

Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier

par

Jean-François Berthiaume, Ph. D., t.s.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Chargé de cours

École de service social, Université de Montréal

École de travail social, UQAM

Courriel : berthiaj@videotron.ca

Creation and development of medical social work in North American and Quebec hospitals.

Origines et développement du travail social en milieu hospitalier en Amérique du Nord et au Québec.

À travers le temps, les professions développent des raisons d'être et des alliances, voient leurs effectifs s'accroître, établissent une base identitaire, connaissent des divisions internes concernant les orientations à prendre, les fondements de leurs pratiques et la construction de leurs savoirs et, avec l'émergence de secteurs de spécialisation, parfois qualifiés de sous-disciplines, sont appelées à renégocier et à renouveler cette base identitaire à peine conquise. La recherche d'une reconnaissance interne et externe, au sein même de la profession et auprès de la société en général, en est alors rendue plus complexe (Simon, 1994).

Plus de 100 ans après ses débuts, le travail social n'échappe pas à une telle dynamique. Le présent article se propose de situer les origines et les sources du travail social en milieu hospitalier dans le contexte spécifique de la quête permanente de sa reconnaissance professionnelle et du rôle joué par le travail social médical en ce sens, mais également dans la construction

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 89-97.

de l'identité et des savoirs professionnels. Soulignons ici que les termes *travail social médical* sont encore largement employés dans la littérature anglo-saxonne (Auerbach, Mason et Laporte, 2007), mais que plusieurs préfèrent ceux de travail social en milieu hospitalier (Beder, 2006) ou encore dans le secteur de la santé (Cowles, 2003). Ces deux dernières appellations reflètent davantage des mouvances contemporaines, mais également un enjeu identitaire bien précis : celui de ne pas être perçu comme subordonné au corps médical. Puisque notre objet d'étude est celui de la pratique en centre hospitalier, et tout particulièrement dans le secteur des soins physiques, nous ne retiendrons pas les termes de travail social dans le secteur de la santé. Le travail social médical ou en milieu hospitalier est une composante du travail social dans le secteur de la santé. Ce dernier est aujourd'hui pratiqué avec différentes méthodes, la plupart du temps à l'extérieur des hôpitaux et selon différentes perspectives, par exemple, des initiatives de développement social et communautaire en santé publique, des projets d'amélioration des conditions de vie de populations spécifiques en action communautaire, etc.

Mais alors pourquoi s'intéresser au travail social en milieu hospitalier, et plus particulièrement à ses origines et à son historicité. L'intérêt autour de la question historique rejoint une préoccupation que l'histoire en elle-même devrait nous offrir, soit celle de mieux connaître d'où nous venons afin d'avoir une meilleure idée, du moins une certaine idée, de vers où nous allons. Ici les caractères spécifique et général s'influencent réciproquement. Ces enjeux ont été et continuent d'être, entre autres, ceux de la professionnalisation et de la déprofessionnalisation, de la construction des savoirs professionnels et des rapports à l'identité et à la reconnaissance professionnelle.

Origines du travail social

Le travail social tire en grande partie ses origines de deux mouvements sociaux de la fin du

XIX^e et du début du XX^e siècle en Angleterre et aux États-Unis, les *Charity Organization Societies* (COS) et *Settlement Houses* (SH). Le contexte d'émergence de ces mouvements est celui de contrer, dans les villes, les effets négatifs de l'industrialisation et de l'urbanisation. Les COS, issus des mouvements philanthropiques de l'époque, ont pour objectif premier d'assurer la coordination des services de charité et représentent avant tout une volonté d'organisation plus efficiente des services de charité en milieu urbain. Les SH se démarquent davantage des COS sur le plan idéologique et sont associés aux mouvements progressistes et réformistes du début du XX^e siècle (Deslauriers et Hurtubise, 2000; Loavenbruck et Keys, 1987). Mary Richmond (1861-1928) qui dirige les COS de Baltimore, de Philadelphie et de New York, et Jane Addams (1860-1935) qui est à la tête de Hull House à Chicago, sont des *leaders*, praticiennes, activistes et écrivaines, pionnières de la profession naissante. Les initiatives qu'elles dirigent sont reprises dans bon nombre de pays du monde occidental et, au Québec, c'est à Montréal qu'elles sont d'abord implantées. Les milieux intellectuels de la communauté anglophone sont les principaux artisans des *University Settlements*, alors que c'est à l'initiative des organismes catholiques que des centres sociaux voient le jour en milieu francophone. Le Centre social Sainte-Brigide est ainsi la première initiative et est affilié à l'Institut du Bon Conseil sous la direction de Sœur Marie Gérin-Lajoie (1890-1971), fondatrice de la Congrégation des Sœurs du Bon-Conseil (Côté et Maurice, 1999).

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

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

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

La quête de reconnaissance professionnelle est au centre du congrès annuel de 1915 de la *National Conference of Charities and Correction*, ancêtre de la *National Conference of Social Work*. Les organisatrices misent beaucoup sur la présentation de leur principal conférencier, un certain Abraham Flexner. Mal leur en prit. Personnalité marquante de son époque, le docteur Flexner, qui est à l'origine de l'introduction de la science moderne au sein du curriculum des écoles de médecine en Amérique, y tient des propos dévastateurs.

Ce tenant d'un modèle médical de la profession idéale martèle que les travailleuses sociales ne possèdent pas d'habiletés spécifiques, ne pourront jamais devenir de vraies professionnelles et que le travail social ne deviendra jamais une vraie profession (Lubove, 1965; Flexner, 1915).

Les propos du docteur Flexner s'inscrivent dans un courant dominant de définition d'une profession, au moment de la consolidation et de la régulation des professions libérales comme la médecine et le droit. L'émergence de la profession du travail social coïncide avec l'apparition de services civiques volontaires à l'origine de nouvelles professions comme le *nursing*, l'enseignement et les libraires (Simon, 1994), qui ne sont pas reconnues en tant que profession. Une formation dont la durée est plus courte, un statut conférant moins de légitimité, le droit à des communications privilégiées peu consolidé et, enfin, une autonomie professionnelle moins grande en vertu de leur position au sein des organisations bureaucratiques où elles se retrouvent sont parmi les principaux arguments de cette non-reconnaissance (Etzioni, 1969). Le travail social est ainsi confronté, dès ses débuts, à sa première crise de légitimité. Le groupe de ce que l'on qualifiera plus tard de semi-professions sera l'un des plus hétérogènes et comprendra également, au recensement américain de 1910, des gérants de centres touristiques et des annonceurs sportifs (Walkowitz, 1999).

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

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

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

Il faut tout d'abord remonter à 1908. Un ex-patient des établissements asilaires aux États-Unis, Clifford Beers, rédige un article autobiographique qui met au grand jour les traitements brutaux subis par les patients de la part d'un personnel soignant surchargé et sous-payé. Cet article est à l'origine du *mental hygiene movement* qui rassemble alors des intervenantes de plusieurs disciplines, des personnalités publiques, d'ex-patients et leurs proches. Il met en lumière les failles et les échecs du système asilaire et plaide pour une approche plus humaine. Plusieurs travailleuses sociales sont membres du mouvement, dont Mary Jarrett (1876-1921), fondatrice du premier département de travail social psychiatrique au Boston Psychopathic Hospital qui a également collaboré à la mise sur pied du Smith College School for Social Work dans l'État du Massachusetts où se donnent les premiers cours portant sur les fondements du travail social psychiatrique (Brieland, 1987). Dans les années 1920 et surtout 1930, parallèlement à la découverte et à l'émergence de la psychanalyse, bon nombre de travailleuses sociales contribuent à une reconnaissance tant recherchée auprès des milieux scientifiques (Walkowitz, 1999; Hartman et Laird, 1987).

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

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

Les premières normes du travail social en milieu hospitalier sont adoptées par l'*American Hospital Association* (AHA) en 1923 à la suite d'une enquête amorcée deux ans auparavant ayant pour objectif explicite de clarifier les fonctions et les structures de cette pratique spécialisée alors émergente. Les termes *medical social work* ou travail social médical sont alors consacrés, particulièrement en milieu anglo-saxon. Le travail social médical est défini comme une nouvelle spécialité qui s'avère utile à la médecine, tout en voyant son champ s'étendre au sein de la nouvelle profession qu'est le travail social. Des besoins spécifiques de formation sont reconnus et intégrés aux normes, stimulant le développement de sous-programmes spécifiques de la formation du travail social en milieu hospitalier dans les

écoles de travail social en Amérique du Nord. Ces normes sont reprises et bonifiées en 1928 par l'*American Association of Hospital Social Workers* (AAHSW), inaugurée en 1918, qui établit au sein de la profession même, pour la première fois, les standards de la pratique en milieu hospitalier tout en précisant les fonctions et l'organisation d'un département de travail social médical (Fink, 1957). Soulignons que l'AAHSW est la toute première association professionnelle de travailleuses sociales en Amérique du Nord. Elle changera rapidement de nom pour celui d'*American Association of Medical Social Workers* afin de mieux refléter le mouvement du travail social vers des secteurs de pratique en santé autres que ceux des hôpitaux exclusivement (Carlton, 1990). Sur une période de 30 ans suivant sa fondation, on assiste à la fondation de six autres associations professionnelles de travailleuses sociales aux États-Unis, soit : l'*American Association of School Social Workers* (1919), l'*American Association of Social Workers* (1921), l'*American Association of Psychiatric Social Workers*¹ (1926), l'*American Association of Group Workers* (1936), l'*American Association to Study Community Organization* (1946), et le *Social Work Research Group* (1948) (*ibid.*) En 1955, ces sept associations fusionnent et donnent ainsi naissance à la *National Association of Social Workers* (NASW).

Les travailleuses sociales médicales américaines s'opposèrent alors activement à la consolidation d'une association nationale sur la base de leur conviction qu'un corpus de connaissances des plus spécialisés était nécessaire afin d'œuvrer en milieu hospitalier et dans le secteur de la santé en général (Stites, 1955). Au moment de la fusion, l'AAMSW avait contribué de façon significative à la mise sur pied et au développement d'un programme de formation des plus complets, avait établi des standards reconnus pour la pratique et l'enseignement dans ces milieux, en plus d'être des plus active au niveau des écrits scientifiques, tout particulièrement grâce à la publication du périodique *Medical Social Work* (Keigher, 2000). Soulignons qu'il a fallu attendre une quinzaine d'années après leur arrivée en milieu hospitalier avant que les écrits relatifs au travail social médical ne soient plus l'apanage des médecins

pour être produits par des travailleuses sociales ou des académiciens des écoles de travail social (Bywaters, 1986). Sans générer un clivage, les premiers différends, voire les tensions, entre le médical et le social apparaissent : les bases d'un modèle social de la santé pour le travail social vont ainsi émerger et, par surcroît, une définition des spécificités de sa pratique – dimension importante du processus identitaire.

Et au Québec...

L'initiative du docteur Cabot sert d'inspiration au Québec pour l'introduction du travail social dans les hôpitaux. Toutefois, c'est un membre du clergé (non un médecin), le Révérend John Lockhead, pasteur de l'Église Melville de Westmount sur l'île de Montréal qui fonde le service social hospitalier de l'Église Melville en 1909 après avoir visité et pris connaissance de ce qui se faisait au Massachusetts General Hospital à Boston. Le fait que le service mis sur pied par le pasteur Lockhead ne soit pas situé au sein de l'hôpital mais dans la communauté rend la tâche des premières travailleuses sociales en milieu hospitalier à Montréal des plus difficiles. Leur travail est alors davantage associé aux œuvres caritatives des bénévoles au sein des hôpitaux. Cette situation change deux ans plus tard avec la formation du premier département de travail social au Montreal General Hospital, un hôpital non confessionnel qui dessert la communauté anglophone². Sa première praticienne et directrice est Emma Foulis. Tout comme Ida Cannon, Mme Foulis a une formation en soins infirmiers et en travail social (Laramée, 1949). L'année 1911 est marquée par la création de deux autres départements de travail social en milieu hospitalier au Canada, soit au sein des hôpitaux généraux de Toronto en Ontario et de Winnipeg au Manitoba. Soulignons qu'il n'existe pas à ce moment-là, contrairement à l'Angleterre et aux États-Unis, d'école de travail social en milieu universitaire au Québec et au Canada (Lawrence, 1982).

Par contre, tout comme c'est le cas pour leurs collègues aux États-Unis, dès leur entrée dans les hôpitaux, les travailleuses sociales sont mises à contribution au sein d'équipes formées presque exclusivement de médecins, d'infirmières et de préposés. Les travailleuses sociales ne sont pas impliquées auprès de tous les

patients. Ce sont les médecins qui envoient en consultation un patient à la travailleuse sociale. À cette époque, c'est le docteur Robinson, un collègue du docteur Cabot, qui trace, le premier, les critères d'une telle consultation. Celui-ci affirme que le médecin est responsable du traitement à prodiguer dans son ensemble, ainsi que de la découverte de ce qu'il appelle alors « des conditions sociales adverses ».

Celles-ci sont parfois bien définies, par exemple lorsqu'il est fait mention que tous les patients atteints de la tuberculose doivent être dirigés vers la travailleuse sociale, ou encore que le patient pour lequel une histoire sociale souligne des conditions de vie de pauvreté et de stress devra faire l'objet d'une demande d'intervention de la travailleuse sociale (Robinson, 1939).

En même temps que cette façon de faire traduit, en partie, une certaine reconnaissance à l'égard du travail social, il nous faut souligner ici l'émergence d'un problème qui persiste à ce jour, soit que ces consultations ne sont la plupart du temps pas réalisées en fonction des besoins psychosociaux des patients et de leurs proches, mais en fonction de la perception que se font les médecins et les autres professionnels de la santé du rôle d'une travailleuse sociale. En milieu hospitalier, cette perception est souvent associée à l'organisation des services au moment de la sortie du patient (Lindsay et Perrault, 1987).

Un enjeu se pose alors au travail social médical, soit celui de développer, de promulguer et de diffuser des protocoles de consultation fondés sur une problématique spécifique de vulnérabilité psychosociale à la maladie qui précisent les critères d'une demande de consultation en travail social. À défaut, nous nous retrouvons en présence d'un système où d'autres professionnels définissent pour le travail social sa clientèle, son rôle et le moment de son intervention (Ripley, 1985).

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

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

Des départements de service social sont implantés presque exclusivement au sein des hôpitaux de la communauté anglophone, notamment le Royal Victoria (1913), le Montreal Maternity Hospital qui intègre par la suite le Royal Victoria (1916), le St. Mary's Hospital (1934) et le Jewish General Hospital (1935). En milieu francophone, l'Hôpital Sainte-Justine fait figure de pionnier et d'exception en organisant un département de service social dès 1918, puisqu'il faut attendre la fin des années 1940 et le début des années 1950 pour voir le travail social s'implanter et connaître un essor au sein des hôpitaux francophones (Taylor-Rossinger, 1985; Bernier, 2006). Chaque département développe des pratiques spécifiques, par exemple : auprès des sans-abris et des nouveaux arrivants qui ne parlent ni le français ni l'anglais, principalement des Italiens, des Polonais et des Ukrainiens (Royal Victoria); avec les mères et leurs enfants durant le séjour précédant la naissance, mais aussi au sein des cliniques de bien-être du nouveau-né (Montreal Maternity Hospital); lors des investigations financières et de l'évaluation de la situation familiale reliée à la santé de la famille (Sainte-Justine); ou encore en développant des instruments visant une évaluation globale de la personne en rapport avec sa maladie et son environnement (Notre-Dame).

Des liens se développent avec les écoles de travail social qui voient alors le jour, notam-

ment à l'Université McGill (1923) et à l'Université de Montréal (1940). En 1935, la première Conférence nationale du travail social se tient à Montréal et le Regroupement des travailleuses sociales médicales de l'Est du Canada, créé en 1930, anime un événement marquant. Une réception a lieu à l'Hôpital Royal Victoria en l'honneur de Cherry Morris, travailleuse sociale médicale, directrice et fondatrice du travail social médical au Saint-Thomas Hospital de Londres. C'est l'occasion d'un rassemblement de plus de 150 travailleuses sociales en milieu hospitalier. La même année, soit deux ans après leurs homologues américaines, la première version des standards de pratique de la profession en milieu hospitalier au Canada, issue de la collaboration entre les travailleuses sociales en milieu hospitalier et le milieu universitaire, voit le jour. Au milieu du XX^e siècle, on retrouvait un programme de travail social médical au sein des écoles de travail social en milieu universitaire en Amérique du Nord. Ce programme consistait en une formation spécialisée de deux années qui comptait une importante composante de stage en milieu hospitalier (Taylor-Rossinger, 1985). Au sein des écoles de travail social canadiennes, le programme du travail social médical n'était pas aussi élaboré que celui que l'on retrouvait au sein des écoles américaines puisqu'il se résumait à une année de formation spécialisée plutôt que deux. Tant aux États-Unis qu'au Québec et au Canada, ces programmes de formation spécialisés se sont effrités progressivement au profit d'une formation plus générale et d'un désir de rassembler l'ensemble de la profession, pour complètement disparaître durant les années 1960.

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

Tout processus de professionnalisation comprend une certaine spécialisation. Jusqu'à un certain point, on peut faire mention d'une fragmentation de la profession et, par le fait même, de son identité (Gibelman, 1999; Abbott, 1988). C'est ainsi que le travail social médical s'est en quelque sorte consolidé comme une sous-discipline au sein de la profession. Une analyse des documents produits plus récemment par les deux grandes organisations professionnelles

du travail social au Québec et aux États-Unis – l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) et la National Association of Social Workers (NASW) – nous permet de mettre en lumière certains constats.

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

Au Québec, une réforme importante dans le domaine de la santé et des services sociaux, instituée par les nouvelles dispositions de la *Loi sur la santé et les services sociaux* de 1991, est à l'origine du tout premier *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier*, de l'OPTSQ en 1994. Cette loi et les décrets qui l'accompagnent entraînent des changements multiples et profonds dans le milieu hospitalier. Les années qui suivent sont marquées par des transformations majeures dans l'organisation et la dispensation des soins de santé. C'est le début de changements structurels importants (fusions d'établissements et avènement de modèles de gestion par programmes), de nouvelles prestations de services (particulièrement le virage ambulatoire et le

travail en partenariat), sans compter les modifications du fonctionnement interne et l'orientation vers le travail en interdisciplinarité. Le besoin d'affirmer son rôle et sa contribution est souligné dans la première version du guide et repris dans la plus récente à ce jour, soit celle de 1999 (OPTSQ, 1999).

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

Conclusion

Par cette brève incursion vers les origines et le développement du travail social en milieu hospitalier en Amérique du Nord, qui est encore parfois désigné de nos jours par les termes de travail social médical, nous avons été en mesure de constater que les travailleuses sociales sont la plupart du temps les premières artisanes de la construction de leur identité professionnelle et du développement de leurs savoirs professionnels.

La quête pour une plus grande reconnaissance professionnelle s'est avérée une importante source de motivation dans ce processus. Soulignons que, dans une perspective interactionniste de l'identité professionnelle, cette dernière est un processus perpétuel, en action, au sein duquel les personnes recréent et négocient continuellement leur rôle et leur place dans chaque interaction sociale (King et Ross, 2003).

Cette quête de reconnaissance demeure une préoccupation encore présente de nos jours, et ce, même si le milieu hospitalier dans lequel les travailleuses sociales se retrouvent aujourd'hui diffère profondément de celui investi par leurs prédécesseurs et tout particulièrement celles qui y ont fait les premiers pas il y a maintenant plus de 100 ans. Cette reconnaissance dans un milieu où la profession du travail social apparaît

comme une *invitée* au sein d'un univers dont l'hôte principal est le corps médical, est recherchée tant par la profession elle-même que par le reste du milieu hospitalier.

La reconnaissance interne, parmi ses pairs, a certes connu des résultats plutôt favorables. Les pionnières du travail social médical ont non seulement contribué à tracer les balises où s'articule le rôle professionnel, mais elles ont été appelées à jouer un leadership à des moments déterminants de l'évolution de la profession dans son ensemble. Quant à la reconnaissance extérieure, elle connaît encore des résultats mitigés. C'est ainsi que, notamment, le rôle et la contribution du travail social continuent à être l'objet de méconnaissance et se heurtent continuellement à des perceptions trop souvent réductionnistes fortement présentes dans ce milieu.

À nouveau, la profession se retrouve face à des moments déterminants concernant le renouvellement de son identité et de ses savoirs professionnels. L'engagement proactif et soutenu de celles qui ont tracé les premiers pas au sein du milieu hospitalier ne peut que servir de source d'inspiration aux défis d'aujourd'hui, car ils sont de taille. À défaut de pouvoir y faire face et de les relever, le travail social en milieu hospitalier se retrouve non seulement face à une crise d'identité potentielle majeure, mais à une inévitable marginalisation et à un questionnement de sa présence (crise de légitimation).

Descripteurs :

Service social médical - Québec (Province) - Histoire // Service social médical - États-Unis - Histoire // Travailleuses sociales - Québec (Province) - Associations // Travailleuses sociales - États-Unis - Associations // National Association of Social Workers - États-Unis - Histoire
Medical social work - Quebec (Province) - History // Medical social work - United States - History // Women social workers - Quebec (Province) - Associations // Women social workers - United States - Associations // National Association of Social Workers - United States - History

Notes

- 1 Cette association a été formée par des travailleuses sociales œuvrant en milieu hospitalier psychiatrique et reflétait ainsi leur sentiment de ne pas se sentir chez elles au sein du regroupement de l'ensemble des travailleuses sociales en milieu hospitalier.
- 2 Voir l'article de Constance Lechman « A History of The Montreal General Hospital Social Service Department » dans ce numéro.

Références

- Abbott, A. (1988). *The Systems of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Auerbach, C., Mason, S. E., & LaPorte, H. H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 17-32.
- Baylis, P. J. (2004). Social work's protracted identity crisis: a lacanian perspective, *Psychoanalytic Social Work*, 11 (1), 55-69.
- Beder, J. (2006). *Hospital social work – the interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
- Bernier, N. (2006). *La Contribution du service social au domaine de l'oncologie psychosociale et des soins palliatifs : perspective historique*. Centre d'appui au développement des pratiques et de la recherche en service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Brieland, D. (1987). History and evolution of social work practice. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur). *Encyclopedia of social work, 18th Edition: 739-753*. Silver Spring: NASW Press, tome 1.
- Butt, T. (1996). PCP: Cognitive or social psychology? In J. W. Scheer & A. Catina (Eds). *Empirical constructivism in Europe, the personal approach* : 58-64. Psychosocial-Verlag, Giesse.
- Bywaters, P. (1986). Social work and the medical profession – arguments against unconditional collaboration, *British Journal of Social Work*, 16, 661-677.
- Cabot, R. C. (1915). *Social service and the art of Healing*. Réédition 1973. New York: NASW Classic Series.
- Cabot, R. C. (1919). *Social Work: Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. Boston: Houghton Mifflin.
- Carlton, T. (1990). Twenty-five years of advancing hospital social work: A salute to the Society for Hospital Social Work, *Health and Social Work*, 15 (1), 3-7.

- Côté, D., et Maurice, M.-P. (1999). L'Organisation communautaire avant la Révolution tranquille : portrait de trois précurseurs, *Intervention*, 110, 39-52.
- Cowles, L. A. F. (2003). *Social work in the health field: a care perspective*. (2nd Edition). New York: The Haworth Press.
- De Robertis, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social – l'aide à la personne (nouvelle édition)*. Paris : Bayard.
- Deslauriers, J.-P., et Hurtubise, Y. (sous la direction) (2000). *Introduction au travail social*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Ehrenreich, J. H. (1985). *The Altruistic imagination: A History of social work and social policy in the United States*. Ithaca: Cornell University Press.
- Etzioni, A. (1969). *The Semi-professions and their organization*. New York: The Free Press.
- Fink, A. E. (1957). *The Field of social work*. New York: H. Holt & cie.
- Flexner, A. (1915). Is Social work a profession? *Proceedings of the National conference of charities and corrections*, 42, 576-590.
- Gilbelman, M. (1999). The Search for identity: defining social work – past, present, future, *Social Work*, 44 (4), 298-309.
- Hartman, A., & Laird, J. (1987). Family practice. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work*, 18th Edition: 575-588. Silver Spring: NASW Press, tome 1.
- Hiersteiner, C., & Peterson, K. J. (1999). Crafting a usable past: the care-centered practice in social work, *Affilia*, 14 (2), 144-161.
- Keigher, S. (2000). Knowledge development in health and social work, *Health and Social Work*, 25 (1), 3-8.
- King, N., & Ross, A. (2003). Professional identities and interprofessional relations: Evaluation of collaborative community schemes, *Social Work in Health Care*, 38 (2), 51-71.
- Laramée, M. M. S. (1949). *Medical social work in Montreal*. Mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal.
- Lawrence, J. M. (1982). Social work department celebrates 70th anniversary. *Montreal General Hospital News*, 20 (1).
- Lindsay, J., & Perrault, C. (1987). *Les services sociaux en milieu hospitalier*. Synthèse critique numéro 41, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Loavenbruck, G., & Keys, P. (1987). Settlements and neighborhood centers. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work*, 18th Edition: 556-561. Silver Spring: NASW Press, tome 2.
- Lubove, R. (1965). *The Professional altruist: the emergence of social work as a career: 1880-1930*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- National Association of Social Workers (2005). *NASW Standards for social work practice in health care settings*. Washington: D.C., NASW Press.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal : OPTSQ.
- Ripley, J. (1985). The Referral system: A dilemma for hospital social workers, *Le Travailleur social*, 53 (4), 164-166.
- Robinson, G. C. (1939). *The Patient as a person*. New York: The Commonwealth Fund.
- Ross, J. W. (1998). Hospital Social Work. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work*, 19th Edition: 1365-1376. Silver Spring: NASW Press.
- Rudolph, C. S. (2000). Educational challenges facing health care social workers in the Twenty-First Century, *Professional Development*, 3 (1), 31-43.
- Simon, B. L. (1994). *The Empowerment tradition in american social work – a history*. New York: Columbia University Press.
- Stites, M. A. (1955). *History of the American Association of Medical Social Workers*. Washington, D.C.: American Association of Medical Social Workers.
- Stuart, P. H. (2004). Individualization and prevention: Richard C. Cabot and early medical social work, *Social Work in Mental Health*, 2 (2-3), 7-20.
- Taylor-Rossinger, E. (1985). Une chronologie des événements, dans M. Émond, J. Lindsay et C. Perrault (Éditeurs) (1985). *Le travail social et la santé au Québec* : 435-466. Montréal : Behaviora.
- Tourmen, C., et Toulemonde, J. (2005). Analyses du travail et formation – Former à évaluer : les retombées d'une recherche appliquée, *Éducation permanente*, 165, 87-99.
- Walkowitz, D. J. (1999). *Working with class: Social workers and the politics of middle-class identity*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.