

---

**ATELIER 11**  
**Les stages à l'étranger**  
(Pierre LAPART)

---

**Communication 11.1**  
**« Stage de prospection en Belgique : une analyse comparative  
entre le Québec et la Belgique »**  
**Maryke Beaudry, Isabelle Chouinard et Isabelle Tardif, Université de  
Sherbrooke**

---

De notre propre initiative, nous avons effectué un stage de prospection ayant pour objectif d'approfondir la problématique du vieillissement et d'explorer les services offerts aux personnes âgées en Belgique afin de les comparer avec ceux du Québec. Ce projet de stage a été subventionné dans le cadre des programmes de l'Agence Québec Wallonie Bruxelles pour la Jeunesse (AQWBJ). D'une durée de deux semaines, du 28 septembre au 13 octobre 2004, ce projet a permis la rencontre d'une cinquantaine d'interlocuteurs notamment des professeurs, des intervenants issus des secteurs social et paramédical, des chercheurs, des étudiants, des gestionnaires, etc. Ces derniers provenaient de milieux de pratique différents tels que CPAS, hôpitaux, ASBL, Hautes Écoles d'enseignement, maisons de repos, etc. Une grille de questions générales a d'abord orienté les discussions, puis alimenté les échanges et les débats. Des lectures et des rencontres de discussion entre les participantes au projet ont fait partie des démarches d'analyse comparative sommaire des services sociaux belges et québécois.

Le présent document a été construit à partir des données et des observations recueillies durant cette expérience en Belgique. Afin de rappeler que la Belgique et le Québec vivent sensiblement la même réalité, un bref aperçu de l'état du vieillissement de la population sera d'abord exposé. Ensuite, nous traiterons de quelques différences observées entre la Belgique et le Québec quant à la structure gouvernementale, ce qui permettra d'introduire le modèle de protection sociale prédominant de chacun des pays, en plus de souligner la complexité du système belge. Les modèles de Beveridge et de Bismarck seront alors présentés avec leurs forces et faiblesses, afin de mieux comprendre les distinctions relevées par la suite entre l'organisation des services sociaux de la Belgique et ceux du Québec. L'interdisciplinarité sera aussi abordée, puisqu'elle est étroitement liée à l'organisation des services et que la complexité des situations rencontrées en gérontologie requiert, sans contredit, l'apport de plusieurs disciplines. L'identité professionnelle et le rôle du travailleur social seront également touchés, ceci dans le but de dégager les préoccupations actuelles des travailleurs sociaux, ainsi que les besoins futurs en travail social sur le plan de la formation. Finalement, les apports pour la formation d'une telle expérience à l'étranger seront énoncés.

**Convergences et divergences entre la Belgique et le Québec**

## ***Vieillessement de la population***

La gérontologie s'avère être un champ d'intervention de plus en plus complexe et appelé à évoluer dans les années à venir en raison du phénomène du vieillissement de la population qui s'observe tant au Québec qu'en Belgique. En effet, ce phénomène est maintenant présent dans toutes les sociétés industrialisées et cela, principalement en raison de la diminution du taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie (Le Gouëff, 1995). En ce qui concerne l'espérance de vie des aînés, le développement des technologies biomédicales et pharmacologiques, tout comme les progrès sociaux et médicaux survenus depuis le milieu du vingtième siècle, ont tous largement contribué à son augmentation. Il faut savoir que le renversement de la pyramide des âges risque de rendre l'indice de dépendance des personnes âgées de plus en plus difficile à assumer pour les sociétés. Dans toute la population, les personnes âgées forment le groupe qui consomme le plus de soins de santé (Le Gouëff, 1995, p. 33). Cette réalité présente des défis importants pour le système de santé et de services sociaux, entre autres, quant à sa capacité de répondre aux besoins de plus en plus élevés des personnes âgées.

## ***La complexité du système belge***

Même si le Québec et la Belgique se trouvent devant un même défi, celui de faire face au phénomène du vieillissement de la population, il n'en demeure pas moins que la gestion des services de santé et services sociaux en gérontologie diffère de manière importante entre ces deux nations occidentales. Avant de débiter la comparaison des modèles de gestion du social en gérontologie entre le Québec et la Belgique, nous devons signaler la haute complexité du système de santé et services sociaux belge tant par sa structure organisationnelle que par les enjeux liés à celle-ci. La structure gouvernementale belge illustre bien cette complexité. Trois paliers de pouvoir gouvernent le pays : le fédéral, les communautés linguistiques (française, flamande et germanophone) ainsi que les régions (Wallonne, Flamande et Bruxelles-capitale). Au Canada, le fédéral et les provinces ont chacun leurs champs de compétences respectifs, ce qui constitue deux instances qui gèrent les services publics. Leurs rôles et responsabilités semblent plus circonscrits qu'en Belgique, du moins dans le champ sociosanitaire. Effectivement en Belgique, la sphère d'activité de la santé et services sociaux relève à la fois du fédéral et des régions et parfois même des communautés linguistiques. C'est donc dire qu'un même organisme peut recevoir du financement, pour son fonctionnement de base, de deux ou trois paliers de gouvernement différents. Par exemple, selon les partenaires rencontrés, les centrales de soins à domicile reçoivent environ 75% de leur financement de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (I.N.A.M.I) qui relève du fédéral, en plus de recevoir des sommes importantes du ministère des régions pour financer leurs services d'aides familiales.

La situation est bien différente au Canada puisque par le biais des transferts fédéraux aux provinces, celles-ci sont responsables de gérer l'organisation et la prestation des soins de santé et services sociaux. Ainsi, suite à la régionalisation en 1992 du système de santé par la loi 120, les Régies régionales (maintenant appelées Agences de développement [1] ) sont responsables de financer, selon les priorités des régions, les organisations tant institutionnelles que

communautaires sur l'ensemble de leur territoire. Essentiellement, les organisations en santé et services sociaux au Québec ne sont imputables qu'à un palier de gouvernement pour leur financement de base, soit le provincial.

### ***Les modèles de protection sociale : Beveridge et Bismarck***

Un autre élément ayant grandement suscité notre intérêt a été de constater qu'un modèle de type Bismarkien colore la protection sociale en Belgique, alors qu'au Québec nous constatons plutôt une tendance au modèle de type Beveridgien. Nous tenons toutefois à préciser qu'actuellement ces typologies, développées par Esping-Anderson, ne se retrouvent jamais à l'état pur au sein des sociétés démocratiques. La réalité étant plus nuancée, les modèles se chevauchent et s'entrecroisent à l'intérieur d'un même pays même s'il est possible d'y dégager une tendance majeure.

En Belgique, le système de soins de santé et de services sociaux est issu d'un système de protection sociale de type Bismarckien. Ce dernier repose sur l'assurance professionnelle obligatoire. Dans un tel système, les droits sociaux proviennent de l'exercice d'une activité professionnelle, activité dont la protection sociale est la contrepartie et à laquelle s'impose le versement des cotisations définies en proportion des salaires (Dupeyroux dans d'Intignano, 1993). Pour illustrer concrètement ces concepts théoriques, les citoyens belges doivent obligatoirement s'inscrire à un régime d'assurances en s'affiliant à une mutualité. Les mutualités sont des associations sans but lucratif, basées sur un système de solidarité sociale fondé sur l'entraide mutuelle des membres (I.N.A.M.I, 2005). Ainsi, une personne cotisant à la mutualité a droit, en retour, à une protection sociale. Pour ne nommer que quelques exemples, notons un remboursement des frais médicaux, une indemnité en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité pour cause de maladie ou d'accident survenus dans la sphère privée, une indemnité de maternité en cas de grossesse, une allocation pour frais funéraires en cas de décès, etc. Un trait particulier au système belge concerne le fait que les mutualités sont hautement politisées. Elles sont réunies dans les unions nationales suivantes: Alliance nationale des mutualités chrétiennes; Union nationale des mutualités socialistes; Union nationale des mutualités neutres; Union nationale des mutualités libérales; Union nationale des mutualités libres (I.N.A.M.I, 2005). Un citoyen belge peut donc choisir, selon ses convictions politiques, une mutualité. Il semble que le régime de protection est à peu près semblable d'une mutualité à l'autre. Néanmoins, il existerait quelques différences mineures liées aux idéologies des mutualités. Par exemple, la mutualité chrétienne ne rembourse pas la pilule anticonceptionnelle.

De plus, il n'existe pas de régime uniforme de sécurité sociale qui soit applicable de la même façon à tous les citoyens en Belgique. Comme nous venons d'expliquer, le système belge est basé sur un modèle assurantiel et la protection sociale des citoyens varie en fonction de leur statut professionnel. Il existe trois principaux régimes de protection, soit le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime du secteur public (fonctionnaires). Toutefois, certaines catégories de personnes, n'ayant pas de

statut professionnel, ne sont pas protégées par ces régimes. Pour subvenir à leurs besoins de base, les pouvoirs publics ont donc créé des "régimes subsidiaires" afin de leur garantir des allocations minimales. Nous pensons ici aux allocations pour les personnes handicapées, au Minimex, aux allocations familiales garanties et au revenu garanti pour les personnes âgées. Cela constitue le dernier filet de protection sociale en Belgique et peut s'apparenter à certains régimes que nous connaissons bien au Canada comme la sécurité du revenu (aide sociale) ou le régime des rentes du Québec.

Au Canada et au Québec, le système de santé et services sociaux fonctionne selon une logique différente, celle issue d'un modèle de protection Beveridgien. Selon cette logique, tous les citoyens canadiens possèdent les mêmes droits en matière de santé. L'universalité des soins, conférée par le laisser-passer de la carte d'assurance-maladie, permet d'assurer la qualité et l'accessibilité aux soins de santé à tout citoyen, peu importe son statut socio-économique. Un tel système repose sur des valeurs de solidarité entre tous les citoyens, en plus d'être régi par trois principes fondamentaux :

- 1) l'universalité où tout citoyen, au-delà de sa situation professionnelle, est protégé contre les risques sociaux;
- 2) l'unicité qui concerne un système unique chargé de gérer l'ensemble des fonds et aides;
- 3) l'uniformité où chaque citoyen peut percevoir des aides en fonction de ses besoins et donc, indépendamment de son revenu (d'Intignano, 1993).

Avant de prendre connaissance des forces et faiblesses de ces modèles de protection sociale, nous tenons à rappeler qu'aucun de ces modèles n'existe à l'état pur. En effet, les modèles de Beveridge et de Bismarck sont des typologies, c'est-à-dire des concepts abstraits qui facilitent la compréhension de la réalité sociale. Au Canada, nous pouvons constater l'influence du modèle de Beveridge dans certains secteurs, notamment celui de la santé, alors que d'autres programmes, comme l'assurance-chômage, sont plutôt basés sur le modèle de Bismarck. Cette remarque est importante puisque nous ne souhaitons pas que les enjeux que nous allons dégager en lien avec chacun des systèmes de protection soient considérés à l'état pur. Dans la réalité, il existe des nuances importantes que nous ne pourrions pas illustrer ici avec précision.

La plus grande force du modèle bismarckien est à l'effet qu'il s'appuie davantage sur une gestion du social de type participatif, puisque les acteurs sociaux (employeurs et employés) doivent contribuer à la caisse de protection sociale, ce qui a généralement pour effet de responsabiliser les partenaires sociaux. Par contre, les principales faiblesses de ce modèle concernent l'oubli possible des personnes exclues du marché du travail [1] , le penchant pour le corporatisme ainsi que les inégalités intraprofessionnelles (tous les travailleurs n'ayant pas la même protection sociale) (d'Intignano, 1993).

En ce qui concerne les politiques et programmes sociaux inspirés du modèle de Beveridge, les forces s'articulent principalement autour des valeurs de justice et d'égalité, étant donné que la couverture est universelle (les mêmes règles s'appliquent pour tout le monde). La tendance vers une gestion plus bureaucratique ainsi que la fragilité financière du système lors de période d'instabilité économique sont les deux faiblesses principales de ce système de protection sociale (d'Intignano, 1993).

### ***Organisation des services***

Tout d'abord, nous avons constaté que la coordination des services est un enjeu important tant en Belgique qu'au Québec. En effet, spécifiquement dans le domaine de la gérontologie, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes ainsi que l'accentuation du caractère chronique et sévère des pertes d'autonomie observées chez les aînés multiplient les demandes de soins et services. Ainsi, afin de guider la personne âgée à travers la complexité du réseau géronto-gériatrique, d'assurer une certaine continuité dans les services dont elle bénéficie et de répondre à ses besoins de façon adéquate, il importe qu'un minimum de coordination des services soit réalisé.

Au fil des rencontres, une différence concernant l'organisation des services gérontologiques entre les deux pays nous est apparue. Il nous a semblé en effet que selon les côtés de l'Atlantique, la coordination ne se situe pas au même niveau. En effet, nous avons réalisé que dans les organisations belges, la coordination semblait se faire surtout entre les différents intervenants oeuvrant à l'intérieur d'un même établissement alors qu'au Québec, en plus d'être présente au sein de chacun des organismes, la coordination est opérée entre les établissements offrant des services aux personnes âgées d'un même territoire. Cette différence concernant la coordination serait peut-être liée au fait qu'en Belgique, les services dispensés aux aînés sont davantage intégrés dans un seul établissement, qui est plus centralisateur. Au Québec, les nombreuses coupures dans les services et les reconfigurations que le réseau de la santé et des services sociaux a connues ont multiplié la provenance et les types de services offerts aux personnes âgées. Ainsi, plusieurs établissements issus des secteurs public, parapublic, communautaire et privé, dispensent différents services complémentaires à la clientèle âgée. Afin d'assurer une meilleure continuité dans les services québécois, une coordination plus large est donc nécessaire. Cependant, en raison des nombreux établissements offrant des services, ceux-ci sont souvent offerts de façon morcelée. Une solution qui a été mise de l'avant pour remédier à ce problème est les réseaux intégrés de services. Ces réseaux ont d'ailleurs pour principe central la coordination inter-établissements. Pour assurer cette coordination, on vise à ce qu'un intervenant principal s'en assure, à ce que des dispositifs de passage d'un établissement à l'autre soit élaborés et à ce que la communication soit efficace (MSSS, 2003). Nous n'avons pas eu connaissance que de tels réseaux intégrés de services soient l'objet de débats en Communauté française de Belgique. Nous croyons qu'étant donné le fait que la coordination se situe davantage à l'intérieur des établissements en Wallonie et à Bruxelles, une réflexion sur une coordination

entre les établissements d'un même territoire n'est pas encore d'actualité.

L'intégration des services des deux territoires francophones semble également comporter des différences. Au Québec, un manque d'intégration est perceptible en raison de la pluralité de provenance des services. En Belgique, un tel manque d'intégration semble aussi repérable, mais à travers les services offerts par les diverses mutualités. Comme les mutualités chrétiennes, socialistes, libérales, etc. offrent des services d'aide à domicile et d'hébergement à leurs membres, plusieurs de ces services sont disponibles sur le marché d'un même territoire. Or, nous avançons l'hypothèse que cette multitude de services de même nature a de fortes chances d'occasionner un certain manque d'intégration entre eux. Un enjeu spécifique à la Belgique à cet égard consiste en la politisation des mutualités. Cette dernière entraîne un certain manque de communication entre les établissements appartenant aux différentes mutualités qui offrent des services gérontologiques. On peut supposer en effet que les idéologies parfois divergentes des partis politiques entravent la possibilité pour les acteurs de s'asseoir et d'unir leurs actions vers un but commun. À cet égard, il devient alors plutôt difficile de favoriser une meilleure intégration des services.

## **Interdisciplinarité**

La question de la coordination, qu'elle soit effectuée au sein des équipes de travail d'une seule et même association ou à travers les organismes d'un même territoire, soulève l'enjeu de l'interdisciplinarité. Comme nous le savons, tout travail auprès des personnes âgées en perte d'autonomie interpelle des professionnels de nombreuses disciplines, que ce soit des médecins, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des infirmières, des travailleuses sociales, etc. Ainsi, pour favoriser une meilleure intervention, ces professionnels doivent travailler dans un but commun et avoir une vision partagée de la situation de la personne âgée. Or, il nous est apparu qu'en Belgique, la notion semble à peine émerger dans les milieux de pratique alors qu'au Québec, l'interdisciplinarité fait déjà partie des discours et des politiques gouvernementales. En effet, la politique québécoise de soutien à domicile « *Pour faire les bons choix chez soi : le premier choix* » (MSSS, 2003), souligne l'importance de l'interdisciplinarité dans la réussite du maintien à domicile des personnes âgées. Compte tenu des nombreux établissements qui offrent des services à la clientèle âgée québécoise et de la nécessité d'une coordination inter-établissements, il apparaît logique de tendre vers l'interdisciplinarité entre les professionnels.

Par ailleurs, selon les partenaires rencontrés, la notion d'interdisciplinarité commence depuis peu à être enseignée aux étudiants dans les établissements d'enseignement belges. À cet égard une formation d'un an, à nos yeux innovatrice, menant au *Diplôme en études spécialisées en gériatrie et psychogériatrie* est maintenant offerte aux étudiants diplômés d'une discipline associée à la gérontologie telle que les sciences infirmières, le service social, l'orthophonie, l'ergothérapie, la physiothérapie, etc. Instaurée dans une volonté de répondre à la complexité de la gérontologie, cette spécialisation en

interdisciplinarité, prépare les étudiants, déjà professionnels, à travailler ensemble, à développer une vision commune d'intervention et à s'orienter vers un même but. Un tel programme d'enseignement gagnera certainement en popularité dans les années à venir en Belgique et ouvrira sans doute la porte à de nouvelles opportunités d'emploi pour les diplômés dont la spécialisation sera un atout important pour les employeurs. Au Québec, pour avoir accès à une formation plus spécialisée en gérontologie, les étudiants doivent poursuivre des études menant à la maîtrise ou au doctorat. L'interdisciplinarité à cet égard est davantage abordée de façon abstraite et conceptuelle; ses enjeux et ses fondements sont enseignés dans un objectif de compréhension et d'analyse. Les formations aux cycles supérieurs universitaires rendent alors les étudiants plus particulièrement aptes à la recherche sur l'interdisciplinarité et en gérontologie en général. Cela est donc relativement différent de la situation en Belgique puisque la formation y est davantage centrée sur la pratique et vise à former des techniciens experts en gérontologie. De plus, les étudiants diplômés de cette formation ont acquis les connaissances et les compétences pour entre autres gérer des maisons de repos ou des maisons de soins et de repos. Cela constitue une autre différence avec le Québec puisque dans notre province, les gestionnaires de maisons d'accueil pour personnes âgées et de CHSLD ne possèdent pas nécessairement de formation spécifique sur ce plan. Il s'avère donc que le réflexe de considérer la clientèle et ses besoins dans les décisions prises en centres d'hébergement en Belgique est sans doute plus développé chez les gestionnaires belges en raison de leur formation

### ***L'identité professionnelle et le rôle du travailleur social***

Pour favoriser l'exercice de l'interdisciplinarité, il est important que les rôles de chacun des professionnels soient bien définis afin d'éviter entre autres des doublages dans l'intervention. Sur ce point, il semble que des intervenants des deux pays soient parfois confrontés à un manque de reconnaissance de la part des autres professionnels. Du côté de la Belgique, des zones grises ont été identifiées chez les ergothérapeutes et entre les assistantes sociales et les infirmières sociales. Selon des professionnels rencontrés, de nombreux intervenants ne connaîtraient pas le rôle des ergothérapeutes, ni la contribution qu'ils peuvent apporter à la clientèle et à l'équipe. Un phénomène presque similaire se rencontre chez les assistantes sociales et les infirmières sociales. Les infirmières sociales sont d'abord des intervenantes ayant une formation en sciences infirmières et qui ont suivi une spécialisation d'un an en « social » alors que les assistantes sociales ont une formation de base en service social. Or, plusieurs assistantes sociales rencontrées nous ont avoué que certaines des tâches qui leur étaient assignées étaient parfois effectuées par des infirmières sociales. De leur point de vue, les infirmières sociales, de par leur formation dans le domaine médical n'ont pas suffisamment développé les aptitudes propres aux assistantes sociales, comme la capacité d'analyser toute la complexité du social ainsi que l'aptitude à envisager toutes les facettes d'une situation qui leur permettraient d'exercer leur profession. Malgré cela, il nous est apparu, en comparaison avec le Québec, que les rôles des divers intervenants en Belgique étaient mieux définis et mieux compris par les acteurs, que ce soit par la clientèle ou par les autres professionnels. Ceci est d'ailleurs un élément identifié en Belgique que nous considérons positif. En fait, il semble que chacun des professionnels ait sa place dans l'équipe de travail. Le travailleur social en Communauté française de Belgique a des tâches bien définies, il est intégré à

l'organisation pour laquelle il travaille et tous semblent reconnaître ses fonctions. Il paraît posséder une identité professionnelle forte, qui d'autant plus est reconnue par les autres. Cela n'est pas le cas au Québec. En effet, contrairement à leurs homologues belges, ces professionnels québécois ont davantage de difficulté à expliciter leur pratique. Ils se retrouvent régulièrement, à tort, relégués au rang « d'enleveurs d'enfants » par la population qui méconnaît leur rôle. La question de l'identité professionnelle des travailleurs sociaux se trouve par ailleurs au cœur des débats qui surgissent au sein de l'Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux du Québec (OPTSQ). La majorité des travailleurs sociaux, indépendamment de leur milieu de travail, vivent souvent des difficultés à se définir clairement ou à se décrire aisément aux autres (OPTSQ, 1998). Ce phénomène devient d'autant plus laborieux à l'intérieur d'organisations complexes et dans des environnements multidisciplinaires comme ceux issus du secteur des personnes âgées. Pour assurer une intervention interdisciplinaire efficace pourtant, l'OPTSQ mentionne que le professionnel de l'équipe multidisciplinaire doit posséder des qualités telles que « une solide identité professionnelle et une capacité de définir sa spécificité » (1996 : 5). Pour sa part, le Ministère de la santé et des services sociaux québécois soulève l'importance, pour favoriser l'atteinte des buts de l'interdisciplinarité, de bien définir les rôles de chacun et de les arrimer de façon cohérente (MSSS, 2003).

En plus de tout ce qui touche la délimitation et la reconnaissance du rôle des travailleurs sociaux, des distinctions sont remarquées quant aux activités professionnelles qu'ils exercent. D'après nos rencontres, l'assistant social belge semble occuper des fonctions qui sont davantage en lien avec l'intervention individuelle, puisqu'un faible intérêt vis-à-vis les interventions collectives est observé chez les étudiants. Au Québec, beaucoup de travailleurs sociaux s'orientent également vers la pratique individuelle, mais l'intervention de groupe et l'intervention auprès de la communauté demeurent valorisées et reconnues. De nombreux travailleurs sociaux québécois travaillent dans l'objectif de redonner du pouvoir aux individus et aux collectivités. Dans cette optique, l'augmentation de la participation citoyenne et le développement des communautés sont souhaités. Dans les organismes communautaires, la prévention, la défense des droits et l'action militante sont des aspects importants de la pratique du travailleur social. Ainsi, le secteur communautaire au Québec confère un champ de pratique très particulier pour le travail social. On peut y faire valoir des pratiques de type « bottom up » où l'on assiste à une réelle participation et prise en charge des citoyens dans la définition des problématiques, ainsi que dans les solutions à apporter. Depuis les années 1960, une importante caractéristique du milieu communautaire est sa volonté de développer des services alternatifs à ceux offerts par l'État. L'autonomie représente encore aujourd'hui une condition essentielle pour l'existence de nombreux groupes communautaires, puisqu'elle leur permet de recevoir du financement sans toutefois perdre de vue leur mission de base. Il est donc possible, de par leur mission et grâce à l'appui financier du gouvernement, que certains de ces groupes agissent dans la sphère politique afin de dénoncer les injustices et les inégalités sociales. Les travailleurs sociaux qui interviennent dans le milieu communautaire sont généralement considérés comme des acteurs de changement social. Pour ce qui est de la Belgique, même si un mouvement associatif est présent, le changement social semble davantage être le résultat de pressions exercées par les mouvements syndicaux, ce qui touche



avant tout les travailleurs. L'assistant social belge semble être habituellement intégré à l'État, puisque ses fonctions paraissent étroitement liées aux programmes gouvernementaux mis en place pour venir en aide à la population. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en Belgique, l'État occupe un rôle central depuis de nombreuses années tandis qu'au Québec, plusieurs reconfigurations se sont produites, entraînant inévitablement des changements importants dans l'organisation et la distribution des services. Finalement, il apparaît que le travail social belge et le travail social québécois sont tous deux adaptés à leur contexte respectif et évoluent selon leur histoire propre.

## **Conclusion**

En terminant, cette communication au Premier congrès international des formateurs en travail social et autres professionnels de l'intervention sociale s'inscrit dans une trajectoire professionnelle qui s'est enclenchée depuis le début de nos études en travail social. La réalisation d'un stage de prospection dans un pays francophone nous a certes permis de vivre une expérience enrichissante de formation, mais nous a également fait prendre conscience de la pertinence du développement de tels stages pour la formation générale en travail social. Les informations recueillies auprès des partenaires belges rencontrés et les discussions qui ont eu lieu à l'extérieur de ce cadre formel nous ont non seulement donné l'occasion de prendre connaissance des pratiques et des programmes d'enseignement en lien avec le travail social et la gérontologie en Belgique, mais nous ont particulièrement permis d'accroître notre capacité d'analyse et notre esprit critique. Or, nous sommes d'avis qu'en raison de la complexité de plus en plus présente dans le champ du travail social, le fait de favoriser le développement de telles attitudes est non seulement souhaitable, mais nécessaire. Notre projet, puisqu'il fut organisé de notre propre initiative, nous a permis de développer des habiletés d'organisation et de communication, mais ne nous a par contre pas donné la chance d'aller réellement au-delà d'une compréhension de base. C'est pourquoi, il importe pour les unités de formations en travail social d'encourager et de soutenir les stages internationaux. Nous croyons que le soutien apporté à la réalisation de stages à l'étranger, notamment par un encadrement défini et la mise en œuvre de politiques départementales, permettrait une meilleure intégration et un approfondissement plus grand des connaissances.

De plus, le phénomène du vieillissement de la population interpelle le travail social depuis longtemps et c'est la raison pour laquelle nous avons orienté notre projet de stage vers ce domaine d'actualité. De par les enjeux que l'organisation des services gérontologiques et les politiques gouvernementales en matière d'hébergement public et de soutien à domicile soulèvent pour notre profession, ce sont des aspects qui continueront d'attirer notre attention. Dans les années à venir, l'inversion de la pyramide des âges entraînera une augmentation marquée des besoins en services sociaux pour les personnes âgées (DRHC, 2001). Le vieillissement de la population, jumelé à l'accentuation de la chronicité et de la sévérité des pertes d'autonomie, peuvent rendre plus fragile la garantie d'une réponse adéquate aux besoins. À cet égard, il va sans dire que les travailleurs sociaux ont un rôle de premier ordre à jouer dans le champ de la gérontologie. Notre capacité à envisager les multiples facettes des situations, notre aptitude à jongler avec la complexité, notre tendance à défendre des valeurs d'autonomie et de respect ainsi que notre souci de défendre les intérêts de la clientèle favorisent en effet la tendance à placer la personne et son bien-être au centre des préoccupations. Nos forces en tant que travailleurs sociaux seront alors

mises à profit.

Finalement, le contexte interdisciplinaire inhérent à la pratique du travail social en gérontologie, l'environnement médical propre à ce domaine, les risques d'invasion de notre champ professionnel par d'autres disciplines sont autant d'éléments qui viennent rendre plus problématique l'enjeu identitaire de notre profession, enjeu qui représente déjà pour elle un important défi à relever. Pour ces raisons, le fait d'échanger avec des membres de notre profession sur des sujets qui nous touchent de près et de participer à ce congrès représente pour nous une occasion d'accroître notre identité professionnelle de travailleuses sociales. Il devient alors possible de constater que malgré les différentes façons de faire en travail social, nous adhérons tous aux mêmes valeurs.

## **BIBLIOGRAPHIE**

CCNTA (Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge), La position du CCNTA sur la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées, Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 2004, Ottawa, 42 p.

HÉBERT, R., (2003). « L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité », article préparé pour publication dans la revue Santé, société et solidarité (août 2003), 21 p.

LEFEBVRE, A. et L. SODERSTROM, (2000), Le vieillissement de la population québécoise : conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé, rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être du Québec, Département des sciences économiques, Université McGill, Montréal, 59 p.

LE GOUËFF, R., (1995), « Une société en marche vers le 3ème âge », Psychologie préventive, no. 27, p. 28-35.

D'INTIGNANO MAGNONI, B., (1993). *La protection sociale*, Paris, Éditions de Fallois, p. 15-31.

I.N.A.M.I (2005). Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, <http://inami.fgov.be/presentation/fr/index.htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). Pour faire les bons choix chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile, Direction des communications du MSSS, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, Québec, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches. Rapport du comité pour la révision du Cadre de référence sur les services à domicile, MSSS, 74 p.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire. Document de réflexion préparatoire à la tenue des forums régionaux. Montréal, p. 2-12.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (1996). De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité. Guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, OPTSQ, 12 p.

RONDEAU, G., et J.-C., MICHAUD (2000). « La main-d'œuvre en travail social au Québec » dans Étude sectorielle sur la main-d'œuvre en travail social au Canada, Association canadienne des écoles de services social, Ottawa, p. 149-189.

SOCIÉTÉ ALZHEIMER, <http://www.alzheimer.ca/french/disease/stats-people.htm>

STATISTIQUE CANADA, [http://www.statcan.ca/francais/freepub/71-222-XIF/2004000/chart-m69\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/71-222-XIF/2004000/chart-m69_f.htm)

---

 retour

suite 