

LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER À
L'ÉPREUVE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 : UN REGARD
SOCIOGÉNÉTIQUE

par

Alex Lacroix

Mémoire déposé à

l'École de service social

en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

sous la direction du professeur Lilian Negura, PhD

Août 2023

Remerciements

*Je tiens à remercier le soutien incontestable de ma partenaire de vie Alyssa qui m'a offert son aide à chaque étape du processus, sans qui je n'aurais jamais réussi à achever tous les échelons imposés par le programme de la maîtrise en service social. L'encouragement et le soutien de ma mère qui avait toujours une oreille libre pour m'écouter pendant les moments difficiles. Des moments où j'ai voulu arrêter carrément mon cheminement scolaire sous l'effet additif des multiples pressions académiques, personnelles et professionnelles que j'ai vécu en cours de route. Ma tante Helen qui a relu et corrigé mon mémoire puisque je n'y arrivais pas à achever cette tâche tout seul. Ma sœur, qui fut l'inspiration pour poursuivre une carrière en service social, ayant exhibé son cheminement en tant que travailleuse sociale exemplaire. Mon père, qui à son tour a aussi offert son encouragement et son soutien lorsque j'en avais besoin. L'ensemble de mes professeurs, mes superviseurs de stage, et de mes collègues de classe qui ont tous contribué à la formation et le raffinement de mon identité professionnelle comme travailleur social. Mes amis, qui ont offert chacun à leur tour, du soutien et de l'encouragement sans avoir le besoin de comprendre les difficultés que j'ai dû affronter durant mon cheminement. Sans oublier tous les efforts, les conseils, les (**multiples**) corrections, les discussions et les mots d'encouragement fournis par mon superviseur de mémoire, le professeur Lilian Negura; une référence exemplaire de ce à quoi devrait être un travailleur social. Je suis la somme des personnes avec lesquelles j'ai l'honneur de partager mes expériences de vie.*

Résumé du mémoire

Ce projet de mémoire a utilisé l'approche sociogénétique de la théorie des représentations sociales pour tenter de comprendre l'étendue des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la représentation sociale et l'expérience de la pratique du travail social dans le milieu hospitalier ainsi que son effet sur la détresse professionnelle des travailleurs sociaux. Nous avons également visé l'identification des mécanismes d'adaptation et des stratégies de coping employés par les travailleurs sociaux au cours de la pandémie. Le recrutement des participants fut accompli par la technique de bouche à oreille. Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de cinq travailleurs sociaux œuvrant dans trois hôpitaux de la ville d'Ottawa : soit l'hôpital Général d'Ottawa, l'hôpital Montfort et l'hôpital Royal. L'analyse thématique de contenu a facilité l'organisation des résultats selon quatre thèmes principaux : les expériences vécues des travailleurs sociaux, la détresse professionnelle, la pandémie de COVID-19, et les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping. Grâce à l'analyse des résultats, nous avons décrit les représentations sociales des travailleurs sociaux des effets de la pandémie de COVID-19 sur de la pratique du travail social clinique et sur leur bien-être. La conclusion est que les travailleurs sociaux sont très résilients et ont développé des mécanismes d'adaptation et des stratégies de coping bien avant la pandémie de COVID-19. Ces mécanismes leurs ont aussi permis de poursuivre leur carrière et leur développement professionnel pendant la pandémie. L'attention des décideurs politiques devrait être portée aux sources de la détresse professionnelle engendrée par les lacunes et les méfaits d'un système organisé à l'encontre des valeurs du travail social depuis l'arrivée de la nouvelle gestion publique.

Mots clé : Travail social, détresse professionnelle, représentations sociales, pandémie de COVID-19, milieu hospitalier, mécanismes d'adaptations, stratégies de coping

Table des matières

Remerciements	i
Résumé du mémoire	ii
Liste des tableaux, figures et annexes	v
Liste des abréviations	vii
Introduction	1
Chapitre 1. Problématique	3
1.1 Les travailleurs sociaux dans le milieu hospitalier	3
1.2 L'organisation du travail et la pandémie de COVID-19.....	5
1.3 La détresse professionnelle	7
1.4 Les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping pendant la pandémie	9
Chapitre 2. Cadre théorique	12
2.1 La théorie des représentations sociales et ses orientations.....	12
2.2 L'utilité de la théorie des représentations sociales dans le contexte de notre recherche.....	15
2.3 Les objectifs de recherche.....	16
Chapitre 3. Méthodologie	18
3.1 Échantillonnage et recrutement.....	18
3.1.1 <i>Tableau 1. Les participants</i>	20
3.2 Guide d'entrevue et autres outils de recherche	20
3.3 La transcription, le codage et l'analyse des représentations sociales.....	22
Chapitre 4. Résultats	24
4.1 L'expérience vécue des travailleurs sociaux.....	24
4.1.1 <i>La dimension affective de l'expérience des travailleurs sociaux</i>	24
4.1.2 <i>Les enjeux éthiques vécus par les travailleurs sociaux</i>	25
4.1.3 <i>Le fonctionnement quotidien du travail social</i>	27
4.1.4 <i>L'identité vécue du travail social</i>	29
4.1.5 <i>L'effet de la législation, des politiques et des règlements sur l'expérience vécue des travailleurs sociaux</i>	31
4.1.6 <i>L'organisation du travail et l'expérience vécue des travailleurs sociaux</i>	32
4.2 La représentation sociale du travail social	34
4.2.1 <i>La dimension affective de la représentation sociale du travail social</i>	34
4.2.2 <i>Le travail social comme profession éthique</i>	35
4.2.3 <i>Le travail social, une profession de la pratique</i>	36
4.2.4 <i>Identité et travail social</i>	37

4.2.5 <i>La représentation du travail social par les autres</i>	38
4.3 La pandémie de COVID-19	39
4.3.1 <i>La dimension affective de la pandémie pour les travailleurs sociaux</i>	39
4.3.2 <i>Les enjeux éthiques spécifiques au travail social durant la pandémie</i>	41
4.3.3 <i>Les impacts et les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur le travail social</i>	42
4.3.4 <i>L'effet de la pandémie sur l'organisation du travail social</i>	44
4.3.5 <i>Les solutions perçues par les travailleurs sociaux pour les défis dévoilés durant la pandémie</i>	45
4.4 La détresse professionnelle	47
4.4.1 <i>Les causes de la détresse des travailleurs sociaux</i>	47
4.4.2 <i>Les conséquences de la détresse des travailleurs sociaux</i>	48
4.4.3 <i>Mécanismes d'adaptation et stratégies de coping des travailleurs souffrant de détresse</i>	49
4.5 Notes finales de l'analyse	51
Chapitre 5. Discussion	53
5.1 Les représentations sociales du travail social.....	53
5.3 La détresse professionnelle	58
5.4 Les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping	59
5.5 Les limites	62
Conclusion	62
Bibliographie	65
Annexes	73
Annexe A – Certificat éthique	73
Annexe B – Affiche de recrutement	75
Annexe C – Formulaire de consentement	76
Annexe D – Fiche Signalétique	81
Annexe E – Guide d'entrevue	84

Liste des tableaux, figures et annexes

Tableau 1 : Les participants

Un tableau qui décrit les informations sociodémographiques de notre échantillon de recherche.

Annexe A : Le certificat éthique

Le format officiel du certificat éthique a été ajouté sous forme d'image .jpeg. Le certificat éthique décrit l'approbation obtenue de l'Université d'Ottawa le 25/04/2022 pour le projet CRSH: « La détresse psychologique des travailleuses et travailleurs sociaux du domaine de la santé au Québec et en Ontario : Représentation professionnelle et expérience vécue » sous la coordination du professeur Lilian Negura de l'Université d'Ottawa. Le numéro de référence du certificat éthique accordé à ce projet est # **S-02-22-7030**.

Annexe B : Affiche de recrutement

L'affiche de recrutement (présenté en format .pdf) décrit les critères d'inclusion du projet de recherche principal intitulé : « La détresse psychologique des travailleuses et travailleurs sociaux du domaine de la santé au Québec et en Ontario : Représentation professionnelle et expérience vécue ». La question de recrutement sur l'affiche introduit les critères de recrutement : « Pratiquez-vous le travail social dans un milieu de santé communautaire ou institutionnel? Êtes-vous dans le domaine depuis moins de 5 ans? ». L'affiche explique aussi que le projet est dirigé par le Professeur Lilian Negura de l'Université d'Ottawa et que la participation implique une entrevue virtuelle d'une durée d'une à deux heures.

Annexe C : Formulaire de consentement

Le formulaire de consentement inclut des espaces pour la signature et la date du participant et du chercheur. Le document est conçu afin d'être signé en copie physique ou électronique selon le besoin du participant.

Annexe D : Fiche signalétique

La fiche signalétique inclut l'ensemble des questions postulées suivant la portion enregistrée de l'entrevue afin de présenter les tendances sociodémographiques de notre échantillon. Le chercheur remplit la fiche signalétique à l'aide de carrés pour cocher certaines informations et des lignes pour écrire autres informations manquantes.

Annexe E : Guide d'entrevue

Le guide d'entrevue officiel utilisé pour chaque entrevue, incluant les questions ajoutées pour les besoins de ce projet de mémoire surlignées en jaune. Deux questions ont été ajoutées à la section 2 du guide portant sur les réformes de santé et l'expérience vécue des travailleurs sociaux :

Comment est-ce que vous avez vécu la pandémie COVID-19 d'un point de vue professionnel?

Qu'est-ce qu'il fallait faire autrement pour qu'il n'existe pas les difficultés vécues?

Une troisième question insérée dans la section 3 portant sur la détresse professionnelle :

Est-ce que les stratégies d'adaptation que vous avez mentionnée ont changé depuis le début de la pandémie?

Liste des abréviations

CRSH : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

TS : travailleur(euse) social(e)

Introduction

L'inspiration de mon sujet de recherche provient d'un intérêt personnel. J'ai déjà ressenti les répercussions potentielles de la pratique du travail social sur les plans émotionnel, psychologique et professionnel, et ceci après seulement une session de trois mois en stage. Voilà pourquoi j'ai voulu explorer les stratégies d'adaptation et les mécanismes de coping exercé par les travailleurs sociaux dans le milieu hospitalier afin de me les approprier dès le début de ma carrière. Le problème n'est pas la capacité des travailleurs sociaux à résister aux pressions du système, mais plutôt que le système lui-même est mal organisée. Il y a beaucoup d'incohérence avec la manière dont le système est conçu. Il y a des incohérences persistantes qu'on observe depuis déjà cinquante ans avec le début de la nouvelle gestion publique (Belorgey, 2021). Ce type de gestion publique a introduit une culture imposante de performance et d'efficacité qui est à l'encontre du domaine de la relation d'aide (Tammelín et Mänttári-van Der Kuip, 2022). Ma conviction est que les injustices du système devront être identifiées plutôt que de questionner les stratégies de protection ou les mécanismes d'adaptation; identifier les problèmes structurels.

L'événement qui a dévoilé les effets négatifs de ce système de gestion dans les institutions de santé est certainement la pandémie de COVID-19. Les répercussions qui se caractérisent, entre autres, par des travailleurs sociaux surchargés et qui supportent la confusion de leurs rôles dans les hôpitaux (Ashcroft et al., 2022); ont été répertoriées à l'échelle internationale. Les travailleurs sociaux sont devenus de simples exécuteurs de la volonté de la gestion de libérer des lits, une conséquence de l'effet cumulatif d'une culture de performance et d'efficacité déjà en place avec une nouvelle pression institutionnelle importante due au débordement des personnes ayant la COVID-19 dans les hôpitaux (Craig et al., 2022). Selon Ready et al. (2022): « Social workers faced the equivalent of a social earthquake: an entirely changed society, one in which both

individual psychosocial issues and social policies significantly altered overnight. » (p.3560). Dans ce contexte très difficile, nous voulions donner la parole aux travailleurs sociaux pour tenter de comprendre leurs expériences et connaître leurs opinions afin de déterminer comment ils ont réussi à surmonter les défis accentués par la pandémie dans ce milieu déjà incertain. Nous nous intéressons à ce qu'ils ont vécu et à la manière qu'ils se sont adaptés; quelles sont les stratégies de coping qu'ils utilisent et quels sont les mécanismes d'adaptation qu'ils ont développés pour faire face à ce contexte organisationnel délétère?

En premier lieu nous avons procédé à la formulation de la problématique de notre recherche. Ce premier chapitre présente une recension des écrits avec un bref historique du travail social dans le milieu hospitalier, de l'organisation du travail, de la détresse professionnelle, des mécanismes d'adaptation et des stratégies de coping sous l'optique de la pandémie de COVID-19. Ensuite, le deuxième chapitre est consacré au cadre théorique. Pour notre étude, nous avons adopté la théorie des représentations sociales, et plus spécifiquement l'approche sociogénétique (Jodelet, 1989). Suivant la présentation de notre cadre théorique, nous avons formulé la question de recherche en mobilisant les outils conceptuels respectifs. Le troisième chapitre se compose d'une description détaillée des démarches et des méthodes de recherche utilisées. Le chapitre suivant présente l'ensemble des résultats obtenus par la mise en relief des thèmes principaux des témoignages des travailleurs sociaux illustrés par des extraits de verbatim, suivi d'une synthèse générale et des limites de la recherche. Enfin, le dernier chapitre consiste en une discussion soutenue par un dialogue avec d'autres chercheurs qui se sont penchés sur la question. Nous avons discuté les résultats avec un retour sur les points pertinents de notre problématique et du cadre théorique en proposant de nouveaux développements. La conclusion du projet enchaîne avec un

retour à la question de recherche en suggérant de nouvelles pistes de recherche future et une réflexion globale sur les limites et les défis de notre recherche.

Chapitre 1. Problématique

1.1 Les travailleurs sociaux dans le milieu hospitalier

Le travail social est une discipline répandue dans plusieurs types de services. De ce fait, les représentations sociales des travailleurs sociaux varient significativement selon le contexte professionnel et l'expérience vécue de la personne (Lévesque et al., 2019; Negura et Lévesque, 2021). Notre revue des écrits cible spécifiquement le milieu hospitalier où le travailleur social participe dans une approche interdisciplinaire aux soins des patients avec un rôle parfois difficile à définir. Les travailleurs sociaux pratiquent dans le milieu hospitalier au Canada depuis déjà plus de cent ans et leurs rôles ont nécessairement évolué au fur et à mesure que la discipline s'est démarquée (Craig et al., 2022). Certains thèmes centraux persistent au sein des études sur les représentations sociales du travail social dans la littérature, tels que leur rôle en lien avec le bien-être social et physique du patient, leur rôle d'éducateur et porte-parole dans le domaine de la santé, leur rôle de soutien du patient, des membres de sa famille, ainsi que ses collègues de travail (Craig et al., 2022; Fu et al., 2022; Joubert et al., 2022). On retrouve en général des similitudes dans la pratique du travail social, mais l'importance accordée aux différents rôles peut varier selon ces contextes.

Au Canada, la pratique du travail social dans les soins de la santé est gérée principalement par les ordres professionnels, les associations et la législation provinciale. Malgré le rassemblement provincial des travailleurs sociaux, Cadell et al. (2022) remarquent que le nombre total de travailleurs sociaux œuvrant dans les institutions de santé dans tout le Canada n'est pas

spécifié. Leur recherche exhaustive des banques de données produites par les rapports annuels des ordres professionnels a seulement relevé des proportions de travailleurs sociaux œuvrant dans les institutions de santé pour la Nouvelle-Écosse, la Terre-Neuve-et-Labrador, et la Saskatchewan avec des proportions de 35%, 42%, et 51% respectivement (p.220). Les proportions du travail social dans le système de santé peuvent varier, à la fois au sein d'une même institution ou d'une province à une autre en raison d'un manque de reconnaissance du rôle qu'il occupe dans ces institutions. Negura et Lévesque (2021) discutent justement de la délégitimation du travail social dans le milieu hospitalier. La variation des rôles et des tâches assignés aux travailleurs sociaux entraîne des conséquences systémiques auprès de la profession. Cette variation alimente les différences observables par rapport à la représentation sociale du travail social mis de l'avant par le public en comparaison à celui des travailleurs sociaux mêmes.

L'ambiguïté du rôle que le travailleur social occupe dans les hôpitaux a été exacerbée depuis l'arrivée de la pandémie de COVID-19 où l'on a observé l'émergence de nouvelles responsabilités. En Chine, par exemple, Fu et al. (2022) expliquent que le rôle spécifique du travailleur social dans les institutions de santé était encore en phase exploratoire lors du déclenchement de la pandémie. Par conséquent, les travailleurs sociaux ont occupé un rôle d'éducateur et de porte-parole pour mitiger la propagation du virus à l'hôpital et dans la communauté (p.262). En Australie, le rôle primaire du travailleur social était axé sur le soutien communautaire et la gestion de crise en lien avec l'évolution constante des règlements et des politiques (Joubert et al., 2022). Malgré la modification des rôles vécue par les travailleurs sociaux dans les hôpitaux durant la pandémie de COVID-19, leur rôle primaire demeure la planification du congé des patients (Craig et al., 2022). Les travailleurs sociaux ont ressenti une pression supplémentaire avec le manque de ressources communautaires causée par la propagation du virus

dans la communauté. Pour cette raison, plus de patients ont été hospitalisés au lieu de bénéficier des services en communauté (Craig et al., 2022).

Malheureusement, la pression institutionnelle n'est pas une nouvelle réalité pour les travailleurs sociaux œuvrant dans le milieu hospitalier. Depuis l'arrivée de la nouvelle gestion publique au début des années 1980, la réorganisation structurelle des hôpitaux priorise l'efficacité et la productivité chiffrées et comptabilisées par des indicateurs objectivés (Belorgey, 2021). La philosophie de la nouvelle gestion publique fait croire que ceci est pour le bien du patient et de la productivité. En réalité, cette réorganisation met plus de pression sur les travailleurs sociaux de congédier des patients avant d'accomplir le travail attendu qui prime l'évaluation psychosociale. Cette évaluation étant vraisemblablement le rôle le plus important du travailleur social à l'hôpital (Gregorian, 2005). Cette réalité déjà difficile a été amplifiée depuis l'arrivée de la pandémie de COVID-19 avec l'apparition des difficultés supplémentaires assujettis aux travailleurs sociaux. Prochainement, nous allons aborder le sujet de l'organisation du travail des travailleurs sociaux par rapport à la nouvelle réalité imposée par la pandémie de COVID-19.

1.2 L'organisation du travail et la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a présenté de nouveaux défis aux systèmes des soins de la santé à travers le monde. Pour les institutions de santé, ces défis ont imposé la modification des rôles occupés par les des travailleurs sociaux : l'augmentation de la charge de travail jumelé avec la pression de libérer des lits, les dangers occupationnels reliés à l'infection du virus ainsi que le port d'équipement de protection individuelle. Tous ces facteurs limitent le temps d'intervention et la capacité de communication avec les patients (Craig et al., 2022; Ashcroft et al., 2022; Joubert et al., 2022; Lévesque et al., 2019). Ready et al. (2022) identifient les impacts de la pandémie de

COVID-19 à l'ensemble de la société; soit l'imposition des politiques de confinement, de distanciation physique, et les règlements d'isolement. On remarque aussi des réformes systémiques de politiques institutionnelles en réponse à ce phénomène omniprésent (Craig et al., 2022; Harrikari et al., 2021). Les travailleurs sociaux ont une approche unique et spécialisée parmi les professionnels¹ de la santé pour réagir et mitiger les impacts d'un tel événement au niveau systémique. Leur compréhension du fonctionnement de la société est attribuable à leur approche psychosociale. Malgré ceci, les travailleurs sociaux sont souvent perçus comme des professionnels accessoires ou complémentaires dans le domaine de la santé et n'ont pas reçu la reconnaissance méritée au début de la pandémie (Cadell et al., 2022; Fu et al., 2022; Negura et Lévesque, 2021; Harrikari et al., 2021; Lévesque et al., 2019).

Une des adaptations les plus significatives de la pratique du travail social durant la pandémie de COVID-19 est l'imposition des services virtuels, dont plusieurs travailleurs sociaux avaient peu d'expérience précédemment (Goh et al., 2022; Harrikari et al., 2021). Les défis ressentis par les travailleurs sociaux à la suite de cette transformation ont été amplifiés par le manque d'accès aux services virtuels dans les régions rurales ainsi que le manque de compétences technologiques auprès des usagers des services (Goh et al., 2022; Ashcroft et al., 2022). Pourtant, Ashcroft et al. (2022) mettent en lumière la complexité de la situation puisque leur étude rapporte aussi une facilité d'accès aux services chez certains patients, alors les effets des services virtuels sont nuancés. Ce point est partagé par l'étude de Craig et al. (2022). De plus, ce passage vers l'offre des services virtuels nécessite des formations supplémentaires qui devront aboutir à des réformes législatives au sein de ces institutions et devront inclure des modèles de pratique bimodale, soit virtuel et présentiel (Joubert et al., 2022). Toutefois, le risque de la détresse

¹ Le masculin est utilisé uniquement pour uniformiser l'écriture du mémoire.

professionnelle et d'autres séquelles est déjà élevé depuis l'arrivée de la pandémie. Donc, quelles sont les retombées potentielles de la mise en place de ces pratiques novatrices? Parmi ces retombées, Craig et al. (2022) discutent d'un phénomène nouvellement décrit par les travailleurs sociaux en lien avec la transition vers les interventions virtuelles soit la fatigue « Zoom ». Les auteurs expliquent que cette nouvelle forme de fatigue professionnelle est le résultat de l'implémentation hardie de nouvelles pratiques virtuelles peu structurées. Ceci présente un problème supplémentaire qui aggrave aussi le risque de subir la détresse professionnelle.

1.3 La détresse professionnelle

La détresse professionnelle peut se manifester de différentes façons. On y retrouve l'épuisement, la fatigue compassionnelle, la détresse morale, le trauma vicariant et la diminution de la qualité de vie professionnelle et personnelle (Craig et al., 2022; Cadell et al., 2022; Collins, 2021; Fu et al., 2022). L'expérience du trauma vicariant est appariée avec la fatigue de compassion décrite par l'expérience « ([des]) événements qui confrontent violemment notre code moral et qui induisent des remises en question profondes sur le sens de notre travail et notre valeur personnelle » (Brillon, 2021 : p.2). Par ailleurs, Goh et al. (2022) définissent les impacts de la pandémie sur la santé de l'individu à travers toutes les sphères de la vie, soit physique, psychologique, émotionnelle et spirituelle. Un phénomène qui affecte de plus en plus les travailleurs sociaux ces dernières années est celui de la détresse professionnelle caractérisée entre autres par l'épuisement ou le *burn-out* (Padín et al., 2021). L'épuisement a été réintroduit comme sujet de recherche par des chercheurs durant les années 1970 (L'heureux et al., 2017). Selon Maslach et al. (1997), les caractéristiques qui le définissent sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction du sentiment d'accomplissement; surtout dans les professions

de relation d'aide. De plus, Ben-Zur et Michael (2007) expliquent que les travailleurs sociaux subissent des taux élevés d'épuisement et de stress en comparaison aux autres professions dans le milieu clinique. L'étude de Siebert (2005) constate que 75% des travailleurs sociaux de son échantillon (n=751, p.29) ont subi de l'épuisement à un moment donné au cours de leur carrière. Lewis et King (2019) ajoutent que même les étudiants en travail social doivent être sensibilisés à ces réalités dans le but de les préparer aux placements professionnels. La recherche scientifique discutée fournit un aperçu de l'étendue des séquelles éventuelles de la profession et suggère que la santé mentale des travailleurs sociaux est précaire dès le début de leur cheminement professionnel. Negura et Lévesque (2021) rappellent que la vaste gamme d'effets de la pratique sur la santé mentale proviendrait surtout de l'organisation du travail et en partie de sa nature relationnelle; les travailleurs sociaux s'impliquent directement et intimement dans la vie de leurs patients et ils vont inévitablement subir des répercussions de cette proximité au trauma.

Au sein d'une profession déjà troublée par la menace de la détresse professionnelle, un événement majeur qui a bouleversé davantage les rôles et la pratique des travailleurs sociaux dans les hôpitaux est la pandémie de COVID-19. Un point intéressant partagé par les études d'Ashcroft et al. (2022) et de Goh et al. (2022) est la dualité d'effet incitée par le partage d'une expérience traumatique (tel que la pandémie), entre le travailleur social et son patient. Cette dualité permet au travailleur social d'approfondir sa compréhension de la situation du patient malgré le risque élevé de détresse émotionnelle, d'épuisement et de diminution du sentiment de compétence professionnelle. Parallèlement, Fu et al. (2022) et Joubert et al. (2022) postulent que la pandémie risque de diminuer la qualité de vie professionnelle et d'augmenter le sentiment de détresse professionnelle auprès des travailleurs sociaux. Cependant, la détresse professionnelle figure déjà

parmi un ensemble de phénomènes nuisibles que les travailleurs sociaux risquent de rencontrer à un moment dans leur carrière. La pandémie ne peut qu'accélérer et amplifier ce phénomène.

1.4 Les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping pendant la pandémie

Plusieurs auteurs ont tenté d'élucider les capacités d'adaptation des travailleurs sociaux en temps de pandémie en identifiant les outils qu'ils utilisent pour réagir et évoluer en réponse aux nouvelles conditions de travail en parallèle avec l'acuité accrue des difficultés manifestées chez les patients (Ashcroft et al., 2022; Ready et al., 2022; Cadell et al., 2022; Okafor, 2021). Dans la recherche, il y a une attention particulière accordée aux capacités d'adaptation que les travailleurs sociaux emploient, ainsi que leurs évolutions au cours de la crise sanitaire de la COVID-19. L'étude des mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping sont surtout adressées sous le contexte de l'organisation du travail. L'influence des représentations sociales du travail social reliée à la détresse professionnelle est peu questionnée. Voilà ce qui mobilise l'intérêt de ce projet de recherche. L'utilisation d'une approche plus holistique qui tient compte des mécanismes d'adaptation et des stratégies de coping qui sont le résultat de l'organisation du travail, de la pandémie de COVID-19, de la dissonance entre les différentes représentations sociales du travail en lien avec l'intention de prévenir ou mitiger la détresse professionnelle provenant de ce contexte.

Les points centraux de notre définition des capacités d'adaptation sont le *self-care*, la résilience, le soutien social, l'identité professionnelle, les comportements malsains et la consommation. D'abord, le *self-care* est un aspect qui décrit des stratégies variées pour prendre soin de soi-même afin de minimiser les séquelles physiques, psychologiques, émotionnelles et professionnelles de la pratique du travail social (Collins, 2021, p.92). Quoique le *self-care* est un concept personnalisé, le consensus est qu'il s'agit d'un outil essentiel pour les travailleurs sociaux,

peu importe le rôle ou l'expérience vécue de ceux-ci (Miller et Reddin Cassar, 2021; Collins, 2021; Lewis et King, 2019). Parmi quelques stratégies de *self-care* typiques, on retrouve : la socialisation et la détente avec ses proches ou ses collègues de travail, la pratique de la pleine conscience, l'exercice et le yoga, le maintien du sens de l'humour et l'importance d'une alimentation santé (Cuartero et Campos-Vidal, 2019). Selon ces auteurs, les activités de socialisation ou de détente, et la pratique de la pleine conscience sont parmi les meilleures capacités d'adaptation pour se protéger contre l'épuisement ou d'autres conséquences. Malgré ce fait, Miller et Reddin Cassar (2021) ont observé une diminution de la pratique du *self-care* chez les travailleurs sociaux depuis le début de la pandémie en illustrant une comparaison pré et postpandémique. Lorsque le *self-care* est négligé, il y a la tendance d'adopter des comportements nuisibles de déni et de désengagement, de se préoccuper avec ses pensées négatives, de consommer de l'alcool ou des drogues, et/ou un excès de sommeil (Acker, 2018). À cette fin, la recherche de Collins (2021) démontre la nécessité d'implanter des formations et de l'enseignement des pratiques de *self-care* au sein des institutions académiques et professionnelles. Même si les répercussions de la pandémie sont vécues aux niveaux sociétaux et institutionnels comme mentionné ci-dessus, le *self-care* demeure une responsabilité individuelle de se gérer soi-même pour se protéger, ce qui s'ajoute aux exigences professionnelles déjà exorbitantes. Il est important de reconnaître la responsabilité de l'individu de se préparer et de se protéger contre les risques associés à sa profession sans négliger la responsabilité de l'institution de protéger le bien-être physique et mental de ses employés. La pratique du *self-care* implique une action individuelle mais elle devrait être encouragée et améliorée par la participation active de la gestion.

Un autre concept clé est la résilience. Le niveau de résilience qu'un individu exerce a un impact direct sur sa qualité de vie professionnelle (Fu et al., 2022). C'est un trait de caractère

essentiel pour le travailleur social en temps de pandémie puisque cela permet à l'intervenant de demeurer stable et de s'adapter en réponse à l'exposition à des traumatismes et/ou à des situations de crise (Joubert et al., 2022). La recherche de Goh et al. (2022) démontre un lien direct entre le *self-care* et la résilience. Ils expliquent que la pratique des stratégies de *self-care* encourage le développement de la résilience chez l'individu et que le stress vécu peut avoir un effet positif complémentaire. Ils expliquent aussi que la résilience a une capacité de réduire le stress et l'épuisement chez les travailleurs sociaux (p.302). La recherche de Collins (2021) incorpore aussi le concept de la résilience sous le terme parapluie de *self-care*, jumelé avec la pleine conscience et le soutien social (p.88). Encore une fois, on observe une connotation individualiste aux capacités d'adaptation. Toutefois, la résilience peut être une expérience collective provenant du partage d'une expérience traumatique (Nuttman-Shwartz, 2015). La pandémie de COVID-19 est un autre exemple de la manifestation de la résilience collective partagée par les professionnels de la santé, leurs patients et la société (Cerone, 2020). En étant tous confronté avec la même réalité en temps de pandémie, le partage de cette expérience traumatique a permis de renforcer la résilience collective de chacun. Ceci enchaîne le dernier sujet qui nous intéresse ici, soit les capacités d'adaptation, l'importance de l'établissement et le maintien d'un système de soutien social.

Le soutien social est le dernier point qui nous permet de mieux définir les capacités d'adaptation. Le soutien social est défini par l'ensemble de biens matériels, psychologiques et physiques fournis par l'ensemble des proches d'une personne (« réseau social ») et qui améliorent sa capacité de gérer le stress; (Cohen, 2004 : p.676). C'est aussi une capacité d'adaptation qui se distingue des autres capacités mentionnées ci-dessus par son caractère purement collectif. Selon Fu et al. (2022), le fait même d'avoir la perception du soutien social est suffisant pour profiter aux plans personnel et professionnel. Ils suggèrent aussi que le soutien social doit être accompagné de

la résilience afin d'optimiser sa capacité d'adaptation aux contraintes de la pratique imposée par la pandémie de COVID-19. En plus, les auteurs Goh et al. (2022) et Joubert et al. (2022) illustrent les bénéfices du soutien social par l'amélioration de l'aptitude de l'intervenant à gérer le stress, le sentiment de bien-être personnel et professionnel, et l'augmentation de la résilience éprouvée. Donc, l'établissement et le maintien du soutien social sont une capacité d'adaptation agissant sur les plans physique, psychologique et émotionnel du travailleur social qui possède une importance marquée en contexte pandémique (Fu et al., 2022; Goh et al., 2022; Joubert et al., 2022; Collins, 2021). Comme mentionné ci-dessus, c'est grâce aux représentations sociales du travail social et de la détresse professionnelle chez les travailleurs sociaux que nous allons explorer l'évolution des capacités d'adaptation et des stratégies de coping résultants de la crise sanitaire de COVID-19 dans le milieu hospitalier.

Chapitre 2. Cadre théorique

2.1 La théorie des représentations sociales et ses orientations

L'origine de la théorie des représentations sociales est dérivée de la théorie de Durkheim qui introduit les concepts de représentations individuelles et collectives vers la fin des années 1890. Ce dernier fut le précurseur du concept des représentations sociales, dont l'auteur responsable de sa construction est Moscovici (Orfali, 2000). Une démarche collective ultérieure de plusieurs autres auteurs a contribué au développement et à la concrétisation des théories fondatrices des représentations sociales telles que Vygotski et Jodelet; voir aussi Herzlich, Purrkhardt, Aron et Doise (Orfali, 2000). Notamment, vers les années 1950, Moscovici reprit la notion des représentations collectives avec un champ d'application dans la psychologie sociale pour analyser la compréhension de la psychanalyse par le public (Guimelli, 1999a). Moscovici utilise les

représentations sociales comme un outil d'interprétation de la réalité par l'interaction entre la symbolisation et le sens accordé à ces symboles en lien avec l'influence de la société (Guimelli, 1999a). Selon Moscovici (1989), les individus qui composent une société ou un groupe quelconque façonnent leurs pensées et leurs actions en fonction d'une représentation collective. Cette représentation collective est concrétisée par les représentations sociales similaires au sein des groupes qui lui sont apparentés. Elle demeure majoritairement inchangée et est alimentée par les représentations sociales dominantes qui fluctuent selon le contexte et les groupes en question qui l'acceptent comme la pensée populaire (Moscovici, 1989). Donc, les représentations sociales se concrétisent dans nos pensées, à l'aide des influences de la société, et se manifestent comme des composantes de la réalité. Ces représentations sociales sont à la base de tout comportement et communication des individus au sein d'une société (Orfali, 2000). De plus, Moscovici (2004) explique que le contenu de ces représentations sociales peut être divisé en trois catégories : les opinions, les attitudes, et les stéréotypes (voir aussi Negura, 2006 : p.3).

En outre, Jodelet (2006) définit les représentations sociales comme le produit des dimensions émotionnelle et cognitive retrouvée dans l'expérience vécue. La dimension émotionnelle correspond au « vécu » concret de l'expérience, ce qui est ressenti par la personne et la dimension cognitive correspondent aux informations préconçues chez la personne qui vont guider l'interprétation de cette dimension émotionnelle; une représentation sociale est le produit de cette démarche (Negura et Plante, 2021). Donc, « [...] l'expérience est sociale et socialement construite » (Jodelet, 2006 : p.14). Selon l'approche sociogénétique de Jodelet, la formation des représentations sociales est un processus dynamique dont la genèse est une culmination du passé et du présent et son expression est le résultat des influences historiques, politiques et culturelles en communication sociale (Kalampalakis et Apostolidis, 2016 : p.2). La dualité de la représentation

sociale est simultanément un processus de formation continue et un concept défini qui guide sa formation au sein d'un groupe. Par ailleurs, l'origine de sa formation est aussi importante à considérer, surtout pour la présente analyse. Selon Guimelli (1999b) :

En procédant de la sorte, cet ensemble social construit, maîtrise, sauvegarde et maintient, par la même occasion, sa propre identité. C'est ainsi que la réalité est toujours construite et représentée. Par conséquent, le même objet social sera caractérisé par des significations sensiblement différentes, voire profondément divergentes, selon le groupe qui est à l'origine de sa construction. (p.79)

Dans le contexte de ce mémoire, les représentations sociales du travail social qui sont propres aux travailleurs sociaux détiennent potentiellement un aspect permettant d'expliquer leurs comportements ou leur situation. Bref, les représentations sociales sont une préparation à l'action qui guide le comportement et lui donne un sens, une intention (Moscovici, 1961; cité par Orfali, 2000).

Une autre approche théorique distinguée pour l'étude des représentations sociales est celle du noyau central d'Abric et Flament. Ces auteurs conceptualisent les représentations sociales comme un système interrelié d'éléments périphériques cognitifs et d'un noyau central structurant (Guimelli, 1999b). La représentation sociale se compose d'un système central plutôt rigide et permanent, et d'un système périphérique qui contient les éléments cognitifs qui seront exprimés différemment en fonction de l'organisation du système central et selon le contexte social dans lequel elle se manifeste (Guimelli, 1999b). Le noyau central est la représentation sociale constante et concrétisée par le groupe qui lui approprie un sens collectivement accepté (Dany et Apostolidis, 2007). Le système périphérique est l'interprétation et la valeur que chaque membre du groupe accorde à cette représentation sociale selon leurs situations et leurs caractéristiques uniques; « [...]

la protection du noyau central en permettant une certaine hétérogénéité de contenu au sein de la représentation et permet l'adaptation aux évolutions du contexte. » (p.11).

L'approche sociogénétique des représentations sociales sera adoptée comme cadre théorique de ce projet de mémoire. C'est une approche qui fut alimentée durant le début des années 1980 par Jodelet afin de tisser le lien entre le processus de formation dynamique des représentations sociales et la réalité collective; « la pensée sociale » (Kalampalikis et Apostolidis, 2016 : p.2). La représentation sociale est la synthèse de l'expérience vécue des individus et démontre la façon dont les gens interagissent et génèrent leur représentation sociale. La représentation sociale étant le « fruit de conjonctures historiques, politiques et culturelles et de la communication sociale » (Kalampalikis et Apostolidis, 2016 : p.2). C'est grâce à cette approche que nous pouvons explorer les communications et le discours qui expliquent la genèse des représentations sociales du travail social et de la pandémie de COVID-19 à l'aide de l'expérience vécue des travailleurs sociaux œuvrant dans le milieu hospitalier. Ensuite, nous nous proposons de mieux comprendre l'influence de ces représentations sociales, soit comme un facteur de protection ou un facteur de risque de la détresse professionnelle. Enfin, cette recherche permettra de comprendre l'impact actuel sur l'établissement ou l'évolution des capacités d'adaptation des travailleurs sociaux.

2.2 L'utilité de la théorie des représentations sociales dans le contexte de notre recherche

Les représentations sociales permettent une meilleure compréhension des interactions sociales entre les membres d'un groupe (intragroupe) et entre les groupes sociaux (intergroupe) (Orfali, 2000). Ceci offre une compréhension approfondie des réalités psychosociales qui régulent notre environnement social, modulant ainsi nos comportements et notre communication en

fonction de ses connaissances (Orfali, 2000). Les deux processus nécessaires pour la formation d'une représentation sociale, telle qu'elle vient d'être définie, sont l'objectivation et l'ancrage. L'objectivation renvoie à la concrétisation de la représentation sociale influencée par les valeurs du groupe (la notion de la pensée sociale) (Guimelli, 1999a). L'ancrage associe la représentation sociale nouvellement construite à un ensemble de connaissances antérieures qui lui donne son air de permanence dans le groupe (processus de catégorisation) (Guimelli, 1999a).

Similairement au contexte social qui donne naissance aux représentations sociales, ces dernières vont aussi varier selon le contexte culturel dans lequel elles se trouvent. Jodelet (2002) explique, selon une perspective sociologique, que la culture est un « [...] système de valeurs et normes, des modèles de pensées et de conduites qui orientent l'activité mentale et pratique des individus » (p.120). Cette définition permet de faire plusieurs parallèles entre les représentations sociales et le contexte culturel d'un groupe. Dans le contexte de la présente recherche, la culture est représentée par les forces institutionnelles et administratives qui gèrent le milieu hospitalier et la pratique du travail social; c.-à-d. les réformes de santé, les pressions des gestionnaires et la nouvelle gestion publique.

2.3 Les objectifs de recherche

Le cadre théorique des représentations sociales sera employé afin de comprendre l'étendue des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la représentation et l'expérience de la pratique du travail social dans le milieu hospitalier ainsi que son effet sur la détresse professionnelle des travailleurs sociaux. Les représentations sociales vont nous informer sur le décalage anticipé des expériences vécues des travailleurs sociaux par rapport à l'état actuel de la pratique du travail social et de ce à quoi elle devrait ressembler dans le milieu hospitalier. Puisque les représentations

sociales fournissent un ensemble de connaissances partagé par les membres du groupe qui le composent (Lévesque et Negura, 2021a), la représentation sociale du travail social va premièrement nous informer sur les connaissances partagées par les travailleurs sociaux sur leur profession, sur leur pratique et le milieu hospitalier dans lequel ils pratiquent. En second lieu, nous allons outiller la représentation sociale du travail social pour explorer plus concrètement les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les travailleurs sociaux.

Plus précisément, nous allons explorer comment les travailleurs sociaux ont dû s'adapter et se protéger contre les séquelles personnelles, professionnelles et institutionnelles laissées par la pandémie de COVID-19. Pour ce faire, le témoignage et l'expérience vécue de cinq travailleurs sociaux serviront comme la base empirique de notre analyse. Cette analyse permettra par la suite de nous informer sur l'importance et l'utilité des stratégies d'adaptation et des mécanismes de coping sous le contexte de la pandémie. Il est aussi important de comprendre comment l'organisation du travail, les politiques et les règlements dans les hôpitaux furent affectés par la pandémie. Nous anticipons que les représentations sociales du travail social avancées par ceux qui le pratiquent auront un impact positif sur leurs capacités d'adaptation avec le sentiment d'être équipé avec les connaissances, les techniques nécessaires, et la résilience résultant de leurs vécus en relation d'aide. Puisque les représentations sociales expriment le sens commun, il est probable que nous allons trouver des similitudes importantes entre les expériences vécues des participants qui vont faciliter la conceptualisation de la représentation sociale du travail en temps de pandémie. Ceci permettra par la suite d'optimiser l'analyse du contenu des résultats.

À la lumière de la situation actuelle des travailleurs sociaux dans le système des soins de la santé, cette étude se justifie par les effets aggravés que la pandémie de COVID-19 a eu sur la santé mentale de cette population. Nous nous posons donc la question suivante: quelles sont les

représentations sociales du travail social et de la détresse professionnelle des travailleurs sociaux œuvrant dans le milieu hospitalier et comment ces représentations peuvent-elles nous informer sur les capacités d'adaptation des travailleurs sociaux dans les conditions de la crise sanitaire de COVID-19?

Chapitre 3. Méthodologie

Ce mémoire s'inscrit dans le projet CRSH: « La détresse psychologique des travailleuses et travailleurs sociaux du domaine de la santé au Québec et en Ontario : Représentation professionnelle et expérience vécue » sous la coordination du professeur Lilian Negura de l'Université d'Ottawa. Le numéro de référence du certificat éthique accordé à ce projet est # **S-02-22-7030**, le certificat éthique est présenté à l'annexe A.

3.1 Échantillonnage et recrutement

L'analyse des représentations sociales du travail social et de la détresse professionnelle des travailleurs sociaux œuvrant dans le secteur de la santé est le point focal de la recherche effectuée. Il s'agit d'une recherche qualitative du contenu de ces représentations sociales. C'est l'analyse du contenu des représentations sociales qui donne le sens qualitatif à cette recherche. Les travailleurs sociaux œuvrant dans le milieu hospitalier constituent notre population cible. Pour notre échantillon, nous avons recruté des participants, notamment des travailleurs sociaux qui proviennent de différents hôpitaux de la région d'Ottawa. Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants ont été :

- être en pratique professionnelle dans un milieu clinique depuis le début de la pandémie

- être embauché à temps plein, ou travaille en moyenne quatre jours par semaine

Nous avons recruté nos participants à l'aide de la méthode d'échantillonnage non probabiliste typique; de choix raisonné (Baribeau et Royer, 2012). Une méthode qui s'efforce de « [...] baliser le plus clairement possible différents critères permettant d'encadrer souplement les pratiques et donner au chercheur des pistes pour réfléchir à la nature de l'échantillon pour en constituer un qui soit le mieux fondé possible. » (Savoie-Zajc, 2007 : p.102). C'est une méthode qui permet de regrouper les participants selon les intérêts du chercheur afin de mieux aiguiller les résultats obtenus et faciliter l'analyse.

Les endroits de recrutement ont été les hôpitaux de la ville d'Ottawa suivants : l'Hôpital Montfort, l'Hôpital Royal et l'Hôpital Général d'Ottawa. Le recrutement s'est effectué selon l'approche bouche-à-oreille auprès des contacts préétablis dans ces trois institutions dues à mon affiliation comme stagiaire de maîtrise (Montfort et Royal) ou en tant que soutien administratif (Général). Un courriel de recrutement a été envoyé directement aux participants envisagés, par voie de coordonnées personnelles, avec les critères de sélection qui sont décrits sur l'affiche de recrutement (voir Annexe B) et dans le formulaire de consentement (voir Annexe C). Ceci permet de contourner l'implication des gestionnaires lors du recrutement pour éviter leur influence potentielle sur l'authenticité des témoignages. Le recrutement fut terminé la fin du mois d'avril et la dernière entrevue fut complétée la deuxième semaine de mai. Les caractéristiques sociodémographiques des cinq participants sont présentées dans le tableau 1.

3.1.1 Tableau 1. Les participants

Identité de genre	Masculin : 2
	Féminin : 3
Identité linguistique	Francophone : 1
	Anglophone : 3
	Bilingue : 1
Intervalle d'âge	25-29 ans : 1
	30-34 ans : 2
	35-39 ans : 2
Années d'expérience	0-3 ans : 1
	4-7 ans : 3
	8-11 ans : 1
Années dans le poste actuel	0-2 ans : 2
	3-5 ans : 3
Lieu de pratique	L'Hôpital Montfort : 2
	L'Hôpital Royal : 2
	L'Hôpital Général d'Ottawa : 1

3.2 Guide d'entrevue et autres outils de recherche

La méthode choisie pour recueillir les données brutes nécessaires pour analyser les représentations sociales du travail social et de la détresse professionnelle est l'entrevue individuelle semi-dirigée. Cinq entrevues ont été effectuées, ce qui correspond aux attentes pour un projet de mémoire dans le programme de maîtrise en travail social de l'Université d'Ottawa. L'entrevue incorpore aussi des questionnaires qui sont remplis avant et après la période formelle de discussion. Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites. En fin de l'entrevue, une fiche signalétique (voir Annexe D) a été remplie avec des informations utilisées pour décrire le profil sociodémographique des participants. Nous avons choisi le format semi-dirigé pour les entrevues

puisque ça encourage le participant à raconter son expérience personnelle et amorcer une discussion spontanée (Gaudet et Robert, 2018). Ceci nous permettra de réaliser l'identification des représentations sociales étudiées. Malgré la discrétion de l'intervieweur dans sa démarche d'entrevue avec des questions à réponse variables, le guide d'entrevue est structuré d'une manière logique et flexible avec trois sections principales et une liste de questions suggérées pour chacun.

La première section traite la représentation professionnelle du travail social, la deuxième section est consacrée aux réformes de santé et l'expérience vécue par les travailleurs sociaux, et la troisième section s'adresse à la détresse professionnelle. Le guide d'entrevue est présenté dans l'annexe E et les questions surlignées en jaunes sont les questions qui ont été ajoutées au guide d'entrevue préconçu par le projet de recherche principal, dont le mémoire s'inscrit. Ma contribution au guide permet d'aborder plus directement les enjeux de la pandémie de COVID-19 auprès de l'expérience vécue des travailleurs sociaux en milieu hospitalier pour le besoin de la présente recherche. La première question ajoutée, qui s'insère dans la section des réformes de santé et l'expérience vécue des travailleurs sociaux, cible les effets de la pandémie de COVID-19. Ceci permet ensuite d'identifier les difficultés rencontrées par la pandémie du point de vue individuel et institutionnel ainsi que proposer des solutions à ces difficultés. La dernière question ajoutée s'insère dans la section sur la détresse professionnelle pour explorer l'évolution des mécanismes d'adaptation et des stratégies de coping des travailleurs sociaux. Plus précisément, l'évolution de ceux qu'ils employaient déjà et ceux qu'ils ont développés en réaction aux contraintes imposées par la pandémie de COVID-19.

En outre, l'entrevue individuelle facilitait l'établissement et le renforcement du lien de confiance entre le chercheur et son interlocuteur durant l'interaction (Gaudet et Robert, 2018). Les entrevues ont été planifiées à des endroits hors de l'hôpital pour éviter l'influence du milieu

professionnel. De plus, ils ont été administrés en mode virtuel sur la plateforme ZOOM pour des raisons d'accessibilité et d'accommodement. Ceci a permis à la fois d'avoir un lieu d'interaction neutre, confidentiel avec un minimum de distractions, ainsi que de faciliter l'enregistrement audio des entrevues. Les enregistrements et tous les autres documents d'importance ont été sauvegardés sur le réseau informatique sécurisé de l'Université d'Ottawa. Dans le même ordre d'idées, l'obtention du consentement libre et éclairé de chaque participant a été effectuée avant le début de l'entrevue. Lors de l'obtention du consentement libre et éclairé, le participant a été avisé que l'entrevue peut être arrêtée en tout temps et que des segments de l'enregistrement peuvent être omis selon leur volonté.

3.3 La transcription, le codage et l'analyse des représentations sociales

La transcription des entrevues a été effectuée à l'aide du logiciel Amberscript et révisée manuellement pour assurer l'exactitude du verbatim. L'analyse de contenu thématique a permis d'identifier et de regrouper les données brutes en codes pour simplifier la tâche de l'analyse et l'interprétation des entrevues (Dionne, 2018). Plus spécifiquement, l'analyse du contenu thématique consiste dans le repérage des idées principales au sein des entrevues et la catégorisation de celles-ci en unités sémantiques de base : les thèmes (codes) et leurs concepts (sous-codes) (Negura, 2006 : p.4). Dans une première étape, une méthode d'analyse déductive a permis de coder les données brutes selon les quatre codes principaux préétablis présentés dans la prochaine section; soit l'expérience vécue des travailleurs sociaux, les représentations sociales du travail social, la pandémie de COVID-19, et la détresse professionnelle. Les codes furent déterminés en fonction de notre question de recherche pour faciliter l'analyse exploratoire des données brutes qui se trouvent dans les sections suivantes. Le logiciel NVivo a permis le codage des entrevues et a aussi

facilité le raffinement des sous-codes. Dans une deuxième étape, par une démarche inductive, une analyse secondaire a permis d'identifier de nouveaux sous-codes. Selon Dionne (2018), l'approche inductive implique l'identification « [...] des éléments sémantiques (terminologie) récurrents dans les sources de données, que l'on peut éventuellement condenser pour permettre l'identification d'un ensemble de thèmes pertinents » (p.329). De plus, cette deuxième étape peut être finalisée seulement à l'aide d'une lecture flottante des données brutes (Blais et Martineau, 2006) à l'intérieur de chaque code préétabli. En outre, ces quatre codes et leurs sous-codes respectifs sont inspirés des sujets amenés dans la problématique.

Les nouveaux sous-codes dégagés par l'analyse inductive permettent par la suite d'encadrer et de cibler les représentations sociales du travail social et de la détresse professionnelle dans le but de mieux comprendre la réalité des travailleurs sociaux œuvrant dans le milieu hospitalier. De là, une analyse du contenu thématique a permis de répondre à notre question de recherche afin d'élucider comment ces derniers peuvent nous informer sur leurs mécanismes d'adaptation et stratégies de coping en conditions de pandémie de COVID-19. Alors, le témoignage des travailleurs sociaux a permis de comprendre leurs représentations sociales du travail social et de la détresse professionnelle et ainsi mieux saisir le comportement des travailleurs sociaux en milieu hospitalier durant la pandémie de COVID-19. Ces données nous ont informés sur la façon dont les travailleurs sociaux vivent la détresse professionnelle, les impacts de la pandémie de COVID-19 sur leur milieu de travail ainsi que les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping qu'ils utilisent pour y faire face.

Chapitre 4. Résultats

4.1 L'expérience vécue des travailleurs sociaux

4.1.1 La dimension affective de l'expérience des travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux vivent de l'empathie et de l'ouverture d'esprit face aux difficultés rencontrées quotidiennement par leurs patients. Ils vivent également un sentiment de fierté à contribuer en tant que spécialistes à la résolution des problèmes psychosociaux, souvent négligés par d'autres professionnels.

They're coming to you for a reason, and so I'm just here to listen and be empathetic and understanding and non-judgmental and let's figure out what we can do to make your life better. How can I help you? – *Barry*²

Yeah, I think sometimes social work may bring a perspective that other members of the team wouldn't have. I think one of them being the biopsychosocial assessment where we're able to dig deeper into like a patient's or a person's life. And we may ask questions or find out information that other members of the team may not have. – *Charlene*

Ils ressentent de la curiosité lors des opportunités d'apprentissage offertes par le caractère interdisciplinaire des équipes en milieu hospitalier. Les travailleurs sociaux témoignent également un sentiment d'accomplissement et d'épanouissement découlant du succès d'une intervention. Ils ressentent de la passion pour le travail social et des émotions positives qui accompagnent la pratique de ce métier.

Ben moi, travailler dans un milieu hospitalier, tu apprends tous les jours sur le côté médical, physio, ergo, toutes tes collègues dans le fond, t'apprends de nouveau tous les jours. J'aime beaucoup ça. Je suis quelqu'un qui est curieuse, donc j'aime beaucoup apprendre. – *Georgette*

² Le nom des participants qui sont présentés dans le chapitre suivant sont fictifs

Cependant, de la peur et de l'inquiétude liées à l'incertitude d'une intervention ou d'un congé des patients sont également vécues. De plus, le syndrome de l'imposteur peut surgir, occasionnant de l'autoblâme pour l'échec d'une intervention, ce qui peut créer des problèmes de confiance en soi et en ses compétences.

If clients aren't doing well, my imposter syndrome kind of shows up because I will personalize that or start to worry if it's something that I'm doing wrong. – *Linus*

Les participants disent aussi avoir vécu un sentiment d'impuissance face aux facteurs qui sont hors de leur contrôle, mais qui sont néanmoins des obstacles à leur pratique. Ils peuvent vivre un sentiment d'isolement et d'impuissance en affrontant les contraintes du milieu qui peuvent être évitées en cultivant, selon les participants, des liens avec les autres travailleurs sociaux dans le domaine.

Making sure everyone's involved in the care because like I'm one spoke in the wheel and I think that kind of helps with like not feeling like you need to be like a superhero and come in with your cape and think you're going to like, you know, do everything yourself, right? Like it's a team approach when it's community's patient right? – *Barry*

Enfin, plusieurs participants ont souligné l'importance de maintenir la compassion envers les patients, même s'ils se rendent fréquemment à l'hôpital pour les mêmes problèmes psychosociaux.

Je prends des choix, mais des fois les gens ont besoin d'une chance, même s'ils en ont eu beaucoup dans le passé puis il faut garder de la compassion parce que je pense que c'est ce qui nous rend humain au final. – *Georgette*

4.1.2 Les enjeux éthiques vécus par les travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux se voient comme des avocats pour le bien-être des patients et non pour l'hôpital.

Je suis là pour travailler pour le bien-être des patients. Fait qu'est-ce qui est le meilleur pour le patient versus qu'est-ce qui est meilleur pour l'hôpital? Des fois il faut mettre le pied à terre, puis des fois c'est pas ce que la gestion y veut. – *Amélie*

Le défi c'est d'être à la fois accessible et sympathique envers les patients tout en conservant un niveau de professionnalisme conforme aux normes déontologiques et aux politiques de l'hôpital.

You don't want to come off like, you know, almost sounding unprofessional. But at the same time, you want to sound relatable. – *Barry*

Le risque d'un investissement excessif dans le traitement d'un patient peut mener, selon le vécu des travailleurs sociaux, à une violation des normes déontologiques, affectant la relation thérapeutique et le professionnalisme. Voici deux exemples obtenus du témoignage de *Barry*:

And she was like, giving out a personal cell phone number to patients and, you know, call me any time and it's just like, you know, that's distressing, right?

And like they blur boundaries, which isn't healthy for anyone involved. You know what I mean? and it kind of breaks down this kind of like appropriate therapeutic rapport they have with clients.

L'incapacité d'offrir des interventions optimales en raison du manque de ressources à l'hôpital et dans la communauté peut générer un conflit vécu entre les priorités de l'hôpital et les valeurs du travailleur social. Plus spécifiquement, les pressions entourant la planification du congé des patients et l'insuffisance de ressources pour effectuer cette tâche de manière sûre et efficace posent un problème.

Les limites du système, on manque de ressources, tu essayes de faire des plans de congés. Il n'y a pas de services à domicile, la personne doit rester à l'hôpital. Là on a du push back parce qu'il y a des gens. Il y a trop de gens à l'urgence. Les gens sont sur des civières dans les corridors. Fait que là t'as plus de pression à faire ton congé – *Georgette*

Il y a également des situations qui nécessitent une violation de la confidentialité pour administrer des interventions d'urgence en cas de crise de santé mentale.

I think there's been a lot of situations where, like, for the first time in my life, I had to send a youth to the emergency department straight from my office. And that was a really scary time certainly for them, but for me as well. – *Linus*

Dans un contexte hospitalier, il est parfois nécessaire de défendre les intérêts de ses patients et de protéger sa propre pratique professionnelle lorsqu'un conflit survient entre ces derniers et les politiques de l'hôpital imposées par la direction. Lorsqu'un patient a la capacité de prendre ses propres décisions, une incohérence peut survenir entre le plan de congé proposé par l'équipe médicale et la décision du patient. C'est un conflit éthique vécu par les travailleurs sociaux de vouloir le meilleur pour le bien-être du patient tout en respectant son droit de prendre ses propres décisions.

Puis ça c'est quelque chose que je trouve qui faut tout le temps qu'on rappelle à l'équipe. C'est comme les personnes sont capables de prendre leurs décisions, même si c'est des mauvaises décisions. – *Amélie*

Enfin, les travailleurs sociaux ressentent l'obligation de respecter le patient lors de l'expression de leur opinion clinique durant la rédaction de notes.

So I have to be very careful in my chart in terms of how I describe situations or patients like even with my clinical impression – *Charlene*

4.1.3 Le fonctionnement quotidien du travail social

Le travailleur social vit tous les jours la résolution des problèmes que les autres professionnels de santé sont incapables de résoudre, ou qui ne veulent simplement pas résoudre.

Toutefois, cette expérience est vécue comme envahissante lorsque le problème ne relève pas de la pratique du travail social.

I joke with the patients sometimes, like, hey whatever the nurse or the doctor doesn't do. Just know that I'll probably do it, you know, like if you make a long-distance phone call, it's probably going to be me that does it. – *Barry*

De plus, le manque de ressources à l'hôpital et dans la communauté est vécu comme un obstacle majeur pour garantir une planification de sortie sécurisée et des conditions de traitement adéquates pour les patients.

Il faut tout le temps trouver des, comme il y a des manques de ressources, il y a des manques. Le système de santé des fois, comme il y a des fractures, il y a des fautes. Il faut jouer dans le système pour pouvoir trouver la meilleure solution pour le patient. – *Amélie*

La documentation des statistiques et des notes, les réunions hebdomadaires (ou quotidiennes selon le cas) avec l'équipe interdisciplinaire, les évaluations psychosociales, la gestion de cas, l'aiguillage vers des ressources communautaires, l'aide avec le logement et la planification des plans d'intervention, et des plans de congé sont des tâches intégrales à la profession du travail social partagé par l'ensemble des participants.

So on Mondays we have meetings in the morning and then we have patients that are scheduled to either come into the clinic or telephone or video phone calls. So most of the time I am doing a full assessment. So meeting them for the first time, doing a full psychosocial assessment and then providing education, emotional support, coping skills. – *Charlene*

L'approche interdisciplinaire permet d'optimiser le plan d'intervention et le plan de sortie pour le patient, et c'est souvent le travailleur social qui communique les recommandations de l'équipe au patient et à sa famille. Une certaine créativité est également employée au quotidien par les travailleurs sociaux pour élaborer des plans d'intervention uniques pour chaque patient.

C'est quoi les options qui sont possibles, qui sont faisables en terme de ça? Puis c'est quoi les recommandations de l'équipe ici? Je passe souvent le message à la famille de qu'est-ce que nous on pense que c'est selon nos évaluations. C'est donc beaucoup, beaucoup de communication puis de transfert d'information. – *Georgette*

Souvent, les travailleurs sociaux n'ont tout simplement pas le temps de répondre à tous les besoins de leurs patients. Le temps qu'un travailleur social peut consacrer à un patient dépend de l'ampleur de sa charge de travail et du nombre de patients présents sur l'unité à ce moment-là, deux réalités qui fluctuent continuellement.

Fait que je trouve que ça dépend de semaine en semaine puis de la capacité de l'hôpital. Fait que si disons l'hôpital n'est pas à capacité puis il y a un bon roulement. Il n'y a pas trop de monde qui vient à l'urgence. Bein là je trouve qu'on a plus de flexibilité de vraiment passer du temps avec nos patients. Ça dépend de mon caseload aussi, comme si j'ai juste dix patients sur mon caseload. J'ai le temps de toutes les voir pour faire de bonnes évaluations puis faire de bons suivis avec les familles. Mais si c'est une semaine que c'est comme super occupé puis que j'ai genre 20 patients, bein je vais juste éteindre feu. – *Amélie*

4.1.4 L'identité vécue du travail social

Premièrement, les travailleurs sociaux ressentent un sens d'appartenance au travail social dans le cadre de leur équipe multidisciplinaire. Cette identité prend racine, selon les travailleurs sociaux, dans la position unique qu'ils occupent dans les hôpitaux leur offrant la possibilité de fournir une vision holistique de la situation des patients aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire, ce qui permet d'améliorer la qualité des interventions de chacun.

Je pense que les travailleurs sociaux en ayant, en ayant à chercher vraiment une évaluation du contexte psychosocial spécifique, je pense qu'on peut apporter cette compassion-là au reste de l'équipe qui voit pas vraiment la réalité de la personne peut-être au complet tu sais? Ils voient juste une petite sphère chacun puis je pense que nous on amène la big picture un peu là, de la personne – *Georgette*

Eum bein je veux dire, sans nous, je trouve qu'ils manqueraient comme un partie du casse-tête plus global. Comme moi je trouve que on est une des professions qui regarde tu sais toute versus comme physio va vraiment regarder la mobilité, ergo va regarder le

fonctionnement, bein nous ont va mettre tous les morceaux ensemble. Et je trouve que sans nous, ils manqueraient peut-être la vision globale, holistique. – *Amélie*

Les connaissances et la perspective des travailleurs sociaux sont souvent sollicitées par les autres professionnels de santé, même s'ils ne sont pas responsables pour les soins du patient en question. Le rôle de soutien que jouent les travailleurs sociaux s'étend souvent aux collègues de travail en plus de leurs patients, ce qui renforce encore plus leur sentiment d'appartenance au travail social et de fierté pour leur discipline.

Euh bein je pense qu'on en a une bonne, comme on rajoute quelque chose de positif à l'équipe. Comme des fois les personnes vont venir aussi juste nous questionner, comme on n'est pas impliqué, mais ils veulent juste notre input, nos opinions sur qu'est-ce qu'ils devraient faire parce qu'on a peut-être une autre vision des choses. – *Amélie*

Le développement de leur rôle, de leur identité et de leur contribution à l'équipe multidisciplinaire en tant que travailleur social est le fruit de l'expérience acquise au fil des années de pratique, que ce soit dans le milieu hospitalier ou ailleurs. Le travail d'équipe est une force du milieu hospitalier qui résonne avec les travailleurs sociaux qui ont l'opportunité de participer à ce modèle d'intervention.

I enjoy working with different team members. You know, I learn a lot from them and so I appreciate that they're readily available as well. – *Charlene*

Comme si moi je sais pas trop sur quoi faire. J'ai plein de collègues que je peux aller voir. Ça fait que je dirais ce que j'aime le plus, c'est l'équipe. – *Amélie*

La pratique de la compassion, du non-jugement et de l'écoute active envers les patients sont des réalités vécues au quotidien par les travailleurs sociaux. Ce sont ces expériences, parmi tant d'autres, qui permettent aux travailleurs sociaux de s'identifier au travail social. Le travail social

donne un sens à la vie de ceux qui le pratique et transcende souvent le contexte professionnel; c'est une vocation qui est vécue dans toutes les sphères de la vie des travailleurs sociaux.

Social work really is my purpose. You know, in every kind of sense of the word. I feel very at home in this role, and I feel like this is where my life has been leading to all along. And it both represents my professional identity, but also my personal identity in many ways. I was a social worker long before I was a social worker. – *Linus*

4.1.5 L'effet de la législation, des politiques et des règlements sur l'expérience vécue des travailleurs sociaux

D'un côté, le travailleur social est chargé d'expliquer les politiques et les règlements aux patients en matière de conséquences légales ou financières, de placements (en résidence ou soins de longue durée) et de capacité de prendre leurs propres décisions. De l'autre côté, la loi sur les soins interconnectés de 2019 qui règlemente le travail des travailleurs sociaux dans les institutions de santé n'est pas équitable, selon les travailleurs sociaux. Il est inefficace de tenter de quantifier le travail social pour prouver qu'ils répondent aux attentes de la direction. Les statistiques ne peuvent pas représenter adéquatement les efforts déployés par les travailleurs sociaux.

Mais je peux te dire que ce que je pense de cette réforme-là, c'est que je pense que c'est pas équitable. Pourquoi nous les travailleurs sociaux, ont devraient prouver nos interventions quand que les infirmières ont pas à prouver parce qu'elles ont pas le temps, tu sais, de le prouver donc. Mais nous ont devrait avoir le temps de prouver qu'on travaille. Comme si on avait à le prouver qu'on travaille tu sais parce que le travail social c'est tellement large. Puis je pense parce qu'ils comprennent pas notre rôle. Donc ils veulent comprendre à travers des statistiques. Je ne pense pas que c'est la manière de le comprendre, notre rôle qui est tout sauf du noir et du blanc. – *Georgette*

Yeah, bien, on fait des stats à tous les jours, fait qu'il faut qu'on écrive combien de personnes. Puis ça c'est quelque chose que je trouve qui fait pas vraiment de sens-là. – *Amélie*

En même temps, certains participants estiment que les statistiques offrent la possibilité aux travailleurs sociaux de prouver le travail effectué. Les normes déontologiques de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, les directives de psychothérapie, la loi sur le consentement aux soins de la santé en ce qui concerne la capacité, la procuration et les mandataires spéciaux, la loi sept sur le choix des soins de longue durée, la loi sur les hôpitaux publics, la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, et la loi sur la santé mentale sont toutes des lois qui affectent l'expérience des travailleurs sociaux dans le cadre de leurs fonctions. Depuis le début de la pandémie, l'application de ces lois, politiques et règlements sont devenus moins rigides et plus souples, pourvu que le travail soit accompli. Les travailleurs sociaux ont ressenti le besoin de plus de marge de manœuvre dans le respect des politiques rigides de l'hôpital afin de mieux répondre aux besoins de leurs patients.

Well we definitely got a little bit more lenient on the protecting personal health information, that's for sure. – *Barry*

I have a lot of difficulty applying order in the context of rules to my work. Mostly because I don't really feel like the rules and what's expected often make sense with our population. So like, I'm always going to put the patient first and I'm not going to put arbitrary rules first. – *Linus*

4.1.6 L'organisation du travail et l'expérience vécue des travailleurs sociaux

Les départements de travail social possèdent une hiérarchie managériale unique selon les hôpitaux et la position du travailleur social dans ces structures administratives varie en fonction de cette hiérarchie. Lorsque ceux en position de supervision et de gestion ne sont pas des travailleurs sociaux, ou n'ont pas le pouvoir d'effectuer des changements concrets, les travailleurs sociaux tendent d'avoir un manque de confiance important dans leurs institutions.

Moi je pense qu'il devrait en avoir en tant que travailleuse sociale. Je pense que c'est ce qu'on, ce qui fait partie de notre rôle, c'est de plaider puis d'essayer de défendre les droits.

Puis je pense qu'on devrait avoir une institution qui défend nos droits en tant que professionnels de la santé, travailleurs sociaux. – *Georgette*

Il y a un désir d'avoir quelqu'un en position de pouvoir qui comprend les limites et les contraintes du travail social dans le milieu, afin de défendre les travailleurs sociaux lors de conflits entre la pratique, les normes déontologiques et l'institution.

At our hospital our professional practice lead, we don't have a discipline department. It's not discipline led. I'm hired by my manager. I'm not hired by the discipline lead. I think, our discipline lead is brought on board to provide some consultation about potential issues, but I don't think she would be able to make the same kind of change that is needed or stop things that should be stopped. Or have a real role or influence in how things change or stay the same. – *Linus*

Puis le problème aussi, c'est qu'on a changé de directeur et de haute direction, comme tellement souvent dans les dernières années. Puis ils viennent pas vraiment nous voir ou nous demander ce qu'on fait. Fait que moi je pourrais même pas te dire de quoi a l'aire ma directrice, puis qu'est-ce qu'a fait? Puis je suis sûr que elle a dirait la même chose de moi. – *Amélie*

Les travailleurs sociaux vivent un déficit de communication significatif provenant de la gestion. En réponse à cette expérience, plusieurs participants identifient les avantages qu'un travailleur social peut offrir en occupant un rôle au niveau managérial ou en formation professionnelle afin que les autres membres puissent mieux s'identifier et s'exprimer auprès d'eux. Une hiérarchie non formelle est vécue au sein des équipes interdisciplinaires qui place toujours le médecin en tête, bien qu'il y ait toutefois un respect mutuel entre les membres de l'équipe.

I've seen it firsthand that it can become very top down, like I'm the doctor or I'm the most responsible physician, psychiatrist, what have you and then everyone follows me, right? – *Barry*

Il existe des attentes irréalistes de la part de la gestion concernant la charge de travail des travailleurs sociaux. Notamment, l'incitation à libérer des lits se fait sans compréhension des enjeux psychosociaux qui bloquent justement la sortie des patients.

Comme oui, je trouve qu'il y a beaucoup de pression comme de plus haut. Genre les gestionnaires d'unité, les directeurs. Il y a des codes de débordement aussi, fait quand t'entends comme code de débordement, tu peux voir que les médecins surtout comme ils vont essayer de faire des congés et tout ça. – *Amélie*

Le manque de personnel est également un phénomène qui affecte directement l'expérience des travailleurs sociaux en fonction d'organisation de leurs tâches. Par exemple, lorsqu'il n'y a qu'un seul travailleur social qui est responsable d'une unité de l'hôpital et qu'il est très difficile, parfois impossible, de le remplacer, les travailleurs sociaux vivent une surcharge de travail difficile à tenir.

On a des postes que les gens ont pris leur retraite et y avait personne pour les combler nécessairement. Donc ils ont redirigé ces postes-là et ça tombe beaucoup dans notre seau de travailleurs sociaux parce que nous, nos chapeaux sont tellement larges, on en a tellement qu'on peut en prendre de plus, n'importe quoi. Fait qu'il y a beaucoup de choses qui sont tombées dans notre rôle qui l'était pas dans le passé, mais on avait pas plus de personnel pour combler ces nouveaux rôles – *Georgette*

4.2 La représentation sociale du travail social

4.2.1 La dimension affective de la représentation sociale du travail social

Le travail social est représenté comme une discipline qui demande un investissement émotionnel colossal, indépendamment du résultat des interventions.

Whether the encounters with clients are positive or negative, it still takes from you emotionally. – *Linus*

Les travailleurs sociaux se représentent leur profession comme une pratique qui procure du plaisir surtout lors du maintien d'une position de soutien et d'aide.

Ultimement, le travail social, je crois qu'il sert à soutenir les gens. Dans un système qui a beaucoup de limites. Donc essayer de leur offrir le plus de soutien qu'on peut avec les connaissances qu'on a. – *Georgette*

En outre, ils tirent satisfaction lors de la validation du succès d'une intervention. Selon la majorité des participants, la capacité d'avoir un impact positif sur les patients génère un sentiment d'accomplissement qui est profond et durable.

When you ask people why they went into social work, they would say because I've always wanted to help people, and I think that's why I also went in. It's a profession where it allows me to help and support people and to learn from people as well. – *Charlene*

Pourtant, les pressions du milieu engendrent un sentiment d'injustice par rapport à la charge de travail des travailleurs sociaux comparativement aux autres professionnels de la santé.

The caseload is very high comparatively to other departments. I don't think they have the same level of turnover. – *Linus*

Le milieu hospitalier implique l'exposition à des situations traumatiques qui met en relief l'ampleur des troubles que leurs patients rencontrent quotidiennement dans le milieu hospitalier et cela impose une charge émotionnelle importante auprès des travailleurs sociaux qui interviennent.

It puts life into perspective for me, especially with my ALS patients knowing how life can be short and you know how we need to appreciate life. – *Charlene*

4.2.2 Le travail social comme profession éthique

La protection des droits du patient est au cœur de la représentation du travail social comme discipline éthique. Pour les travailleurs sociaux, il est important de se rappeler qu'il y a une personne derrière le patient et de ne pas se concentrer exclusivement sur l'aspect médical ou social

de ce dernier. Le travail social est représenté comme une profession où l'approche holistique lors de l'intervention est privilégiée pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de la personne.

Looking at the client as holistically as I can, like beyond just what they're often reduced to, which is a list of symptoms or diagnosis. – *Linus*

Because we work with patients who may be sick or in the hospital, sometimes we forget that there's a person outside of the patient. Like besides them being a patient, there's also like a person, there's a whole other side of them. – *Charlene*

Le travail social est aussi une profession avec des risques éthiques en raison de la relation d'aide et de la nature empathique des travailleurs sociaux. Ce jumelage peut parfois conduire à des comportements bien intentionnés qui visent à aider la personne, mais qui peuvent en réalité manquer de professionnalisme dans la pratique ou être préjudiciables à l'autonomie du patient.

So I took it upon myself to support them and to do that for them but on one hand was like, want to make their life easier, but on the other hand, I'm like, I'm not helping them because when they go home they have to learn to do things on their own and be able to take whatever stress that comes with making the decision of going home. – *Charlene*

4.2.3 *Le travail social, une profession de la pratique*

La collaboration et le travail en équipe sont des éléments représentatifs pour le travail social en milieu hospitalier. Un respect mutuel existe entre les professionnels de la santé des équipes interdisciplinaires, ce qui met en valeur la contribution unique du travail social au sein de ces équipes.

On a une belle équipe là, comme si moi je suis pas certaine quoi faire. Bien. J'ai tout le temps comme sur mon équipe, l'ergo, physio, les autres professionnels de la santé, médecins, infirmières, puis l'équipe de travail social aussi. – *Amélie*

Les participants s'accordent tous sur les tâches du travail social dans les hôpitaux : évaluations psychosociales, planification des congés, psychoéducation pour le patient et/ou sa famille, soutien

émotionnel, orientation vers des ressources communautaires et des tâches administratives. Toutefois, des attentes irréalistes sont souvent imposées aux travailleurs sociaux pour élaborer un plan de congé sûr pour un patient avec des facteurs qui échappent à leur contrôle, comme la situation financière du patient ou la crise du logement à Ottawa. On réduit souvent l'ampleur du rôle des travailleurs sociaux dans le milieu à un coordinateur de congé pour les patients.

A lot of what I'm doing now is supporting with discharges. But I'm finding most patients come in and have complex discharge in the sense that social supports are very minimal, and housing is a very big barrier for us. – *Charlene*

Ils voient pas le côté gris de tout notre travail. – *Georgette*

I think everywhere I've worked. I'm especially inpatient contexts it's, you literally become reduced to a discharge planner. Um, and, and I think people underestimate what that actually even means. – *Linus*

4.2.4 Identité et travail social

Le travail social est un travail humanitaire auprès des populations vulnérables et marginalisées. La raison d'être du travail social c'est de venir en aide aux gens, d'offrir du soutien, d'améliorer la qualité de vie des gens et d'améliorer la société en général; c'est la poursuite de la justice sociale.

Not only advocate for the individual, but advocate for just like vulnerable populations in general, social justice. – *Barry*

Social work is an occupation where you have an opportunity to make a difference at like multiple layers of society, right? In many different ways and I know that's kind of broad, but I mean, it's true. Like it's an occupation where I think you can make real change in the world, down to the person, all the way up through the system – *Linus*

Quoique le rôle du travail social en milieu hospitalier est difficilement défini, il existe une multitude de rôles que le travailleur social peut occuper au sein d'une institution clinique,

communautaire, gouvernementale ou privée. La polyvalence de la discipline est à la fois une force et une faiblesse.

They could be community workers, they could be psychotherapists, they could be like leaders, like managers, they could be program developers, policy writers, politicians. Um. You know, inpatient discharge planners like they, the role itself can, you can make so much out of it working with so many diverse populations, doing so many different functions that it's really an occupation where you can really craft your own professional identity, um, and kind of do the kind of work you want to do. Which to me is always very exciting, I don't feel boxed in. – *Linus*

4.2.5 La représentation du travail social par les autres

Le travail social est à la fois multidimensionnel et mal compris. Selon un participant, les travailleurs sociaux ne sont pas pris au sérieux. Il existe l'opinion qu'ils peuvent être facilement remplacés. Cette représentation des autres professionnels de la santé limite le travail social en milieu hospitalier à la planification du congé des patients.

Social workers are pretty expendable at the hospital. I think we're a discipline that's pretty easy to replace and so I sometimes feel like our concerns don't exactly get taken very seriously. – *Linus*

Parfois, les limites du milieu institutionnel contribuent à renforcer cette perception que la seule fonction du travail social est la planification du congé.

Things have not been the same in the last few months because of the complexity of cases coming in, in the sense that a lot of what I'm doing now is supporting with discharges. – *Charlene*

Une perception stéréotypée dans la société est que les travailleurs sociaux sont uniquement des agents de protection de la jeunesse qui souhaitent retirer les enfants de leurs familles.

So interestingly, in the past, when I worked in the emergency and you introduce yourself as a social worker, some people see you as somebody who is, like somehow, they've lumped all social workers as like child protection workers. – *Charlene*

Cependant, les personnes ayant profité des services du travail social comprennent mieux leur rôle, ce qui vient à l'encontre de la perception sociale plutôt négative de la discipline. Le travail social est également reconnu pour son militantisme et ses efforts en matière de justice sociale, allant du plan individuel avec un patient au plan macro en ce qui concerne les réformes institutionnelles, gouvernementales, sociales, etc.

When you're working with a patient and where you can kind of have like, avenues for social justice and advocate for marginalized people and what have you and creating kind of more macro changes. Like one of the big things that happened in Ottawa, I'm sure you know, right? The expansion of harm reduction resources and safe consumption sites and, you know, things like that, that was a macro social justice thing that started at a very, like micro level. – *Barry*

Malgré cela, selon le témoignage des travailleurs sociaux, il y a un manque de reconnaissance du travail social dans les médias, par rapport aux soins infirmiers et aux médecins. Tous les professionnels de la santé ont été confrontés aux mêmes défis au début de pandémie de COVID-19, mais le public en général comprend moins le rôle du travail social dans le milieu et donc, sous-estime sa contribution.

We are literally side by side, face to face with these patients more often than other clinicians. Just in terms of time spent, I would say face to face, time spent and I don't think that was at all recognized. And I think even in society in general, like there isn't a really good understanding or appreciation, I think, of the role of social work. – *Linus*

4.3 La pandémie de COVID-19

4.3.1 La dimension affective de la pandémie pour les travailleurs sociaux

L'ensemble des participants exprime des sentiments d'indignation et de frustration envers le système hospitalier et sa gestion chaotique pendant la pandémie de COVID-19. Tous les

travailleurs sociaux ont connu des difficultés majeures dans leur pratique suite à cette crise sanitaire.

I was also massively disappointed and so mad the day that we had COVID on the unit for the first time. – *Linus*

Pour certains, cela s'est manifesté par un sentiment d'être débordé après deux années de frustrations accumulées envers un système de santé en crise. Il était particulièrement frustrant pour ces professionnels de voir toute l'attention du système hospitalier concentrée sur la COVID-19 alors que des problèmes importants liés à la santé mentale, à la toxicomanie et à la gériatrie existaient déjà chez les patients.

That was a little bit of like, two years of pent up resentment – *Barry*

But the way they treated marginalized people like those were the days where I had a hard time at work. When they closed down our unit when COVID happened because they created like a mental health surge unit, it was a surge unit for all the other hospitals, right? – *Barry*

D'autres ont ressenti le sentiment d'être ignoré par la direction. Du côté positif, les nouvelles conditions de travail engendrées par la pandémie ont stimulé la débrouillardise et la résilience des travailleurs sociaux qui ont dû s'adapter à ces changements avec peu de directives de la part de leur direction. L'expérience collective de la pandémie à l'échelle mondiale a généré un phénomène de traumatisme vicariant, rapprochant l'ensemble de la population et servant de point de repère lors des interventions.

Tu sais, personne voulait travailler en milieu hospitalier durant une pandémie. Là tu rentres pas te disant je vais aller travailler en santé sachant qu'il va y avoir une pandémie. Mais là il y en avait une, ça l'a causé des effets négatifs, mais là les personnes comme y viennent puis sont juste frustré puis ils sortent cette frustration sur nous. – *Amélie*

4.3.2 Les enjeux éthiques spécifiques au travail social durant la pandémie

Les contraintes sanitaires imposées par la pandémie ont entamé une certaine clémence en matière de politiques de confidentialité, compte tenu de l'impossibilité de réaliser en personne certaines procédures, telle la signature de documents. Le consentement écrit a souvent été remplacé par un consentement verbal, sans la nécessité d'un témoin dans de nombreux cas, soulevant ainsi des questions éthiques sur la protection des individus et de leurs informations personnelles.

Uh, because during COVID, like pre COVID, everything was like signed bilateral, like, you know, consent forms, things like that. But when we got COVID, like, um, people weren't able to come to the hospital. Like we weren't able to see people face to face, like we were taking a lot more verbal consent – *Barry*

En quête de justice sociale, un participant a encouragé les patients à dénoncer les injustices perpétrées par l'hôpital en réaction à la pandémie, en utilisant les médias et les réseaux sociaux.

Like clearly, like people who struggle with addiction aren't worth the time. That's why they're taking out of the whole hospital. That's why they took that one unit away. And, um. And they were like, one guy was like, I'm going to go to the paper about this. And I remember saying to them like, yes, do it. And the other guy was like, Yeah, like we should. I'm like, I'm not joking, I'm like, go to the paper. I'm like, Go tell them what just happened here because this is bullshit and sure enough, they did. – *Barry*

Par ailleurs, le port d'équipement de protection individuelle a entravé l'aspect émotionnel et expressif du langage non verbal, l'élément essentiel à l'établissement d'un lien thérapeutique entre le travailleur social et son patient. Cela a créé une certaine déshumanisation des interventions. Il était important de protéger les patients contre les abus du système, une mission du travail social qui a été mise à l'épreuve lors de l'introduction des politiques et des règlements d'isolement.

Toutes les fois que tu avais trois patients au minimum qui avait COVID positif sur ton unité, mais tu tombais en éclosion pour au moins deux semaines dans le temps. Les N95, c'était difficile de travailler avec ça, difficile de communiquer, essayer de faire des rencontres de famille, c'était impossible. – *Georgette*

Ces mesures ont eu un impact négatif et disproportionné sur les populations démunies et marginalisées qui vivent déjà en marge de la société. Pire encore, certains patients ont été renvoyés prématurément pour non-respect des protocoles sanitaires établis par l'hôpital.

So what they did, they isolated all these people on our unit. They had to stay in their rooms. So like, it's like mental health prison. – *Barry*

4.3.3 Les impacts et les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur le travail social

Le manque de personnel est devenu la norme pendant la pandémie. Cette situation était due aux travailleurs sociaux qui prenaient un congé maladie en réponse au manque systémique de ressources, la détérioration des conditions de travail et les troubles de santé liés directement au virus. D'autres encore ont trouvé des postes hors du milieu hospitalier et certains ont été poussés à prendre la retraite plus tôt que prévu. Les postes vacants n'étaient souvent pas pourvus par la suite en raison d'une pénurie notable sur le marché du travail. Personne ne souhaitait travailler dans le milieu hospitalier en temps de pandémie. Malgré cela, il y avait des « héros » qui acceptaient de travailler et de surmonter les défis causés par la pandémie de COVID-19 et par les institutions pour lesquelles ils travaillaient.

Puis comme je te disais, il y a des rôles qui se sont ajoutés à travers la pandémie parce qu'il y a plein de choses qui sont arrivées, des gens qui ont décidé de quitter le milieu. – *Georgette*

De plus, la navigation en pratique pendant des éclosions constantes a introduit des difficultés inattendues pour certains, notamment avec le port de l'équipement de protection individuelle.

Le N95 me causait des énormes migraines là. Fait que ça, ça diminuait ma performance au travail. Des fois, il fallait que je quitte en milieu de journée parce que j'avais une migraine, parce que j'avais trop chaud à la tête, là. Et en fait, tout, c'est toutes ces barrières-là que COVID à amener ça été très difficile. – *Georgette*

Par ailleurs, selon nos participants, les programmes externes, les partenariats avec les organisations communautaires et de nombreux services ambulatoires ne sont jamais revenus à un niveau de fonctionnement pré-pandémique ; soit qu'ils n'ont pas été rétablis, soit qu'ils fonctionnent seulement partiellement. De plus, les services qui ont repris ont maintenant des listes d'attente démesurées. En conséquence, les travailleurs sociaux ont noté une augmentation de la violence verbale et du harcèlement psychologique de la part des patients et des familles, tout le monde étant épuisé par les changements constants imposés par la pandémie, arrivant à l'hôpital déjà à bout de patience face aux limites du système hospitalier.

I think the pandemic also has changed, I've mentioned before about waitlists, I don't need to go into that again, but like you started to feel the patient's hopelessness about next steps and you yourself start to feel hopeless. And you used to dread, I used to dread having conversations about clients because I would have to give them this news that, you know, yeah, you've waited for so long to get into this treatment program, and now for the next step, you need to wait another eight months. – *Linus*

J'trouve que depuis les dernières années, y a de plus en plus de violence comme verbale de la part de comme les, les familles, les patients. – *Amélie*

Un point important mentionné en ce qui concerne un impact plus subtil de la pandémie est son effet sur la culture de l'hôpital. Les soins de la santé en général sont imbibés d'une culture d'entraide et de soutien social qui dépasse le lien thérapeutique et les relations professionnelles entre les membres des équipes interdisciplinaires. Les travailleurs sociaux ont également ressenti la ségrégation et l'isolement, les réunions professionnelles étaient moins fréquentes et uniquement offertes en mode virtuel, éliminant ainsi l'opportunité de socialiser.

There's been so much change that has not only changed how we work, but just the culture here. We're far more divided not like in a divisive. Like, we don't connect. There's no opportunities to connect really, as a discipline. These virtual meetings we have once a month are rough. – *Linus*

De plus, de nombreux obstacles administratifs ont été rencontrés lors de la demande d'un jour de congé maladie à cause des précautions liées à la COVID-19.

J'aurais voulu peut-être prendre une journée ici et là juste parce que je me sentais épuisé, mais j'ai pris pas parce que je voulais pas dealer avec comme. C'est pourquoi tu prends ta journée et c'est quoi ta raison tout ça? Maintenant, il ne faut pas qu'on aille se faire tester, mais encore comme, puis si je suis pas la seule, on dirait qu'il y a un sentiment de culpabilité de prendre des journées de congé parce qu'on sait que comme notre unité va pas être couverte, une de nos collègues va falloir qu'elle couvre les urgences. – *Amélie*

4.3.4 L'effet de la pandémie sur l'organisation du travail social

Avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19, les travailleurs sociaux en milieu hospitalier ont dû élargir leur rôle pour y inclure des tâches et des responsabilités qui n'étaient pas originellement liées à leurs fonctions professionnelles. De plus, ces changements ont permis l'introduction du télétravail et l'intégration des interventions virtuelles dans leur pratique.

But I mean like taking a whole program that was in person and then in two weeks change it into a virtual program? You know, like, yeah, there's a pretty big expectation there, right? And we had to increase the care of how many people we're helping because everything got so backlogged from COVID that we had this huge waiting list of people that needed support. – *Barry*

Cependant, à cause de la précarité des populations qui recourent aux services sociaux hospitaliers, l'accès à ces services a été difficile, soit en raison d'un manque d'outils nécessaires ou de compréhension de leur fonctionnement.

Il y en avait et il n'y avait pas de manière vraiment. Parce que si les personnes ont pas accès à de technologie, ça rend difficile et il y a beaucoup de gens qui viennent à l'hôpital, qui ont besoin d'une TS, qui ont des statuts socioéconomiques difficiles et ont pas accès à des tablettes, à des ordinateurs. Il y a des demandes qui se faisaient en ligne. Comment tu fais des demandes en ligne si t'as pas accès à ça et à du wifi pis à l'internet à la maison là? – *Georgette*

Les nouvelles politiques et réformes établies durant la pandémie ont été introduites sans prendre en compte l'implication des travailleurs de première ligne qui ont dû en supporter les conséquences.

La fatigue liée aux changements constants dans les règlements, les politiques et l'organisation du travail en raison de l'évolution de la pandémie a également été soulignée.

I think because like the pandemic we're all dealing with so much like change, fatigue. And I think because everything just continues to change, people leaving constantly, um, you never feel kind of settled and like you're not like okay, this is the team. These are our people, um, and whatnot. And, and that, in and of itself, can be very exhausting. When you're always needing to pick up the slack for people who have left or you're always taking transfers you know, because people are now leaving. So, they have to transfer their caseloads and whatnot and that becomes challenging because then your caseload gets bigger – *Linus*

Un aspect important a été l'interdiction partielle ou totale des visiteurs, particulièrement durant les périodes critiques de la pandémie. Les proches sont en général un outil essentiel dans l'organisation et la réussite des plans d'intervention, et la tâche de les maintenir impliqués à distance a été ajouté à la charge de travail déjà conséquente des travailleurs sociaux.

Yes, it was a time where visitors were not allowed in the hospital. So that made our work difficult. We were lucky to have been given iPads to give to patient, to stay connected to their loved ones and so that was one thing that we had as social workers that helped a bit. – *Charlene*

4.3.5 Les solutions perçues par les travailleurs sociaux pour les défis dévoilés durant la pandémie

Les travailleurs sociaux ont exprimé le besoin d'un plus grand soutien de la part de la gestion, d'un financement accru et d'une plus grande flexibilité dans leur approche pour pouvoir fonctionner de manière optimale.

So, you know, it kind of like eased that frustration knowing that, like, I had a bit of support and I wasn't like going rogue. I wasn't like getting into it. The people that were my direct supervisors, they supported me. – *Barry*

Parallèlement à cela, il a été suggéré de concentrer les efforts sur le recrutement et la rétention du personnel. Une solution similaire consiste à allouer davantage de financement à l'ensemble des

professionnels de la santé, qui jouent un rôle essentiel dans la planification des congés une fois que les problèmes médicaux immédiats sont résolus.

Bien, dans un monde idéal, on aurait plus de ressources, qui nous donneraient quand même plus d'options. On aurait des caseloads moins élevés, on aurait plus de recrutement et de rétention de personnel. Comme au niveau de la rétention, il y a quand même pas beaucoup de flexibilité en milieu hospitalier. – *Amélie*

Un participant a suggéré d'augmenter les ressources et le financement pour les services communautaires, et plus particulièrement les soins à domicile, expliquant comment cela peut directement améliorer l'efficacité et la sécurité des sorties d'hôpital.

Comme les services de soutien à domicile. C'est eux qui font comme home care, c'est une des ressources qu'on utilise le plus souvent. C'est une des ressources que, comme tu vois le plus, le manque dû à la pandémie fait que les personnes restent à l'hôpital parce qu'ils ont des gaps dans leur plan de soins pour les services à domicile. – *Amélie*

Face à la rigidité des politiques et des règlements institutionnels, une solution exprimée par les participants a été de modifier ses propres stratégies d'adaptation et ses mécanismes de coping pour mieux se protéger individuellement. Créez un environnement et des occasions propices à la socialisation sécuritaire entre collègues de travail afin de nourrir une culture de soutien et de respect mutuel a également été suggérée. Enfin, une autre solution, bien que plus radicale, a été de quitter simplement le milieu hospitalier afin d'éviter les impacts et les conséquences d'une organisation de travail délétère.

I think more could be done to create a greater sense of community among a discipline to which, if for no other reason than just to help other social workers feel connected. That there's a system of support in place, that they have people that they know they can turn to that understand the role and the profession. – *Linus*

4.4 La détresse professionnelle

4.4.1 Les causes de la détresse des travailleurs sociaux

La détresse professionnelle peut résulter d'une combinaison de problèmes personnels et professionnels. Parmi les facteurs cités, on note le traumatisme vicariant, un surinvestissement émotionnel dans le travail pouvant engendrer une réaction émotionnelle à l'échec d'un traitement pour un patient, ou l'inquiétude liée à la précarité de la situation et du congé de ce dernier.

So that vicarious trauma piece is probably the biggest part of it. A lot of times kind of like the overinvestment in your work or the overinvestment in a patient, right? Like just kind of like really putting a lot of yourself or your self-worth or your stock into a patient. And then when they, you know, don't succeed in your eyes, like taking that kind of personally.
– *Barry*

Quand que ton plan tout bien organisé tombe à l'eau bien des fois c'est plus difficile à réorganiser, puis retravailler sur des plans qui fonctionnent pas. Puis des fois c'est des petites choses que comme je dis sont pas de ton contrôle, donc ça vient des fois chercher des émotions plus négatives. – *Georgette*

Une charge de travail élevée à laquelle s'ajoute un manque de ressources pour accomplir les tâches peut, selon les participants, provoquer du stress et un sentiment d'être dépassé par les défis.

Bein c'est le fait qu'on ne, notre rôle est tellement large et pas clair que on se fait ajouter des rôles constamment. Ça, ça ajoute beaucoup au fait de la détresse des travailleurs sociaux, plus qu'on s'ajoute des rôles plus les gens vont en maladies plus qu'on a de rôles. C'est un cercle vicieux constant là. – *Georgette*

Le sentiment d'un manque de soutien de la part de la direction en matière de protection de la pratique professionnelle est également une source de préoccupation, selon les travailleurs sociaux.

Le stress résultant des pressions institutionnelles et celui qu'on impose à soi-même peuvent entraîner des répercussions sur la vie personnelle. L'ajout constant de nouvelles responsabilités par la direction et les autres professionnels de la santé, en raison de l'ambiguïté du rôle et des responsabilités apparentées, est un autre facteur.

I'm learning that it's not always up to me, not always my decision. But I feel there's this expectation that I need to move patients out, and also we have waitlists, right? So we need to get people out. But it's hard when you can't do that, and so it's stressful. It's definitely stressful for me. Um, and it keeps me up sometimes. So I mean I think about work sometimes when I come home. – *Charlene*

Enfin, le risque de subir la violence verbale de la part des patients, car le travailleur social est souvent chargé de transmettre les mauvaises nouvelles concernant la planification du congé ou le plan d'intervention, est une autre cause de détresse professionnelle.

Ça arrive à toutes les semaines qu'on va se faire crier après pis que les patients sont pas contents, tu sais, on leur dit comme ils veulent pas entendre ce qu'on leur dit, c'est parce que c'est jamais nécessairement des bonnes nouvelles. Puis là, tu sais ils réagissent fortement. – *Amélie*

4.4.2 Les conséquences de la détresse des travailleurs sociaux

La détresse professionnelle peut mener à la désensibilisation et à la fatigue compassionnelle par une exposition répétée à des événements perturbants, y compris la pandémie. Elle peut aussi causer de l'insomnie et une incapacité à se libérer l'esprit.

Peut-être que des fois c'est tough un peu d'avoir de la compassion pour tout le monde parce que ça devient un peu comme. Je sais pas, tu vois juste ce qui va mal dans la vie du monde, over in over, puis des fois, tu deviens comme jaded. – *Amélie*

Des sentiments de vouloir quitter son poste ou de travailler à temps partiel ou occasionnel peuvent également émerger. Dans des cas plus graves, il peut être nécessaire de prendre un congé maladie pour une durée indéterminée en raison d'un sentiment d'être débordé.

There's tons of folks that just, you know, they have their own way of expressing it. And, you know they get overwhelmed. – *Barry*

Aucun des participants a signalé avoir ressenti une telle détresse au point de devoir quitter son poste pour aller en congé maladie, mais tous connaissent au moins un collègue qui a vécu un

épuisement professionnel nécessitant un tel congé. Si les collègues sont en congé maladie, la pression et le stress pour ceux qui doivent couvrir leur charge de travail augmentent considérablement.

Oh ouais, bein j'ai une collègue qui a fait un burnout, qui est allé pendant plusieurs mois-là, en maladie parce qu'elle était trop surpassée par tous les chapeaux qu'on lui met. – *Georgette*

Cela peut entraîner un sentiment d'impuissance, une faible estime de soi, et une diminution de la performance. Lorsque les travailleurs sociaux vivent avec cette détresse pendant une période prolongée, ils peuvent devenir blasés face aux lacunes du système institutionnel dans lequel ils travaillent.

I think depending on where they're at in their career, you know with like burnout and you know, maybe been around too long or maybe feeling kind of jaded by the process and the systems and whatnot. – *Linus*

4.4.3 Mécanismes d'adaptation et stratégies de coping des travailleurs souffrant de détresse

Tous les répondants rapportent que le mécanisme le plus important est la nécessité d'établir des limites claires entre la vie personnelle et professionnelle, spécifiquement en respectant les horaires de travail et en évitant une implication excessive dans leur pratique.

Je me sens bien parce que j'apprends à me déconnecter de ma pratique, j'ai mon professionnel et j'ai mon personnel. – *Georgette*

Ils préconisent également la pratique du *self-care* et le maintien d'un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle. Ceci est suivi par le soutien social de leurs proches, de leurs collègues de travail et de leur gestionnaire.

Yeah, work life balance, like, you know, not making work all or nothing. It's just, yeah good healthy work balance. Checking with teammates is a big thing, too. – *Barry*

Une relation proche avec leur gestionnaire est un atout pour la qualité de vie professionnelle des travailleurs sociaux. Un aspect qui encourage justement le soutien social est la résilience collective engendrée par le sentiment d'avoir surmonté les défis rencontrés lors du début de la pandémie de COVID-19. Ils suggèrent aussi d'exploiter l'expérience et le confort acquis à travers une exposition répétée à des événements stressants.

I think coping for me, knowing that like we're all going through the same and knowing the expectations. I mean, it helps a lot knowing that you're not going through that alone. – *Charlene*

Je me sens plus prête à affronter n'importe quel défi parce qu'on ne vient d'affronter un tellement gros défi. – *Amélie*

Ils préfèrent adopter une posture de prévention plutôt que de réaction, d'être intentionnels avec leurs stratégies de coping choisies plutôt que de recourir à celles-ci uniquement lorsqu'ils se trouvent déjà en situation de détresse professionnelle. Il est également important d'investir davantage dans la formation et l'organisation d'ateliers centrés sur le *self-care*, le coping et la prévention de la détresse professionnelle.

La prévention. La grosse belle prévention, parce que on réagit, on réagit, on réagit, mais après on essaie pas de prévenir ça, on éduque pas les gens, les informe pas. Y-a pas assez de formation sur apprendre à diviser le personnel du professionnel, à mettre nos limites, à s'écouter, à écouter notre corps, à apprendre des nouveaux outils pour copier avec les situations plus difficiles. – *Georgette*

Parmi les activités de *self-care*, ils mentionnent l'exercice, la nutrition, le sommeil, l'hygiène, et la relaxation intentionnelle. Ces travailleurs sociaux partagent aussi les stratégies de coping et les mécanismes d'adaptation qu'ils ont acquis au cours de leur carrière avec leurs patients et leurs

collègues, si nécessaire. Enfin, ils recommandent de consulter un thérapeute si les assurances ou la situation financière le permettent.

I believe self-care is not something you do in response, but something that you just do to build resilience and maintain resilience. Whether it's exercise, eating well, good sleep, things like that, boundaries, taking space, saying no. These are all things that I do that I think help me become and maintain resilience. – *Linus*

4.5 Notes finales de l'analyse

La vocation du travail social est légèrement différente pour chacun, mais elle repose sur des qualités et des intentions apparentées telles l'empathie, l'authenticité, la compassion, l'ouverture d'esprit, la relation d'aide, le soutien, l'humanisme, la justice sociale et le tout avec une position d'accompagnement. La passion pour le travail social est cultivée par les expériences vécues et les connaissances acquises au fil des années. Pour plusieurs, le travail social est imbibé dans tous les aspects de leur vie et n'est pas restreint à l'identité professionnelle. Pour d'autres encore, c'est purement une question de venir en aide, peu importe la situation de la personne. Néanmoins, il y a un décalage significatif entre ce que les travailleurs sociaux veulent accomplir auprès des patients et ce qu'ils sont en mesure de faire avec le peu de temps et le montant de ressources limitées qu'ils ont à leur disposition. Ce qu'ils veulent accomplir prend un montant de temps qui est rarement disponible pour le besoin. Cette dissonance est frustrante pour les travailleurs sociaux et cause du stress. La gestion impose des attentes de rendement irréalistes avec peu de solutions tangibles pour achever la tâche.

Alors, la gestion du temps est une partie intégrale du travail social qui est à la base des valeurs en relation d'aide. Il faut prendre le temps d'écouter pour être en mesure de cibler le problème et de venir en aide efficacement selon les besoins de la personne. Mais, cela devient une

tâche ardue avec les conditions de travail actuelles dans les hôpitaux. Ceci contribue à une détérioration de la qualité des interventions, des congés précaires de l'hôpital et des patients qui vont faire des visites répétées aux hôpitaux pour les mêmes problèmes. Tous ces facteurs contribuent au développement de la détresse professionnelle.

Étant donné qu'il existait déjà des lacunes aux services de soins de la santé en temps normal, la pandémie de COVID-19 est venue bouleverser le monde entier et les professionnels des soins de la santé furent parmi les plus affectés. Il eut un roulement significatif de personnel créant une pénurie de positions comblées en travail social. Pour ceux qui restaient, les rôles et les responsabilités des travailleurs sociaux ont été modifiés et changés constamment. De plus, il y avait en manque de reconnaissance en temps de pandémie malgré les efforts et les tâches qu'ils leur ont été imposés par les institutions. De ce fait, la perception sociale générale persiste que les travailleurs sociaux sont réduits à des agents de protection de la jeunesse qui veulent uniquement enlever les enfants de leurs familles. Ce manque de définition claire de l'identité professionnelle des travailleurs sociaux cliniques est un point important dans le discours de la détresse professionnelle et dont plusieurs problèmes dérivés sont mentionnés ci-haut. Une personne en situation de détresse professionnelle peut occasionner un congé maladie, le stress, la frustration, le mépris, l'épuisement, la fatigue compassionnelle, l'insomnie, une réduction de sa performance, etc.

Ainsi, il est d'autant plus important de comprendre les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping utilisés par les travailleurs sociaux pour combattre ce phénomène. Tout comme la détresse professionnelle, les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping seront légèrement différents pour chacun, mais les points fondamentaux semblent être l'établissement de ses limites professionnelles, le *self-care* et le soutien social. La résilience collective est aussi un

facteur important contre la détresse professionnelle et surtout en contexte de pratique pendant la pandémie de COVID-19. Ce qu'on tient à retenir est la continuité des mêmes stratégies de coping utilisées par les travailleurs sociaux avant la pandémie ainsi qu'à son émergence. Mais les conditions déplorables et les nouvelles restrictions introduites par la pandémie de COVID-19 ont rendu la pratique du travail social beaucoup plus difficile dans le milieu hospitalier. Donc, il fut nécessaire d'être plus intentionnel et préventif avec la pratique de ses stratégies de coping et plus flexible dans l'application de ses mécanismes d'adaptation.

Chapitre 5. Discussion

5.1 Les représentations sociales du travail social

Malgré le fait que le rôle du travail social dans le milieu hospitalier demeure variable et incertain (Craig et al., 2022), il ne faut toutefois pas négliger sa contribution intégrale au modèle biopsychosocial qui est introduit aux soins de la santé vers la fin des années 1970 (Padín et al., 2021). C'est une approche holistique, dont le travailleur social est au centre en raison de sa perspective englobante de la situation de ses patients. L'ensemble des participants sont en accord pour dire que le travail social bénéficie d'une position privilégiée au sein des équipes interdisciplinaires, ils ont le devoir de partager cette vision holistique pour améliorer la qualité des interventions administrées par les autres professionnels de la santé. Pourtant, il y a une idée préconçue que les travailleurs sociaux font partie des services des soins de la santé sans vraiment contribuer aux équipes interdisciplinaires, une notion qui fut exacerbée depuis le début de la pandémie d'où ils n'ont pas été considérés comme un service essentiel (Cadell et al., 2022; Fu et al., 2022).

Les travailleurs sociaux tirent un sentiment d'accomplissement et de satisfaction avec la réussite de leurs interventions et ceci est au cœur de leur vocation. Le sentiment d'avoir un impact positif à plusieurs niveaux s'étendant des interventions individuelles avec ses patients jusqu'au niveau sociétal; de l'entraide à la justice sociale (Senreich et al., 2020). La satisfaction que les travailleurs sociaux obtiennent de leur travail est bien documentée par d'autres auteurs, dont Rose et Palattiyil (2020), et à l'échelle internationale par Padín et al. (2021). Le caractère humanitaire de l'entraide qui définit le travail social est la racine de la pratique dans le milieu hospitalier. Il y a une peine et une frustration partagées par les travailleurs sociaux qui sont assujettis à des barrières temporelles qui les prohibent de prendre le temps nécessaire pour effectuer des évaluations psychosociales de qualité. L'efficacité de l'intervention et la performance sont attendues des travailleurs sociaux, alors on observe une accélération involontaire des interventions et par conséquent, une diminution de la qualité des services offerts (Kreitzer et al., 2020; Molina, 2021). Tammelin et Mänttari-van Der Kuip (2022) expliquent cette dissonance entre les intentions et la réalité des travailleurs sociaux par le remplacement des tâches sociales (interventions et évaluations) par des tâches administratives (documentation et statistiques). Les intérêts institutionnels contribuent à embrouiller le rôle thérapeutique du travail social pour adopter un rôle administratif qui n'est pas une représentation acceptable de la profession. L'ensemble des participants ont exprimé que les interactions avec les patients sont l'essence même du travail social et qu'en réduisant cette composante de la pratique, on perpétue l'ambiguïté de son rôle au sein des hôpitaux. Miller et Reddin Cassar (2021) tentent d'expliquer ce phénomène par un manque d'infrastructure organisationnel qui crée une vaste gamme de défis que les travailleurs sociaux doivent affronter avec leurs patients sans soutien ou supervision adéquats de la gestion.

De plus, plusieurs participants ressentent qu'il y a un manque de reconnaissance auprès du public par rapport aux contributions que le travail social ajoute aux soins de la santé, souvent étant réduit à simplement un planificateur de congé ou encore un *agent d'enlèvement des enfants*. En raison de l'aspect relationnel et parfois subjectif de la pratique du travail social, il y a souvent des enjeux éthiques qui surgissent. Les résultats démontrent justement que les travailleurs sociaux ne peuvent pas facilement quantifier leur travail par des statistiques et admettent qu'ils doivent parfois manipuler le système pour répondre aux attentes irréalistes imposées par cette culture bureaucratique de la nouvelle gestion publique; une culture qui préconise la réduction des coûts, les rendements quantifiables avec des attentes prédéterminées (Tammelin et Mänttari-van Der Kuip, 2022). Les travailleurs sociaux démontrent une résistance à ce modèle puisque les intérêts des usagers des services ne sont que peu respectés et la qualité des services offerts est réduite en conséquence. Molina (2021) offre un aperçu dichotique de ce modèle indiquant que l'autonomie des travailleurs sociaux est compromise et que la cohésion d'équipe est facilitée. Il est aussi parfois nécessaire pour le travailleur social de résister aux attentes et aux règlements du milieu au bénéfice de son patient. Lev et al. (2022) ont identifié ce même enjeu éthique, mais plutôt que suggérer une manière de régler ces conflits sur le plan institutionnel, ils optent pour une approche de formation éducationnelle pour outiller les travailleurs sociaux à mieux gérer les répercussions éventuelles. Les auteurs argumentent que la nature relationnelle du domaine implique qu'il est impossible d'éviter entièrement ces troubles éthiques et qu'une approche de préparation et de conscientisation répond mieux aux besoins de la situation.

5.2 Le milieu hospitalier et la pandémie de COVID-19

Le travailleur social clinique occupe une position de précarité lorsque son milieu lui impose des contraintes qui ne sont pas dans l'intérêt primaire de son patient. Selon les participants, ce conflit éthique est un phénomène incontournable dans la pratique en milieu hospitalier. L'essentiel est d'assurer que les valeurs et les normes déontologiques soient respectées de primauté, mais cela n'est pas toujours facile ni réalisable (Lev et al., 2022). Le dilemme éthique qui est central à cette situation est lors d'un décalage entre l'obligation envers son patient et l'obligation auprès de son institution (Zychlinski et al., 2020). L'impossibilité de répondre aux besoins de ses patients peut aussi être le résultat d'un manque de ressources disponibles ou allouées par son institution (Lev et al., 2022; Tammelin et Mänttari-van Der Kuip, 2022). Les résultats reflètent les propos de ces auteurs et ils ajoutent que le manque de ressources est devenu d'autant plus évident depuis l'arrivée de la pandémie de COVID-19. Le manque de ressources étant observé directement à l'interne dans les hôpitaux sous la forme de fermeture de services offerts aux patients et à l'externe par un manque de ressources communautaires.

Une des réalités qui est partagée par l'ensemble des travailleurs sociaux dans le milieu hospitalier en réponse aux restrictions de distanciation et de protection engendrées par la pandémie de COVID-19 est l'imposition des services virtuels; ce qui inclut aussi la familiarisation avec les appareils technologiques nécessaires à leur déroulement (Craig et al., 2022). Les nouvelles dynamiques que ceci apporte aux relations sont ressenties non seulement entre le travailleur social et son patient, mais aussi entre le travailleur social et le corps managérial, qui doivent tous naviguer simultanément, et ce avec peu de repères (Molina, 2021). De plus, les participants discutent de cette transformation dans leur approche comme un défi à surmonter avec peu de direction de la part des gestionnaires, mais aussi avec des contraintes de temps importantes (Ashcroft et al., 2022).

Les résultats illustrent que le manque de temps est un des problèmes le plus important pour le domaine en temps de pandémie, mais il ne s'agit pas d'une explication simple. Il y a plusieurs facteurs qui contribuent à ce manque de temps dont l'augmentation de la charge de travail (Beer et al., 2021), jumelé avec une diminution de personnel capable ou disponible pour les gérer (Marc et Bacter, 2023), des patients avec des troubles plus complexes, et l'impossibilité de suivre une routine en raison des changements législatifs constants (Lévesque et Negura, 2021b); les imprévus sont nombreux et constants.

En outre, les résultats nous informent aussi sur les difficultés éprouvées à naviguer sa pratique avec des éclosions constantes et le port d'équipement de protection individuelle qui est un obstacle important dans l'établissement du lien thérapeutique avec ses patients. L'interdiction des visiteurs fut un gros problème aussi puisque le soutien social est un outil vital au succès de ses interventions. Comme mentionné précédemment, l'utilité des appuis virtuels fut nécessaire afin que les travailleurs sociaux réussissent à garder les proches impliqués, soit avec les plans de congé ou les soins palliatifs (Craig et al., 2022). Toutefois, la résilience et la débrouillardise sont des qualités communes chez les travailleurs sociaux et ils ont réussi à trouver des moyens de performer sous ces conditions difficiles sans compromettre leurs valeurs professionnelles (dans la mesure du possible) (Joubert et al., 2022). Comme les résultats l'illustrent, c'était très rigide : soit que l'on trouve un moyen de se débrouiller et de gérer ces nouvelles conditions de travail, soit que l'on quitte le milieu, ou que l'impossibilité d'exaucer ces défis aboutit avec un congé de maladie imprévu.

5.3 La détresse professionnelle

À partir d'une revue systémique internationale de 2000 à 2020 qui traite l'épuisement des travailleurs sociaux œuvrant dans le milieu des soins de la santé, les auteurs Padín et al. (2021) produisent un aperçu soutenu et détaillé de l'ensemble des facteurs et des enjeux qui contribuent à la complexité du phénomène de la détresse et de l'épuisement professionnel :

It has been reaffirmed through the identified studies that the practice of Health Social Work is complex and is driven by the evolution and continuous demands of the practice, ethical guidelines, constant organisational and structural changes, the reduction of institutional resources, the increasing demands and complications associated with treatment and clinical pathology. All these issues, in addition to the situations of social vulnerability of the users, can be decisive for the development of burnout among professional health social workers. (p.1062)

Il y a plusieurs facteurs qui peuvent influencer la prévalence de la détresse professionnelle. Parmi les facteurs les plus fréquents, on retrouve le travail auprès des populations avec des troubles de la santé mentale, surtout lors de cas sévère et/ou chronique, l'ambiguïté du rôle et le conflit entre les rôles dans le milieu clinique (Marc et Bacter, 2023). La modification et l'ambiguïté des rôles sont prévalentes dans le milieu hospitalier; les résultats nous informent qu'il s'agit d'une situation qui fut empirée par les conséquences de la pandémie de COVID-19. C'est un aspect incontournable de la discipline qui provoque sa dévalorisation et contribue à la détresse professionnelle de ses professionnels (Lévesque et Negura, 2021a). Non seulement les travailleurs sociaux mais l'ensemble des professionnels de la santé dans le milieu hospitalier ont éprouvé des séquelles importantes pour ce qui est de leur santé physique et mentale (Luceño-Moreno et al., 2022).

Un autre facteur pertinent à ce discours est le trauma vicariant. Les travailleurs sociaux sont parmi les professionnels de la santé avec le plus haut taux d'exposition au trauma vicariant et généralement aux situations négatives en raison de leur exposition prolongée et répétée unique à

leur rôle (Lev et al., 2022). Ceci contribue nécessairement au risque de subir la détresse professionnelle et les participants confirment que cette réalité persiste actuellement dans le domaine. De ce fait, le risque d'exposition au trauma vicariant et de la détresse professionnelle ultérieure a un impact direct sur la qualité des services offerts et le bien-être des travailleurs sociaux selon ces derniers. Cette situation est mise en évidence par la recherche de Senreich et al. (2020), ainsi que par les résultats ci-dessus. Les limites fonctionnelles du temps sont aussi un facteur soulevé par plusieurs travailleurs sociaux dans nos données, figurant parmi d'autres facteurs importants telles les pressions institutionnelles, la surcharge de travail, un manque de soutien et l'exposition au trauma (Beer et al., 2021).

Par ailleurs, la recherche de Tammelin et Mänttari-van Der Kuip (2022) nous informe sur la relation entre le manque d'accomplissement et de satisfaction et la présence de la détresse professionnelle et morale chez les travailleurs sociaux. Ils attribuent cette relation surtout à des facteurs reflétés par nos propres résultats, dont les attentes et contraintes institutionnelles, le roulement important du personnel et par conséquent, la pénurie de postes comblés. Le roulement du personnel crée un genre de cercle vicieux étant à la fois une conséquence possible de la détresse professionnelle, mais aussi un facteur qui contribue à la détresse professionnelle de ceux qui doivent prendre la relève de ceux qui quittent leur poste (Padín et al., 2021).

5.4 Les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping

Le mécanisme d'adaptation le plus significatif qui fut partagé par tous les participants est la nécessité de s'imposer des limites professionnelles; d'avoir un équilibre entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle. L'établissement de limites bien définies dans sa vie professionnelle est une stratégie de coping discutée dans la recherche de Marc et Bacter (2023) qui peut aussi

améliorer la résilience (Padín et al., 2021; Rose et Palattiyil, 2020). La résilience est un facteur de protection important, voire nécessaire, qui contribue au bien-être du travailleur social et peut aussi augmenter la qualité de ses interventions (Lev et al., 2022; Goh et al., 2022; Collins, 2021). Étant donné que la résilience est une qualité importante pour les travailleurs sociaux, il faut intégrer des formations de développement professionnelles qui encouragent le maintien des émotions positives et la pratique de la résilience au sein des institutions (Marc et Bacter, 2023), ainsi que le développement d'aptitudes cognitives, émotionnelles et la pratique du *self-care*, qui sont nécessaire au maintien du bien-être d'autrui (Padín et al., 2021).

Autre que la résilience, la pratique du *self-care* et le soutien social figurent aussi parmi les stratégies les plus efficaces employées par les travailleurs sociaux. Ceci fait écho aux paroles des participants qui comprennent le rôle vital que la résilience et le *self-care* occupent, puis les expériences qui ont mené à son développement sans le soutien des institutions pour lesquelles ils travaillent. Les auteurs Lev et al. (2022) corroborent l'efficacité de ces stratégies et ils identifient aussi le pouvoir protecteur qu'un salaire adéquat offre à ces professionnels. En revanche, une distinction importante en matière du soutien social est une catégorisation selon le contexte. Ils font la distinction entre le soutien social formel reçu de la part de ses collègues et du corps managérial et le soutien social informel qui inclut tous ses proches. Ils ne sont pas mutuellement exclusifs et les expériences vécues des participants nous indiquent qu'un mélange des deux sources est idéal (Lev et al., 2022). La recherche de Rose et Palattiyil (2020) partage une vision intéressante concernant la façon dont on entreprend les stratégies de coping. Ils catégorisent les stratégies de coping selon ceux qui visent à gérer les émotions ayant un impact plus immédiat et à court terme, et ceux qui visent à gérer la source du problème qui cause la détresse, ayant un effet prolongé.

L'expérience de travail et l'âge ont un effet protecteur contre la détresse professionnelle (Senreich et al., 2020). Alors on apprend de nos expériences comment mieux gérer les limites du milieu et les lacunes de la pratique du travail social et on développe des stratégies permettant de tirer une plus grande satisfaction du travail accompli. Pourtant, les travailleurs sociaux doivent souvent accomplir cette tâche sans beaucoup de soutien ou d'orientation de ses gestionnaires, des sentiments exprimés par les participants de ce projet de mémoire. Le manque de soutien est jumelé avec l'inférence qu'on doit se débrouiller soi-même en tant que nouveaux arrivants sur le marché du travail. Ceci impose une approche individualiste à un problème d'origine collective et systémique. On rencontre les mêmes problèmes et les mêmes solutions dans la recherche scientifique depuis plus de vingt ans (Beer et al., 2021) et probablement, depuis l'émergence de la nouvelle gestion publique (Belorgey, 2021), mais le discours demeure inchangé. L'intention de la recherche est aussi ancrée dans une logique interrogative à savoir comment on peut se protéger et s'adapter aux problèmes éventuels dans le milieu au lieu de se questionner à savoir comment on peut effectuer un changement durable au niveau systémique pour mitiger la prévalence de ces mêmes problèmes. Ceci est illustré par les similitudes rencontrées lors de notre recherche. Selon Beer et al. (2021), les mécanismes d'adaptation et les stratégies de coping présentés dans la littérature sont soit variables dans leur efficacité, manquent de rigueur scientifique lors de leur évaluation ou sont peu concluants dans leurs résultats. On devient de plus en plus apte à prédire et à quantifier la détresse professionnelle (Beer et al., 2021), mais sans directement se questionner sur les changements systémiques nécessaires pour avoir un impact observable et durable.

5.5 Les limites

Les représentations sociales sont présentées selon la perspective du groupe qui les définit. Le jumelage de ce phénomène, à la fois subjectif et objectif, avec un échantillon d'analyse restreint, implique une limite quant à la généralisation des résultats. Les observations effectuées ne seront pas nécessairement représentatives de l'ensemble des travailleurs sociaux œuvrant dans le milieu hospitalier. D'autre part, l'influence du milieu institutionnel peut être sous-estimée ou surestimée selon le lieu de travail du participant. De plus, il existe un manque important à la portée de la représentation des populations racialisées et discriminées dans la littérature, dû en partie à l'échantillon restreint des personnes capables de représenter ces populations (Collins, 2021). À la lumière de ces connaissances, il est important de dénoncer le risque incité par l'injustice de témoignage relié au genre et à la race de ces participants; un phénomène qui pourrait nier à l'expérience vécue de la personne et qui ne reflète pas la réalité de tous. Par ailleurs, le risque d'injustice épistémique est atténué puisqu'il s'agit d'un contexte de recherche auprès des travailleurs sociaux dirigés par un étudiant en travail social. Cependant, je suis un homme blanc dans une profession composée majoritairement de femmes et ma compréhension du domaine est limitée par un manque d'expérience pratique en situation d'intervention.

Conclusion

Le travail social est une profession dynamique qui offre de nombreuses possibilités dans sa pratique selon les intérêts et le milieu choisi. Il existe un décalage entre ce que les travailleurs sociaux comptent faire dans leur pratique dans le milieu hospitalier et ce qu'ils sont capables d'accomplir sous les attentes et les restrictions de la gestion. Des différences existent aussi concernant les attentes des autres professionnels de la santé et même du public qui ont leurs propres

idées préconçues à ce dont le travail social sert et ce à quoi il devrait servir. Malgré ces différences dans les représentations sociales du travail social qui circulent dans le milieu de la santé, les travailleurs sociaux questionnés pour cette étude vivent une grande satisfaction et un sens d'accomplissement résultant de leurs efforts, tout en étant conscient de ces tensions. Ces tensions furent accentuées davantage pendant la pandémie de COVID-19.

Le début de la pandémie fut exceptionnellement difficile pour l'ensemble des professionnels de la santé et les travailleurs sociaux ont dû répondre à ces difficultés sans être reconnus comme faisant partie d'une profession essentielle comme plusieurs autres professionnels de première ligne. Malgré cela, les sentiments de frustration et d'indignation n'ont pas été assez puissants pour empêcher la pratique du travail social par ces héros et héroïnes. Le manque de reconnaissance se manifestait aussi par l'ambiguïté et la confusion des rôles que les travailleurs sociaux devaient jouer, selon la gestion et les médias, au sein de ces institutions.

À l'aide de l'étude des représentations sociales, nous avons mieux compris les expériences vécues des travailleurs sociaux pour obtenir une meilleure compréhension des succès et des difficultés qu'ils vivent professionnellement. Grâce à l'analyse thématique du contenu des représentations sociales étudiées, nous avons déterminé que la détresse professionnelle est perçue par les travailleurs sociaux comme un phénomène inévitable en relation d'aide et que les stratégies de coping et les mécanismes d'adaptation devraient être conçus avec une approche de prévention plutôt que de réaction. L'établissement de limites bien définies fut le point le plus marquant soulevé par les participants et figure justement dans cette logique de prévention. La résilience et la pratique du *self-care* sont un peu plus subjectives d'un individu à l'autre, mais encore une fois l'importance est de les employer de manière stable et cohérente plutôt qu'en réaction à l'exposition éventuelle à des événements stressants/perturbants/traumatisants. Le soutien social occupe une

place unique puisqu'il s'agit d'une source importante de protection contre la détresse professionnelle même si elle est plutôt passive en comparaison aux autres stratégies.

Le fait d'employer une posture de prévention ou de réaction révèle la dimension systématique au sens plus large du problème qui est derrière cette réalité. Plutôt que de questionner les travailleurs sociaux sur les mécanismes et les stratégies qu'ils emploient, il faut tenter de gérer les lacunes et les séquelles de leur profession. L'attention devrait donc être portée directement sur la machine du travail social clinique en entier. Il est utile de se questionner sur les raisons du manque de mobilisation pour engendrer un changement dans l'environnement et l'organisation du travail. On remarque ici l'ironie des travailleurs sociaux à se mobiliser pour la protection et les droits de leurs patients, mais pas pour leurs propres besoins et droits. Il est évident que des changements de ce genre ne sont pas facilement effectués, mais cette réalité, qui est représentée presque en excès par le corpus scientifique depuis le début de la nouvelle gestion publique, fut encore une fois aggravée par l'arrivée de la pandémie de COVID-19.

À la lumière de ceci, ce projet de mémoire avait pour but de mieux comprendre l'état déjà turbulent du travail social clinique rendu pénible depuis l'émergence de la pandémie de COVID-19. Où se trouve la limite fonctionnelle de ce que les travailleurs sociaux peuvent subir avant d'arriver au désastre? Les travailleurs sociaux sont parmi les mieux équipés pour gérer les épreuves illustrées par cette recherche, mais est-ce que cela justifie la perpétuation de l'état de ces conditions de travail? Ce questionnement sert d'invitation à réorienter la recherche nécessaire pour mettre en place les premiers talons vers un changement du travail social clinique au niveau systémique. Entre-temps, le but secondaire de ce projet fut de comprendre ce qui fonctionne déjà chez les travailleurs sociaux afin de partager cette sagesse avec les nouveaux travailleurs sociaux en stade de développement constant.

Bibliographie

- Acker, G. M. (2018). Self-care practices among social workers : Do they predict job satisfaction and turnover intention? *Social Work in Mental Health*, 16(6), 713-727. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1494082>
- Ashcroft, R., Sur, D., Greenblatt, A., & Donahue, P. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on social workers at the frontline : A survey of Canadian social workers. *The British Journal of Social Work*, 52(3), 1724-1746. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab158>
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012) L'entretien individuel en recherche qualitative : Usage et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation*. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Beer, O. W. J., Phillips, R., & Quinn, C. R. (2021). Exploring stress, coping, and health outcomes among social workers. *European Journal of Social Work*, 24(2), 317-330. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1751591>
- Belorgey, N. (2021). Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : Les raisons du tri. *Sociétés contemporaines*, 123(3), 23-50. <https://doi.org/10.3917/soco.123.0023>
- Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses : The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63-82. https://doi.org/10.1300/J010v45n04_04
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>

- Brillon, P. (2021, juin). Trauma vicariant et fatigue de compassion : « Pourquoi maintenant, pourquoi moi? ». *Ordre des psychologues du Québec*. 1-6. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/trauma-vicariant-et-fatigue-de-compassion-%C2%AB-pourquoi-maintenant-pourquoi-moi-%C2%BB>
- Cadell, S., Ashcroft, R., Furtado, J., Adamson, K., McConnell, S. M., & Teichman, S. (2022). COVID-19 and social work in health care in Canada : What are the impacts? *Social Work in Health Care*, 61(4), 218-242. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2104985>
- Cerone, V. L. (2020). COVID-19 and moral distress/moral anguish therapeutic support for healthcare workers in acute care: Our voice. Dans C. Tosone (dir.), *Shared trauma, shared resilience during a pandemic. essential clinical social work series* (pp. 21–31). Springer.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8). 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Collins, S. (2021). Social workers and self-care : A promoted yet unexamined concept? *Practice*, 33(2), 87-102. <https://doi.org/10.1080/09503153.2019.1709635>
- Craig, S. L., Kourgiantakis, T., Kirkland, A., Muskat, B., & Sur, D. (2022). Riding the wave : Pandemic social work in hospitals. *Social Work in Health Care*, 61(5), 323-337. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2085232>
- Cuartero, M. E., & Campos-Vidal, J. F. (2019). Self-care behaviours and their relationship with satisfaction and compassion fatigue levels among social workers. *Social Work in Health Care*, 58(3), 274-290. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1558164>

- Dany, L., & Apostolidis, T. (2007). Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : Interrogations autour de la technique de mise en cause: *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 73(1), 11-26. <https://doi.org/10.3917/cips.073.0011>
- Dionne, L. (2018). Chapitre 12 - L'analyse qualitative des données. Dans T. Karensti et L. Savoie-Zajc (dir.) *La recherche en éducation : Étapes et approches* 4, (pp. 317-342). <https://web-s-ebsohost-com.proxy.bib.uottawa.ca/ehost/ebookviewer/ebook?sid=c3f4df4f-21e9-40e1-ae55-46fc82a6cb8a%40redis&vid=0&format=EB>
- Fu, F., Ji, Q., Chen, Y., & Cao, Q. (2022). Resilience, perceived social support and professional quality of life among medical social workers during COVID-19 pandemic in mainland China: A cross-sectional survey. *Social Work in Health Care*, 61(4), 261-279. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2101582>
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : Du questionnement à la rédaction scientifique*. Les Presses de l'Université d'Ottawa. Projet MUSE. <https://doi.org/10.2307/j.ctv19x4dr>
- Goh, S. N., Fan, G., Cheng, S., & Khaing, N. (2022). COVID 19 pandemic : Impact of changes experienced on social workers' professional quality of life in Singapore. *Social Work in Health Care*, 61(4), 298-322. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2092582>
- Gregorian, C. (2005). A career in hospital social work : Do you have what it takes? *Social Work in Health Care*, 40(3), 1-14. https://doi.org/10.1300/J010v40n03_01
- Guimelli, C. (1999a). Chapitre 4 - Les représentations sociales. Dans C. Guimelli (dir.), *La pensée sociale*, (pp. 63-78). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Guimelli, C. (1999b). Chapitre 5 - Organisation des cognitions et pensée sociale. Dans C. Guimelli (dir.), *La pensée sociale*, (pp. 79-107). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

- Harrikari, T., Romakkaniemi, M., Tiitinen, L., & Ovaskainen, S. (2021). Pandemic and social work : Exploring Finnish social workers' experiences through a SWOT analysis. *The British Journal of Social Work*, 51(5), 1644-1662. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab052>
- Jodelet, D. (1989). Folies et représentations sociales. Préface de Serge Moscovici. Dans J-M. Tremblay (dir.). *Les classiques des sciences sociales*. 398 pages. Les presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (2002). Les Représentations Sociales Dans le Champ de la Culture. *Social Science Information*, 41(1), 111-133. <https://doi.org/10.1177/0539018402041001008>
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans V. Haas (dir.). *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*, (pp. 235-255). Les Presses Universitaires de Rennes.
- Joubert, L., Hampson, R., Acuto, R., Powell, L., Latiff, M. N. L. A., Tran, L., Cumming, S., Dunn, P., Crehan, S., Flewellen, R., Boddenberg, E., Ng, W. S., & Simpson, G. (2022). Resilience and adaptability of social workers in health care settings during COVID-19 in Australia. *Social Work in Health Care*, 61(4), 199-217. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2096170>
- Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective sociogénétique des représentations sociales. Dans G. Le Monaco, S. Delouvé et P. Rateau (dir.). *Les représentations sociales*, (pp. 1-19). De Boeck.
- Kreitzer, L., Brintnell, S. E., & Austin, W. (2020). Institutional barriers to healthy workplace environments : From the voices of social workers experiencing compassion fatigue. *The British Journal of Social Work*, 50(7), 1942-1960. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz147>

- L'heureux, F., Truchot, D., Borteyrou, X., & Rascle, N. (2017). The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) : Factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. *Le Travail Humain, Vol. 80(2)*, 161-186. <https://doi.org/10.3917/th.802.0161>
- Lev, S., Zychlinski, E., & Kagan, M. (2022). Secondary traumatic stress among social workers : The contribution of resilience, social support, and exposure to violence and ethical conflicts. *Journal of the Society for Social Work and Research, 13(1)*, 47-65. <https://doi.org/10.1086/714015>
- Lévesque, M., & Negura, L. (2021a). The unsuspected ties between linguistic affiliation and professional distress in healthcare social workers. *Canadian Ethnic Studies, 53(1)*, 111-133. <https://doi.org/10.1353/ces.2021.0005>
- Lévesque, M., & Negura, L. (2021b). Organizational context and healthcare reforms : What effect on the professional distress of canadian social workers and social service provision? *Frontiers in Sociology, 6* (651240), 1-17. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.651240>
- Lévesque, M., Negura, L., Gaucher, C., & Molgat, M. (2019). Social representation of social work in the Canadian healthcare setting : Negotiating a professional identity. *The British Journal of Social Work, 49(8)*, 2245-2265. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz005>
- Lewis, M. L., & King, D. M. (2019). Teaching self-care : The utilization of self-care in social work practicum to prevent compassion fatigue, burnout, and vicarious trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 29(1)*, 96-106. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482482>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., Vázquez-Estévez, D., & Martín-García, J. (2022). Mental health, burnout, and resilience in healthcare professionals after the first wave of

- COVID-19 pandemic in Spain : A longitudinal study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 64(3), 114-123.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002464>
- Marc, C., & Bacter, C. (2023). Stressors and resilience in mental health social workers. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov. Series VII: Social Sciences • Law*, 203-212.
<https://doi.org/10.31926/but.ssl.2022.15.64.2.9>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). The Maslach burnout inventory manual. Dans C. P. Zalaquett et R. J. Wood (dir.), *Evaluating stress : A book of resources*, (Vol 3, pp. 191-218). The Scarecrow Press.
- Miller, J. J., & Reddin Cassar, J. (2021). Self-care among healthcare social workers : The impact of COVID-19. *Social Work in Health Care*, 60(1), 30-48.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2021.1885560>
- Molina, Y. (2021). Le travail social au croisement de la formation, de l'intervention sociale et de la gestion. Enjeux contemporains et perspectives. *Reflets*, 27(1), 47–63.
<https://doi.org/10.7202/1084636ar>
- Moscovici, S. (1989). Chapitre 2 – Des représentations collectives aux représentations sociales : Éléments pour une histoire: Dans D. Jodelet (dir.). *Sociologie d'aujourd'hui*, (pp. 79-103). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0079>
- Moscovici, S. (2004). La psychanalyse, son image et son public. *Bibliothèque de psychanalyse*, (1-512). Presses Universitaires de France. <https://www-cairn-info.proxy.bib.uottawa.ca/psychanalyse-son-image-et-son-public--9782130546818.htm>
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies Pratiques*, 1(1), 1-16. <https://doi.org/10.4000/sociologies.993>

- Negura, L., & Lévesque, M. (2021). Understanding professional distress through social representations : Investigating the shared experience of healthcare social workers in Canada. *International Social Work*, 00(0), 1-17. <https://doi.org/10.1177/0020872820967428>
- Negura, L., & Plante, N. (2021). The construction of social reality as a process of representational naturalization. The case of the social representation of drugs. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 51(1), 124-144. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12264>
- Nuttman-Shwartz, O. (2015). Shared resilience in a traumatic reality : A new concept for trauma workers exposed personally and professionally to collective disaster. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 466-475. <https://doi.org/10.1177/1524838014557287>
- Okafor, A. (2021). Role of the social worker in the outbreak of pandemics (A case of COVID-19). *Cogent Psychology*, 8(1), 1-7. <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1939537>
- Orfali, B. (2000). Les représentations sociales : Un concept essentiel et une théorie fondamentale en sciences humaines et sociales. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 3(50), 235-254. <https://www.jstor.org/stable/27889611>
- Padín, P. F., Verde-Diego, C., Arias, T. F., & González-Rodríguez, R. (2021). Burnout in health social work: An international systematic review (2000-2020). *European Journal of Social Work*, 24(6), 1051-1065. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1870215>
- Ready, J., Lewis, G., Barr-Lynch, S., Casey, A., King, A., & Wojciechowski, L. (2022). Social work practice for COVID-19 in the acute hospital setting : Recommendations for psychosocial assessment. *The British Journal of Social Work*, 52(6), 3559-3577. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab264>

- Rose, S., & Palattiyil, G. (2020). Surviving or thriving? Enhancing the emotional resilience of social workers in their organisational settings. *Journal of Social Work*, 20(1), 23-42. <https://doi.org/10.1177/1468017318793614>
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherche qualitative, Hors Série* (5), 99-111. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
- Senreich, E., Straussner, S. L. A., & Steen, J. (2020). The work experiences of social workers : Factors impacting compassion satisfaction and workplace stress. *Journal of Social Service Research*, 46(1), 93-109. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1528491>
- Siebert, D. C. (2005). Personal and occupational factors in burnout among practicing social workers : Implications for researchers, practitioners, and managers. *Journal of Social Service Research*, 32(2), 25-44. https://doi.org/10.1300/J079v32n02_02
- Tammelin, M., & Mänttari-van Der Kuip, M. (2022). Policy alienation in frontline social work – A study of social workers’ responses to a major anticipated social and health care reform in finland. *Ethics and Social Welfare*, 16(1), 19-35. <https://doi.org/10.1080/17496535.2021.1977836>
- Zychlinski, E., Lev, S., & Kagan, M. (2020). The ethical conflict of dual obligations amongst social workers : The role of organisational affiliation and seniority. *The British Journal of Social Work*, 50(6), 1854-1870. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa076>

Annexes

Annexe A – Certificat éthique

25/04/2022

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number

S-02-22-7030

Titre du projet / Project Title

La détresse psychologique des travailleuses et travailleurs sociaux du domaine de la santé au Québec et en Ontario : Représentation professionnelle et expérience vécue

Type de projet / Project Type

Recherche de professeur / Professor's research project

Statut du projet / Project Status

Approuvé / Approved

Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)

25/04/2022

Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)

24/04/2023

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher

Affiliation

Role

Lilian NEGURA

École de service social / School of Social Work

Chercheur Principal / Principal Investigator

Sébastien SAVARD

École de service social / School of Social Work

Co-chercheur / Co-investigator

Maude LÉVESQUE

École de service social / School of Social Work

Assistant de recherche / Research Assistant

Yannick MASSE

Département de sociologie et d'anthropologie / Department of Sociology and Anthropology

Assistant de recherche / Research Assistant

Louise ST-ARNAUD

Université Laval

Co-chercheur / Co-investigator

Mélanie BOURQUE

UQO

Co-chercheur / Co-investigator

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

Je vous souhaite d'agréables et fructueuses activités de recherche.

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada 550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouveau ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Barbara GRAVES** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES
TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS
SOCIAUX DU DOMAINE DE LA SANTÉ
AU QUÉBEC ET EN ONTARIO :
REPRÉSENTATION PROFESSIONNELLE
ET EXPÉRIENCE VÉCUE.

RECRUTEMENT
POUR LA
PARTICIPATION



Pratiquez-vous le travail social dans un milieu de santé communautaire ou institutionnel? Êtes-vous dans le domaine depuis moins de 5 ans?

Nous aimerions vous parler!

Nous cherchons à recruter des participant-e-s pour un projet de recherche dirigé par le Professeur Lilian Negura de l'École de Service social à l'Université d'Ottawa.

Nous vous invitons à participer à une entrevue virtuelle d'une durée d'une à deux heures, pendant laquelle nous discuterons de votre expérience en lien avec la détresse psychologique des travailleurs sociaux.

Nous avons hâte d'avoir de vos nouvelles!

Pour toute question ou pour signifier votre intérêt, veuillez contacter l'assistante de recherche :
Françoise Drouin-Soucy
Francoise.drouin-soucy@uao.ca



uOttawa

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La détresse psychologique des travailleuses et travailleurs sociaux du domaine de la santé au Québec et en Ontario : Représentation professionnelle et expérience vécue

Nom du chercheur principal

Lilian Negura, PhD, Professeur agrégé, Université d'Ottawa, Faculté des sciences sociales, École de service social. Adresse : 120, privé Université, Pavillon des Sciences sociales Ottawa, Ontario, Canada K1N 9A7. Tél: **613-562-5800 poste 2020**. Adresse courriel : Lilian.Negura@uottawa.ca

Noms et coordonnées des Co-chercheurs – Ontario et Québec

Sébastien Savard, PhD, Professeur agrégé, Université d'Ottawa, Faculté des sciences sociales, École de service social. Adresse : 120, privé Université, Pavillon des Sciences sociales Ottawa, Ontario, Canada K1N 9A7. Tél : **613-562-5800 poste 4351**. Adresse courriel : sebastien.savard@uottawa.ca.

Louise St-Arnaud, PhD, Professeure titulaire, Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation, département des fondements pratiques en éducation. Adresse : 2320 rue des Bibliothèques, Pavillon des Sciences de l'éducation, local 616, Québec (Qc), G1V 0A6. Tél : **418-656-2131 poste 409335**. Adresse courriel : louise.st-arnaud@fse.ulaval.ca.

Mélanie Bourque, PhD, Professeure agrégée, Université du Québec en Outaouais, Département de travail social. Adresse : Bureau J-2208, Campus de Saint-Jérôme, 5, rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme (Qc), Canada J7Z 0B7. Tél : **(450) 530-7616 poste 4057**. Adresse courriel : melanie.bourque@uqo.ca.

Source de financement : Ce projet est financé par le Conseil de Recherches en Sciences Humaines du Canada (CRSH).

Conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêts.

INTRODUCTION

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, les avantages, les risques potentiels, le temps que nous estimons nécessaire pour répondre aux questions, les questions de confidentialité et les alternatives à la participation. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur principal du projet ou l'un de ses collaborateurs dont les coordonnées sont indiquées en première page.

INVITATION À PARTICIPER

Je suis invitée à participer à la recherche nommée ci-dessus qui est menée par Professeur Lilian Negura et ses collaborateurs. Je suis libre de participer ou non à cette étude. Ma décision de participer ou de me retirer de l'étude n'affectera aucunement mes possibilités d'accès à des services quelconques à mon emploi ou ailleurs.

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de l'étude est de mieux comprendre le rôle des politiques sociales et de santé ainsi que de l'organisation du travail sur la détresse professionnelle des travailleurs sociaux cliniques. Ceci nous permettra d'améliorer les pratiques et les politiques par rapport à la détresse professionnelle des travailleuses sociales (t.s.) œuvrant dans le domaine de la santé dans deux provinces canadiennes : l'Ontario et le Québec.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Nous incluons deux types de participants à notre recherche. **Premièrement**, nous incluons tout travailleur social travaillant dans un milieu de santé québécois ou ontarien. **Deuxièmement**, nous incluons les gestionnaires en milieux de santé supervisant des travailleurs sociaux cliniques.

PARTICIPATION

Ma participation à ce projet consistera à une entrevue semi-dirigée d'environ 120 minutes à l'intérieur ou en dehors des heures de travail, à ma préférence. Trois questionnaires seront

également remplis lors de l’entrevue soit l’Échelle de Kessler, l’indice de symptôme dépressif et une fiche signalétique. Je suis sollicité pour répondre à des questions directement liées aux objectifs de l’étude. Cette entrevue aura lieu virtuellement sur la plateforme d’échange qui me convient et selon mes disponibilités. Mon témoignage oral sera enregistré sur un support magnétique. Ma participation est volontaire et mon employeur ne sera pas informé de ma décision de participer ou non. J’ai le droit de refuser de répondre à une ou plusieurs questions sans aucune crainte de représailles ou d’ennuis.

BIENFAITS

Ma participation à ce projet de recherche pourrait m’apporter certains bénéfices comme de réfléchir et de mettre des mots sur ma situation professionnelle. L’étude pourrait également vous aider à mieux comprendre votre propre situation professionnelle et celle de vos collègues.

RISQUES

Ma participation à la recherche pourrait comporter certains risques. Il se pourrait, lors de l’entrevue, que le fait de parler de mon expérience m’amène à vivre une situation difficile. Dans ce cas, je pourrais demander de prendre une pause, de ne pas répondre à des questions, de me retirer de l’étude et/ou de poursuivre l’entrevue à un autre moment qui me conviendra. De plus, une liste de ressources psychologiques me sera offerte au début de l’entrevue me permettant de me prévaloir de tout appui thérapeutique immédiat que je jugerai pertinent à ma situation, advenant que cela était désiré.

CONSERVATION DES DONNÉES

Le matériel de recherche (enregistrements numériques, transcriptions et questionnaires) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés sur un fichier électronique encrypté sur le OneDrive institutionnel protégé du chercheur principal jusqu’à 10 ans après la dernière publication du projet. Seuls le chercheur principal et ses assistants de recherche auront accès à ces données. Les fichiers audio et les transcriptions écrites des entrevues seront protégés par des codes alphanumériques contre les risques de reproduction ou de diffusion accidentelle. Après la période de conservation mentionnée ci-dessus, les données électroniques seront supprimées

définitivement selon la politique de l'Université d'Ottawa. Aucun nom et renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT

J'ai l'assurance du chercheur que l'information que je partagerai avec lui restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour des objectifs scientifiques et selon le respect de la confidentialité. Je ne serai identifié que par un numéro de code. La clé du code sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. Seules les données agrégées du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de m'identifier. Les co-chercheurs auront accès seulement aux données agrégées pendant l'étude.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que je reste libre à tout moment de mettre fin à ma participation sans avoir à justifier ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Les données d'un participant qui se retire de l'étude seront détruites définitivement (suppression totale de l'enregistrement et de tout document électronique associé).

REMBOURSEMENT/INDEMNISATION

Je ne recevrai aucune indemnisation pour participer à la recherche.

RESPONSABILITÉ CIVILE

En acceptant de participer à cette étude, je ne suis privé d'aucun droit au recours judiciaire. Si je devais subir un préjudice en lien avec ma participation, je conserverais tous mes recours légaux à l'encontre des différents partenaires de la recherche.

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRÉ

Je soussigné (nom du participant) consens librement à participer à la recherche menée par le Professeur Negura et ses collaborateurs. J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies quant à ma participation à ce projet. Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec le chercheur principal ou l'un de ses collaborateurs. Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa, 550 Cumberland, Pièce 154 Ottawa, Ontario, par **téléphone : 613-562-5387** ou par courriel : ethique@uottawa.ca.

Veillez conserver une copie du formulaire dans vos dossiers.

Signature du participant :

Date :

Signature du chercheur :

Date :

Annexe D – Fiche Signalétique

Fiche signalétique

À compléter à la fin de l’entrevue

La détresse psychologique des travailleuses et travailleurs sociaux du domaine de la santé
au Québec et en Ontario : Représentation professionnelle et expérience vécue

Pseudonyme (au choix) : _____

Code¹ : _____

Date : _____

Lieu de l’entretien : _____

Province d’emploi : _____

Âge : _____

Rôle professionnel :

1) Gestionnaire

2) Travailleur social

Domaine de spécialisation:

1) Santé mentale

¹ Le code de l’entrevue est constitué d’une lettre qui représente la province où travaille le participant et d’un numéro qui indique l’ordre de réalisation de l’entrevue. Par exemple, la deuxième entrevue d’un participant ontarien doit être codée : O2.

- 2) Toxicomanie
- 3) Gériatrie
- 4) Accompagnement communautaire
- 5) Formation et éducation clinique

6) Autre: _____

Institution d'affiliation: _____

Milieu de travail :

- 1) De type institutionnel
- 2) De type communautaire
- 3) Travailleur autonome
- 4) Issu d'une agence de placement

5) Autre (préciser) : _____

Situation d'emploi :

- 1) Temps complet
 - a. Durée indéterminée
 - b. Durée déterminée
- 2) Temps partiel
 - a. Durée indéterminée
 - b. Durée déterminée

3) Autre (préciser) : _____

Années dans le poste actuel : _____

Années d'expérience de terrain : _____

Formation:

1) Travail social

2) Gestion

3) Psychologie

4) Éducation

5) Études des femmes

6) Autre (précisez): _____

Lieu de formation: _____

Niveau de formation:

1) Baccalauréat

2) Maîtrise

3) Doctorat

4) Post-doctorat

Autres formations suivies (précisez): _____

Groupe populationnel (LGBTQ+, minorité visible, autochtone, inuit, métis, etc.) :

Identité de genre : _____

Identité linguistique : _____

Annexe E – Guide d’entrevue

GUIDE D’ENTREVUE

Entrevue avec les travailleurs sociaux

Accueil et présentation de la recherche

- Remerciements pour la participation de la répondante
- Présentation des objectifs de la recherche
- Insister sur l’expérience et la parole du répondant
- Nous ne sommes pas là pour les évaluer ou les juger
- Confidentialité assurée et enregistrement sur support électronique
- Questions éventuelles

Intervieweur : remplissez l’échelle de Kessler au début de l’entrevue. Remplissez la fiche signalétique à la fin de l’entrevue. N’oubliez jamais de mettre le code de l’entrevue comme nom du fichier d’enregistrement et d’inscrire ce code sur les questionnaires. Le code de l’entrevue est constitué d’une lettre qui représente la province où se déroule l’entrevue et un numéro qui indique l’ordre de réalisation de l’entrevue. Par exemple, la deuxième entrevue effectuée en Ontario doit être codée : O2. Assurez-vous également d’employer les pronoms de choix du participant basés sur l’identité de genre affirmée à la fiche signalétique.

Question de départ

(Intervieweur : *Prenez le temps d'amorcer une discussion plus spontanée et subjective avec votre participant. Attendez-vous à ce que ces premières questions prennent un peu plus de temps*)

Parlez-moi de ce qui vous a attiré dans le travail social.

Quel a été votre cheminement scolaire vers le travail social ?

Avez-vous occupé d'autres emplois avant celui-ci ? Comment êtes-vous arrivé à occuper l'emploi actuel ?

À présent, parlez-moi de votre expérience de travail.

Parlez-moi comment une journée normale de travail se déroule.

Parlez-moi de ce que vous aimez dans votre travail et de ce qui est plus difficile.

(*Sous-questions à employer pour alimenter la discussion en direction des objectifs de recherche : Pourriez-vous m'en parler un peu plus ? Que vouliez-vous dire par... ? Si je comprends bien... ?*)

Section 1 – La représentation professionnelle du travail social

Pourriez-vous me décrire votre quotidien dans votre établissement ? À quoi ressemble votre journée de travail ?

Quels mots ou expressions vous viennent à l'esprit quand vous pensez au travail social en tant que profession ? (3 à 5 mots)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

En passant chaque mot un à un, pourriez-vous me dire si celui-ci est positif, négatif ou neutre dans votre vision du travail social ? (Intervieweur : *inscrire dans le côté droit de chaque mot le signe —, + ou = en fonction des réponses du répondant*)

Pourriez-vous m'expliquer en quoi chacun de ces mots est relié ou associé au travail social selon vous ?

Indiquez le mot qui caractérise le mieux le travail social selon vous. (Intervieweur : *souligner le mot indiqué par le répondant*).

Pourriez-vous me dire en une phrase ce que représente le travail social pour vous ?

Pensez-vous avoir la même vision de la profession que vos collègues/vos gestionnaires/la société en générale ?

Comment se passe la relation avec les autres professionnelles?

Pour vous, quelles sont les finalités du travail social, à quoi doit servir le travail social ultimement?

Quelle est la valeur la plus importante pour vous dans votre profession en tant que travailleur social?

Y-a-t-il une valeur en particulier qui vous semble plus difficile à appliquer, ou à respecter? Laquelle et pourquoi?

À quoi devrait ressembler la pratique du travail social en milieu de la santé, selon vous ?

À quoi ressemble réellement votre pratique en milieu de la santé ?

Quelle est la contribution particulière des travailleurs sociaux dans l'institution, selon vous ? Et selon les autres professionnels qui travaillent avec vous ? Quelle est votre opinion à ce sujet ?

Section 2 – Les réformes de santé et l'expérience vécue des travailleurs sociaux

Quels documents légaux ou institutionnels guident votre pratique? De quelle manière?

(Si aucun document nommé, tentez de proposer certains exemples comme suit) :

Lois

Directives du ministère

Lignes directrices ou des politiques institutionnelles?

Documentation de l'ordre professionnel (code de déontologie, normes générales, normes fondamentales, guide de mise en œuvre, etc.)

Pour revenir à ce que vous m'aviez mentionné au début de l'entrevue, pourriez-vous m'expliquer un peu plus comment l'organisation de votre travail et les conditions de travail ont changé dans les dernières années ?

(Intervieweur : Si aucune réforme n'est nommée par le participant, précisez avec ces sous-questions)

Pour les participants travaillant au Québec

À votre avis, la réforme Barrette, aussi nommée loi 10, a-t-elle eu un impact sur votre réalité professionnelle ? Et si oui lequel ?

Avez-vous ressenti personnellement l'impact de ces réformes ? Et si oui, de quelle façon?

Pour les participants travaillant en Ontario

À votre avis, la loi sur les soins interconnectés introduite par le gouvernement Ford en 2019 a-t-elle eu un impact sur votre réalité professionnelle ? Et si oui lequel ?

Avez-vous ressenti personnellement l'impact de ces réformes ? Et si oui, de quelle façon?

Est-ce qu'il y a un roulement de personnel important dans votre organisation?

Comment ce roulement de personnel s'explique, selon vous?

Quelles sont les attentes de vos gestionnaires à l'égard des travailleurs sociaux ?

Ces attentes ont-elles changé suivant l'implémentation de nouvelles réformes de santé ? Et si oui, comment ?

Comment est-ce que vous avez vécu la pandémie COVID-19 d'un point de vue professionnel?

Qu'est-ce qu'il fallait faire autrement pour qu'il n'existe pas les difficultés vécues?

Quels sont vos sentiments par rapport à la pratique en milieu de la santé aujourd'hui ? Comment vivez-vous cette pratique ?

Existe-t-il des recours institutionnels pour les travailleurs sociaux qui vivent des conflits dans leur pratique suivant des changements à l'organisation de leur travail ?

Section 3 – La détresse professionnelle

(Intervieweur, prière de lire l'énoncé suivant avant de continuer : Pour cette dernière partie de l'entrevue, nous nous intéressons à la détresse professionnelle vécue par les travailleurs sociaux. Nous définissons la détresse professionnelle comme toute forme de dépression, détresse, stress ou souffrance en lien avec votre travail. Il peut s'agir d'une souffrance psychologique ou émotionnelle, pourvu qu'elle se rapporte à votre contexte de travail.)

(Si nommé au début de l'entrevue) Pour faire écho à ce que vous m'aviez mentionné au début de l'entrevue, pourriez-vous me parler un peu plus de votre détresse professionnelle en milieu de santé ?

(Si pas nommé au début de l'entrevue) Avez-vous vécu de la détresse professionnelle dans votre travail en milieu de santé ? Et si oui, serait-il possible de m'en parler aujourd'hui ?

Observez-vous de la détresse professionnelle chez les travailleurs sociaux avec lesquels vous travaillez ? Et si oui, quelles formes prend cette détresse ?

Comment expliquez-vous la détresse professionnelle des travailleurs sociaux de manière générale ? Quelles sont les causes, selon vous, de ces manifestations ?

Pensez-vous vivre du harcèlement psychologique au travail ? Et si oui, comment expliquez-vous ce phénomène ?

Quelle importance aurait le harcèlement psychologique au travail sur votre détresse professionnelle, selon vous ?

Vous m'avez parlé des causes, mais y a-t-il des solutions à cette détresse ? Quelles seraient, selon vous, les solutions possibles à la détresse professionnelle des travailleurs sociaux ?

Croyez-vous que des changements organisationnels, telles que les réformes mentionnées plus haut, puissent avoir un impact sur votre détresse professionnelle et/ou celle de vos collègues ? Et si oui, de quelle façon ?

Quelles sont vos stratégies d'adaptation aux changements amenés par les réformes provinciales et/ou les nouvelles politiques internes ?

Est-ce que les stratégies d'adaptation que vous avez mentionnée ont changé depuis le début de la pandémie?

Clôture de l'entrevue

- Questions, oublis
- Remerciements
- Retour sur le déroulement de l'entrevue (Interviewer : *s'intéresser à l'appréciation du déroulement de l'entrevue et non à une synthèse de celle-ci*)