

Côté, D. & Maurice, M.-P. (1999). L'Organisation communautaire avant la révolution tranquille : portrait de trois préceuseures, *Intervention*, 110, 39-52.

Cowles, L.A.F. (2003). *Social work in the health field : a care perspective. (2nd Edition)*. New York, The Haworth Press.

De Robertis, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social – l'aide à la personne (nouvelle édition)*. Paris, Bayard.

Deslauriers, J.-P. & Hurtubise, Y. (sous la direction) (2000). *Introduction au travail social*. Saint-Nicolas, Les Presses de l'Université Laval.

Ehrenreich, J. H. (1985). *The Altruistic imagination : A History of social work and social policy in the United States*. Ithaca, Cornell University Press.

Etzioni, A. (1969). *The Semi-professions and their organization*. New York, The Free Press.

Fink, A. E. (1957). *The Field of social work*. New York, H. Holt & cie.

Flexner, A. (1915). Is Social work a profession?, *Proceedings of the National conference of charities and corrections*, 42, 576-590.

Gilbelman, M. (1999). The Search for identity : defining social work – past, present, future , *Social Work*, 44 (4), 298-309.

Hartman, A. & Laird, J. (1987). « Family practice », dans National Association of Social Workers (NASW) (éditeur) (1987). *Encyclopedia of social work, 18th Edition*. Silver Spring, NASW Press, tome 1, 575-588.

Hiersteiner, C. & Peterson, K. J. (1999). Crafting a usable past : the care-centered practice in social work, *Affilia*, 14 (2), 144-161.

Keigher, S. (2000). Knowledge development in health and social work, *Health and Social Work*, 25, 1, 3-8.

Laramée, M. M. Sœur (1949). *Medical social work in Montreal*. Mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal.

Lawrence, J. M. (1982). Social work department celebrates 70th anniversary. *Montreal General Hospital News*.

Loavenbruck, G. & Keys, P. (1987). « Settlements and neighborhood centers », dans National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work, 18th Edition*. Silver Spring, NASW Press, tome 2, 556-561.

Lubove, R. (1965). *The Professional altruist : the emergence of social work as a career : 1880-1930*. Cambridge, Harvard University Press.

Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville, Gaëtan Morin Editeur.

National Association of Social Workers (NASW) (2005). *NASW Standards for social work practice in health care settings*. Washington, D.C., NASW Press.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal, OPTSQ.

Robinson, G. C. (1939). *The Patient as a person*. New York, The Commonwealth Fund.

Ross, J. W. (1998). « Hospital Social Work », Dans National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work, 19th Edition*, Silver Spring, NASW Press, 1365-1376.

Rudolph, C. S. (2000). Educational challenges facing health care social workers in the Twenty-First Century, *Professional Development*, 3 (1), 31-43.

Simon, B .L. (1994). *The Empowerment tradition in american social work – a history*. New York, Columbia University Press.

Stuart, P. H. (2004). Individualization and prevention : Richard C. Cabot and early medical social work, *Social Work in Mental Health*, 2 (2-3), 7-20.

Taylor-Rossinger, E. (1985). « Une chronologie des événements », Dans Émond, M., Lindsay, J., & Perrault, C. (Éditeurs) (1985). *Le travail social et la santé au Québec*. Montréal, Behavioira, 435-466.

Telmosse, M. (1962). *Les patients de l'Hôpital Notre-Dame*. Mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal.

Touchette, C. (1957). *L'Attitude du médecin vis-à-vis le service social médical*. Mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal.

Walkowitz, D.J. (1999). *Working with class : Social workers and the politics of middle-class identity*. Chapel Hill, University of North Carolina Press.

Chapitre VI - Article Deux : De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social médical en milieu hospitalier

Résumé :

Cet article, basé en grande partie sur une recension des écrits en la matière, aborde les enjeux et les défis structurels qui s'imposent à la pratique professionnelle du travail social en milieu hospitalier. Dans un contexte de restructuration permanente liée au déclin de l'État social et à la poussée néo-libérale, cette pratique est marquée par une plus grande complexité des cas, une réduction significative de la durée de séjour et une pression accrue pour des sorties rapides des patients. L'implantation de la gestion par programme au sein des hôpitaux favorise un renforcement du modèle médical au détriment du champ social et contribue ainsi à une fragilisation de l'identité professionnelle des travailleuses sociales. Dans l'ensemble des disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier, le travail social est celui qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive pas à conquérir une telle reconnaissance. La nécessité de réaffirmer la question sociale au sein d'un univers à prédominance médicale relève tout particulièrement de ce dernier constat. La contribution des travailleuses sociales aux domaines de l'éthique et de la recherche en milieu hospitalier, et le développement d'un leadership dans le travail interdisciplinaire se présentent dans ces circonstances comme des défis prometteurs.

Mots-clé: rôles du travail social médical, identité professionnelle, reconfiguration des hôpitaux, éthique, interdisciplinarité

Abstract :

This article draws upon the scientific literature and addresses the structural issues and challenges facing the professional practice of hospital social work. Set in a context of constant reengineering, the decline of a social State and the drive forward of a neoliberal agenda, social workers in hospitals face more complex cases and the on going pressure for rapid discharge of patients and reduction in length of stay. The implementation of program management in hospitals has reinforced a medical model to the detriment of the social field and thus contributes to the fragilization of social work's professional identity. In hospitals, social work remains the profession that has less succeeded to establish it's own professional status and this implies to the necessity to reaffirm strongly the social issue in a medical dominated universe. Social work's contribution regarding ethics and research in hospitals have not been significantly explored to this day and they represent, along with the development of leadership in interdisciplinary work, promising challenges in the present and near future.

Key words: medical social work role, professional identity, hospital reengineering, ethics, interdisciplinarity

Introduction

Le milieu hospitalier n'échappe pas aux transformations majeures qui ont cours depuis plus de 20 ans dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et, pour reprendre l'expression consacrée, vit des restructurations et des reconfigurations majeures. Toutes les professions exerçant en milieu hospitalier sont affectées par les changements structurels, et certaines voient leur rôle connaître une métamorphose importante. La profession du travail social est ainsi rudement mise au défi de se redéfinir et de se renouveler.

En soulevant des enjeux et des défis du travail social en milieu hospitalier, notamment dans le secteur des soins physiques – d'où l'emploi également des termes *travail social médical* encore largement utilisés dans la littérature (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007) – cet article se veut une contribution aux débats sur l'avenir de cette pratique. Nous prenons appui sur la littérature en ce domaine, de loin plus abondante en provenance des États-Unis, de l'Angleterre et de l'Australie que du Québec et du reste du Canada. Les différences importantes concernant les systèmes de santé et de services sociaux sont à prendre en considération lorsque vient le temps de s'approprier certaines conclusions des travaux en provenance de ces pays.

Avant d'aborder les enjeux et les défis pour la pratique professionnelle du travail social médical, nous avons cru bon de mettre en lumière les principaux changements structurels qui marquent le milieu hospitalier. Par la suite, nous précisons les défis que ces transformations posent, notamment concernant l'identité professionnelle, le rôle du travail

social, l'interdisciplinarité, l'éthique et la recherche. En guise de conclusion, nous abordons plus spécifiquement l'interface avec le corps médical et la nécessité de réaffirmer la question sociale au sein d'un univers à prédominance médicale.

Un cadre financier fragilisé et marqué par l'absence de croissance

Les centres hospitaliers sont particulièrement touchés par les compressions budgétaires et la crise des finances publiques au centre de la période des 20 dernières années que certains n'hésitent pas à décrire comme tumultueuse (Pockett, 2003) et que l'on associe au déclin de l'État social et à la poussée néo-libérale (Valette et Denis, 2005). Au Québec, de 1993 à 1998, les dépenses pour la santé sont réduites d'environ 10 % et la structure de dépenses se transforme radicalement. La part de l'hôpital passe de 46 % à 33,4 %. Les départs massifs à la retraite à la fin des années 1990 dans la foulée du « déficit zéro » du gouvernement de Lucien Bouchard laissent encore à ce jour d'importantes séquelles en pénurie de personnel, en surcharge de travail et en manque d'expertise (Letourmy et Valette, 2005). Depuis 1999, les gouvernements québécois qui se succèdent versent de l'argent neuf dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais ce n'est que depuis les trois derniers budgets de la province que ces sommes représentent une hausse réelle puisque, auparavant, elles ne suffisaient pas à rattraper les hausses des coûts du système (Coalition Solidarité Santé, 2005). Cette marge de manœuvre quasi inexistante du gouvernement du Québec pour développer davantage le réseau en assurant des réinvestissements qui s'imposent trouve son

origine dans la réduction dramatique des transferts fédéraux. De 1982-1983 à 1998-1999, les coupures dans les transferts fédéraux totalisent 26,1 milliards de dollars, dont 16 milliards seulement en matière de santé. La contribution fédérale au financement des programmes sociaux (transferts fiscaux et financiers), même en tenant compte des ajouts consentis par le gouvernement fédéral dans les budgets 1999 et 2000, passe de 32 % des dépenses du Québec en 1984-1985 à 22 % en 2004-2005. En 2005-2006, la part du fédéral dans les dépenses de santé au Québec n'est plus que de 15 % (Québec, 2006) alors que l'entente fédérale-provinciale à l'origine de la *Loi canadienne sur la santé* prévoyait 50 % (Romanow, 2002).

Une importance réduite pour les hôpitaux de courte durée

Malgré les confusions et les incohérences qu'elles peuvent parfois engendrer, les orientations et les restructurations dans le réseau de la santé et des services sociaux présentent des points en commun. En 2000 et en 2002, les principales recommandations des commissions Clair et Romanow, respectivement aux niveaux provincial et fédéral, portent sur la réorganisation des services de première ligne, sur la restructuration de l'hôpital ainsi que sur la mise en place de programmes intégrés pour les clientèles vulnérables.

La restructuration autour de la première ligne se concrétise entre la fin 2003 et le début 2006 avec les projets de loi 25 et 83 du gouvernement Charest. Le Québec est redécoupé en

territoires plus petits que les régions, mais plus grands que les territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans chacun de ces territoires, une nouvelle instance locale est créée par la fusion de CLSC, des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et, le cas échéant, d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) forment une organisation unique et multivocationnelle sous la tutelle d'une direction générale et d'un conseil d'administration et ont pour objectif de « responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés » (article 99.3 de la *Loi sur la santé et les services sociaux*). Cette instance prend en charge l'offre de tous les soins et tous les services de première ligne pour sa population et doit se conformer à une série d'obligations en ce qui concerne l'offre de services. Elle doit assurer la coordination et l'accès à des activités et à des services qui peuvent être dispensés par les autres partenaires du réseau. On assiste à un transfert de plusieurs responsabilités des services publics vers les autres dispensateurs de services, y compris le privé et les groupes communautaires. Le CSSS s'assure de la coordination des activités et des services offerts par les intervenants du réseau local. C'est l'instance locale qui est responsable de définir un projet clinique et organisationnel sur son territoire (article 99.5).

Les régies régionales, rebaptisées agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, se voient confier la mise en œuvre de la réforme. Leur sort reste incertain, notamment dans les régions moins peuplées. Dans les régions plus

populeuses, notamment les grands centres urbains, le nombre d'institutions dont les activités ne se limitent pas au territoire de l'instance locale – entre autres les cliniques privées, les centres hospitaliers universitaires, les organismes communautaires, etc. – laisse croire à la mise en place éventuelle d'une structure de gouvernance régionale (Létourmy et Valette, 2005).

Ces changements ont comme conséquence avouée et non avouée la réduction de l'importance de l'hôpital de courte durée, et ce, à plusieurs niveaux : la place et le poids politique de l'hôpital au sein du réseau de la santé et des services sociaux, la nature et l'étendue des services offerts ainsi que son accessibilité. L'établissement hospitalier est de plus en plus réservé aux soins spécialisés et ultraspecialisés. C'est l'émergence des centres hospitaliers universitaires (CHU), définis d'abord et avant tout comme des hôpitaux de soins spécialisés et ultraspecialisés dans les secteurs tertiaire et quaternaire, qui ont une part importante de leur mission accordée à l'enseignement et à la recherche (Berkman et al., 1996; Lechman, 2006). Ces dernières fonctions ne seraient pas considérées à leur juste valeur dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

Au cœur des transformations : le virage ambulatoire

Apparu au début des années 1990, le virage ambulatoire est au cœur des restructurations. Grâce aux innovations technologiques et médicales, la durée du séjour en milieu hospitalier peut être réduite de façon substantielle. Mais cela n'est pas sans conséquence. Plusieurs voient ici un transfert de responsabilités de l'État – la part non négligeable des soins assurés par les hôpitaux – vers d'autres acteurs sociaux, notamment les personnes malades elles-mêmes, leurs proches et le secteur communautaire. On souligne également le risque de banalisation des soins : on présuppose de plus en plus que tous peuvent donner une gamme de soins dont la compréhension et l'administration sont présentées comme étant facilement maîtrisables par les profanes. En réalité toutefois, les soins se révèlent plus complexes pour les personnes malades et leurs proches ainsi que pour les intervenants (AFEAS, 1998 ; Gagnon et al., 2001; Vézina, 2004).

Quels sont les impacts pour la pratique en milieu hospitalier? La réduction de la durée de séjour se traduit bien souvent par des sorties accélérées. Les CLSC héritent de responsabilités accrues de façon considérable, mais ne se voient pas pour autant accorder les ressources et les crédits équivalents. Les soins à domicile impliquent également des coûts financiers parfois importants pour la personne malade et ses proches. En outre, si les personnes malades peuvent souhaiter un retour rapide à la maison, il n'en est pas nécessairement de même pour leurs proches (Gagnon et al., 2001).

Soulignons également le renforcement de la tendance à la médicalisation de la société omniprésente dans tout le processus entourant le virage ambulatoire. Cette tendance fait référence, notamment, à une prédominance du modèle médical dans la prise en charge de nombreux problèmes publics progressivement médicalisés (Vrancken et Macquet, 2006). Une telle pratique a d'abord vu le jour aux États-Unis au début des années 1980. Pour mieux contrôler les coûts, les bailleurs de fonds (organismes gouvernementaux et privés : Medicare, compagnies d'assurances, Health Maintenance Organization, etc.) instituent un système de remboursement sous forme d'un montant prédéterminé et standard en fonction de la sévérité et du type de diagnostic, et ce, peu importe la durée réelle d'hospitalisation, le volume et la nature des soins et des traitements dispensés (Lapointe, Chayer, Malo et Rivard, 2000). Les *Diagnostic-Related-Groups* (DRG), traduits en diagnostics regroupés pour la gestion, sont formés de catégories distinctes où ce sont les bailleurs de fonds qui déterminent des taux de remboursement pour les hôpitaux reliés aux groupes de diagnostic en question. L'hôpital doit absorber tout coût réel excédentaire au remboursement préétabli. Face à l'implantation de ce système, les hôpitaux aux États-Unis ont institué la pratique de l'*Utilization Review* (UR). C'est le processus par lequel les bailleurs de fonds s'assurent qu'un traitement ou une procédure de soins est médicalement requis. Les intervenants – ici toutes les disciplines sont mises à contribution – sont en quelque sorte des portiers facilitant ou non l'accès aux services pour les patients : ils vont déterminer si ces derniers auront accès ou non à un traitement ou à un service en fonction de ce qui est médicalement requis ou encore selon les termes du contrat entre patient et bailleurs de fonds. L'UR est omniprésente dans le processus qui permet de recevoir ou non des soins et elle est de trois

types : prospectif – le besoin pour le service demandé est évalué avant le traitement; concurrent – l’approbation du paiement pour ledit service est établie durant le traitement; rétrospectif – toute la trajectoire de services est réévaluée une fois les soins prodigués (Rizzo et Abrams, 2000). Aux États-Unis, les travailleuses sociales se sont vu confier d’importantes responsabilités au sein de l’UR en vertu de leur rôle important dans la planification de la sortie de l’hôpital (Beder, 2006). Le système de l’UR n’a pas été importé au Québec, mais les objectifs de contrôle des coûts et la pression pour réduire la durée de séjour sont omniprésents et ont un impact majeur sur les pratiques professionnelles. Le financement des hôpitaux québécois est entièrement public et repose sur une approche globale et populationnelle, mais les pressions sont de plus en plus importantes pour adopter un système de classification des patients (DRG ou autres, Lévesque, 2007).

Pour les travailleuses sociales, la pression est grande de libérer les lits et les dilemmes éthiques omniprésents. L’évaluation globale de l’état du patient, qui comprend l’évaluation psychosociale de son environnement – une compétence au cœur de la pratique professionnelle de la planification de la sortie de l’unité de soins effectuée par les travailleuses sociales – bat de l’aile. La pratique professionnelle du travail social en milieu hospitalier est marquée, notamment, par une plus grande complexité des cas, une réduction significative de la durée du séjour et une pression accrue pour des sorties rapides. Les travailleuses sociales trouvent que leurs cas sont plus énergivores, plus exigeants en matière de travail à fournir et que, de façon générale, leur travail est soumis à un plus grand stress.

L'inquiétude est palpable et manifeste chez les praticiennes (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007; Auslander, 2000; Lechman, 2006).

Pour le travail social : la gestion par programmes entraîne des conditions de pratique difficiles et risque de fragiliser davantage son identité professionnelle

Durant cette période de restructuration, bon nombre de travailleuses sociales voient leur département disparaître et, avec eux, sont abolies des fonctions de direction du service social dans le cadre de l'implantation de la gestion par programmes. Ces praticiennes ne relèvent plus d'une personne de la même discipline. Les impacts sur l'identité sont non négligeables.

Bien que le rythme et les modalités d'implantation de la gestion par programmes varient d'un centre hospitalier à un autre, les impacts sont significatifs. Plutôt que de maintenir des structures départementales en place avec un nouveau leadership, celles-ci sont démantelées ou affaiblies au sein de systèmes mixtes. Les départements de service social en milieu hospitalier – dont les tout premiers au Québec et au Canada remontent à 1911 – sont une espèce en voie de disparition. Le personnel est décentralisé dans des programmes où l'on combine des disciplines et des ressources en une structure unifiée sous la direction d'un responsable générique, le plus souvent de discipline médicale.

Il est également opportun de souligner les effets néfastes sur le sentiment d'appartenance, l'affaiblissement du soutien par les pairs, un potentiel de déprofessionnalisation des services et de la pratique en général. Les risques d'insatisfaction et d'épuisement professionnel sont accrus et la gestion par programmes renforce le pouvoir médical et affaiblit le champ social (Berger et Mizrahi, 2001; Beallor, et Brenner, 1996; Neuman, 2000; Rondeau et Michaud, 2001). Les sentiments d'isolement et d'effritement ou d'absence de leadership sont ressentis au quotidien (Craig, 2007).

Les enjeux sur le plan de l'identité professionnelle sont grands. Bon nombre d'auteurs qui se sont intéressés ces dernières années au rôle et à la place de la pratique professionnelle du travail social médical sont d'avis que, de toutes les disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier, c'est le travail social qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive toujours pas à conquérir une telle reconnaissance (Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2006). Le rôle de la travailleuse sociale en milieu hospitalier continue à être peu ou mal compris (Gregorian, 2005; Mizrahi et Berger, 2001).

Le besoin de redéfinir et de renouveler son rôle

Sans pour autant réduire la question de l'identité professionnelle à celle de définir et de préciser les rôles du travail social en milieu hospitalier, cette question nous apparaît centrale pour réaffirmer et consolider une identité professionnelle encore précaire à ce jour.

La tâche de bien définir ce que font les travailleuses sociales nous apparaît d'une grande importance.

Sans une définition claire de leurs rôles, les travailleuses sociales sont appelées à effectuer des tâches similaires aux infirmières et à d'autres professionnels, rendant ainsi leurs contributions spécifiques des plus nébuleuses aux yeux des autorités de l'établissement, mais également auprès des collègues des autres disciplines (Barth, 2003; Berger et Mizrahi, 2001; Globerman et Bogo, 2002).

Des recherches récentes mettent en lumière un effritement des rôles de counselling et de soutien et défense (*advocacy*) au détriment de tâches plus utilitaires sous l'égide de la planification des sorties, confirmant une tendance vers une technicisation des tâches : notamment de remplir des formulaires, d'agir en tant que courtier entre le patient et des ressources sans pour autant toujours pouvoir procéder aux évaluations qui s'imposent (Corser, 2003; Giles, Gould, Hart et Swancott, 2007; Herbert et Levin, 1996; Holliman, Dziegielewski et Datta, 2001). À l'inverse, l'intervention de crise est en émergence et peut présenter des défis intéressants sur le plan clinique en vertu de l'expertise que possèdent les travailleuses sociales à ce sujet. Bien que vécu de façon inégale selon les diverses spécialisations où les praticiennes sont affectées, soulignons toutefois une tendance à contre-courant dans les secteurs de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la gynécologie où des recherches mettent en lumière, non seulement l'absence d'effritement des rôles de soutien et défense (*advocacy*) et de counselling, mais un renouvellement et un renforcement

de ceux-ci (Gupton et McKay, 1995; Shorten, 1995; Sulman, Savage et Way, 2001). La durée de séjour a été réduite de façon radicale dans ces secteurs au cours des deux dernières décennies, confirmant une tendance internationale en la matière qui se traduit généralement par des séjours de 24 à 48 heures pour des accouchements à risque faible ou moyen. Mais le fait que le travail des praticiennes qui y œuvrent ne se limite pas au séjour en milieu hospitalier à lui seul mais est, plus souvent qu'autrement, jumelé à des interventions post-hospitalisation et parfois pré-hospitalisation, donc un travail à la fois en amont et en aval, n'expliquerait-il pas ce rayonnement clinique plus prononcé et, de surcroît, objet d'une plus grande reconnaissance? En définitive, n'y aura-t-il pas ici des éléments à s'approprier pour l'avenir et à élargir à d'autres secteurs de l'hôpital, notamment ceux marqués par des sorties rapides et par une pression constante pour libérer des lits, par exemple dans les unités de chirurgie?

Les conclusions des travaux de Rizzo et d'Abrams (2000) soulèvent ici des éléments de réponse. Leurs travaux concernent le leadership exercé par les travailleuses sociales dans un centre hospitalier de la ville de New York (États-Unis), dans le cadre de l'implantation de l'*Utilization Review*. Ces praticiennes ne se sont pas limitées à la première fonction donnée, soit celle de revoir les plans de soins et de services en fonction des demandes des bailleurs de fonds. Elles ont été proactives dans les unités de soins ainsi que directement auprès et avec les patients et leurs proches. Le rôle de soutien et défense (*advocacy*) a été renouvelé et renforcé : à la fois agissant en tant que défenseur des droits des patients dans toutes les démarches les concernant ainsi qu'en les soutenant dans des démarches

d'autodéfense à ce sujet. En définitive, les travailleuses sociales ont pu contrer la marginalisation qui semblait les attendre à la suite des nombreuses restructurations de l'hôpital : elles ont non seulement empêché une diminution de leurs effectifs mais contribué à leur augmentation; elles sont passées d'une position en périphérie des équipes pluridisciplinaires à une position centrale où elles sont impliquées dans toutes les étapes du séjour des patients et, finalement, dans plusieurs unités de soins, le fonctionnement par requête a été aboli et les praticiennes sont impliquées auprès de tous les patients.

Clarifier sa contribution au sein de l'interdisciplinarité

Si le rôle de planificateur de sortie, aussi représentatif qu'un terme parapluie puisse-t-il être, demeure encore fortement présent dans la représentation que l'on peut se faire de la travailleuse sociale exerçant en milieu hospitalier, celui-ci est devenu de moins en moins exclusif à une profession en plus d'être marqué par une plus grande complexité. À notre avis, l'enjeu – et le défi – pour notre profession n'est pas tant de chercher à reconquérir une chasse gardée, mais davantage de préciser la contribution que nous pouvons y apporter malgré un contexte difficile, une clientèle atteinte de maux de plus en plus complexes et une cohésion douteuse au niveau du continuum de soins et de services. Aujourd'hui, la planification des sorties demeure partie intégrante de la pratique en milieu hospitalier et peut se résumer à un processus délicat visant à soutenir les patients et leurs proches et à faciliter leur transition de l'hôpital vers la communauté. Cette planification est partagée par

les diverses disciplines œuvrant au sein des communautés de pratiques en émergence (Iedema, Meyerkort et White., 2005; Thivierge, 2006). Tout en adoptant une perspective d'ouverture – à savoir de ne pas tomber dans le piège des combats stériles de luttes de territoires – le risque d'enchevêtrement et de duplication est présent. De la même façon, le risque est grand de ne pas être en mesure de spécifier la contribution qui est sienne : cela nous rend des plus vulnérables et ne peut que remettre en question, en définitive, le pourquoi de notre présence puisqu'elle ouvre la porte à l'interchangeabilité de la profession, rendant caduque notre présence. Mizrahi et Berger (2001) soulignent qu'il faut être à la fois capables de contribuer aux exigences normatives de réduction de la durée du séjour et de maintien du roulement des admissions et des départs, mais également de bâtir et de consolider des alliances avec les acteurs internes et externes à l'établissement. Le leadership des travailleuses sociales peut s'exercer lors de la préparation et de l'animation de conférences de cas et conférences familiales, de l'intervention en situation de crise, de la liaison avec les ressources et la communauté ainsi que lors du suivi post-hospitalisation.

La prolifération des questions éthiques

L'explosion technologique, un environnement constamment soumis à des contraintes budgétaires, l'implantation de modalités de gestion plus productivistes et leur impact sur les pratiques, ainsi que le vieillissement de la population et sa révolution de la longévité sont parmi les principaux facteurs contribuant à une prolifération des questions éthiques au sein

des établissements du réseau de la santé et en milieu hospitalier (Dodd et Jansson, 2004; Jansson et Dodd, 2002).

La question éthique n'est pas nouvelle en travail social. Toutefois, il n'existe à peu près pas de recherches empiriques qui étudient comment les travailleuses sociales en milieu hospitalier peuvent intervenir sur ces questions. Les praticiennes pourraient en fait contribuer à modifier les attitudes, les normes, les attentes et les protocoles afin de faciliter un environnement hospitalier qui encourage leur participation au sein des délibérations éthiques (ibid.). Celles-ci sont souvent exclues de ces lieux de délibération, mais des expériences récentes ont permis un passage d'une position de consultante occasionnelle à celle de membre à part entière des équipes multidisciplinaires qui forment les comités éthiques (Csikai et Skales, 1998). Nous entrevoyons ici un domaine prometteur pour la pratique professionnelle.

La recherche : un incontournable pour le travail social en milieu hospitalier

Malgré un intérêt de plus en plus grandissant, la recherche pour le travail social en milieu hospitalier demeure marginale (Blumenfield et Epstein, 2001; Globerman et Bogo, 2000; Siegel et Christ, 1995). Cette situation persiste bien que la recherche soit partie prenante des fonctions de la travailleuse sociale en milieu hospitalier (OPTSQ, 1999). Aux États-Unis, au sein de l'Association nationale des travailleurs sociaux, elle est associée à un

standard de la pratique professionnelle (NASW, 2005). Cette marginalisation persiste également malgré le fait que la recherche demeure importante au sein de la mission des CHU ainsi que des centres hospitaliers affiliés à une université. La recherche est devenue essentielle à la survie des travailleuses sociales en milieu hospitalier (Berkman et al., 1996; Cowles et Lefcowitz, 1995; Davis, 2004).

Deux obstacles importants doivent être surmontés. Tout d'abord, les contraintes au niveau des ressources dont disposent le milieu hospitalier et le travail social. Ce problème est récurrent et, situé dans un contexte où la responsabilité première du milieu est envers les patients et leurs proches, il n'est pas étonnant de voir que les activités de recherche sont reléguées au second plan et peu priorisées. *Secondo*, la réticence des praticiennes elles-mêmes à s'engager activement dans des activités de recherche, que ce soit à titre de simple participante pouvant fournir des données à une équipe de recherche ou encore à titre de membre à part entière d'une équipe de recherche basée en milieu hospitalier. Si les causes de cette réticence sont nombreuses, une part de responsabilité revient aux milieux de recherche mêmes qui, plus souvent qu'autrement, demandent aux milieux de pratique de s'adapter à leurs activités et à leur culture plutôt que l'inverse (Blumenfield et Epstein, 2001).

La profession est devant une autre opportunité à saisir et un défi à relever. Les travaux que Globerman et Bogo (2002) ont conduits à la fin des années 1990 auprès de praticiennes œuvrant en milieu hospitalier dans la région de Toronto (Ontario) soulignent non seulement

la pertinence de développer des partenariats entre les travailleuses sociales et les écoles de travail social universitaires, mais leur importance dans un contexte marqué par la permanence des restructurations. Ainsi, les praticiennes qui ont pris part à de tels partenariats et sous des formes multiples soulignent de nombreux bienfaits pour leur pratique et leur identité professionnelles : le soutien ressenti et reçu, une valorisation de leurs interventions et de leur raison d'être, et une plus grande stimulation professionnelle. Les auteures n'hésitent pas à affirmer que, en l'absence de département de travail social au sein des hôpitaux, c'est vers les universités que les praticiennes ont retrouvé soutien et rétroaction et qu'elles n'hésitent également pas à qualifier de telles expériences de sources de régénération.

Conclusion

L'interface avec le corps médical et la promotion d'un modèle social de la santé

Nous avons mis en lumière que la pratique professionnelle du travail social en milieu hospitalier dans le secteur des soins physiques est affectée par de nombreux changements structurels qui se succèdent depuis plus de 20 ans et qui continuent à avoir cours. Cette pratique est devenue plus complexe et les conditions de son exercice connaissent des difficultés importantes. La raison d'être du travail social en milieu hospitalier est remise en question et mise au défi de se renouveler et de se redéfinir.

Depuis ses débuts, le travail social vit une ambivalence dans ses relations avec le corps médical. Le débat demeure entier entre l'adoption d'une approche plus ou moins collaborative, allant d'une position de collaboration inconditionnelle à une position qui soit plus dissidente. La littérature a montré que les causes profondes de la maladie résident non dans les services de santé ni dans le comportement individuel ou dans les gènes, mais plutôt dans les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, le logement, l'emploi, les services publics de transport, les loisirs, la qualité des liens interpersonnels, etc. (Bywaters, 1986). La bonne santé d'une population est déterminée surtout par la qualité des conditions de vie et de travail, par des politiques sociales progressistes, par des mesures d'hygiène efficaces et par de saines habitudes de vie (OMS, 2007).

À notre avis, poser la question de la place de la pratique professionnelle en milieu hospitalier aujourd'hui, c'est en quelque sorte soulever la question de la place du social, ou du psychosocial, face à la maladie et à la santé en général (le psychosocial dans le modèle biopsychosocial de la santé). Quelle place le milieu accorde-t-il à ces dimensions dans l'évaluation et le traitement de la maladie et dans la prestation de soins et de services?

Poser la question de la place d'une discipline, c'est aussi interroger le rapport des membres de cette discipline (la question de l'identité professionnelle) ainsi que le partage (ou l'absence de partage) du pouvoir au sein de l'établissement, entre professionnels, mais également avec les patients et leurs proches.

RÉFÉRENCES

Association féminine d'action sociale. (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*. Condition féminine Canada.

Auerbach, C, Mason, S.E., & LaPorte, H.H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 17-32.

Auslander, G. K. (2000). Outcomes of social work intervention in health care settings, *Social Work in Health Care*, 31 (2), 31-46.

Barth, M. C. (2003). Social work labor market: a first look, *Social Work*, Janvier 2003, 48 (1) 9-19.

Beallor, G. & Brenner, B. (1996). *Hospital social work: A Profession under siege*. Washington, D.C., National Association of Social Workers (NASW).

Beder, J. (2006). *Hospital social work – The Interface of medicine and caring*. New York: Routledge.

Berger, C. & Mizrahi, T. (2001). An Evolving paradigm of supervision within a changing health care environment, *Social Work in Health Care*, 32 (4), 1-18.

Berkman, B., Bonander, E., Kemler, B., Rubinger, M.J., Rutchik, I., & Silverman, P. (1996). Social work in the academic medical center: Advanced training a necessity, *Social Work in Health care*, 24 (1/2), 115-135.

Blumenfield, S. & Epstein, I. (2001). « Introduction: Promoting and Maintaining a Reflective Professional Staff in a Hospital-Based Social Work Department », dans Blumenfield, S. & Epstein, I. (éditeur), *Clinical Data-Mining in Practice-Based Research: Social Work in Hospital Settings*. Haworth Social Work Practice Press, 1-13.

Bywaters, P. (1986). Social work and the medical profession – Arguments against unconditional collaboration, *British Journal of Social Work*, 16, 661-677.

Coalition Solidarité Santé (2005). *Un budget désastreux en santé et services sociaux*. Communiqué de presse du 21 avril 2005, téléaccessible à <http://www.solidaritesante.qc.ca>

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Corser, W.D. (2003). A complex sense of advocacy: the challenges of contemporary discharge planning, *Case Manager*, 14 (3), 63-69.

Cowles, L. A. & Lefcowitz, M.J. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting: Part two, *Health and Social Work*, 20 (4), 279-286.

Craig, R.W. (2007). A Day in the life of a hospital social worker: presenting our role through the personal narrative, *Qualitative Social Work*, 6, 431-446.

Csikai, E. L. & Sales, E. (1998). The Emerging social work role on hospital ethics committees: A Comparison of social worker and chair perspectives, *Social Work*, 43 (3), 233-242.

Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2006). Defining the role of the hospital social worker in Australia - Part 2. A Qualitative approach, *International Social Work*, 48 (3), 289-299.

Davis, C. (2004). Hospital social work: are we conducting the right type of research? *Social Work in Health Care*, 38 (3), 67-79.

Dodd, S.-J. & Jansson, B.S. (2004). Expanding the Boundaries of ethics education: Preparing social workers for ethical advocacy in an organizational setting, *Journal of Social Work Education*, 40 (3), 455-465.

Gagnon, E., Guberman, N., Cote, D., Gilbert, C., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2001). *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Giles, R., Gould, S. Hart, C., & Swancott, J. (2007). Clinical priorities: Strengthening social work practice in health, *Australian Social Work Practice in Health*, 60, 2, 147-165.

Globerman, J. & Bogo, M. (2002). The Impact of hospital restructuring on social work field education, *Health And Social Work*, 27 (1), 7-15.

Gregorian, C. (2005). A Career in hospital social work: do you have what it takes? *Social Work in Health Care*, 40 (3), 1-14.

Gupton, A. & Mckay, M. (1995). The Canadian perspective on post-partum home care. *Journal of Obstetric, Gynecologic et Neonatal Nursing*, February, 73-179.

Herbert, M., & Levin, R. (1996). The Advocacy role in hospital social work, *Social Work in Health Care*, 22 (3), 71-83.

Holliman, D. C., Dziegielewski, S.F., & Datta, P. (2001). Discharge planning and social work practice, *Social Work in Health Care*, 32 (3), 1-19.

Iedema, R., Meyerkort, S., & White, L. (2005). Emergent modes of work and communities of practice, *Health Services Management Research*, 1 (4), 13-24.

Jansson, B. S. & Dodd, S.-J. (2002). Ethical activism: Strategies for empowering medical social workers, *Social Work in Health Care*, 36 (1), 11-28.

Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F.B., & L. Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier, *Nouvelles pratiques sociales*, 13 (2), 164-180.

Lawrence, J. M. (1982). Social work department celebrates 70th anniversary. *Montreal General Hospital News*.

Lechman, C. (2006). The Development of a caseload weighting tool. *Administration in Social Work*, 30 (2), 25-37.

Letourmy, A. & Valette, A. (2005). « Les contextes français et québécois – Chapitre 1 », dans Contandriopoulos, D., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Valette, A. (sous la

direction), *L'Hôpital en restructuration – Regards croisés sur la France et le Québec*. Boucherville, Les Presses de l'Université de Montréal, 17-32.

Lévesque, G. (2007). *Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux*. téléaccessible à www.oiaq.org.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Mizrahi, T. & Berger, C. (2001). Effects of a changing health care environment on social work leaders: Obstacles and opportunities in hospital social work, *Social Work*, 46 (2), 170-182.

NASW (2005). National Association of Social Workers. *NASW Standards for social work practice in health care settings*. Washington, D.C., NASW Press.

Neuman, K. (2000). Understanding organizational reengineering in health care: strategies for social work's survival, *Social Work in Health Care*, 31 (1), 19-33.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2007). *Rapport sur la santé dans le monde 2007 - Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle*. New York, OMS.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (OPTSQ) (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal, OPTSQ.

Pockett, R. (2003). Staying in hospital social work, *Social Work in Health Care*, 36 (3), 1-24.

Rizzo, V. M., & Abrams, A. (2000). Utilization review: A Powerful social work role in health care settings, *Health and Social Work*, 25 (4), 264-269.

Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs – L'Avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Gouvernement du Canada.

Rondeau, G. & Michaud, J.-C. (2001). « La main-d'œuvre en travail social au Québec. Survol de la situation au Québec », dans Stephenson, M., Rondeau, G., Michaud, J.-C., & Fiddler, S., *Le travail social au Canada : une profession essentielle, volume un : Rapport final. Étude sectorielle sur le travail social*, 149-189.

Siegel, K. & Christ, G. (1995). Social work research in hospital settings: Strategies for implementation, *Social Work in Health Care*, 21 (2), 55-69.

Shorten, A. (1995). Obstetric early discharge versus traditional hospital stay, *Australian Health Review*, 18 (2), 19-39.

Sulman, J., Savage, D., & Way, S. (2001). Retooling social work practice for high volume, short stay, *Social Work and Mental Health*, 34 (3/4), 315-332.

Thivierge, R. L. (2006). Vivre l'interdisciplinarité par les communautés de pratique. Présentation dans le cadre du colloque *L'Interdisciplinarité : défi ou déni?*, 6 avril 2006, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM).

Valette, A. & Denis, J.-L. (2005). « Introduction », Dans Contandriopoulos, D., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. & Valette, A. (sous la direction), *L'Hôpital en restructuration – Regards croisés sur la France et le Québec*. Boucherville, Les Presses de l'Université de Montréal, 5-15.

Vézina, A. (2004). Le Virage ambulatoire – Défis et enjeux, *La Revue canadienne du vieillissement*, 23 (2), 191-192.

Vrancken, D., & Macquet, C. (2006). *Le Travail sur soi – Vers une psychologisation de la société?* Paris, Belin.

Chapitre VII - Article Trois : Rôle et contribution des travailleuses sociales en santé physique en centre hospitalier universitaire

Résumé :

La question de définir et de préciser les rôles et les contributions du travail social en milieu hospitalier est au cœur des enjeux permettant d'établir des assises solides en matière d'identité professionnelle et d'avenir de la pratique professionnelle. Cet article se veut un apport aux réflexions et aux débats concernant les rôles et les contributions du travail social en centre hospitalier universitaire (CHU). La méthode qualitative a été déployée afin de faire émerger le point de vue des praticiennes. Ainsi, il appert que la profession a de la difficulté à définir sa raison d'être dans ce milieu. Les travailleuses sociales en CHU assument un grand nombre de rôles dont la répartition est inégale, à la fois dans leur ensemble, mais également en fonction de secteurs d'activité et parfois même de facteurs liés à l'individu. De façon générale, la pression pour libérer les lits, l'augmentation de la charge et de la cadence de travail sont autant de facteurs menant à un effritement des responsabilités cliniques au profit de tâches plus techniques et des fonctions de courtier et d'agent de liaison. L'auteur est d'avis qu'à défaut de clarifier sa contribution, le travail social risque de perdre sa légitimité en tant que prestataire de service.

Mots-clé: rôles du travail social, recherche qualitative, centre hospitalier universitaire, identité professionnelle, travail social clinique, planification de sortie

Abstract :

The need to better define the roles and contributions of social workers that are based in University Hospitals is central in establishing and solidifying professional practice and identity. This article addresses will add to the reflections and debates relevant to these issues. A qualitative study was conducted in order to give voice to the practitioners. Social work faces difficulties in defining its *raison d'être* in this environment. University hospital social workers take on a large scope of roles but they differ in regards to the different wards or programs where they are assigned. Individual factors have also to be taken here in consideration. The pressure to discharge patients, the increase in workload and rythm of work are amongst the factors contributing to the erosion of clinical responsibilities to the benefit of more technical tasks and liaison and broker functions. The author believes that social work needs to clarify its contribution because the legitimacy of the profession is at stake with regard to this issue.

Key words: social work roles, qualitative research, University Hospital center, professional identity, clincial social work, discharge planning

Introduction

Dans le contexte actuel de restructuration continue des hôpitaux, la tâche de bien définir ce que font les travailleuses sociales en milieu hospitalier est d'une grande importance. Bon nombre d'auteurs qui se sont intéressés à la question sont d'avis que, de toutes les disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier, c'est le travail social qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive toujours pas à obtenir une véritable reconnaissance (Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2006; Globerman, Davies et Walsh, 1996). Le rôle de la travailleuse sociale continue d'être peu ou mal compris, non seulement des autres disciplines professionnelles, mais des praticiennes elles-mêmes (Gregorian, 2005; McMichael, 2000; Cowles et Lefcowitz, 1995). De plus, un nombre important de rôles ou de fonctions traditionnellement associés au travail social médical – on emploie encore assez largement les termes *travail social médical* afin de mieux cibler le travail social du secteur des soins physiques et de le différencier de celui pratiqué en psychiatrie et en santé mentale (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007) – sont aujourd'hui perçus comme assumés par plus d'une profession, notamment les infirmières et les ergothérapeutes (Abramson et Mizrahi, 2003). À défaut de bien définir leurs rôles et leurs contributions, les travailleuses sociales risquent de les voir définis par autrui et de se voir dévalorisées et marginalisées, voire remises en question (Auerbach, Mason et LaPorte, 2007; Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2004; Kitchen et Brook, 2000; Herbert et Levin, 1995).

Appelés à se prononcer sur les priorités à mettre de l'avant concernant cette pratique professionnelle, des leaders de la profession dans le milieu – gestionnaires, directeurs de département de travail social, chefs professionnels, coordonnateurs cliniques, etc. – n'ont pas hésité à placer la définition et la clarification des rôles de la travailleuse sociale parmi les cinq plus importantes priorités dans le contexte des réorganisations majeures de leurs départements (Mizrahi et Berger, 2005).

Cet article se veut un apport aux réflexions et aux débats concernant le rôle et la contribution du travail social des soins physiques en centre hospitalier universitaire (CHU). Une brève synthèse de la littérature à ce propos sera suivie d'une présentation des résultats et des discussions qui émanent de travaux de recherche doctorale que nous avons réalisés auprès de travailleuses sociales exerçant en CHU à Montréal.

Des contextes différents qui dictent la prudence dans la transposition et la réappropriation des écrits

L'étude des principales bases de données en travail social, en sciences sociales et en sciences de la santé (CINHAL, ERIC, Francis, Medline, PsycINFO, Social Services Abstracts, SSCI, Social Work Abstracts Plus) et du contenu des principaux périodiques au Québec et au Canada des dix dernières années (*Affilia, Intervention, Nouvelles pratiques sociales, Reflets, Revue canadienne de service social, Ruptures, Service social, Le*

Travailleur social canadien). met en évidence le fait que la littérature consacrée à cette pratique et à ses rôles est de loin plus abondante aux États-Unis, en Angleterre et en Australie qu'au Québec et au Canada, dépassant largement la proportion déjà plus élevée qui est attendue en tenant compte des populations différentes ici concernées.

Les contextes différents de ces pays commandent la prudence au moment de transposer et de s'approprier les résultats, les analyses ou les conclusions de ces travaux. En effet, des différences existent en matière d'accessibilité aux soins, des modèles de gestion des établissements, des pratiques professionnelles, ainsi que du financement (public, privé ou mixte) et des impacts qui en découlent sur l'équité dans les services (Gorin, 2000). Par contre, une conjoncture de plus en plus marquée par la mondialisation, la crise des finances publiques et les avancées technologiques entraîne des similitudes. Ainsi, il faut souligner la volonté des autorités publiques et privées de mieux contrôler les coûts, une réduction importante du nombre de lits en soins aigus, la réduction de la durée de séjour ainsi que la recherche d'une qualité accrue et du maximum d'efficacité (Berthiaume, 2008; Lechman et Duder, 2006; Pockett, 2003). L'introduction d'un financement basé sur les groupes de diagnostic – *Diagnostic-Related-Groups (DRG)* traduit par les termes de *diagnostics regroupés pour la gestion* –, aux États-Unis au début des années 1980 et dans une certaine mesure en Angleterre et en Australie avec la pratique du *case-mix* à partir de 1993, a eu des impacts majeurs sur l'ensemble des pratiques professionnelles dans le milieu (Lapointe, Chayer, Malo et Rivard, 2000). Au Québec, à ce jour, le financement des hôpitaux est entièrement public et repose sur un ajustement budgétaire aux coûts engendrés par les

services (Cazale, 2000) mais, face aux objectifs de contrôle des coûts et à la pression constante exercée pour réduire la durée de séjour, les hôpitaux se voient attribuer des objectifs de durée de séjour basés sur les DRG et leur financement est de plus en plus sujet à une évaluation de leur performance (Lechman et Duder, 2006). De fait, les pressions pour adopter un système de classification des patients, sous forme des DRG ou autres, sont de plus en plus importantes (Lévesque, 2007).

Revue de littérature (synthèse)

Le caractère complexe et multidimensionnel des rôles du travail social en milieu hospitalier est relativement bien exposé au sein de la classification en trois grandes catégories développées par Stewart (2003). Un premier ensemble de fonctions concerne les services directs aux patients et à leurs proches et comprend l'évaluation psychosociale, les interventions individuelles, de groupe et familiales, la gestion de cas, la planification de sortie et la liaison avec les services, le soutien et la défense de droits, le counselling et l'intervention thérapeutique brève. Un second ensemble de fonctions assumées par la travailleuse sociale regroupe ses rôles joués au sein des instances et des équipes pluridisciplinaires, notamment la coordination de conférences familiales, l'animation de comités éthiques, le développement de programmes et la participation à l'élaboration de politiques sociales en matière de santé et de services sociaux (Davis, Milosevic, Baldry, et Walsh, 2004; Corser, 2003; Bachman et Lind, 1997). Un troisième ensemble renvoie à ses

rôles et à ses fonctions d'enseignement et de recherche, lesquels sont plus présents dans les centres hospitaliers universitaires, car ils sont au cœur de leur mission (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Berkman et al., 1996). À notre avis, ce troisième ensemble devrait également comprendre les rôles de supervision professionnelle et d'encadrement clinique. Finalement, un quatrième ensemble pourrait inclure les fonctions de représentation et les mandats de développement de ressources, la présence au sein de comités intra et extra-organisationnels et les relations de partenariat dans le cadre d'un continuum de services.

Évaluation psychosociale

À la fois processus et finalité, l'évaluation psychosociale concerne tant l'individu, le couple, la famille que le groupe (Keefler, 2006). La praticienne œuvrant dans un service où se donnent des soins physiques est souvent mise au défi de produire des interventions efficaces mais limitées dans le temps. Les interventions brèves sont perçues comme une nécessité et ont fait leurs preuves dans la résolution de problèmes psychosociaux, notamment en traumatologie, aux urgences, en obstétrique et dans les services qui traitent les patients alcooliques (Kotrla, 2005; Dziegielewski et Holliman, 2001). En raison de sa formation, la travailleuse sociale élabore une évaluation psychosociale qui souligne les facteurs psychosociaux reliés à la maladie, soit ceux qui peuvent induire la maladie et ceux qui en sont les conséquences (NASW, 2006 et 2005; OPTSQ, 1999). Un atout précieux en

milieu hospitalier, puisque que la sévérité des problèmes psychosociaux représente une variable significative dans la durée de séjour des patients (Lechman et Duder, 2006).

Une présence au sein de la planification de sortie

La planification de sortie s'est développée de façon plus particulière depuis la période de restructuration en cours et exige la collaboration de plusieurs disciplines, de sorte que les travailleuses sociales ne sont plus les seules à s'y impliquer (Holliman, Dziegielwski et Teare, 2003; Jackson, Johnson, O'Toole et Auslander, 2001). La planification de sortie est un processus complexe visant à soutenir les patients et leurs proches et à faciliter leur transition de l'hôpital vers leur milieu de vie. Elle comprend plusieurs étapes qui requièrent des évaluations complètes et précises afin de déterminer adéquatement les besoins actuels du patient, d'anticiper ses besoins futurs, de prendre les bonnes décisions et de s'assurer d'une coordination et d'un suivi des services mis en place (Bowles, Naylor et Foust, 2002). Les risques de confusion de rôles sont omniprésents (Globerman, Davies et Walsh, 1996), et les infirmières sont plus souvent qu'autrement l'objet d'une plus grande considération et d'une plus grande reconnaissance de la part des administrateurs que ne le sont les travailleuses sociales (Holliman, Dziegielwski et Teare, 2003) et ce, malgré que la contribution du travail social est soulignée dans les cas complexes ainsi que dans les situations où l'ampleur des problèmes psychosociaux représente davantage un facteur déterminant la durée de séjour que ne l'est le diagnostic regroupé pour la gestion (Lechman et Duder, 2006; Ross, 1998).

Aujourd'hui, le processus de la planification de sortie est interdisciplinaire et ce sont l'infirmière et la travailleuse sociale qui sont au premier plan (Watts et Gardner, 2005). Cependant, plusieurs études qualitatives qui donnent une parole importante aux praticiennes de diverses disciplines (nursing, travail social, ergothérapie, etc.) mettent en lumière que la planification de sortie est souvent perçue comme étant au service d'impératifs administratifs, comme les pressions exercées pour libérer un lit, plutôt qu'associée à une coordination efficace de services et de ressources précédemment établis dans l'intérêt des patients (Corser, 2003). La pression est grande pour que les praticiennes répondent d'abord aux demandes administratives et médicales pour ensuite trouver une façon de faire accepter la situation aux patients et à leurs proches (Moody, 2004).

L'advocacy et la défense des droits

En 2001, la Fédération internationale des travailleurs sociaux adoptait une définition globale du travail social affirmant que les droits humains et la justice sociale en sont les fondements (IFSW, 2008). Au Québec, l'OPTSQ (2008) place la justice sociale au cœur de sa mission. En milieu hospitalier, il n'est pas rare que ce soit la travailleuse sociale qui assume la fonction de soutien et de défense de droits qu'est l'*advocacy*; autant au sein de l'hôpital qu'à l'extérieur, après la sortie du patient (Sulman, Savage et Way, 2001; Berkman et al., 1996). Toutefois, des recherches ont mis en évidence que de toutes les

activités cliniques exercées par la travailleuse sociale, la défense des droits est celle pour laquelle la praticienne consacre le moins de temps et qu'elle fait face historiquement à des contraintes particulières (Nelson, 1999). Ainsi, cette fonction est davantage de type rhétorique qu'objet d'application et est plutôt en décroissance. Plusieurs facteurs sont ici à considérer: la confusion autour du concept d'*advocacy*; le peu de soutien accordé à ce rôle par le milieu hospitalier; la faible préparation de la jeune praticienne à assumer ce rôle à sa sortie d'une école de travail social; voire son découragement (Mailick et Caroff, 1996; Herbert et Levin, 1995).

L'influence du contexte organisationnel, mais également de l'environnement immédiat de pratique, que représente l'unité de soins ou la spécialité

Dans les faits, le rôle du travail social demeure incertain et mal compris de la part des professions médicales. Plusieurs facteurs y contribueraient: l'incapacité du travail social à argumenter à propos de sa contribution et de la valeur ajoutée apportée; la hiérarchie qui prévaut au sein du système médical; et la confusion et l'enchevêtrement de rôles avec d'autres professionnels, notamment l'infirmière. Soulignons également que, bien que peu nombreuses, des recherches mettent en lumière que l'effritement des rôles plus cliniques de counselling, de thérapie brève et de défense des droits n'est pas constaté au sein de toutes les spécialités. Ces rôles sont encore très présents au sein des services d'oncologie, de désintoxication, de néphrologie et d'hémodialyse, de l'obstétrique et de la néonatalogie, et avec les patients atteints du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) (Stewart, 2003;

Sulman, Savage et Way, 2001; Gaskin et Spence, 2001; Glajchen, Blum et Calder, 1995; Gupton et McKay, 1995; Shorten, 1995). Il serait erroné de faire une corrélation directe entre la réduction de la durée de séjour et l'effritement des rôles de counselling et de défense de droits, puisque l'obstétrique demeure la pratique hospitalière où l'on observe, ces 20 dernières années, une réduction importante en matière de durée de séjour des patientes et de coûts associés à l'hospitalisation (Sulman, Savage et Way, 2001).

Enfin, il faut souligner la place de plus en plus importante pour l'intervention de crise. Ce fait est particulièrement marquant aux urgences ainsi que pour tout ce qui concerne les interventions auprès des personnes victimes de traumatismes (Mizrahi et Berger, 2005).

Methodologie

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une recherche doctorale de type qualitatif ayant pour question principale la contribution du travail social médical en centre hospitalier universitaire (CHU). Les perceptions qui se rapportent aux rôles, aux fonctions et aux contributions du travail social en milieu hospitalier universitaire diffèrent chez les praticiennes. La méthode qualitative a été déployée afin que le sujet de recherche soit posé en fonction des perspectives des interviewées et de comprendre comment et pourquoi ces perspectives évoluent.

Sites et installations

L'étude a été menée auprès des travailleuses sociales œuvrant dans le secteur des soins physiques des deux centres hospitaliers universitaires (CHU) pour adultes de l'île de Montréal, le Centre universitaire de santé de McGill (CUSM) et le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM). Tout comme les hôpitaux généraux, le CUSM et le CHUM offrent des soins généraux et spécialisés à la population locale. Mais, en tant qu'hôpitaux universitaires, ils offrent également des soins ultraspécialisés à une population locale, régionale et suprarégionale, tout en ayant une part importante de leur mission consacrée à l'enseignement et à la recherche (Lechman, 2006; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

Stratégies et échantillonnage

Nous avons conduit des entrevues semi-dirigées et approfondies auprès de 42 travailleuses sociales en provenance des sept sites pour adultes de ces deux CHU. Toutes les entrevues furent enregistrées et conduites par le même interviewer. Les données recueillies furent codées, saisies au moyen du logiciel Nud'Ist Nvivo et analysées selon une approche d'analyse de contenu thématique basée de manière flexible sur la théorisation ancrée (Miles et Huberman, 2003; Paillé et Mucchielli, 2008; Strauss et Corbin, 1998). À l'entretien de type qualitatif, reconnu pour son efficacité pour rendre compte du point de vue des acteurs

(Poupart, 1997), nous avons ajouté des groupes de discussion qui permettent une vérification des résultats en plus d'un renforcement de ceux-ci à travers le remodelage réciproque inhérent à cette méthode (Linhorst, 2002). Plus de 60 % des personnes interviewées ont participé à ces groupes de discussion et ont ainsi apporté une rétroaction significative.

Les travailleuses sociales interviewées furent recrutées à partir d'une stratégie d'échantillonnage par contraste (Pires, 1997), privilégiant ainsi la présence d'au moins un sujet par catégorie. Les années d'expérience des praticiennes variaient de quelques mois à plus de 30 ans pour une moyenne de 18 années. 85% sont des femmes et plus de 70 % ont été affectées dans plus de cinq unités ou spécialités différentes dans le cadre de leur pratique en milieu hospitalier. Les seules différences notables entre les praticiennes du CUSM et du CHUM se situaient au niveau de la langue maternelle (majoritairement le français pour le CHUM et majoritairement l'anglais pour le CUSM) et de la scolarité (plus de 50 % de diplômées de maîtrise en travail social chez les praticiennes du CUSM, comparativement à moins de 15 % pour celles du CHUM). On retrouve les travailleuses sociales au sein de toutes les spécialités de leur centre hospitalier avec une présence plus significative aux urgences, aux soins intensifs, en gériatrie, en obstétrique et en néonatalogie, aux soins prolongés ainsi qu'en neurosciences.

Résultats et analyse

Un rôle encore mal défini: porte d'entrée ou porte de sortie!

L'analyse thématique des transcriptions a permis de confirmer l'absence d'une base commune à leur travail. Plus des deux-tiers des praticiennes ont souligné avoir l'impression que leur rôle n'était pas défini et ne faisait pas l'objet de consensus parmi leurs collègues. La porte était donc ouverte à ce qu'elles soient mises à contribution pour bon nombre de situations qui ne relèvent pas nécessairement du travail social, qui se voit ainsi associé à une « demande de dernier recours ».

« Je trouve qu'on est souvent pris à faire des choses qui ne nous reviennent pas, (...) puis vu que c'est un congé rapide (...) ils nous pellettent souvent dans notre cour (...) » (P 41)

Toutefois, cette perspective n'est pas aussi négative qu'elle peut en donner l'impression, puisqu'elle permet d'occuper stratégiquement un premier interstice dans l'ensemble de la pratique. Une praticienne d'expérience n'hésitera pas à imaginer avec force ce qui caractérise les attentes des autres professionnels à l'égard du travail social.

« J'ai toujours dit que le service social, c'était la poubelle de l'hôpital. Mais des poubelles on en avait besoin (...), quand les intervenants ou les patients ne savent pas où se tourner, ils viennent vers le service social. Et ça permet (...) d'être en contact (...) avec un tas de monde, de pouvoir faire une stratégie d'intervention, trouver des solutions, puis de réorganiser les affaires. » (P 03)

Mais ce constat partagé génère de l'inconfort et les praticiennes nous ont paru ambivalentes. Considèrent-elles que c'est un défi et une opportunité à saisir (« des fois vaut mieux être impliquées quelle que soit la porte qu'on nous demande de prendre ») ou, au contraire, est-ce le reflet d'une méconnaissance et d'une dévalorisation de leur contribution?

« Well, I think what worries many people in the hospital, and myself included, is that it's always social workers have had to fight for their position because what we do is not as well defined as what other people do.» (P 30)

« I think from my experience of social work school and what not, I don't think our role is ever completely clearly defined and even like in all my years here, you know when ... everything is case by case, right, so it's still, it's sort of always a work in progress about what is our job and what is our role and what isn't. » (P 35)

La planification de sortie au cœur de la pratique

Le processus complexe qu'est la planification de sortie est associé à leur rôle principal par une majorité des répondantes. Il est souvent perçu comme la raison d'être de leur présence en milieu hospitalier. La demande constante de « libérer des lits » est à l'avant-plan des pressions subies et la journée débute sur cette note:

« A typical day would be to get a list of all the patients through on the floor. See patients that I've had for a while or see new patients and work with the

multidisciplinary team in terms of discharge planning and figure out (...) the best way to get a patient home or if not, other services in the community » (P 32)

« On est strictement identifié à ce niveau-là [la gestion de lit] et puis dans un contexte où quotidiennement la gestion de lits prend toute la place (...) on est pointé du doigt pour savoir ce qui se passe dans tel ou tel dossier puis l'intervention qu'on va mener a toujours (...) on a toujours en tête le fait de libérer ce lit là. Ça prend le pas sur à peu près tout le reste. » (P 36)

L'évaluation subjective qu'elles font de leur rôle dans la planification de sortie est plutôt négative. Ce rôle, qui « prend le pas sur tout le reste », est ressenti davantage comme prescrit. C'est un fardeau qui est imposé: « (...) and I think the most important thing, at least the burden that the corporation puts on social work is discharge planning » (P 19). On ira jusqu'à qualifier la sortie de « congédiement du patient » (P 36). Le sentiment de ne pas pouvoir faire son travail de façon complète est présent et source d'épuisement émotionnel et physique.

Le seul point positif de ce rôle se limite au fait que c'est ce qui explique leur présence à l'hôpital, ce qui leur permet d'intervenir par ailleurs. Une responsable clinique mentionnera:

« Our two basic priorities are patient discharge planning – that is what we prioritize – and avoiding unnecessary hospitalization. And that's why we put so much resources in emergency ». (P 24)

Un mandat d'humaniser les soins et les services

De façon nettement majoritaire, voire même quasi-unanime, les praticiennes ont souligné que l'intérêt de leur rôle réside moins dans leurs tâches concrètes que dans la mise en évidence de la singularité et du sens de leur présence, qui permet de réaffirmer une vision biopsychosociale de la santé. Leur présence interpelle les professionnels des autres disciplines en ce que le patient doit être considéré dans sa globalité, comme un individu à part entière, et non seulement comme un cas clinique.

« [le rôle] est des fois de réveiller les gens qui sont très dans le médical et qui oublient que la personne est un être en soi et qu'il y a des gens qui tournent autour d'eux et qu'il y a autre chose que le foie ou le cœur qui ne fonctionnent pas.» (P 25)

Ce discours est plus particulièrement tenu par les travailleuses sociales francophones. Il nous est cependant difficile de préciser les causes de différences si importantes dans le discours. Sont-elles linguistiques (le sens attribué au mot rôle diffère-t-il du français à l'anglais?), culturelles ou organisationnelles? Les groupes de discussion n'ont permis ni consensus ni clarification à ce sujet.

Cette reconnaissance d'une contribution d'humanisation des services est source de fierté et de motivation: « pour moi il y a des valeurs dans cette profession qui sont humaines et positives » (P 03). Cette contribution est ressentie à la fois comme un mandat et une responsabilité qui incombent à la profession. Néanmoins, elle n'est pas sans soulever des

dilemmes éthiques: les praticiennes sont de plus en plus mises à l'épreuve de la double loyauté, soit celle envers l'établissement et celle envers le client.

« (...) je trouve qu'à la limite, par moments, on nous demande pratiquement de laisser de côté le côté humain, donc de ne plus travailler pour le patient mais de travailler pour l'établissement. (...) Les médecins, je pense qu'ils nous voient aussi beaucoup comme c'est ta responsabilité de vider le lit. Moi j'ai fini avec lui. Tu n'as pas de ressources, moi, ça ne me regarde pas. C'est pas mon problème. » (P 09)

Et elle est intégrée à la responsabilité d'être travailleuse sociale, non sans apporter son lot de frustrations et de découragements par moments :

« Ton travail devient le contraire de ce pourquoi tu es allé en travail social finalement. Tu te bats pour garder ce côté-là très psychosocial mais en même temps tu te heurtes aux réactions des médecins et à la pression qui devient un moment donné... Comme je te dis ça dépend des médecins, ça dépend des disciplines et tout ça. Mais ça devient usant. C'est sûr que c'est à nous à le garder le côté psychosocial et ça je pense qu'on a une part de responsabilité là-dedans. » (P 09)

À l'exception de l'intervention de crise, des rôles cliniques importants s'effritent

L'analyse thématique des entrevues permet de reconnaître avec une certaine précision la contribution significative des travailleuses sociales en ce qui concerne la prise en charge des clientèles particulières et de secteurs d'activité. Toutefois, force est également de constater que des rôles cliniques importants, sources de valorisation – counselling, thérapie brève et défense de droits – connaissent un effritement pour plusieurs d'entre elles.

Néanmoins, dans d'importants secteurs d'activités, ces rôles connaissent un renouvellement. Quant à l'intervention en situation de crise, les travailleuses sociales soulignent un accroissement, notamment aux urgences, en traumatologie et à l'UHRESS (Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida).

"Je rencontre souvent les gens [patients, proches, amis] dans des situations de crise (...) et c'est souvent un moment intense dans l'intervention parce que même si cela reste court [dans le temps], les patients sont prêts à changer ou à changer des choses et nous pouvons travailler ça ensemble." (P 16)

"One of the main reasons for having a social worker taking part in the rounds early in the morning is that there is almost always a crisis that is not basically of a medical nature that will come up (...) it can be a family member suddenly showing up, a patient getting disorganized and just overwhelmed with all the info or having to cope at a fast pace (...) and members of the team will turn towards me or [colleague] to be able to fix things or at least deal with what is going on." (P 13)

Une prédominance pour des tâches techniques et des rôles de courtier et d'agent de liaison

L'évaluation psychosociale demeure très présente. Elle tient compte des ressources, des capacités de la personne, de son réseau, de son milieu de vie, de même que des opinions professionnelles des autres intervenants. Pour plusieurs, elle représente un moment d'affirmation de sa contribution.

« Le rôle du service social c'est de regarder la maladie d'un patient en regard de son fonctionnement quotidien (...) c'est de faire le lien entre la maladie, le patient et la société. » (P 07)

Mais les pressions sont grandes pour que cette activité soit ramenée à sa plus simple expression en raison d'une cadence de travail toujours en accéléré et de la demande constante de libérer des lits. À nouveau, le sentiment de ne pas faire leur travail de façon complète ou de se voir en quelque sorte dépossédées de leur raison d'être est palpable.

« Je trouve que les nouveaux formulaires, souvent sur informatique, peuvent faciliter bien des choses pour nous et pour les patients mais je me sens de plus en plus limitée (...) mon expertise n'est utilisée qu'en partie (...) il n'y a pas si longtemps que j'ai terminé mes études et je trouve qu'il y a un écart entre ce que j'ai appris et ce que l'on me demande de faire. » (P 17)

« Souvent je vois que je pourrais aller plus loin [dans l'évaluation] et même que je devrais (...) mais avec l'augmentation des requêtes et les congés qui se font de plus en plus rapidement, je me retrouve à passer de moins en moins de temps avec les patients. » (P 02)

Counselling et thérapie brève

Pour certaines, le counselling ne fait tout simplement plus partie de la pratique:

« There is a huge clinical part that has been put aside in the hospital setting because it's an acute setting and it's very short-lived, short-term, (...) We do deal with crisis,

you know crisis intervention, but in terms of more clinical indepth work, that's not really explored and it's not really, I guess, the right setting for it either. » (P 15)

Ces propos font écho à ceux d'une autre intervenante qui, tout en reconnaissant l'importance du travail thérapeutique qui est à faire, se résigne à ce que cela ne fasse pas partie intégrante ses interventions. À nouveau, le rôle de courtier prédomine.

« We have to be realistic (...) that you're in acute care hospital, so there is time limitation and there is also workload expectation, so you have to try and balance that as much as possible. (...) we do a lot of referrals to outside community services, CLSC's for follow-up because we are just not able to do the type of perhaps indepth counselling that maybe a family member might need. We don't necessarily omit that responsibility, what we do is we network. » (P 23)

Sans pour autant affirmer que le counselling n'est plus présent, une autre travailleuse sociale qui assume également des fonctions de supervision clinique auprès de ses collègues se résigne à un effritement de ce rôle et évalue que les praticiennes d'expérience en sont les plus affectées:

« I think it's one of the frustrations for a lot of our older staff particularly, is that it has changed in that regards. People used to see themselves doing counselling and you see less and less of that now, because of the other kinds of pressure that you deal with. » (P 33)

Mais cette résignation ne se traduit pas en renonciation. Elle mentionnera du même souffle que, malgré la modification de la tâche et une réalité sur le terrain devenue très pragmatique

et sous pression, un espace pour le counselling demeure. C'est un message, dira-t-elle, qu'il faut particulièrement transmettre aux jeunes générations:

« But what we also have to keep reminding them that even in what appears as mundane tasks, discharge planning, filling out forms, well there's still a lot of counselling that you can be doing in that process. » (P 33)

Mentionnons que le discours voulant que la pratique du counselling ou de la thérapie brève soit réduite, voire inexistante, est davantage évoqué par les praticiennes œuvrant dans des services où les sorties sont rapides, parfois expéditives, notamment en chirurgie.

Il serait toutefois erroné de conclure à une corrélation entre le service et le rayonnement du rôle et de la pratique clinique. L'analyse thématique des entrevues a permis de souligner la présence de facteurs individuels. L'évaluation, le counselling et la thérapie brève demeurent partie intégrante de leur pratique chez des travailleuses sociales qui les perçoivent comme des enjeux identitaires. Celles-ci sont à l'écoute de la moindre interstice qui peut se transformer en marge de manœuvre.

« Dans un premier temps j'étais très affectée par le changement (...) après plus de 20 années dans un secteur reconnu pour tes compétences et qui pose plein de défis cliniques, je me suis retrouvée en cardiologie et j'avais entendu toutes les histoires d'horreur (...) on donne congé ici, il faut faire vite là (...) pour découvrir assez vite qu'il y a des particularités importantes ici sur le plan psychosocial (...) notamment ce que vivent ces hommes au mitan de leur vie suite à un infarctus ou un pontage sur le plan de leur identité, dans leurs rôles (...) et que c'était là des choses à aborder durant tout le temps que je suis avec eux. » (P 26)

Advocacy et défense de droits

L'adhésion à la valeur fondamentale de la justice sociale trouve écho chez les praticiennes interviewées. Elles n'hésitent pas à faire valoir le rôle de défense des droits qui l'accompagne comme fondamental et nécessaire, mais ont le sentiment que le tapis est en train de leur glisser sous les pieds. À nouveau, la charge, l'augmentation de la cadence de travail et la pression pour libérer les lits sont évoquées comme les causes ayant pour conséquence la marginalisation pour qui voudrait trop s'y investir.

« It risks to come to a pinpoint where we will get less and less requests because some are thinking 'hey, if the social worker is on this case, it's going to be a patient that is going to stay longer in the hospital and that we do not need. » (P 28)

Les groupes de discussion ont permis de mettre davantage en lumière un discours plus discret lors des entrevues individuelles. Les praticiennes soutiennent et défendent les patients plus souvent qu'elles ne l'affirment, notamment en matière d'accessibilité aux services.

« Finalement, de la défense de droits, on en fait plus qu'on ne le pense. C'est vrai que presque à tous les jours, je constate que si je n'avais pas été là, que si je n'avais pas fait valoir l'importance que le patient ait tels ou tels services ou encore que je n'ai pas relancé le centre à plusieurs reprises pour que le patient puisse y être admis, et bien, ils n'auraient tout simplement pas eu ces services. » (P 25)

Le souci de faire preuve de rigueur et de sens stratégique – et ainsi de « choisir ses combats » – est au cœur de la pratique de défense de droits en milieu hospitalier.

« De la défense de droits, il en reste mais il faut savoir choisir ses combats. Mais quand je vois qu'un patient va avoir congé et que cela n'a vraiment pas de sens, je ne reste pas les bras croisés et toutes les stratégies sont envisageables: en discuter directement avec le patron [le médecin responsable], faire des alliances avec les autres intervenants et parfois inviter les familles à réagir (...) mais il faut avoir des bonnes raisons, des bons éléments au dossier (...). » (P 06)

Une présence marginale de la recherche

Nos résultats ne seraient pas complets sans faire mention de la question et de la place de la recherche au sein de la pratique des travailleuses sociales rencontrées. Force est de constater que celle-ci occupe une place des plus marginales. Une analyse minutieuse des transcriptions fait ressortir que moins de 10 % des praticiennes sont impliquées ou ont été impliquées dans le passé, dans le cadre de leur pratique en CHU, dans des activités de recherche. Bien entendu, une telle réalité est plus que déplorable dans un contexte où la recherche demeure une composante importante au sein de la mission d'un hôpital universitaire. Cette praticienne qui débute dans la profession résume bien l'inquiétude et la déception que cela peut engendrer:

"je trouve dommage que dans un centre hospitalier universitaire, qu'il n'y a pas beaucoup de recherche en service social que nous on fait. Moi j'aimerais ça, dans un monde idéal, j'aurais comme un temps hebdomadaire alloué pour... Il me semble que dans un centre hospitalier universitaire, ça serait normal d'encourager les gens à faire de la recherche ou à participer dans des activités de recherche."
(P05)

Cette marginalisation de la recherche au sein de la pratique professionnelle du travail social médical en milieu hospitalier n'est pas nouvelle et est présente au sein de la littérature (Blumenfield et Epstein, 2001; Globerman et Bogo, 2000). Les praticiennes qui ont participé ou qui participent présentement à des activités de recherche soulignent, non seulement la reconnaissance dont elles sont l'objet tout particulièrement lorsque cette recherche est effectuée au sein d'équipes interdisciplinaires, mais également la source de renouvellement et de de ressourcement à la fois personnel et professionnel qu'elles retirent de ces engagements.

Discussion

Cette étude a permis de confirmer des résultats recensés dans des recherches antérieures, produites dans des contextes différents. L'importance de la planification de sortie dans les fonctions du travail social en milieu hospitalier avait déjà été recensée. Somme toute, ce rôle qui demeure au centre de la représentation sociale du travail social porte toujours son lot de confusions. En tant que terme parapluie, il sert de couverture à une importante étendue de rôles et de fonctions accomplis tout au long de l'hospitalisation et durant la transition du patient vers son milieu de vie. La difficulté pour la profession de définir ses rôles et ses contributions persiste et prête ainsi le flanc à une possible déprofessionnalisation. Healy et Meagher (2004) définissent la déprofessionnalisation tout d'abord comme la fragmentation et la routinisation du travail social, et la perte

concomitante d'opportunités pour l'exercice de la créativité, de la réflexivité et du recours à la discrétion dans la pratique clinique. Ces auteures font ressortir quatre causes principales dans le processus de déprofessionnalisation dans le secteur du travail social. Les résultats de notre recherche rejoignent une de ces causes, à savoir que la pratique du travail social se déplace d'une attention autrefois portée sur les besoins de la clientèle vers une approche visant davantage l'évaluation et la gestion du risque.

En même temps, cette recherche a permis de mettre en relief de nouvelles dimensions concernant les rôles et les contributions des travailleuses sociales en milieu hospitalier universitaire en plus d'apporter des nuances selon les services dans lesquels les praticiennes sont affectées. Tout en confirmant un effritement des rôles de counselling et d'*advocacy*, la présente recherche met en lumière des « poches de résistance » significatives, notamment pour des praticiennes œuvrant dans les services d'obstétrique, de néonatalogie, de traumatologie, de désintoxication, du VIH-SIDA et, dans une certaine mesure, aux soins palliatifs et en oncologie. Face à une pression pour déprofessionnaliser leur pratique, ces praticiennes sont proactives afin de viser une reprofessionnalisation (ibid.). Ces praticiennes ressentent une meilleure reconnaissance et une plus grande compréhension de leur travail de la part des autres professionnels. Bien souvent, elles ont l'occasion d'exercer une pratique professionnelle qui s'étend en amont et en aval de l'hospitalisation des patients. En ce sens, elles font preuve d'une identité professionnelle solide et enracinée dans les valeurs de la profession, notamment concernant l'importance de la justice sociale et des facteurs psychosociaux dans la santé. Ces attributs sont également présents chez des

praticiennes œuvrant dans des secteurs moins enclins à donner place à ces rôles où des efforts et des stratégies sont déployés afin de les intégrer et de les faire reconnaître. Ici réside une importante source de leur motivation et des habiletés déployées. Elles ont le sentiment de s'ancrer à nouveau à la *raison d'être* de leur pratique:

« Hopefully myself, I hope that I've become more mature. I hope that I've become more realistic. I think I was realistic anyway when I started, I never wanted to save the world. But I do view social work and what I do as a professional vocation and as something that is valuable. I'm just not helping people, I believe in self-determination of the patient, that we are basically guiding along them by the side, guiding them towards what goals they need to meet. We don't do with patient, they basically do for themselves, sometimes they just need a little assistance and guidance and some support.» (P 23)

En définitive, des perspectives pour des recherches futures concernant la pratique et la contribution du travail social en milieu hospitalier universitaire ou encore en milieu hospitalier affilié à une université émergent de la présente étude. Une première perspective concerne la question même de l'apport bénéfique du travail social pour les patients. Plusieurs praticiennes en ont fait mention, mais une démonstration plus soutenue reste à élaborer. Les travailleuses sociales doivent développer des habiletés à évaluer l'efficacité et la pertinence de leur pratique en milieu hospitalier. De plus, les liens entre identité professionnelle et élargissement de la pratique clinique ont été timidement élaborés et gagneraient à être l'objet de recherches plus approfondies: dans quelle mesure l'identité professionnelle représente-t-elle une variable, non seulement à la survie de la pratique, mais également à un plus grand rayonnement clinique? Pour les deux perspectives que nous

soumettons, des collaborations entre les milieux de pratique et de recherche, notamment les écoles de travail social qui possèdent les habiletés pour le développement et l'implantation de telles recherches, seraient bienvenues.

Conclusion

Les dimensions structurelles ont été soulignées comme facteurs principaux vers une technicisation et une déprofessionnalisation de la pratique du travail social en milieu hospitalier universitaire. Elles relèvent surtout des contraintes de coûts et d'efficacité dans les soins et les services et se concrétisent dans la pression pour libérer les lits, l'augmentation de la charge et de la cadence de travail. Les travailleuses sociales, bien que parfois portées à se résigner, ne restent pas les bras croisés. Elles cherchent dans des espaces aussi petits soient-ils à affirmer leur contribution qu'elles désirent voir comme un dépassement du rôle de planificateur de sortie, la plupart du temps ressenti comme prescrit et imposé mais, parfois, ressenti également comme une opportunité et un défi. En ce sens, l'une des contributions premières du travail social en milieu hospitalier doit résider dans sa capacité d'évaluer et de proposer des interventions concernant les aspects psychosociaux de la santé ainsi que d'agir sur les déterminants sociaux de celle-ci.

En définitive, les travailleuses sociales en CHU assument un grand nombre de rôles dont la répartition est inégale, à la fois dans leur ensemble, mais également en fonction de secteurs

d'activité et parfois même de facteurs liés à l'individu. Le sentiment que la profession n'a pas clarifié ce que représente sa contribution en milieu hospitalier est très présent et des efforts doivent être investis pour réaffirmer ces rôles, les redéfinir et les renouveler. À défaut de clarifier cette contribution, le travail social risque de perdre sa légitimité en tant que prestataire de service.

RÉFÉRENCES

Abramson, J.S. & Mizrahi, T. (2003). Understanding collaboration between social workers and physicians: application of a typology, *Social Work in Health Care*, 37 (2), 2003, 71-100.

Auerbach, C., Mason, S.E., & LaPorte, H.H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 2007, 17-32.

Bachman, D.H. & Lind, R.F. (1997). Perinatal social work and the high risk obstetrics patient, *Social Work in Health Care*, 24 (3/4), 3-19.

Berkman, B., Bonander, E., Kemler, B., Rubinger, M.J., Rutchik, I. & Silverman, P. (1996). Social work in the academic medical center : advanced training a necessity, *Social Work in Health care*, 24 (1/2), 115-135.

Berthiaume, J.-F. (2008). De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social en milieu hospitalier, *Intervention*, 128, 6-14.

Blumenfield, S. & Epstein, I. (2001). « Introduction: Promoting and Maintaining a Reflective Professional Staff in a Hospital-Based Social Work Department », dans

Blumenfield, S. & Epstein, I. (éditeur), *Clinical Data-Mining in Practice-Based Research: Social Work in Hospital Settings*. Haworth Social Work Practice Press, 1-13.

Bowles, K.H., Naylor, M.D., & Foust, J.B. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions, *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 336-342.

Cazale, L. (2000). *La Gestion financière et pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics*. Thèse de doctorat, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Corser, W.D. (2003). A complex sense of advocacy: the challenges of contemporary discharge planning, *Case Manager*, 14 (3), 63-9.

Cowles, L. A. & Lefcowitz, M.J. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting : Part two, *Health and Social Work*, 20 (4), 279-286.

Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2006). Defining the role of the hospital social worker in Australia - Part 2. A qualitative approach, *International Social Work*, 48 (3), 289-299.

Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2004). Defining the role of the hospital social worker in Australia, *International Social Work*, 47 (3), 346-358.

Dziegielewski, S. F. & Holliman, D.C. (2001). Managed care and social work : Practice implications in an era of change, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 28 (2), 125-139.

Gaskin, S. & M. Spence (2001). Travailleuse sociale à l'hôpital : une partenaire dans la prestation des soins de santé, *Reflets*, 7 (2), 118-129.

Glajchen, M., Blum, D., & Calder, K. (1995). Cancer pain management and the role of social work : barriers and interventions, *Health and Social Work*, 20 (3), 200-206.

Globerman, J., & Bogo, M. (2002). The impact of hospital restructuring on social work field education, *Health And Social Work*, 27 (1), 7-15.

Globerman, J., Davies, J.M., & Walsh, S. (1996). Social work in restructuring hospitals, *Health & Social Work*, 21 (3), 178-188.

- Gorin, S.H. (2000). Inequality and health : implications for social work, *Health & Social Work*, 25 (4), 270-275.
- Gregorian, C. (2005). A Career in hospital social work : Do you have what it takes? *Social Work in Health Care*, 40 (3), 1-14.
- Gupton, A. & McKay, M. (1995). The Canadian perspective on post-partum home care, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, February, 73-179.
- Healy, K. & Meagher, G. (2004). The Reprofessionalization of social work: Collaborative approaches for achieving professional recognition, *British Journal of Social Work*, 34, 243-260.
- Herbert, M. & Levin, R. (1995). Current issues and future directions in hospital social work : report of a national Survey, *The Social worker / Le travailleur social*, 63 (2), 89-93.
- Holliman, D. C., Dziegielewski, S. F., & Teare, R. (2003). Differences and similarities between social work and nurse discharge planners, *Health & Social Work*, 28 (3), 224-231.
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2008). *Definition of Social Work*, téléaccessible à <http://www.ifsw.org>.

- Jackson, A.C., Johnson, B., O'Toole, M., & Auslander, G. (2001). Discharge planning for complex paediatric cases, *Social Work Health and Mental Health*, 34 (1/2), 161-175.
- Keefler, J. (2006). *Recording psychological assessments in social work: problems & solutions*. Thèse de doctorat, Montréal. Université McGill.
- Kitchen, A. & Brook, J. (2005). Social work at the heart of the medical team, *Social Work in Health care*, 40 (4), 1-18.
- Kotrla, K. (2005). Social work practice in health care : The need to use brief interventions, *Health and Social Work*, 30 (4), 336-339.
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F.B., & L. Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier, *Nouvelles pratiques sociales*, 13 (2), 164-180.
- Lechman, C. (2006). The Development of A Caseload Weighting Tool. *Administration in Social Work*, 30 (2), 25-37.
- Lechman, C. & Duder, S. (2006). Psychosocial severity, length of stay and the role of social work services, *Social Work in Health Care*, 43 (4), 1-13.

- Lévesque, G. (2007). *Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec, OIIAQ.
- Linhorst, D.M. (2002). A Review of the use and potential of focus groups in social work research, *Qualitative Social Work*, 1 (2), 208-228.
- Mailick, M.D. & Caroff, P. (1996). Professional social work education and health care : Challenges for the future, *Social Work in Health Care*, 24, 1-7.
- McMichael, A. (2000). Professional identity and continuing education : a study of social workers in hospital settings, *Social Work Education*, 19 (2), 175-183.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives (2^e édition)*, Paris, De Boeck.
- Mizrahi, T. & Berger, C.S. (2005). A Longitudinal look at social work leadership in hospitals : The Impact of a changing health care system, *Health and Social Work*, 30 (2), 155-165.
- Moody, H.R. (2004). Hospital discharge planning: carrying out orders ? *Journal of Gerontological Social Work*, 43 (1), 107-118.

National Association of Social Workers (NASW) (2006). *NASW Clinical indicators for Social Work services in the acute care medical hospital*. Washington, D.C., NASW.

National Association of Social Workers (NASW) (2005). *NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*. Washington, D.C., NASW.

Nelson, M. (1999). A View of social work advocacy in hospitals in Eastern Ontario, *Social Work in Health Care*, 29 (4), 69-92.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2008). *Notre mission*, téléaccessible à www.optsq.org/fr

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal.

Pailé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, (2^e édition), Paris, Armand Colin.

Pires, A.P. (1997). « Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », Dans Poupart & al. *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 113-169.

- Pockett, R. (2003). Staying in Hospital Social Work, *Social Work in Health Care*, 36 (3), 1-24.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Poupart & al. *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 173-209.
- Ross, J. W. (1998). « Hospital social work » Dans National Association of Social Workers' *Encyclopedia of Social Work, 19th Edition*, 1365-1376.
- Shorten, A. (1995). Obstetric early discharge versus traditional hospital stay, *Australian Health Review*, 18 (2), 19-39.
- Stewart, N. S. (2003). *Identity, competency and autonomy of medical social workers in acute care settings*. Thèse de doctorat, The University of Texas at Austin.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques : Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Sulman, J., Savage, D., & Way, S. (2001). Retooling social work practice for high volume, short stay, *Social Work and Mental Health*, 34 (3/4), 315-332.

Watts, R. & Gardner, H. (2005). Nurses' perception of discharge planning, *Nursing and Health Sciences*, 2005 (7), 175-183.

Chapitre VIII - Article Quatre : La Collaboration interprofessionnelle : perceptions et enjeux identitaires identifiés par les travailleuses sociales d'hôpitaux universitaires canadiens

Résumé :

Cet article se propose d'aborder les questions d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle en centre hospitalier universitaire de même que les impacts identitaires qui en résultent. Le véritable défi de la collaboration interprofessionnelle réside dans la capacité des professionnels à voir la réalité par les yeux des autres professions et d'être en mesure de recentrer les besoins et les problèmes des patients ainsi que les solutions potentielles dans des perspectives qui intègrent les façons de penser et d'agir des autres prestataires de service. Les travailleuses sociales, en raison de la nature multidisciplinaire, pluraliste et flexible de leur profession, de son historicité et de son parcours dans le milieu hospitalier, sont plus que favorables et en quelque sorte prédisposées à la pratique de la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, le contexte actuel du milieu hospitalier, tout comme le milieu de la santé en général, vient questionner, voire mettre à l'épreuve, non seulement les pratiques qui ont cours, mais également les bases fondamentales de ce qu'est une travailleuse sociale. L'auteur est d'avis que la travailleuse sociale fait actuellement face à des moments déterminants qui aboutiront soit à une marginalisation accrue, soit à un renouvellement et à un repositionnement au cœur des nouvelles communautés de pratique.

Mots-clé: interdisciplinarité, identité professionnelle, travail social en milieu hospitalier

Abstract :

This article addresses the issues of interdisciplinarity and interprofessional collaboration in university hospital centers as well as their impact on identity. Interprofessional collaboration's main challenge remains in the ability for practitioners to be able to see reality through the lens of other professions and also be capable to recenter on patient's needs and problems and their potential solutions in such perspectives that incorporate the ways of thinking and acting coming from their partners. Social workers appear more than open and favorable to interprofessional collaboration on behalf of the fact that social work is multidisciplinary by nature, pluralist and flexible, historically overall as a profession but also in its origins and development in hospital settings. Thus, social workers in hospitals are predisposed to interprofessional collaboration. But, in spite of repeated calls for interprofessional collaboration, the actual context of hospital-based practice and the overall health field, a dissonance remains between theory and practice. In such a turmoil, the fundamentals of hospital social work are questioned and challenged. The author subscribes to the point of view that social workers are presently facing a defining moment and the outcome could be one of added marginalization or significant renewal and repositioning in the midst of the emerging community of practices.

Key words: interdisciplinarity, interprofessional collaboration, hospital social work

Introduction

La situation à l'effet que les hôpitaux sont demeurés au centre du mode de fonctionnement du système de santé canadien est appelée à se transformer de façon majeure durant les prochaines années dans le cadre des orientations gouvernementales de tous les paliers visant à mettre l'accent sur les soins primaires et sur le développement des réseaux intégrés de services (Santé Canada, 2003; Romanow, 2002; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Ainsi, la tendance menant à une décroissance de la place occupée par les hôpitaux au sein de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux va se poursuivre, et ce, dans un contexte où le plus grand défi d'amélioration des soins de santé ne réside pas en la découverte de nouveaux traitements, mais plutôt en la réorganisation des processus de soins (Pronovost et al., 2004). Au Québec, les hôpitaux ont vu leurs effectifs diminuer (MSSS, 2008) à travers les diverses rationalisations, les réingénieries et les reconfigurations des 20 dernières années. En 2005, la part de l'hôpital dans les dépenses de santé ne constitue plus que le tiers des dépenses, comparativement à une part qui représentait presque la moitié des dépenses en 1980 (Contandriopoulos, 2007). Bon nombre de facteurs ont contribué à cette situation. On relève, notamment, les avancées technologiques qui ont pour conséquence, entre autres, de réduire considérablement la durée de séjour, voire de l'éviter (chirurgie d'un jour); la fermeture d'hôpitaux et de lits dans les établissements qui sont demeurés ouverts; la problématique de la pénurie de personnel qui est devenue chronique surtout en matière de soins infirmiers; le fait que le modèle hospitalier lui-même n'est plus adéquat pour surmonter les défis actuels alors que

l'accent est mis sur les soins offerts dans la collectivité et sur l'intégration des systèmes de prestation de soins, etc. (ACTS, 2006; Contandriopoulos, Contandriopoulos, Denis et Valette, 2005; Lamothe, 1999).

En même temps, le caractère multidisciplinaire des hôpitaux s'est maintenu, voire renforcé, entre autres par l'ajout de nouvelles disciplines. Et, tout comme l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, on y lance des appels pour une plus grande collaboration interprofessionnelle (CI). De tels appels répondent aux orientations qui ont cours sur le plan international, à savoir de privilégier le développement de *pratiques collaboratives centrées sur le patient* afin d'améliorer la santé de la population (Conseil canadien de la santé, 2005; Institute of Medicine, 2001). Tout récemment, l'Association médicale canadienne a adopté une résolution en faveur d'un modèle de soins collaboratif centré sur le patient en opposition au modèle dit traditionnel de prestation de soins axé sur le leadership du médecin traitant (Smadu, 2008). En 2005, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a produit un énoncé de position en faveur de la CI affirmant, entre autres, qu'une approche fondée sur la collaboration efficace des professionnels de la santé peut accroître la souplesse et la capacité d'intervention du système de santé (AIIC, 2005). L'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS, 2003) considère la CI comme l'une des principales activités se déroulant dans le secteur des soins de santé et invite ses membres à y jouer un rôle actif afin d'y transmettre les informations et les analyses permettant de faire les liens entre la santé physique et les conditions sociales (ACTS, 2003). De son côté, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) a intégré la

CI comme partie intégrante des compétences de la travailleuse sociale dans son *Référentiel de compétences* (OPTSQ, 2006). À ces appels en provenance d'ordres professionnels s'ajoutent également ceux de gestionnaires, de responsables de politiques sociales, de regroupements d'usagers, etc. Et, lorsque sollicités dans divers sondages d'opinion, plus des deux tiers des Canadiens croient que la CI améliorera non seulement la qualité de leurs services de santé mais en accroîtra aussi l'accessibilité (Milne, 2003).

L'intérêt pour l'interdisciplinarité et la CI ne cesse de prendre de l'ampleur. Toutefois, il existe peu de recherches qui témoignent du point de vue des acteurs impliqués. Le présent article propose d'exposer les résultats recueillis dans le cadre d'une recherche doctorale menée auprès de travailleuses sociales œuvrant en centre hospitalier universitaire (CHU) dans le secteur des soins physiques aux adultes de la région montréalaise. L'objet de la recherche initiale porte sur la contribution du travail social médical en CHU, mais le présent article aborde de façon plus spécifique les questions d'interdisciplinarité, de CI et des impacts identitaires qui en résultent. Ces questions sont ressorties parmi les thèmes majeurs et se posent en tant qu'importante source de préoccupation des travailleuses sociales interviewées.

Nous présentons les définitions retenues pour les termes de l'interdisciplinarité et de la collaboration interprofessionnelle, tout en précisant les différences avec celui de la multidisciplinarité. Ces notions sont importantes à clarifier étant donné l'absence de consensus qui les entoure au sein de la littérature. En second lieu, nous présentons une

synthèse de notre démarche méthodologique, celle d'une recherche qualitative qui s'est inscrite dans une perspective constructiviste de la théorisation ancrée. Tertio, le lecteur trouvera les résultats et une analyse de ceux-ci. Avant de conclure, une discussion aborde notamment de plus près les rapports entre les travailleuses sociales et les infirmières compte tenu de l'importance de ces dernières dans le discours des praticiennes interviewées. Enfin, nous concluons en reprenant certaines idées principales et en dégagant des pistes de recherche pour l'avenir.

De l'importance de définir la collaboration interprofessionnelle

La littérature scientifique concernant l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle, plus particulièrement dans les domaines de la santé et des services sociaux ainsi que de l'éducation, est devenue de plus en plus significative au cours des dix dernières années (D'Amour *et al.*, 2005; Health Canada, 2004). Il existe plusieurs définitions de la collaboration interprofessionnelle et un bon nombre d'entre elles restent vagues ou variables (Wacheux et Asmar, 2008).

Une définition générique de la collaboration interprofessionnelle avancée par D'Amour (1997: 399) stipule qu'elle est :

« faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur

expertise, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients ».

Bronstein (2003) propose une définition dite positive de la collaboration interprofessionnelle lorsqu'elle affirme que nous sommes en présence d'un processus interpersonnel effectif qui facilite l'atteinte des résultats qui ne pourraient être obtenus si les professionnels agissaient sur une base individuelle et de façon isolée. De façon générale, les termes de collaboration interprofessionnelle et d'interdisciplinarité sont employés de manière interchangeable, bien que les travaux les plus récents reflètent une tendance à privilégier les termes de collaboration interprofessionnelle (Couturier *et al.*, 2008). L'une des raisons pour lesquelles les termes de collaboration interprofessionnelle sont de plus en plus privilégiés réside dans le fait que nous sommes ici en présence de professionnels qui interagissent avec d'autres professionnels, plutôt que de disciplines interagissant entre elles. Qui plus est, plusieurs disciplines sont souvent présentes au sein même d'une profession (Mu et Royeen, 2004). C'est ainsi que l'on peut affirmer que le travail social est interdisciplinaire en ce qu'il puise dans les disciplines de la sociologie, de la psychologie, des sciences politiques, notamment. Ou encore que la formation et le développement concernant l'ergothérapie comprennent, sans y être limités, les disciplines de la psychologie, de la physiologie, de la physique et de la pharmacologie (Pedretti et Early, 2001).

Différences importantes entre collaboration interprofessionnelle et multidisciplinarité

Si toutes les deux sont ancrées au sein d'une équipe – et, ici, retenons la définition au sens strict d'un travail en équipe, à savoir un processus mené par un groupe de personnes qui travaillent ensemble pour atteindre un but et accroître leur efficacité dans l'accomplissement de la tâche (Kvarnström, 2008) – et font ainsi référence à des équipes composées de professionnels qui travaillent sur un même projet (Siegler et Whitney, 1994), c'est ici que s'arrêtent les similitudes. La multidisciplinarité se caractérise davantage par une juxtaposition de professionnels et de compétences où les intervenants agissent la plupart du temps en tant que consultants (Satin, 1994). Les interactions entre les membres d'une équipe multidisciplinaire sont beaucoup moins prononcées que celles au sein d'une équipe interprofessionnelle. S'il existe une certaine coordination, l'équipe multidisciplinaire fonctionne avec un minimum de structures et il n'est pas rare que ses membres ne se rencontrent qu'en très peu d'occasions, voire jamais (Paul et Peterson, 2001). Par exemple, les communications peuvent se limiter à la rédaction de notes évolutives au dossier que les autres membres de l'équipe consulteront, ou encore à des échanges de correspondance électronique (ibid.).

En définitive, l'équipe interdisciplinaire issue de la collaboration interprofessionnelle fait appel à une plus grande collaboration de ses membres et à l'intégration, à un certain degré, de thèmes et de schèmes partagés par différentes professions (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005). Le préfixe « inter » fait ici référence non seulement à une

pluralité ou une juxtaposition, mais aussi à un espace commun, à un élément de cohésion, à une propriété partagée qui dépassent le simple partage d'informations pour mener à de nouveaux schèmes de pensée (Baxter et Brumfitt, 2008). L'équipe interdisciplinaire est une composante structurée et structurante dotée d'un but et d'un processus de décision communs (Wells, Johnson et Salyer, 1998). Elle est donc basée sur l'intégration des connaissances et de l'expertise de chaque profession afin que les solutions aux problèmes complexes puissent être développées dans une perspective flexible et marquée par l'ouverture d'esprit (Bronstein, 2002; Paul et Peterson, 2001). En ce sens, l'équipe interdisciplinaire interpelle des changements. Le paradigme qui est à la base de tout système professionnel, c'est-à-dire que chaque discipline définit des cadres de travail solides sur le plan théorique, orientés vers la discipline et donnant accès aux juridictions professionnelles, qui sont en général régis de manière rigide (Abbott, 1988), est vivement interpellé par la collaboration interprofessionnelle qui privilégie l'implantation d'une logique de collaboration plutôt que de compétition (D'Amour, Ferra-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005; D'Amour et Oandasan, 2005). Au sein de la multidisciplinarité, malgré une coprésence des professions, il n'existe pas d'intention de transformer celles-ci, alors que cette intention est omniprésente au sein de la collaboration interprofessionnelle et se traduit souvent sous deux formes : soit l'émergence d'une nouvelle discipline (par exemple les neurosciences), soit un processus que Couturier *et al.* (2008) qualifient « d'hybridization », où l'interaction provoque des transformations du soi et de l'autre.

Methodologie

L'étude à l'origine de la présente thèse a été réalisée dans le cadre d'une recherche doctorale de type qualitatif ayant pour question principale la contribution du travail social médical en centre hospitalier universitaire (CHU). En tant que recherche exploratoire et analytique, cette étude n'avait pas d'hypothèse de départ. Notre démarche s'est inscrite dans une perspective constructiviste de la théorisation ancrée. Le but de la théorisation ancrée étant le développement, de manière inductive, d'une théorie de niveau intermédiaire solidement enracinée dans les données empiriques (Charmaz, 2005), son utilisation est particulièrement recommandée lorsqu'il s'agit d'étudier un phénomène qui a fait l'objet de peu d'analyses (Laperrière, 1997) et, c'est ici le cas pour ce qui est de la pratique professionnelle en milieu hospitalier universitaire au Québec et, de surcroît, en milieu hospitalier universitaire en général. Dans le processus d'analyse thématique, partie intégrante de la théorisation ancrée, la collaboration interprofessionnelle est ressortie, à la fois comme thème et comme préoccupation d'importance chez les travailleuses sociales.

Une stratégie d'échantillonnage par contraste (Pires, 1997) a résulté en des entrevues approfondies et semi-dirigées de 42 travailleuses sociales des soins physiques des deux CHU pour adultes de l'île de Montréal (Québec, Canada): le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Toutes les entrevues furent enregistrées sur bande audio et conduites par le même interviewer. Les données recueillies furent codées, saisies au moyen de logiciel Nud'Ist

Nvivo et analysées selon une approche d'analyse de contenu thématique basée de manière flexible sur la théorisation ancrée (Paillé et Mucchielli, 2008; Miles et Huberman, 2003; Strauss et Corbin, 1998). À l'entretien de type qualitatif, reconnu pour son efficacité quand il s'agit de rendre compte du point de vue des acteurs (Poupart, 1997), nous avons ajouté la tactique des groupes de discussion (*focus group*) qui permet une vérification des résultats en plus d'un renforcement de ceux-ci à travers le remodelage réciproque inhérent à cette méthode (Linhorst, 2002). Johnson (1996) et Kitzinger (1995) soulignent la pertinence des *focus group* afin de recueillir des informations sur la trajectoire de pensée et d'agir des personnes concernées et des sens qu'elles y inscrivent. Plus de 60 % des personnes initialement interviewées ont participé à ces groupes de discussion et ont ainsi apporté une rétroaction significative.

Tout comme les hôpitaux généraux, le CHUM et le CUSM offrent des soins généraux et spécialisés à la population locale mais, de plus, en tant qu'hôpitaux universitaires, ils offrent également des soins spécialisés et ultraspecialisés dans les secteurs tertiaire et quaternaire à une population locale, régionale et suprarégionale. Ce volet soins est complété par une part importante de leur mission fondamentale consacrée à l'enseignement et à la recherche (Lechman, 2006; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Le CUSM et le CHUM ont été fondés en 1997 et résultent du regroupement de plusieurs hôpitaux.

Les effectifs en travail social de ces deux établissements ont beaucoup de points en commun : le total de leurs effectifs; de nombreuses caractéristiques des travailleuses sociales telles que le groupe d'âge, les années d'expérience au sein de la profession en général et en milieu hospitalier de façon plus spécifique; les unités de soins et les programmes où elles sont affectées. Les données recueillies à cet égard (voir tableau 1) font ressortir deux différences majeures : la première a trait à la langue maternelle des praticiennes et la seconde à la scolarité où l'on retrouve une proportion beaucoup plus élevée de travailleuses sociales possédant une maîtrise en travail social au CUSM (50 %) qu'au CHUM (moins de 20 %).

Tableau I
Caractéristiques des effectifs en travail social, CHUM et CUSM, secteurs des soins physiques

	CHUM	CUSM	Total
<i>Sexe</i>			
Femmes	54	48,5	102,5
Hommes	5	3	8
<i>Groupes d'âge</i>			
Moins de 30 ans	14	10,5	24,5
31 à 39 ans	15	8	23
40 à 49 ans	9	14	23
50 ans et plus	18	16	34
<i>Langue principale</i>			
Français	57	3	60
Anglais	0	48,5	48,5
<i>Expérience en travail social</i>			
Moins d'une année	7	3	10
1 à 5 années	11	9,5	20,5
6 à 10 années	12	9	21
11 à 20 années	11	8	19
20 années et plus	15	18	33

<i>Expérience en milieu hospitalier</i>			
Moins d'une année	7	3	10
1 à 5 années	13	11,5	24,5
6 à 10 années	12	10	22
11 à 20 années	11	9	20
20 années et plus	12	14	26
<i>Scolarité</i>			
Baccalauréat	45	22	67
Maîtrise	8	24	32
Autres (techniques)	4	3	7

Les travailleuses sociales sont présentes dans presque toutes les unités de soins et de spécialités de leur établissement avec des concentrations plus marquées dans certains services, comme en font foi les données recueillies et illustrées dans le tableau II. Ce tableau permet de comparer la répartition de ces effectifs dans leur ensemble ainsi que celle des praticiennes qui ont été interviewées.

Tableau II

Répartition selon les affectations par unité de soins des travailleuses sociales – tableau comparatif entre les effectifs et les travailleuses sociales interviewées dans le cadre de la recherche

	CHUM Total	CHUM entrevues	CUSM Total	CUSM entrevues
Coordination clinique	3	2	3	2
Chirurgie cardiaque et cardiologie	2,5	1	2	1
Chirurgie digestive	1	0	0	0
Chirurgie hépatobiliaire	0,5	0,5	0	0
Chirurgie vasculaire thoracique	1	0	1,5	0,5
Gastroentérologie	1	0	0	0
Gériatrie	2,5	1	5	2
Grands brûlés	0,5	0	0	0
Hépatologie / greffe hépatique	1	1	0	0
Isolement	1	0	0	0
Médecine familiale	1,5	0,5	0	0

Médecine interne	2	1	4	1
Microbiologie	1	0	0	0
Néphrologie / hémodialyse	2,5	1,5	2	1
Neurologie et neurosciences	4	1,5	5	3
Obstétrique / néonatalogie	2	2	2	0
Oncologie	3	1	4	2
Orthopédie	1	1	0	0
Pneumologie	2,5	0,5	1	0,5
Soins intensifs	0,5	0	7	1
Soins palliatifs	1	0,5	0	0
Soins prolongés	4,5	1	5	1
Transplantation pulmonaire	1	1	0	0
Traumatologie, orthopédie	0	0	2,5	1
Traumatologie cérébrale	0	0	2	1,5
Urgence	3,5	2	4	1,5
Urologie	0,5	0	0,5	0
VIH – UHRESS	3,5	2	2	0
Autres ⁶	3,5	1	1	1

Résultats et analyse

Une collaboration interprofessionnelle qui se fait attendre...

Un premier constat : en fait, la CI demeure marginale en pratique et, au mieux, nous pourrions affirmer que la CI en est présentement à ses premiers balbutiements au sein de ces institutions. Une analyse minutieuse des verbatims des 42 entrevues (plus de 2 000 pages en tout), nous amène à conclure que 8 entrevues font ressortir la présence au sein de leur pratique actuelle ou au cours de la dernière année, d'une pratique empreinte de

⁶ Comprend des praticiennes qui ne sont pas affectées à une ou des spécialités, par exemple qui assument une couverture multiple et au besoin ainsi que dans des unités qui sont l'objet d'une couverture de deux jours par semaine ou moins.

collaboration interprofessionnelle au sens que nous l'avons définie au début du présent article, c'est-à-dire qu'il y a mise en commun et partage d'expertise, d'expérience et de connaissance, que l'approche est centrée sur le client, et qu'il y a un lieu établi et consacré, par exemple des réunions formelles quotidiennes ou hebdomadaires, des tournées interdisciplinaires, etc.

Une praticienne qui œuvre depuis plus de dix années au sein de son CHU et qui a été affectée à plus d'une douzaine d'unités différentes s'exprime sans équivoque : « I think interdisciplinary work is extremely important in a hospital. And I think it's very much lacking in basically every unit I've watched. » (P 27) Les travailleuses sociales expriment des sentiments ambivalents envers la CI : elles y adhèrent, mais demeurent déçues de rester dans l'attente qu'elle prenne véritablement forme.

Là où elle est présente, la CI revêt bien des figures de style. Tantôt, elle se retrouve dans l'informel et apparaîtra « plus boîteuse » de l'avis d'un responsable clinique, tantôt, elle est officialisée au sein d'équipes pluridisciplinaires où l'expérience, bien que marginale, est qualifiée comme étant des plus positives. Ici, une tendance commune aux deux établissements se dégage : ces équipes et donc cette pratique de la CI s'inscrivent dans des expériences particulières, par exemple, dans le cadre d'un programme pancanadien sur la CI en gériatrie (gériatrie), au sein d'un projet pilote d'amélioration continue (neurologie) ou encore dans un processus d'accréditation à titre de centre national (oncologie). Et, si ces expériences sont appréciées des travailleuses sociales qui s'y trouvent, elles ne sont pas

sans faire l'envie des praticiennes qui n'en retrouvent pas dans leur unité: « On entend beaucoup parler d'interdisciplinarité mais on en voit peu. » (P 05)

Une multidisciplinarité en montagnes russes...

La multidisciplinarité est de loin plus présente bien que de manière très inégale et revêt pratiquement toutes les formes, des plus informelles (des rencontres *ad hoc* et sur demande) aux plus officielles (réunions hebdomadaires) en passant par toutes les figures de style (des formats multiples intégrant des rencontres brèves, spontanées et plus approfondies). Le plus souvent, un petit nombre de professions demeurent impliquées dans le travail multidisciplinaire et les travailleuses sociales ont exprimé que celui-ci se traduisait en général par un tandem infirmière/travailleuse sociale. L'évaluation de cette collaboration demeure mitigée. À un bout du spectre, on trouve des expériences des plus désagréables où ne se vivent ni CI ni multidisciplinarité. Les praticiennes associent ces situations à des individus tantôt autocratiques tantôt rigides qui, occupant des positions stratégiques, sont à l'origine des impasses ressenties.

« Et ça m'a été clairement dit par ce chirurgien-là que les gens n'étaient pas ici pour être évalués en physio, [évaluation demandée par la travailleuse sociale afin de compléter son évaluation du milieu de vie dans lequel le patient devait retourner] que s'ils avaient besoin d'une évaluation ça serait à la maison par le CLSC. (...) Il y a certains médecins pour qui le travail interdisciplinaire est vraiment vraiment tassé du revers de la main. » (P 39)

“This is literally going to the [specific unit] was like parachuting into a foreign country with no map. There was no rounds, you don’t know who the resident doctor is because they change almost from day to day, or so it seems, you don’t know who the nurse is. There’s no team, you have to find who the physio is and...” (P 19)

La reconnaissance au cœur d’une évaluation positive

Dans l’attente d’une véritable CI, une majorité des praticiennes n’hésitent pas à souligner, d’une part, les petits détails du quotidien qui sont empreints de respect et de confiance et, d’autre part, les activités qu’elles mettent en place elles-mêmes et qui sont l’objet de reconnaissance professionnelle, comme étant les deux éléments les plus positifs de la CI ou de la multidisciplinarité.

Ces petits détails correspondent à une foule de petites choses aussi hétéroclites les unes que les autres, mais que ces praticiennes ont tenu à souligner à un moment ou à un autre lors des entrevues. Elles peuvent concerner le fait que la réception de la clinique où elles sont affectées les traite comme les autres professionnels en matière de prise de rendez-vous pour les patients; la mise en place d’un lieu physique pour des rencontres quotidiennes aussi brèves soient-elles; ou une répartition plus équitable entre les professionnels des tâches moins prestigieuses mais néanmoins nécessaires aux activités visant l’atteinte d’objectifs pour le patient (par exemple tout le travail bureaucratique qui peut entourer l’organisation d’un départ vers un lieu de convalescence, etc.).

Quant aux activités qu'elles mettent sur pied et qui sont sources de valorisation et de reconnaissance, elles sont multiformes et les travailleuses sociales soulignent leur satisfaction d'apporter une contribution spécifique à leur expertise. C'est ainsi qu'elles sont de plus en plus nombreuses à préparer, à animer ou encore à être sollicitées pour des activités sur des thèmes précis : comme la violence conjugale; le dépistage des situations à risque (enfance, famille); l'évaluation de l'inaptitude et de la pertinence de procéder à l'ouverture ou non d'un régime de protection; les techniques d'entrevue; les évaluations dans le cadre des dons d'organe et des greffes (pulmonaire, rénale et hépatique); les deuils; l'immigration, etc.

Une autre forme de reconnaissance : la singularité des clientèles que le travail social investit

Si la confiance mutuelle est essentielle à la CI, celle adressée au travail social peut être renforcée d'un capital de sympathie des autres professions qui reconnaissent l'investissement sélectif mais exigeant pratiqué par les travailleuses sociales, soit d'être constamment impliquées auprès des clientèles présentant plus de complexités et de problématiques.

« Au niveau de l'hôpital, dans l'ensemble les gens, les infirmières, les psychiatres et tout, les autres professionnels vont dire qu'on a une charge assez difficile. Moi je vais me le faire dire régulièrement. (...) Ils sympathisent en disant "Mon Dieu tu es

toujours dans de la détresse. Tu es toujours en train de supporter quelqu'un. Tu es toujours... Ça doit être dur avec les années et tout ça. Tu es dans des pertes, des chicanes de famille et tout". Donc on a quand même un rôle... Peut-être que les infirmières me disent souvent. "On ne le ferait pas ton rôle. On ne serait pas capable de jouer ton rôle". C'est quand même reconnu pour dire que pour eux autres ça semble assez... une tâche assez difficile. » (P 10)

Un espace pour exercer un rôle de défense des droits des patients (advocacy)

Bien que le rôle de défense des droits des patients connaisse une relative décroissance en milieu hospitalier (Nelson, 1999) les praticiennes soulignent l'opportunité pour le réactiver que le travail en équipe multidisciplinaire peut représenter. Ce sera l'occasion de créer et de bâtir des alliances avec les autres professionnels afin de faire valoir les droits des patients. Le travail social est souvent appelé à jouer un rôle de leader en la matière.

"They [nurses] will disagree with the doctors but I've never seen a doctor confronted. We will often be asked upon to move into the case and we will have to be very strategic [...] because we will see the things that can be detrimental for the client and will voice them out." (P 31)

La flexibilité dans les rôles

La flexibilité est une des cinq composantes fondamentales de la CI selon Bronstein (2003). Elle vise à dépasser l'interdépendance et renvoie à une intention délibérée de produire une imbrication de rôles (role-blurring) basée sur des relations moins hiérarchiques (Humphris et Masterton, 2000). La flexibilité s'est avérée peu présente et peu significative, mais les praticiennes qui ont souligné une expérience positive de la CI n'hésitent pas à s'y associer si la flexibilité dans les rôles se traduit par une relative interchangeabilité, car alors elle ne se présente pas comme une menace.

« Je crois que nous sommes devenues une équipe au fil des années avec une infirmière engagée socialement et une travailleuse sociale sensible aux aspects médicaux, et même une psychologue qui n'a pas peur de faire des choses concrètes, plus techniques (rires). » (P 22)

Cette autre praticienne qui œuvre depuis plusieurs années dans un secteur reconnu pour son leadership dans sa spécialité salue la perméabilité des frontières professionnelles qui permet l'accès à des informations essentielles dans le travail.

« Everybody is more... there's a permeability of the boundaries in the information sharing, and the education, the learning. [...] That's an important piece and that's help me to understand where this whole situations is going, because I know a little bit more about physiotherapy and occupational therapy and what their goals are. I think they feel the same way about me, about where I'm going.» (P 21)

Une perspective commune et des valeurs partagées

Cette composante est primordiale pour atteindre un niveau plus avancé dans la CI ou encore pour tirer une grande satisfaction de son travail en multidisciplinarité. Dans de telles situations, il ne manquerait que les éléments structurels à la mise en place d'une véritable CI. Clark (2006) situe le véritable défi de la CI dans la capacité des professionnels à voir la réalité par les yeux des autres professions et d'être en mesure de recentrer les besoins et les problèmes des patients ainsi que les solutions potentielles dans des perspectives qui intègrent les façons de penser et d'agir des autres prestataires de service. En tant que profession non médicale, les travailleuses sociales sont *de facto* minoritaires et dans une position potentiellement marginale. Et cela, non seulement au niveau du nombre, mais également sur le plan des idéologies et des valeurs. Elles sont nombreuses à l'exprimer, mais s'étonnent parfois d'une « contamination » inattendue. C'est alors qu'elles observent et apprécient que les autres membres de l'équipe accordent une importance et s'intéressent aux dimensions familiales et sociales des patients.

“There's quite an emphasis on family work, family dynamics, family assessment, trying to look at the patient holistically not just as a collection of injuries, but like what kind of job, what kind of place does he live in, what kind of friends, is there a large support network, is there no support network. All of that kind of things. What kind of crisis have been occurring, many times we'll get the patients who had experienced a major crisis just before this accident, so it can be quite intensively crisis intervention, which is like moments of sheer terror.” (P 19)

Le leadership exercé par le responsable du programme ou de l'unité

En analysant de plus près les données recueillies chez les huit praticiennes qui vivent ou ont expérimenté récemment la CI au sein de leur pratique, celles-ci soulignent le leadership positif exercé par le responsable de leur programme comme étant un facteur clé pour leur réalisation. Sans ce leadership, plusieurs sont d'avis que la pratique de la CI ne serait pas ce qu'elle est : c'est d'abord parce que le responsable, le « patron » comme elles n'hésitent pas à le nommer, y adhère ardemment. Et lorsque le modèle de leadership est celui d'un leadership partagé, l'expérience est encore davantage appréciée.

“And I think that ultimately the program management or our program is important because of the leadership model, the management model, which is actually a kind of attempt to make everybody a manager if you will, that there's such a participation and ownership of the ensemble...” (P 18)

Ce dernier extrait met en lumière une réappropriation par l'équipe dans son ensemble, ce qui n'est pas sans s'inscrire de façon très positive dans deux autres des composantes principales de la CI nommée par Bronstein (op.cit.), à savoir la propriété collective des buts et une réflexion sur le processus. La propriété collective des buts, fait référence à une responsabilité partagée entre tous dans l'ensemble du processus visant à atteindre les objectifs recherchés, allant de l'évaluation initiale à la sortie du patient en passant par la définition du problème et par la planification de l'action. L'adhésion à une perspective centrée sur le patient est au cœur de cette composante. Enfin, en portant attention au

processus même de leur travail en commun, la réflexion sur le processus vise une rétroaction et un renforcement des relations de collaboration et de son efficacité.

De nombreuses barrières à la CI

Les obstacles à la CI sont constamment mentionnés au sein des discours de pratiquement toutes les praticiennes interviewées. Ces obstacles nommés rejoignent ceux que l'on recense dans la littérature récente à ce sujet (D'Amour et al., 2005; Bronstein, 2003; Schoefield et Amadeo, 1999). C'est ainsi que la charge de travail, la confusion des rôles, l'instabilité et la pénurie du personnel (« c'est un travail qu'il faut reprendre constamment quand tu changes régulièrement de partenaires » (P 11), des réunions centrées presque uniquement sur les aspects médicaux, l'absence de certaines professions aux réunions dites multidisciplinaires, les luttes de pouvoir et l'esprit de compétition entretenu par certains, et des conflits de valeurs ont été soulignés dans les entrevues.

Un pouvoir qui reste encore très concentré

Le langage reflète un rapport de communication entre individus et acteurs sociaux qui à son tour traduit un rapport de pouvoir (Bourdieu, 1982). L'omniprésence du mot patron pour désigner le médecin responsable du programme ou de l'unité témoigne de l'emprise

caractéristique du pouvoir symbolique dans le discours. Il est étonnant et en même temps révélateur d'entendre cette appellation comme s'il s'agissait de la secrétaire médicale qui interpelle son... patron!

« Mais les jeunes (résidents) qui commencent à être **patrons**, eux autres par exemple, ils sont plus soucieux de notre rôle au sein d'une équipe interdisciplinaire. » (P 34)

Certaines posent un regard que l'on doit en quelque sorte qualifier de très lucide sur ces rapports et sur la place du travail social dans la hiérarchie des professions.

"I mean our status is not like... but you know there's a hierarchy in a hospital. Doctors are at the top of that. And we're not... we're not close to the top, that's a given, I mean we're not... we have to live with that." (P 29)

Les rencontres en équipe, tant officielles qu'informelles, seront le plus souvent le théâtre de ces relations de pouvoir où la reconnaissance et la légitimité propre sont constamment à l'avant-scène.

« Je pense que tu dois, entre guillemets, vendre ta salade et ta compétence professionnelle, lors des réunions multidisciplinaires et c'est sûr que plus tu acquiers de l'expérience, plus aussi tu prends de l'âge, plus les gens vont t'accorder... » (P 04)

Et, finalement, même dans les situations où le pouvoir partagé et des plus équitables est plus que souhaité, la position objective stratégique qui est exercée par chacun vient brouiller les cartes.

« Puis le malheur, c'est quand on arrive (...) quand notre intervention vient après celle qu'elles [les autres professionnelles] font, là on en mesure toute la portée. C'est-à-dire que les gens vont carrément nous dire "Ça j'ai déjà répondu à ça. J'ai croisé votre collègue travailleuse sociale" alors que... » (P 08)

Une grande source de préoccupation et un questionnement dans l'interprofessionnel

L'interface avec la profession la plus présente en nombre au sein du milieu hospitalier est source d'une préoccupation grandissante pour les travailleuses sociales. Bien que toutes partagent à un moment ou un autre des éléments des plus positifs concernant leur collaboration, nombre d'inquiétudes sont ressenties et exprimées sur le rayonnement de plus en plus étendu des activités professionnelles des infirmières ainsi que sur leurs positions stratégiques dans la hiérarchie. Les travailleuses sociales furent nombreuses à s'interroger sur la pertinence de leur propre présence dans un avenir rapproché si la tendance se poursuit.

« Ma principale préoccupation ça serait de voir le rôle du service social s'effacer tranquillement. Je trouve que depuis quelques années [...] il y a de plus en plus de titres d'infirmières [...] Il y a les infirmières qui sont au chevet du patient, elles sont

indispensables. Il y a les infirmières de liaison. Puis depuis quelques années il y a les infirmières de suivi systématique de clientèle. Alors est-ce que ça va arrêter? [...] Je trouve que le champ infirmier se développe, puis j'ai peur que ça soit au détriment du nôtre. [...] Ça va être les gestionnaires de programmes qui vont être les patrons en fait de ces intervenants-là, qui sont souvent je pense un médecin puis une infirmière. Ça fait peur. [...] Moi ça me préoccupe. » (P 25)

Discussion

Interface avec les infirmières : les jalons d'une crise identitaire...

En plus de souligner une faible présence d'une véritable collaboration interprofessionnelle – qui représente l'exception plutôt que la règle – ainsi que la prédominance de la multidisciplinarité, ces résultats rendent plus que palpables la crainte et l'insécurité ressenties par bon nombre de travailleuses sociales. Plusieurs sentent leur présence menacée à plus ou moins longue échéance. L'interface avec les infirmières est au cœur de cette crise d'identité. L'inconfort relationnel, voire la compétition, entre travailleuse sociale et infirmière n'est pas nouveau et ne tend pas à diminuer (Reese et Sontag, 2001; Hudson, 2002). Le sentiment qu'une appropriation des tâches et des responsabilités qui incombent au travail social est exercée par bon nombre d'infirmières est très présent. Le fait qu'à la fois la formation et les modèles de pratique des infirmières comprennent des dimensions psychosociales de plus en plus significatives vient accroître la légitimité de la pratique infirmière en ce sens (Netting et Williams, 1996). Les travailleuses sociales soulignent

nombre d'incidents, plus ou moins isolés les uns des autres, mais également la prolifération des catégories d'infirmières : cliniciennes, praticiennes, de liaison, de suivi systématique, etc. Cette diversité de rôles n'est pas surprenante dans un contexte où, au sein même de la profession d'infirmière, les voix sont de plus en plus nombreuses à souligner la présence d'une crise d'identité professionnelle et à mettre en lumière le fait que les tâches et les responsabilités de soins qui leur étaient traditionnellement dévolues sont déléguées au personnel de soutien, aux malades et à leurs proches (Corbin, 2008).

... Mais une identité professionnelle qui se renouvelle

Toutefois, bien qu'elles tiennent parfois un discours défaitiste, les travailleuses sociales ne demeurent pas paralysées. Tout en exprimant leur inquiétude relative à la situation actuelle, les travailleuses sociales s'engagent dans des processus de négociations qui se traduisent en discussions, en accords, en arrangements et en réarrangements, en marchandages, etc., pour ce qui est d'un avenir rapproché. Le quotidien des praticiennes en est marqué et ce sont pratiquement tous les interstices qui sont mis à contribution. Tantôt, on n'hésite pas à mesurer ses forces (« choisir ses combats »), tantôt, on n'hésite pas à investir des lieux nouveaux. En ce domaine, les efforts déployés au sein des spécialités où elles sont affectées sont à souligner; ces efforts leur ont d'ailleurs valu des marques de reconnaissance à maintes reprises. Certains pourraient y voir des impacts négatifs sur le plan identitaire – un sentiment d'appartenance plus significatif envers la spécialité qu'envers la profession

comme certaines l'ont ainsi exprimé –, nous préférons penser que l'identité n'est pas statique et que, pour bon nombre de praticiennes, ce sont des identités qui sont à prendre en considération. Dans une perspective phénoménologique constructiviste, l'identité professionnelle ne se limite pas au modèle fonctionnaliste des professions d'une étiquette fixe qui renvoie à un membership fait sur mesure pour un groupe particulier ou énonçant la mise en œuvre d'un ensemble de tâches (Tourmen et Toulemonde, 2005). Elle est plutôt perçue comme étant construite à travers les interactions et les relations entre les personnes (Butt, 1996). Un modèle plus près des conceptions de l'interactionnisme symbolique des penseurs nord-américains affirme que l'identité professionnelle est un processus perpétuel, en action, au sein duquel les personnes recréent et négocient continuellement leur rôle et leur place dans chaque interaction sociale (King et Ross, 2003). L'identité, qui soulève la question du « qui suis-je? » (Rey, 1992) n'est pas qu'affaire de soi, mais aussi et surtout rapport à autrui (Couturier et Chouinard, 2003).

Cette mise en forme identitaire est marquée par une mouvance qui est objet de reconstruction. Couturier (2002) a déjà bien mis en évidence l'influence des changements des conditions de pratique concernant l'ajustement de la forme identitaire. Les processus décrits dans la présente étude sont incomplets, c'est-à-dire qu'ils ont encore à l'œuvre et évolueront vers une gestion par programme ou non, mais ils ont déjà entraîné des changements identitaires significatifs à la fois négatifs (on a le sentiment que le tapis nous glisse sous les pieds) et positifs (on s'active à notre tour, tel un effet d'entraînement).

... et des leçons à s'approprier

Si le contexte présent vient questionner, voire mettre à l'épreuve, non seulement les pratiques qui ont cours, mais également les bases fondamentales de ce qu'est une travailleuse sociale ou une infirmière et les positions traditionnellement occupées, c'est parfois dans l'observation et la compréhension critique de la mouvance de l'autre plutôt que par son rejet que ce qui peut apparaître comme un problème irréversible se transforme en défi.

Afin de ne pas reproduire à nouveau avec les infirmières la relation ambivalente que la profession vit de longue date avec le corps médical (Bywaters, 1986), nous sommes d'avis qu'une certaine lecture de la mouvance des infirmières des dernières années au sein du réseau de la santé et tout particulièrement des hôpitaux peut inspirer davantage de réflexion constructive que de rumination passive chez les travailleuses sociales afin d'être ainsi, à leur tour, sources de proactivité dans un moment déterminant. Le contexte de la pratique en milieu hospitalier est celui d'une bureaucratie professionnelle et les hôpitaux sont d'abord construits suivant un modèle d'organisation professionnelle s'appuyant sur une domination médicale de production des soins (Freidson, 1970). Si une relation de subordination cognitive et pratique a été observée entre médecins et infirmières, à la fois en fonction d'un savoir englobant et de règles organisationnelles, les infirmières ont surtout déployé deux mécanismes afin de réduire cette domination. Le premier consiste à la mise de l'avant d'un

modèle conceptuel professionnel qui vise à se démarquer du modèle médical pour faire en sorte que leur expertise soit plus que nécessaire et soit donc sollicitée. Le second consiste à occuper un ou des postes de direction dans la hiérarchie administrative. Lamothe (1999) souligne ainsi qu'une telle stratégie permet aux infirmières de négocier avec les médecins sur des bases qui échappent à leur contrôle strictement professionnel et qui procurent une opportunité additionnelle de servir de véhicule à des initiatives professionnelles. La consolidation et le renouvellement de l'identité professionnelle ne passeraient-ils pas plutôt par une proactivité similaire pour les travailleuses sociales plutôt qu'une tendance au repli, voire à la passivité, ou encore au désir de reconquérir des « territoires » devenus partagés. Et, en définitive, bien que peu présent en ce moment, le travail interprofessionnel est appelé à s'élargir puisqu'il ne s'agit pas d'une mode passagère. Les travailleuses sociales font face à des moments déterminants qui aboutiront, à notre avis, à une marginalisation accrue, ou à un renouvellement et à un repositionnement significatifs au cœur des nouvelles communautés de pratique.

Conclusion

Le milieu hospitalier demeure un environnement empreint de changements continuels qui surviennent à des rythmes très rapides. La collaboration interprofessionnelle s'est, en définitive, avérée peu présente au sein des deux CHU qui sont à l'origine de cette étude. La réalité quotidienne vécue par les travailleuses sociales relève davantage de la

multidisciplinarité et laisse place à des sentiments partagés et à une évaluation des plus mitigées. Lorsque expérimentée toutefois, la CI est davantage appréciée, mais n'est pas sans soulever des inquiétudes, de l'insécurité et des enjeux sur le plan de l'identité professionnelle qui sont des plus déterminants.

La période de tourmente et de tumulte qui caractérise le milieu hospitalier, tout comme le milieu de la santé en général, n'est, à notre avis, pas passagère et les travailleuses sociales sont devant des enjeux fondamentaux pour l'avenir de leur pratique professionnelle et pour la redéfinition de leur identité professionnelle. Cette recherche a mis en lumière quelques éléments clés à cet égard. Elle pourrait être complétée par des recherches similaires au sein d'autres CHU au Québec et au Canada, notamment qui desservent d'autres clientèles (les enfants et leurs parents) ou caractérisées par des modes de gestion par programmes où la collaboration interprofessionnelle serait en principe plus présente. Enfin, en nous voulant jusqu'à un certain point le reflet des milieux de pratique, nous espérons que la présente étude contribuera à mieux préparer les futures praticiennes à œuvrer en milieu hospitalier.

RÉFÉRENCES

Abbott, A. (1988). *The System of professions*, Chicago, University of Chicago Press.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2005). *La collaboration interprofessionnelle* [Énoncé de position]. Ottawa, AIIC.

Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) (2006). *Les travailleurs sociaux du secteur de la santé : Leurs conditions de travail et autres sujets connexes – Une revue de littérature*. Ottawa, ACTS.

Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) (2003). *Préparer le changement – Les travailleurs sociaux et les soins de santé primaire*. Ottawa, ACTS.

Baxter, S. K. & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working, *Journal of Interprofessional Care*, 22, (3), 239-251.

Berg-Weger, M. & Schneider, F. D. (1998). Interdisciplinary collaboration in social work education, *Journal of Social Work Education*, 34, 97-107.

Boar, L. & Sims, J. (2007). Interviewing one's peers : Methodological issues in a study of health professionals, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 251-256.

- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire : L'Économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard.
- Bronstein, L. R. (2003). A model of interdisciplinary collaboration, *Social Work*, 48 (3), 297-306.
- Bywaters, P. (1986). Social Work and the medical profession – Arguments against unconditional collaboration, *British Journal of Social Work*, 16, 661-677.
- Butt, T. (1996). PCP : Cognitive or social psychology?, Dans : Scheer, J.W. & A. Catina, A. (sous la direction). *Empirical constructivism in Europe, the personal construct approach*, *Psychosozial-Verlag*, Giesse, 58-64.
- Charmaz, K. (2005). « Grounded theory : objectivist and constructivist methods », Dans Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (éd.) (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage.
- Clark, P. G. (2006). What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training, *Journal of Interprofessional Care*, 20 (6), 577-589.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Conseil canadien de la santé (2005). *Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada: Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts*. Ottawa, Conseil canadien de la santé.

Contandriopoulos, A.-P., (2007). Diagnostic d'une crise, *Relations*, juin 2007, (717), 12-14.

Contandriopoulos, D., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. & Valette, A. (sous la direction de) (2005). *L'Hôpital en restructuration – Regards croisés sur la France et le Québec*. Boucherville, Les Presses de l'Université de Montréal.

Corbin, J. (2008). Is Caring a lost art in nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 45, (2), 163-165.

Couturir, Y., Gagnon, D., Carrier, S. & Etheridge, F. (2008). The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: A theoretical standpoint, *Journal of Interprofessional Care*, 22, (4), 341-351.

Couturier, Y. (2002). Champ sémantique de l'intervention et formes transdisciplinaires du travail : Le Cas de la rencontre interprofessionnelle des infirmières et des travailleuses sociales en CLSC, *Nouvelles pratiques sociales*, 15, (1), 147-164.

Couturier, Y. & Chouinard, I. (2003). La condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels du secteur sociosanitaire : une mise en problème, *Revue électronique de sociologie et de sciences sociales Esprit critique*, 5 (1), téléaccessible à <http://www.espritcritique.org>

D'Amour, D., Ferra-Videla, M., Rodriguez, L.S., Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (2), 116-131.

D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat, Faculté de Médecine, GRIS, Université de Montréal.

Freidson, E. (1970). *Professional dominance*, New York, Atherton.

Hansson, A., Friberg, F., Segesten, K., Gedda, B. & Mattsson, B. (2008). Two Sides of the coin – General practitioners' experience of working in multidisciplinary teams, *Journal of Interprofessional Care*, 22 (1), 5-16.

Health Canada (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centered practice - Research and findings report*. Ottawa, Health Canada.

Hudson, B. (2002). Interprofessionality in health and social care : the Achilles' heel of partnership ?, *Journal of Interprofessional Care*, 16 (1), 7-17.

Humphris, D. & Masterson, A. (2000). *Developing new clinical roles*. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A New health system for the 21st century*. Washington, National Academy Press.

Johnson, A. (1996). It's good to talk: The focus group and the sociological imagination, *The Sociological Review*, 44, 517-538.

King, N. & Ross, A. (2003). Professional identities and interprofessional relations : Evaluation of collaborative community schemes, *Social Work in Health Care*, 38 (2), 51-71.

Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups, *British Medical Journal*, 311, 299-302.

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork, *Journal of Interprofessional Care*, March 2008, 22, (2), 191-203.

Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6, (2), 132-148.

Laperrière, A. (1997). « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentée », Dans Poupart & al. (1997). *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 309-340.

Lechman, C. (2006). The Development of a caseload weighting tool. *Administration in Social Work*, 30 (2), 25-37.

Linhorst, D.M. (2002). A Review of the use and potential of focus groups in social work research, *Qualitative Social Work*, 1, (2), 208-228.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*, 2^e édition. Bruxelles, De Boeck Université.

Milne, C. (2003). Team players : Doctors, nurses and other health workes are embracing a collaborative approach, *Maclean's*, 16 juin, 26-28.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2008). *Info- SEHRUM, Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois*, mai 2008, www.msss.gouv.qc.ca consulté le 18 août 2008.

Mu, K. & Royeen, C. B. (2004). Interprofessional vs. interdisciplinary services in school-based occupational therapy practice, *Occupational therapy international*, 11, (4), 244-247.

Nelson, M. (1999). A View of social work advocacy in hospitals in Eastern Ontario, *Social Work in Health Care*, 29, (4), 69-92.

Netting, F. E. & Willams, F. G. (1996). Case manager – Physician collaboration : Implications for professional identity, roles and relationships, *Health & Social Work*, 21, (3), 216-224.

Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarenstein, M., Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M.-D., Reeves, S., Nasmith, L., Bosco, C., Ginsburg, L. & Tregunno, D. (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centered practice – research and finding reports*. Ottawa, Health Canada.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2006). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, Montréal, OPTSQ.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 2^e Édition. Paris, Éditions Armand Colin (Collection U).

Paul, S., & Peterson, C. Q. (2001). Interprofessional collaboration: Issues for practice and research, *Occupational Therapy in Health Care*, 15, 1-12.

Pedretti, L.W., & Early, M.B. (2001). *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction*, 5th Edition. St-Louis, Mosby.

Pires, A.P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », Dans Poupart & al. (1997). *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 113-169.

Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », Dans Poupart & al. (1997). *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 173-209.

Reese, D.J., & Sontag, M.-A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team, *Health & Social Work*, 26, 3, 167-175.

Rey, A. (sous la direction) (1992). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris, Dictionnaires Le Robert.

Romanow, R. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport de la Commission royale*. Ottawa, Publications du Canada.

Santé Canada (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, Ottawa, Santé Canada.

Satin, D. G. (1994). A conceptual framework for working relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice: Clarifying muddy waters. *Gerontology & Geriatrics Education*, 14, 3-24.

Schoefield, F.R., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective?, *Health & Social Work*, 24, 203-219.

Siegler, E. L., & Whitney, F. W. (1994). *Nurse-Physician collaboration : Care of adults and the elderly*. New York, Stringer Publishing Company.

Smadu, M. (2008). Interprofessional collaboration. *Canadian Medical Association Journal*, 178, (2),190.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, Newbury Park, CA, Sage.

Tourmen, C. & Toulemonde, J. (2005). Analyses du travail et formation : Former à évaluer : les retombées d'une recherche appliquée, *Éducation permanente*, 165, 87-99.

Wacheux, F., & Amar, M. K. (2008). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire. *Archives ouvertes, Sciences de l'homme et de la santé*. Téléaccessible à : www.halshs.archives-ouvertes.fr

Chapitre IX - Conclusion et recommandations

Cette conclusion vient souligner les contributions de nos travaux à la question du travail social en milieu hospitalier universitaire et vient préciser les contributions qui ont été faites dans le cadre de cette thèse et ouvre la voie à des questions et champs de recherche ultérieurs.

Les chapitres portant respectivement sur le cadre conceptuel et la recension des écrits, ainsi que les quatre articles qui composent cette thèse, ont facilité une atteinte de l'objectif général fixé au départ, c'est-à-dire de mieux situer et préciser le rôle et la contribution du travail social dans le secteur des soins physiques pour adultes en centre hospitalier universitaire.

Une importante recension des écrits

Pris dans leur ensemble, mais également séparément, ces articles comprennent une importante recension des écrits. À ceux-ci, se sont ajoutés un chapitre entièrement consacré à une revue de littérature des plus étayée sur les questions, d'une part, des rôles des travailleuses sociales en milieu hospitalier, et, d'autre part, de la collaboration interprofessionnelle. Les deux premiers articles sont entièrement basés sur une recension

de la littérature scientifique et permettent de situer, dans une perspective historique et contemporaine, les questions du rôle et de la contribution du travail social médical en milieu hospitalier, ainsi que des rapports à l'identité professionnelle et à la construction des savoirs. Les articles trois et quatre présentent et analysent les résultats de notre recherche qualitative. Force a été de constater que la littérature scientifique consacrée au travail social en milieu hospitalier demeurait des plus limitée, tout particulièrement au Québec et au Canada. Les écrits en la matière sont de loin plus abondants aux États-Unis, en Angleterre et en Australie et nous avons exercé la prudence qui s'impose à l'égard de la transposition et de l'appropriation des résultats, des analyses et des conclusions des écrits et des expériences émanant de contextes nationaux différents. C'est alors que nous avons pu souligner leurs similitudes et leurs différences. En définitive, cette thèse représente donc un document essentiel en ce qui a trait à une synthèse des écrits en la matière.

Réaffirmer la question sociale au sein d'un univers médicalisé

Nous avons également souligné le peu de présence qui revient aux perceptions des praticiennes dans les écrits concernant le travail social dans le secteur des soins physiques en milieu hospitalier. En plaçant une emphase sur les perceptions des praticiennes et sur le sens qu'elles donnent ou tentent de donner à leur présence au sein du milieu hospitalier universitaire, notre recherche se démarque de bon nombre des travaux antérieurs. En partant d'abord du point de vue des praticiennes, nous avons pu préciser les rôles et les

contributions des travailleuses sociales exerçant dans le secteur des soins physiques. De même, nous avons souligné les éléments majeurs liés à la collaboration interprofessionnelle qui interpellent les travailleuses sociales au plan de leur pratique et de leur identité professionnelles.

Un enjeu qui demeure au cœur des contributions du travail social en milieu hospitalier concerne l'affirmation de la question psychosociale en amont et en aval de la maladie et de la santé dans son ensemble. Les travailleuses sociales d'aujourd'hui rejoignent ainsi des pionnières du travail social médical qui ont déployé sans cesse des efforts et ont été à l'origine de nombreuses initiatives et de projets novateurs, tout en poursuivant une plus grande reconnaissance professionnelle. Des services centrés sur les patients et leurs proches, mais, également, une vision sociale de la santé, représentaient pour celles-ci d'importantes sources d'inspiration. Cette vision, holistique et biopsychosociale, s'intéresse aux aspects psychosociaux de la maladie et non à la maladie seule. À plusieurs reprises, davantage que de limiter leur présence à un rôle ou une fonction en particulier, les travailleuses sociales interviewées dans le cadre de notre recherche, ont été nombreuses à souligner cette vision comme étant au cœur de leur pratique et comme constituant un point central à leur contribution, même si cela pouvait être objet de dérangement pour d'autres.

Dans l'ensemble de la thèse, nous avons mis en évidence la trame de fond qui caractérise le travail social en milieu hospitalier depuis ses débuts, c'est-à-dire l'espace occupé par le social dans la définition de la maladie et de la santé en général. En ce sens, l'une des

contributions premières du travail social en milieu hospitalier doit résider dans sa capacité d'évaluer et de proposer des interventions concernant les aspects psychosociaux de la santé et ainsi que d'agir sur les déterminants sociaux de celle-ci. La travailleuse sociale doit ici maintenir et développer un niveau accru d'habiletés et de qualifications afin d'être en mesure de déterminer en quoi les sous-systèmes biologique, psychologique, social et environnemental s'influencent et sont déterminants dans la façon dont les individus composent avec leur environnement et au sein de celui-ci.

Des difficultés qui persistent en matière de précision et de consolidation de ses rôles

Tout en confirmant des résultats et des conclusions en provenance d'études antérieures, notre recherche a également permis de mettre au jour des éléments nouveaux ou peu explorés sur le rôle du travail social médical en milieu hospitalier. Si la planification de sortie est encore très présente et au centre de la représentation sociale de la travailleuse sociale en milieu hospitalier, elle s'est développée de façon plus particulière avec les transformations qui ne cessent de marquer la pratique en milieu hospitalier dans son ensemble, est devenue plus complexe et n'est plus l'apanage unique du travail social. À l'égard de plusieurs de leurs rôles et de leurs fonctions, comme ceux d'évaluatrice, de courtier ou encore de soutien à la défense des droits, les travailleuses sociales sont de plus en plus ambivalentes, en raison des sentiments et des analyses qu'elles expriment à ce propos.

Les travailleuses sociales accomplissent un éventail très large de rôles et de fonctions qui se reflètent dans leur quotidien et dans leur discours. L'importance accordée à certains rôles plutôt qu'à d'autres peut être déterminée par des causes structurelles et individuelles. Sur le plan structurel, la culture de soins qui prévaut au sein d'une unité spécifique où la praticienne exerce peut être des plus déterminante, tout comme le style de leadership exercé ou partagé. Sur le plan individuel, la présence d'une identité professionnelle solide peut également être déterminante. Ainsi, toutes n'accomplissent pas les mêmes rôles.

Les pressions sont de plus en plus grandes pour une déprofessionnalisation de la pratique, c'est-à-dire une pratique marquée par une fragmentation, une routinisation du travail social et la perte concomitante d'opportunités pour l'exercice de la créativité, de la réflexivité et du recours à la discrétion dans la pratique clinique. Bref, le présent tend à une plus grande technicisation. Ces pressions prennent la forme, notamment, d'un accroissement de la cadence de travail et d'une demande accrue pour libérer des lits. Les travailleuses sociales se retrouvent ainsi devant un paradoxe des plus troublants. D'une part, la pratique est marquée par une clientèle qui présente une complexité et une lourdeur sans cesse croissantes, qui fait appel au développement d'une habileté et d'une expertise de niveau avancé de leur part. D'autre part, les praticiennes ont exprimé le sentiment et rapporté quantité de situations quotidiennes où elles se voient confinées dans des tâches plus techniques et plus limitées.

Les rôles et les fonctions de counselling et de défense de droits ou *advocacy* sont tout particulièrement soumis à de telles contraintes et nous avons pu mettre en lumière que cela conduit parfois à leur marginalisation, voire à leur absence. Si cet état de fait est notable au sein des unités de chirurgie qui se caractérisent par des sorties rapides, voire expéditives, l'analyse thématique des entrevues nous a permis de constater et de faire valoir les efforts déployés par des individus soucieux de maintenir et de développer des rôles, en apparence en effritement, comme ceux de counselling, d'*advocacy* et de thérapie brève. Pour ces praticiennes, il faut souligner une forte adhésion aux valeurs fondamentales de la profession telles que la justice sociale, en plus de leur vigilance et de leur proactivité. Le renforcement de l'identité professionnelle des travailleuses sociales se présente comme un atout mais également en tant que problème à résoudre.

En définitive, c'est cette dernière variable pour ainsi dire, à savoir la présence ou non d'une identité professionnelle solide qui représente un élément de démarcation dans les discours et les perspectives adoptées par les praticiennes. Il ne s'est pas présenté de différence fondamentale dans le discours entre, d'une part, les travailleuses sociales du CHUM, et, d'autre part, les travailleuses sociales du CUSM. Il en fut également de même si nous tenons compte du discours des personnes responsables cliniques par rapport aux praticiennes qui ont une responsabilité de charge de cas entière.

Une identité rudement mise à l'épreuve dans le travail interdisciplinaire

D'entrée de jeu, nous avons repris des conclusions d'études antérieures qui précisait que de toutes les disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier, c'est le travail social qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive toujours pas à obtenir une telle reconnaissance. Si les difficultés persistent à préciser les rôles et les contributions qu'elles apportent, les travailleuses sociales sont de plus en plus confrontées au travail interdisciplinaire qui entraîne son lot d'inquiétudes.

L'analyse thématique des entrevues a permis de souligner que le contexte qui prévaut concernant les praticiennes des deux CHU ici concernés, est davantage marqué par une juxtaposition des savoirs et des expertises des divers professionnels plutôt que leur mise en commun. Ce contexte s'avère donc en être un de la multidisciplinarité plutôt que de véritable collaboration interprofessionnelle. Le travail demeure relativement cloisonné et les intervenants, dont les travailleuses sociales elles-mêmes, sont davantage des consultants. En même temps, nous avons fait ressortir le désir très présent chez les travailleuses sociales en faveur d'une plus grande collaboration interprofessionnelle et que celle-ci devienne la règle plutôt que l'exception. Présents dans une faible mesure, les expériences de véritable interdisciplinarité sont évaluées de façon positive et les praticiennes désirent y être associées. Il faut souligner ici des prédispositions du travail social à la collaboration interprofessionnelle: la nature multidisciplinaire, pluraliste et flexible de la profession, son historicité et son parcours dans le milieu hospitalier.

Mais pour y arriver et surtout pour y souscrire avec une certaine aisance, les travailleuses sociales sont confrontées à une crise d'identité dans leur rapport avec la profession la plus nombreuse dans le milieu hospitalier soit les infirmières. Les inquiétudes ressenties et exprimées sont palpables et les enjeux identitaires y sont prononcés. Ceux-ci sont trop souvent ramenés à décrire ce que l'on n'est pas plutôt qu'à mieux illustrer et affirmer ce que l'on est. Il existe également un danger de minimiser cette identité. Plutôt que de se replier et d'opter pour une position de victime, nous avons mis en lumière l'enjeu pour le travail social de s'approprier des leçons des mouvements d'affirmation qui ont animé les infirmières au cours des dernières décennies et qui sont à l'origine de leur présence et de leur rayonnement plus prononcés.

Une contribution à la préparation des travailleuses sociales en milieu hospitalier

Nous sommes d'avis que l'ensemble de nos travaux peut contribuer à la préparation des prochaines cohortes de praticiennes qui vont intégrer le milieu hospitalier.

On retrouve une préoccupation constante et récurrente au sein de la littérature à l'effet que l'enseignement au premier cycle et au deuxième cycle dans les écoles de travail social ne prépare pas adéquatement les travailleuses sociales pour la pratique en milieu hospitalier (Vourlekas, Ell & Padgett, 2001; Rudolph, 2000; Spitzer & Nash, 1994). Un tel souci est également élargi en ce moment à l'ensemble de la formation universitaire, tel qu'illustré au

sein des travaux récents en la matière par le Groupe de réflexion sur l'interdisciplinarité à l'Université de Montréal (2008). Celui-ci se prononce de façon vigoureuse en faveur d'une plus grande formation à la collaboration interprofessionnelle, notamment au sein des différentes disciplines professionnelles présentes dans les milieux de la santé.

Notre étude, qui est une première québécoise d'envergure sur la question du rôle et de la contribution du travail social dans le secteur des soins physiques pour adultes en centre hospitalier universitaire, peut contribuer à plusieurs niveaux à l'identification, la définition et l'élaboration d'un corpus de connaissances et d'habiletés pertinentes pour l'enseignement et pour la formation dispensée aux étudiantes en travail social qui se préparent à investir le milieu hospitalier et les milieux de la santé. Elle peut nourrir les réflexions concernant le leadership ainsi que la capacité de mieux préciser son apport au sein de ces milieux, mais aussi l'importance d'accroître sa compréhension des dynamiques d'ordre structurel et organisationnel qui sont des plus significatives.

Limites de notre étude

Nous avons précisé à plusieurs reprises les particularités de notre étude, notamment des milieux ayant fait l'objet de la cueillette et de l'analyse des données. En définitive, il faut demeurer prudent concernant la généralisation des résultats à l'ensemble de la pratique en milieu hospitalier au Québec et au Canada. Nous retrouvons des formes différentes d'organisation des services qui concernent directement, non seulement les rôles et les

contributions des travailleuses sociales dans le secteur des soins physiques de ces établissements, mais également les interactions avec les professionnels des autres disciplines. Une différence importante réside dans le fait que la gestion par programmes est implantée selon un modèle "pur" au sein de certains établissements, alors que d'autres comportent des similitudes avec le modèle mixte en vigueur au CHUM et au CUSM. Il faut aussi, indépendamment du modèle de gestion en vigueur, tenir compte des différences dans l'implantation et le développement de l'interdisciplinarité et de la collaboration interprofessionnelle. Nous avons mis en lumière que celle-ci en est, au mieux, à ses premiers balbutiements au sein des deux CHU ici concernés. Il est fort possible que des résultats soient très différents dans un contexte où la CI est davantage mise en œuvre, tout comme il est possible que l'on retrouve les mêmes inquiétudes et les bases d'une crise identitaire en gestation chez les travailleuses sociales. Mais, à défaut d'une recherche menée dans de tels milieux, nous ne pouvons émettre de certitude à ce moment. Finalement, comme nous l'avons également souligné, il faut également demeurer prudent concernant une généralisation à l'ensemble de la pratique en CHU même puisque nous avons volontairement exclu les CHU qui desservent une clientèle composée des enfants et de leurs parents. Une recherche dans ces milieux permettrait de faire ressortir les similitudes mais également les différences qui prévalent.

Des questions de recherche future

Dans le cadre de nos articles, nous avons soulevé différentes perspectives pour des recherches futures concernant la pratique et la contribution du travail social en milieu hospitalier. Nous en reprenons ici quelques-unes.

- Face au constat émis par les praticiennes d'un apport bénéfique du travail social pour les patients, une démonstration plus soutenue reste à élaborer;
- En ce sens, un besoin se fait sentir quant au développement, chez les praticiennes, d'habiletés à évaluer l'efficacité et la pertinence de leur pratique;
- De la même façon, les liens entre identité professionnelle et élargissement de la pratique clinique gagneraient à faire l'objet de recherches plus approfondies;
- Alors que l'intérêt pour l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle ne cesse de prendre de l'ampleur, les évaluations de l'efficience et de l'efficacité de ces entités demeure rares. Tel que nous l'avancions, la plupart du temps la valeur de la collaboration interprofessionnelle relève de « l'acte de foi » et est objet de présomption. Force est de constater que la CI gagnerait à être investiguée davantage – et à être évaluée.

Comme précédemment souligné, les recherches empiriques traitant du travail social en milieu hospitalier demeurent marginales. Cette situation persiste bien que la recherche soit, d'une part, partie prenante des fonctions de la travailleuse sociale en milieu hospitalier (OPTSQ, 1999) et, d'autre part, importante au sein de la mission des CHU.

Les contraintes au niveau des ressources dont dispose le milieu hospitalier et le travail social, de même que les réticences des praticiennes elles-mêmes à s'engager activement dans des activités de recherche sont deux obstacles majeurs dont nous avons fait mention. Face à ces constats, le développement de partenariats entre les travailleuses sociales et les écoles de travail social universitaires sont d'une pertinence et d'une importance toute particulière. Les opportunités d'établir de nouveaux ponts entre des secteurs trop souvent isolés dans leur univers respectif sont ainsi présents et, devant l'ampleur des enjeux et des défis qui sont de plus en plus présents, cette perspective ne doit plus tarder à se concrétiser.

Finalement, nous avons fait allusion à quelques reprises à l'opportunité que les questions éthiques peuvent représenter pour la pratique professionnelle du travail social. Peu de recherches empiriques étudient comment les travailleuses sociales en milieu hospitalier peuvent intervenir sur les questions éthiques particulièrement interpellées par les modifications du contexte de pratique telles que l'explosion technologique, un environnement constamment soumis à des contraintes budgétaires, l'implantation de modalités de gestion plus productiviste, ainsi que le vieillissement de la population et la révolution de la longévité.

RÉFÉRENCES

Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative (EICP) (2008). *Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaire*, EICP Partners, Ottawa.

Groupe de réflexion sur l'interdisciplinarité à l'Université de Montréal (2008). Rapport d'étape du Groupe de réflexion sur l'interdisciplinarité à l'Université de Montréal, téléaccessible à www.direction.umontreal.ca/provost/documents.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ). (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal, OPTSQ.

Rudolph, C. S. (2000). Educational challenges facing health care social workers in the twenty-first century, *Professional Development*, 3 (1), 31-43.

Spitzer, W. J. & Walsh, K. B. (1996). Educational preparation for contemporary health care social work practice, *Social Work in Health Care*, 24 (1/2), 9-34.

Vourlekas, B., Ell., K. & Padgett, D. (2001). Educating social workers for health care's brave new world, *Journal of Social Work Education*, 37, 1, 177-191.



Annexe A – Lettre d’invitation aux participants

Montréal, le _____ .

A :

OBJET : Recherche en travail social médical

Madame, Monsieur,

Vous avez été sélectionné à titre de participante pour une recherche portant sur la contribution du travail social médical en Centre hospitalier universitaire (CHU). Cette recherche s’inscrit dans le cadre d’études doctorales à l’Ecole de service social de l’Université de Montréal.

Le soussigné communiquera prochainement avec vous afin de céder une entrevue de type qualitatif d’environ 90 minutes. Sachez que votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez refuser cette invitation.

Cette recherche se conforme à des règles d’éthique des plus rigoureuses et se conforme au niveau élevé de standard en la matière. Vous retrouverez ci-joint copie du formulaire de consentement qu’il vous sera demandé de signer avant que l’entrevue ne débute. Nous vous invitons à en prendre connaissance et ne pas hésiter à communiquer avec nous pour toute question que vous jugerez pertinente.

Au plaisir de communiquer avec vous,

Avec mes salutations les meilleures,

Jean-François Berthiaume, t.s.
Doctorant en service social
Ecole de service social
Université de Montréal

p.j.

Annexe B – Formulaire de consentement

Titre de la recherche : Le Centre hospitalier universitaire (CHU) : quelle est la contribution du travail social médical ?

Chercheur : *Jean-François Berthiaume, Doctorant en Service social*

Directeur de recherche : Monsieur Claude Larivière
Professeur
Ecole de Service social
Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche.

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre la contribution spécifique du travail social médical en Centre hospitalier universitaire (CHU).

2. Participation à la recherche

Votre participation à cette recherche consiste à

- *Une entrevue approfondie semi-dirigée d'environ 90 minutes qui sera enregistrée et l'objet d'une transcription intégrale (verbatim)*
- *Si nécessaire, une entrevue de relance en guise de complément, pouvant être réalisée en personne ou par téléphone*

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels.

Lors de leur transcription sur traitement de texte, toute information nominative (i.e. identité de la personne interviewée ou de toute autre personne) se verra assignée un pseudonyme. Une fois les transcriptions effectuées, les enregistrements audio seront détruits.

Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur principal et/ou la personne mandatée à cet effet auront la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé.

Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur la contribution de pratique professionnelle du travail social médical en CHU; l'amélioration de celle-ci ainsi que les besoins de formation des futurs praticiens et praticiennes. Votre participation à la recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'agent de recherche. S'il y a lieu, l'agent de recherche pourra vous référer à une personne-ressource.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : Berthiaume Prénom : Jean-François

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec (indiquer la fonction), au numéro de téléphone suivant : (514) ou à l'adresse courriel suivante :

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant

Annexe C – Lettre d’invitation (courrier électronique) aux participantes pour rencontres de groupe de validation

Vendredi le 13 juin 2008

Bonjour,

OBJET : Rencontre de groupe – Recherche doctorale : Les Centres hospitaliers universitaires : quelle est la contribution du travail social médical?

La présente confirme la tenue d’une rencontre de discussion de groupe de partage et de validation des résultats préliminaires concernant la recherche doctorale mentionnée en titre.

Vous êtes invités à participer à cette rencontre d’une durée de 45 à 60 minutes qui aura lieu :

- vendredi le 20 juin 2008 de 11 :00 à 12 :00 heures
- Pavillon Edouard – Asselin
- Salle 1321 (13^e étage)
- Café et léger goûter seront servis

Cette rencontre vise principalement à partager et à valider les résultats recueillis. Son déroulement revêt un caractère plutôt informel axé sur l’échange. Afin de faciliter sa tenue, vous retrouverez en pièce jointe un document de 4 pages comprenant une brève synthèse des résultats. Vous êtes invités à lire ce document avant la rencontre et à relever les éléments que vous partagez ainsi que ceux que vous ne partagez pas.

Également, vous retrouverez joint à la présente le formulaire de consentement en guise de respect des règles de confidentialité et d’éthique. Je vous invite à en prendre connaissance et à signer 2 copies de ce document et de les apporter lors de la rencontre. A mon tour, je signerai les 2 copies et vous en retournerai une. Comme vous pouvez le constatez, votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez vous retirer en tout temps.

A nouveau, j’en profite pour vous remercier chaleureusement de votre participation à ce projet de recherche et au plaisir de vous rencontrer très prochainement.

Si vous avez des questions concernant cette rencontre ou les documents ci-joints n’hésitez pas à communiquer directement avec moi par téléphone ou par courrier électronique.

Jean-François Berthiame, t.s.
Doctorant en service social
Ecole de service social
Université de Montréal

Annexe D – Synthèse des résultats (brève synthèse) acheminée aux participantes avant la tenue des rencontres de groupe

**Recherche Ph.D. – « Les Centres hospitaliers universitaires :
Quelle est la contribution du travail social médical ?**

1- Concernant la méthodologie et l'échantillonnage

- Recherche qualitative de forme exploratoire et analytique;
- Perspectives constructiviste et de la « théorisation ancrée »;
- Entrevues semi-approfondies (variant généralement entre 60 et 80 minutes);
- 42 entrevues réparties sur tous les 7 sites des 2 CHU (CHUM et MUHC), en fonction des spécialités, de l'expérience et des groupes d'âge des praticiennes;
- Échantillonnage par contraste-saturation.

2- Ce qui se dégage des entrevues concernant LES RÔLES DU TRAVAIL SOCIAL EN CHU

- De façon majoritaire et quasi-unanime, les t.s. identifient et nomment les changements dans le contexte de pratique comme étant le facteur central et déterminant dans la définition des rôles des praticiennes. A ce chapitre, les travailleuses sociales qui ont plus de dix (10) années d'expérience n'hésitent pas à qualifier ces changements comme étant majeurs.
- Le changement le plus significatif est celui de la réduction importante de la durée de séjour pour les patients. En deuxième lieu, on n'hésite pas à souligner l'élargissement des fonctions et responsabilités données aux infirmières. En troisième lieu, soulignons l'importance grandissante des questions d'ordre éthique. Ces dernières peuvent être des plus variées. Par exemple : les dilemmes de la double loyauté (envers l'établissement vs le client); les pressions administratives de plus en plus importantes et le fait que celles-ci revêtent un caractère déshumanisant (orientation en hébergement, rapidité des congés, etc), l'étiquetage des patients, etc.
- Le travail social : « porte d'entrée ou porte de sortie ». Nombreuses sont les praticiennes qui ont fait mention que bon nombre de requêtes sont données au service social en dernier recours, ou encore parce que l'on ne sait pas quoi faire. Les métaphores sont ici des plus vivantes, par exemple : « le service social comme poubelle de l'hôpital », etc.
- Le rôle du travail social en CHU demeure mal défini. Plusieurs soulignent que la profession elle-même n'est pas au clair quant à la définition de son rôle. « Difficile de clarifier son rôle auprès des autres disciplines si nous ne sommes pas d'abord nous-même au clair avec notre rôle ».

- La question de la reconnaissance du rôle et de la contribution du travail social revêt plus souvent qu'autrement un caractère de « combat permanent ». Presque de façon unanime, les travailleuses sociales ont fait mention à un moment ou un autre de l'entrevue, qu'elles-mêmes ou encore les collègues qui les ont précédées dans les fonctions qu'elles occupent, ont eu à se battre pour faire valoir leur importance et leur rôle. Toutes soulignent la fragilité de ces acquis et en ce sens, la définition du rôle de la travailleuse sociale demeure une œuvre inachevée, constamment en chantier (« work in progress »).
- Lorsqu'énumérés et précisés dans le discours, les rôles identifiés par les praticiennes peuvent être classés en ordre décroissant comme suit :
 - 1. La planification de sortie (« discharge planning »)
 - 2. Une contribution à l'humanisation des soins
 - 3. Un rôle d'évaluateur (évaluation psychosociale)
 - 4. Des rôles de courtier, d'agent de liaison, d'informateur et de personne-ressource
 - 5. Résolution de crise (intervention en situation de crise)
- Les rôles de counselling, de thérapie brève et de défense des droits (« advocacy ») connaissent une diminution importante. On peut ici faire mention d'un effritement de ces rôles et pour certaines, ils sont inexistant dans leur pratique et une partie importante du travail clinique a été mise à l'écart.
- Des exceptions toutefois. Les praticiennes oeuvrant (ou ayant récemment œuvré) dans les secteurs de l'obstétrique, de l'UHRESS, de la désintoxication et, dans une certaine mesure, des soins palliatifs et de l'oncologie, font valoir que ces rôles – counselling, thérapie brève et défense de droits – sont encore très présents dans leur quotidien.

3- Ce qui se dégage des entrevues concernant L'INTERDISCIPLINARITÉ

- Un premier constat s'impose. L'interdisciplinarité est très peu mise en pratique : plus souvent qu'autrement il s'agit de multidisciplinarité. Les secteurs et spécialités où les t.s. mentionnent une pratique en interdisciplinarité : gériatrie, neurologie, traumatisme.
- La multidisciplinarité – et dans une certaine mesure l'interdisciplinarité – est vécue de façon positive. Les expériences plus négatives sont presque toutes associées à des individus et non des relations de discipline à discipline.

- Bien que peu nombreuses, les situations conflictuelles sur le plan interdisciplinaire sont caractérisées par l'empiètement sur les tâches (« overlapping »); une dévalorisation du rôle et de la contribution du travail social et une confusion des rôles (« role blurring »).
- Les travailleuses sociales sont plus que favorables à la mise en place de l'interdisciplinarité et souhaitent vivement qu'une véritable interdisciplinarité soit mise en pratique avec les ressources adéquates, l'aménagement organisationnel nécessaire, etc.

4- Ce qui se dégage des entrevues concernant LES PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS RESENTIES PAR LES T.S.

En ordre décroissant, les principales préoccupations ressenties par les travailleuses sociales et qui ont été exprimées durant les entrevues sont :

- les ressources limitées et parfois inadéquates présentes dans la communauté, le tout ne facilitant pas une planification de sortie optimale. Plusieurs ont exprimé un sentiment d'impuissance à cet égard;
- un alourdissement de la tâche. Plusieurs facteurs sont ici présents : une augmentation et une présence accrue de tâches administratives, cléricales et bureaucratiques (par exemple : remplir des formulaires, suivre des protocoles, compléter des statistiques, etc.); la présence de situations de plus en plus complexes sur le plan des problématiques rencontrées chez les patients et leurs proches;
- tout ce qui concerne l'éthique. De plus en plus présent dans la pratique professionnelle et sous des formes diverses. Par exemple : dilemme de la double loyauté entre, d'une part, le mandat de l'établissement versus, d'autre part, les besoins et demandes de la clientèle; concernant des prises de décision des patients et de leurs proches; dans les rapports de pouvoir; la tendance à l'étiquetage des patients, etc.
- la gestion par programmes. Une préoccupation présente chez un bon nombre qui exprime tantôt un malaise tantôt de l'inquiétude. Enjeux autour du soutien professionnel, de l'identité et de la place du psychosocial. Toutefois, soulignons qu'un nombre important de praticiennes se sont montrés favorables à l'implantation de la gestion par programmes, soulignant notamment une appartenance à leur champ d'activités (secteur, spécialisation), les avantages perçus au niveau d'une stabilisation de l'affectation, etc.

Annexe E – Formulaire de consentement des participantes aux rencontres de groupe

Titre de la recherche : Le Centre hospitalier universitaire (CHU) : quelle est la contribution du travail social médical ?

Chercheur : *Jean-François Berthiaume, Doctorant en Service social*

Directeur de recherche : Monsieur Claude Larivière
Professeur
Ecole de Service social
Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche.

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre la contribution spécifique du travail social médical en Centre hospitalier universitaire (CHU).

2. Participation à la recherche

La présente concerne votre participation à l'activité de validation des données soit :

- *Une rencontre de groupe d'environ 60 minutes qui sera enregistrée sous forme audio.*

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels.

La rencontre de groupe sera l'objet d'un enregistrement audio. Les participantes seront informées à quel moment la rencontre est l'objet d'enregistrement audio. Les cassettes audio seront codées afin qu'aucune information personnelle visible n'y apparaisse. Toute information nominative (i.e. identité des personnes interviewées ou de toute autre personne) se verra assignée un pseudonyme. Dans l'éventualité où l'enregistrement serait l'objet de transcription écrite, il en sera de même.

Les enregistrements audio seront conservés dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé.

Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date.

4. Avantages et inconvénients

Les avantages et les inconvénients sont les mêmes que lors de votre participation aux entrevues individuelles, soit :

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur la contribution de pratique professionnelle du travail social médical en CHU; l'amélioration de celle-ci ainsi que les besoins de formation des futurs praticiens et praticiennes. Votre participation à la recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'agent de recherche. S'il y a lieu, l'agent de recherche pourra vous référer à une personne-ressource.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : Berthiaume Prénom : Jean-François

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Jean-François Berthiaume, (indiquer la fonction), au numéro de téléphone suivant : (514) 890 – 8000 poste 35654 ou à l'adresse courriel suivante : _____

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant

Annexe F – Certificat d'éthique de l'Université de Montréal**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA
FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES (CÉRFAS)****CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences, selon les procédures en vigueur, a examiné le projet de recherche intitulé :

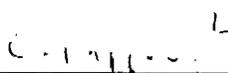
« Le Centre hospitalier universitaire : Quelle est la contribution du travail social médical ? »

et soumis par : *Jean-François Berthiaume, étudiant au doctorat
École de service social*

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les règles d'éthique énoncées à la « Politique sur la recherche avec des êtres humains » de l'Université de Montréal.

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRFAS qui devra en évaluer l'impact au chapitre de l'éthique afin de déterminer si une nouvelle demande de certificat d'éthique est nécessaire.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFAS.



Christine Tappolet, présidente
Comité d'évaluation accélérée

Date de délivrance : 25 janvier 2007

Annexe G – Certificat d'éthique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)



CENTRE DE RECHERCHE

Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche
Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent, Mezz 2
Montréal (Québec) H2W 1Y5

Téléphone : 514 – 890-8000 – Poste 14485
Télécopieur : 514 – 418-7394
Courriel : [REDACTED]

Le 07 mars 2007

M. Jean-François Berthiaume, T.S.
Doctorant en service social
Hôpital Saint-Luc du CHUM
Pavillon Édouard-Asselin – Porte 230A

Objet : ND06.139 – Approbation accélérée initiale et finale CÉR

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) : quelle est la contribution du travail social médical?

Docteur,

J'ai pris connaissance des documents reçus en date du 03 janvier 2007 en vue d'une approbation accélérée de votre projet décrit en rubrique :

- Formulaire de présentation – Formulaire A – Annexe 2.1
- Formulaire de renseignements supplémentaires – Annexe 2.2
- Questionnaire – Évaluation éthique des projets de recherche
- Enregistrement du sujet de recherche – 21 décembre 2006
- Lettre à envoyer aux personnes sélectionnées
- Formulaire de consentement – Version novembre 2006
- Description du projet de recherche – Version décembre 2006
- Certificat d'éthique de l'Université de Montréal – 25 janvier 2007

En vertu des pouvoirs qui me sont délégués par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM pour procéder à une évaluation accélérée, il me fait plaisir de vous informer que j'approuve votre projet puisqu'il s'agit d'un projet se situant sous le seuil de risque minimal.

Je vous retourne sous pli une copie du formulaire portant l'estampille d'approbation du comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets. La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée.

Elle est valide pour un an à compter du 07 mars 2007, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

Annexe H – Certificat d'éthique du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Les meilleurs soins pour la vie
The Best Care for Life

Dr Françoise P. Chagnon
Directrice des Services professionnels (CUSM)
Director of Professional Services (MUIHC)
Bureau/Office: E6.140
Tél/Tel: (514) 934-8087
Télécopieur/Fax: (514) 934-8200

Le 19 janvier 2007

Monsieur Jean-François Berthiaume, t.s.
Étudiant au Doctorat en service social
École de service social
4700, rue Fabre
Montréal (Qc)
H2J 3V6

Objet : Recherche en travail social médical
Demande de certificat d'éthique

Monsieur,

J'accuse réception de votre lettre du 22 décembre dernier et vous confirme par la présente que nous vous autorisons à réaliser des entrevues avec des travailleurs sociaux du CUSM. Ces entrevues faisant partie intégrante de votre recherche.

Toutefois, permette-moi de vous rappeler que vous devez en tout temps préserver l'intégrité et la confidentialité de l'information recueillie.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La directrice des Services professionnels, CUSM

Françoise P. Chagnon, MDCM, FRCSC, FACS, Adm.A. CHE

cc : M^{me} C. Lechman

Annexe I – Schéma d’entrevue auprès des travailleuses sociales

- ***Présentation, profil de base et état de situation***
 - Quelle est votre affectation présentement ?
 - Depuis quand ?
 - Affectations antérieures en travail social médical.
 - Motifs ayant entraîné des changements d’affectation, s’il y a lieu.
 - Autres expériences en travail social de façon générale.
 - Pouvez-vous me décrire votre travail présentement ?

- ***Définition de rôle***
 - Présentement, nous assistons à une rédéfinition de rôles en milieu hospitalier universitaire, qu’en pensez-vous ?
 - De quelle façon et comment vivez-vous cette réalité ?
 - Qu’est-ce que représente pour vous le titre de « travailleuse sociale » ?

- ***Interdisciplinarité***
 - Quelle place l’interdisciplinarité occupe-t-elle dans votre pratique professionnelle de tous les jours ?
 - De quelle façon et comment vivez-vous cette réalité ?

- ***Préoccupations professionnelles : interprétations et solutions***
 - Si vous aviez à nommer vos principales préoccupations en tant que travailleuse sociale oeuvrant dans le secteur médical d’un centre hospitalier universitaire, qu’est-ce que vous réponderiez ?
 - Qu’est-ce qui explique, selon vous, que ces préoccupations sont des plus présentes ?
 - Qu’est-ce qui peut et devrait être fait ?

- ***Questions complémentaires pour les praticiennes qui ont une moyenne et longue expérience (plus de 10 années) en milieu hospitalier ?***
 - Est-ce que vous voyez des différences entre la pratique en milieu hospitalier de soins généraux versus celle en centre hospitalier universitaire ?
 - Qu’est-ce qui a le plus changé concernant votre pratique en tant que travailleuse sociale en milieu hospitalier par rapport à il y a 10 ans, 20 ans ou 30 ans ?

Annexe J- Schéma d'entrevue auprès des responsables cliniques / Questions additionnelles au schéma d'entrevue des t.s.

- ***Présentation et profil de base***
 - Depuis combien de temps assumez-vous vos responsabilités ?
 - Comment se répartit votre travail : quelle partie concerne le soutien clinique; quelle partie des tâches administratives, etc. ?
 - Taille et caractéristiques de l'équipe ?

- ***Questions soulevées en supervision clinique***
 - Quelles sont les principales questions ou préoccupations qui sont le plus souvent soulevées dans le cadre de vos responsabilités de supervision / support clinique ?

- ***Définition de rôle***
 - Est-ce que les rôles de la t.s. en milieu hospitalier universitaire semble faire l'objet d'un consensus au sein de votre équipe ?
 - Est-ce que vous observez / percevez des rôles différents selon les départements / spécialités / unités où les t.s. sont affectées ?

- ***Interdisciplinarité***
 - Qu'est-ce qui démarque le travail social des autres disciplines dans le milieu hospitalier?
 - Pouvez identifier et élaborer à propos de ce que vous observez / percevez comme étant des secteurs où on assiste à une bonne interdisciplinarité versus des secteurs où l'interdisciplinarité semble peu réussie ?

- ***Reconnaissance professionnelle***
 - À votre avis, est-ce que le travail social est l'objet de reconnaissance au sein de votre établissement ?
 - Tentez d'évaluer dans quelle mesure (pas du tout, peu, beaucoup, etc.)
 - Qu'est-ce qui pourrait ou devrait être fait afin que le t.s. soit l'objet de davantage de reconnaissance professionnelle ?

- ***Recherche***
 - Est-ce que votre service est impliqué dans une ou des activités de recherche?
 - Est-ce que votre établissement valorise et favorise des activités de recherche à l'intention ou concernant les t.s. ?
 - De façon générale, que pensez-vous de la recherche concernant le travail social en milieu hospitalier ou les facteurs psychosociaux reliés à la maladie ?

Annexe K – Modèle de fiche analytique d'entrevue

« Les Centres hospitaliers universitaires : quelle est la contribution du travail social médical ? »

Langue :	Numéro int. : P
Sexe :	Date de l'entrevue :
Groupe d'âge :	Site :
Scolarité :	Secteur :

Expérience en travail social médical et travail social en général

Secteurs	Nombre d'années	Particularités
Secteur présentement		

Autres commentaires concernant l'expérience de cette praticienne :

Description du quotidien, d'une « journée-type »

Rôles de la travailleuse sociale en milieu hospitalier

Interdisciplinarité

Préoccupations

Contribution du t.s. médical en centre hospitalier universitaire

Autre thématique (I) : _____

Autre thématique (II) : _____

Quelques citations ou mots-clé

Autres commentaires, observations, questionnements