

SERVICE SOCIAL ET GÉRONTOLOGIE – ARTICULATIONS ET FRONTIÈRES

Berta Granja – Instituto Superior de Serviço Social do Porto; Centro de Investigação e Intervenção Educativa da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; berta.granja@issp.pt

Fernando Pereira – Instituto Politécnico de Bragança; Centro de Investigação e Intervenção Educativa da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; fpereira@ipb.pt

Résumé

L'objectif de cette communication c'est la clarification de l'objet et des champs d'intervention de ces disciplines professionnelles qui, au Portugal, se placent dans le même phénomène du vieillissement de la population.

Plusieurs professionnels travaillent dans ce champ de savoir et de pratique comme: assistants sociaux, gérontologues, infirmiers, animateurs culturels et éducateurs sociaux, entre autres.

Cette communication prétend contribuer à l'énonciation de points communs et spécifiques des deux professions qui au le Portugal interviennent dans les problèmes provoqués par le vieillissement de la population dans un contexte de nouvelles dynamiques familiales et sociales et de nouvelles réponses des politiques sociales, publiques et privées: les assistants sociaux et les gérontologues. Les assistants sociaux sont professionnels avec une large tradition d'insertion dans le marché de travail au Portugal. Les gérontologues sont en train d'émerger actuellement comme réponse sociale à ce phénomène récent du vieillissement démographique et de la professionnalisation nécessaire d'agents spécialisés pour intervenir près des populations vieillies.

Quelles complémentarités développer et que superpositions doivent être évitées?

Quels champs spécifiques de savoir et d'intervention?

Quelle coopération est-elle possible et comment définir des frontières et des limites sans accentuer la concurrence dans les espaces du marché de travail?

1 -Introduction

L'exercice professionnel des assistants sociaux se dirige à des personnes, des groupes et des communautés affectés par des processus de vulnérabilité sociale produits par des problèmes sociaux. L'évolution de la profession a été donc toujours conditionnée par les processus historiques, politiques et idéologiques. La formation au Portugal a son début en 1935 pour faire face aux conflits sociaux provoqués par la question sociale émergeant de l'industrialisation, surtout dans les agglomérats urbains sous une forme très visible de pauvreté extrême dans leurs diverses configurations structurelles et conjoncturelles.

La profession est apparue dans le contexte d'un régime antidémocratique, dans un cadre d'enseignement privé et confessionnel catholique sous la tutelle hégémonique de l'église catholique, ce qui constitue une particularité. Malgré ça, les cours de service social dès le début ont introduit progressivement des disciplines des sciences sociales même quand la formation supérieure en sociologie, anthropologie ou psychologie n'était pas reconnue officiellement. À partir de 1960 la formation adopte des modèles démocratiques occidentaux, avec de la recherche d'une base technique et scientifique centrée dans les droits sociaux.

Après la révolution démocratique le 25 avril 1974, le processus démocratique reconduit le service social aux processus de lutte sociale et de mobilisation des mouvements sociaux et son articulation avec les politiques sociales autant qu'instruments de règlement et de la légitimation des réponses aux problèmes sociaux. La formation en service social renforce sa composante de sciences sociales et recherche sociale et établit la rupture avec les modèles précédents. En 1989 est reconnu le degré de licence pour les cours de service social et, à tous les professionnels déjà formés dans les écoles traditionnelles, est reconnu le degré de licencié et les nouveaux cours sont multipliés dans les universités privées et publiques.

À partir de 1991 est reconnue la formation post-graduée - avec des cours de maîtrise et ultérieurement de doctorat, en légitimant la construction du savoir en service social comme discipline professionnelle insérée dans le champ des sciences sociales. La profession est intégrée dans le sous-groupe des spécialistes en sciences sociales et

humaines. Les assistants sociaux vivent aujourd'hui des tensions identitaires diverses: processus de formation initiale et continue en changement et très diversifiés; division sociale du travail incohérent et avec de la superposition de frontières; (des)règlement et instabilité des systèmes sociaux avec lesquels ils interagissent; changement accéléré des problèmes et des technologies professionnelles; croissante incertitude dans les trajectoires individuelles et collectives des professionnels et des groupes populationnels avec lesquels ils travaillent.

À l'égard de la gérontologie, son émergence comme discipline académique apparaît dans les années 90, en éprouvant un tableau de valeurs propres, un caractère interdisciplinaire qui travaille des technologies spécifiques et est supporté par des programmes académiques reconnus internationalement. La gérontologie possède aussi un sujet central distinct qui est l'étude du vieillissement humain dans la perspective du cycle de vie. Elle possède aussi ses propres méthodologies de recherche comme soient l'étude de marqueurs biologiques de l'âge du point de vue biochimique et de sciences semblables aussi bien que des méthodologies qualitatives et phénoménologiques dans le champ des sciences sociales et humaines (Lowenstein, 2004).

Néanmoins, conformément à Park (2008), l'apparition de la Gérontologie comme champ scientifique multidisciplinaire est très antérieur, ayant lieu aux États-Unis de l'Amérique (E.U.A.), en conséquence du travail fondateur d'Edmund Vincent Cowdry, un cytologiste canadien-américain, appartenant à l'École de Chicago. Ce scientifique a édité, en 1939, l'oeuvre « Problems of Ageing », laquelle réunit d'une forme articulée des contributions des sciences biologiques, du comportement et sociales. La perspective de Cowdry a été inspirée par les graves problèmes sociaux résultant de la grande dépression économique de 1929 aux E.U.A., qui affectaient toute la population et très particulièrement les personnes âgées, dû à l'énorme difficulté d'emploi et à l'absence de toute aide sociale.

À niveau mondial l'apparition de programmes d'étude en gérontologie se fait à travers de programmes de spécialisation et de post-graduation. Cette particularité a permis de maintenir à un niveau insuffisant la problématique inhérente à l'apparition de nouvelles professions et de nouveaux professionnels. Ces programmes ont été, et continuent à être, très fréquentés par des professionnels de santé comme des psychologues, médecins, infirmiers, assistants sociaux, entre autres. Si bien que spécialisés ou post gradués en gérontologie, le capital réel et symbolique de ces

professionnels continuait à être donné par leurs formations académiques initiales, total ou partiellement, reconnues dans le champ des sciences sociales et de la santé.

2 - Le vieillissement et le défi pour les professions déjà institutionnalisées et pour les professions émergentes

Les cultures qui valorisent et respectent les personnes âgées par leur sagesse, aussi bien que les cultures et les rythmes de vie occidentaux qui réservent aux personnes âgées le statut d'improductifs et inutiles, tous affrontent la nécessité de soigner leurs personnes âgées. Dans le champ des personnes âgées et du vieillissement, dans les sociétés occidentales, émergent trois phénomènes socio démographiques de la plus grande importance: (1) Vieillissement naturel où la proportion de personnes âgées et très âgées augmente constamment, en atteignant, dans l'actualité, niveaux supérieurs à un quart de la population totale en beaucoup de pays. Dans l'Europe des 27, en 2008, la proportion de personnes avec plus de 65 ans était environ 17% et le taux de dépendance des âgés était d'environ 25%; pour l'année 2060 la projection indique des valeurs de 30% et 53%, respectivement (Guinnakouris, 2008).

2.1 - Au Portugal, en 2008, les valeurs étaient de 17% et 26%, respectivement et dans l'année 2060 est prévu 31% de personnes âgées et un taux de dépendance de la population âgée d'environ 55%. Encore au Portugal, en 2007, conformément au Ministère du Travail et de la Solidarité (MTSS) d'un total de 2 738 790 pensionnés en 2006, 671 047 gagnaient la pension de survie, 76 712 recevaient la pension sociale, la plupart étant des femmes. Le Programme d'Aide les Personnes âgées (PAI), en 2005, prévoyait de soutenir 8742 personnes âgées, bien qu'avec des projets diversifiés, soit 79 d'aide domiciliaire dans un total de 109 projets. Les statistiques de l'Assurance Sociale identifient 949 maisons de retraite pour des personnes âgées avec lesquelles a des protocoles et le taux de couverture est seulement de 8,2 %. Alors l'Union des Institutions Privées de Solidarité Social (IPSS9 affirmait en juillet 2007 qu'il fallait plus 16 mille places en maisons de retraite.

2.2. - La faillite progressive du système de soins informels basé sur les relations de famille, d'amitié et de voisinage. Des phénomènes sociaux comme l'industrialisation, l'urbanisation et l'émancipation du rôle social de la femme ont conduit à des changements intenses dans l'organisation familiale (prédominance de la famille nucléaire) ce qui produit une indisponibilité croissante des

personnes pour devenir soigneuses informelles de personnes âgées pour les maintenir dans la communauté. Ce problème affecte autant les zones urbaines, où il prédomine la famille nucléaire et y a un élevé nombre de personnes de toutes les âges à vivre seules, surtout dans les zones rurales où existent beaucoup de communautés formées majoritairement par des personnes âgées et très âgées.

2.3 - Résultant des deux points précédents, la nécessité de développer un système de prestation de soins formels aux personnes âgées (institutionnalisation) basées sur connaissance technique et scientifique et exécutée par des professionnels (soigneux formels) lesquels "substituent» ou complètent l'action des soigneux informels. Le phénomène démographique du vieillissement de la population produit des problèmes d'intervention sociale associés comme: répondre aux problèmes et aux défis nécessaires pour combattre l'isolement social; fortifier les rapports relationnels primaires et secondaires; assurer de la qualité de vie des personnes âgées, affectée par des problèmes de fragilité physique et ou mentale, envisageant la manutention de l'autonomie possible de vie sans perte d'identité personnelle et sociale; création de conditions pour stimuler des capacités en déclin, ainsi que pour développer les encore existantes fondées dans l'expérience de vie (tableau 1).

Tableau 1. Problèmes des personnes âgées au Portugal

Problèmes de la Population âgée	Type de problèmes
Besoin de ressources	Habitations précaires ou désajustées aux nécessités et difficultés de la population âgée. Absence de confort au foyer (chauffage, installations sanitaires, accès difficile, assurance de mouvement). Manque de ressources pour payer médicaments, alimentation, l'aide domiciliaire ou transports pour se déplacer aux traitements ou aux consultations de routine ou d'urgence.
Dépendances dans les activités quotidiennes basiques de la vie	Incapacité ou difficulté à réaliser les activités quotidiennes basiques de vie (nettoyage et manutention de l'habitation, préparation de repas, traitement de vêtements, hygiène personnelle, gérer des ressources, faire des achats, traiter d'animaux d'estime, etc.). Personnes âgées avec procureur qui s'occupent de leurs comptes bancaires, réception de pensions, paiement d'impôts, de contributions, de l'énergie et de l'eau
Âgés avec dépendance	Des personnes âgées alitées qui ont besoin de soins de santé, d'hygiène et d'alimentation. Nécessité d'aides

	techniques (lits, chaises, adaptation des salles de bain, etc.)Gestion de médication et de son administration.
--	--

Problèmes de la Population âgée	Type de problèmes
Accès aux droits	Accès à des pensions par invalidité, vieillesse, revenu minimum garanti, entre autres. Problèmes d'accessibilités physiques à la maison, aux endroits et lieux publics. Problèmes provoqués par l'augmentation médicale et manque d'arrière familial après hospitalisation.
Isolement et chaînes de sociabilité	Personnes âgées accouchés et sans rapports relationnels de famille, amis ou voisinage. Personnes âgées internées en maison de retraite avec des relations précaires ou sans de la liaison familiale. Parents avec difficulté à concilier l'aide aux personnes âgées avec des obligations professionnelles. Les communautés qui rejettent les maisons de retraite pour les personnes âgées parce qu'elles trouvent déprimante la vision de personnes âgées et les enterrements fréquents. Manque de services d'aide aux personnes âgées dans les localités. Comportements agressifs de personnes âgées, voire avec des bouleversements provoqués par des problèmes de santé mentale qui rendent difficile la vie collective dans les résidences, les services d'aide ou même dans les domiciles.
Familiales ou équipes qui abusent les âgés ou qui prêtent des services sans respecter les intérêts des âgés	Des équipes qui privilégient les agrégats où le travail est moins dur, en détriment des agrégats avec plus de nécessités. Personnes âgées négligées par leurs conjoints et/ou d'autres parents, à l'égard de l'alimentation, de la médication, de l'hygiène et de soins généraux. Personnes âgées négligées par des fils ou des frères. Personnes âgées dont la famille ne permet pas d'aides externes parce qu'elle dépend de la réforme reçue par la personne âgée. Soignantes qui s'insinuent pour voler des âgés
Problèmes de la personne âgée dû à des parcours de vie	Problèmes de santé contractés ou aggravés par des habitudes de vie peu saines (obésité, alcoolisme, problèmes cardiovasculaires). Personnes âgées en situation de manque de ressources ne pas ayant contribué à l'assurance sociale.
Problèmes de sécurité personnelle	Personnes âgées victimes de ventes agressives, fraudes, vols, violence physique et psychologique, imprudence.
Agrégés familiales constitués seulement par des âgés	Familles constituées seulement par de personnes âgées où se multiplient tous les problèmes précédents. Ces problèmes s'aggravent quand il y a problèmes supplémentaires et/ou des problèmes associés (par exemple, parents âgés avec des fils déficients qui sont en train de vieillir aussi)
Appui dans la préparation pour mourir	Expression de volontés des personnes âgées. Organisation de la vie, relations, ressources de la personne âgée et de sa

	famille. Soutenir la sustentation religieuse de la personne âgée. Aider la famille dans la préparation du deuil.
--	--

Comme on peut observer, la problématique des personnes âgées et du vieillissement a des contours politiques, économiques, culturels, psychosociaux, médicaux et humains, parmi d'autres. Il est évident, d'autre part, que l'aide aux personnes âgées se fait, inévitablement, par la synergie entre les soins informels et les soins formels. Dans ce sens les stratégies d'intervention devront être obligatoirement de caractère interdisciplinaire, où auront lieu les assistants sociaux et les gérontologues, ainsi que les psychologues, sociologues et animateurs sociaux.

3. Qu'est-ce qu'ils font les assistants sociaux et les gérontologues?

3.1. L'objet de l'activité des assistants sociaux

L'objet de l'activité professionnelle des assistants sociaux auprès des groupes et des personnes avec des problèmes sociaux rapportés avec le cycle de vie du vieillissement peut se synthétiser dans les suivants aspects:

- Promotion de l'accès à des ressources pour un processus de vieillissement avec les moyens socialement nécessaires, surtout avec des populations qui accumulent des problèmes de précarité provenant de parcours de vie en situation de défaveur et des inégalités sociales, qui ne possèdent pas de capitaux nécessaires pour une participation complète et avec pouvoir dans la vie collective et dans les politiques qui lui concernent.
- Intervenir avec des modèles d'action testés et avec des procédures reconnues et légitimées en considérant et en interprétant des régularités sociales, mais avec de l'invention de stratégies appropriées aux singularités des différentes trajectoires individuelles et collectives, en assurant local et temporellement, ressources appropriées aux singularités et nécessités des personnes âgées pour garantir son autonomie et permettre la création et la manutention de l'énergie nécessaire aux processus essentiels de survie et la construction de capacité pour choisir, décider et construire des projets.
- Rétablir, restaurer et renforcer la cohésion sociale dans le sens des meilleures communications, interaction entre les différents systèmes sociaux affectés par des ruptures et des déphasages comme la famille, santé, éducation, protection

sociale l'habitat, et le système politique lui-même qui supportent la vie des populations vieillies dans la société actuelle.

- Fortifier et stimuler création de liens sociaux primaires et secondaires, développer la participation et l'enrichissement de la vie sociale en visant à fortifier le pouvoir des plus âgés en sauvant sa citoyenneté, autonomie, auto estime, en intégrant les acteurs collectifs pour affronter au croissant individualisme, l'atomisation sociale et l'affaiblissement de la capacité de s'associer de la société civile ;
- Participer dans les processus réfléchissants et créatifs sur l'activité professionnelle dirigée pour les personnes âgées et contribuer pour la construction permanente de ce savoir sur l'intervention sociale près de ce groupe de la population et à des respectives mesures pour répondre aux problèmes sociaux à des associés ou accumulés au processus de vieillissement.

3.2. L'objet de l'activité des gérontologues

- La question essentielle qui se pose à une nouvelle profession est sa pertinence sociale, réelle et symbolique, son utilité sociale dans l'espace des professions et occupations déjà existantes. La formation en gérontologie est basée dans trois piliers basiques : un composant médecin/soignés de santé ; une composante psychologique; et une composante sociale/organisationnelle.
- L'objet de l'intervention professionnelle du gérontologue est la personne âgée, bien qu'insérée dans son contexte familial et sociétaire. En concret, le gérontologue est habilité pour réaliser les suivantes activités avec les personnes âgées et leur entourage (adapté de Martin, 2006):
- Prestation de soins de santé basiques à des personnes âgées, en vue de la réduction au minimum ou l'élimination de situations de faiblesse psychologique et physique, inhérents à des processus du vieillissement naturel (vieillissement primaire) ou à des processus pathologiques (vieillissement secondaire).
- Promotion de services d'aide à des personnes âgées pour viabiliser la citoyenneté complète à l'égard des droits, nécessités, intégration et évaluation du rôle social.
- Promotion du vieillissement actif et productif.

- Recherche et développement de politiques, programmes et projets sur le vieillissement et les personnes âgées.
- Planification, conception, mise en œuvre de programmes de formation pour soignants formelles et informelles de personnes âgées.

4. Compétences relatives à l'intervention avec des personnes âgées et au vieillissement.

4.1 - Des Assistants Sociaux

4.1.1.- Élaborer des diagnostics psychosociaux, institutionnelles et de développement local:

- Élaborer diagnostics globaux et rigoureux, avec respect par la vie privée des personnes sans superposer des instruments de recherche et ajoutant d'informations disperses déjà disponibles; contrarier des jugements de valeur et des préjugés d'autres groupes professionnels, des systèmes sociaux et du sens commun installé sur le processus de vieillissement;
- Définir des critères collectifs d'analyse des situations à l'intérieur des équipes pluri disciplinaires;
- Valoriser les analyses des situations globales et non seulement des conditions objectives facilement mesurables;
- Identifier des signes de problèmes latents et peu visibles;
- Identifier les blocages aussi bien que les possibilités de l'action conformément aux personnes âgées, leurs spécificités et modes de vie, leurs ressources et limites, et encore des effets pervers de l'action;
- Identifier des nécessités de mesures préventives face à des risques prévisibles vécus par la population âgée;
- Identifier et empêcher l'exploration et la stigmatisation de personnes âgées plus vulnérables et fragilisées;
- Identifier les logiques des populations âgées et de leurs familles, les interactions vécus dans la communauté à laquelle ils s'insèrent et les éventuels effets positifs ou pervers dans l'action;
- Assurer aux autres professionnels une connaissance concrète et personnalisée des populations âgées et leurs contextes de vie;

- Organiser de la connaissance et des renseignements sur les territoires et les ressources existantes (réseau de transports, services divers, patrimoine).

4.1.2 - Développer des activités dirigées pour les populations âgées:

- Centrer le travail dans les compétences des personnes et non seulement dans leurs problèmes, identifier leurs ressources personnelles, leurs savoirs et façons de vie et cultures, même quand elles sont dévalorisés. Stimuler le développement des capacités des populations âgées avec parcours de vie très difficiles, identités aliénées et ressources sociaux, culturels, symboliques et relationnels fragiles;
- Développer des processus pédagogiques pour travailler des comportements désajustés et resocialiser de forme positive des personnes avec des attitudes et des comportements qui rendent difficile l'interaction sociale, la manutention de l'autonomie, la qualité de vie et la santé en famille ou dans les institutions.
- Créer et animer des groupes, associations d'entre aide et solidarités pour les populations âgées et leurs familles;
- Faire la médiation entre des pouvoirs professionnels, acteurs sociaux divers et populations âgées et fournir une vision globale sur la vie des personnes âgées aux groupes professionnels qui traitent des demandes spécifiques en établissant la liaison avec le quotidien de la personne âgée et de leurs familles;
- Prévoir des difficultés de contact des populations âgées avec de différents services et des institutions et établir médiations qui permettent leur accès aux services;
- Exercer la défense des droits sociaux avec vulgarisation de renseignements sur des ressources, des droits et des devoirs et défendre les populations âgées en tant qu'êtres humains dans sa totalité indivisible;
- Assurer des processus de communication efficaces, en stimulant la participation et la réflexion qui permettent des situations d'interaction positives et rendent l'aide moins difficile, même quand l'interaction est rendue difficile par des problèmes graves de communication, provoqués par des pathologies diverses produites ou aggravées par le processus de vieillissement, des déficits cognitifs ou par des états d'anxiété, d'angoisse, de souffrance et d'agressivité avec contrôle obligatoire de l'ethnocentrisme;

- S'occuper et négocier de plusieurs intérêts, souvent paradoxaux, gérer des conflits et négocier des accords; envisager des doutes et des situations complexes et faire quand même des choix, prendre des décisions et les risques inhérents;
- Soutenir des personnes âgées et des familles en situations de crise, préparer et gérer des situations de perte dans le cycle de vie du vieillissement;
- Garantir la provision de nécessités basiques d'appui à des personnes âgées sans arrière familial, établir des réseaux de sociabilité, combattre l'isolement, répondre à des nécessités rapportées avec sa vie quotidienne;
- Trouver des réponses d'émergence cohérentes pour des populations âgées en situation d'exclusion extrême, du manque ou de la dépendance et adapter les réponses aux problèmes en respectant les réseaux relationnels, manières de vie et cultures;
- Assurer l'aide en réseau, établir des alliances, préserver des réseaux primaires et familiaux, assurer participation des familles et groupes de personnes âgées;
- Développer des actions sans accentuer des ruptures de réseaux sociaux et assurer des réseaux de relations entre générations;
- Exercer le contrôle social dans une perspective pédagogique, avec respect par l'autonomie et la reconnaissance de la personne âgée et leur famille comme citoyens avec des droits et des devoirs;
- Créer des conditions favorables à l'organisation d'activités alternatives aux réponses les plus standardisées des systèmes sociaux pour répondre à des nécessités comme des activités d'expression artistique, culturelle qui promeuvent des capacités transversales dans les populations âgées et leurs familles;
- Dépasser des barrières des structures sociales plus lourdes et intervenir au fonctionnement normal des systèmes et des appareils professionnels pour s'occuper des émergences, particularités et singularités des populations âgées;
- Dynamiser l'intervention d'autres acteurs et l'articulation entre des systèmes de famille/éducation/santé/services d'appui social/tribunaux et d'autres organisations pour débloquer, profiter des champs d'action et faire fonctionner les systèmes qui interagissent avec les situations singulières des personnes âgées et leurs familles;

- Rendre coresponsables les populations âgées et leurs parents conformément à leurs capacités et degré d'autonomie, par les décisions, la résolution des problèmes, attitudes et comportements;
- Reconnaître des priorités et ordonner les réponses entre l'intérêt des populations âgées et les mesures de politiques sociales qui leur respectent;
- Articuler l'intervention parmi les différentes institutions qui incluent la population âgée avec respect par leurs logiques et formes d'organisation spécifiques.

4.1.3 - Intervention sur les fonctionnements institutionnels:

- Dynamiser et participer dans l'élargissement et la consolidation des équipes nécessaires au fonctionnement efficace des institutions et les services pour personnes âgées;
- Construire des conditions objectives matérielles, relationnelles et des espaces qui facilitent les processus de recouvrement d'auto-estima et identité personnelle, satisfaction de nécessités spécifiques ou globales de la population âgée avec qualité nécessaire conformément à des normes exigées;
- Organiser de l'information sur les normes et les ressources disponibles pour consultation rapide et efficace adaptée à la population âgée et leurs familles;
- Adapter les fonctionnements institutionnels aux nécessités de ce groupe conformément aux normes de qualité disponibles et possibles;
- Soutenir l'humanisation des fonctionnements institutionnels, et les interventions d'autres professionnels près de ce groupe populationnel;
- Articuler les intérêts des salariés qui prêtent des services à la population âgée avec les intérêts des organisations et de la qualité des services qui prêtent;
- Promouvoir de la formation des soignants et volontaires et résoudre des problèmes du quotidien des institutions pour améliorer la qualité de services prêtés;
- Assurer coordination et coopération entre des services, adapter des règles, programmes d'aide, projets et normes institutionnelles nécessaires au fonctionnement des services avec des activités flexibles qui s'adaptent aux populations âgées;

- Faire de la médiation entre les différentes options religieuses, philosophiques et culturelles des personnes âgées et les logiques d'autres professionnels et décideurs;
- Gérer des ressources insuffisantes et organiser des processus de distribution de ressources et des services en respectant les priorités et développer des compétences de gestion, pour savoir prêter des comptes, mesurer de l'efficacité, développer des instruments de contrôle pour utilisation des fonds publics.

4.2 Des gérontologues

4.2.1 - Intervention avec la personne âgée:

- Évaluation intégrale de la personne âgée selon les aspects biologiques, psychologiques et sociaux.
- Identification et distinction de maladies et faiblesses inhérentes au vieillissement primaire et secondaire (pathologies).
- Prestation de soins de santé basiques comme: hygiène personnelle (dans des personnes âgées alitées et non alitées), adéquation du régime et de la forme d'alimentation, d'identification des nécessités d'organisation et de nettoyage domiciliaire, d'analyse critique et d'organisation de la médication.
- Exécution de techniques de stimulation motrice et fonctionnelle.
- Exécution de techniques de stimulation psychique et psychologique.
- Révéler des capacités communicationnelles et d'empathie avec la personne âgée afin de mieux comprendre son univers conceptuel réel et symbolique.
- Identification et intervention en situations d'imprudence et mauvais traitements à des personnes âgées.
- Assistance légale et défense des droits de la personne âgée.

4.2.2 - Intervention au niveau des équipements et services d'aide à la personne âgée:

- Administration, gestion et direction technique d'institutions et services d'aide à la personne âgée.
- Développement de programmes d'adaptation environnementale et de soins domiciliaires.
- Développement de programmes d'appui aux soignants informels.

- Développement de programmes de vieillissement actif et productif: programmes d'animation socioculturelle et expression artistique, programmes de santé et de bien-être physique, programmes inter-gestionnaires, programmes scolaires (formels et non formels), programmes de volontariat et d'emploi senior.

4.2.3 - Intervention dans des groupes non spécifiques de personnes âgées:

- Recherche scientifique appliquée aux personnes âgées et au vieillissement.
- Participation et développement de politiques, programmes et projets: action directe auprès des acteurs politiques et publics; consultant à des acteurs politiques et publics; participation aux mouvements de citoyens âgés.
- Formation et entraînement de soignants formels et informels: diagnostic de besoins de formation, planification d'actions formatives; conception d'interventions, développement d'outils et supports pédagogiques; suite et évaluation d'interventions ou d'activités formatives.
- Intégration dans des équipes multidisciplinaires: capacité pour développer du travail interdisciplinaire avec des collègues avec d'autres formations, notamment du secteur de la santé, service social, sociologie, psychologie, économie et gestion, sport.

5. - Considérations finales

La longue description précédente laisse transparaître des frontières et des continuités évidentes entre le service social et la gérontologie. Le tableau 2 est une tentative de synthèse des frontières et des continuités entre le service social et la gérontologie.

Le service social part des problèmes de la personne ou des groupes sociaux plus vulnérables et vise sa compréhension et résolution dans le contexte familial et sociétaire où ils s'insèrent. La gérontologie, à son tour, part du problème du vieillissement et de la personne âgée (vulnérable ou non) et vise sa compréhension et résolution dans le même contexte familial et sociétaire. Naturellement, entre ces deux professions existent des continuités profondes et évidentes.

Le plus important d'entre elles c'est que, surtout dans les sociétés occidentales contemporaines, les personnes âgées constituent souvent un groupe social vulnérable.

Cette continuité justifie par soi-même la nécessité de travail proche et profond entre les deux professions dans une perspective synergétique et interdisciplinaire. Cet abordage vient facilité par d'autres continuités comme soient le partage de compétences au niveau de la sociologie, de la psychologie et de l'administration et gestion.

Tableau 2 - Service Social e Gérontologie: frontières et continuités

	Gérontologie	Service Social
Pertinence sociale	Vieillessement Soins aux personnes âgées	Population général Situations de vulnérabilité
Formation académicien	Biologique/santé Psychologique Social Gestion	Psychologique Social Politique Economie et Gestion
Intervention avec la personne âgée	Bio/psycho/social Evaluation intégrale de la personne âgée	Psycho/social
Intervention avec la famille	Social et anthropologique	Social et anthropologique
Intervention dans la communauté	Social Anthropologique	Social Anthropologique Politique
Intervention professionnelle	Interdisciplinaire	Interdisciplinaire
Compétences en utilisant les connaissances	Technico-stratégiques Interprétatives/Justificatives Relationnels	Technico-stratégiques Interprétatives/Justificatives Relationnels

Il y a au moins deux frontières évidentes entre le service social et la gérontologie. La formation en service social n'inclut pas de compétences au niveau de la biologie et de la santé, dimension qui occupe presque 50% de la formation de la gérontologie au Portugal. Nous pensons, dans ces circonstances, que les pratiques de soins basiques de santé ci-dessus référencées doivent être exclus de l'intervention professionnelle des techniciens de service social. Avec ceci nous ne voulons pas dire que le professionnel de service social ne puisse pas et ne doive pas identifier des

situations de nécessité de prestation de soins de santé. Il le peut et le doit, évidemment, d'ailleurs comme il a fait tout au long de sa longue histoire professionnelle.

Une autre frontière évidente est donnée par d'autres groupes d'âge. La gérontologie n'inclut pas de compétences pour d'autres groupes qui ne soient pas les personnes âgées. Ceci ne veut pas dire que le gérontologue ne travaille pas avec des enfants, jeunes et adultes, mais il doit restreindre son intervention à des programmes inter-gestionnaires et à l'accompagnement et formation de familles et soignants.

Dans les études préalables que nous avons déjà réalisés avec les gérontologues (Pereira, 2004) nous pouvons vérifier une tension évidente entre les deux professions et même d'autres. Nous nous rapportons au cas de la direction technique des institutions et services d'aide aux personnes âgées, où est évidente la lutte entre qui doit supposer cette place de référence. Les gérontologues considèrent qu'ils possèdent la formation académique la plus appropriée pour cette place. Les professionnels de service social, la psychologie, la sociologie et autres qui ont toujours occupé ces places considèrent à son tour qu'ils sont habilités à cet effet.

Dans des termes de la recherche de l'espace réel et symbolique des professionnels dans le champ professionnel ce sera une question à accompagner dans une recherche future.

Voyons, dans un plan abstrait, un gérontologue saura moins de médecine et de soins de santé qu'un médecin ou un infirmier; et moins de psychologie qu'un psychologue; et encore moins de sociologie et de service social qu'un sociologue ou un assistant social; néanmoins, en contrepartie, aussi dans le plan abstrait, il est plus habilité que quiconque d'entre eux pour élaborer et développer des activités rapportées avec les personnes âgées et le vieillissement, dans une perspective holiste du cycle de vie.

BIBLIOGRAFIE

ADAMS, R., ed. lit. ; DOMINELLI, Lena, ed. lit. ; PAYNE, Malcolm, ed. lit. (2005).

Social work futures: crossing boundaries, transforming practice. New York: Houndmills. 342 p.

AUTÈS, Michel (1999). *Les paradoxes du travail social*. Paris : Dunod.

AUTÉS, Michel (2003). As metamorfoses do trabalho social. In CHOPART, Jean-Noel (Org.), *Os novos desafios do trabalho social: dinâmicas de um campo profissional*. Porto: Porto Editora.

- BERZINS, M.A.V.S. (2003). O envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serviço Social e Sociedade*. nº 75, pp.19–34.
- BOTERF, Guy (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- BOUQUET, B. (1989). Savoirs et pratiques sociales. In DUCHAMP, M.; BOUQUET, B ; DROUARD, H., *La recherche en travail social*. Paris: Centurion. pp. 63-114.
- BOIURDIEU, Pierre (2002), Esboço de Uma Teoria da Prática. Celta Editora. Oeiras – Portugal. (Tradução de Miguel Pereira).
- CAPARRÓS, M, J. E. ; SOTO, E. S. (1994). *Introducción al trabajo social*. Alicante: Editorial Aguaclara.
- CARIA, T. (2005). Trajectória, papel e reflexividade profissionais: análise comparada e contextual do trabalho técnico profissional. In CARIA, T. (Org.), *Saber profissional: análise social das profissões em trabalho técnico-intelectual*. Coimbra: Almedina, pp. 43-91.
- CARVALHO, A.; MOURO, H. (1987). *Serviço social no estado novo*. Coimbra: Centelha.
- CASTEL, R. (1995). Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat. Paris : Fayard.
- CENTENO SORIANO, Cristina (2004). *Cuidar a los que cuidan: qué y cómo hacerlo*. Andalucía : Formación Alcalá.
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL (1998). *L'intervention sociale d'aide à la personne*. Rennes : Edition ENSP.
- DANZELOT, J. (1996). La transformation de l'intervention sociale face à l'exclusion. In PAUGAM, S., *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris: La Découverte. pp. 88-101.
- DUBAR, C. (1997). Les catégorisations des métiers de l'intervention social, *MIRE INFO*. nº 40, pp. 66-71.
- DUBAR, Claude (1997), *A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Coleção Ciências da Educação, nº. 24. Porto Editora. (Tradução de Anete Botelho e Estela Lamas).
- DUBET, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.

- GRANJA, B. (2000). *A formação inicial dos assistentes sociais: que aptidões e qualificações para as exigências colocadas pela nova questão social?* Comunicação apresentada no Seminário da APSS: Lisboa.
- GRANJA, B. (2008). *Assistente social – Identidade e Saber* (dissertação de Doutoramento) Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- GRUPO DE RECHERCHE ACTION FORMATION Quart Monde Partenaire (2002). *Le croisement des pratiques*. Paris: Quart Monde.
- FALEIROS, V. P. (1983). *Metodologia e ideologia do trabalho social*. São Paulo: Cortez.
- FALEIROS, V. P. (2000). A questão da metodologia em serviço social, reproduzir-se e representar-se. In BORGIANNI, Elisabete; MONTANO, Carlos (Org.), *Metodologia y servicio social*. São Paulo: Cortez. pp.105-119.
- HATZFELD, H. A. (1998). *Construire des nouvelles légitimités en travail social*. Paris : Dunod.
- ION, J. ; TRICART, J-P. (1984). *Les travailleurs sociaux*. Paris : La découverte.
- ISAMBERT, A. F. (1996). L’engagement humanitaire et des formes contemporaines de solidarité. In PAUGAM, S., *L’exclusion: l’état des savoirs*. Paris: La Découverte. pp. 101-111.
- LOWENSTEIN, Ariela (2004), *Gerontology coming of age: the transformation of social gerontology into a distinct academic discipline*. Educational Gerontology. Volume 30. pp 129-141.
- MAYER, R. (2002). *Evolution des pratiques en service social*. Quebec: Gáetan Morin.
- NARTIN, Inácio (2006), *A arte de envelhecer: Gerontologia profissão do futuro?*, Comunicação apresentada no Fórum/Seminário “A Arte de Envelhecer: Retrato Actual e Desafios”. Escola Superior de Saúde de Bragança, 12,13 e 14 de Janeiro de 2006.
- MERCIER, C. ; MATHIEU, R. (2000). *Le travail social : nouveaux enjeux, nouvelles*
- MOURO, H.; Simões, D. (2001). *100 anos de serviço social*. Coimbra: Quarteto.
- PEREIRA, F. (2004), *Identidades profissionais, trabalho técnico e associativismo/cooperativismo agrário em Trás-os-Montes e Alto-Douro – uma construção identitária partilhada*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. (Tese de doutoramento).

- PÉMAN, M. J. Ú. (2004). Modelos de resolución de dilemas éticos en trabajo social. *Revista de Trabajo Social*. nº 175, pp. 6-27.
- RONDEAU, G.; COMMELIN, D. (2001). La profession de travailleur social au Québec. In DESLAURIES, J. P. ; HURTBISE (Dir.) *Le travail social international : éléments de comparaison*. Laval : Presses de l'Université Laval. pp. 255-282.
- VERDÈS-LEROUX, J. (1978). *Le travail social*. Paris: Minit.
- VRANCKEN, D.; MACQUET C. (2006). *Le Travail sur soi : vers une psychologisation de la société*. Paris: Belin.