

Pr. Philippe PITAUD

Professeur, Directeur du MASTER-Action Gérontologique et
Ingénierie Sociale, AGIS, (Aix-Marseille Université)
Directeur de l'Institut de Gérontologie Sociale, Marseille

**« Formation et recherche universitaire en gérontologie sociale :
malentendus, amalgames et incapacité à penser les personnes
 g es ainsi que les personnes handicapées autrement que comme
objet de la seule santé » (août 2015)**

Tout être vivant est, par essence, voué à vieillir : chacun connaît donc l'évolution des âges de la vie, appelé processus de vieillissement. Mais, bien qu'inéluctable, cette « construction sociale », produite par les cadres sociaux, perpétuellement renégociée et redéfinie selon l'évolution de ces cadres ne peut être réduite à une réalité biologique faite d'usures et d'incapacité. Chaque société, tout au long de son histoire, réinterprète socialement les différences biologiques et chronologiques qui séparent les individus, pour élaborer l'organisation sociale du cycle de vie et assigner rôles et statuts sociaux spécifiques à chaque âge.

L'identification de la vieillesse comme étape du cycle de vie relève donc de représentations, d'appréciations sociales et économiques de l'âge qui ont varié avec le temps. Le déplacement de la vieillesse à une étape de la vie plus avancée que la retraite illustre bien cette variabilité de l'évaluation sociale de l'âge (Guillemard)¹.

De nos jours, les hommes, surtout les femmes, meurent très vieux et le passage à la retraite, période de cessation de l'activité professionnelle, n'est plus couramment identifié comme signe social majeur de l'entrée dans le dernier âge de la vie. Cette période évoque plutôt une étape où l'homme, socialement et économiquement autonome et actif, consacre l'essentiel de son temps aux loisirs et aux occupations familiales. En France, cette acception de ce que l'on

¹ « La vieillesse et l'Etat », PUF, 1980, 238 pages

appelait le troisième âge ainsi que les comportements socio-économiques des intéressés ont refoulé la vieillesse à un âge plus tardif ; la vieillesse est devenue une étape pathologique, forcément connotée négativement. Il existe ainsi une césure entre deux âges dans les dernières années de la vie. Cette rupture correspond à la faiblesse indécente des vieux, à être moins autonome dans la société actuelle.

L'abord de notre objet implique de mieux cerner divers aspects pris en compte dans l'évaluation sociale de l'âge. Pour parler de la vieillesse, nous ne pouvons pas ignorer le constat démographique. Celui-ci résulte de nombreux phénomènes tels que les effets des guerres, la moindre fécondité et l'allongement de la durée de la vie. La clé des chiffres montre combien la vieillesse, fait social, est aujourd'hui un phénomène démographique à part entière. En ce début de millénaire, le vieillissement de la population constitue l'une des données statistiques primordiales dans les principaux pays européens. De nombreux indicateurs sont analysés : l'allongement de la durée de la vie, l'espérance de vie sans incapacité accrue, les disparités géographiques et sociales ou encore la proportion des personnes âgées dans la population totale. Tous ces indicateurs témoignent de l'intérêt démographique de cet âge de la vie. Aujourd'hui, une personne sur cinq est âgée de 60 ans ou plus ; les projections démographiques donnent une croissance majeure de cette classe pour 2050, soit une personne sur trois.

Pour mémoire, nous rappellerons que dans nos sociétés dites « modernes », le vieillissement a longtemps été associé, pour l'essentiel, à un processus de détérioration physique et cognitif synonyme de déclin inéluctable. Les gérontologues et les professionnels de la santé et des services sociaux ont largement contribué à la diffusion et au renforcement de ces stéréotypes. Ainsi, des représentations sociales marquées par la crainte et l'appréhension du vieillissement ont été propagées, portant préjudice aux personnes âgées en tant que groupe et individus.

La gérontologie sociale s'est constituée au XX^e siècle comme étude scientifique des processus du vieillissement. Avec l'accroissement du nombre des populations âgées, le vieillissement devenait un phénomène majeur qui appelait des réponses appropriées en termes de services et d'accueil mais également de politiques sanitaires et sociales². La gérontologie sociale repose sur une démarche scientifique transdisciplinaire par essence : la vieillesse en tant qu'étape de

² Sous la direction de Ph PITAUD « Gérontologie sociale: pour une éthique de la formation », Editions Eres, 1998, 254 pages

l'existence humaine intègre de nombreux paramètres où ceux relevant de la sphère sociale sont essentiels.

L'arrivée de la gérontologie sociale est une rupture avec les pratiques antérieures. La vieillesse a longtemps et presque exclusivement constitué un objet de la médecine où l'homme était principalement perçu à travers la réduction de ses capacités physiques et mentales. Dans notre société actuelle, le champ de la vieillesse, hier confiné au corps humain, englobe maintenant toutes les dimensions qui font de l'être humain un animal à part dans le concert des espèces. Cette rupture est délicate comme le souligne Bernadette Puijalon : « *Lorsque l'on parle de la médicalisation de la vieillesse, on pense principalement aux pratiques en usage dans l'accompagnement du Grand âge que ce soit à domicile ou en institution. Pour avoir une meilleure compréhension de ce phénomène, en comprendre les dérives et les combattre, il est nécessaire de situer le débat dans une perspective plus large : notre société délègue auprès de ses vieux, des professionnels, notamment des soignants en leur demandant de réussir là où elle échoue, puisqu'elle se révèle incapable de résoudre la question de la place que doivent occuper un nombre croissant de personnes âgées* »³.

Le problème est avant tout culturel et social et, dans le champ du vieillissement, le recours au médical s'effectue bien en amont du Grand âge. « *Aujourd'hui, on considère le vieillissement non plus comme une fatalité mais comme une maladie* » affirme un médecin lors d'une émission télévisée⁴. En France de ce point de vue, quand on parle de gérontologie sociale, la confusion est fréquente avec la gériatrie qui elle-même est un sous-ensemble de la médecine. On pense ainsi à tort que la gérontologie sociale relève en premier lieu de la santé et en second de la médecine, quand elle ne devrait pas être « raccrochée » au secteur de la psychologie. Or, toutes les personnes âgées ne sont pas grabataires, ne relèvent pas heureusement d'un service de gériatrie et ne sont pas démentes, atteintes de troubles psychiques ou cognitifs majeurs. Il en est de même des populations dites handicapées ; une fois le déficit stabilisé, elles peuvent vivre à peu près comme tout le monde sous réserve qu'une aide leur soit accordée pour mettre en œuvre leur projet de vie.

³ Documents Cleirppa (Cahier N°22 – 2006)

⁴ En quête d'immortalité, le rêve du fond des âges, France 2 (octobre 1998)

Le vieillissement a été et est encore majoritairement envisagé comme un processus linéaire caractérisé par des pertes et des déficits. Le concept qui règne en maître est celui de *dépendance* définie de manière restrictive – voire humiliante – comme l'impossibilité pour un individu d'accomplir seul les actes de la vie quotidienne. Cette définition est humiliante car la dépendance ainsi envisagée réduit les individus à la seule dimension d'une nécessité d'aide et elle conduit à une approche technocratique et déshumanisée sur le plan de l'action sociale. Les *vrais vieux* aujourd'hui sont ceux qui se dégradent, deviennent déments et meurent. L'expression *personnes âgées dépendantes* fait de cette vieillesse le réceptacle de tous les moins extraits des autres âges : moins d'aptitudes physiques, moins de facultés d'adaptation, moins de résistance...

Si l'image du sénior repose sur des critères économiques et sociaux qui manifestent toujours une volonté d'intégration, celle de personne âgée dépendante s'inscrit dans le registre biologique. C'est le moment du bilan des potentialités physiques et intellectuelles, indépendamment de l'âge chronologique. Pour sa part, Robert Moulias rappelle que « *les personnes âgées de plus de 60 ans, dans leur grande majorité, n'ont besoin d'aucune aide ni soin, tout au moins pas plus que les adultes* »⁵. Au contraire, nombre d'entre elles ont à aider et soigner leurs propres parents malades ou infirmes et leurs petits-enfants. Ces personnes peuvent certes consommer des services à la personne, mais elles commandent, surveillent et rétribuent ces services, comme tous les autres citoyens. Ce besoin n'est pas spécifique de l'âge.

Avec l'avance en âge, la proportion de personnes malades chroniques augmente avec des besoins en soins spécifiques pour considérer des pathologies particulières à l'âge, l'intrication de plusieurs maladies et les risques de pertes fonctionnelles menant potentiellement à la dépendance. Certains vieillards développent des maladies invalidantes au point de vue sensoriel, physique, psychique ou mental. C'est au sein de cette population malade qu'un nouveau besoin va s'exprimer : celui d'assistance pour compenser les handicaps. Il est évident que le besoin maximal viendra des personnes atteintes de syndromes démentiels où handicaps mental (troubles cognitifs), psychique (troubles du comportement) et physique (apraxies) sont associés. Par ailleurs, le groupe des personnes âgées fragiles (10 à 20% des plus de 65 ans et 45% des plus de 85 ans) représente une cible prioritaire voire un des défis de la gérontologie

⁵ (Gérontologie et Société N°118 ; 2006)

moderne. Ces personnes sont caractérisées par un état de vulnérabilité et d'instabilité, un risque de perte fonctionnelle pouvant mener à une ou plusieurs incapacités. La dépendance survient alors parfois à l'occasion d'événements extérieurs, fussent-ils minimes.

Dans la continuité de cette réflexion sur la focalisation sur l'aspect santé des personnes âgées, nous nous pencherons rapidement à titre d'exemple sur la canicule de 2003 et sur ses effets comme sur leur médiatisation tant ils ont été marqués par l'aura médicale. Suite à la surmortalité qui a accompagné la surprenante vague de chaleur, la polémique qui a fait rage a posé avant tout et de manière erronée le débat comme un problème de santé publique. L'hécatombe résultait des seules défaillances du système de santé et de ses petits frères, les systèmes de prévention et d'alerte.

Au risque de nous situer à contre-courant, nous avons déclaré à l'époque que ce n'était pas un problème de santé publique dans la mesure où si nous considérons cette catastrophe humaine sous cet angle, toutes les personnes âgées étaient des malades relevant essentiellement de la médecine. Or, toutes les personnes âgées ne sont pas porteuses d'une pathologie spécifique et le vieillissement, s'il est un processus continu et irréversible, ne nécessite pas la prise en charge médicale de toutes et de tous aux âges avancés, en dépit de tout ce que de l'on veut bien nous faire croire à partir de la mise en vente de potions miracles.

Le problème posé par l'hécatombe en question relève d'abord, à notre sens, d'une approche sociale voire sociétale. En effet, c'est seulement lorsqu'il y a rupture dans l'équilibre environnemental des personnes fragilisées que l'on observe le recours aux urgences et à l'hôpital. Ces personnes fragilisées constituent alors un problème de santé publique ; cela d'autant plus si ce recours aux services de santé s'accompagne d'une surmortalité importante. Dans le phénomène qui nous intéresse, on dira, en quelque sorte, que lorsque les personnes âgées sont arrivées aux urgences, il était déjà trop tard, le mal était fait.

La vraie question est celle de la solitude vécue ou ressentie comme telle, de l'isolement et des souffrances physiques et morales qui en découlent. Certes, les institutions du type maisons de retraite accueillent les plus fragilisées des plus de 75 ans avec une moyenne d'âge se situant autour de 85 ans. Mais, en dépit du manque de moyens voire de personnel mis en avant dans divers articles de presse, ce serait faire insulte aux professionnels en charge des personnes âgées dans ces structures, que de penser que l'essentiel des décès provenait de ces structures au sein desquelles, par principe fonctionnel et à priori, les personnes âgées ne sont pas isolées.

Les médias et des représentants du pouvoir de l'époque ont assuré à tort que la plupart des personnes décédées provenaient des institutions d'accueil. Ce raccourci est intéressant en lui-même car il pose une question de fond, à savoir la césure entre le sanitaire et le social en France. En effet, le Ministre de la Santé était avant tout médecin, ses interlocuteurs étaient avant tout, des fonctionnaires de la Direction Générale de la Santé, des A.R.S. (à l'époque DRASS, DDASS), généralement de formation médicale (ou encore épidémiologiste ou économiste de la santé) voire paramédicale ou encore issus, via les concours de la fonction publique, de l'Ecole Nationale de la Santé Publique qui, comme son nom l'indique, forme à l'approche santé. Si l'on rajoute que ces personnels sont éloignés *de facto* du terrain et que le social n'entre pas réellement dans leur champ de compétences depuis la décentralisation, on comprend aisément que tous les systèmes de veille au monde, dans une telle configuration, n'auraient rien changé au problème. Nous rappellerons enfin les plans successifs de ces dernières années consacrés aux personnes âgées. Ces plans ont des intitulés qui en disent plus que n'importe quel discours : *solidarité-Grand âge, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, plan national Bien-vieillir, plan Alzheimer, plan national nutrition santé, plan douleur* ou encore le *plan de lutte contre la maltraitance...*

Pour continuer sur la dominante de l'approche médicale des personnes âgées, nous reviendrons avec Bernadette Puijalon sur ce qu'elle nomme la *gestion des corps usés*. Par cette gestion des corps usés, la gérontologie en vient à accentuer la dépréciation sociale d'une catégorie d'âge qu'elle est, au contraire, censée soutenir.

Actuellement, différentes équipes de recherche, peut-être après avoir pris conscience de cette tendance lourde à la dévalorisation, ont initié des travaux pour proposer une approche plus complexe centrée sur le Bien-vieillir⁶ : on parlera d'un vieillir en bonne santé, d'un vieillir usuel ou habituel, d'un vieillissement réussi... Par exemple, le vieillissement réussi concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques satisfaisantes jusqu'à un âge très avancé malgré des pathologies existantes ; il concerne aussi ceux qui ont des fonctions physiologiques moins bonnes mais qui vont les améliorer avec l'avancée en âge ; citons enfin ceux qui concilient leurs capacités physiologiques et leurs envies.

Dans ces approches, le vieillissement apparaît comme un processus de développement et non une programmation inéluctable d'une involution biologiquement déterminée. On laisse les

⁶ Sous la direction de Ph PITAUD « Bien vieillir 100 ans et plus » éditions ERES, 2007, 108 pages

modèles centrés uniquement sur le déficit pour développer des modèles caractérisés par une plus grande hétérogénéité au fondement théorique plus complexe et qui accordent une part plus grande à l'environnement. Mais surtout, le vieillissement devient un processus évolutif hétérogène. Sans nier les pertes et les deuils, le déclin n'est plus la seule voie ouverte, l'organisme peut récupérer, s'adapter, développer un certain nombre de ses facultés grâce à une plasticité persistante et à des ressources qui demeurent utilisables. Il faudrait encore que ces travaux sortent des cercles spécialisés pour modifier les représentations sociales de tout un chacun. Si déjà l'expression *prise en charge* était bannie du vocabulaire gérontologique, au profit du terme *accompagnement*, un grand pas en ce sens serait franchi.

Plus globalement, et à l'heure où l'Université semble chercher une voie nouvelle sinon différente pour s'adapter aux exigences et attentes des nouvelles contraintes du marché de l'emploi ou à la concurrence du secteur privé dans le champ de la formation, il est opportun de s'interroger sur la démarche de professionnalisation et sur la place accordée aux formations professionnalisées et professionnalisantes au sein de ces mêmes universités. Des questions très larges se posent comme celle de la transformation de l'Université face à la mondialisation ou encore sa capacité à réellement intégrer une démarche de prise en compte d'une formation de qualité tout au long de la vie.

Dans le secteur gérontologique qui a connu et connaît plus que tout autre des modifications sensibles ces dernières années, il faut s'interroger à la fois sur la formation des acteurs à venir mais également sur celle des cadres déjà en place et sur celle des non-cadres en exercice mais qui seront amenés à occuper des responsabilités dans les prochaines années et doivent de ce fait accéder à des diplômes de niveau I.

Plus spécifiquement, on rappellera à quel point le vieillissement de la population est à la fois une chance individuelle, tout enfant né en Europe a désormais de vivre tous les âges de la vie, et un formidable défi collectif. La famille, l'habitat, les services, les espaces collectifs, bref ces éléments qui constituent le *vivre ensemble* et qui forgent la cohésion sociale, doivent être repensés non pas dans le sens d'une *médicalisation* mais plutôt dans le sens d'une *évolution* pour qu'à tous les âges de la vie, toutes les générations puissent trouver leur place.

La création des Masters au sein des universités françaises a coïncidé avec une évolution forte des politiques en matière d'action sociale et dans le domaine de la vieillesse en particulier. En effet, plusieurs réformes majeures ont été votées ces dernières années comme la

solvabilisation des personnes ayant des besoins liés à l'âge, la constitution d'une offre de services à domicile ou d'hébergement spécialisé, la territorialisation de l'action sociale ou encore la définition des droits des usagers. Leur mise en place progressive a considérablement renouvelé les pratiques professionnelles. Ainsi, la création des Masters professionnels constitue une véritable opportunité de préparer des professionnels à relever les défis nouveaux liés à la mise en œuvre opérationnelle des réformes. Dans le champ gérontologique, ces diplômes doivent conjuguer la prise en compte des attentes des personnes et les contraintes socio-économiques des territoires locaux et ce, de façon prospective et transversale.

Toute une philosophie sous-jacente, comme notre démarche éthique, nous amène à penser la personne au centre du projet professionnel, le projet bâti pour la personne, une sorte d'intervention-formation à la carte. Ce n'est plus à la personne de s'adapter au projet de formation. Tout cela, n'en doutons pas, représentera et représente déjà un bouleversement de la démarche universitaire traditionnelle auquel les universitaires classiques mais également les décideurs administratifs ou autres siégeant au sein des grandes instances nationales ne sont généralement ni disposés, ni préparés. Pourtant, les enjeux et les défis à relever sont nombreux et vitaux pour la structuration de ce champ d'intervention en pleine mutation.

L'objectif est certes de former des professionnels de bon niveau disposant des outils pour être les acteurs qui conduiront les évolutions de pratiques et promouvront une offre locale en adéquation à la fois avec les demandes, besoins et attentes des personnes âgées et de leur entourage mais aussi avec les contraintes socio-économiques. L'objectif est au-delà d'installer durablement ces professionnels dans une dynamique d'analyse de leurs pratiques et de les doter des ressources théoriques pour rendre efficient le lien entre les pratiques professionnelles et la production, dans le cadre de la recherche au sein de l'Université, de connaissances nouvelles dans les sciences et les sciences humaines. Les masters doivent inscrire les professionnels formés dans un réseau réunissant aussi bien des universitaires, des chercheurs que des professionnels.

L'Université joue là un rôle qu'aucun autre lieu de formation ne peut assumer. Le défi est bien d'atteindre le double objectif de la formation de professionnels de haut niveau en capacité d'anticiper les évolutions locales comme de conduire les projets qui les accompagnent et celui de leur ancrage à long terme dans un processus de *réflexion –action*. L'université est le lieu où l'ensemble des disciplines théoriques est enseigné, celui où les chercheurs dans ou hors de l'institution universitaire travaillent, le lieu où ceux qui sont dans

un parcours de formation initiale longue et ceux qui reviennent compléter leur formation après une expérience professionnelle se croisent et échangent, le lieu où la connaissance est créée et où l'information est dispensée, le lieu de l'ouverture et du lien avec des équipes travaillant dans d'autres régions, dans d'autres pays. Bref, l'Université est l'institution qui offre le plus de garanties pour relever ce défi.

Cependant, plusieurs conditions sont à réunir et de nombreux obstacles sont à contourner pour réussir ce défi. Le principal est bien celui qui consiste à rendre fluide le lien entre universitaires et professionnels de l'action sociale et médico-sociale, à organiser la rencontre entre ces acteurs qui souvent s'ignorent et entretiennent les uns à propos des autres des idées reçues issues d'une époque où la césure entre théorie et pratique était de mise et où la noblesse de la première rejetait la seconde bien loin de l'Université.

Contrairement aux anglo-saxons à la culture plus pragmatique, notre pays vit encore sur une hiérarchie qui classe ceux qui produisent la connaissance ou la pensée du côté de la théorie et ceux qui travaillent du côté de la pratique, la première étant censée nourrir la seconde sans que l'inverse ne soit vrai. De fait, la France a, par exemple, fait le choix de former ses travailleurs sociaux dans des écoles spécialisées, des écoles professionnelles et non à l'Université comme la plupart de nos voisins européens. Ces lieux de formations spécialisés n'entretiennent pas (ou très peu) de liens avec l'Université tout en cherchant à rentrer dans la réforme L-M-D pour que les étudiants qu'ils forment puissent être positionnés dans le nouveau cadre que s'est donné l'Europe. Ils relèvent d'ailleurs largement d'un autre ministère que celui de l'Enseignement supérieur, le ministère des Affaires sociales, alors qu'ils forment des professionnels de niveau I notamment en gérontologie. Si ces écoles ne sont que très rarement en prise avec le monde de la recherche et les enseignants universitaires, l'Université ignore elle aussi le monde professionnel peu présent au sein de son institution, dans un statut assez subalterne, peu sollicité pour participer à la production de connaissances. C'est dans ce contexte, qu'il s'agit de positionner la formation de professionnels de l'action gérontologique⁷.

Le Master Pro AGIS d'Aix-Marseille Université (ex DESS-AGIS de l'Université de Provence) forme, depuis 1995, des étudiants en formations initiale et continue aux métiers de

⁷ Sous la direction de Ph. PITAUD « Professionnalisation et Gérontologie Sociale ; enjeux et défis pour la formation : quel rôle pour l'Université ? » - Actes du colloque des 17 et 18 avril 2009 – ed IGS, 2009, 86 pages

la gérontologie et plus spécifiquement à la méthodologie d'Ingénierie Sociale. Le Master 2 AGIS est recensé au RNCP et habilité à former des directeurs d'établissements (Ref. 9042 – Habilitation n°20081060 6 Code NSF : 123-330-332). Cette formation professionnalisante a pour objectif d'apporter aux futurs professionnels de l'action médico-sociale les outils et bagages nécessaires à un accompagnement digne et respectueux de la personne âgée, en concordance avec les recommandations émanant des pouvoirs publics (loi 2002-2, loi handicap...).

Les fondations idéologiques de cette formation professionnelle sont ancrées dans cinq valeurs fondamentales. La place accordée à la personne âgée est centrale dans la construction des réponses aux problèmes quotidiens qu'elle rencontre. La formation est par essence pluridisciplinaire, garantie d'une considération juste de la personne âgée. La formation est humaniste, ce qui est indispensable dans l'accompagnement de personnes fragilisées. La solidarité est cultivée comme ciment de la pratique professionnelle, car les « métiers de la gérontologie » ne doivent pas s'exercer dans l'isolement. L'équipe pédagogique s'engage à apporter aux étudiants et aux anciens étudiants un encadrement et un accompagnement effectifs.

Ces valeurs sont fondamentales car le travail auprès de la personne âgée, mais aussi des professionnels ne peut se limiter à un strict management ou à une seule gestion des biens et des bénéficiaires au sens strict du terme. Au-delà du travail de gestionnaire ou de manager, il y a surtout celui d'accompagnant des personnes fragilisées et des équipes. Le Master AGIS se positionne en promoteur de cet idéal des métiers de l'action sociale et médico-sociale. Nous devons aider au cheminement de la vie malgré les représentations sociales négatives de l'avancée en âge parce qu'une personne âgée n'est pas seulement un objet de soin ou un être en finitude et parce qu'il y a toujours des projets à construire, quel que soit l'âge et quelle que soit l'envergure de ces projets. Il est important de préparer dès aujourd'hui notre propre vieillesse et de réfléchir au type d'accompagnement que l'on souhaite pour soi-même et pour ses proches car le vieillissement et sa prise en charge concernent chacun d'entre nous.

La démarche de formation essentielle pour la structuration du champ gérontologique nous est apparue dès l'origine, avec le DESS-AGIS puis le Master-AGIS, devoir résolument s'ancrer dans une double filiation : celle de la gérontologie sociale fondée sur une approche pluridisciplinaire qui, au sein de cette formation, vise à produire de façon très opérationnelle de l'interdisciplinarité ; celle de l'ingénierie sociale qui vise à promouvoir une approche

humaniste de la vieillesse centrée sur les attentes des personnes et sur la qualité de leur vie sociale et quotidienne tout en prenant en compte les contraintes socio-économiques. Sur cette double fondation, nous avons constitué avec le temps une démarche de formation et professionnalisation originale dont la pertinence peut être évaluée tant par l'intérêt qu'elle suscite chez les enseignants et les étudiants que par les résultats obtenus en matière d'accès à l'emploi.

Sur l'insertion des jeunes et le retour à l'emploi des moins jeunes, l'article intitulé « L'Université trop éloignée des entreprises »⁸ n'a pas manqué d'attirer l'attention de notre équipe pédagogique comme celle des membres de l'association des gérontologues ingénieurs sociaux, regroupant depuis près de vingt ans les anciens du DESS-AGIS puis du Master-AGIS. La création du Comité Sup Emploi par le Gouvernement nous paraît une excellente chose si l'on considère comment, à plusieurs reprises, le Master AGIS, formation professionnelle et professionnalisante, reconnue par les professionnels, inscrite dans un partenariat étroit avec les entreprises du secteur gérontologique (Groupe Médica France, Groupe Korian, Groupe Orpea, Groupe Chorro...), essentiellement animée par des professionnels, a été ces dernières années, malmenée par les pouvoirs publics et en particulier par l'ex-agence d'évaluation AERES dont les experts, pour la plupart d'ex-chercheurs ou universitaires, sont coupés depuis longtemps des réalités du terrain, des réalités professionnelles et, disons-le clairement, de la société civile immédiate.

Il s'agit pourtant de ces mêmes personnes qui, au Ministère, font et défont les formations et en particulier, les formations non destinées à la recherche. Déjà en 2008 lors du passage du DESS en Master, nous avons été mis en difficulté car nous n'étions pas dans le moule (et pour cause, nous sommes une formation professionnelle). En 2011, de nouveau, nous avons été injustement mal classés par des évaluateurs qui analysent des formations professionnelles à l'aune des critères de Recherche. Certes, les formations professionnalisées font peu de recherche mais au lieu de former des chercheurs d'emploi, elles forment des trouveurs d'emploi dans les six mois après l'obtention du diplôme. En 2014, nous sommes de nouveau confrontés à la réduction des titres de mentions des Masters et de nouveau à l'incompréhension des *experts* en charge de ce dossier qui veulent *enfermer* les Masters pro du type AGIS dans la case *santé*.

⁸ le Monde du 10/12/2013

Enfin et s'il nous fallait conclure cette contribution au Livre blanc, nous souhaiterions mettre l'accent sur la convergence entre le secteur de la vieillesse et celui du handicap, convergence en marche qui pose un certain nombre de questions au plan de la formation des acteurs concernés. Ainsi, sur les plans sanitaire, médico-social et social, les professionnels ont désormais pour *mission d'accompagner les parcours de vie des personnes qui* « subissent, dans leur environnement, des limitations d'activités et des restrictions de participation »⁹ *et ce à tous les âges de la vie* ; cela du fait d'altérations physiques, mentales, psychiques, cognitives, sensorielles ou résultant d'un trouble de santé invalidant.

Cette mission découle de la loi du 11 février 2002 sur « l'égalité des chances, la citoyenneté et la participation » des personnes en situation de handicap. Cette loi a suscité une mobilisation et un travail inter-associatif sans précédent. Elle constitue un moment historique. Non seulement, elle a rénové une loi vieille de 30 ans mais elle a élargi sa portée en prenant en compte désormais pour toutes les populations, dont les personnes âgées, l'idée du parcours de vie selon les choix de la personne (droit aux choix, droit au risque) et ses capacités à faire et être. Le texte introduit tout d'abord dans la définition même du handicap, la logique de la nouvelle Classification Internationale du Handicap et de la Santé adoptée par 68 pays après un travail de plusieurs années initié et conduit par l'OMS et près de 1800 chercheurs. Le texte précise ensuite que tous les âges de la vie sont concernés puisque le législateur a prévu une convergence des dispositifs enfance, adultes et personnes âgées. Cette convergence va bouleverser durablement l'ensemble des pratiques existantes. En effet, c'est désormais la notion de *projet de vie* qui est au cœur même de la loi. Le projet de vie renvoie aux aspirations de la personne, à ses attentes. Il est personnel et constitue l'expression de la personne, sa parole. Formulé par la personne, ses parents s'il s'agit d'un mineur, avec son représentant s'il s'agit d'un adulte sous protection judiciaire, le projet de vie fonde l'évaluation des besoins et détermine l'accompagnement à mettre en œuvre.

Ainsi, il importe, dès maintenant, de préparer des professionnels de bon niveau qui non seulement seront en capacité d'initier et de conduire des projets répondant aux exigences de la loi, développeront des outils et des pratiques adéquats en lien avec la logique de la CIH initiée par l'OMS, mais également seront en capacité d'avoir une approche globale et multidisciplinaire. Ils devront également connaître les pratiques développées dans le reste de

⁹ Extrait de la définition du handicap – loi du 11 février 2005 – Art L 114

l'Europe et faire avec. Le secteur du handicap est à la recherche de compétences professionnelles nouvelles : ingénierie sociale, *case management*, coordination, travail en réseau, etc. Par ailleurs, la loi de février 2005 définit le handicap et reconnaît pour la première fois que les altérations des fonctions cognitives peuvent générer des situations de handicap.

L'analyse prospective du champ du handicap amène à percevoir l'importance des changements qui sont à l'œuvre dans le secteur social et médico-social. Pour que les personnes aient des parcours qui tiennent compte de leur projet de vie et leur permettent de participer comme citoyen de plein exercice à la vie sociale, les réponses pertinentes et efficaces restent encore largement à inventer, que ce soit au plan individuel ou collectif. Cela devra se faire, en particulier, avec la formation des professionnels à l'ingénierie mais également à de nouveaux métiers comme, par exemple, celui de « *case manager* ».

L'approche de l'ingénierie sociale s'est peu à peu imposé comme pertinente pour apporter des réponses aux situations collectives complexes et mettre en place une action sociale territorialisée. Si le secteur gérontologique a bénéficié de l'approche de l'ingénierie sociale, le secteur handicap reste largement à l'écart de cette démarche. Cette nécessité apparaît à un moment où la loi de février 2005 a introduit de profonds changements dans le champ du handicap. Cette loi définit pour la première fois le handicap comme situationnel puisque constitué par « *les limitations d'activités et restriction de participation subit par une personne dans son environnement du fait d'une ou plusieurs altérations des fonctions physiques, sensorielles, mentales, psychique cognitives ...* » et non par la déficience elle-même. Cette même loi organise la politique publique en faveur des personnes en situation de handicap autour de la *compensation* des restrictions et limitations de façon à garantir la participation et la citoyenneté de chaque personne. La loi met au cœur des pratiques d'accompagnement et d'évaluation la notion de *projet de vie*. La loi construit enfin la *convergence* entre le secteur du handicap et celui de la vieillesse (laquelle a débuté dès 2010).

Ces changements génèrent une demande de professionnels de haut niveau ayant acquis des compétences permettant de mettre en pratique la nouvelle culture proposée par la loi. Cette demande, déjà très sensible, ne relève pas exclusivement du champ de la santé. Elle vise à former des professionnels qui tiennent compte et aident à la mise en œuvre du projet de vie des personnes handicapées. Cela est vrai notamment pour les personnes très nombreuses que le « handicap invisible » pénalise gravement en termes d'insertion et d'inclusion. De nouveaux métiers seront sollicités dans les années à venir, nous en sommes convaincus.

Il nous semble que l'offre de formation doit, dans ce cas, anticiper les évolutions pour mieux les accompagner. C'est là encore un défi à relever pour l'Université française. Elle devra pour cela parvenir à gérer ses contradictions. Elle devra surtout ouvrir ses portes à la formation professionnelle et les maintenir ouvertes. Dans le cas contraire, l'Europe se développant, la France aura encore perdu une occasion de bien faire.