



Le rôle des travailleurs sociaux en collaboration interprofessionnelle auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies apparentées

Mémoire

Michelle Masse-Desrosiers

Maîtrise en service social

Maître en service social (M. Serv. soc.)

Québec, Canada

© Michelle Masse-Desrosiers, 2017

**Le rôle des travailleurs sociaux en collaboration
interprofessionnelle auprès des personnes atteintes de
la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies
apparentées**

Mémoire

Michelle Masse-Desrosiers

Sous la direction de :

Sophie Éthier, directrice de recherche

RÉSUMÉ

Grâce aux efforts soutenus pour implanter son rôle professionnel et faire valoir ses propres perspectives psychosociales et écologiques, des contributions significatives de la part du travail social sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et de leurs familles. Toutefois, le rôle du travailleur social dans les équipes interprofessionnelles n'est pas suffisamment clarifié et cela semble amener une confusion chez la clientèle desservie et les autres professionnels. Cette étude qualitative, de nature exploratoire et descriptive, vise à mieux comprendre la perception des travailleurs sociaux de leurs rôles auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et les défis que sous-tendent ces rôles en collaboration interprofessionnelle. L'analyse des entrevues individuelles semi-structurées menées auprès de 10 participants ont permis de démontrer que la définition et la contribution des travailleurs sociaux au sein des équipes interprofessionnelles demeurent à être clarifiés. Il a été possible de documenter le rôle des travailleurs sociaux et de cerner trois problématiques de rôle, soit l'ambiguïté, les conflits et la surcharge de rôle, malgré un nombre restreint de participants.

ABSTRACT

Through sustained efforts to establish a professional role and to develop its own psychosocial and ecological perspectives, meaningful contributions from social work are likely to improve the quality of life of people with Alzheimer's disease and related conditions and their families. However, the role of the social worker in the interprofessional teams is not sufficiently clarified and this seems to cause confusion among the clientele and other professionals. This qualitative study, which is exploratory and descriptive in nature, aims to better understand social workers' perception of their roles in people with Alzheimer's disease or a related condition and the challenges of these roles in interprofessional collaboration. The analysis of the semi-structured individual interviews with 10 participants demonstrated that the definition and contribution of social workers within interprofessional teams remains to be clarified. It was possible to document the role of social workers and to identify three role issues: ambiguity, conflict and role overload, despite a limited number of participants.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	viii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I — PROBLÉMATIQUE	3
1.1 OBJET D'ÉTUDE.....	3
1.2 PRÉVALENCE DU PHÉNOMÈNE	4
1.3 PERTINENCE SCIENTIFIQUE ET SOCIALE.....	5
1.4 RECENSION DES ÉCRITS	6
1.4.1 Les attentes professionnelles envers le travailleur social	7
1.4.2 La perception du travailleur social de son propre rôle	8
1.4.3 La perception des autres professionnels du rôle du travailleur social	10
1.4.4 La collaboration avec les autres professionnels	12
1.4.5 La perception des clients du rôle du travailleur social	13
1.5 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES ACTUELLES.....	14
CHAPITRE II – CADRE CONCEPTUEL	16
2.1 DÉFINITION DES CONCEPTS	16
2.1.1 Le rôle.....	16
2.1.2 La collaboration interprofessionnelle	17
2.2 LA THÉORIE DES RÔLES	18
CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE	23
3.1 LA VISÉE DE LA RECHERCHE.....	23
3.2 APPROCHE PRIVILÉGIÉE ET TYPE DE RECHERCHE.....	23
3.3 POPULATION À L'ÉTUDE	24
3.4 MÉTHODES ET TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE.....	25
3.5 INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES	25
3.6 OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS	26
3.7 TYPE D'ANALYSE.....	27

3.8	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	28
CHAPITRE IV – RÉSULTATS.....		30
4.1	LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	30
4.2	L’AMBIGÜITÉ DE RÔLE.....	33
4.3	LES TÂCHES ASSOCIÉES AU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL.....	33
4.3.1	Le soutien aux équipes interprofessionnelles.....	34
4.3.2	La défense des droits de la personne âgée.....	35
4.3.3	Les tâches administratives.....	38
4.3.4	L’intervention psychosociale.....	39
4.4	LA PERCEPTION DE LA FAMILLE DU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL	41
4.5	LA PERCEPTION DE LA PERSONNE ÂGÉE DU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL 44	
4.6	LES ENJEUX DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	44
4.6.1	La perception et la compréhension du rôle du travailleur social par les autres professionnels.....	44
4.6.2	Le contexte législatif.....	47
4.6.3	La représentativité et la disponibilité du travail social au sein de l’équipe.....	49
4.6.4	Le chevauchement des rôles.....	50
CHAPITRE V - DISCUSSION.....		53
5.1	ANALYSE DES RÔLES EXERCÉS	53
5.2	ANALYSE DES PROBLÉMATIQUES DE RÔLE AU SEIN DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	54
5.2.1	L’ambiguïté de rôle.....	55
5.2.2	Les conflits de rôles.....	57
5.2.3	La surcharge de rôle.....	60
5.3	LES LIMITES DE LA RECHERCHE.....	61
5.4	PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE.....	62
RÉFÉRENCES.....		64
ANNEXE A : QUESTIONNAIRE DE DONNÉES FACTUELLES		69
ANNEXE B : GUIDE D’ENTREVUE		70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.....	27
Tableau 2.....	31
Tableau 3.....	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle de rôle de Kahn, Wolfe, Quinn et Snock (1964) traduit dans Savoie et Forget (1983).....	19
Figure 2. Modèle phénoménologique des rôles tiré de Savoie et Forget (1984).....	22

REMERCIEMENTS

J'aimerais porter une attention particulière aux personnes qui m'ont aidée à la réalisation de ce mémoire notamment à ma directrice de recherche, madame Sophie Éthier, professeure agrégée à l'École de service social de l'Université Laval, qui a su faire preuve de patience, de disponibilité et d'écoute. Mes plus sincères remerciements au personnel des Centres de santé et de services sociaux de Québec-Nord et de Capitale-Nationale pour leur aide dans le recrutement de participants. Par ailleurs, je tiens à remercier tous les participants qui m'ont accueillie et qui ont pris le temps de participer à la recherche malgré leur charge de travail importante. Enfin, je tiens également à remercier le Fonds Nicolas-et-Suzanne-Zay pour sa contribution financière.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le portrait démographique du Québec connaît de nombreux changements en raison du vieillissement de la population. Ce vieillissement s'accroît au fil du temps notamment par l'allongement progressif de l'espérance de vie. Selon Fratiglioni et ses collaborateurs (2000), l'âge demeure le principal facteur de risque lié à l'apparition de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée. Par conséquent, la prévalence tend à augmenter à mesure que la population vieillit. Les besoins des personnes atteintes sont multiples et les équipes de soins sont davantage confrontées à des problèmes psychosociaux complexes qui interagissent avec les problèmes médicaux (Keefe, Geron, & Enguidanos, 2009). Les aînés dont nous nous occupons aujourd'hui sont significativement différents de ceux d'il y a dix ans. En vivant plus longtemps et plus longtemps à la maison, les aînés arrivent dans les établissements de soins de longue durée à un stade avancé de leurs conditions, avec des difficultés plus nombreuses et plus complexes (Canadian Association for Long Term Care [CALTC], 2017). Ce phénomène suggère un rôle potentiel pour le travailleur social qui sera de plus en plus présent auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, notamment en soins de longue durée (*U.S. Department of Health and Human Services, 2006*).

Les travailleurs sociaux jouent un rôle essentiel auprès des personnes et de leur famille en les aidant, notamment, à affronter l'impact de la maladie. L'expertise que possède le travailleur social apporte une perspective qui lui est propre et s'insère parfaitement dans une approche de soins centrée sur la personne. Malgré la place importante qu'occupe le travail social auprès des aînés, le rôle et les fonctions du travailleur social n'y ont pas été clairement définis. Dans le contexte actuel marqué par le vieillissement démographique et les réformes du réseau de la santé et des services sociaux, les professionnels se questionnent sur leur pratique. Dans ce contexte, le travailleur social a à affirmer en contexte de collaboration professionnelle la spécificité de son intervention (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1998). Le travail en équipe interprofessionnelle, étant de plus en plus répandu et soutenu par les politiques sociales, défie les limites professionnelles traditionnelles. L'équipe interprofessionnelle auprès des aînés a toujours considéré le travail social comme une discipline de base, avec les soins infirmiers et la médecine, mais ce n'est qu'au cours des dernières années que le rôle et la contribution spécifique du travailleur

social à la pratique de l'équipe interprofessionnelle ont été définis (Berkman, 2006). L'intérêt d'étudier les rôles du travailleur social est alors d'autant plus manifeste à ces constats.

Le présent mémoire vise à mieux comprendre la perception des travailleurs sociaux de leurs rôles et les défis que sous-tendent ces rôles dans une approche de collaboration interprofessionnelle. Ce mémoire vise également à mettre en lumière, s'il y a lieu, les rôles incarnés par le travailleur social qui concernent spécifiquement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée. En lien avec ce qui précède, la question de recherche se construit comme suit : comment les travailleurs sociaux en collaboration interprofessionnelle perçoivent-ils leur rôle spécifique auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée et quels en sont les défis? Pour répondre à cette question, le mémoire qui suit comprend dans un premier temps une définition de la problématique de recherche qui inclut l'objet d'étude, la prévalence du phénomène, la pertinence scientifique et sociale. Ensuite, une note méthodologique exposant la démarche documentaire réalisée, une revue de la littérature portant sur les rôles du travailleur social et les limites méthodologiques des études sont présentées. Dans un second temps, il sera question du cadre conceptuel de l'étude par la définition des principaux concepts utilisés, en plus de la théorie des rôles développée par Katz et Kahn (1966). La troisième section du document fait référence à la méthodologie utilisée dans cette étude. Enfin, les quatrième et cinquième parties du mémoire abordent les résultats obtenus et l'analyse auxquelles s'ajoutent des pistes de recherches futures. Dans la présente recherche, quelques pistes de recherche intéressantes sont proposées afin d'éventuellement mieux comprendre le rôle du travailleur social en collaboration interprofessionnelle auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les discours analysés ont contribué, du moins en partie, à l'avancement des connaissances sur les rôles exercés et les problématiques de rôle au sein de la collaboration interprofessionnelle.

CHAPITRE I — PROBLÉMATIQUE

La présente section propose une description de l'objet d'étude de la recherche, soit le rôle du travailleur social auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée. Par la suite, on retrouve les statistiques du nombre de personnes touchées par la maladie et du nombre de travailleurs sociaux œuvrant dans le domaine. Une recension des écrits sur les rôles accomplis par le travailleur social suit, ce qui permet d'aborder la perception de différents acteurs impliqués dans l'exercice de ces rôles tels que le travailleur social, les autres professionnels et les clients. Enfin, certaines limites méthodologiques retrouvées dans les études citées sont présentées.

1.1 OBJET D'ÉTUDE

La maladie d'Alzheimer constitue la forme de démence la plus courante au Canada, elle affecte un nombre croissant de personnes chaque année en raison du vieillissement de la population. Selon la Société Alzheimer du Canada, le nombre de Canadiens qui vivent avec des troubles cognitifs, y compris la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, se situe actuellement à 747 000 et devrait doubler d'ici à 2031, passant à 1,4 million (Société Alzheimer du Canada, 2012). Il est à noter qu'en raison de son caractère stigmatisant et de son étymologie apparentée à la folie, le terme « démence » sera remplacé par le terme « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ». Le terme « maladies apparentées » réfère donc aux autres types de démences irréversibles tels que la maladie à corps de Lewy, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et les dégénérescences fronto-temporales. Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), la caractéristique essentielle de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est l'apparition de déficits cognitifs multiples qui comportent une altération de la mémoire et au moins une autre perturbation cognitive (aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives). De façon générale, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées affectent le comportement, l'humeur, les émotions et la capacité d'accomplir les activités normales de la vie quotidienne (Société Alzheimer, 2016). Des symptômes psychiatriques et des troubles du comportement peuvent également s'ajouter tels que la dépression, les hallucinations, les délires et l'agitation (Burns et Iliffe, 2009).

Actuellement au Québec, jusqu'à 87 % des personnes admises dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont atteintes de ce type d'affection (CALTC, 2017) et on estime que d'ici 2037, la demande en soins de longue durée pour les personnes atteintes sera dix fois plus élevée au Canada. Ce phénomène se traduira par un accroissement des patients à des stades plus avancés exigeant des soins plus complexes. La demande en soins de proximité et en soins à domicile subira également une augmentation, car on prévoit que d'ici 2037, 62 % des Canadiens atteints vivront chez eux (Smetanin et al., 2009).

La profession du travail social est bien positionnée au sein du continuum de soins pour affronter les impacts complexes et multidimensionnels de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Grâce aux efforts soutenus pour implanter son rôle professionnel et faire valoir ses propres perspectives psychosociales et écologiques, des contributions significatives de la part du travail social sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée et de leurs familles (Kaplan & Andersen, 2013). Toutefois, plusieurs auteurs affirment que le rôle du travailleur social dans les équipes de soins n'est pas suffisamment clarifié auprès des personnes âgées (Lymbery et al., 2007) et que cela semble entretenir une confusion chez la clientèle desservie (Naito-Chan, Damron-Rodriguez, & Simmons, 2005) et les autres professionnels (Keefe et al., 2009; Naito-Chan et al., 2005; Netting & Williams, 1998). Il importe donc de se questionner sur les différents rôles qu'incarne le travailleur social auprès de ces personnes, ce qui constitue l'objet de ce mémoire.

1.2 PRÉVALENCE DU PHÉNOMÈNE

Le nombre de Canadiens qui seraient atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée est actuellement estimé à plus d'un demi-million de personnes (Société Alzheimer du Canada, 2016). Au Québec, plus de 120 000 Québécois en sont atteints et, en 2030, on en comptera 200 000. En dépit du nombre important de personnes atteintes, aucune statistique n'a été trouvée dans les documents consultés sur le nombre de travailleurs sociaux intervenant auprès d'elles excepté en CHSLD. En 2012, on répertorie dans la province de Québec 41 travailleurs sociaux pratiquant en CHSLD (Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OPTSTCFQ], 2012). Ce nombre reflète une infime partie des travailleurs

sociaux qui interviennent auprès des personnes atteintes, puisque les centres hospitaliers et ceux qui œuvrent dans les soins à domicile ne sont pas compilés dans cette statistique.

1.3 PERTINENCE SCIENTIFIQUE ET SOCIALE

Cette recherche comporte une pertinence sociale, disciplinaire et scientifique indéniable. Au plan social et disciplinaire, le rôle des travailleurs sociaux et leur contribution unique notamment dans les soins de longue durée continuera d'être un domaine de recherche important en raison du vieillissement de la population québécoise et, par le fait même, de l'augmentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Le rapport, *The supply and demand of professional social workers providing long-term care services: Report to Congress*, publié par le U.S. Department of Health and Human Services (2006) estime que les travailleurs sociaux jouent un rôle essentiel dans les soins de longue durée; ils seront nécessaires en plus grand nombre dans les années à venir afin de combler la demande dans les soins aux personnes âgées. D'autant que les travailleurs sociaux sont susceptibles de réduire les coûts des soins de santé, d'augmenter la qualité de vie des personnes âgées et d'améliorer l'utilisation efficace des services chez les personnes âgées. Les pratiques anti-oppressives centrées sur l'appropriation du pouvoir d'agir, lesquelles constituent une base importante et spécifique au travail social, s'avèrent en outre un atout potentiellement important des travailleurs sociaux au sein des équipes interprofessionnelles. Des travailleurs sociaux ont par exemple réussi à intégrer et favoriser la participation et l'engagement dans la communauté des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée qui en étaient auparavant exclues (Cook, 2003; Mills, 2003; Wilkinson, & Bowes, 2003).

Au plan scientifique, l'efficacité des équipes de soins interprofessionnelles, lorsque comparée aux soins prodigués par le médecin seul, est reconnue auprès des personnes âgées atteintes de maladies chroniques (Sommers, Marton, Barbaccia, & Randolph, 2000) et auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée à des stades avancés en soins de longue durée (Chapman & Toseland, 2007). Cependant, ces études ne se concentrent pas sur l'apport, les rôles et les fonctions individuels du travailleur social au sein de l'équipe. Il s'avère donc difficile de tirer des conclusions sur les avantages pour les patients plus âgés à recevoir des interventions de ce dernier (Simons, Shepherd, & Munn, 2008). Puis, il existe moins de preuves d'une

contribution spécifique de la discipline, en particulier dans les milieux institutionnalisés, où de plus en plus de travailleurs sociaux sont employés. Dans la littérature, il y a également très peu de recherches sur leur contribution unique dans les plans de soins (Simons et al., 2008) et en ce qui concerne spécifiquement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée. Dans une époque qui exige la reddition de comptes et la rentabilité des soins de santé et des services sociaux, les travailleurs sociaux sont de plus en plus tenus de démontrer l'efficacité de leurs interventions. Ainsi, il devient nécessaire de prioriser la recherche dans le champ du service social gérontologique afin d'améliorer les connaissances sur les pratiques ainsi que sur les compétences et les rôles des travailleurs sociaux.

En dépit de la demande croissante des travailleurs sociaux en gérontologie pour répondre aux besoins d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées, il semble qu'il n'existe pas de normes de pratique fondées sur les données probantes bien définies visant à répondre efficacement aux besoins de ces personnes (Kaplan & Andersen, 2013; Naito-Chan et al., 2005). Lymbery et ses collaborateurs (2007) prétendent que le rôle et les compétences des travailleurs sociaux œuvrant auprès des personnes âgées n'ont jamais été clairement définis, même s'il existe une augmentation de leur nombre dans ce domaine d'activité. Ils postulent également qu'il y aurait un effet pervers quant à l'introduction des pratiques liées aux données probantes, car ces dernières ont contraint les travailleurs sociaux à l'exécution d'évaluations (Lymbery et al., 2007; Phillips & Waterson, 2002). Pour contrer cet effet, ces auteurs suggèrent d'adopter une grille définissant la contribution des travailleurs sociaux auprès des personnes âgées. Cela pourrait permettre de clarifier les aspects spécifiques du travail sur lequel un travailleur social devrait se concentrer.

1.4 RECENSION DES ÉCRITS

Pour effectuer cette recension des écrits, deux bases de données ont été consultées, soit *AgeLine* et *PsychInfo*. Quant à la date de parution des articles, les études recensées antérieures à 1990 ont été éliminées, car plusieurs perturbations sont survenues dans le système professionnel. En effet, le rôle et les tâches du travailleur social auprès d'adultes vulnérables ont considérablement évolué depuis cette date dans de nombreux pays, dont l'Angleterre, les États-Unis et l'Australie (Phillips & Waterson, 2002). Les mots clés suivants ont été utilisés dans les banques de données et devaient

se retrouver dans le titre ou dans le résumé : service social, travailleurs sociaux (*social work, social workers*); démence, maladie d'Alzheimer (*dementia, Alzheimer's disease*); perception (*perception*); rôle, pratique, compétences, normes de pratique, pratiques professionnelles (*role, practice, competencies, practice standards*); milieu d'hébergement, soins de longue durée, institution (*long term care, long term facilities, nursing homes, nursing homes care, residential care homes, institution, psychogeriatric facilities*); personnes âgées, vieillissement, gériatrie, gérontologie (*older adults, elderly, aging, gerontology, geriatric*); interdisciplinarité, équipe interprofessionnelle (*interdisciplinarity, crossdisciplinary approach, interdisciplinary team care*).

La recension des écrits qui suit porte globalement sur le rôle du travailleur social notamment auprès des personnes âgées, mais s'élargit à d'autres milieux tels que le milieu scolaire ou le milieu hospitalier auprès de militaires. Ce choix s'explique en fonction des recherches effectuées qui révèlent que peu d'études empiriques ont exploré le rôle du travailleur social auprès des personnes âgées. Malgré la diversité des milieux de pratique dans lesquels s'exerce la profession, les finalités, les valeurs et les principes du travail social demeurent les mêmes. Les études portant sur les autres professions, bien que certaines d'entre elles s'intéressent aux personnes âgées, ne reflètent pas le rôle et l'identité spécifique du travailleur social. De façon plus spécifique, la recension a permis d'explorer les attentes professionnelles envers les travailleurs sociaux, la perception du travailleur social de son propre rôle, la perception des autres professionnels du rôle du travailleur social, la collaboration avec les autres professionnels et la perception des clients et des autres professionnels du rôle du travailleur social.

1.4.1 Les attentes professionnelles envers le travailleur social

Les responsabilités du travailleur social intervenant en soins de longue durée sont très variables selon le milieu de travail et le rôle qu'il occupe au sein de ce milieu. En effet, certains milieux de pratique priorisent les besoins du système familial et encouragent les travailleurs sociaux à évaluer et intervenir à la fois auprès de la personne âgée et auprès de ses proches, alors que d'autres milieux se préoccupent davantage des besoins de la personne âgée (*National Association of Social Workers [NASW], 2010*). Selon les normes promulguées par le NASW en 2003, les travailleurs sociaux dans les établissements de soins de longue durée devraient se concentrer sur plusieurs domaines

clés, notamment : l'incidence sociale et émotionnelle de la maladie physique ou mentale ou d'un handicap, la préservation et l'amélioration du fonctionnement physique et social, la promotion des conditions essentielles pour retirer le maximum d'avantages des soins de longue durée, la prévention des maladies physiques et mentales ainsi que la promotion et le maintien de la santé physique et mentale et d'une qualité de vie optimale. L'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS; 2012) réitère ces mêmes fonctions et spécifie que le mandat principal du travailleur social en soins de longue durée est de défendre les intérêts des résidents et de leurs familles. L'ACTS (2012) distingue également les rôles selon le moment, soit avant, pendant et après la transition en établissement de soins de longue durée et lorsque la personne décède ou emménage dans une autre chambre ou un autre établissement. On retrouve essentiellement les mêmes principes guidant les rôles du travailleur social auprès des proches aidants d'une personne âgée (NASW, 2010), en soins palliatifs (NASW, 2004) et dans les milieux de soins de santé de façon générale (NASW, 2005). Ainsi, ces normes de pratique professionnelle s'inscrivent dans le rôle du travailleur social puisqu'elles permettent de clarifier et de préciser la base de ses actes. Ces normes définissent également les attentes professionnelles qui sont intériorisées par le travailleur social et qui forment son identité professionnelle.

1.4.2 La perception du travailleur social de son propre rôle

Les études qui suivent présentent les perceptions du travailleur social de ses propres rôles. On constate qu'il occupe un large éventail de tâches. On retrouve dans tous les milieux de travail la réalisation d'évaluation, le suivi individuel et les tâches administratives. Dans les établissements de soins de longue durée plus spécifiquement, Doron et Koren (2004) ont demandé aux travailleurs sociaux en Israël (n = 84) d'identifier dans un questionnaire les rôles qu'ils tenaient. Les résultats de cette étude montrent que les tâches accomplies varient selon certaines périodes, soit avant, pendant et après la transition en établissement de soins de longue durée et lorsque la personne décède ou emménage dans une autre chambre ou un autre établissement. Avant l'admission, les travailleurs sociaux ont le plus souvent identifié la tâche de remplir des évaluations psychosociales et celle étant la moins mentionnée est la consultation de la personne âgée et de sa famille sur l'entrée en établissement. Pendant la transition, le rôle identifié est l'accompagnement de la

personne lors de sa première journée en établissement. Après la transition, le maintien de conversations personnelles au moins une fois par mois avec chaque résident et le travail social de groupe avec les familles sont les plus fréquemment cités, alors que le travail social de groupe avec les résidents est mentionné dans une moindre mesure. Lorsque le résident quitte, les travailleurs sociaux ont précisé qu'ils étaient plus présents pour fournir un soutien aux proches lors du décès que pour préparer le résident à déménager dans une autre chambre ou un autre établissement.

Reinardy (1999) a exploré auprès de 17 travailleurs sociaux du Minnesota la perception de leur rôle dans la promotion de l'autonomie et la prise de décision des personnes âgées en établissement de soins de longue durée. Les entretiens dirigés ont révélé que l'ensemble des participants percevait la notion d'autonomie comme avoir le droit ou la possibilité de choisir librement, leur rôle principal étant de plaider en faveur de ces choix. En décrivant leur travail, les travailleurs sociaux ont le plus souvent spontanément utilisé le terme « défense de droits », dans leur rôle perçu lors de l'admission et dans le quotidien des résidents (Reinardy, 1999).

On retrouve sensiblement des rôles et des tâches similaires dans les autres milieux de pratique. Dans une enquête comparative effectuée en milieu scolaire menée aux États-Unis, Agresta (2004) a recruté de façon aléatoire un échantillon composé de 183 travailleurs sociaux par l'entremise d'un questionnaire expédié par la poste. À l'aide d'une liste de 21 rôles professionnels développée par Hartseil (1987), les participants devaient indiquer la portion de leur temps de travail consacré à chacun des rôles. Les résultats montrent que les travailleurs sociaux accordent plus de temps aux suivis individuels et de groupes ainsi qu'à la consultation auprès des enseignants et des administrateurs. Beder (2009) a, quant à lui, évalué le rôle du travailleur social intégré dans une équipe de soins multidisciplinaire aux États-Unis auprès des militaires. Basée sur les réponses des 141 travailleurs sociaux aux entrevues individuelles et aux sondages sur Internet, l'étude de Beder (2009) révèle que les travailleurs sociaux perçoivent leurs rôles auprès du militaire comme étant d'éduquer le patient sur le système hospitalier, les services et les limites qu'il peut avoir en raison de ses blessures; de défendre les droits; de guider et de soutenir. Auprès de la famille, trois domaines ont été identifiés : l'éducation sur les soins octroyés au militaire, le soutien et la défense de leurs droits.

Peck et Norman (1999), quant à eux, ont demandé à 12 travailleurs sociaux intervenant en santé mentale de décrire leurs rôles et leurs tâches. Les auteurs remarquent que les compétences et les responsabilités des travailleurs sociaux sont : l'évaluation de la santé mentale, des tâches relatives à la gestion de cas et à l'approche clinique (évaluations et plans de soins), la prise en charge des besoins sociaux, les interventions thérapeutiques (particulièrement les suivis) et la rédaction de rapports.

Toutefois, Koren et Doron (2005) et Agresta (2004) ont décelé un écart entre les rôles que les travailleurs sociaux accomplissent en réalité et les rôles considérés comme étant idéaux, soient ceux qu'ils souhaitent jouer. Les questionnaires remplis par les 84 travailleurs sociaux dans les établissements pour personnes âgées révèlent que les rôles les plus fréquemment accomplis sont de nature « paternaliste », tels que le maintien d'un contact régulier avec le résident, l'intervention thérapeutique individuelle, l'intervention en situation de crise et des tâches liées à l'administration. Ces fonctions ont été soulignées beaucoup plus que les fonctions visant l'appropriation du pouvoir d'agir, lesquelles préconisent ou favorisent l'autonomie (Koren & Doron, 2005). L'étude d'Agresta (2004) abonde dans le même sens et indique que les travailleurs sociaux aimeraient accorder plus de temps aux suivis individuels et de groupes et moins à la consultation auprès des enseignants et des administrateurs.

En résumé, on constate que les tâches exécutées et considérées comme étant prioritaires par les travailleurs sociaux gravitent autour de l'évaluation et du suivi individuel, bien qu'ils décrivent fréquemment leur rôle comme étant de défendre les droits des usagers, un rôle qui est aussi formellement attendu de leur part. Il semble alors que dans les études précédentes, ce rôle ne se traduit pas clairement dans les tâches effectuées réellement. L'écart, ou non, entre ce qui est attendu, ce qui est perçu et ce qui est rendu se manifeste plus clairement lorsqu'on s'intéresse à la perception des autres professionnels.

1.4.3 La perception des autres professionnels du rôle du travailleur social

Des études qui ont exploré la perception des autres professionnels à l'égard du travailleur social montrent que plusieurs rôles lui sont attribués et qu'il est susceptible de contribuer positivement à

l'équipe de soins. Keefe et ses collègues (2009) se sont attardés à la perception des médecins (n = 12) et des infirmières (n = 13) aux États-Unis envers le rôle et l'intégration du travailleur social dans les équipes de soins en gériatrie. Les résultats des groupes de discussion révèlent qu'en général, les participants ont une perception positive du travailleur social et des rôles qu'il pourrait jouer. Ils croient qu'il pourrait assurer la coordination des soins et un soutien aux patients et à leurs aidants. Ils estiment que le travailleur social pourrait évaluer le milieu de vie et déterminer si vivre à domicile est la meilleure option ainsi qu'intervenir lorsque nécessaire, comme dans les cas de maltraitance. Les infirmières perçoivent un plus large éventail de tâches attribué au travailleur social comme aider le patient à marcher jusqu'à la salle d'examen et fournir un soutien psychosocial. Elles estiment qu'il pourrait également assurer un suivi médical de nature éducative auprès du patient, car lorsque le médecin modifie leurs médicaments, plusieurs ne comprennent pas ces changements (Keefe et al., 2009). Une étude réalisée par Naito-Chan, Damron-Rodriguez et Simmons (2005) en Californie, employant la méthode des groupes de discussion, montre que les compétences les plus fréquemment mentionnées par les employeurs provenant de divers centres de santé et de services sociaux qui desservent les populations plus âgées (n = 13) comprennent la capacité à mener une évaluation complète. Certains ont identifié des composantes spécifiques reliées à une évaluation gériatrique telles qu'évaluer l'état mental et posséder des connaissances sur la maladie d'Alzheimer, les maladies apparentées et les maladies chroniques et la façon qu'elles influencent le fonctionnement ainsi que des connaissances en pharmacologie. Ensuite, les compétences pour effectuer la gestion de cas ont été identifiées comme étant prioritaires (Naito-Chan et al., 2005) à maîtriser par les travailleurs sociaux.

En revanche, des études notent une méconnaissance des rôles attribuables aux travailleurs sociaux et de la profession de façon générale. Dans l'étude de Keefe et ses collègues (2009), les médecins n'ayant jamais côtoyé des travailleurs sociaux étaient plus susceptibles d'identifier les rôles de soutien à la transition entre le domicile et les établissements de soins de longue durée et d'évaluation des services communautaires et des ressources. Certains perçoivent le travailleur social comme ayant une plus grande flexibilité dans le temps et ayant un emploi moins exigeant (Keefe et al., 2009). Les entretiens semi-dirigés menés par Netting et Williams (1998) auprès de 89 participants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux et administrateurs) aux États-Unis montrent une perception plus péjorative du rôle du travailleur social dans les soins de première ligne auprès des personnes âgées. Les participants ont effectivement déclaré que les rôles des

infirmières étaient mieux définis que ceux des travailleurs sociaux. L'étude indique également une incompréhension de ce que font les travailleurs sociaux et une méconnaissance de leur niveau de compétence, ce qui pourrait nuire à la collaboration interprofessionnelle. Des termes condescendants, comme « paraprofessionnels » et « *baby-sitter* » pour identifier la profession, sont ressortis dans les propos des participants (Netting & Williams, 1998). Quant aux employeurs et aux administrateurs, les compétences à détenir qui sont les moins souvent mentionnées sont les connaissances sur l'âgisme, les compétences nécessaires à la communication avec les aînés et leurs familles, la collaboration interprofessionnelle et le soutien affectif, des compétences qui s'avèrent pourtant importantes pour les travailleurs sociaux dans l'exercice de leur rôle (Naito-Chan et al., 2005).

En somme, si l'on compare la perception du rôle des travailleurs sociaux qu'ils s'en font eux-mêmes avec celles des autres professionnels, on remarque des points de convergences et de divergences. Tous s'entendent pour dire que l'évaluation psychosociale de la personne et de son milieu est un rôle qui concerne le travailleur social. Toutefois, ce dernier insiste davantage sur le suivi individuel, alors que les autres professionnels considèrent que l'évaluation et la gestion de cas demeurent des rôles prépondérants.

1.4.4 La collaboration avec les autres professionnels

Les études empiriques ont rapporté que les travailleurs sociaux ne se sentent pas en compétition et qu'aucune inquiétude n'existe quant à l'existence de chevauchements de rôles avec d'autres professionnels. À cet égard, Agresta (2004) remarque que 15 rôles sur 21 de la liste des rôles professionnels développée par Hartseil (1987) sont perçus comme étant appropriés à la fois pour le travailleur social et le psychologue parmi lesquels : le suivi individuel et de groupe, l'intervention de crise, la résolution de conflits, le développement de programmes, les références aux différentes ressources, la recherche, le développement professionnel, la rédaction de rapports et l'évaluation du fonctionnement psychosocial. Peck et Norman (1999) arrivent au même constat et indiquent que les compétences et les responsabilités du travailleur social ne semblent pas leurs être exclusives et chevauchent celles des autres professionnels.

Néanmoins, Agresta (2004) note que l'administration de tests psychométriques est perçue comme étant appropriée pour le psychologue, mais pas pour le travailleur social. À l'inverse, le travail en interaction avec la communauté est perçu comme relevant du travailleur social, et non du psychologue. Peck et Norman (1999) remarquent que les travailleurs sociaux apportent une contribution unique au sein de l'équipe et accomplissent leurs rôles en fonction d'une culture qui leur est propre et fondée sur la conscience de soi et l'autodétermination. Dans cette étude, ils mentionnent éprouver beaucoup de pression et de difficulté à faire reconnaître leur spécificité par rapport aux autres professions qui ne reconnaissent pas cette culture particulière. Il est à noter que cette difficulté à faire reconnaître son rôle ne semble pas aboutir à une compétition avec les autres professionnels. Dans l'étude de Keefe et ses collaborateurs (2009), aucune inquiétude par rapport à des chevauchements ou à des confusions de rôles n'a été identifiée par les médecins et les infirmières. Ils perçoivent une délimitation claire entre leurs responsabilités professionnelles et leurs rôles et ceux des travailleurs sociaux. Agresta (2004) parvient aux mêmes conclusions et ne remarque aucune compétition entre les psychologues et les travailleurs sociaux en milieu scolaire.

Enfin, Beder (2009) a observé que la relation positive exprimée par les travailleurs sociaux avec l'équipe multidisciplinaire et les relations avec leurs collègues sont considérées comme un élément de soutien important qui procure des bénéfices pour le travailleur social. L'auteur suggère que les relations que les travailleurs sociaux entretiennent avec leurs collègues ont besoin d'être encouragées et entretenues pour contrer les problèmes liés à la lourdeur bureaucratique et au stress émotionnel engendré par le travail (Beder, 2009).

Il semble donc que la collaboration interprofessionnelle s'avère un élément important de soutien pour le travailleur social. On observe aussi que les professionnels (médecins, infirmières, psychologues) perçoivent une délimitation claire entre leurs rôles et ceux des travailleurs sociaux, bien que ces derniers se sentent parfois incompris par les autres membres de l'équipe interprofessionnelle.

1.4.5 La perception des clients du rôle du travailleur social

Naito-Chan et ses collègues (2005) ont noté que les rôles attendus du travailleur social identifiés par les personnes âgées (n = 7) et les proches aidants (n = 6) étaient similaires. La capacité de trouver et d'obtenir les ressources appropriées telles que le transport, le soutien à domicile et l'aide financière sont considérés comme étant les rôles les plus importants. Ils apprécient également le soutien émotionnel de la part des travailleurs sociaux. Les personnes âgées souhaitent qu'ils les aident à faire face à la douleur physique et aux problèmes causés par la maladie et les incapacités, le veuvage et d'autres problèmes liés au vieillissement. Ils veulent aussi que les travailleurs sociaux défendent leurs droits et les aident à s'orienter dans un système de soins de santé qui peut s'avérer trop complexe et hostile. Les proches aidants désirent une assistance pour atténuer les conséquences émotionnelles et physiques résultant des soins et de l'accompagnement d'un membre de la famille vulnérable ou malade (Naito-Chan et al., 2005).

Lorsque l'on compare la perception des travailleurs sociaux de leur rôle à la perception des clients, on s'aperçoit que les deux ont identifié la défense de droits. On remarque que de façon générale, les clients considèrent le soutien émotionnel de la part du travailleur social comme étant important, alors que ce dernier et les autres professionnels de l'équipe mentionnent ce rôle dans une moindre mesure.

1.5 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES ACTUELLES

Les études actuelles sur le rôle des travailleurs sociaux présentent certaines limites méthodologiques pouvant réduire les conclusions que l'on peut en tirer. De façon générale, les recherches mentionnées dans la recension sur le rôle se concentrent sur ce qui est perçu et pas sur ce que les travailleurs sociaux font réellement. Il est possible qu'il existe des écarts entre la perception des participants et la réalité. Ces études supposent donc une grande part de subjectivité. Toutefois, l'évaluation des perceptions peut s'avérer judicieuse lorsque l'on veut comprendre le phénomène vécu par la personne et identifier les obstacles et les facilitateurs à l'accomplissement du rôle professionnel. Ensuite, ces études mettent surtout en évidence ce qui est le plus important pour les personnes interrogées. Ces dernières pourraient être facilement d'accord que le rôle du travailleur social comporte d'autres éléments s'ils leurs étaient présentés. Bien que ces études soient intéressantes, aucune, à notre connaissance, n'a été menée dans le contexte canadien. En effet, la

plupart des études ont été réalisées aux États-Unis, ce qui peut soulever un questionnement quant à leur comparaison au système canadien, voire québécois.

Les études ayant une méthodologie qualitative employant la méthode des groupes de discussion, dont l'étude de Keefe et ses collègues (2009) et de Naito-Chan et ses collègues (2005), comportent peu de participants. De plus, ces recherches présentent des limites en ce qui a trait à la diversité de la population à l'étude. Par exemple, dans l'étude de Keefe et ses collègues (2009), les participants provenaient du même établissement. Bien que l'étude de Naito-Chan et ses collègues (2005) comporte des participants provenant de différentes institutions, les auteurs ont observé que leur échantillon était principalement composé de femmes d'origine caucasienne. Concernant la méthode de collecte de données, dans l'étude de Keefe et ses collègues (2009), il y avait la présence simultanée de médecins et d'infirmières dans l'un des trois groupes de discussion, ce qui a pu modifier le nombre et le contenu des réponses exprimées par les participants par peur d'être jugés. Les études ayant une méthodologie quantitative, comme celle de Doron et Koren (2004) et celle de Koren et Doron (2005), ont rejoint leur participant à l'aide de questionnaire par la poste et ont obtenu des taux de réponse faibles.

CHAPITRE II – CADRE CONCEPTUEL

Afin d’appréhender l’objet d’étude et de cibler les concepts qui apparaissent être les plus pertinents, le cadre conceptuel de cette recherche comportera les notions de rôle (Katz et Kahn, 1978) et de collaboration interprofessionnelle (D’amour et Oandasan, 2005). À cet effet, on considère que la théorie du rôle développée par Katz et Kahn (1966) permettra l’analyse de l’interrelation des concepts à l’étude et la compréhension de la construction du rôle du travailleur social à travers ses interactions avec les autres membres de l’organisation. Cette théorie sera abordée sous l’angle du processus par lequel le rôle est déterminé et vécu appelé par Katz et Kahn (1978) « épisode de rôle ». La dynamique des rôles sera également vue à travers ses problématiques, soit l’ambiguïté du rôle, les conflits de rôle et la charge de travail.

2.1 DÉFINITION DES CONCEPTS

2.1.1 Le rôle

D’abord, le premier concept essentiel à la compréhension de la présente recherche est la notion de rôle. Cette notion est considérée comme étant l’une des plus polysémiques en sciences sociales. En effet, plusieurs définitions lui ont été attribuées au fil du temps. Rocheblave-Spenlé (1969) a démontré à travers sa recension des écrits que la notion de rôle s’est développée à travers différentes approches et définitions issues de plusieurs domaines, notamment la sociologie et la psychologie. Kahn et Katz (1978) mettent au premier plan le concept de rôle dans leur théorie des organisations. Selon la définition soutenue par ces auteurs, celle qui sera d’ailleurs retenue pour l’analyse qui suit, un rôle est d’abord un ensemble de comportements effectués par une personne occupant une position donnée dans une organisation. Brunet, Brassard, Corriveau et Pépin (1985, p. 49) ont conceptualisé la notion de rôle à l’aide de différentes définitions : « la dimension interpersonnelle des fonctions dans un poste, un ensemble organisé plus ou moins explicite des comportements et des modes de conduite d’un individu en poste dans une organisation (système social), saisis dans leurs traits essentiels et persistants. » Cette définition rejoint d’ailleurs celle de Kahn et Katz (1978).

Avant d'approfondir les concepts théoriques, il convient de définir les termes associés au concept de rôle. Savoie et Forget (1983) réfèrent au rôle comme étant *les tâches et les fonctions* relevant du poste (ce que la personne a à faire) et du *style* avec lequel ces tâches et fonctions ont à être accomplies (la façon de le faire). On entend par « tâche » l'ensemble des activités de travail similaires nécessaires à son exécution. Savoie et Forget (1983, p. 126) expliquent cette composante par l'exemple suivant : « [...] les activités suivantes font toutes partie de la tâche "préparation de cours" : repérage de la documentation, recension des écrits, élaboration du plan de cours, sélection des documents d'appoint, élaboration du syllabus. » La « fonction », quant à elle, réfère plutôt à un regroupement homogène de tâches. Pour mieux démystifier cette composante, Savoie et Forget (1983, p. 126) donnent l'exemple suivant : « [...] la fonction enseignement est constituée des tâches "préparation de cours", "animation du cours", "évaluation des apprentissages". »

2.1.2 La collaboration interprofessionnelle

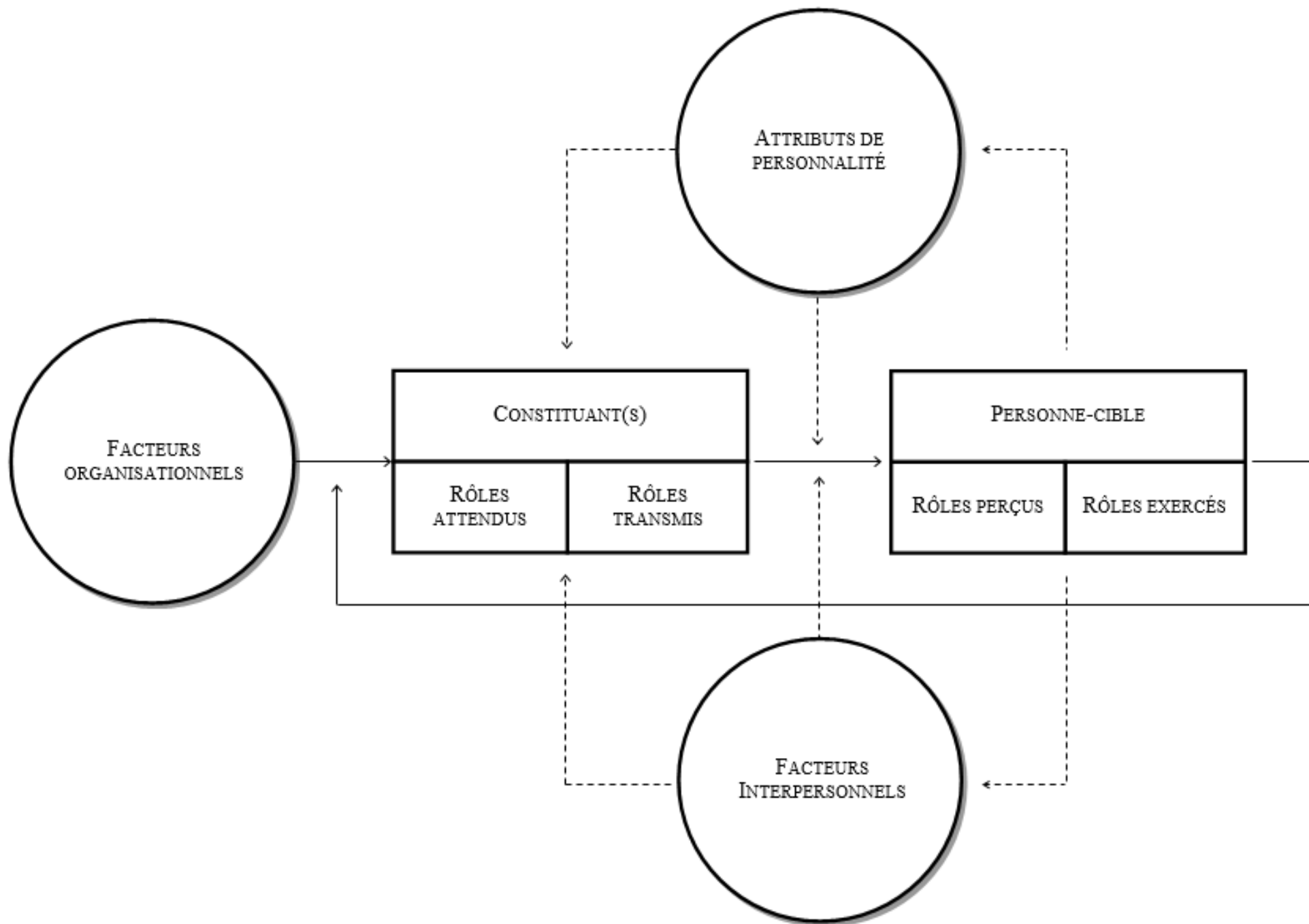
Les composantes du rôle à l'étude étant vécues à l'intérieur d'une organisation, il s'avère pertinent de dégager les dynamiques d'échange établies à l'intérieur de cette organisation afin de mieux comprendre le processus de la prise du rôle. On dénote différentes perspectives théoriques qui peuvent aider à comprendre le phénomène de la collaboration interprofessionnelle. Néanmoins, il semble que la définition qui dégage un certain consensus dans le domaine, et qui sera d'ailleurs retenue pour la présente recherche, est celle qui découle du modèle théorique intitulé *La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient* (FIPCCP) de D'Amour et Oandasan (2005). Le modèle FIPCCP définit la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé comme étant le « lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe » (D'Amour et Oandasan, 2005, p. 13). En d'autres termes, il s'agit du processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté.

Le Référentiel national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme, (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, CPIS, 2010) propose une approche intégrée pour décrire les compétences nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Parmi les domaines de compétences, on retrouve la clarification et la compréhension des rôles et des responsabilités des différents professionnels. Selon le Référentiel national du CPIS (2010), il est question de clarification et de compréhension des rôles quand les professionnels comprennent leur propre rôle et celui des autres intervenants et mettent ce savoir à profit pour établir et atteindre les objectifs de la personne, de ses proches et de la communauté. Les professionnels sont amenés à décrire et comprendre leurs rôles, leur savoir et leurs habiletés en plus de reconnaître la diversité des expertises, des compétences et des responsabilités des autres dans le contexte de leur travail clinique. Chaque professionnel doit reconnaître les zones de chevauchement et les négocier afin d'optimiser pleinement le potentiel de son champ de pratique.

2.2 LA THÉORIE DES RÔLES

La théorie des rôles appliqués au travailleur social permettra notamment de mieux saisir la complexité du concept de la problématique des rôles et de cerner ainsi que d'analyser les tensions découlant des rôles vécus en collaboration interprofessionnelle. La première partie du présent chapitre aborde brièvement la théorie des rôles et les différentes composantes de l'épisode de rôle. La seconde partie présente les différentes formes que les tensions de rôle découlant de l'épisode de rôle peuvent prendre.

Figure 1 : Modèle de rôle de Kahn et al. (1964) traduit dans Savoie et Forget (1983)



2.3.1 L'adoption des rôles à travers les épisodes de rôle

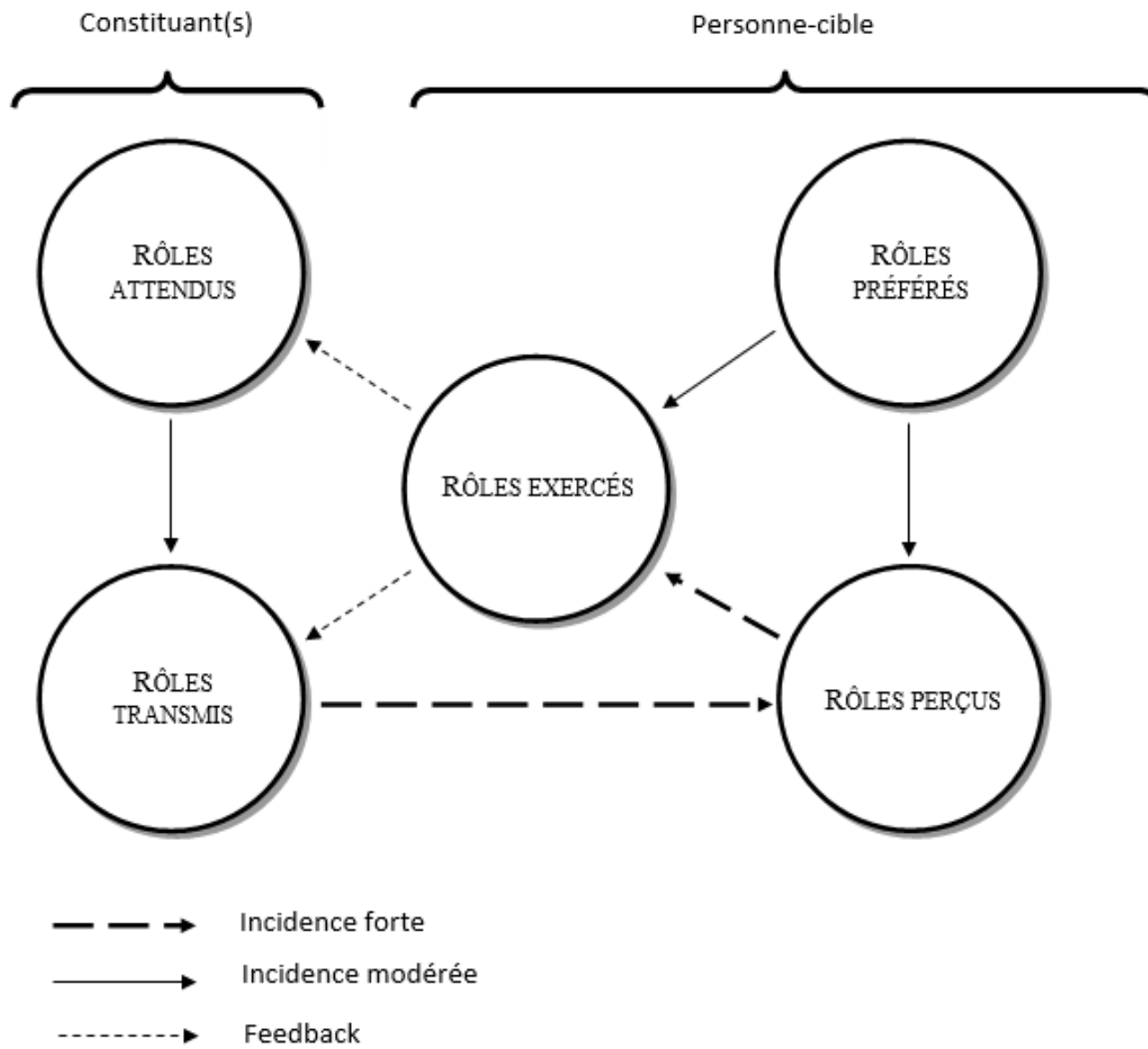
Kahn, Wolfe, Quinn et Snock ont proposé en 1964 un modèle théorique appelé épisode de formation de rôles. Ce modèle permettra de décrire la dynamique des interactions entre le travailleur social (personne-cible) et les membres de l'équipe interprofessionnelle (constituants) lors de l'adoption des rôles au travail. L'épisode de rôle correspond aux relations entre différents groupes de variables lors d'une interaction entre la personne-cible et les autres constituants. Plus précisément, c'est le processus par lequel les attentes de rôle naissent chez les constituants, sont formulées, sont reçues par la personne-cible, le rôle vécu par cette dernière et ce qui en résulte quant aux attentes des constituants (Brunet et al., 1985). Il sera ainsi question des termes « personne-cible » pour désigner le travailleur social et de « constituants » pour nommer les acteurs dans l'organisation. Les constituants sont des personnes qui possèdent essentiellement trois caractéristiques : 1) a un contact avec la personne-cible; 2) a un intérêt dans la performance de la personne-cible; 3) a des attentes concernant la performance de ce dernier.

Dans la nomenclature développée dans le modèle épisodique de rôle de Kahn et Katz, les boîtes rectangulaires de la figure 1, réfèrent aux deux acteurs en interaction, soit la personne-cible et les constituants, à travers lesquels se joue l'essentiel du processus dynamique. En effet, selon Katz et Kahn (1978), l'adoption de rôles au travail s'effectue par l'entremise d'une part, des rôles attendus et transmis par les constituants, et d'autre part, les rôles perçus et exercés par la personne-cible. Les lignes suivantes expliquent le sens exact de chacune des composantes nommées précédemment.

La première composante de l'épisode de rôle est le rôle attendu (Kahn et al., 1964). Il représente les attentes des constituants gravitant autour de la personne-cible issues des normes sur lesquelles ils évalueront la performance de la personne-cible (Savoie et Forget, 1983). Ces attentes sont la plupart du temps implicites, c'est-à-dire non communiquées et peuvent varier d'un constituant à l'autre (Savoie et Forget, 1983). Le rôle transmis, deuxième composante de l'épisode de rôle, évoque non seulement la transmission des attentes exprimées par autrui (Kahn et al., 1964), mais aussi la façon dont les constituants tentent d'influencer la personne-cible afin de la conformer à leurs attentes (Savoie et Forget, 1983). La troisième composante de l'épisode de rôle, soit le rôle perçu, correspond au message reçu par la personne-cible, c'est-à-dire la manière dont elle

l'interprète. Elle perçoit les messages envoyés par les constituants et en détermine les éléments applicables à sa conduite (Savoie et Forget, 1983). Les comportements manifestes et observables adoptés par la personne-cible se traduisent par la quatrième composante de l'épisode de rôle, soit le rôle exercé. De façon générale, les rôles exercés réfèrent aux actions récurrentes de la personne-cible en interaction aux activités elles-mêmes répétitives d'autrui, de sorte qu'il s'ensuit un mode relativement stable et prévisible de comportement (Kahn et al., 1964). Savoie et Forget (1983, p. 147) ont ajouté le rôle préféré en tant que cinquième composante qui représente l'ensemble des attentes propres à la personne-cible, relevant directement de ses besoins, ses aspirations personnelles et ses attentes. Katz et Kahn (1978) proposent également trois groupes de facteurs pouvant influencer les problématiques de rôle : personnels, relationnels et organisationnels. Les caractéristiques personnelles, qu'elles soient objectives, subjectives ou liées au contexte, s'apparent notamment à l'âge, au sexe, aux traits de personnalité et à l'ancienneté. Les caractéristiques interpersonnelles rassemblent entre autres le fonctionnement du groupe, la communication et le comportement du leader alors que les caractéristiques organisationnelles regroupent par exemple le niveau hiérarchique, la participation au processus décisionnel et les caractéristiques de la tâche. Dans la figure 1, les interactions entre ces composantes se dessinent à l'aide de flèches pleines, par lesquels on présume une influence causale (Savoie et Forget, 1983). Ces composantes sont également résumées à l'aide du modèle phénoménologique des rôles de Savoie et Forget (1983) présenté à la figure 2.

Figure 2 : Modèle phénoménologique des rôles tiré de Savoie et Forget (1984)



CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre expose la démarche méthodologique poursuivie afin de rencontrer les objectifs de la recherche. Une première section rappelle la visée de la recherche pour ensuite aborder l'approche privilégiée, soit la méthodologie qualitative. Par la suite, on retrouve le devis ainsi que la nature de la recherche menée, c'est-à-dire exploratoire. Dans une seconde section, on présente les spécificités ayant trait au recrutement des participants, soit le choix de la population à l'étude, les critères d'inclusion, les méthodes et techniques d'échantillonnage et les instruments de collecte de données. L'opérationnalisation des concepts et les stratégies d'analyse des résultats et seront ensuite expliquées. Enfin, ce chapitre se conclut sur les considérations éthiques relatives à la présente recherche.

3.1 LA VISÉE DE LA RECHERCHE

Rappelons ici que deux objectifs sont poursuivis dans le présent mémoire : mieux comprendre la perception des travailleurs sociaux de leurs rôles et les défis que sous-tendent ces rôles en collaboration interprofessionnelle et identifier des rôles incarnés par le travailleur social qui concernent spécifiquement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée. Ainsi, la question de recherche se formule comme suit : comment les travailleurs sociaux en collaboration interprofessionnelle perçoivent-ils leur rôle spécifique auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée et quels en sont les défis?

3.2 APPROCHE PRIVILÉGIÉE ET TYPE DE RECHERCHE

La présente recherche est enracinée dans une perspective constructiviste puisque l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes. Le postulat correspondant à cette perspective est que les personnes construisent leur réalité à partir du sens qu'elles donnent aux situations. Par ailleurs, la diversité des perceptions subjectives d'un même phénomène prédomine dans la perspective constructiviste (Turcotte, 2000). À l'instar de plusieurs études recensées et considérant

la perspective empruntée ainsi que les objectifs du mémoire, la présente recherche s'avère de nature exploratoire et préconise une perspective méthodologique qualitative. D'abord, la recherche proposée s'inscrit dans une démarche de nature exploratoire puisqu'elle s'intéresse à un sujet peu abordé jusqu'à présent au Québec. À cet effet, la recension des écrits n'a pas permis suffisamment d'identifier les perceptions des travailleurs sociaux dans les équipes de soins à l'égard de leur propre rôle auprès des personnes âgées. Ainsi, en considérant le niveau d'avancement des connaissances dans ce domaine, et le fait que peu de recherches aient exploré ce phénomène, la recherche qualitative semble être indiquée. En effet, les données qualitatives constituent une stratégie efficace pour découvrir et explorer un nouveau domaine (Miles, Huberman, & Bonniol, 2003). L'angle donné à la question a aussi influencé le choix de la méthode puisque ce sont les perceptions du rôle qui sont étudiées. La compréhension du rôle des travailleurs sociaux à travers leur perspective et sur la manière dont ils l'expriment suggère une méthodologie qualitative principalement (Creswell, 2009). Ensuite, cette approche est favorisée en raison des autres avantages qu'elle procure par rapport à l'exploration du sujet. Les méthodes qualitatives permettent notamment de produire des descriptions élaborées ancrées dans un contexte réel du fait que les données qualitatives possèdent une richesse et un caractère englobant (Miles et al., 2003). Elles permettent également « d'explorer plus en profondeur et d'une façon plus détaillée le phénomène puisque les données ne sont pas délimitées par des catégories d'analyse prédéterminées » (Turcotte, 2000, p. 57).

3.3 POPULATION À L'ÉTUDE

Les travailleurs sociaux intervenant dans les équipes de soins interprofessionnelles auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée sur le territoire de la province de Québec constituent la population à l'étude. Au moment de la cueillette de données, on dénombrait seulement 41 travailleurs sociaux intervenants auprès des personnes âgées dans les CHSLD. Il s'agit d'ailleurs du principal motif pour lequel le recrutement a été effectué dans plus d'une région administrative.

3.4 MÉTHODES ET TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon a été constitué selon la méthode non probabiliste puisqu'un échantillonnage aléatoire pour un faible nombre de cas peut s'avérer hautement biaisé (Miles et al., 2003). Premièrement, la technique « boule de neige » a été utilisée afin de recruter les premiers participants. Bien que les travailleurs sociaux jouissent d'une visibilité sociale relativement élevée, l'accès à cette population s'avère difficile en raison de leur dispersion à travers les différentes institutions sur le territoire. Cette technique devient alors très utile pour accéder à ce type de population (Biernacki & Waldorf, 1981). Grâce à une personne-ressource, le chercheur trouve l'accès au prochain participant, procédant ainsi par contacts successifs. Dans la présente étude, la directrice de recherche, l'informatrice de départ, a mentionné le projet à deux travailleuses sociales qu'elle connaît et qui correspondent aux critères de recherche. Ces dernières ont été invitées à joindre l'étudiante si elles désiraient participer ou encore parler du projet à d'autres personnes correspondant aux critères dans leur entourage.

Deuxièmement, l'échantillon a été formé de volontaires sollicités à l'aide d'une annonce de recrutement distribuée par courriel via la liste d'envoi de l'OTSTCFQ. Un premier contact a été établi auprès de l'OTSTCFQ, qui une fois le projet approuvé par le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche à l'Université Laval, a soumis ce projet à la directrice générale pour une approbation. Concernant les envois, il fut possible de procéder par région et par type de clientèle. Il n'y avait pas de critères d'exclusion spécifiques et les critères d'inclusion à l'étude pour les travailleurs sociaux recherchés étaient les suivants :

- Région : Mauricie, Estrie, Laval, Montréal, Capitale nationale
- Langue parlée : français
- Clientèle desservie : personnes âgées
- Champ de pratique : gérontologie-gériatrie
- Fonction : praticien, praticien-superviseur

3.5 INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Des données sociodémographiques permettant de décrire l'échantillon ont été recueillies (Annexe A). Ce questionnaire visait également à établir des comparaisons entre les informations identificatoires et les données qualitatives recueillies.

L'entrevue semi-dirigée constitue la méthode principale de collecte de donnée. L'une des faiblesses de cette méthode est qu'il peut y avoir une différence importante entre les rôles mentionnés par le travailleur social et les rôles incarnés dans la réalité. Toutefois, elle permet d'aller en profondeur dans le discours du participant et lui laisser une certaine latitude dans les réponses. L'entrevue semi-dirigée s'avère pertinente pour recueillir à la fois des informations précises sur des thèmes spécifiques et des données imprévues propres à chaque participant (Mayer & Saint-Jacques, 2000). Les entrevues semi-dirigées auprès des participants ont été tenues sur une seule séance d'une durée variant entre 60 et 90 minutes. Les questions générales et spécifiques se retrouvent dans le guide d'entrevue (Annexe B) et sont basées sur des thèmes identifiés à partir de la recension des écrits, comme la perception de son rôle de travailleur social auprès de la personne et de sa famille et la collaboration avec les autres professionnels. Le participant a lui-même déterminé l'endroit et le moment pour l'entrevue. Le nombre de participant à l'étude est guidé par le critère de la représentativité et de la saturation théorique développé par Glaser et Strauss (1967). Le nombre exact de participants recrutés est de dix.

3.6 OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS

L'opérationnalisation des concepts est un aspect important du processus de recherche qui consiste à définir un phénomène de manière à pouvoir l'observer et le mesurer (Lessard-Hébert, Boutin et Goyette, 1995). En effet, afin d'appréhender un concept plus abstrait qui ne peut pas être observé directement comme la perception du rôle, il faut clairement identifier et définir les concepts observables de la question de recherche. Il sera par la suite possible d'établir des indicateurs et construire la grille d'entretien, formuler et agencer les questions. Ce processus permettra de mesurer les concepts théoriques et éventuellement générer des interprétations généralisables à la population à l'étude le cas échéant. On retrouve au Tableau 1, l'opérationnalisation des concepts effectuée pour la présente recherche.

Tableau 1. Opérationnalisation des concepts

Concepts	Dimensions	Catégories- indicateurs (Questions)
Perçu par le travailleur social lui- même	Auprès des clients	Q.1.1, Q.1.2, Q.1.5
		Q.1.4
	Auprès des familles	Q.3.1, Q.3.4
Le rôle du travailleur social auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée	En collaboration interprofessionnelle	Q.3.2, Q.3.3, Q.3.5
		Q.2.1
	Perçu par les autres professionnels	Q.2.2
	Perçu par la personne âgée	
	Perçu par la famille	
La collaboration interprofessionnelle	Multidisciplinaire, interprofessionnelle et transdisciplinaire	Q.3
	Enchevêtrement des rôles/distinctions des rôles	

3.7 TYPE D'ANALYSE

Les données recueillies du questionnaire de données sociodémographiques ont fait l'objet d'une analyse descriptive afin d'établir le profil des participants et les liens entre les réponses. Les données de l'entrevue semi-dirigée ont été traitées selon la technique de l'analyse de contenu qualitative qui consiste à « classer ou à codifier les divers éléments d'un message dans des catégories afin de mieux en faire apparaître le sens » (Mayer & Deslauriers, 2000, p. 161). Wanlin (2007) suggère que les étapes de cette méthode s'organisent essentiellement autour de trois phases chronologiques : la préanalyse, l'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation. Dans un premier temps, une fois le contenu des entrevues transcrit,

une préanalyse a eu lieu, soit une lecture flottante qui consiste à effectuer plusieurs lectures du verbatim pour tenter de bien saisir leur message apparent (Savoie-Zajc, 2000). Il s'agit plus précisément de laisser venir à soi les impressions et certaines orientations pour une classification ultérieure des thèmes, de délimiter le champ d'investigation et de construire l'objet de la recherche (Savoie-Zajc, 2000). Par la suite, chacun des extraits a été analysé distinctement afin de leur attribuer en marge le thème qu'il reflète. Suite à cette codification, les phrases thématiques dont les thèmes se trouvent apparentés ont été placées dans un tableau afin de les regrouper. Des catégories plus larges ont été dégagées et un tableau conceptuel hiérarchique s'est progressivement mis en place, le contenu des entrevues subséquentes a été graduellement intégré aux catégories identifiées (Savoie-Zajc, 2000). Le traitement manuel des données à l'aide du logiciel Excel a été privilégié plutôt que le recours à un logiciel d'analyse qualitative tel que NVivo ou Lexica. Bien que leur utilisation permette d'augmenter la vitesse d'analyse et de soutenir les moments de codage et de traitement des données, aucun logiciel ne peut interpréter les données et il leur est impossible de dépasser les idées et la créativité des prises de conscience du chercheur (Wanlin, 2007).

L'analyse de contenu, comme toute autre méthode d'analyse qualitative, comporte des forces et des limites. Cette technique permet de livrer des interprétations riches et de s'approcher d'une façon rigoureuse des manières de penser et de faire des travailleurs sociaux qui seront interrogés (Mayer & Deslauriers, 2000). Concernant les limites, il est à noter que cette méthode requiert du temps et de l'énergie. Par la suite, le chercheur doit être conscient que les résultats demeurent le fruit d'une interprétation subjective construite dans l'interaction du chercheur et des données. De plus, les résultats témoigneront de la perception des travailleurs sociaux et non de la réalité et ne permettront jamais de restituer toutes les significations (Dépelteau, 2010; Mayer & Deslauriers, 2000). Le chercheur doit être également vigilant quant à ses propres valeurs et préjugés afin d'éviter de corroborer à tout prix ses aprioris (Dépelteau, 2010).

3.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Afin de respecter la dignité, le bien-être et les droits des participants à l'étude, les normes en vigueur concernant les procédures de recrutement, de participation et de gestion des données ont été respectées. Dans un premier temps, afin de s'assurer de sa conformité sur le plan éthique, la

présente recherche a fait l'objet d'une demande d'approbation auprès du Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche à l'Université Laval et du Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Le projet de recherche a été jugé conforme et a obtenu deux certificats d'approbation éthique (projet 2013-133 / projet 2013-2014-15).

Avant de commencer l'enregistrement de l'entrevue, un formulaire de consentement a été signé par le participant. Afin d'assurer la confidentialité des données recueillies, les enregistrements audio seront effacés lorsque le mémoire sera terminé. Puis, chaque participant s'est vu attribuer un code numérique utilisé pour l'identifier dans les analyses. Les noms et les lieux nommés par les participants ont été remplacés par des noms fictifs ou simplement enlevés dans les transcriptions. Les informations nominatives ont été conservées dans un fichier informatique distinct des transcriptions. Pour accéder à ces fichiers informatiques, un mot de passe était nécessaire. Enfin, tous les fichiers informatiques et les documents papiers seront détruits au plus tard cinq ans après la fin du mémoire.

Pour les travailleurs sociaux, la participation à l'étude pouvait occasionner de la fatigue. Toutefois, aucun des participants n'a nommé cette conséquence en lien avec sa participation. Puis, de par la nature de leur travail, le fait de raconter leur expérience peut susciter des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables chez les participants. En effet, les travailleurs sociaux intervenant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie connexe se retrouvent confronter à des personnes très vulnérables envers lesquelles un sentiment d'impuissance peut surgir notamment en raison du caractère inévitable et dégénératif de la maladie. De plus, certains défis organisationnels, dont le manque de lits en CHLSD, s'ajoute au quotidien des travailleurs sociaux. L'étudiante-chercheuse avait à sa disposition des informations sur le programme d'aide aux employés afin de soutenir les participants si le besoin s'en était fait sentir. Cependant, aucun participant n'a manifesté de l'intérêt envers cette mesure et tous les participants connaissaient déjà son existence.

CHAPITRE IV – RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus suite à l'interprétation des discours participants à l'étude, soit des travailleurs sociaux œuvrant auprès des aînés. Il est structuré de manière à d'abord tracer le portrait des participants, puis à détailler ensuite les principaux résultats obtenus sur chacun des thèmes abordés dans les entrevues. Le rôle du travailleur social en collaboration interprofessionnelle auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est ainsi présenté par une série de thèmes et de catégories qui relèvent entièrement de l'analyse qualitative des données issues des entrevues individuelles. Dans le souci de préserver leur identité, les participants seront identifiés par la lettre P associée d'un numéro de 1 à 10. Il est également à noter que le genre masculin est utilisé comme générique afin d'éviter de reconnaître les personnes ayant participé à l'étude. De plus, dans l'optique d'éviter le croisement des informations, les caractéristiques sociodémographiques de chaque participant seront présentées sous forme de synthèse au Tableau 2.

4.1 LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

Dix participants ont été rencontrés dont l'un d'entre eux était accompagné d'un autre travailleur social qui effectuait un stage de perfectionnement. Ce stagiaire ne se retrouve pas dans les données sociodémographiques bien qu'il ait activement participé à l'entrevue. À l'exception d'un seul participant, les travailleurs sociaux étaient tous des femmes et avaient en moyenne 43 ans. Concernant le niveau de scolarité, un seul travailleur social avait complété un diplôme de 2^e cycle et un second était en voie de l'obtenir. Les huit autres possèdent donc un diplôme universitaire de 1^{er} cycle. Les participants détiennent le titre professionnel de travailleur social depuis en moyenne 13 ans. La majorité des participants ont antérieurement occupé un emploi dans un autre milieu de travail et ont intervenu auprès d'autres types de clientèle. Ainsi, le nombre moyen d'années d'expérience dans leur milieu de travail actuel est de huit ans. Les participants interviewés étaient affectés à trois types d'établissement différents : deux en CH, deux en CLSC et six en CHSLD.

Tableau 2 : Synthèse des caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.

	Femme	9
	Homme	1
	Âge moyen	43 ans
	Scolarité moyenne	1 ^{er} cycle universitaire
Milieux de travail	CH	2
	CHSLD	6
	CLSC	2
Expérience moyenne à leur lieu actuel de travail		8 ans

Chaque cheminement professionnel est unique et riche en expérience, et ce, davantage de ce que les données précédentes laissent entrevoir. En effet, certains ont débuté leur carrière en tant que technicien en travail social et ont complété quelques années plus tard leur baccalauréat. D'autres n'acquittaient pas leur cotisation à l'OPTSTCFQ et remplissaient leur rôle de travailleur social sous un autre titre professionnel (ex. : agent d'intervention). Ils le sont devenus plus tard en raison d'une obligation légale ou à la demande de l'établissement. Ces diversités dans les situations personnelles portaient à confusion dans le questionnaire sociodémographique en ce qui concerne la question « depuis quand êtes-vous travailleur social? ». Certains ont répondu depuis qu'ils ont terminé leurs études en service social et d'autres depuis qu'ils sont devenus officiellement membre de l'OPTSTCFQ. En outre, certains travaillent simultanément dans plus d'un type d'établissement. Par exemple, un participant peut être affecté au programme de soutien à domicile au CLSC trois jours par semaine et deux autres jours en CHSLD. Ces dernières informations peuvent donc influencer les réponses aux questions de l'entrevue semi-dirigée. Effectivement, un participant ayant été à l'emploi de plus d'un type d'établissement sera susceptible d'établir des comparaisons entre les milieux.

Par ailleurs, il est important de constater que l'expérience des travailleurs sociaux intervenant au sein d'une équipe interprofessionnelle n'est pas homogène, elle varie d'un établissement à l'autre. En effet, on attribue habituellement l'appellation « gestionnaire de cas » au travailleur social qui intervient au programme de soutien à domicile au CLSC. Cette fonction diffère quelque peu de

celle rapportée en CHSLD, mais ressemble à celle que l'on retrouve en CH. L'un des participants intervenant en CLSC définit ce rôle de gestionnaire de cas en le comparant à un rôle d'intervenant pivot dont la fonction principale est de mobiliser les ressources en vertu des besoins exprimés : « [le gestionnaire de cas est un] intervenant pivot entre plusieurs services, entre plusieurs secteurs [...] mon champ de pratique n'est pas nécessairement de faire du psychosocial au sens de faire de l'écoute ou tout ça dans un but d'améliorer la situation de la personne, c'est vraiment d'attribuer des services. » (P9). Le rôle de gestionnaire de cas est donc perçu comme étant un rôle orienté vers des objectifs administratifs, comme mettre en place des services et assurer leur coordination, plutôt que cliniques, comme l'intervention psychosociale. Les thèmes qui seront abordés ici sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Synthèse des thèmes et sous-thèmes ressortis des entrevues individuelles semi-dirigées

1- L'ambiguïté de rôle	
2- Les tâches associées au rôle du travailleur social	<p>Le soutien aux équipes interprofessionnelles</p> <p>La défense des droits des personnes âgées</p> <p>Les tâches administratives</p> <p>L'intervention psychosociale</p>
3- La perception de la personne atteinte et de sa famille du rôle du travailleur social	
4- Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle	<p>La perception et la compréhension du rôle du travailleur social par les autres professionnels</p> <p>Le contexte législatif</p> <p>La représentativité et la disponibilité du travail social au sein de l'équipe</p> <p>Le chevauchement de rôle</p>

4.2 L'AMBIGÜITÉ DE RÔLE

Pour répondre à la question de recherche, il s'avérait fondamental de saisir la perception générale des travailleurs sociaux de leur rôle. Il semble pertinent de tenir compte du sens que le travailleur social accorde à sa réalité, à ses conditions de pratique et à son rôle. D'ailleurs, c'est à travers la perception de son rôle que sont vécues les différentes composantes. Le premier thème ressorti de l'analyse est que le rôle n'est pas, dans tous les cas, clairement défini. Ce manque de clarté est d'ailleurs confirmé par le fait qu'au moment des entrevues, six milieux procédaient justement à la création ou à la révision de l'offre de service, comme le mentionne ce participant : « C'est assez compliqué parce qu'en CHSLD, il [le rôle] n'était même pas clair pour mes boss (rires). Mais ils étaient en train depuis un bout d'essayer de faire un guide de c'est quoi le rôle de la T.S., d'essayer de préciser, mais ce n'était pas fini quand je suis partie. » (P10). En conséquence, les travailleurs sociaux ont parfois de la difficulté à cerner les attentes du milieu eu égard à leur rôle. Il en résulte une préoccupation et un questionnement quant aux activités qu'ils doivent réaliser et lesquelles devraient leur incomber en premier lieu. L'ambiguïté du rôle du travailleur social devient ainsi un obstacle à son optimisation.

4.3 LES TÂCHES ASSOCIÉES AU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL

En dépit du fait que le rôle soit peu défini, sa description passe souvent par la nomenclature des tâches qui y sont associées. Cette section des résultats aborde ainsi les tâches effectuées en milieu de travail soulevées par les participants. Bien qu'il existe certaines particularités quant aux tâches à accomplir selon le type d'établissement (CHSLD, CH ou CLSC), celles mentionnées demeurent constantes d'un milieu à l'autre. Elles différeront toutefois en termes de temps accordé ou de récurrence. On retrouve cinq grandes catégories de tâches que le travailleur social est amené à accomplir, soit le soutien aux équipes interprofessionnelles, le soutien aux familles, la défense des droits de la personne atteinte, les tâches administratives et l'intervention psychosociale.

4.3.1 Le soutien aux équipes interprofessionnelles

L'équipe interprofessionnelle constitue le contexte clinique dans lequel les travailleurs sociaux exercent leur rôle. D'abord, tous les participants interviewés mentionnent que l'une de leur fonction est le soutien aux équipes interprofessionnelles. Ce soutien peut prendre deux formes distinctes. La première concerne l'enseignement auprès de l'équipe quant aux particularités de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ainsi qu'aux interventions à privilégier pour y faire face. La seconde consiste à faciliter les interventions menées par les autres professionnels auprès des familles perçues comme étant non-collaborantes ou qui présentent des situations plus complexes, comme lorsqu'il y a présence de conflits intrafamiliaux.

Dans un premier temps, certains symptômes comportementaux présents chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée peuvent faire obstacle aux soins. Cela demande à l'équipe de soins, notamment les préposées aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et les infirmières, d'adopter une approche différente de celle habituellement utilisée. Comme le mentionne un participant, les équipes de soins ne sont pas toujours confortables à intervenir auprès de personnes qui présentent des résistances envers les soins qui leur sont octroyés. Certains membres de l'équipe de soins ont d'ailleurs vécu l'évolution de la clientèle hébergée en CHSLD qui se caractérise depuis les dernières années par une présence plus accrue de déficits cognitifs. Ils peuvent ainsi être moins à l'aise avec les multiples difficultés liées à la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, puisqu'il y a quelques années, les personnes se retrouvant en centre d'hébergement étaient en effet davantage alitées pour des problèmes d'ordre physiologique. Dans ces circonstances, les travailleurs sociaux vont les soutenir dans les attitudes à adopter envers la personne atteinte, surtout en présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), souvent appelés « troubles de comportement » par les professionnels. Ils vont également aider à démystifier et dédramatiser la maladie auprès des membres de l'équipe : « On a un autre monsieur qui a une démence à corps de Lewy. Ça a fait peur à beaucoup de monde avant même qu'il soit admis chez nous. On a fait des réunions, on a donné des documents, on a fait du modeling avec les quarts de travail, soir, nuit, jour, on est resté sur les unités. » (P1).

Les participants à l'étude ont également tous nommé dans la description de leur rôle celui de soutien aux équipes lorsque les familles sont perçues comme étant des familles qui ne collaborent

pas. Ce sont des familles qui questionnent les façons de faire ou qui insistent pour obtenir certains soins. Parfois, certaines problématiques vécues par la personne atteinte occasionnent des changements notamment dans la médication, le type d'approche utilisée ou encore les heures de soins. Les familles ne comprennent pas nécessairement le bienfondé de ces décisions et, parfois, s'y opposent. Une dynamique conflictuelle s'installe alors entre le personnel soignant et la famille. Le travailleur social met alors en lumière différentes causes du comportement de la famille afin de relativiser, voire normaliser la situation :

P3 : La famille a besoin d'une mise au point, vous avez de la difficulté avec cette famille alors que peut-être que ce serait une famille collaborante. Elle résiste parce qu'elle ne sait pas, elle n'est pas informée, c'est de l'inconnu, elle se demande pourquoi vous voulez pu faire si, ou pourquoi sa maman mange en purée. Tu vois [que] ça n'a juste pas été expliqué.

Le travailleur social agit alors à titre de médiateur entre l'équipe interprofessionnelle et la famille en favorisant le partenariat et la communication entre les deux parties. Il soutient les autres membres de l'équipe dans la création de leur propre collaboration avec la famille. Il partage son expertise au sein de l'équipe quant aux attitudes à adopter envers la famille et quant à ses particularités. Par la suite, il explique et dénoue les conflits de valeur que les membres de l'équipe peuvent entretenir à l'égard de la famille s'il y a lieu : « [...] faire cheminer l'équipe, de dire, ils [les membres de la famille] arrivent avec leur valise, avec leur histoire, ils arrivent avec leur culture et même si des fois on est choqué par certains commentaires ou par certaines écoles de pensée, il faut accepter qu'ils communiquent de cette façon-là. » (P2). Ainsi, dans le cadre de son soutien à l'équipe interprofessionnelle, le travailleur social agit comme enseignant, facilitateur et médiateur entre l'équipe et les familles.

4.3.2 La défense des droits de la personne âgée

Au cours des entrevues, tous les participants ont mentionné que leur rôle consiste à défendre et à promouvoir les droits et les intérêts de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ce rôle, nommé dans la littérature *advocacy*, fait partie des pratiques d'*empowerment* et constitue l'aspect central de la pratique quotidienne des travailleurs sociaux.

En fait, les participants expriment que cette fonction est ni plus ni moins l'une des raisons d'être du travailleur social au sein de l'équipe interprofessionnelle. Certaines situations identifiées par les participants sont plus propices à l'expression de ce rôle. On retrouve ainsi plus précisément les situations qui touchent la gestion des mesures de contrôle, principalement l'isolement et les contentions physiques; la protection du droit au consentement aux soins ainsi qu'à l'accès à des services de qualité; et, enfin, l'intervention d'accompagnement ou de protection en situation de maltraitance d'un aîné par un proche de la personne atteinte.

Concernant la gestion des mesures de contrôle, le travailleur social propose des repères à l'équipe interprofessionnelle pour aider à la prise de décision : « [...] on est impliqué ou on essaye de l'être si on ne l'a pas été : Pourquoi la contention a été mise? Quelle mesure a été faite avant, une mesure de remplacement? Quelle approche a été modifiée par le professionnel, le personnel? Chose qui n'a pas été faite nécessairement. » (P2). Par ses interventions auprès de l'équipe, le travailleur social vise à diminuer l'utilisation des contentions et favoriser des approches qui ne portent pas atteintes à l'intégrité de la personne âgée. Il exerce également un rôle critique envers ces mesures en questionnant les pratiques actuelles du milieu : « Elle (l'infirmière) a décidé ça, elle a mis ça dans la porte, elle a pris une espèce de bande élastique [...] parce qu'elle ne voulait pas que madame sorte. Ça fait quoi qu'elle sorte, t'sais c'est ça l'affaire, ça fait quoi qu'elle sorte? » (P2).

Le travailleur social protège également le droit au consentement aux soins de la personne atteinte et le droit d'avoir accès à des services de qualité. Comme le remarque l'un des participants, les équipes soignantes sont parfois moins familières avec le consentement aux soins lorsqu'une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Par conséquent, il y a le rôle d'enseignement auprès de l'équipe interprofessionnelle qui ne se résume pas à la maladie ou aux comportements comme mentionné précédemment, mais qui renvoie aux droits et intérêts de la personne âgée. Lorsque le travailleur social perçoit une situation où le droit au consentement de la personne atteinte est brimé, il intervient auprès de l'équipe, comme l'explique ce participant :

P2 : Une personne dysphagique qui veut manger du St-Hubert BBQ, mais que le reste de l'équipe trouve que ça tellement pas de bon sens, [car] elle va mourir. On lui explique c'est quoi les conséquences, on leur dit, oui, c'est vrai qu'il y a des risques, mais elle les comprend et elle est toujours apte à dire *oui je veux* ou *non je ne veux pas*. Faut respecter ça, même si ça vient nous chercher, ça nous choque, on n'a pas le choix de respecter ça.

Bien que ce rôle vise à protéger les droits, les choix, les valeurs et les intérêts de la personne âgée atteinte, il vise aussi à préserver son autonomie résiduelle et à améliorer ses conditions de vie en contrant les obstacles à l'accès aux services :

P1 : Ils [les membres de l'équipe de soins] ne sont plus capables de lever le monsieur pour les activités. La conjointe réagit, ça pas de bon sens et elle a raison. Fait que là ce qu'on nous dit c'est : « mais c'est parce que le monsieur est dément » ouin pis? C'est pas parce qu'on est dément, qu'on n'a pas le droit de participer aux activités [...]. Fait qu'il a fallu vraiment peser fort pour dire, il a des droits et il ne faut pas diminuer ses droits parce qu'il est rendu avec un déficit cognitif important.

La protection des droits implique également la notion de la protection des biens et de la personne. Ainsi, le travailleur social doit être vigilant face aux situations à risque de maltraitance envers la personne atteinte pour pouvoir les prévenir, comme lorsque la personne atteinte est victime de maltraitance par un proche, comme l'abus financier par exemple. Le rôle du travailleur social consiste alors à repérer, documenter et signaler la situation auprès de l'équipe pour y mettre fin. Lorsque c'est possible, le travailleur social rencontre également la personne à l'origine des abus, notamment dans les cas d'exploitation financière. Enfin, le travailleur social s'occupera de mieux encadrer les contacts, s'il y a lieu, puisque l'abuseur est souvent un proche significatif pour la personne atteinte.

Défendre les droits des personnes âgées, d'autant plus lorsqu'elles sont vulnérables, est louable et normal pour des travailleurs sociaux. En revanche, cela peut être mal perçu par d'autres intervenants : « [pour] les infirmières, on est comme tannant, parce qu'on met des bâtons dans les roues et on n'amène pas toujours des solutions qui leur conviennent. Donc, des fois j'ai l'impression qu'elles essayent (rires) de camoufler leur requête ou leur problème (rires). » (P2). Un autre participant explique en ce sens qu'il est parfois préférable d'éviter de recadrer régulièrement les infirmières. Il s'agit de reconnaître les risques de conflit interprofessionnel et de les prévenir afin de sauvegarder le lien de confiance et conserver la collaboration nécessaire au travail interprofessionnelle.

4.3.3 Les tâches administratives

L'un des thèmes régulièrement évoqués par les travailleurs sociaux en entrevue concerne leur perception à l'égard de l'augmentation des tâches administratives. Ces tâches n'impliquent généralement pas ou peu de contact direct avec la personne atteinte ou sa famille. À titre d'exemple, certaines interventions nécessitent l'expertise d'un travailleur social, comme lorsqu'il s'agit d'évaluer l'incapacité des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les mesures de protection des majeurs incapables nécessitent de procéder à l'ouverture ou à la révision d'un régime de protection et à l'homologation d'un mandat en prévision de l'incapacité. Le travailleur social est alors amené à se prononcer à travers une évaluation psychosociale sur l'aptitude et le besoin de protection ainsi que sur la représentation du majeur. Cette activité peut représenter une tâche considérable : « Un régime de protection, on calcule entre 10 et 15 heures pour le produire. Fait que si je suis ici 7 heures par semaine, ce n'est pas la moitié de mon temps, mais quasiment. Un par mois j'exagère peut-être. Peut-être un par mois et demi aux alentours de ça. Le quart, le tiers du temps est consacré à ça. » (P2). Sans doute en raison du fait que l'évaluation psychosociale en contexte de protection des majeurs incapables est un acte réservé aux travailleurs sociaux, et qu'en conséquence, aucun autre professionnel n'est autorisé à le faire, on constate une tendance de certaines organisations à confiner le travailleur social à cette tâche au détriment de ses autres fonctions, telles que l'intervention psychosociale.

À cette tâche administrative s'ajoute la rédaction des demandes d'hébergement et le traitement des demandes de relocalisation à l'aide de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) qui représente aussi beaucoup de temps de travail : « Des demandes de relocalisation ça c'est une tâche assez administrative qui nous demande quand même beaucoup de temps, qui n'est pas attribué nécessairement, qui n'est pas dédié seulement aux travailleurs sociaux, mais en hébergement c'est nous qui le faisons. » (P3). On compte également les notes évolutives à consigner dans les dossiers et d'autres tâches disparates ne relevant pas de l'expertise du travailleur social, comme les demandes de transport adapté ou de changement d'adresse. Les participants à l'étude ont souhaité une meilleure répartition du temps de travail au profit de l'intervention psychosociale. Toutefois, l'un des participants témoigne de l'évolution du rôle et constate plutôt une mouvance et une évolution du poste vers un rôle d'évaluation plutôt que d'intervention clinique :

P6 : [...] moi je pense qu'on s'en va beaucoup vers, on va chercher l'information de plein d'autres professionnels, on les réunit et on les met sur le rapport. Quand on fait un régime de protection, c'est la même chose. Un peu moins proche du résident, un peu moins proche encore des familles aussi, moins supportant. Le suivi psychosocial là, de moins en moins.

Bien que ces tâches créent parfois une insatisfaction chez les travailleurs sociaux, un participant révèle qu'elles ont l'avantage de délimiter et clarifier leur rôle auprès des autres membres de l'équipe interprofessionnelle. Elles sont davantage précises et identifiables par les autres intervenants, car elles sont visibles et aboutissent sur une action concrète.

4.3.4 L'intervention psychosociale

L'intervention psychosociale est considérée par le travailleur social comme étant sa fonction la plus importante. Ses interventions, le plus souvent individuelles ou familiales, reposent sur le contact social et impliquent une forme d'accompagnement et de soutien de la personne atteinte et de sa famille tout long de l'évolution de la maladie et de sa vie en milieu d'hébergement. Ce rôle englobe plusieurs fonctions, telles que :

P2 : Je ne les nommerais pas toutes, mais t'sais par exemple trouble de comportement, difficultés d'adaptation, période de deuil, anxiété, tout ça. Ça, c'est plus quand je marque suivi psychosocial ça va être dans ces termes-là. Évaluation du risque, de l'urgence suicidaire, des idéations suicidaires suivi qui va s'en suivre si nécessaire, psychosocial.

De façon générale, les travailleurs sociaux sont amenés à intervenir et soutenir les familles au cours d'un processus particulièrement douloureux : l'accompagnement dans la maladie et l'hébergement de leur proche. Ces familles vivent plusieurs émotions telles que la culpabilité, de l'impuissance et le sentiment de trahison envers la personne atteinte. Certaines d'entre elles s'occupaient depuis plusieurs années de leur proche à domicile. Elles ont parfois promis à la personne de ne jamais recourir à l'hébergement et se sentent dès lors inadéquates de ne pas avoir pu tenir cette promesse. L'admission en centre d'hébergement devient alors un moment propice au travailleurs social pour accompagner la famille : « Au niveau du support qu'on peut apporter aux familles, qu'elles soient problématique ou non, je pense que c'est un malaise quand même (l'hébergement en CHSLD)

qu'elles ont, fait qu'on est là plus présent pour eux, pour les familles. » (P5). Les familles peuvent être également anxieuses et inquiètes dans ce processus de transition : elles surveillent notamment si le personnel soignant mobilise et déplace leur proche comme elles le faisaient. Le travailleur social doit les aider à faire confiance au personnel et à établir le lien de confiance nécessaire à une plus grande assurance que leur proche reçoive des soins de qualité. Il aide à maintenir la liaison avec l'équipe interprofessionnelle, ce que les travailleurs sociaux désignent comme étant le rôle de médiateur tel que mentionné précédemment.

Une seconde occasion d'offrir un suivi psychosocial survient lorsque la maladie évolue. En effet, un participant explique qu'il accompagne la famille qui traverse une certaine période de deuil avec l'évolution de la maladie : « Auprès de la famille c'est beaucoup d'accompagnement je te dirais dans les deuils, les pertes. Ton père, tu l'as connu d'une façon, ça se détériore, avec le temps il ne te reconnaît même pu. C'est beaucoup de ça. » (P4). Ce rôle est complété par celui qui consiste à informer les familles. Effectivement, ces dernières méconnaissent parfois l'évolution de la maladie et de ses symptômes. Les travailleurs sociaux apportent alors des conseils aux proches aidants et dispensent les informations pertinentes à leur compréhension de la maladie. Cette description de ce rôle suggère d'ailleurs qu'il est d'autant plus important pour le travailleur social d'établir une collaboration efficace avec la famille, car lorsque la maladie atteint les stades plus avancés, la personne âgée n'est plus en mesure de le faire. La famille occupe donc un rôle prédominant en ce sens, le travailleur social intervient au fil du temps moins fréquemment auprès de la personne atteinte.

Cependant, les travailleurs sociaux doivent composer avec les tâches administratives qui prennent de l'ampleur. Tel que mentionné précédemment, ces tâches demandent une grande concentration en temps et en énergie. Bien que les participants révèlent que certaines tâches administratives sont essentielles à leur travail et à celui de leurs collègues, ils conservent l'impression que ces tâches empiètent sur la prestation de services psychosociaux : « Si on faisait que des interventions directes, on verrait beaucoup plus de clients, mais c'est tout ce qui entoure : les lettres, les démarches, les formulaires, les contacts aux familles, les réunions, les rencontres inter. » (P5). On retrouve ainsi une tension constante entre ces deux rôles. Ils ont même parfois l'impression que leur plein potentiel en tant qu'intervenant psychosocial n'est pas entièrement exploité :

P3 : C'est sûr que du suivi psychosocial, j'aimerais beaucoup ça en faire, aider les gens à cheminer [...]. Si on pouvait s'asseoir avec eux-autres, les aider à cheminer par rapport à leur perte d'autonomie, les aider à cheminer aussi par rapport à une relocalisation [...]. Si je pouvais vraiment prendre le temps avec ces gens-là, de regarder ce qui existe au niveau des ressources, qu'est-ce qui pourrait le mieux répondre à leur besoin, et les aider aussi à cheminer à faire le deuil de leur non-retour à la maison, à accepter d'aller dans un nouveau milieu de vie, les aider aussi à s'adapter à ce nouveau milieu-là [...]. Si je pouvais faire ces choses-là, je vous avouerais que je sentirais que mon côté social est bien répondu. Mais là on éteint des feux, on fait ce qu'on peut, on essaie de trouver un sens à tout ça »

La nature du travail de gestionnaire de cas que l'on retrouve habituellement en CLSC et en CH devient parfois difficilement conciliable avec l'intervention psychosociale. Leurs compétences relatives à l'intervention psychosociale auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et de sa famille sont moins sollicitées à travers ce rôle. Cela peut créer à la longue une insatisfaction et fragiliser en quelque sorte leur sentiment d'identité professionnelle.

En somme, les tâches associées au rôle du travailleur social sont variées et relèvent principalement du soutien aux équipes interprofessionnelles, du soutien aux familles, de la défense des droits de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, des tâches administratives et de l'intervention psychosociale. Certaines tâches sont contradictoires et difficilement conciliables. En effet, les participants ont exprimé des préoccupations au sujet du temps accordé aux tâches administratives, et ce, au détriment d'autres activités, notamment le suivi psychosocial. Ce phénomène vécu par les travailleurs sociaux affecte leur sentiment d'identité professionnelle dans le sens où il existe un écart entre les tâches souhaitées et celles réellement effectuées.

4.4 LA PERCEPTION DE LA FAMILLE DU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Dans un premier temps, selon les travailleurs sociaux interrogés, les familles perçoivent positivement leur rôle, elles sont généralement satisfaites et reconnaissantes de l'aide reçue. Le travailleur social devient alors une personne de référence en qui elles ont confiance. Cependant,

lorsque le travailleur social entre en contact pour la première fois avec la famille, cette dernière a, dans certains cas, une perception de leur rôle a priori plus péjorative. En effet, de l'avis des travailleurs sociaux, la famille manifeste d'emblée une certaine méfiance à leur égard. Ils expliquent cette méfiance par les images véhiculées dans la société en général notamment celles attribuables à leur rôle au sein de la *Direction de la protection de la jeunesse*. En plus de cette image, les familles associent le travailleur social au processus d'hébergement et craignent parfois qu'il décide contre leur gré d'entamer des démarches à cet effet. Bien souvent, elles ont entendu par l'entremise des expériences des autres familles qu'une travailleuse sociale s'était occupée de l'hébergement, alors que cela relève d'un travail interprofessionnel. On l'associe également au rôle du Curateur public : « Souvent ils [les membres de la famille] nous disent : ah! c'est vous la curatelle. Non, non, c'est pas moi la curatelle! (rires). » (P8). Cette méfiance est donc liée à la méconnaissance de leur rôle et concerne des rôles davantage exercés en contexte d'autorité. Ces images teintent la perception des familles et peuvent complexifier quelque peu l'établissement d'une relation de confiance. Toutefois, cette perception se modifie rapidement lorsque le travailleur social démystifie l'ensemble de son rôle : la famille se sent alors rassurée. Les familles qui maintiennent une perception négative à l'égard du travailleur social sont celles où l'on retrouve de la maltraitance, des abus ou des relations dysfonctionnelles et des désaccords entre les membres de la famille. La perception négative du rôle s'explique en partie par le fait que le travailleur social doit alors se positionner face à celle-ci et dénoncer ces situations afin de protéger la personne atteinte :

P8 : L'autre jour, j'ai intercepté quelqu'un qui était abuseur par rapport à son père avant qui rentre ici [CHSLD] et on l'a intercepté pour pas qu'il amène son père à la banque. Fait qu'est-ce que tu penses quand qu'elle va me rencontrer cette personne-là, penses-tu qu'elle va me dire : « je suis tellement heureuse de vous revoir! » Pense pas moi! (rires).

Le rôle en contexte d'autorité a quelque chose de menaçant. Toutefois, certaines familles, cherchant à tout contrôler et qualifiées d'« experts malsains », perçoivent le rôle du travailleur social comme étant une menace : « Il faut qu'on recadre en disant, c'est malheureusement pas comme ça que ça fonctionne ici. Il y a d'autres personnes aussi autour de votre parent, on vit en communauté, on ne vit pas tout seul, faut faire attention, faut respecter les autres aussi. » (P3). Le rôle du travailleur social peut aussi s'avérer menaçant en présence d'un lien d'attachement

fusionnel et surprotecteur entre la personne âgée atteinte et un ou plusieurs membres de sa famille. En effet, il revient généralement au travailleur social de discuter avec la famille des conséquences de cette proximité relationnelle, comme de la possibilité que cela nuise notamment à la prestation des soins :

P7 : Il faut dire à cette personne-là qu'il faut qu'elle se tasse pendant les soins d'hygiène et que là c'est difficile parce que ça toujours été quelqu'un de proche et se sont vu toujours à tous les jours qu'ils ont vécu ensemble [...] Ca peut être menaçant et ça peut être dérangeant pour la personne qui dit, bon, la travailleuse sociale est en train de me dire que je ne peux plus m'occuper de mon parent. Mais c'est pas du tout ça, faut essayer de les faire travailler un peu là-dessus.

Dans un second temps, les travailleurs sociaux ont également partagé leur perception concernant une autre idée préconçue très répandue auprès des familles, soit celle que le travailleur social est « quelqu'un qui va résoudre tous leurs problèmes » : « [...] des fois, ils pensent qu'on est capable de toute faire parce qu'on connaît bien ça, mais quand on dit : « non, on peut pas faire ça. » et que là, ils voient qu'on est pas collaborant avec eux-autres, bien c'est là qu'ils disent, ah bien là, on veut pas avoir à faire avec vous. » (P8). Les familles peuvent également parfois avoir l'impression que le travailleur social possède une certaine autorité ou des droits envers la personne atteinte lui donnant le pouvoir de la contraindre à aller en résidence, alors que ce n'est pas le cas. Les familles peuvent être ainsi déçues par le rôle du travailleur social et être insatisfaite de l'aide reçue. Un participant réitère d'ailleurs l'importance d'éviter d'adopter une attitude de « sauveur » et de toujours clarifier son rôle, car la famille étant souvent épuisée peut avoir tendance à se désengager de l'intervention. Certains attendent des années avant d'obtenir une place en hébergement et certains sont eux-mêmes malades et en perte d'autonomie : « [...] des fois, l'attente des gens c'est beaucoup comme « Là, j'ai demandé enfin! Tiens, occupe-toi de ça ». Fait que là faut vraiment clarifier qu'on est en soutien et qu'on va vraiment maximiser le rôle de la famille. Alors que des fois, elle s'attendait à être débarrassée du problème. » (P10). Il importe alors pour le travailleur social de bien se positionner avec les proches dès la première rencontre, les sécuriser et clarifier son rôle. En résumé, selon les participants à l'étude, les familles perçoivent positivement le rôle du travailleur social, bien qu'au départ, une certaine méfiance est présente en raison d'une méconnaissance de leur rôle.

4.5 LA PERCEPTION DE LA PERSONNE ÂGÉE DU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL

De façon générale, les familles cernent rapidement le rôle du travailleur social. Toutefois les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée manifestent davantage de méfiance à l'égard de ce dernier. L'une des raisons à l'origine de cette méfiance serait la peur de se retrouver en centre d'hébergement : « C'est vraiment cliché, mais c'est ça pareil, nous-autres, on est là pour les héberger, T.S. égal hébergement égal départ de la maison. Ce n'est pas tout le temps ça, mais faut clarifier au début. » (P9). Une seconde raison provoquant la vigilance de la personne atteinte est lorsque les travailleurs sociaux investiguent leur capacité de gestion financière. Les personnes âgées associent la déclaration d'inaptitude au travailleur social et elles ont peur de perdre leur autonomie et d'être considérées inaptes. Certaines personnes tentent alors de camoufler leurs difficultés ou il est possible qu'elles n'aient pas la même perception de la situation en raison de leur maladie : « L'une des premières choses que les gens perdent c'est l'autocritique, elles n'ont pas perception d'avoir de problème. Le rond qui est resté ouvert et que ça cramé et ce n'est jamais vraiment arrivé. Le feu de cheminée non plus, d'avoir sorti pas habillé dehors, c'est des affaires que les gens s'aperçoivent pas. Ils ne sont pas très volontaires. » (P8). Enfin, lorsque la maladie progresse de façon importante, les personnes âgées distinguent alors plus ou moins le rôle du travailleur social, mais sont généralement contentes de rencontrer une nouvelle personne.

4.6 LES ENJEUX DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

4.6.1 La perception et la compréhension du rôle du travailleur social par les autres professionnels

Malgré la prise de conscience de certains milieux quant à l'absence d'une description de tâches claire, deux participants ont soulevé l'écart entre la définition explicite du rôle du travailleur social et celle comprise par les autres intervenants. Effectivement, bien que certains milieux aient précisé dans un document les différentes facettes du rôle du travailleur social, ce dernier demeure quelque peu méconnu par les autres professionnels, comme le décrit ce participant :

P1 : Dans le fond, l'offre de service des travailleurs sociaux est faite, mais elle n'a pas été descendue. On l'a révisé et là, on va la faire connaître et en la faisant connaître on va émettre aussi, pas des exigences, mais des façons de faire pour... plus précises. Parce qu'on le sait que c'est ça qui manque, il y a certains professionnels qui le connaissent, ils ont une bonne idée mais pas dans toute, de jusqu'où on est capable d'aller.

Les travailleurs sociaux perçoivent que le manque de connaissance de leur rôle, des responsabilités et des limites de leurs interventions persiste auprès des autres professionnels de l'équipe interprofessionnelle. Les autres intervenants ont parfois une mauvaise connaissance et compréhension du rôle du travailleur social. Dans certaines situations, ils identifient difficilement leur rôle auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée : « Des fois, ils ne savent pas pourquoi on est là. T'sais quand on leur dit bien nous avez-vous faite une requête? Eee pourquoi? Pourquoi!? Bien t'sais on parle de dynamique familiale. Des fois ce n'est pas clair... ou il y en a qui disait l'autre jour on pensait que vous faisiez juste des régimes de protection. » (P9). Un second participant abonde dans le même sens et explique que ces situations mènent vers une clarification du rôle du travailleur social :

P1 : Dernièrement, je me suis faite dire bien pourquoi on ne ferait pas une référence en psychologie, on va faire une demande de psychologue. C'est parce que les psychologues on en a pas en hébergement, on en a plus dans l'offre de service. Mais j'ai été obligé de dire à l'intervenante, moi je suis capable de faire un suivi avec le monsieur, je suis capable de faire cheminer, de faire progresser et de diminuer l'anxiété. Je suis capable avec mon rôle, ça partie de mon rôle, il a fallu que je le précise.

De façon plus précise, cette mauvaise compréhension et connaissance se traduit à travers deux types de situation. La première est lorsqu'une situation nécessite du point de vue des travailleurs sociaux leur expertise, alors qu'ils ne sont pas interpellés par les autres professionnels. Comme l'indique l'un des participants, on remarque dans certains centres d'hébergement la présence d'équipes plus fermées. Les membres de ces équipes travaillent ensemble depuis plusieurs années et tentent de gérer les situations de crise par eux-mêmes. Ils font appel au travailleur social seulement en dernier recours lorsqu'ils sont épuisés et à court de ressources. Un second participant illustre ce phénomène. Les travailleurs sociaux ne sont pas interpellés lorsque, par exemple, certaines personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée manifestent des symptômes du syndrome de glissement :

P7 : [...] les personnes atteintes d'Alzheimer, elles vont dire tout plein de mots qui vont faire qui sont en détresse. Mais ça [ces cas-là] on les a pas, on les a pas. Ils vont arrêter de manger, on les a pas non plus ces requêtes-là. C'est peut-être dû à une détresse, pas dû à une détresse, c'est correct, mais on n'est pas interpellé. Quand les gens Alzheimer y'arrêtaient de faire des choses, ils ne le disent pas clairement, bien ils essaient d'arranger ça eux-mêmes.

Dans la seconde situation, la plupart des travailleurs sociaux s'interrogent quant à la pertinence de leur implication dans certaines tâches. Ils considèrent que ces tâches ne relèvent pas exclusivement de leur ressort. Un participant constate alors que les tâches qui ne sont pas expressément attribuées à un autre professionnel deviennent dans plusieurs situations la responsabilité du travailleur social :

P8 : Moi, le travail social, je prétends que je suis souvent la moins bien comprise (rires) parce que je dirais j'ai la science la plus floue (rires). Je vais dire un mot moins péjoratif, je suis la science la plus souple [...]. Fait qu'étant donné que je touche plein d'affaires, bien on ne sait pas qu'est-ce que je touche en particulier (rires). Fait que tout ce qui n'est pas ce qu'eux autres font, ils pensent que c'est moi qui dois le faire (rires).

Dans ces tâches, on retrouve à titre d'exemple celles qui concernent le budget mensuel de la personne et certains formulaires administratifs tels que des demandes de changement d'adresse ou des demandes de transport adapté. Un participant illustre ce constat à travers cet exemple : « Le tuteur est supposé d'acheter des vêtements à madame et il ne l'a pas fait depuis six mois, voudrais-tu régler ça? Ouais, c'est tu vraiment à moi de faire ça, lui acheter des bas? » (P3). Un second participant à l'aide d'un autre exemple décrit ce phénomène : « Quand qu'ils disent mettons monsieur, il manque vingt piastres à fin du mois parce qu'il a trop acheté de cigarette t'sais je ne veux pas le savoir ça, ça, ça m'intéresse pas, c'est pas mon rôle, j'ai pas fait un bac pour ça là tu comprends, j'ai pas fait 4 ans d'université pour gérer des cigarettes. » (P5). Ensuite, un troisième participant ajoute que cette situation a fait l'objet récemment d'une mise au point puisqu'il émerge d'une insatisfaction généralisée chez les travailleurs sociaux du milieu :

P6 : La T.S. est utilisé à toutes les sauces et il a fallu dernièrement qu'on reclarifie ça. Va falloir que ça s'étale dans tous les centres d'hébergement, on a besoin de bas soutien, on a besoin de pantalon, de souliers de lunettes, de bobette, T.S., T.S. T.S. Fait que là faut essayer de trouver une trajectoire. Comme on disait, au salaire qu'on est payé, faut arrêter d'aller magasiner chez Sears là, ça n'a plus de bon sens.

À travers ces situations, on note que contrairement aux autres professionnels de l'équipe interprofessionnelle, il n'y a pas toujours de moyens de communication standardisés : [...] le guide présente aussi comment demander l'aide de la T.S. là, à la place de juste dire « Tu iras voir un tel il n'a plus de bas et sa fille veut pas lui en amener », bien là, il remplisse une feuille « Besoin psychosocial », fallait qu'ils identifient vraiment pourquoi fallait une T.S. » (P10). Pour recourir aux services des autres intervenants, comme le physiothérapeute, il faut en effet clairement expliquer la situation à l'aide d'un formulaire de requête qui est acheminé au chef de service et ensuite redistribué au professionnel concerné. D'ailleurs, on constate également que les rencontres interprofessionnelles sont moins fréquentes en centre d'hébergement, que dans les autres services, notamment en soins palliatifs. Ainsi, on remarque alors que le rôle du travailleur social se clarifie davantage dans l'action et la façon qu'il agit devient un indicateur de la portée de son rôle.

En somme, les travailleurs sociaux décrivent aisément leur rôle, mais ils parviennent plus difficilement à faire valoir leurs compétences et leur apport spécifique auprès des acteurs extérieurs à leur champ disciplinaire, comme les gestionnaires et les autres professionnels de l'équipe interprofessionnelle. Du point de vue des travailleurs sociaux, cette méconnaissance de leur rôle a pour effet d'en réduire la portée. En effet, en cernant plus difficilement les contributions spécifiques du travailleur social, les autres intervenants ne l'interpelleront pas dans les situations qui nécessiteraient pourtant une référence à son égard. Dans ce contexte, on retient alors que les relations interprofessionnelles forcent les travailleurs sociaux à préciser leur contribution auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et de leur famille. Ils prennent conscience du rôle perçu par les autres membres de l'équipe interprofessionnelle et souhaitent, en définissant mieux leur propre rôle, modifier cette perception.

4.6.2 Le contexte législatif

Les modifications apportées aux dispositions du *Code des professions* au cours des dernières années ont permis de revoir le partage des actes réservés et de créer un nouveau contexte de pratique professionnelle pour les travailleurs sociaux. Parmi les changements, on assigne désormais de façon exclusive au travailleur social l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur inapte ou de l'homologation d'un mandat de

protection donné en prévision de l'inaptitude du mandant. On lui assigne également un pouvoir décisionnel quant à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement qui se traduit par une recommandation d'y recourir ou non.

L'encadrement légal de la pratique devrait en principe permettre aux travailleurs sociaux d'accroître leur autonomie professionnelle et d'être mieux reconnus dans l'exercice de leur rôle. Toutefois, ce cadre législatif présente des possibilités de développement mitigées pour la pratique des travailleurs sociaux. D'une part, l'introduction des actes réservés modifie la charge de travail des travailleurs sociaux en augmentant leurs tâches et responsabilités. D'autre part, bien que l'expertise du travailleur social devienne incontournable et que chaque organisation concernée doive recourir à leurs services, tout indique qu'elles n'augmenteront pas les effectifs et qu'elles procéderont peut-être même à une diminution du nombre de postes en raison des restrictions budgétaires. Certains travailleurs sociaux rencontrés dans cette étude ont observé que ces gains se font alors à nouveau au détriment d'autres tâches telles que l'intervention psychosociale, notamment lorsqu'elles concernent les droits des personnes atteintes, ou encore le respect de leur intégrité ou de leur dignité.

Parmi les activités réservées de façon partagée, deux ont trait à la décision d'utiliser des mesures de contrôle, soit la contention et l'isolement. Même si de nouvelles fonctions sont maintenant confiées aux travailleurs sociaux, les entrevues auprès de ces derniers suggèrent que les gains au plan professionnel sont plus ou moins encore visibles. Ils sont fréquemment mis à l'écart de la prise de décision par l'équipe soignante, ce qui constitue un obstacle majeur à la réalisation de ces nouvelles fonctions. Un travailleur social témoigne d'ailleurs du contexte dans lequel il aimerait être consulté dans la mise en place des mesures de contrôle :

P2 : La contention pour moi ça devrait être un incontournable. Je ne veux pas être au courant de quand ils vont mettre des ridelles, je ne veux pas savoir. Mais quand c'est rendu que ça l'a un impact sur la santé mentale de la personne, je veux savoir, puis je veux questionner, je veux qu'il y ait une rencontre à l'inter. [...] Quand qu'ils pensent à installer une porte pour empêcher un résident de sortir de sa chambre, une travailleuse sociale devrait toujours être consultée. Mais ce n'est pas toujours fait.

On remarque alors que les travailleurs sociaux doivent adopter un rôle proactif dans ce domaine afin d'être impliqués dans les décisions.

4.6.3 La représentativité et la disponibilité du travail social au sein de l'équipe

Le contexte organisationnel peut avoir une incidence sur la réalisation des fonctions que le travailleur social est appelé à assumer, car c'est dans ce contexte que son rôle professionnel se développe. Les participants à l'étude ont décrit certains facteurs attribuables à l'organisation qui nuisent à l'épanouissement de leur rôle.

Dans un premier temps, ils remarquent une réduction des effectifs. Les travailleurs sociaux sont alors amenés à couvrir plusieurs établissements à la fois et à offrir des services à un grand nombre de résidents conduisant ainsi à l'augmentation de la charge de travail, communément appelée le *caseload*. Cela engendre subséquemment un manque de temps pour accomplir les fonctions qui ne sont pas prescrites par une obligation législative ou organisationnel, telles que l'intervention psychosociale. On remarque alors que le contexte met potentiellement en péril la pratique l'intervention psychosociale.

Dans un second temps, si l'on exclut le programme de soutien à domicile au CLSC, le travailleur social est souvent le seul représentant de sa profession dans son milieu de travail. On perçoit une forme d'isolement dans leur propre établissement. Comme l'explique l'un des participants, il existe donc une contrainte liée au contexte organisationnel qui concerne la visibilité et la disponibilité des travailleurs sociaux :

P10 : c'est particulier parce qu'il y a trois CHSLD et je les couvre les trois et je suis toute seule. Des fois je ne fais juste une demi-journée par semaine à une place. C'est compliqué d'avoir des liens, même des liens avec l'équipe de travail là-bas. Il faut qu'ils sachent ce que je fais, des fois ils ne me voient pas de la semaine, fait qu'ils s'arrangent quand je ne suis pas là et là un coup que j'arrive, ils ont leur habitude et continuent comme si je n'étais pas là.

Un autre participant explique qu'il est difficile d'être néanmoins critique à l'égard des autres professionnels qui ne font pas toujours les requêtes au service social lorsque nécessaire : « À l'hébergement, le service social est pauvre. Service social a toujours été ce qu'on m'a dit et ce que je vis depuis que je suis à l'hébergement, a toujours été le moins nanti des services. Fait qu'il manque toujours du monde, quand on a du surcroît ça coupe rapidement. » (P6). Le manque de temps nuit à la clarification de leur propre rôle auprès des autres professionnels, d'autant plus

qu'ils ne sont pas toujours présents en milieu de travail. Des difficultés persistent alors dans la compréhension du rôle. Par conséquent, le contexte organisationnel nuit à l'établissement d'une collaboration interprofessionnelle satisfaisante du point de vue des travailleurs sociaux.

Ce contexte nuit également au positionnement du rôle au sein de l'équipe interprofessionnelle. Les travailleurs sociaux, n'ayant pas les ressources humaines nécessaires, hésitent parfois à revendiquer leur rôle auprès des autres membres de l'équipe : « On a peur d'affirmer que ça, ça nous revient, parce qu'on le fait pas. On le fait pas parce qu'on n'a pas de staff. Mais moi j'arrête pas de dire, arrêtez de dire qu'on peut pas, c'est pas une question qu'on peut pas. Qu'est-ce que ça fait un travailleur social? Bon ça fait ça, ok, si on n'a pas assez de monde, ça appartient à nos boss. » (P5).

4.6.4 Le chevauchement des rôles

La délimitation des champs de compétence et des tâches s'avère un enjeu important quant à l'identité de chaque profession. Dans un contexte où la pratique interprofessionnelle peut comporter un risque de chevauchement des rôles et où les travailleurs sociaux se retrouvent sans une définition claire et distincte de leur propre rôle, ils risquent de se retrouver au centre de conflits pouvant menacer leur identité professionnelle. D'ailleurs, les problèmes de délimitation des frontières des rôles des différents intervenants surviennent fréquemment dans la prestation de soins psychosociaux. Bien que l'intervention psychosociale ne soit pas une tâche spécifique au travailleur social, afin d'éviter un préjudice aux personnes âgées atteintes ainsi qu'à leur famille, un certain nombre d'actes dans ce domaine devraient être réservés, en raison de l'expertise qu'ils requièrent.

Par conséquent, certains participants de l'étude expriment un malaise en regard de l'implication de l'intervenant en soins spirituels lorsqu'il s'agit des actes relevant d'une intervention psychosociale : « Là on ne sait pas trop ce qu'il fait, ce qu'ils font, ce qu'ils ne font pas et là on s'est aperçu que dans des dossiers, tout ce qui est alentour de la mort, ils appellent l'agent en soins spirituels pour voir la famille, pour rencontrer la famille, pour d'autres cas aussi, en tout cas, on se pose des questions là-dessus. » (P4). Les travailleurs sociaux s'aperçoivent notamment que le

domaine des soins palliatifs est désormais relayé systématiquement à l'intervenant en soins spirituels, même si la problématique vécue relève davantage de la compétence d'un travailleur social. Les autres intervenants reconnaissent donc en l'intervenant en soins spirituels une compétence dans l'intervention psychosociale ayant trait à la fin de vie, comme le mentionne ce participant intervenant en centre d'hébergement : « C'est un peu comme avec la fin de vie, les personnes qui sont en fin de vie, bien ils [les membres de l'équipe interprofessionnelle] ne viendront pas nous voir, ils vont aller tout de suite voir les soins spirituels. On devrait être impliqué, mais on ne l'a pas du tout. » (P1).

Toutefois, les compétences à occuper cette fonction doivent être interrogées. Les intervenants en soins spirituels exercent une profession relativement méconnue et nouvelle au Québec, d'où l'importance de délimiter leurs responsabilités professionnelles en regard de leurs compétences. Autrefois réservés à certaines confessions religieuses, les services de pastorale ont migré vers des services en soins spirituels leur permettant ainsi d'élargir de leur champ de pratique. La frontière entre les besoins spirituels et les besoins psychosociaux est parfois mince, voire inexistante dans la pratique. Il importe alors de clarifier la spécificité de l'accompagnement spirituel dans les établissements tels que les CHSLD afin d'éviter des conflits de rôle.

En résumé, cette section avait pour objectif de présenter les résultats de l'étude sur la perception des travailleurs sociaux de leur rôle. De façon générale, l'analyse des résultats a permis de mettre en lumière que les travailleurs sociaux incarnent de multiples rôles. Le soutien aux équipes interprofessionnelles et la défense et la promotion des droits et des intérêts des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée occupent une place prépondérante chez le travailleur social. On retrouve également les tâches administratives et l'intervention psychosociale. L'étude de la perception des travailleurs sociaux permet de déceler l'existence de conflits et de tensions entre différents rôles et responsabilités. Les participants à l'étude ont l'impression de ne pas passer autant de temps avec les personnes et leurs familles qu'ils le souhaiteraient en raison de l'ampleur des tâches administratives à accomplir. L'ambiguïté de rôle se reflète chez les participants par le sentiment incertain au sujet leurs responsabilités professionnelles. Finalement, les entrevues révèlent en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle, que les travailleurs sociaux sont d'avis que les autres professionnels n'ont pas toujours une compréhension claire de la contribution distinctive du service social. Par

conséquent, ces professionnels peuvent avoir une vision moins positive du rôle du travailleur social. Ces constatations au sujet de la perception des travailleurs sociaux de leur rôle seront approfondies au chapitre suivant à l'aide de la théorie des rôles et seront comparées aux éléments retrouvés dans la littérature.

CHAPITRE V - DISCUSSION

Les objectifs de ce mémoire étaient de mieux comprendre la perception des travailleurs sociaux de leurs rôles et les défis que sous-tendent ces rôles en collaboration interprofessionnelle. Il s'agissait également d'identifier et de documenter des rôles qui surgissent spécifiquement auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ce dernier chapitre, consacré à la discussion des résultats, propose un éclairage quant aux différents thèmes et sous-thèmes saillants obtenus à l'intérieur du processus d'analyse exposé au chapitre précédent. Les liens pertinents entre les éléments recueillis seront abordés afin de souligner les nouvelles connaissances relatives au rôle du travailleur social. De plus, des comparaisons entre les données résultant de l'analyse et celles provenant de la littérature serviront à faire ressortir les éléments particuliers pour ainsi mieux comprendre le rôle du travailleur social. Les résultats seront également mis en évidence à l'aide de la théorie des rôles sous l'angle de la tension des rôles. Ce chapitre comporte les sections suivantes : l'analyse des rôles exercés, l'analyse des problématiques de rôle au sein de la collaboration interprofessionnelle, l'analyse des limites de l'étude et les pistes de recherche futures.

5.1 ANALYSE DES RÔLES EXERCÉS

La section qui suit dresse le bilan de la pratique des travailleurs sociaux qui se décline sous divers rôles : le soutien aux équipes interprofessionnelles, le soutien aux familles, la défense des droits de la personne atteinte, les tâches administratives et l'intervention psychosociale. De façon générale, l'ensemble des rôles et des fonctions du travailleur social retrouvés dans la littérature sont abordés par les répondants. On relève toutefois dans leur discours une différenciation entre deux types de rôle, soit les rôles formels et les rôles non formels. Les rôles formels sont ceux qui sont perçus par l'ensemble des répondants comme étant spécifiques à la profession et nécessitant des compétences professionnelles précises. On observe une homogénéité à travers ces rôles puisque ceux mentionnés le sont par pratiquement tous les répondants. On y retrouve une prédominance pour la liaison entre l'équipe interprofessionnelle, la famille et la personne atteinte, le soutien émotionnel et pratique auprès de l'équipe interprofessionnelle, la défense des droits de la personne atteinte et de sa famille, l'intervention et l'évaluation psychosociale. Ces rôles sont guidés par les valeurs fondamentales du service social et constituent en partie l'identité

professionnelle des travailleurs sociaux. Quant aux rôles non formels, le travailleur social est d'avis qu'ils pourraient être exercés par d'autres professionnels ou travailleurs du milieu. Plusieurs participants estiment que ces tâches ne devraient pas être attribuées d'office aux travailleurs sociaux puisqu'elles ne requièrent pas une qualification ou une expertise particulière. Il ne s'agit donc pas de rôles revendiqués par les travailleurs sociaux, mais plutôt des rôles qui leur sont délégués par les autres professionnels. Ces rôles comprennent une grande variété dans l'exercice de la fonction et sont propres à chaque milieu. À travers ces rôles, on y retrouve plusieurs tâches disparates telles que remplir les demandes de transport et de changement d'adresse. Ces rôles, contrairement aux rôles formels, créent un malaise professionnel et touchent le sentiment d'utilité au travail des répondants puisque ces rôles ne coïncident pas avec les rôles véhiculés par la profession.

Cette distinction entre les rôles formels et informels n'est pas spécifiquement abordée dans la littérature. Delli-Colli, Dubuc, Hébert et Dubois (2013) ont identifié quatre catégories d'activités auprès des travailleurs sociaux au programme de soutien à domicile : les activités directes (ex. : suivi psychosocial, évaluation psychosociale), indirectes (ex. : rencontres avec l'équipe interprofessionnelle), non cliniques (ex. : compilation de données statistiques) et personnelles (ex. : heure de dîner). L'étude révèle que les travailleurs sociaux ont consacré près de la moitié de leur temps à des activités indirectes et que 14,2% du temps des travailleurs sociaux a été alloué à la tenue des dossiers, ce qui représente l'activité la plus longue. Ces résultats concordent avec la perception des répondants dans la présente étude qui considèrent que les tâches indirectes constituent une bonne partie de leur temps : « Si on faisait que des interventions directes, on verrait beaucoup plus de clients, mais c'est tout ce qui entoure : les lettres, les démarches, les formulaires, les contacts aux familles, les réunions, les rencontres inter. » (P5).

5.2 ANALYSE DES PROBLÉMATIQUES DE RÔLE AU SEIN DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Il ressort des études que le sujet des problématiques de rôle n'est pas simple : il réfère à plusieurs dimensions de l'individu et de l'organisation; ces problématiques sont donc multifactorielles ou multidimensionnelles (Huot, 2014). À travers l'épisode de rôle, les personnes-cibles (Katz et Kahn, 1966), c'est-à-dire les travailleurs sociaux, peuvent être aux prises avec des attentes,

vaguement formulées, conflictuelles ou contradictoires, qui peuvent provoquer des problématiques de rôle telles que l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la surcharge de travail. Ces problématiques occasionnent d'ailleurs des conséquences négatives pour la personne-cible et l'ensemble de l'organisation. On dénote que les participants à l'étude perçoivent l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la surcharge de travail.

5.2.1 L'ambiguïté de rôle

La définition de l'ambiguïté de rôle est claire dans son sens global, mais ses différentes facettes sont encore peu élaborées et donc instables, notamment en raison du nombre de dimensions à intégrer (Commeiras, Fournier et Loubès, 2003). Pour Savoie et Forget (1983), l'ambiguïté de rôle résulte d'un écart entre l'information qu'une personne-cible possède et celle qu'elle estime avoir besoin pour exercer adéquatement son rôle. Les travaux de Kahn et ses collaborateurs (1964) identifient l'ambiguïté de rôle comme étant un symptôme du conflit de rôle. On constate que l'ambiguïté de rôle est directement fonction de la différence entre l'information disponible et celle qui est requise pour bien remplir son poste. Selon Rizzo, House et Lirtzman (1970), l'ambiguïté de rôle provient, soit d'un manque de connaissance ou d'information pour répondre adéquatement aux attentes de la tâche, soit d'une méconnaissance des conséquences relatives au comportement adopté par la personne-cible. Bref, une personne éprouve de l'ambiguïté de rôle lorsqu'elle perçoit un manque d'information claire et consistante pour exercer son rôle (Kahn et al., 1964). Cette ambiguïté peut provenir de la personne-cible elle-même ou de la combinaison entre cette dernière et les autres constituants.

Tel que décrit plus haut, les répondants ont clairement exprimé l'ambiguïté de rôle à travers leur discours. Selon Lloyd, King et Chenoweth (2002), il ressort clairement de la littérature que les travailleurs sociaux connaissent un niveau élevé d'ambiguïté de rôle. On retrouve principalement l'ambiguïté de rôle dans les situations décrites par les répondants concernant la perception qu'en ont les autres professionnels, ainsi qu'au niveau de la compréhension et de la diffusion du rôle des travailleurs sociaux. Comme l'expriment Savoie et Forget (1983), on relève que le manque de diffusion du rôle contribue à faire augmenter la perception d'ambiguïté de rôle, tant au niveau intrapersonnel qu'interpersonnel. Effectivement, les répondants de notre étude soulignent notamment l'absence d'un document détaillant leurs fonctions et leurs tâches au quotidien.

Selon Blomberg, Kallio, Kroll et Saarinen (2014), diverses opinions sont exprimées dans la littérature sur la nature du service social et le rôle du travailleur social, mais on constate que les travailleurs sociaux peuvent être incertains de leurs fonctions, de leurs responsabilités et de l'étendue de leur autonomie. La littérature indique qu'ils décrivent de façon plus imprécise leur propre rôle comparativement aux autres professions (comme les infirmières, les ergothérapeutes, etc.). Plusieurs auteurs sont d'avis qu'à défaut de bien définir son rôle, le travailleur social risque de le voir défini par les autres professionnels (Davis, Milosevic, Baldry et Walsh, 2004), comme cela semble être le cas de certains répondants à l'étude lorsque certaines tâches telles que la gestion du budget des personnes atteintes incombent au travailleur social sans son approbation.

Sans une définition claire et explicite de leur rôle, le chevauchement des tâches avec les infirmières et d'autres professionnels fait ombrage à la contribution distinctive des travailleurs sociaux auprès de leurs collègues professionnels (Barth, 2003). Cela explique que certains chercheurs, dont Davis, Milosevic, Baldry et Walsh (2006), remarquent que le travailleur social est le professionnel qui éprouve le plus de difficulté à établir sa spécificité dans le milieu de la santé et qui n'arrive toujours pas à obtenir une véritable reconnaissance au sein de l'équipe interprofessionnelle. Cet élément évoque donc l'importance de mieux définir le rôle et l'étendue de la pratique des travailleurs sociaux.

Lorsque l'on analyse les rôles exercés en collaboration interprofessionnelle, on constate que cette dernière requiert une flexibilité dans le partage des champs de compétence et des tâches entre les membres de l'équipe qui doivent ouvrir les frontières de leurs territoires. Or, Nolan (1995, p. 306) considère que l'ouverture des frontières crée un certain flou dans les territoires professionnels : « celle-ci bien que ne niant pas l'importance de compétences spécifiques, tend à brouiller les territoires professionnels et requiert confiance, tolérance et volonté à partager la responsabilité ». En effet, lorsqu'il est question de la collaboration interprofessionnelle, la délimitation des rôles et des tâches représente une difficulté fréquemment soulevée par les répondants et apparaît être un enjeu professionnel important. Abramson et Mizrahi (2003), confirment à cet effet qu'un nombre important de rôles traditionnellement exercés par les travailleurs sociaux peuvent être dorénavant assumés par plus d'une profession. Par conséquent, les travailleurs sociaux dans les équipes interprofessionnelles peuvent ressentir une certaine confusion de rôle, qui se produit lorsqu'au moins deux professionnels différents sont qualifiés pour

exécuter des tâches similaires et ces tâches ne sont pas déléguées à l'un d'eux en particulier (Gray & White, 2012).

Certains professionnels au sein de l'équipe interprofessionnelle peuvent éprouver des difficultés à délimiter leur champ de pratique et leur spécificité respective. La délimitation des fonctions et des responsabilités entre les intervenants spirituels et les travailleurs a d'ailleurs été mentionnée par les participants. Effectivement, plusieurs d'entre eux se sont questionnés quant à implication quasi systématique de l'intervenant spirituel dès que la fin de vie est évoquée dans les problématiques. À ce sujet, Harr, Openshaw et Moore (2010) rapportent que la question des frontières et le partage des zones d'intervention a également été soulevée par un grand nombre d'intervenants spirituels. Plusieurs ont convenu que les travailleurs sociaux et les intervenants spirituels peuvent vouloir défendre leur territoire d'intervention. Les intervenants spirituels ont noté que certains travailleurs sociaux sont très compétitifs et tentent de paraître mieux qu'eux auprès des gestionnaires ou d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle. Rappelons que les participants de notre étude ont également soulevé une certaine tension entre leurs rôles et ceux exercés par les autres professionnels de la santé, principalement les infirmières. Les infirmières prendraient l'initiative de faire de l'intervention psychosociale dans des dossiers présentant des problématiques plus complexes qui devraient faire l'objet d'une demande auprès du travailleur social. Le recours au travailleur social survient lorsque l'infirmière ne sait plus comment dénouer l'impasse. Malgré les difficultés que soulève la collaboration interprofessionnelle, certains répondants ont relaté des expériences de travail enrichissantes, notamment avec les ergothérapeutes qui partagent une vision similaire de l'approche à adopter envers les personnes atteintes et leur famille.

Enfin, on constate dans le présent cas que l'ambiguïté de rôle n'est pas seulement une caractéristique d'une situation dans laquelle la personne-cible a de la difficulté à saisir ce qu'on attend d'elle. Il s'agit aussi une opportunité de participer plus activement à la définition de ses propres rôles (Savoie et Forget, 1983). En effet, plusieurs répondants étaient au moment des entrevues en voie de créer ou de redéfinir leur description de tâches.

5.2.2 Les conflits de rôles

Le conflit de rôle, défini par Kahn et ses collaborateurs (1964), survient lorsque la teneur des informations disponibles crée un conflit. Katz et ses collaborateurs (1980) ont précisé que les

attentes/demandes incompatibles peuvent être formulées à une personne-cible par deux ou plusieurs constituants, dont le travail dépend fonctionnellement de celle-ci. On conclut que l'intensité du conflit pourrait donc s'évaluer par le degré d'incompatibilité des deux demandes. Par exemple, la personne-cible peut vivre un conflit de rôle si les attentes qui lui sont transmises dépassent ses habiletés, lorsqu'elle manque de temps et de ressource pour accomplir ses rôles ou lorsqu'elle doit effectuer des tâches qu'elle ne veut pas faire (Kahn et al., 1964). Les conflits de rôle peuvent être de différentes natures (Rizzo et al., 1970). Brunet et ses collaborateurs (1985) utilisent la typologie suivante pour catégoriser les conflits de rôle en quatre groupes, soit les conflits intrapersonnels, interpersonnels, extrapersonnels et organisationnels, qui se manifestent chacun des façons suivantes :

Les conflits intrapersonnels	<p>1. Le rôle exercé ne correspond pas au rôle préféré : ce que la personne-cible fait est différent de ce qu'elle voudrait faire.</p> <p>2. Le rôle exercé ne correspond pas au rôle perçu : ce que la personne-cible fait n'est pas ce qu'elle pense que les autres attendent d'elle.</p> <p>3. Le rôle perçu ne correspond pas au rôle préféré : ce que la personne-cible croit que les autres attendent d'elle n'est pas ce qu'elle veut faire.</p>
Les conflits interpersonnels	<p>4. Le rôle exercé est différent du rôle transmis : le travail que la personne-cible fait ne correspond pas à celui qu'on lui a demandé de faire.</p> <p>5. Le rôle préféré ne correspond pas au rôle attendu : ce que la personne-cible voudrait faire est différent des attentes des constituants.</p> <p>6. Le rôle perçu n'est pas en accord avec le rôle transmis : ce que la personne-cible croit que l'on attend d'elle est différent de ce qu'on lui a dit de faire.</p>
Les conflits extrapersonnels	<p>7. Le rôle prescrit n'est pas réellement le rôle prescrit : les constituants ont des définitions différentes du rôle que la personne-cible doit jouer.</p> <p>8. Le rôle attendu n'est pas le rôle prescrit : les constituants attendent quelque chose de la personne-cible, mais lui communiquent autre chose.</p> <p>9. Le rôle exercé est différent des perceptions des constituants: ce que la personne-cible fait n'est pas ce qu'ils perçoivent.</p>

	10. Le rôle attendu ne correspond pas au rôle exercé : ce que les constituants attendent de la personne-cible est différent du travail qu'elle fait.
Les conflits organisationnels	11. Le rôle exercé correspond au rôle préféré, mais n'est pas le rôle prescrit : la personne-cible fait un travail qu'elle aime, mais ce travail ne correspond pas à celui qui doit être fait.
	12. Le rôle exercé n'est pas le rôle préféré ni le rôle prescrit : la personne-cible ne fait pas ce qu'elle aimerait faire et ce qu'elle fait n'est pas ce que l'on attend d'elle.
	13. Le rôle exercé n'est pas le rôle préféré, mais correspond au rôle prescrit : la personne-cible fait un travail qui lui plaît plus ou moins, mais c'est celui qu'elle doit faire.

Il est retenu dans le cadre de la présente recherche que le conflit de rôle provient d'une incongruence ou d'une incompatibilité au niveau des comportements de la personne-cible, résultant de l'interaction entre divers rôles, soit les rôles exercé, perçu ou préféré par elle-même, comparés à ceux prescrits, attendus et transmis par les différents constituants.

Durant les entretiens, on perçoit également un conflit interpersonnel chez les répondants, qui se produit lorsque le rôle préféré ne correspond pas au rôle attendu : ce que le travailleur social voudrait faire est différent des attentes des membres de l'équipe interprofessionnelle. En effet, le rôle qui consiste à défendre les droits de la personne atteinte peut être mal perçu par les autres. Le travailleur social propose des solutions qui demandent dans ce contexte une plus grande adaptation de l'équipe ainsi qu'un plus grand déploiement de ressources, d'énergie et de temps. Enfin, le travailleur social peut vivre un conflit de rôle lorsqu'il manque de temps et de ressources pour accomplir ses rôles. Ce type de conflit de rôle a été soulevé par certains répondants de l'étude. Les données recueillies tendent à montrer que les répondants distinguent un effritement des rôles cliniques au profit des tâches indirectes telles l'évaluation psychosociale. En raison du manque de temps et de ressources, les répondants mettent en opposition ces deux rôles.

5.2.3 La surcharge de rôle

Dans le cadre de la présente recherche, la surcharge de rôle sera traitée à titre de problématique de rôle indépendante tout comme Savoie et Forget (1983) qui en font un type de conflit distinct. La charge de rôle réfère directement au volume de travail et à la complexité du travail. La surcharge de rôle peut être interprétée comme étant une incapacité de la personne-cible de répondre à différentes requêtes dans le délai temporel demandé (Kahn et al., 1964). Savoie et Forget (1983) estiment que, dans ce contexte, la personne-cible doit négocier les demandes, ou décider de l'ordre de priorité des demandes, ou choisir de les ignorer.

La restructuration du réseau de la santé et des services sociaux des dernières années est marquée pour les intervenants par la surcharge de travail. Cette réalité serait reliée à différents facteurs organisationnels tels que la gestion d'une liste d'attente qui mène les intervenants à prendre un nombre plus élevé de clients dans leur charge de cas et à diminuer la durée des suivis (Larivière, 2010). D'ailleurs, la surcharge de travail était l'une des difficultés de recrutement, car les répondants n'avaient pas le temps nécessaire pour rencontrer l'étudiante-chercheuse, mais compte tenu du sujet qui les touchait directement, ils accordaient de l'importance à participer à l'étude. Durant les entretiens, les répondants ont révélé avoir l'impression d'aller toujours au plus urgent sans jamais avoir la satisfaction d'aller au bout de leurs interventions : « [...] Mais là on éteint des feux, on fait ce qu'on peut, on essaie de trouver un sens à tout ça » (P3). L'analyse des données met également en évidence des préoccupations exprimées par les participants au sujet du temps passé sur la transcription des notes évolutives et rapports et d'autres tâches administratives au détriment des activités cliniques telles que l'intervention psychosociale. Les résultats obtenus par Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette (2004) dénotent des similitudes avec les résultats de la présente recherche. En effet, ils observent que parmi l'ensemble des intervenants sociaux et psychosociaux, ce sont les travailleurs sociaux et les techniciens en travail social qui ont mentionné consacrer une partie importante de leur temps de travail aux tâches administratives. Les auteurs précisent que les travailleurs sociaux perçoivent cette situation comme étant une forme de technicisation graduelle de leur travail qui laisse peu d'espace à l'intervention psychosociale. Les répondants de la présente recherche perçoivent effectivement un effritement des rôles cliniques au profit des tâches qui ne sont pas directement liées à la personne âgée :

P6 : [...] moi je pense qu'on s'en va beaucoup vers, on va chercher l'information de plein d'autres professionnels, on les réunit et on les mets sur rapport, quand on fait un régime de protection, c'est la même chose. Un peu moins proche du résident, un peu moins proche encore des familles aussi, moins supportant. Le suivi psychosocial là, de moins en moins.

On constate que l'évaluation psychosociale demeure toutefois très présente dans les tâches en dépit de la surcharge. Pour certains répondants, cette tâche qui consiste à formuler une opinion professionnelle, émettre des hypothèses cliniques et dégager des recommandations pour l'intervention représente un moment d'affirmation professionnel de leur contribution au sein de l'équipe interprofessionnelle. Cette tâche peut avoir l'avantage de mieux définir le rôle du travailleur social, de limiter la variété des rôles qu'il assume et l'ambiguïté et les conflits de rôles qui en résulte. Une grande variabilité de rôles apparaît comme un facteur pour lesquels les individus s'adressent à eux amplifiant, par le fait même, leur charge de travail (Royal, 2007).

En résumé, on constate une grande variabilité entre les différents acteurs lorsqu'il est question de définir les rôles du travailleur social auprès des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les études révèlent une certaine méconnaissance des rôles du travailleur social, notamment par les autres professionnels, les gestionnaires et les clients. Le rôle et les compétences des travailleurs sociaux intervenant auprès des personnes âgées n'ont pas été clairement définis. Cette recherche permet ainsi de mieux comprendre les rôles et les défis que sous-tendent ces rôles au sein d'une équipe, d'identifier des rôles distincts qui concernent spécifiquement les personnes atteintes et de rendre compte de l'interaction entre les perceptions et les attentes des différents acteurs et la perception et l'intégration du rôle chez le travailleur social.

5.3 LES LIMITES DE LA RECHERCHE

La présente recherche comporte des limites qui doivent être évoquées, dont certaines découlant de la méthodologie privilégiée. Tout d'abord, la taille de l'échantillon repose sur un nombre relativement limité de participants (n=10), ce qui s'avère insuffisant pour prétendre à la généralisation des résultats à la population à l'étude. Ainsi, les données recueillies et leur analyse ne pourront se transposer intégralement à la réalité des travailleurs sociaux intervenant auprès des personnes atteintes et leur famille. Toutefois, comme le souligne Deslauriers (1991, p. 102), la

difficulté en recherche qualitative réside dans le fait que la généralisation des résultats « présume un contexte stable et une sorte de déterminisme qui ne se retrouve jamais dans la vie sociale ». En dépit de cette limite méthodologique, il est possible de présumer la représentativité de l'échantillonnage en raison de la saturation des catégories survenue alors qu'aucune donnée suffisamment nouvelle ne ressortait dans l'analyse du discours des derniers participants.

Par la suite, il s'avère nécessaire de considérer l'éventuelle présence d'un biais de désirabilité sociale qui se manifeste par l'envie des répondants de gagner une évaluation positive auprès de l'étudiante-chercheuse. Ce mécanisme peut conduire le répondant à orienter certaines de ses réponses, à ne pas partager des informations qui seraient pourtant pertinentes pour l'étude et exposer une réalité différente de celle vécue au quotidien. Par conséquent, en interférant dans les données recueillies, ce phénomène est susceptible d'avoir un impact significatif sur les résultats. Nass, Moon et Carney (1999) identifient deux facteurs, à savoir la nature des questions (sujets sensibles ou très personnels) et la présence d'un enquêteur, qui expliquent l'apparition du biais de désirabilité sociale. Néanmoins, l'étudiante-chercheuse était familière avec les réalités vécues par les intervenants œuvrant auprès des personnes atteintes et de leur famille, ce qui a pu minimiser l'impact de ce biais et favoriser le dialogue durant les entretiens.

La subjectivité de l'étudiante-chercheuse peut être considérée comme une limite selon Lapierre (2012). Néanmoins, comme l'affirme de Lavergne (2007), la rigueur dans une démarche en recherche qualitative passe inévitablement par la reconnaissance de la subjectivité du chercheur et ses biais personnels. En effet, la subjectivité guide tout, du choix du sujet que l'on étudie, de la formulation des hypothèses, du choix des méthodologies et de l'interprétation des données. Dans la méthodologie qualitative, le chercheur est encouragé à réfléchir sur les valeurs et les objectifs qu'il apporte à ses recherches et sur la façon dont celles-ci affectent le projet de recherche (Ratner, 2002).

5.4 PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE

À ce jour, les travaux de recherches sur le thème des rôles spécifiques, perçus, attendus et tenus par un professionnel sont restreints et plusieurs d'entre eux s'intéressent au développement

professionnel des infirmières. Les données recueillies et les conclusions qui se dégagent de la présente analyse permettent de proposer certaines pistes de recherche sur le rôle et la pratique des travailleurs sociaux qui interviennent auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et de leur famille. Après avoir analysé la perception des travailleurs sociaux de leur propre rôle, il serait intéressant d'arrimer cette perception à celle des autres professionnels de l'équipe interprofessionnelle tels que les médecins, les infirmières et les ergothérapeutes. La réalité des travailleurs sociaux du réseau de la santé et des services sociaux implique une collaboration interprofessionnelle et l'investigation des perceptions des rôles de tous et chacun doit se poursuivre. Il serait également pertinent de corroborer les perceptions des travailleurs sociaux à celles des personnes atteintes et de leur famille. Finalement, une autre piste de recherche pertinente en lien avec la perception des travailleurs sociaux de leur rôle serait le monitoring des tâches en temps réel afin de le confronter aux perceptions du travail effectué.

RÉFÉRENCES

- Abramson, J. S., & Mizrahi, T. (2003). Understanding collaboration between social workers and physicians: application of a typology. *Social Work Health Care*, 37(2), 71-100.
- Agresta, J. (2004). Professional role perceptions of school social workers, psychologists, and counselors. *Children and Schools*, 26(3), 151-163.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR], 4e éd. : Washington DC : American Psychiatric Association.
- Association canadienne des travailleurs sociaux. (2012). *Le travail social dans les établissements de soins de longue durée*. (Page consultée le 9 mai 2013). Adresse URL : <http://www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-dans-les-%C3%A9tablissements-de-soins-de-longue-dur%C3%A9e>
- Barth, M. C. (2003). Social work labor market: a first look. *Social Work*, 48(1), 9-19.
- Beder, J. (2009). Social Work in the Department of Defense Hospital: Impact, Role, and Interventions. *Military Medicine*, 174(5), 486-490.
- Berkman, B. (2006). *Handbook of social work in health and aging*. New York : Oxford University Press.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163.
- Blomberg, H., Kallio, J., Kroll, C. & Saarinen, A. (2014). Job stress among social workers: determinants and attitude effects in the Nordic countries. *British Journal of Social Work*, 45(7), 2089-2105.
- Brunet, L., Brassard, A., Corriveau, L., & Pépin, R. (1985). *Le rôle du directeur d'école au Québec : 1^{re} partie* (Rapport de recherche n° 017). Faculté des sciences de l'éducation, Publication du VDR, Université de Montréal.
- Burns, A., & Iliffe, S. (2009). Clinical Review : Dementia. *British Medical Association*, 338, 467-471.
- Canadian Association for Long Term Care. (2017). *Caring for Canada's Seniors Recommendations for meeting the needs of an aging population*. Repéré à http://www.oltca.com/OLTCA/Documents/Reports/CaringForCanadasSeniors_CALTC.PDF.
- Chapman, D. G., & Toseland, R. W. (2007). Effectiveness of Advanced Illness Care Teams for Nursing Home Residents with Dementia. *Social Work*, 52(4), 321-329.
- Cook, A. (2003). Using Video to Include the Experiences of People with Dementia in Research. *Research, Policy and Planning*, 21(2), 23-32.
- Commeiras, N., Fournier, C., & Loubès, A. (2003). *Communication, information, feedback and control system : interpersonal antecedents in the role ambiguity of department heads*. 12th EAERCD Conference, ESCP-EAP, June.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétence en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver: Université de la Colombie-Britannique. Repéré à <http://www.cihc.ca/resources/publications>.

- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3^e éd.). Sage Publications.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19(Suppl 1), 8-20.
- Davis, C., Baldry, E., Milosevic, B., & Walsh, A. (2004). Defining the role of the hospital social worker in Australia. *International Social Work*, 47(3), 346–358.
- Davis, C, Milosevic, B., Baldry, E., & Walsh, A. (2006). Defining the role of the hospital social worker in Australia - Part 2. A qualitative approach. *International Social Work*, 48(3), 289-299.
- de Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives*, (3), 28-43.
- Delli-Colli, N., Dubuc, N., Hébert, R., Dubois, M.-F. (2013). Measuring social work activities with older people: a time and motion study. *Practice : Social Work in Action*, 25(5), 281-296.
- Dépelteau, F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines: de la question de départ à la communication des résultats*(2nd ed.). Québec-Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Doron, I., & Koren, C. (2004). The Social Worker's Role in Homes for the Aged. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 3(2), 47-69.
- Fratiglioni, L., Launer, L. J., Andersen, K., Breteler, M. M., Copeland, J. R., Dartigues, J. F., ... Hofman, A. (2000). Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*, 54(11 Suppl 5), S10-15.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter.
- Gray, F. C., & White, A. (2012). Concept analysis: case management role confusion. *Nursing Forum*, 47(1), 3-8.
- Harr, C., Openshaw, L., & Moore, B. (2010). Interdisciplinary relationships between chaplains and social workers in health care settings. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 16(1), 13-23.
- Hartseil, C. (1987). Perceptions of the role of school psychologist by administrators and school psychologists in Illinois public schools (Doctoral dissertation, Illinois State University, 1987). *Dissertation Abstracts International*.
- Huot, A., (2014). Recension des écrits portant sur les problématiques de rôle chez les personnes exerçant la fonction de coordonnateur départemental. *Revue canadienne des jeunes chercheurs en éducation*, 5(3), 82-90.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., & Snoek, J. D (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- Kaplan, D. B., & Andersen, T. C. (2013). The transformative potential of social work's evolving practice in dementia care. *J Gerontol Soc Work*, 56(2), 164-176.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley.

- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2e éd.). New York: Wiley.
- Keefe, B., Geron, S. M., & Enguidanos, S. (2009). Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges. *Social Work in Health Care*, 48(6), 579-596.
- Koren, C., & Doron, I. (2005). Being a social worker in homes for the aged: the real, the ideal, and the gaps between. *Journal of Gerontological Social Work*, 44(3-4), 95-114.
- Lapierre, L. (2012). La subjectivité et la direction. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(13), 59-73.
- Larivière, C. (2010). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*. Repéré à <https://otstcfq.org/docs/default-document-library/rapport-larivi%C3%A8re-4-final.pdf?sfvrsn=0>.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1995). *Recherche qualitative : fondements et pratiques*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255-265.
- Lymbery, M., Lawson, J., MacCallum, H., McCoy, P., Pidgeon, J., & Ward, K. (2007). The social work role with older people. *Practice*, 19(2), 97-113.
- Mayer, R., & Deslauriers, J-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Dans Mayer, R., & Ouellet, F. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 159-189). Boucherville, Québec : G. Morin.
- Mayer, R., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans Mayer, R., & Ouellet, F. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 115-133). Boucherville, Québec : G. Morin.
- Mills, M. (2003). A Meeting of Minds: Allowing older people with dementia to share their thoughts and experiences about health and social care, using counselling skills. *Research, Policy and Planning*, 21(2), 33-42.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Bonniol, J.-J. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd. ed.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Naito-Chan, E., Damron-Rodriguez, J., & Simmons, W. J. (2005). Identifying Competencies for Geriatric Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(4), 59-78.
- Nass, C., Moon, Y., & Carney, P. (1999). Are respondents polite to computers? Social desirability and direct responses to computers, *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 1093-1110.
- National Association of Social Workers. (2003). *NASW standards for social worker long-term care facilities*. (Page consultée le 23 mars 2013). Adresse URL : <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWLongTermStandards.pdf>
- National Association of Social Workers. (2004). *NASW Standards for Social Work Practice in Palliative and End of Life Care*. (Page consultée le 9 mai 2013). Adresse URL : <http://www.naswdc.org/practice/bereavement/standards/standards0504New.pdf>

- National Association of Social Workers. (2005). *NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*. (Page consultée le 9 mai 2013). Adresse URL : <http://www.naswdc.org/practice/standards/naswhealthcarestandards.pdf>
- National Association of Social Workers. (2010). *NASW Standards for Social Work Practice with Family Caregivers of Older Adults*. (Page consultée le 9 mai 2013). Adresse URL : <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWFamilyCaregiverStandards.pdf>
- Netting, F. E., & Williams, F. G. (1998). Can we prepare geriatric social workers to collaborate in primary care practices? *Journal of Social Work Education, 34*(2), 195-210.
- Nolan, M. (1995). Towards an ethos of interdisciplinary practice. *British Journal of Medicine, 311*, 305-307.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (1998). Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu d'hébergement et de réadaptation. (Page consultée le 13 mars 2013). Adresse URL : <http://www.optsq.org/docs/cadres-et-guides-de-pratique/20-guidepratiqueencommunautaire.pdf?sfvrsn=0>
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). (Page consulté le 23 mars 2013). Adresse URL : <http://www.travailsocial.ca/statistiques.htm>
- Peck, E., & Norman, I. J. (1999). Working together in adult community mental health services: Exploring inter-professional role relations. *Journal of Mental Health, 8*(3), 231-242.
- Pelchat, Y., Malenfant, R., Côté, N., & Bradette, J. (2004). La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation. Rapport de recherche. Équipe RIPOST, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, centre affilié universitaire, Québec. En ligne, <<http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CLSC-CHSLD-Haute-Ville-Des-Rivieres/2922823091.pdf>>.
- Phillips, J., & Waterson, J. (2002). Care management and social work: A case study of the role of social work in hospital discharge to residential or nursing home care. *European Journal of Social Work, 5*(2), 171-186.
- Ratner, C. (2002). Subjectivity and Objectivity in Qualitative Methodology. *Forum Qualitative Social Research, 3*(3).
- Reinardy, J. R. (1999). Autonomy, choice, and decision making: how nursing home social workers view their role. *Social Work in Health Care, 29*(3), 59-77.
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role Conflict and Ambiguity in complex Organizations. *Administrative Science Quarterly, 15*(2), 150-163.
- Rocheblave-Spenlé, A.-M. (1969). *La notion de rôle en psychologie sociale : étude historico-critique* (2^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Royal, L. (2007). Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec.
- Savoie, A., et A. Forget. (1983). *Le stress au travail: mesures et prévention*. Montréal : Agence d'Arc.

- Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitatives: pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD*IST. *Recherches qualitatives*, 20, 99-123.
- Simons, K., Shepherd, N., & Munn, J. (2008). Advancing the evidence base for social work in long-term care: the disconnect between practice and research. *Soc Work Health Care*, 47(4), 392-415.
- Smetanin, P., Kobak, P., Briante, C., Stiff, D., Sherman, G., & Ahmad, S. (2009). *Rising Tide: the Impact of Dementia in Canada 2008 to 2038*, RiskAnalytica.
- Société Alzheimer du Canada. (2012). *Une nouvelle façon de voir l'impact de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées au Canada*. Repéré à <http://www.alzheimer.ca/fr/Get-involved/Raise-your-voice/A-new-way-of-looking-at-dementia>.
- Société Alzheimer du Canada. (2016). *Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada*. Repéré à http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Statistics/prevalence_summary_f.pdf
- Société Alzheimer du Canada. (2016). *Évolution de la maladie d'Alzheimer – « Survol »*. Repéré à http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Progression-series/progression_overview_f.pdf
- Sommers, L. S., Marton, K. I., Barbaccia, J. C., & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *ArchIntern Med*, 160(12), 1825-1833.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris : L'Harmattan.
- Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. Dans Mayer, R., & Ouellet, F. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 39-68). Boucherville, Québec: G. Morin.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. (2006). *The supply and demand of professional social workers providing long-term care services: Report to Congress*. (Page consultée le 23 mars 2013). Adresse URL : <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2006/SWsupply.htm>
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives, hors série* (3), 243-272.
- Wilkinson, H., & Bowes, A. (2003). Innovative Methodologies– Can We Learn from Including People with Dementia from South Asian Communities? *Research, Policy and Planning*, 21(2), 43-53.

ANNEXE A : QUESTIONNAIRE DE DONNÉES FACTUELLES

1. Année de naissance : _____

2. Quel est votre plus haut niveau d'éducation complété?
 - Universitaire 1^{er} cycle (baccalauréat)
 - Universitaire 2^e cycle (diplôme d'études spécialisées (DESS), maîtrise)
 - Universitaire 3^e cycle (doctorat)

3. Depuis quand êtes-vous travailleur social? _____

4. Depuis quand êtes-vous travailleur social à votre lieu actuel de travail?

5. Dans quel établissement travaillez-vous actuellement?
 - CHSLD
 - CLSC
 - Centre hospitalier

6. Si vous avez mentionné CLSC ou centre hospitalier, précisez le service (ou département) dans lequel vous travaillez?

ANNEXE B : GUIDE D'ENTREVUE

Le rôle du travailleur social

1. Comment définissez-vous votre rôle de travailleur social
 - 1.1 Quelles sont vos tâches?
 - 1.2 Comment voyez-vous votre rôle auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée?
 - 1.3 Existe-t-il des particularités dans votre rôle auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par rapport aux autres problématiques?
 - 1.4 Quel est votre rôle auprès de la famille?
 - 1.5 Ya-t-il des rôles que vous souhaiteriez davantage accomplir et que vous souhaiteriez accomplir dans une moindre mesure? Si oui, quels sont-ils? Pouvez-vous me donner des exemples?

La perception de la clientèle du rôle du travailleur social

2. Comment la clientèle perçoit-elle votre rôle?
 - 2.1 Comment la famille de la personne hébergée perçoit-elle votre rôle?
 - 2.1.1 Comment le savez-vous? Partagent-ils cela avec vous ou est-ce une impression?
 - 2.2 Comment la personne atteinte perçoit-elle votre rôle?
 - 2.2.1 Comment le savez-vous? Partagent-ils cela avec vous ou est-ce une impression?

La collaboration professionnelle

3. Comment se déroule la collaboration avec les autres professionnels?
 - 3.1 Quel est votre rôle au sein de l'équipe?
 - 3.2 Comment les autres professionnels perçoivent-ils votre rôle?
 - 3.3 Dans quel contexte les autres professionnels ont-ils davantage recours à vos compétences?

- 3.4 Quelle influence pensez-vous détenir auprès des autres professionnels de votre équipe?
- 3.5 Existe-t-il des professionnels auprès desquels le contact et la communication s'avèrent plus difficiles ou faciles? Si oui, pouvez-vous donner des exemples?