



UNIVERSITE RENNES 2

**UNIVERSITARISATION DES PROFESSIONS PARAMEDICALES :
QUEL PROJET POUR L'ENTREPRISE I.F.P.E.K., REGROUPANT
TROIS INSTITUTS DE FORMATION INITIALE ?**

Mémoire présenté pour l'obtention du Master Professionnel Stratégie et
Ingénierie en Formation d'Adultes (master SIFA)

PIERRETTE MEUNIER-SCHOEN

Avec l'accompagnement de Hugues Pentecouteau

Année 2009-2010

Remerciements

Je remercie sincèrement,

Hugues Pentecouteau, pour ses remarques critiques, qui ont interrogé mes limites et m'ont permis d'en dépasser certaines,

Nicolas Biard, le personnel de l'I.F.P.E.K, Directeurs, formateurs, étudiants qui ont participé directement à cette recherche et sont venus l'alimenter,

Les informatrices, qui par la richesse de leurs entretiens, m'ont aidée à la visualisation des systèmes,

Mes collègues de promotion, qui par leurs échanges, m'ont soutenue,

Ma famille, mes amis, présents par leur affection, qui ont du faire preuve de patience et de confiance face à mon obstination.

Merci à tous.

« Les hommes aussi longtemps qu'ils peuvent agir, sont capables d'accomplir et accomplissent constamment qu'ils le sachent ou non, de l'improbable et de l'imprévisible. »

Hannah Arendt, *Qu'est-ce que la politique ?* p.53

« Pour créer quelque chose, il faut briser le plein qu'on impose aux choses. »

J.Pierre Boutinet, *Grammaires des conduites à projet*, p.36

« Formuler ensemble ce qui fait enjeu, c'est déjà le partager ».

Philippe Zarifian, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, p. 61

TABLE DES MATIERES

Avant Propos	1
Introduction	3
1^{ère} partie : L'universitarisation des professions paramédicales	3
1.1 L'universitarisation.....	4
1.1.1 Définition de l'universitarisation	7
1.1.2 Rappel historique du processus des accords de Bologne	8
1.1.3 Contexte national : genèse des décisions. La mise en place du processus au niveau ministériel :.....	11
I - Le temps de la préparation de la réforme par les associations professionnelles.....	11
II - Le temps de la réforme des études médicales et de la réingénierie des diplômes paramédicaux.....	13
III - Le temps des choix du Ministère de la Santé et la négociation avant la mise en œuvre.....	15
1.2 Etude des notions soulevées au niveau national.....	20
1.2.1 Construction historique des professions paramédicales.....	20
1.2.2 Dynamiques professionnelles.....	24
1.2.3 La réingénierie des diplômes paramédicaux : une « ingénierie cadrée »	26
1.2.4 Un changement de paradigme pour ces professions paramédicales ?.....	34
1.2.4.1 La notion de métier	35
1.2.4.2 Le passage de la qualification à la compétence.....	37
1.2.4.3 La professionnalisation.....	39
1.3 Modélisation du processus universitarisation.....	40
1.4 Contexte Régional : Le niveau organisationnel de la mise en œuvre.....	41
1.4.1 Attributions vis-à-vis des professions paramédicales.....	41
1.4.2 Ses principaux choix politiques sur les formations du sanitaire.....	42
1.4.3 Ses actions.....	43
1.4.4 Compte rendu de l'entretien réalisé au Conseil Régional.....	44
1.4.4.1 Guide d'entretien.....	44
1.4.4.2 Synthèse du point de vue du Conseil Régional de Bretagne.....	45

1.4.5 Analyse et discussion.....	48
1.5 Conclusion.....	50
2^{ème} partie : Le projet d'universitarisation des trois instituts (filières) de formation initiale à l'I.F.P.E.K.....	53
2.1 Présentation de l'association I.F.P.E.K (Institut de Formation Pédicurie-podologie, Ergothérapie, Kinésithérapie).....	53
2.1.1 Historique.....	54
2.1.2 Projet d'établissement et organisation actuelle de l'I.F.P.E.K.....	57
2.1.3 Organigramme.....	59
2.1.4 Regard sur l'évolution de l'organisation.....	59
2.2 Présentation et fonctionnement des trois I.F.I (Instituts de Formation Initiale).....	63
2.2.1 Eléments généraux du fonctionnement.....	63
2.2.2 Tableaux des points communs et différences dans le fonctionnement des I.F.I.....	67
2.2.3 La formation initiale comme construction de l'identité professionnelle.....	72
2.2.3.1 La formation initiale.....	72
2.2.3.2 L'identité professionnelle.....	73
2.2.4 Situation des I.F.I dans le processus universitarisation.....	79
2.3 Le projet institutionnel.....	80
2.3.1 Les enjeux de l'universitarisation pour les différents acteurs I.F.P.E.K.....	80
2.3.2 Problématique institutionnelle face à l'universitarisation.....	81
2.3.3 La commission universitarisation.....	82
2.3.4 Participation et questionnements.....	86
2.3.5 Faisabilité du projet Licence.....	88
2.4 Conclusion.....	91
3^{ème} partie : Analyse du projet I.F.P.E.K	93
3.1 Quel Projet ? Notion de projet.....	93
3.1.1 Les éléments incontournables de la notion/concept de projet.....	93
3.1.2 Situation du projet I.F.P.E.K pour l'universitarisation des trois I.F.I : la tension entre programme national et projet d'établissement.....	94
3.1.3 Lecture du projet de l'I.F.P.E.K lors de la commission universitarisation.....	98

3.2 Quelles raisons à l'arrêt de la commission universitarisation ?.....	101
3.2.1 Synthèse des représentations des acteurs de la commission : points d'accord et de divergence.....	101
3.2.2 Interprétation et discussion des résultats.....	108
3.2.3 Limites de la méthode.....	114
3.3 Quel autre projet d'universitarisation ?.....	116
3.3.1 Bilan et perspectives.....	116
I - Bilan de l'existant.....	116
II - Tableau des perspectives d'universitarisation : synthèse des éléments..	118
3.3.2 Discussion et point de vue personnel.....	120
3.3.3 Préconisations.....	122
3.4 Bilan personnel et synthèse de la démarche.....	124
3.4.1 Bilan personnel.....	124
3.4.2 Synthèse de la démarche.....	126
Conclusion.....	127
Bibliographie.....	129
Annexes	

Avant Propos

Cadre de santé, ergothérapeute de formation, j'occupe les fonctions de formatrice et de responsable de stage depuis plus de dix ans à l'I.F.P.E.K¹, association Loi 1901, regroupant trois formations initiales paramédicales, celle de pédicurie podologie, celle d'ergothérapie et celle de masso kinésithérapie.

L'idée de ce projet de recherche est née de la convergence de deux situations de travail, rencontrées dans ma carrière professionnelle.

La première, est liée à une expérience antérieure de directrice technique (1996-1999) à l'Institut de Formation d'Ergothérapie² public de l'Université Paris XII, Val de Marne. Cet institut de formation qui, historiquement a été créé en même temps que celui de Rennes (1973), occupe une place particulière dans le paysage de la formation en ergothérapie. Il reste un des rares instituts de formation d'ergothérapie publics, inséré dans une université. Dans une situation difficile de remise en question de son existence au sein d'un U.F.R de sciences humaines, en 1996, par le Conseil d'Administration de l'université, j'ai participé au montage d'un D.E.U.G Santé. Cette solution a été trouvée par la création d'un I.U.P (Institut Universitaire Professionnalisé), à l'initiative d'un G.I.P. (Groupe d'Intérêt Public) pour deux formations initiales celle des ergothérapeutes et celle des infirmiers de la M.G.E.N (Mutuelle Générale des l'Education Nationale). Aussi dans ce contexte, nous avons travaillé un programme de formation en mutualisant les enseignements fondamentaux afin d'obtenir l'agrément universitaire et permettre ainsi, aux étudiants d'obtenir leurs diplômes d'Etat d'études paramédicales et de valider un D.E.U.G santé. La filière Licence était assurée par la mise en place, en formation continue, du Diplôme Cadre de Santé (décret et arrêté du 18 août 1995 et 27 mai 97) sous la direction de l'E.S.M (Ecole Supérieure Montsouris, agrément 1/01/98), faisant partie du G.I.P. La recherche était pilotée, dans cette filière Soins, par l'E.S.M également, conventionnée avec l'I.N.S.E.R.M (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Cette expérience, m'a permis de confirmer

¹ I.F.P.E.K : Institut de Formation Pédicurie-podologie, Ergothérapie, Kinésithérapie. Association Loi 1901.

² Ergothérapie : « *L'ergothérapie est une thérapie par l'activité. L'ergothérapie s'adresse à des personnes atteintes de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ou intellectuelles, à des personnes qui présentent des incapacités ou à des personnes en situation de handicap temporaire ou définitive. Le but de l'ergothérapie est de permettre à ces personnes de maintenir ou développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle. L'ergothérapie est une profession de santé qui intervient dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation et de l'insertion. Elle se réfère aux sciences humaines, médicales, psychologiques, sociales et techniques* ». Moreau, A. (2008), Définition de l'ergothérapie, In [Caire, J.M., (2008), *Nouveau Guide de Pratique en Ergothérapie : entre concepts et réalités*, Marseille, Solal, p 130

certaines valeurs et d'asseoir l'idée d'une inscription possible des instituts de formation paramédicale dans l'université.

La seconde, est l'actuel projet « d'universitarisation » des formations paramédicales, qui devrait voir le jour d'ici 2010-2011, sous l'impulsion des accords de Bologne (1999) et la nécessité pour l'association (association Loi 1901) I.F.P.E.K (Institut de Formation de Pédicurie-Podologie, Ergothérapie et Kinésithérapie) de sa mise en place au niveau local, en trouvant les partenariats qui conviennent. Ce projet d'universitarisation des trois instituts de formation m'a tout de suite interpellée.

Engagée dans la formation S.I.F A (Stratégie et Ingénierie de Formation Adultes) par le biais du plan de formation de l'entreprise, j'ai fait part de mon intention de mener une recherche sur ce sujet. La Déléguée Générale de l'I.F.P.E.K m'a proposé alors, de travailler sur l'étude de l'articulation des systèmes nécessaires à l'universitarisation des trois instituts présents à l'I.F.P.E.K, préalable au projet d'universitarisation des trois instituts de formation initiale.

Ce mémoire a pour objet l'universitarisation de ces trois formations paramédicales et comme problématique : Quel projet construire ou choisir pour l'I.F.P.E.K pour l'universitarisation des trois instituts de formation initiale apparentées à des métiers et professions différents ?

Pour mettre à jour le processus, j'ai choisi une méthode descriptive, prenant appui sur des données de terrain comme base de travail. Celle-ci s'est doublée d'une approche compréhensive, où j'ai tenté d'objectiver les contenus subjectifs, à « traquer » le sens, moi même aux prises avec cette réalité de terrain.

Introduction

Depuis les accords de Bologne (1999), les professions paramédicales sont invitées, en tant que formations d'enseignement supérieur post-baccalauréat et dans la suite des réformes universitaires, à mettre en place d'ici 2010-11, le système L.M.D (Licence, Master, Doctorat), l'organisation des études en semestres, des Unités d'Enseignement (U.E) avec un système de crédits d'enseignement : European Crédits Transfert System (E.C.T.S), capitalisables et transférables. Cette réforme visant l'harmonisation européenne constitue pour ces professions, le premier cadre pour repenser leurs métiers, leurs formations. Les décisions visant sa conception, sont élaborées à un niveau national par le jeu de négociations entre les syndicats, les organisations professionnelles et les deux Ministères concernés : le Ministère de la Santé dont elles sont dépendantes, et le Ministère de l'Enseignement Supérieur garant de la cohérence et de la validité des enseignements universitaires.

Pour comprendre le processus d'universitarisation, objet de notre recherche, sa genèse et ses implications pour les instituts de formation présents dans notre entreprise, nous avons trouvé pertinent d'utiliser la métaphore qu'emploie Thierry Ardouin³ dans son livre « l'ingénierie de formation en entreprise » avec « le maître d'ouvrage au maître d'œuvre », comme suivant le fil d'un projet, « de sa conception à sa réalisation ». Nous avons construit ce mémoire suivant les différents contextes, mettant à jour à la fois les niveaux organisationnels, et les jeux des acteurs.

Nous avons donc concentré la première partie de notre recherche sur la compréhension du processus d'universitarisation, des différents acteurs, en faisant un relevé minutieux de la « littérature grise⁴ » entourant ce sujet notamment les rapports ministériels nous permettant d'en saisir sa genèse. Nous avons assisté à deux réunions concernant le sujet, l'une à Rennes pour la présentation du référentiel formation infirmier, réunion animée par les conseillères pédagogiques D.R.A.S.S (Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale), l'autre à Paris à l'U.I.P.A.R.M, (Union InterProfessionnelle des Associations des Rééducateurs et Médico techniques) en présence de la D.H.O.S (Direction Hospitalière et Organisation de la Santé). Nous avons découvert les coulisses, sa complexité avec les luttes de pouvoir entourant sa conception. Cette première approche nous a permis d'appréhender les dynamiques professionnelles nous replongeant dans la construction historique de ces professions paramédicales avec des premiers questionnements : Pourquoi la scission entre

³ Ardouin ; T., (2003), *L'ingénierie de formation pour l'entreprise*, Paris, Editions Dunod.

⁴ «La littérature selon l'A.F.N.O.R est définie comme « tout document dactylographié ou imprimé, produit à l'intention du public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion et en marge des dispositifs de contrôle bibliographique. ». Source Internet

médical et paramédical ? Comment comprendre les divergences entre auxiliaires médicaux ? Quels peuvent être les enjeux pour les différents acteurs ? L'universitarisation apporte-t-elle un changement de paradigme pour ces professions ? Quels peuvent être les impacts pour les professions présentes à l'I.F.P.E.K ? Les notions de dynamiques professionnelles, de profession, métier s'imposaient à nous. La lecture de C.Dubar et P.Tripier pour ce qui concerne le décodage de la construction historique des professions, nous a permis de comprendre la dynamique des acteurs, en nous livrant deux concepts clés (Licence, Mandate) de la perspective interactionniste, au regard de la sociologie des professions . La réforme imposait également une logique en termes de normes, de conformité, de politique ajustée à celle des enjeux économiques avec les notions de compétences et de professionnalisation. F.Osty, G.Le Boterf, P.Zarifian et R.Wittorki nous ont aidés à une lecture de cette réforme et de ses enjeux, que se soit au niveau national, régional ou local. Dans cette première partie du mémoire, nous nous sommes également intéressés au deuxième niveau, celui de la mise en œuvre situé au niveau régional. Nous avons alors interrogé une représentante du Conseil Régional de Bretagne, en tant qu'acteur de la mise en œuvre, pour entendre son positionnement. Notre objectif était de saisir le rôle du Conseil Régional dans la réforme, sa participation dans la mise en œuvre, et ce, aussi vis-à-vis de notre entreprise. Cet entretien à visée informative, nous a montré une autre facette de l'universitarisation, l'espace possible de négociation pour notre entreprise et asseoir le processus pour les trois formations.

En avançant dans la compréhension du processus, nous nous sommes centrés autour d'une question principale :

Quel projet d'universitarisation pour l'entreprise I.F.P.E.K regroupant trois formations initiales apparentées à des métiers et professions différents ?

Cela nous apparaissait comme la problématique essentielle de la mise en place de l'universitarisation des trois instituts de l'I.F.P.E.K. En effet, la différence des stratégies des professions entrevues dans le contexte national et l'instabilité des contextes, nous laissaient présupposer d'une dynamique similaire dans notre entreprise, quelque soit le projet d'établissement de l'entreprise.

Nous devons mettre à plat l'histoire de l'institution, les modes de fonctionnement des trois instituts, envisager les répercussions de cette réforme sur l'entreprise, tant au niveau managérial qu'au niveau pédagogique.

C'est ce que nous avons entrepris dans la seconde partie de ce mémoire. Nous avons décrit l'entreprise qui nous emploie en s'appuyant sur des documents internes à l'institution, des témoignages, une monographie constituée antérieurement. Ces éléments confrontés à la lecture de Mintzberg nous ont permis de décrypter l'histoire

de l'association et sa toute nouvelle politique, situant ainsi le cadre stratégique dans lequel pouvait s'inscrire le processus. En s'intéressant aux différences de fonctionnement des Instituts de Formation et la transmission faite en formation initiale, nous avons entrepris de regarder comment celle ci participe de la construction identitaire des étudiants à l'appui de lectures d'un psychosociologue et de sociologues A.Mucchielli, C.Dubar, et F.Osty. L'intention était de comprendre les impacts de l'universitarisation sur la transmission professionnelle. La réforme renforce t-elle les identités professionnelles ou les dilue t-elle ? Nous avons alors perçu alors les effets de cette réforme sur l'identité professionnelle corroborant l'idée de professionnalisation des étudiants. L'entreprise I.F.P.E.K, dans son projet d'établissement, a inscrit dans ses objectifs d'action : l'universitarisation des trois instituts de formation initiale. Aussi a-t-elle mis en place, une commission animée par le Directeur du Pôle Recherche et Développement, à laquelle nous avons été conviés en tant que formatrice ergothérapeute. Nous avons entrepris alors, d'adopter une posture d'observation participante pour saisir la position des acteurs et s'engager dans les prémises du projet de construction d'une licence commune aux trois instituts, décidée dans cette instance. Comment les acteurs de la commission se représentent-ils l'universitarisation ? Comment se construit une licence ? Nous avons alors engagé une série d'actions. Nous avons interrogé les différents acteurs de la commission sur leurs représentations, interviewé la Directrice de l'institut de formation d'ergothérapie à l'Université de Paris XII Val de Marne, engagée depuis 2008 dans un projet similaire avec un institut de masso kinésithérapie. Nous concentrant sur les points susceptibles de faire lien, nous avons comparé les différents référentiels compétences des trois professions présentes à l'I.F.P.E.K et regardé la faisabilité du projet licence avec les éléments que nous possédions.

Ce projet licence a été contrecarré par certains membres de la commission. L'enchaînement événementiel de l'universitarisation et sa dimension stratégique au niveau local, ont permis au Comité Directeur de piloter l'ensemble du projet d'universitarisation en invitant un membre universitaire pour la négociation. La commission s'est arrêtée et le projet licence abandonné. Ces nouveaux éléments nous ont questionné et obligé à réfléchir au niveau des différents projets, projet d'établissement, projet licence , projet universitarisation en les réinterrogeant, avec comme grilles de lecture celles construites par J.P.Boutinet dans différents ouvrages . Cette analyse, les perspectives offertes à l'I.F.P.E.K, constituent notre troisième et dernière partie.

Cette démarche a été motivée par la découverte de la recherche action comme levier de compréhension des problèmes posés à un groupe social et à un niveau plus

personnel comme levier à une réelle auto-formation. C'est sur ce terrain nous nous sommes engagés avec beaucoup d'incertitudes, de conflits avec nous même, pour une approche compréhensive de ce qui apparaissait et se dérobaît au fur et à mesure. L'exploitation « des notions-carrefours » (Barbier) ont apporté une intelligibilité aux faits.

En termes de méthode, ce mémoire est construit avec un ensemble de données de terrain différentes, des comptes rendus de réunions et des entretiens. Lors de leur exploitation dans les différentes parties du mémoire, nous avons indiqué au fur et à mesure, la manière dont nous avons procédé pour les recueillir.

1^{ère} partie : « L'universitarisation » des professions paramédicales

Dans cette première partie, nous aborderons ces différents contextes qui entourent la question de «l'universitarisation » pour ces professions en faisant une approche descriptive et historique, avec comme matériaux : plusieurs rapports ministériels et des articles de la presse professionnelle.

Le premier paragraphe sera consacré à la recherche d'une définition du terme « universitarisation » et un rappel historique des accords de Bologne précisant le cadre de cette réforme. Puis, nous regarderons au niveau national, les différentes étapes qui ont jalonné la décision ministérielle. Celles-ci seront enrichies du point de vue de certains acteurs, étudiants et professionnels engagés dans les organisations syndicales. S'ensuivra une partie analyse des notions soulevées par cette réforme, dans le contexte national, pour mieux cerner la mise en œuvre sur le terrain. En fin de première partie, nous recueillerons l'avis du Conseil Régional impliqué dans cette réforme et acteur du premier niveau de mise en œuvre. Nous cernerons les problèmes que suscite cette réforme afin de prendre la mesure de ses impacts dans l'entreprise I.F.P.E.K (Institut de Formation en Pédicurie- Podologie, Ergothérapie, Kinésithérapie), où nous travaillons. Mais au préalable, essayons de définir le terme universitarisation.

1.1 L'universitarisation

1.1 .1 Définition de « l'universitarisation »

Si nous recherchons dans différents dictionnaires, nous ne trouverons aucune véritable définition. Ce terme apparu dans les années 2000, constitue un néologisme. Dans sa forme, il se compose du terme université, qui selon le dictionnaire Larousse (1997) rapporte :

- *« Au Moyen Age, institution ecclésiastique jouissant de privilèges royaux et pontificaux et chargés de l'enseignement ».*
- *« Ensemble d'établissements scolaires relevant de l'Enseignement Supérieur regroupés dans une circonscription administrative ».*

La première définition évoque l'histoire de la création des Universités , où au Moyen Age, seront distingués les métiers relevant « des arts mécaniques » et les professions « septem artes liberales » relevant des Universités, créant ainsi une dichotomie transposée pendant des siècles, entre le travail relevant des « mains » et celui relevant « de l'esprit ».

La deuxième définition évoque plus le caractère public des universités et leur position géographique, tentant dans l'organisation politique actuelle de décentralisation, de situer sa dépendance administrative dans le contexte régional.

Ajoutons que par sa racine étymologique (XIII^{ème} siècle), le mot « université » vient de « universitas » signifiant « l'acte de connaître ». Le terme « universitarisation » par le suffixe rajouté « sation » nous renseigne d'un processus⁵ d'action.

En considérant « l'universitarisation » comme processus, avec son étymologie de « pro » vers l'avant et de « cessus », « cedere », « aller », littéralement l'universitarisation peut se traduire comme « aller de l'avant vers l'acte de connaître », nécessitant une élaboration dans le temps, une suite d'opérations vers un but. Mais d'autres sens peuvent être trouvés à ce mot. Plus rationnellement, le terme vient rendre compte dans le cadre des accords de Bologne, d'un accès à des études de niveau universitaire pour les formations paramédicales.

Cette universitarisation n'a pas été sans poser question dans les milieux professionnels, comme l'indique A. Bourez ⁶« *S'agit-il d'un changement de tutelle ou d'une double tutelle sur les concours, les contenus de formation, et les diplômes, ou bien s'agit-il d'un dispositif diplômant ayant une structure identique à celle des dispositifs universitaires ?* ». Cette question centralisera un certain nombre d'enjeux au sein des groupes professionnels et surtout révélera les intentions politiques qui entourent la conception de cette réforme, que nous étudierons plus tard.

Auparavant, nous ferons un rappel historique du processus des accords de Bologne qui vient impacter directement les perspectives d'universitarisation des professions paramédicales.

1.1.2 Rappel historique du processus des accords de Bologne (cadre européen)

Les accords de Bologne (1999) marquent une étape importante pour l'Université. Le dix neuf juin 1999, vingt neuf pays dont la France sont signataires pour une Europe des connaissances avec comme perspectives principales : le développement humain et social, la consolidation de la citoyenneté européenne, une réponse aux défis du III^{ème} millénaire, le renforcement des valeurs partagées en Europe et la promotion de

⁵ Processus : « ensemble actif de phénomènes organisés dans le temps. Suite ordonnée d'opérations », In, Le Robert de poche 2009

⁶ Bourez, A., (2006), L'universitarisation des formations en santé, quels enjeux ?, *Soins Cadres*, n°59, 59-61,

la paix⁷. Ce texte faisant suite à la Déclaration de la Sorbonne (1998), met en exergue le rôle clé des universités, ouvrant un espace européen de l'enseignement supérieur, incitant à la mobilité des citoyens dans l'Europe, favorisant leur intégration sur le marché du travail européen et promouvant le développement global du continent. Concrètement, la déclaration énonce les objectifs suivants⁸ :

- *Adoption d'un système de diplômes aisément lisibles et comparables*
- *Adoption d'un système qui se fonde essentiellement sur deux cycles principaux avant et après la licence*
- *Mise en place d'un système de crédits, comme celui du système ECTS (European Credit Transfer System)*
- *Promotion de la mobilité en surmontant les obstacles à la libre circulation des étudiants, des enseignants, des chercheurs et des personnels administratifs*
- *Promotion de la coopération européenne en matière d'évaluation de la qualité*
- *Promotion de la nécessaire dimension européenne dans l'enseignement supérieur.*

A la suite de ces accords, auront lieu plusieurs rencontres, faisant partie de ce qui est convenu de nommer les « séminaires de Bologne »⁹ :

- Salamanque (2001) où est créée l'E.U.A (European Universities Association), rappelant les principes d'harmonisation du système européen de l'Enseignement Supérieur ;
- Prague (2001) où sont réaffirmés les efforts de poursuite des accords de Bologne. Les étudiants sont reconnus comme partenaires à part entière dans les prises de décision et l'enseignement supérieur est déclaré bien public ;
- Berlin (2003), où sont exposés les progrès faits depuis la dernière rencontre en termes de reconnaissance des diplômes, de périodes d'études avec l'examen du système basé sur les deux cycles, ainsi que l'évaluation de la qualité. La recherche et l'enseignement supérieur sont réaffirmés comme étant « *les deux piliers de la société du savoir* »¹⁰, avec la nécessité d'aller au-delà des deux cycles principaux et d'inclure le 3^{ème} cycle d'études doctorales, dans le processus de Bologne.
- Bergen (2005) où est élaboré le cadre global des qualifications pour l'espace européen avec l'engagement à travailler d'ici 2010, les cadres nationaux de qualifications, l'adoption des références en matière de qualité. Sont aussi évoquées la dimension sociale de l'enseignement supérieur et la nécessité

⁷ Déclaration commune des ministres européens de l'éducation. Site : <http://www.education.gouv.fr/realisations/education/superieur/bologn>.

⁸ Conseil de l'Europe. Site : <http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/EHEA2010/BolognaPedest>

⁹ Idem

¹⁰ Idem

d'améliorer l'interaction de l'espace européen de l'enseignement supérieur avec le reste du monde, lui donnant ainsi une dimension externe.

- Londres (2007) où est adoptée une stratégie pour le processus de Bologne avec la prise en note du 2^{ème} rapport sur le bilan des accords de Bologne considérant dimension sociale, mobilité, cadres des qualifications, les agences chargées de la garantie de la qualité. De ce séminaire, ressort la création d'un cadre national de qualifications (C.N.Q).
- Leuven/ Louvain-la-Neuve (2009) où sont examinés plus particulièrement le rapport sur les cadres des qualifications et le rapport sur les niveaux nationaux et institutionnels pour le développement de l'Université dans le contexte global de l'Europe.

Ce cadre européen détermine la base sur laquelle s'appuient les quarante six pays actuellement rattachés à ce processus pour la mise en place effective de l'organisation de l'enseignement supérieur. Les Universités françaises entre 2002 et 2006¹¹, ont adopté le principe, en instaurant une semestrialisation des études, en déclinant l'architecture des diplômes en L.M.D (Licence-Master-Doctorat), en utilisant les E.C.T.S.

Cette tentative d'harmonisation européenne est devenue principe pour ce qui concerne les disciplines classiques universitaires, et pour les formations paramédicales dans certains pays européens tels que la Belgique, l'Angleterre, l'Allemagne, les Pays Bas, pour ne citer que les proches voisins. Pour exemple, un travail mené par l'association européenne des ergothérapeutes (E.N.O.T.H.E¹² et C.O.T.E.C¹³) associant neuf pays européens¹⁴, dans le cadre du programme européen TUNING¹⁵ témoigne de cette intégration en publiant, sous l'égide européenne, les points de référence des programmes d'enseignement¹⁶ d'ergothérapie. Ils définissent ainsi les critères minimum requis pour la formation des ergothérapeutes et trente cinq compétences spécifiques à développer pour la formation, au niveau licence.

¹¹ Source Internet ; Site du C.E.D.I.E.S (Centre de Documentation et d'Information sur l'Enseignement Supérieur) : « Processus de Bologne ... Vers un espace européen de l'enseignement supérieur ».

¹² E.N.O.T.H.E: European Network of Occupational Therapy in Higher Education. Réseau européen des instituts de formation en ergothérapie.

¹³ C.O.T.E.C: Concil of Occupationnal Therapist for European Countries. Comité européen des ergothérapeutes

¹⁴ Les 9 pays européens ayant participé sont : le Royaume Uni, le Danemark, la Norvège, les Pays Bas, l'Allemagne, le Portugal, la Grèce et la Bulgarie.

¹⁵ TUNING: Projet lié à l'évaluation de la qualité, soutenu par la Commission Européenne

¹⁶ Tuning Educational Structures in Europe: Reference points for the design and delivery of degree programmes in occupationnal therapy, E.N.O.T.H.E, Bilbao, 2005p.

1.1.3 Contexte national : genèse des décisions

Ce contexte est particulièrement mouvant encore actuellement, des groupes de travail sont constitués pour les professions paramédicales auxquelles nous allons nous intéresser, c'est-à-dire la kinésithérapie, l'ergothérapie et la pédicurie podologie. Mais rien n'est stabilisé pour leurs formations, dans l'application du processus de Bologne. Aussi, dans ce chapitre, nous vous présentons la synthèse de la genèse de ce processus, à travers le filtre d'une des principales organisations professionnelles pour ces trois professions, l'U.I.P.A.R.M¹⁷ (Union InterProfessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques), à travers la lecture des divers rapports de commissions ministérielles et de notre participation à des journées organisées par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (Rennes mars 09) sur l'universitarisation de la profession infirmier (Cf. Compte rendu Annexe 1 : universitarisation des I.F.S.I) et aux journées U.I.P.A.R.M (Paris février 2010) sur la réingénierie des diplômes (Cf. Compte rendu Annexe 2 : XIXème journée nationale d'étude et de réflexion de l'U.I.P.A.R.M). Nous ajouterons les points de vue de deux représentantes des organisations syndicales étudiantes, que nous avons interrogées dans le cadre de notre entreprise, au sujet de la réforme.

Nous avons empiriquement divisé cet historique en trois temps : 1^{er} temps de 2001-2005 que nous avons nommé : La préparation de la réforme par les associations professionnelles, un 2^{ème} temps de 2006- 2008 : la réforme des études médicales et la réingénierie des diplômes paramédicaux, et celui actuel 2008- 2009 : les choix du Ministère de la Santé et la négociation avant la mise en œuvre.

La mise en place du processus au niveau ministériel :

I- Le temps de la préparation de la réforme par les associations professionnelles

Cette présentation est une suite de données relevées à partir d'articles mais surtout de rapports des commissions au niveau national.

¹⁷ U.I.P.A.R.M : Créé en 1992, cette union interprofessionnelle regroupe neuf associations professionnelles de rééducateurs et médico-technique.

Pour reconstituer la genèse de la mise en place du processus d'universitarisation pour les professions paramédicales, nous nous appuyons également sur un article « Vers l'universitarisation des formations paramédicales »¹⁸ d'Hélène Hernandez.

- En 2001, les professions de santé sont interrogées par le conseiller technique auprès du Ministre de l'Education Nationale et un chargé de mission auprès de la secrétaire d'état à la santé, pour « *faire des propositions pour la réforme des études médicales et notamment réduire les inconvénients du concours actuel et apporter réflexion sur les débouchés des « reçus-collés »*. Les professionnels y réagirent en proposant de « *structurer le cursus de formation* », selon le modèle des instituts universitaires professionnalisés (en référence notamment à Créteil Paris Val de Marne et à Grenoble), à savoir une 1^{ère} année de tronc commun plus trois années de formation professionnelle spécifique.
- En 2002, une commission pédagogique nationale de la 1^{ère} année des études de santé est mise en place sous l'égide du Président de la conférence des Présidents d'Université. Y siègent des représentants des différents ministères, Direction de l'Enseignement Supérieur, D.G.S (Direction Générale de la Santé) et D.H.O.S (Direction de l'Hospitalisation et Organisation des Soins), professionnels de santé des différentes filières : médicales, soins infirmiers et médico-techniques ainsi que les étudiants de toutes filières. Cette commission met en avant des orientations communes aux différents professionnels : la volonté d'une reconnaissance universitaire au moins égale au grade de licence, la nécessité d'une mobilité entre les professions de santé en établissant des passerelles et en permettant à un professionnel d'une filière courte de pouvoir reprendre ses études. Elle insiste sur l'utilisation de la voie V.A.E (validation d'Acquis d'Expérience), la nécessité de concevoir des programmes de formation évolutifs. En 2003, ce rapport est remis aux Ministres, au nom de la Commission Pédagogique Nationale, mais celui-ci sera sans suite.
- En janvier 2003, l'U.I.P.A.R.M (Union InterProfessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques) propose un schéma de formation paramédicale curriculaire¹⁹. Celui-ci servira de base à l'élaboration de la plupart des programmes établis par les différents I.F.I (Instituts de Formation Initiale) paramédicaux. L'ensemble du cursus est décliné avec une année universitaire

¹⁸ Hernandez, H., (2006), Vers l'universitarisation des formations paramédicales, *Soins-Cadres*, n°59, 54-58

¹⁹ Curriculum : « *le terme curriculum désigne les manières dont se diffuse et s'organise la culture scolaire (qui ne prend pas en compte les contenus d'enseignement) le curriculum permet d'analyser les incidences de ce qui est enseigné (ou non) appris par l'élève (ou non) »*. In Dortier, J.F, (2004), Dictionnaire des Sciences Humaines, Editions Sciences Humaines.

validée (médecine ou autre), correspondant à l'acquisition des pré requis, suivie de deux années d'enseignement théorique, pratique et clinique concourant au grade de Licence à valeur de 180 ECTS. Au-delà, la formation se déclinera en 1^{ère} année de Master sous forme de « clinicat ». Chaque association professionnelle s'empare de cette proposition en déclinant 3 plans :

- un plan interprofessionnel : savoirs et aptitudes
 - un plan professionnel : savoirs, savoirs faire et aptitudes
 - un plan métier : savoirs, savoirs faire, savoirs être et compétences », pour élaborer son propre programme d'études.
- En 2005 : Un chargé de mission nommé par le Ministre de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, et le Ministre de la Santé et des Solidarités, est chargé d'auditionner les représentants des organisations professionnelles pour faire le point « de l'existant et du souhaitable » sur l'application des accords de Bologne, au niveau des formations initiales paramédicales. L'enquête menée auprès de cinq groupes de trois professions différentes, en l'absence d'un cadre politique clairement défini, se solde par l'examen au cas par cas, pour le niveau d'entrée et de sortie des études, en fonction du cahier des charges remis par les professionnels. Les associations et syndicats professionnels toutes professions confondues, soucieux de faire avancer le projet, trouvent les accords communs (architecture commune, sélection à l'entrée, règle d'admission applicable à toutes les formations paramédicales, mémoire de fin d'études, grade de licence, délivrance du D.E etc...)

II- Le temps de la réforme des études médicales et de la réingénierie des diplômes paramédicaux

1) *La réforme des études médicales*

- 2006 : pour le Ministère de la Santé et Solidarités, la réforme des études médicales constitue la première marche avant l'examen dans le cursus, des professions paramédicales, tel en témoigne le rapport Thulliez²⁰ initié en 2006. Celui-ci fait suite à une commission créée à l'initiative du Ministre Délégué à l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et du Ministre de la Santé et des Solidarités. Cette commission avait pour objectifs, d'après le rapport : « de

²⁰Thulliez, C., (2006) Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus L.M.D, rapport de mission, 25p.

préciser les étapes du nouveau cursus, ainsi que les modalités d'évaluation des connaissances et des compétences (...).de préciser les conditions d'un accès privilégié aux doubles parcours scientifiques et professionnels. Par contre, il ne lui appartient pas de se préoccuper des autres professions de santé, sujet devant faire l'objet d'une réflexion spécifique²¹ ». S'ensuivra un groupe de travail sous la présidence du conseiller scientifique auprès du Directeur Général de l'Enseignement Supérieur, pour « s'assurer de la compatibilité de ce programme avec les réorientations envisagées pour les étudiants non admis au concours de médecine et de faire des recommandations en vue d'une mise en place optimisée des mesures retenues ». Le « rapport Bach »²² énonce dix propositions pour remédier au nombre excessif d'étudiants se présentant en 1^{ère} année de médecine qui est « gênant pour la mise en œuvre d'un enseignement de qualité et qui est à l'origine d'un gâchis de temps et de motivation pour des étudiants de très bon niveau²³ ». La dernière proposition de ce rapport met en évidence que pour les étudiants non reçus au concours mais ayant validé L1, il sera possible, en autres, d'une entrée accélérée « dans les cursus universitaires professionnalisants dans le domaine de santé ou sciences, dans les écoles paramédicales notamment les écoles d'infirmiers, de kinésithérapeutes et de métiers nouveaux dans le domaine de santé »²⁴. Il précise dans son rapport que « la mise en œuvre de ces réformes soit faites dans les meilleurs délais, si possible pour la rentrée de septembre 2008 et au plus tard, l'année suivante²⁵ ».

2) La réingénierie des diplômes paramédicaux

- En 2006, l'I.U.P.A.R.M²⁶, s'entoure de deux consultants universitaires et ouvre un travail autour des référentiels d'activités et de compétences pour harmoniser les formations initiales, la mise en place de modules d'enseignements communs. Ils réfléchissent aux passerelles entre les différentes formations paramédicales, afin de renforcer l'interprofessionnalité. Ce travail sera repris par le Ministère de la Santé, la même année, ouvrant un grand chantier, celui de la

²¹ Idem

²² Bach, J.F, Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme, L1 secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ Idem.

²⁶ Référentiels métiers et compétences : approche interprofessionnelle pour les médico-techniques et rééducateurs, (2006), *Soins Cadres*, n°58.

réingénierie des diplômes. Des groupes de travail dans chacune des catégories professionnelles seront constitués dans le but de « *leur donner le format d'intégration dans le Répertoire National des Certifications Professionnelles (R.N.C.P), de permettre d'avoir un référentiel d'activités, de compétences, de formation pour les V.A.E, et ceci dans le cadre du L.M.D* »²⁷. Ce travail servira également au niveau du Haut Conseil des Professions Paramédicales²⁸, instance institutionnelle de réflexion pour les professionnels de santé, compétent pour les questions communes à plusieurs professions. Aussi, lors d'une des réunions, en date de novembre 2008, le travail sur les référentiels compétences étant achevé, il a été possible de procéder à l'analyse et à la comparaison des référentiels entre eux, pour identifier les éventuelles passerelles entre diplômes. La prochaine étape sera celle de l'examen des programmes de formation, élaborés à partir de ces référentiels compétences, en fonction des avancées de chacune des professions paramédicales.

III- Le temps des choix du Ministère de la Santé et la négociation avant la mise en œuvre

1) Les choix du Ministère de la Santé

- En septembre 2008, l'I.G.A.S (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'I.G.A.E.N.R (Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche), sont saisis par une mission interministérielle sur « la reconnaissance des diplômes d'Etat professionnels paramédicaux et des sages-femmes par référence au schéma universitaire européen L.M.D »²⁹. Le rapport précise « *que la mise en œuvre du processus de Bologne est l'occasion d'organiser une convergence des formations au niveau européen* ». Il constate par là même, l'attente forte des organisations professionnelles et

²⁷Hernandez, H., (2008), *Du côté du Ministère de la Santé*, Le monde de l'ergothérapie, Marseille, Editions Solal, n°5, p10-11.

²⁸ Haut conseil des professions paramédicales : institué par décret du 15 mai 2007, il remplace le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (C.S.P.P.), créée en 1973. Placé auprès du Ministre de la santé, ce haut conseil a nouvellement comme fonctions : « *de promouvoir une réflexion interprofessionnelle, sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre professionnels de santé, la répartition de leurs compétences, la formation et les diplômes et la place des professions paramédicales dans le système de santé* ». L'autre fonction est de « *participer, en coordination avec la Haute Autorité de Santé (H.A.S), à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques* ».

²⁹Morelle, A., Veyret, J., Lesage, Acker D., Noire, D., (2008), Evaluation de l'impact du dispositif L.M.D sur les formations et le statut des professions paramédicales, document référencé : IGAS, rapport n°RM2008-081IP/IGAENR 2008-068, 53p.

que « *la France serait de plus en plus isolée si elle se maintenait dans un système, sans aucun lien avec l'université et le dispositif L.M.D* ». Aussi après examen de la situation plus particulière de la profession d'infirmiers, il préconise la mise en œuvre de trois orientations :

- Un conventionnement entre universités et organismes de formation, rejetant ainsi le transfert de ces formations à l'Université, à l'instar de ce qui a été fait pour les I.U.F.M (Institut Universitaire Formation des Maîtres).

- Pour la profession de sage-femme, le parachèvement de son universitarisation se fera dans le dispositif commun aux quatre professions médicales décrites dans le cadre du rapport Thulliez (médecine, dentaire, pharmacie, maïeutique).

- Le choix d'une licence professionnelle, voire la coexistence du D.E (Diplôme d'Etat) et de la licence professionnelle pour les autres professions paramédicales.

Pour les métiers de réadaptation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, audioprothésistes, pédicure-podologue), il est conseillé : le maintien des deux premières années après concours d'entrée et une troisième année, licence professionnelle (L3) à aménager en lien avec l'université.

Ce rapport n'est pas sans provoquer des réactions de la plupart des organisations professionnelles et étudiantes, réclamant la reconnaissance d'une licence universitaire à part entière/ grade licence et une revalorisation de leur statut professionnel. Voici quelques extraits d'entretiens d'étudiantes réalisés à l'I.F.P.E.K, sur leur vision de l'universitarisation, venant illustrer la tension existante.

- *Marie, étudiante de 1^{ère} année d'ergothérapie à l'I.F.P.E.K et administrateur de l'U.N.A.E (Union Nationale des Associations d'Etudiants en Ergothérapie). Cf. : Annexe 3 : Synthèse entretiens étudiants.*

« On n'en a parlé par rapport au concours d'entrée : qu'il y aurait un module commun avec médecine avec après un semestre, un module de spécialisations ergo, kiné, sages femmes, médecine etc. ils (U.N.A.E) ont parlé de L1 santé et qu'après il y aurait L1, L2, L3, donc cela ferait 4 ans au final.

1^{er} semestre commun à tout le monde et au 2^{ème} semestre spécialisation avec la possibilité de passer que ergo mais il y aurait un classement dans chaque profession. Il n'y aurait pas un

classement commun où le 1^{er} prend ce qui veut et le dernier prend ce qui reste. Il faudrait des modules spécifiques où il y aurait un classement par profession (...) Non, nous voulons une licence, licence. « Ils estiment que cette formation est trop professionnalisante ».

Qu'est-ce qui vous gêne dans la licence professionnelle ?

« Apparemment c'est moins gradé qu'une licence classique. C'est le point de vue de l'UNAE. Moi personnellement, je sais que c'est professionnalisant et que je serai ergothérapeute. (Marie lit) Il y avait aussi la mise en place d'une passerelle de sortie avec L1 santé cohérente avec le programme de formation des ergothérapeutes, en conformité avec les accords de Bologne et non avec celle du rapport Bach. Le résultat de cette réunion, c'est que le système L.M.D est pour la rentrée 2010, que la MSP (mise en situation professionnelle) de fin d'année serait supprimée ».

- *Elise, étudiante de 2^{ème} année de kinésithérapie à l'I.F.P.E.K et représentante de la F.N.E.K (Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes). Cf. Annexe 3 : Synthèse entretiens étudiants.*

« Les sélections pour les kinés, on va savoir si on va faire partie de L1 Santé ou pas. A Rennes, on ne passe pas par médecine mais les 2/3 passent par médecine, enfin anciennement PCEM1. IL y a un arrêté qui vient de tomber comme quoi on peut continuer les conventionnements avec les L1 Santé mais cette L1 santé n'est pas reconnue comme validante pour nous, elle n'est pas nationale, non plus. Donc à Rennes, on n'y est pas encore. Avoir une filière dans cette L1 Santé, qu'il y ait une cinquième filière pour kiné. Je suis passée par prépa, j'ai fait un an, mais il y en a beaucoup qui en font deux, qui apprennent des choses qui nous servent pas, l'année est chère, on ne la valide pas, ça sert uniquement pour le concours, le concours est cher encore. Donc L1 santé serait plus formative, il faudrait prendre en compte une cinquième filière, qu'on soit plus mélangés avec le même concours que les médecins, les sages femmes (...) Oui, alors, en fait il y a un premier semestre qui est commun à tous les étudiants de toutes les professions et après un deuxième semestre.. Le second semestre est divisé, y'a encore un tronc commun entre les différentes professions et ensuite il y a des diffusions, quatre pour l'instant, et pourquoi pas cinq ? »

Quel grade ?

Master 2 du coup » *(réalisant que le Master était acquis en deux ans).*

Nous voyons ici les positions professionnelles différentes entre auxiliaires médicaux, même au sein des organisations étudiantes. Si le souhait d'intégrer le même cursus est le même, pour les étudiants : L1 Santé appelée actuellement 1^{ère} année commune aux études de santé, le grade à négocier sera différent. Pour une des étudiantes, l'enjeu est la reconnaissance universitaire, pour l'autre, le grade.

2) La négociation et décisions

En novembre 2008, la Directrice de la D.H.O.S (Direction Hospitalière de l'Organisation des Soins) et le Directeur général de l'Enseignement Supérieur ré ouvrent des négociations en présence des syndicats, des associations professionnelles et des représentations étudiantes. Les objectifs sont³⁰ :

- « *Conserver le parcours professionnalisant ;*
- *Valoriser les études paramédicales dans un cursus fondamentalement rénové et explorer les pistes de poursuite des études ;*
- *Agir pour la rénovation en favorisant le partage des tâches ;*
- *Favoriser les passerelles entre paramédicaux et entre paramédicaux et médecins ;*
- *Poursuivre la régulation du nombre de professionnels formés. »*

Un premier groupe de travail est ouvert à la concertation pour les professions d'infirmiers, kinésithérapeutes et orthophonistes afin de rendre effectif le nouveau cursus dès septembre 2009, pour la profession infirmière. Cette concertation sera suivie d'un examen des incidences financières. Du côté Enseignement Supérieur sont réaffirmés les principes de l'universitarisation avec³¹ « *la flexibilité des parcours en termes de poursuite des études et passerelles ; le développement des E.C.T.S, l'évaluation périodique avec phase d'autoévaluation* » (...)

« Il s'agira de travailler avec la conférence des Présidents des diverses universités pour l'attribution du grade de licence et de conclure des conventions entre les universités et instituts de formation. »

Quatre groupes sont constitués et travaillent sur le grade de licence, les grades de master et doctorat, le conventionnement avec les universités et la vie étudiante. Début 2009, la profession infirmière reçoit les directives pour l'application du nouveau programme d'études. Le conventionnement se fait via l'Agence Régionale de Santé, via le Recteur d'Académie conventionnant avec les universités. La réforme sera effective dès la rentrée 2009.

A ce jour, pour les trois professions qui nous intéressent, la pédicurie podologie a établi son référentiel métier et compétences et travaille son référentiel formation.

³⁰ Hernandez, H., (2009), Evaluation de l'impact du dispositif L.M.D sur les formations et le statut des professions paramédicales, Le monde de l'ergothérapie, n°8, 16-17.

³¹ Idem

Les référentiels métier, compétences, formation et critères d'évaluation des ergothérapeutes sont déposés auprès du Ministère Santé et Conseil Supérieur des universités (janvier 2010) dans l'attente de certification. Ils seront validés en juillet 2010 avec la parution au J.O le 8/7/10³² et les instituts de formation devront mettre en place le nouveau programme à la rentrée 2010. Quant à ceux des masseurs-kinésithérapeutes, ils demeurent bloqués. Ce groupe professionnel revendique un passage direct en 1^{ère} année commune aux études de santé, avec une intégration au même titre que maïeutique, pharmacie et dentaire et espère un accord niveau Master. De fait, le processus en route pour plusieurs professions de rééducation semble « gelé », et engendre de nombreuses polémiques parmi les auxiliaires médicaux. Ceux-ci doivent être auditionnés par le Ministère et sont dans l'attente du rapport Domergue, qui vient de paraître. En date du 6/08/10, ce rapport devant réexaminer la première année commune d'études de santé pour faciliter la réorientation des étudiants, préconise que « *la mise en place d'une première année commune aux études de santé, ouvre la voie de réorganisation, à moyen terme, de l'ensemble des formations menant aux professions de santé, médicales comme paramédicales, suivant le schéma L.M.D* ³³ ». Un autre rapport parlementaire du 7/7/10 ³⁴ fera état de la proposition de la création d'une première année commune à l'ensemble des auxiliaires médicaux, à l'exception des étudiants en soins infirmiers. Celui-ci épouse les positions des organisations étudiantes et professionnelles, revenant sur les positions défendues par les groupes professionnels de 2003. Mais actuellement, rien n'est définitivement « tranché », ni entériné par arrêté.

Ces derniers événements nous interrogent :

- Comment comprendre la scission opérée entre le médical et le paramédical ?
- Comment comprendre les divergences entre les auxiliaires médicaux ? Quels sont les enjeux de cette universitarisation pour eux ? Qu'est-ce qui fait qu'il n'y ait pas de stratégie commune ?
- L'universitarisation apporte-t-elle un changement de paradigme pour ces professions ?
- Quels seront les impacts des jeux d'acteurs au sein de notre entreprise ?

³² Arrêté du 5/07/10 relatif au Diplôme d'Etat des ergothérapeutes, précisant contenu de la formation initiale et compétences requises pour exercer. J.O du 8/7/10.

³³ Domergue, J. ; (2010) Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur proposition de loi (n°1182), portant création d'une année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

³⁴ Source : A. P.M International (Agence Presse Médicale). Site : <http://www.apmnews.com>

Telles sont nos premières questions de départ, auxquelles nous essayerons de répondre tout au long de ce mémoire.

Dans ce troisième paragraphe nous tenterons de faire l'analyse de ces différents évènements qui traversent ce contexte national en tentant d'y apporter quelques grilles de lecture. Nous incluons les éléments que nous avons recueillis lors de notre participation à une journée nationale d'étude et de réflexion de l'U.I.P.A.R.M (février 2010, (Cf. Annexe 2 : Compte rendu de la XIVème journée nationale d'étude et de réflexion de L'U.I.P.A.R.M³⁵).

1.2 Etude des notions soulevées au niveau national :

Plusieurs points attirent notre attention dans la conception de l'universitarisation au niveau national.

Le premier point qui nous paraît important est la scission opérée entre les professions médicales et paramédicales ramenant à la construction historique des professions paramédicales. Nous ferons un détour sur l'origine de la création de ces professions à partir de nos lectures pour comprendre le pourquoi de cette séparation en empruntant des concepts propres à la sociologie des professions.

1.2.1 Construction historique des professions paramédicales

D'après J. Monet³⁶, la profession de médecine s'est structurée au 19^{ème} siècle avec la Loi du 30 novembre 1832 qui lui confère les attributs de profession au sens sociologique du terme : un savoir reconnu d'utilité publique, une formation spécifique fondée sur un corpus théorique, un contrôle reconnu légalement et une auto-organisation. Cette profession gagnera ce que J.M Chapoulié appellera « *le type idéal professionnel* », soit une compétence technique spécialisée scientifiquement fondée et la mise en pratique du code éthique. Il complétera cette description par d'autres critères comme une formation professionnelle longue, un contrôle reconnu par les autorités légales (auto contrôle reconnu) et une communauté réelle des membres. Communauté éthique et savoir scientifique deviendront les deux traits majeurs d'une profession dans une perspective fonctionnaliste.

³⁵ U.I.P.A.R.M : Union Inter-Professionnelle des Associations des Rééducateurs et Médico-techniques. Créée en 1992, elle regroupe 10 associations professionnelles parmi les quelles une association de pédicures podologues, l'association des ergothérapeutes (A.N.F.E) et celle des kinésithérapeutes salariés (C.N.K.S)

³⁶ Monet, J., (2009) *Naissance de la kinésithérapie*, Paris, Editions Glyphe.

Pour comprendre la scission opérée entre professions médicales et paramédicales, nous utiliserons l'approche interactionniste portée par E.C. Hughes avec la mise en évidence de la division du travail, rappelant que « *le point de départ de toute analyse sociologique du travail humain, c'est la division du travail* ». En s'intéressant au comment s'opère la distribution sociale, il rappelle que la profession en tant que force dynamique est celle qui peut déléguer « *les sales boulots* », ne gardant que ce qui est lié à une satisfaction symbolique. La profession de médecine devenue «consultante » en plus de « savante », fin du 19^{ème} siècle grâce au crédit apporté à la science, affirmera sa suprématie en reléguant les basses besognes d'abord « *à des associés collaborateurs minoritaires qui ne détiennent qu'une petite partie du capital médical, soumis et contrôlés : le chirurgien-dentiste et la sage femme (...), des aides, actionnaires dévalorisés, dans une division du travail médical, qui vont assurer « les sales boulots » : des domestiques, des manœuvres, de préférence des femmes car elles sont soumises et obéissantes* »³⁷. Les travaux de Freidson confirmeront qu'en tant qu'organisation professionnelle la profession médicale fonctionnera sur les modalités décrites dans la perspective interactionniste avec la division des tâches en différents métiers, sa régulation autonome soutenue par l'Etat, l'assurance et le contrôle du monopole par ses membres. La naissance début 20^{ème} siècle, des spécialisations de médecine, viendra entériner la création des premières aides aux médecins avec l'émergence de la formation du personnel soignant chargé d'assister le médecin dans sa mission : les infirmières (brevet de capacité professionnelle crée en 1922)³⁸. Ainsi Freidson définira les paramédicaux : « *le terme « paramédical s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin. Ce contrôle se manifeste de plusieurs façons. En premier lieu, il se trouve que les connaissances techniques que le personnel paramédical acquiert lors de sa formation et utilise en exerçant, sont pour la plupart le fait de médecins, qu'ils les aient découvertes ou rendues applicables, ou pour le moins approuvées. Deuxièmement, le travail paramédical consiste en général beaucoup plus à assister qu'à remplacer la tâche vraiment décisive, qui est le diagnostic et le traitement. Troisièmement, les emplois paramédicaux sont presque toujours subordonnés, dans la mesure où ils ne s'exercent en général qu'à la demande ou sur « l'ordre » du médecin et très souvent sous son contrôle. Enfin le prestige dont jouissent ces métiers auprès du public est généralement inférieur à celui des médecins. Grâce à cet ensemble de traits, on peut opposer le métier paramédical à la profession par son absence relative*

³⁷ Monet, J., *ibid.*

³⁸ Source : Monet, J.; p23

*d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige*³⁹ ». Vingt trois métiers paramédicaux définis par le Code de Santé Publique verront le jour à partir du 20^{ème} siècle, voués à la subordination des médecins en matière d'autonomie et de responsabilité. Elles sont toutes postérieures à la création des spécialités de médecine. Elles seront divisées en quatre catégories : soins, rééducation, appareillage et assistance technique. Ces groupes d'après Jacques Monet, « *seront présentés comme des outils techniques à disposition du médecin pour exercer des activités complémentaires* ». ⁴⁰ Cet auteur rajoutera que la création du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales datant de 1973 et remplacé récemment par le Haut Conseil des Professions Paramédicales (2007) sera l'instance de référence pour éviter la mise en concurrence de ces groupes professionnels.

Douze parmi l'ensemble des métiers seront considérés comme « auxiliaires médicaux » et « semi professions ⁴¹ ». En 2008 ceux-ci représenteront huit cent mille professionnels ⁴². Les professions présentes à l'I.F.P.E.K pour l'ensemble, ont vu le jour suite aux deux premières guerres mondiales devant le nombre de blessés de guerre et toutes sont issues, de la spécialisation des infirmières. Les premières écoles datent de 1946 pour les pédicures podologues et les kinésithérapeutes, 1954 pour les ergothérapeutes.

L'histoire portera ces professions à être définies comme groupes intermédiaires ou semi-professions. En effet si on regarde de plus près « le statut de profession » est récemment acquis pour ces trois métiers au regard de l'approche interactionniste. E.C Hughes articule la profession autour des concepts de « licence » correspondant au diplôme et à l'autorisation d'exercer et de « mandate » correspondant à la mission (obligation de mission chargée de savoirs « coupables »). Le Diplôme d'Etat est acquis pour les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures podologues depuis 1946, date d'ouverture des premières écoles mais sous forme de B.T.S (pédicurie) pour les pédicures podologues. Il faudra attendre 1970 pour que les ergothérapeutes obtiennent le Diplôme d'Etat. Quant au « mandate » correspondant à l'octroi d'une mission par l'Etat, il permet l'accès à un marché, à une clientèle. Les professionnels

³⁹ Freidson. In Wagner, C., (2004) ; *l'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de positions, représentations*, Thèse de Doctorat de Sociologie sous la direction de J.Y. Trepos, Université de Metz.

⁴⁰ In J. Monet, p12

⁴¹ Semi-profession : terme employé par J.M Chapoulie pour désigner les métiers qui souhaitent intégrer le statut de profession au sens anglo-saxon du terme. Le statut d'auxiliaire médical est différent du statut plus général de paramédical. Il désigne que le métier est réglementé et inscrit au Livre IV du Code de Santé Publique.

⁴² Source: Monet J. p23

disposent alors d'un attribut particulier : « le savoir coupable », en référence au transfert autorisé du dépôt des transgressions sociales. Si la « licence » et le « mandat » sont deux points importants dans la définition de la profession dans la perspective interactionniste, l'auto-organisation constitue un deuxième critère permettant la constitution d'institutions propres dont le rôle est la protection du diplôme et du mandat. Ce qui correspond à la définition plus restreinte proposée E.C Hughes : « l'existence d'institutions destinées à protéger le diplôme et maintenir le mandat de ses membres » se dégageant ainsi des « brebis galeuses »⁴³.

Cette vision du rôle de ces organisations rejoint l'idée de « l'ordre professionnel ». Si l'ordre des médecins est célèbre par sa date de création sous le régime de Vichy, celui des professions des masseurs kinésithérapeutes et pédicures podologues est récent puisque datant de 2004⁴⁴ dans la suite de celui des infirmiers. Mais celui-ci ne sera effectif qu'en 2006. Les ergothérapeutes n'ont pas encore accès à un ordre mais possèdent le code éthique de la Fédération Mondiale des ergothérapeutes (W.F.O.T) à laquelle souscrit sa principale association professionnelle A.N.F.E. (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) ayant défini ses propres standards de pratique.

Avec Parsons, nous découvrons les constantes des professions inscrites dans une relation de type thérapeutique engagée avec « un client » comme dans le modèle médical, avec comme cœur : « un savoir pratique ou science appliquée » articulant savoir théorique et expérience de la pratique, « une compétence spécialisée », ici fondée par les diagnostics propres à chacune des professions. Ceux-ci délimitent le champ de la spécialité et « l'intérêt détaché et empathique » pour le client par le biais de l'interaction et l'engagement réciproque dans la relation de soin. L'institutionnalisation des rôles d'après Parsons, dépendra de l'équilibration entre l'offre et la demande pour les professions qui exercent en libéral.

Actuellement, deux professions sur trois exercent en libéral, les pédicures podologues dont l'exercice se pratique en cabinet pour 98% et les masseurs kinésithérapeutes pour une très grande majorité à 80%⁴⁵. L'ergothérapie reste à 90% une profession salariée s'exerçant dans les institutions sanitaires ou médico-sociales. Cette distinction que nous pouvons intégrer à la culture professionnelle ou à l'obtention du véritable

⁴³ Dubar ; C., (2004), *La socialisation*, Paris, Armand Colin, p.136

⁴⁴ Loi du 9 août 2004 dite de Santé Publique

⁴⁵ Plaquette I.F.P.E.K

statut de profession pour les ergothérapeutes⁴⁶, sera assez significative des comportements de chacun des métiers observés.

Au vu de ces éléments théoriques, nous comprenons l'enjeu des professions paramédicales à intégrer un cursus universitaire pouvant asseoir leur statut de profession à part entière en développant la filière L.M.D, pour acquérir diagnostic et actes délégués.

Le deuxième point qui nous paraît important de regarder est la pression exercée par certains groupes professionnels auprès des Ministères, l'universitarisation devenant un enjeu essentiel pour le développement des professions.

1.2.2 Dynamiques professionnelles

L'effet « lobbying » de certains groupes professionnels peuvent s'expliquer en référence à ce qu'a décrit E.C Hughes vis-à-vis de la rivalité entre segments professionnels, où « *licence et mandate* » sont l'objet de conflits, de luttes politiques entre les groupes professionnels en compétition pour la protection et la valorisation de leurs emplois⁴⁷ ». Les interactionnistes insisteront sur le fait que ces groupes professionnels chercheront à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie et territoire, à se protéger de la concurrence, pour maintenir leur monopole et la clôture de marchés. C.Paradeise outre sa théorisation sur la fermeture des marchés insistera comme les interactionnistes sur la dimension rhétorique fondée sur le besoin de science et de compétences d'un groupe professionnel pour faire valoir son prestige auprès, dans le cas présent, l'Etat.

Le nombre de professionnels et de syndicats⁴⁸ dans chaque groupe est aussi révélateur : 66 919 masseurs-kinésithérapeutes, 11 045 pédicures podologues, 6834 ergothérapeutes⁴⁹ pour faire entendre sa voix auprès des instances politiques et décisionnelles. Les stratégies des groupes professionnels seront différentes d'un métier à l'autre. Les masseurs kinésithérapeutes par la voie de certains membres du Conseil de l'Ordre et de certaines représentations syndicales notamment des

⁴⁶ L'exercice libéral pour cette profession existe depuis 1993 mais ne possède pas de nomenclature. En 2002, création de son propre syndicat : Synfel-Ergolib. B. Carlino, la pratique libérale en ergothérapie, pp 333-337. In J.M. ; Caire (2008), *Nouveau guide des pratiques : entre concepts et réalités*, Marseille, Editions Solal.

⁴⁷ Dubar, C., Tripier P., (1998), *Sociologie des professions*, Paris, Editions Armand Colin, p.99

⁴⁸ Il existe sept syndicats pour les masseurs kinésithérapeutes dont trois sont ceux des masseurs kinésithérapeutes salariés, trois syndicats pour les ergothérapeutes, quatre syndicats pédicures podologues.

⁴⁹ Chiffre D.R.E.S.S, janvier 2009

masseurs kinésithérapeutes libéraux, entend faire pression auprès du Ministère et des Universités pour obtenir un grade Master en formation initiale et de son intégration en 1^{ère} année commune de santé (anciennement L1 Santé). L'argument essentiel réside dans le recrutement d'étudiants ayant validé une première année de médecine. Écoutons le témoignage d'Elise.

Elise, étudiante de 2^{ème} année de kinésithérapie, représentante de la Fédération Nationale des Etudiants de Kinésithérapie. (Cf. Annexe 3 : Synthèse des entretiens étudiants).

« A l'IFPEK, c'est un peu différent parce qu'on rapproche vraiment ces trois professions alors qu'au plan national, on n'est pas tout le temps dans ... On n'a pas tout le temps les mêmes revendications et peut-être pas les mêmes ambitions, on n'a pas le même programme de formation, donc du coup ça crée des différences, bah par exemple, au Conseil d'Administration (F.N.E.K). Les ergos, ils demandent plutôt une licence, alors que nous, les kinés, on demande plutôt un master. Après, le ministère, il voit un peu profession par profession, donc là en ce moment il s'occupe beaucoup des kinés... donc les ergos et les podos ça viendra peut-être un peu plus tard. Du coup, c'est ce que je disais, y'a des différences dans l'évolution du traitement des dossiers au niveau du ministère et donc des décisions nationales ».

Cette division entre différents points de vue n'est pas sans rappeler non plus l'idée émise par Bücher et Strauss (1961)⁵⁰ démontrant qu'il existe des conflits d'intérêts au sein même des professions. En les considérant structurées comme des groupes sociaux, ces auteurs montreront que la compétition est permanente entre les segments d'une même profession, et que celle-ci ne peut être isolée de son contexte économique, social et politique.

Elise : « Au niveau de l'IFPEK, moi je voyais plus une entente au niveau de la profession d'abord, donc, les étudiants, les syndicats, les professionnels, tous dans la même direction ».

La pression sera d'autant plus grande qu'actuellement, les structures hospitalières ont du mal à recruter des kinésithérapeutes. Des négociations de ce groupe professionnel sont actuellement en cours avec le Ministère de la Santé bloquant ainsi l'avancée de la réforme.

Le troisième point que nous souhaiterions évoquer est celui de la réingénierie des diplômes paramédicaux.

⁵⁰ Dubar, C., Tripier, P., (2005), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, p.100

1.2.3 La réingénierie des diplômes paramédicaux : « une ingénierie cadrée »

L'inscription des diplômes au Répertoire National des Certifications Professionnelles (R.N.C.P) oblige le Ministère à procéder à une mise aux conformités pour ces professions.

En ouvrant ce chantier, le Ministère de la Santé par l'intermédiaire de la D.H.O.S, invite organisations syndicales (étudiantes comprises), associations professionnelles, représentants des employeurs, des instituts de formation, des médecins, des O.P.C.A (Organismes Paritaires Collecteurs Agréés), et des personnes qualifiées dans des groupes de travail, pour repenser le métier. Les principales conditions au niveau de la santé seront : tenir compte de l'évolution des besoins de santé, de garantir la qualité des soins, faire évoluer les métiers, anticiper les compétences tout en préparant les personnes à divers cheminements de carrière mettant en concordance métiers/emplois/formations. Quinze diplômes dont les trois professions qui nous intéressent seront revisités, le Ministère chargé de la Santé restant certificateur (D.E).

L'U.I.P.A.R.M principal organisme représentant les associations professionnelles de rééducateurs, lors de son dernier séminaire (Cf. Annexe 2. Compte rendu de la XIVème journée d'études et de réflexion de l'U.I.P.A.R.M) parlera d'ingénierie plus que de réingénierie du fait que les professions paramédicales fonctionnaient avec des décrets d'actes et sur des programmes d'études prédéterminés, maintenant largement dépassés. Les derniers en date sont respectivement pour les masseurs kinésithérapeutes (1989) pédicures podologues (1985), ergothérapeutes (1991). Lors de la journée d'étude et de réflexion, cette organisation présente à toutes les réunions ministérielles, rappellera que cette réforme universitarisation a été souhaitée par l'ensemble des principales associations professionnelles. Dès 2001, cette organisation s'est engagée dans des travaux autour de l'universitarisation. Elle a proposé des modèles d'ingénierie.

Thierry Ardouin, empruntant une définition de l'ingénierie de formation à G. Le Boterf comme : « *ensemble coordonné des travaux méthodiques de conception et de réalisation des systèmes de formation* »⁵¹ nous interpelle sur le fait ce terme issu du génie et du métier de l'ingénieur s'est immiscé dans tous les domaines y compris celui de la formation. Il comporte donc au moins deux volets le niveau conceptuel, ici piloté par le Ministère correspondant à « *l'ingénierie des politiques* », s'accompagnant

⁵¹ Le Boterf ; G. ; (1990), *l'ingénierie et l'évaluation de la formation*, Paris, Editions d'Organisation.
Cité par Ardouin ; T. ; (2003), *Ingénierie de formation pour l'entreprise*, Paris, Editions Dunod, p.11.

d'experts correspondant, dans le contexte présent, aux groupes de travail. Le niveau « *ingénierie des systèmes de formation* » avec sa part d'interprétation, se situera au niveau régional dans l'espace de sa mise en œuvre. Les instituts de formation participeront à cette mise en œuvre, mais devront avec leurs équipes, construire et réaliser « *l'ingénierie pédagogique* », dans le cadre pré construit.

Au niveau conceptuel, cette ingénierie sera « cadrée » par le Ministère avec comme intention politique de procéder à l'analyse du travail réel de ces professions, sous forme de compétences. Les groupes de travail devront décliner leurs activités professionnelles en termes de compétences avec des critères d'évaluation déterminant ainsi le référentiel métier, puis décliner les savoirs nécessaires et essentiels pour maîtriser et faire face aux situations professionnelles complexes, aboutissant ainsi au référentiel de formation.

Ce choix politique est justifié par l'ouverture internationale du marché du travail, l'économie contrainte, les modes d'organisation du travail devenus flexibles, la nécessité de formation tout au long de la vie, pour ne citer que quelques éléments. Aussi, les référentiels de compétences deviendront les supports de cette ingénierie. Ils rendront compte de la dimension économique du système, liant savoirs et production, formation et emploi.

Sur le volet universitarisation, l'intégration dans le processus, obligera les groupes de travail à tenir compte des impératifs européens notamment des attentes de qualification de l'Enseignement Supérieur Européen (E.Q.F), des voies de Validation d'Acquis d'Expériences (V.A.E), la formation au tout au long de la vie (F.T.L.V) et par là même, établir des passerelles entre professions.

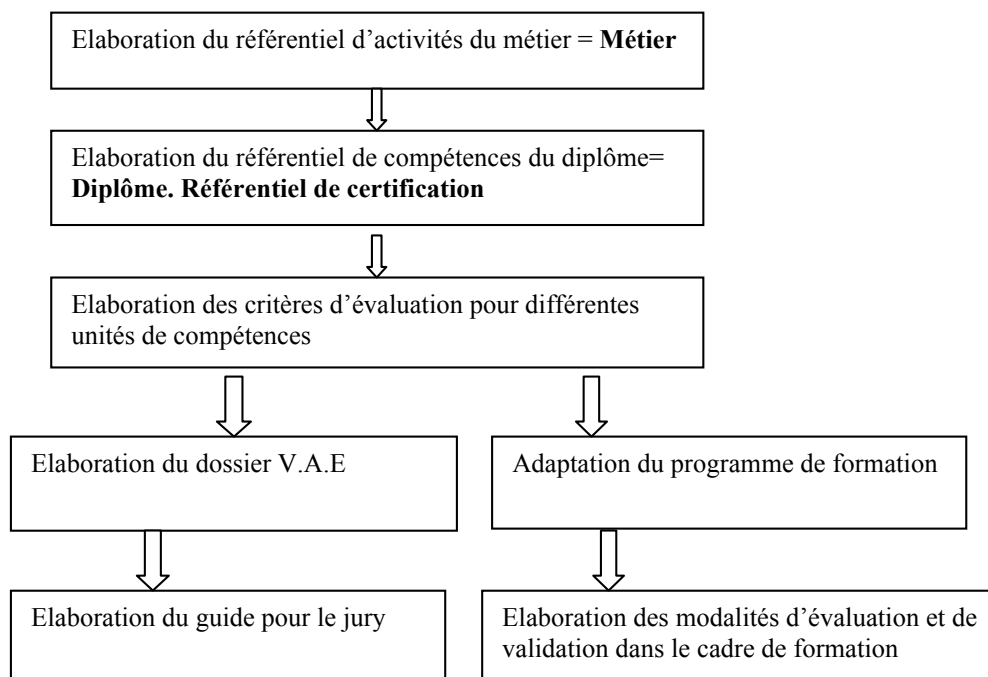
Le modèle validé (Bergen en 2005), grade Licence dans le cadre du traité de Bologne, servira de guide pour donner le niveau de qualification. Il s'agira pour les groupes de travail de trouver passerelles dans la perspective L.M.D., tout en intégrant une autre voie d'accès au diplôme, celle des V.A.E.

« A partir du moment où on est dans le niveau L : entrée dans l'université, l' A.E.R.E.S (Agence d'Evaluation Recherche Enseignement Supérieur) examine les contenus, les enseignements universitaires seront délivrés par les Universitaires. La négociation portera sur les contenus avec les universitaires, pas sur le temps. Grosso modo, le temps universitaire représente 40% (645h) et le temps Institut Formation Initiale 60% ⁵²(...) Pour les métiers d'expertise à Bac +5 dits de pratique avancée, ce peut être le champ de la rééducation, de la réadaptation, du champ de la psychiatrie. Il

⁵² Propos tenus par Marie Ange Coudray (D.H.O.S) à la journée U.I.P.A.R.M. Cf. Annexe 1.

existe deux niveaux : la pratique avancée est différente de la pratique confirmée qui suppose la prise de décisions et postes à responsabilité. »

La démarche ordonnée par la D.H.O.S⁵³, pour la construction de ces référentiels est la suivante :



Une note méthodologique de cette ingénierie accompagnée de définitions de chacune des notions/ concepts (certification, métier) sera remise à chaque groupe de travail.

La méthodologie employée pour l'analyse des compétences de chaque métier, s'inspirera de celle décrite par Jean Claude Coulet et Christian Chauvigné⁵⁴ (2005). Ceux-ci en s'appuyant sur le concept de « schème » développé par Piaget et repris par Gérard Vergnaud (Théorie des champs conceptuels 1990) déclineront un outil de description des compétences. Cet outil permet de décrire chacune des activités sous forme de schème, lui même composé d'invariants opératoires, d'inférences, de règles d'action et d'anticipations. Cette méthode permettra aux professionnels de décomposer leur métier et le traduire en compétences.

⁵³ Document D.H.O.S. Octobre 2008

⁵⁴ Coulet, J.C, Chauvigné, C., (2005), Passer d'un référentiel de compétences à une ingénierie de formation, *Education Permanente*, n°165, p101-115

Dix compétences seront déclinées par les professions qui nous concernent, cinq seront transversales pour les métiers. Une comparaison entre les différents référentiels des trois professions présentes à l'I.F.P.E.K, que nous avons effectuée à partir des référentiels que nous possédions, montrera la similitude, voire une standardisation des intitulés avec l'idée de diagnostic propre à chaque métier. Les compétences transversales concerneront principalement deux aspects, l'un s'apparentant aux capacités d'analyse et de jugement critique, l'autre aux compétences dites sociales ou relationnelles. Nous vous les présentons ci-dessous :

Etat des lieux et constats :

. Les cinq compétences jugées transversales par les groupes de travail en charge de l'élaboration des passerelles pour le H.C.P.P (Haut Conseil des Professions Paramédicales), transversales également à deux autres professions : infirmiers et puéricultrices sont :

- Concevoir et conduire une démarche conseil, d'éducation, de prévention en santé publique.
- Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention
- Rechercher et analyser des données professionnelles et scientifiques
- Analyser et améliorer sa pratique professionnelle
- Informer, former des professionnels et des personnes en formation

Dans le tableau ci-dessous, figurent les compétences de chaque métier présents dans notre entreprise et le nombre de sous compétences déclinées pour chacune d'elles. Nous avons marqué en rouge les compétences dites communes, en jaune celles concernant deux professions et en noir celles spécifiques.

Présentation des 10 compétences répertoriées pour les trois métiers : pédicures podologues, ergothérapeutes, masseurs kinésithérapeutes :

Compétences	Pédicures Podologues <i>(version du 4/03/09)</i>	Ergothérapeutes <i>(Version Annexe II arrêté du 5/07/10)</i>	Masseurs Kinésithérapeutes <i>(Version 5 après réunion du 26/09/08)</i>
1. Elaborer un diagnostic... P.P : 12 sous compétences E : 9 sous compétences M.K :11sous compétences	-Analyser et évaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de la pédicurie podologie	- Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique	- Elaborer un diagnostic en kinésithérapie
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention. P.P : 9 sous compétences E : 12 sous compétences M.K : 9 sous compétences	- Concevoir, conduire et évaluer un projet thérapeutique en pédicurie podologie	- Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.	- Concevoir et conduire un projet d'intervention en kinésithérapie.
3. Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation... P.P : 16 sous compétences E : 12 sous compétences M.K : 11 sous compétences	-Mettre en œuvre des activités thérapeutiques dans le domaine de la pédicurie-podologie	- Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie	-Mettre en œuvre les activités de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation dans le domaine de la kinésithérapie
4. Elaborer, conduire une démarche d'éducation et de conseil en santé publique... P.P : 4 sous	- Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention en pédicurie podologie et en santé publique	-Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série,	- Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique.

compétences E : 9 sous compétences M.K : 9 sous compétences		les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.	
5. Conduire une relation dans un contexte d'intervention... P.P : 5 sous compétences E : 8 sous compétences M.K : 8 sous compétences	- Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention.	- Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique	-Conduire une relation dans un contexte d'intervention kinésithérapique
6. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle P.P. : 6 sous compétences E : 5 sous compétences M.K : 7 sous compétences	-Evaluer et améliorer sa pratique professionnelle	-Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie	-Analyser et améliorer sa pratique professionnelle
7. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques P.P : 8 sous compétences E : 6 sous compétences M.K : 8 sous	-Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques	-Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle	-Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles

<p>7. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques</p> <p>P.P : 8 sous compétences</p> <p>E : 6 sous compétences</p> <p>M.K : 8 sous compétences</p>	<p>-Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques</p>	<p>-Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle</p>	<p>-Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles</p>
<p>8. Gérer une structure, des ressources</p> <p>P.P : 11 sous compétences</p> <p>E : pas de données.</p> <p>M.K :10 sous compétences</p>	<p>-Gérer une structure et ses ressources</p>	<p>-Rechercher, traiter et analyser les données professionnelles et scientifiques</p>	<p>-Gérer une structure et ses ressources</p>
<p>9. Coopérer avec d'autres professionnels</p> <p>P.P : 7 sous compétences</p> <p>E : 9 sous</p>	<p>-Coopérer avec d'autres professionnels</p>	<p>-Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs</p>	<p>-Coordonner des activités de santé</p>

Après une étude comparative des trois référentiels de compétences des trois professions que nous avons réalisée (Cf. Annexe 4 : Comparaison des référentiels), plusieurs remarques s'imposent à nous :

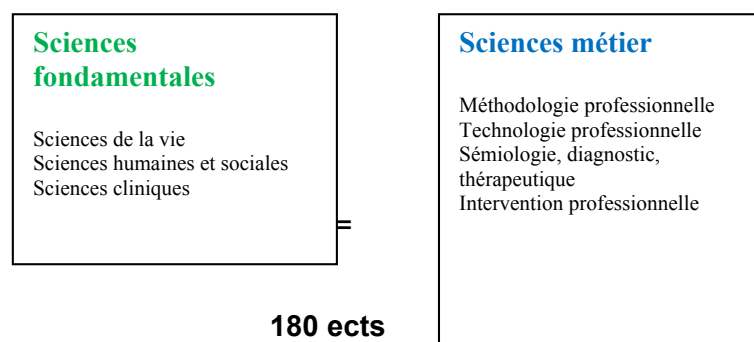
- 1) les compétences sont définies par des verbes d'action, qui selon leur place dans la proposition et les sous compétences déclinées autour de celles-ci, ne prennent pas le même sens. Ainsi, pour exemple la compétence 4, commune aux trois professions : « *Elaborer, conduire une démarche d'éducation et de conseil en santé publique* », à la notion d'éducation, certains y substituent, l'éducation thérapeutique, d'autres la notion de promotion de santé. Les actions pédagogiques se situent pour les pédicures podologues et masseurs

kinésithérapeutes au niveau des bénéficiaires alors que ces actions sont menées plus largement pour l'ergothérapeute dans sa prise en compte de l'environnement, englobant l'entourage du bénéficiaire. Le conseil sera suivi d'accompagnement que les deux autres professions ne mentionnent pas. Cela dénote de l'appropriation différente de ces compétences transversales.

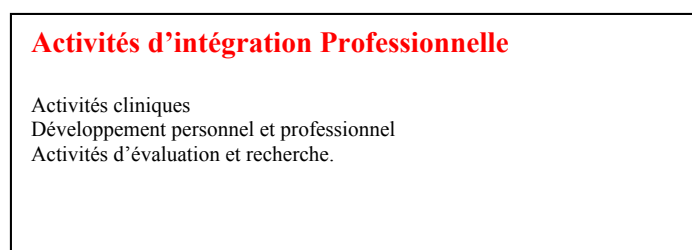
- 2) Les intitulés de certaines compétences communes sont accompagnés du qualificatif métier, délimitant ainsi précisément le champ d'action rattaché au cœur de métier. Cela met-il en jeu le transfert des compétences ? Sont-elles réellement transposables d'un métier à l'autre et au regard des V.A.E ?
- 3) Nous constatons également une variabilité du nombre des sous compétences dans chaque item même dans les compétences communes, que nous supposons liées à la fréquence des situations rencontrées lors de l'exercice professionnel.

Quant aux référentiels formation en cours d'élaboration, ils suivront tous le même schéma : avec une organisation en semestres, une déclinaison des enseignements en ECTS comme le préconisent les accords de Bologne, à valeur de 180 ECTS pour le grade Licence. Des commissions de validation auront lieu tous les semestres et l'évaluation des compétences auront lieu sur les terrains de stage.

Voici la modélisation proposée en termes d'organisation



Une année= 60 ects



Si l'architecture ne semble pas poser trop de problèmes, L'U.I.P.A.R.M, lors de son dernier séminaire encouragera les formateurs à travailler activement sur les contenus notamment des sciences de leur métier puisque l'enseignement actuel repose principalement sur les sciences médicales et humaines. Quelles sont les sciences professionnelles propres à chaque métier ? « Quels sont les savoirs fondamentaux de cette science paramédicale ? Qu'est-ce qu'un enseignement paramédical ? C'est quoi « mon cœur de métier et mon jugement pédagogique ? ». « Le jugement pédagogique ne peut pas se substituer à une addition d'ects ». « Si l'évaluation des compétences se fera sur le terrain, la validation se fera en commission et c'est le Ministère qui accordera les ect »⁵⁵.

Telles sont les questions soulevées lors de cette journée, rappelant qu'outre le problème crucial des savoirs, se pose la question du positionnement formateur devant opérer une autre posture pédagogique. « Celui-ci devra aider l'étudiant à faire la recherche d'informations et son traitement, confronter l'étudiant à des situations, procéder à l'étude et l'analyse des situations en travaillant les invariants pour permettre le transfert des connaissances ».

Maintenant que nous avons repéré ce que ce processus d'universitarisation implique comme aménagements pour les professionnels et pour les instituts de formation initiale, nous nous sommes posé la question du changement de paradigme pour les professionnels de santé. Pour cela nous sommes penchés sur trois notions principales : le métier, la qualification avec le développement de compétences, la professionnalisation.

1.2.4 Un changement de paradigme pour ces professions paramédicales ?

En associant l'idée métier et compétences, la notion sous jacente devient celle de la professionnalisation. Dans son ouvrage « Construire les compétences individuelles et collectives », Guy Le Boterf⁵⁶ nous invite à ne pas opposer les notions de métier et professionnalisme, les notions de qualifications et compétences, les notions de formation et professionnalisation. Nous ferons un bref rappel de ces différentes notions en croisant les apports de différents auteurs : Florence Osty⁵⁷ Guy Le Boterf⁵⁸, P. Zarifian⁵⁹ et R.Wittorski⁶⁰.

⁵⁵ Propos M.Ange Coudray (D.H.O.S). Opus. Cit. P.18

⁵⁶ Le Boterf, G., (2000), *Construire des compétences individuelles et collectives*, Paris, Editions d'Organisations.

⁵⁷ Osty, F., (2002), *Désir de métier, Engagement, Identité et reconnaissance au travail*, Editions P.U.R

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Zarifian, P., (2009), *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, Editions P.U.F.

Tout d'abord, en suivant la trame historique du concept métier, nous essayerons de montrer les points qui nous paraissent essentiels pour la compréhension de la posture occupée par les paramédicaux jusqu'à maintenant en se référant au métier. Puis, avec la déclinaison des métiers en compétences, nous regarderons le renouveau et le destin du métier repensé en termes d'organisation en faisant référence à la sociologie du travail. Nous terminerons notre excursion théorique par les leviers de cette professionnalisation.

1.2.4.1 La notion de métier

Le terme métier (issu de *menestier*, *mestier* 12^{ème} siècle) est ancien. Florence Osty en origine le concept en 1050 pour désigner fonction, service et pratique d'un « art ». Il s'apparente au terme de corporations. Au Moyen Age, étaient distingués « ceux qui avaient le droit au corps » en tant que corporation reconnue et « ceux qui n'avaient pas le droit ». La dimension de corps permettait de garantir la compétence juridique et ainsi d'avoir la permission d'exercer, de défendre son monopole et privilèges dans l'intérêt de biens communs. Le modèle de corporation à l'origine signifie corps, confrérie, communauté. Exercer un métier signifiait faire partie de cette communauté morale en ayant prêté serment de fidélité. Le développement des Universités viendra apporter la première scission entre les métiers « *relevant des arts mécaniques* » et les professions « *septem artes liberales* » créant la dichotomie entre le travail relevant « des mains » et celui relevant « de l'esprit ».

Cette différenciation historique que nous avons déjà pointée, nous amène à penser qu'au regard des professions paramédicales souvent identifiées à un travail « relevant des mains » par opposition à la médecine, montrera son souhait d'intégrer l'Université et son désir légitime de n'être pas qu'un travail mécanique et technique.

L'organisation sociale des corporations se déterminera à partir d'un « art spécifique » lui conférant statut et dignité sociale. La corporation endossera une personnalité juridique, pouvant défendre les intérêts collectifs, ester en justice, s'incarnant avec son propre gouvernement. Outre s'assurer un certain monopole de production et de garantie de ses membres au niveau éthique, elle réglementera la formation de ses apprentis et l'accès à la maîtrise. L'autre aspect très fort dans les corporations est son

⁶⁰ Wittorski R., (2006), *Formation, travail et professionnalisation*, Paris, Editions L'Harmattan, coll. Action et savoir

lien communautaire, s'exprimant par de nombreux rites, démontrant qu'elles incarnent à elles seules un milieu social.

Pour G.Le Boterf,⁶¹ nous retrouverons les mêmes constantes dans le métier que dans les corporations avec : « *un corpus de savoirs et savoirs faire essentiellement techniques (.. .) permettant de réaliser une gamme déterminée d'ouvrages. C'est une capacité à faire, à produire du bel ouvrage, selon les règles de l'art* » ; « *un ensemble de règles morales, une éthique spécifique à la communauté d'appartenance* » ; « *une identité permettant de se définir socialement par rapport à d'autres corps de métier* » ; « *une perspective d'approfondir ses savoirs et savoirs faire par l'expérience accumulée, par la durée de l'exercice* ». P.Zarifian⁶² nous rappellera que « *tout dans le modèle métier est fait pour unir et séparer, pour unir en séparant entre le dedans et le dehors* » et que « *par construction même, il est rebelle à la compréhension réciproque avec des personnes d'autres métiers et très réticents vis-à-vis des coopérations interprofessionnelles qui apparaissent comme des facteurs de désagrégation, voire de corruption de la profession.* ». Cette réflexion nous amène à penser que le Ministère en invitant à travailler sur le métier par catégories professionnelles, ne réactive-t-il paradoxalement pas certains corporatismes ? Ne peut-on pas voir un paradoxe entre l'idée de métier et les compétences transversales ?

La notion de métier a été et est encore présente dans les professions paramédicales. La qualification déterminée par les décrets d'actes professionnels différents d'un métier à l'autre, devenus au fil du temps caduques, montre « une spécificité » des savoirs et de l'intervention technique, allant jusqu' à morceler « le patient », dans l'univers hospitalier. Les formations initiales de chaque profession façonnent l'identité professionnelle en diffusant théories, pratiques, et sens éthique, dans les « règles de l'art ». Tenir compte des évolutions du métier sur le terrain, les obligent actuellement à transgresser les programmes préétablis non révisés depuis une vingtaine d'années. Dans ces années 80-90, date des anciens programmes, chaque métier renforçait son appartenance et sa distinction par un caducée spécifique.

⁶¹ Opus. Cit. p20

⁶² Opus. Cit. p20

1.2.4.2 Le passage de la qualification à la compétence⁶³

La qualification, nous enseigne F. Osty⁶⁴ « *obéit à une logique présidant au classement des postes de travail et des individus en fonction du degré de complexité des tâches à accomplir. (...) Une des acceptations de la qualification renvoie explicitement à l'habilité professionnelle (...).* En se référant à Friedmann, elle énoncera les critères développés par cet auteur pouvant objectiver cette qualification, c'est-à-dire la durée de la formation et la structure des qualifications. La qualification dans ce schéma est assignée au poste de travail occupé et à la formation initiale diplômante qui a instruit les savoirs nécessaires à l'occupation du poste de travail. On pourrait dire que le professionnel ayant validé ce parcours a compétence d'occuper le poste.

Les mutations du monde du travail liées aux contraintes économiques et de productivité, ont amené un changement de paradigme où le professionnel n'a plus seulement compétence d'occuper le poste, mais « se doit d'être compétent », exigeant de sa part une combinatoire de savoirs exigés par la situation de travail (savoirs techniques, savoirs procéduraux, savoirs sociaux, savoirs d'action), en bref d'être « un praticien réflexif », (Agyris, Schön) pour pouvoir faire face aux situations complexes rencontrées ou comme le propose G. Le Boterf, « d'agir avec professionnalisme ». La qualification se trouve ainsi modifiée, se voyant rattachée à l'individu plus qu'au poste. Florence Osty confirmera ce glissement : « *Le passage d'une logique collective de la qualification adossée au diplôme et l'ancienneté, à la logique plus individuelle des compétences, vient introduire une conception « patrimoniale de la qualification (Piotet 2002), qui attache la compétence à l'individu. L'entreprise fait alors reposer sur l'individu, la responsabilité de sa trajectoire* ». ⁶⁵ En évoquant « la résurgence du métier en organisation », ce qui semble se dessiner pour ces professions paramédicales, elle ira jusqu'à dire que « *sauf à relever de corporations professionnelles, les métiers en organisation n'accèdent pas à un statut leur réservant un monopole d'exercice et d'organisation de la formation* ⁶⁶. » G. Le

⁶³ Le Boterf, G., (2000), *Construire des compétences individuelles et collectives*, Paris, Editions d'Organisation, p 244 : « *la compétence ne peut être qu'en actes et en situation* », « *ensemble de savoirs mobilisés dans l'action (théoriques, procéduraux, savoirs d'action) et de dispositions socio-relationnelles* ». La D.H.O.S pour présenter la démarche utilisera comme définition : « Ensemble de savoir-faire, de comportements, et de connaissances, mobilisés dans une action et adaptés aux exigences d'une situation.

⁶⁴ Osty, F., Opus Cit. P 20. Citation : p 61

⁶⁵ Osty, F., Sociologie des professions et des métiers, chapitre 4, p77. In N., Alter, *Sociologie du monde du travail*, (2006), Paris, Editions P.U.F, coll. Quadrige.

⁶⁶ Ibid. p 73

Boterf,⁶⁷ dans l'idée de ne pas opposer qualification et compétence, le liant au professionnalisme, soutient « *qu'il conviendrait de considérer la qualification comme un ensemble de savoirs et de compétences professionnelles acquises tout au long de sa vie au cours d'activités de formation initiale et continue, de situations de travail et de situations extra professionnelles. La qualification d'une personne représente donc un potentiel reconnu* ».

L'évolution du contexte de la santé depuis les années 1990⁶⁸ avec les différentes réformes successives et plans, a obligé les professionnels de santé dans ce contexte de réorganisation complète du monde de la santé, à réajuster ses actes. Ils ont dû, face à des situations devenues de plus en plus complexes et inédites, développer des savoirs d'action, déplaçant ainsi leur qualification de base.

En entrant dans une logique de service à la personne, une qualité des soins, et une certaine productivité, la notion de compétences a été totalement intégrée de fait, par ces professionnels. Les référentiels compétences ne constituent pas un véritable changement de paradigme. Ils ne font qu'entériner la réalité du travail des professionnels sur le terrain, même si beaucoup demeurent nostalgiques de voir le métier perdre sens, face à des critères quantifiables. Par contre, pour les Instituts de Formation Initiale, la logique s'inverse et semble constituer une véritable « révolution ». La formation dispensée se devait implicitement de « dépasser le terrain », en termes de transmission des savoirs en éveillant une certaine conscience critique. Avec cette réforme, la logique veut que l'Institut de Formation doive en sus de la transmission des savoirs de base, transformer des savoirs issus du terrain en les conscientisant, afin de les transférer dans d'autres situations, avec comme but l'efficacité sur le terrain. Y a-t-il double mission ? Quelles évaluations seront menées pour juger de l'efficacité des étudiants formés ? Quel nouveau profil d'étudiant se dessine avec ces nouveaux programmes ? Avec cette réforme, nous comprenons que la qualification doit répondre plus à une logique de productivité et de performance, voire de mobilité, dans un espace de travail plus flexible. Le métier dans son aspect culturel se trouvera-t-il plus dilué ? Qu'est ce que la professionnalisation apporte et comment prend-elle le rel

⁶⁷ Opus Cit. P21. Citation p 181

⁶⁸ Réforme Hospitalière (1991), mise en place des P.M.S.I (Programmes Médicalisés de Systèmes d'Information 1991), droits des patients (1995), ordonnances de 1996 avec mise en place des procédures d'accréditation pour les établissements. Plans « Hôpital 2007 » avec réforme de la gouvernance hospitalière (2006) avec la création de pôles de référence, puis « Hôpital 2012 », réformant le mode de financement et moderniser le management des établissements de santé grâce aux quatre piliers suivants : S.R.O.S (Schéma Régional d'Organisation des Soins), la certification dans la démarche continue d'amélioration de la qualité, la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance. Source : J.P. Guihard , l'évolution de la politique de santé en France, p21. In : J.M ; Caire. Opus, Cit.,p 15

1.2.4.3 La professionnalisation

Dans son ouvrage « *Formation, travail et professionnalisation* », Richard Wittorski, en s'appuyant sur Merton, définira la professionnalisation comme passage des « occupations » aux « professions » au sens anglo saxon du terme, comme passage des connaissances empiriques aux connaissances scientifiques. Il la définira comme : « *processus de négociation par le jeu des groupes sociaux en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités (construction d'une nouvelle profession) et un processus de formation des individus aux contenus d'une profession déjà existante* ⁶⁹ ». Plus loin, « *la professionnalisation met en scène acquis personnels et collectifs tels savoirs, connaissances, capacités et compétences. Elle réside dans la construction ou l'acquisition des éléments qui permettront de dire que quelqu'un est professionnel ou doté de professionnalité* ». Cette idée rejoint celle émise par G.Le Boterf, où la professionnalisation ne se résume pas à la formation et ne consiste pas à préparer à un métier mais à l'exercer comme un professionnel.

L'enjeu de l'ingénierie de formation de cette réforme est d'intégrer bien cette professionnalité, en incluant des leviers tels que l'analyse des pratiques, par le biais des unités d'intégration, l'espace à des parcours individualisés par le biais des V.A.E, l'intégration des nouvelles technologies d'information et de communication, un langage commun avec la recherche (anglais). A partir de ces auteurs, nous proposons une modélisation rendant compte du changement de logiques, qui sans être un total changement de paradigme, modifie largement le paysage de la formation des paramédicaux jusqu'à maintenant. Le changement de paradigme, selon l'U.I.P.A.R.M se situe plus dans les choix politiques au niveau des accords de Bologne, car « c'est la logique de production qui prédomine, plus que celle de qualification ou de formation ». Cette constatation sera confirmée par Jan Spurk⁷⁰ où il décrit que l'Université française doit s'adapter à vivre dans un environnement de plus en plus concurrentiel et internationalisé pour répondre à l'ambition politique que : « l'Europe doit devenir (...) l'économie basée sur le savoir, la plus compétitive et la plus dynamique dans le monde ». L'université, elle-même, par la succession des réformes depuis les années 90, aura intégré d'intervenir sur le plan local dans des enjeux

⁶⁹ Wittorski, R.. Opus cit. p21. Citation, p.28

⁷⁰ Spurk J., (2008), In *De l'Université Karl Jaspers, situations et critiques*, traduit de l'allemand par Ingeburg Lachaussée, Parangon

économiques, technologiques aux prises avec l'évolution des entreprises, comme le rappelle Maria Vasconcellos⁷¹ dans son livre « l'enseignement supérieur en France ».

Modélisation de la démarche d'universitarisation

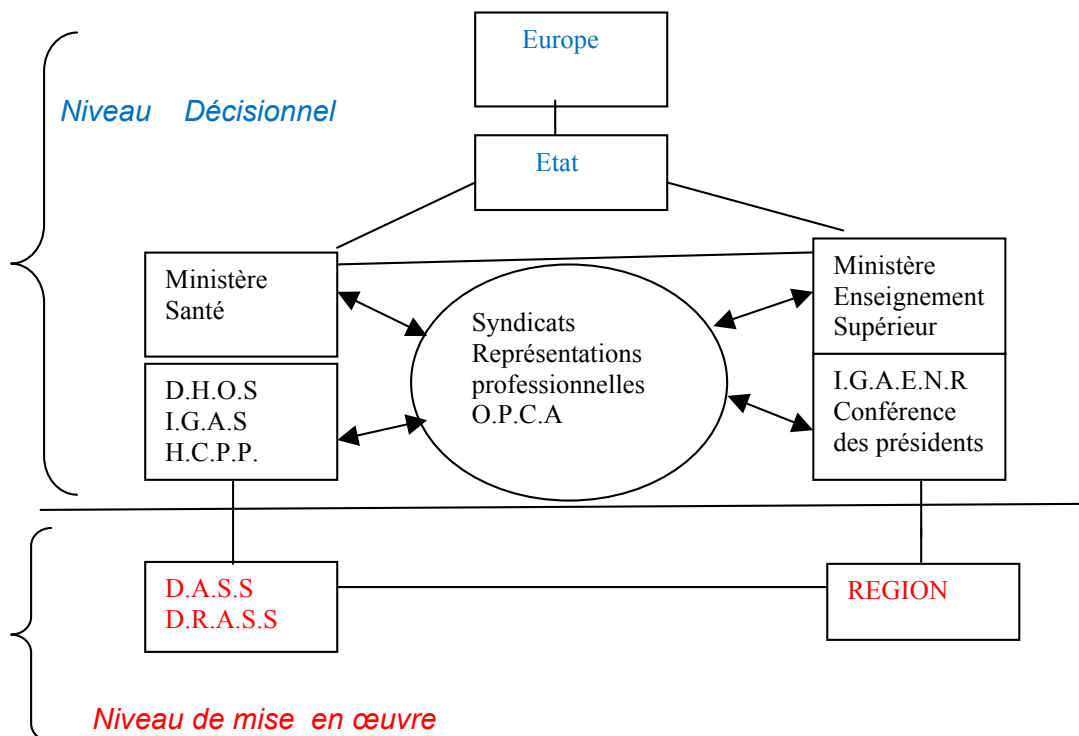


(*Légende* : noir : démarche antérieure à la réforme, rouge : démarche actuelle. Les flèches indiquent les correspondances)

Pour conclure ce chapitre, nous résumerons le niveau décisionnel par la présentation d'un schéma de son organisation.

1.3 Modélisation du processus d'universitarisation

Légende : liens fonctionnels : — liens de négociation : ↔



⁷¹ Vasconcellos, M., (2006), *L'enseignement supérieur en France*, Paris, La Découverte, coll. Reprises, 107 p.

Dans le troisième chapitre suivant, nous nous intéresserons au deuxième niveau celui de la mise en œuvre, au niveau du Conseil Régional de Bretagne, qui dans la hiérarchisation de l'ingénierie décrite par T.Ardouin s'intéresse à « l'ingénierie des systèmes de formation ».

Nous nous efforcerons de comprendre la mise en œuvre de ce processus d'universitarisation au niveau régional. Nous compléterons l'exposé par des informations que nous avons glanées auprès de la Responsable administrative des affaires sanitaires et sociales du Conseil Régional de Bretagne, que nous avons interrogée sur la conduite de la mise en œuvre pour l'entreprise I.F.P.E.K. (Cf. Annexe 5 : Entretien Conseil Régional).

1.4 Contexte régional ⁷² : le niveau organisationnel de la mise en œuvre

1.4.1 Attributions vis-à-vis des formations paramédicales

Avec la Loi du 13 août 2004⁷³, relative aux libertés et responsabilités locales, (article 73 pour les formations paramédicales), le Conseil Régional est devenu pour les professions paramédicales un des interlocuteurs principaux. La loi, mise en application au 1^{er} juillet 2005 lui confère :

- d'agréer les établissements de formations paramédicales et le Directeur de l'établissement ;
- de déterminer le nombre d'étudiants dans les établissements ;
- de donner son avis sur les quotas arrêtés par l'Etat ;
- de répartir les places entre établissements au niveau régional ;
- d'assurer le financement des établissements publics (fonctionnement et équipement) ;
- de reverser aux établissements privés les fonds engagés par l'Etat.

Par les décrets du 3 et 4 mai 2005, fixant les modalités et taux des bourses, Le Conseil Régional devient également un interlocuteur privilégié pour les étudiants du sanitaire. Le décret du 29 juin 2005, en application au 1^{er} juillet 2005, autorise le Conseil Régional, au mode de paiement comptable des établissements adossés à un centre

⁷² Eléments apportés par la responsable du service des formations sanitaires et sociales, du Conseil Régional de Bretagne.

⁷³ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

hospitalier. Cela concerne principalement les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I), aides soignants.

Ces nouvelles modalités changent la donne pour les Instituts de Formation paramédicaux, habitués à négocier principalement avec l'Etat ou leurs représentants (D.D.A.S.S et D.R.A.S.S)⁷⁴. Ceux-ci restent malgré tout des interlocuteurs pour les actions concernant : la délivrance des diplômes, le contenu des programmes d'enseignement et les modalités d'évaluation, la détermination des quotas pour trois professions : sages-femmes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

1.4.2 Ses principaux choix politiques sur les formations du sanitaire :

Le Conseil Régional de Bretagne (C.R.B), devant faire face à trois principaux défis que sont l'emploi, la performance bretonne et l'évolution démographique, choisit de développer plusieurs actions conjuguant à la fois la Formation Tout au Long de la Vie (F.T.L.V)⁷⁵, la formation professionnelle⁷⁶ et l'emploi. Ces principales mesures inscrites au sein de sa Stratégie Régionale Emploi Formation (S.R.E.F)⁷⁷, déclinent les objectifs et actions à mener. Parmi les objectifs principaux, on retrouve « *répondre aux enjeux des évolutions démographiques et sociétales en matière de formations sanitaires et sociales* »⁷⁸. En effet, la région Bretagne doit faire face dans les années prochaines à deux impératifs : le vieillissement de la population (nombre de personnes âgées de plus de 85 ans doublant entre 2000-2010, d'où l'idée d'un développement des services à la personne en matière sanitaire et sociale⁷⁹ et le besoin de renouvellement des professionnels de santé.

A travers cette préoccupation, nous pouvons appréhender la dimension économique dont se soucie le C.R.B et noter le gisement d'emplois que représentent les formations des paramédicaux.

⁷⁴ D.A.S.S=Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale. D.R.A.S.S= Direction Régionale de l'action Sanitaire et Sociale.

⁷⁵ F.T.L.V : Inscrite dans la loi du 13 août 2004

⁷⁶ Formation Professionnelle inscrite au Plan Régional de La Formation Professionnelle (P.R.D.F)

⁷⁷ S.R.E.F. : Document présenté et voté par les élus du Conseil Régional de Bretagne lors de la session des 14-15-16 juin 2006, 253p.

⁷⁸ In S.R.E.F, pp 129-139

⁷⁹ Idem.

1.4.3 Ses actions

Les principaux axes développés par le service des formations sanitaires et sociales, positionné au sein du pôle solidarités, en cohérence avec la politique régionale seront⁸⁰ :

- Faciliter l'accès aux formations
- Améliorer les conditions de formation
- Identifier les besoins et l'évolution des métiers du sanitaire
- Adapter l'offre de formation
- Diversifier les réponses
- Renforcer le contrat d'objectifs sanitaire, médico-social, social

Ces six objectifs principaux seront accompagnés d'actions, dont actuellement certaines sont effectives, à titre d'exemples: formation d'aides soignants entièrement gratuite, aides effectives aux étudiants boursiers, aides financières à la mobilité des étudiants à l'étranger, poursuite des contrats d'objectifs avec les établissements. Une enquête nommée « Iroise », menée par le biais du G.R.E.F⁸¹ Bretagne, montre l'insertion professionnelle excellente des étudiants en formation sanitaire. Quatre vingt dix pour cents des étudiants de formation sanitaire sont en emploi dans le premier mois après l'obtention de leur diplôme. Pour les professions nous concernant, le taux d'emploi est de 100%, un an après la formation pour les masseurs kinésithérapeutes et les ergothérapeutes et de 89% pour les pédicures podologues. L'enquête montre certaines différences entre les trois professions notamment sur les contrats à durée indéterminée (53% pour les ergothérapeutes, 17% pour les masseurs kinésithérapeutes et 6% pour les pédicures podologues) montrant ainsi le caractère salarié ou libéral des trois métiers.

Le bilan 2008⁸² fait apparaître la mise en place de la gratuité pour les formations d'aides-puéricultrices, le financement de vingt places de formation d'ambulancier, le financement de la formation d'auxiliaire ambulancier, l'ouverture par l'académie d'une classe préparatoire aux concours paramédicaux. Les propositions 2009, outre le développement des formations d'aides soignants dans le cadre des établissements de statut scolaire, seront d'expérimenter cette formation sur Rennes, en lien avec le secteur médico-social. Toutes ces mesures stabilisent l'offre de formation pour l'ensemble des formations sanitaires.

⁸⁰ Idem

⁸¹ G.R.E.F : Gip Relation Formation Emploi. Publication de l'enquête Iroise. Synthèse. Juin 2009.

⁸² S.R.E.F : Propositions 2009. Site : Conseil Régional de Bretagne : www.bretagne.fr .politiques publiques

Dans les objectifs de la S.F.R.E.F, énoncés en 2006, apparaissait dans la fiche « faciliter l'accès aux formations », la préconisation de l'accès pour les professions paramédicales à l'enseignement supérieur dans le cadre de la démarche L.M.D.

Le Conseil régional sera présent lors des présentations aux quatorze I.F.S.I de la Région Bretagne, de la réforme des études par les quatre conseillères pédagogiques D.R.A.S.S et la déléguée de la commission technique nationale. Il s'interrogera sur la mise en œuvre (Cf. Annexe 1 : Compte rendu : Universitarisation des I.F.S.I). Les points soulevés par le représentant du Conseil Régional sont :

- Le « pointu » du référentiel vis-à-vis de la mise en œuvre compte tenu de l'organisation des Universités. La D.H.O.S a-t-elle mesuré les impacts de cette réforme ?
- Le paradoxe entre un cadrage très précis dans la certification des Ects et le diplôme qui paraît être d'école vis-à-vis de l'application du référentiel
- Comment les mesures de contrôle pédagogique seront-elles exercées ?

Au vu des questions posées, nous avons voulu connaître le point de vue du Conseil Régional dans l'universitarisation des formations présentes dans l'entreprise I.F.P.E.K pour les pédicures podologues, masseurs kinésithérapeutes et ergothérapeutes. En tant que « maître d'œuvre de l'universitarisation » pour les formations paramédicales sur son territoire. Nous avons donc mené un entretien à visée informative auprès de la Responsable administrative des affaires sanitaires et sociales. L'entretien dans le temps, s'est déroulé sept mois après la présentation de la réunion universitarisation des I.F.S.I que nous venons d'évoquer. Il s'est déroulé au Conseil Régional dans une salle de réunion. Il n'a duré que trente six minutes du fait de l'emploi du temps chargé de notre interlocutrice. L'intégralité de l'entretien est référencé en annexe (Cf. Annexe 4 : Entretien C.R.B) .Nous vous exposerons le guide d'entretien utilisé et la synthèse des informations que nous avons recueillies.

1.4.4 Compte rendu de l'entretien réalisé au Conseil Régional

1.4.4.1 Guide d'entretien

L'objectif que nous nous étions fixé compte tenu du temps imparti, était de comprendre le rôle du Conseil Régional dans la mise en œuvre et d'envisager sa participation auprès des trois formations initiales de l'I.F.P.E.K. L'annonce de la nouvelle loi Hôpital

Patient Santé Territoire (H.P.S.T⁸³) avec la création des Agences Régionales de Santé (A.R.S), applicable en janvier 2010 aura elle un impact sur l'Universitarisation ? Telle a été notre autre préoccupation.

Le guide est composé :

- D'une première partie concernant la participation du C.R.B dans la mise en œuvre, son rôle et sa représentation dans les instances universitaires et dans les conseils pédagogiques des instituts de formation
- D'une deuxième partie relative à son aide dans la négociation I.F.P.E.K et université avec une question subsidiaire sur les exigences sur passerelles ou V.A.E
- Des questions annexes concernant les impacts de la nouvelle loi H.P.S.T.

1.4.4.2 Synthèse du point de vue du Conseil Régional Bretagne

- *Un rôle de coordination et « facilitateur »*

En ce qui concerne la mise en place de l'universitarisation des I.F.S.I, le Conseil Régional joue un rôle qualifié par notre interlocutrice de « *coordinateur et facilitateur* ». En effet, le Conseil Régional vient d'initier un groupe de travail tripartite avec un représentant de l'Université, un représentant du Centre hospitalier et de l'I.F.S.I. La D.R.A.S.S y est conviée, en tant que service déconcentré de l'Etat⁸⁴. L'objectif de ce groupe de travail, réuni en janvier 2010 est de construire « *quelque chose qui soit opérationnel, raisonnable, mais qui s'inscrit bien dans la démarche L.M.D* », car pour les Universités, l'opérationnalité doit être effective en septembre 2010. Le souci est également pour l'ensemble des quatorze I.F.S.I de la région Bretagne de veiller à l'équité dans l'application de cette réforme « *il est important que la réforme du référentiel soit appliquée de la même manière, que tous les établissements aient les mêmes moyens ; enfin qu'ils aient les moyens adaptés pour que soit appliqué de la même manière le référentiel formation* » ; « *c'est aussi notre rôle d'être garant de l'équité de traitement sur le territoire national et au-delà des a priori partisans ou des facilités liées aux contacts locaux* ».

⁸³ La Loi H.P.S.T, dans son titre IV prévoit l'organisation territoriale du système de santé avec la création d'Agences Régionales de Santé (A.R.S), chargées de mettre en œuvre régionalement la politique nationale de santé, de veiller à la gestion efficace du système sanitaire, social et médico-social ; Elle prévoit également la représentativité des professionnels de santé libéraux et la politique régionale de santé est chargée de mettre en œuvre, au niveau stratégique, des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. Source : <http://www.legislation.gouv.fr>.

⁸⁴ On fera la différence entre la déconcentration et la décentralisation dans la mesure où dans le cas de la déconcentration, l'Etat délègue à la Région alors que la décentralisation donne pouvoir à la Région.

Mais ce rôle de coordinateur s'accompagne aussi d'une partie du pilotage « *le Directeur a rencontré à plusieurs reprises les gens de la D.H.O.S et de la D.G.C.L (Direction Générale des Collectivités Locales) ; on est dans cette logique là avec la D.G.C.L, qui dit aux Régions de vraiment prendre toute la main (...) Mais c'est vrai qu'avec la mise en place des nouvelles structures de l'Etat, la réforme des services de l'Etat, va impacter tout son fonctionnement.* ». « *Pour l'instant, on a eu des contacts politiques puisque nos Vices Présidents ont rencontré les Présidents des Universités (..) ; qu'il y a eu une rencontre avec le Délégué Régional de la F.H.R (Fédération Hospitalière Régionale)* ».

- *Représentativité aux conseils pédagogiques*

D'après notre interlocutrice cette représentativité est « un sujet sensible » mis entre parenthèses actuellement, dans l'attente des nouvelles élections régionales. Théoriquement « *c'est un décret de mai de 2007 qui organise les conseils pédagogiques avec une place d'auditeur pour la Région (..) la place d'auditeur est quelque peu méprisante pour la Région qui assure à elle seule pour les trois quarts des établissements, l'intégralité du fonctionnement* ». Aussi, les élections passées, ce sujet sera rediscuté « *très clairement, je pense que le groupe de travail qu'on va mettre en place en début d'année (2010) va avoir un rôle (...), va incarner un rôle de suivi, de pilotage, de je ne sais quoi dans la mise en œuvre de toutes ces réformes qui impactent un peu le fonctionnement des instituts, quels qu'ils soient* ». « *On a les compétences Enseignement Supérieur qui peut jouer le rôle de relais et qui du coup, légitime notre démarche* ».

- *Sa participation vis-à-vis de l'I.F.P.E.K :*

L'universitarisation des professions paramédicales présentes à l'I.F.P.E.K, d'après notre informatrice, pose comme problèmes : « *le statut de l'étudiant, le statut de l'établissement et les liens de tout cela avec l'Université* ». Le processus d'universitarisation est le même que pour les I.F.S.I, mais ce qui gêne le plus d'après elle, « *c'est qu'on arrive sur des niveaux de formation qui vont être différents, parce que pour les infirmiers, on arrive péniblement à un grade licence. Pour les kinés et les ergos, je ne sais pas à quoi, on arrivera. Les kinés vraisemblablement une vraie licence.* ». Il sera précisé lors de l'entretien que selon le niveau retenu, la gouvernance ne sera pas la même.

En ce qui concerne la participation, le Conseil Régional se sent légitime d'être présent lors des négociations et ce, pour plusieurs raisons : d'abord parce que, chacun des trois instituts de formation sont agréés par la région. La refonte des agréments, dans le cadre de la procédure budgétaire est prévue pour 2011 avec un calendrier commun et un dossier commun avec la D.R.A.S.S. « *L'habilitation pédagogique, elle est bien donnée par la Région avec l'avis de l'Etat* » et « *l'organisation des formations relève bien de la compétence de la région, compétence transférée par la loi du 13 août* ».

La deuxième raison est ses compétences vis à vis de l'Enseignement Supérieur, rappelant que le Conseil Régional peut jouer le rôle de relais.

La troisième raison est son implication dans la mise en œuvre des professions sanitaires et sociales depuis la décentralisation avec une expérience de cinq ans : « *Je crois qu'en Bretagne, le Conseil Régional s'est bien investi, a pris en main cette compétence et du coup, on se sent légitime à prendre en main certains sujets et initier des démarches comme celle là* ».

Ces propos marquent bien la détermination du Conseil Régional à être acteur dans la mise en œuvre de la démarche d'universitarisation des trois instituts présents à l'I.F.P.E.K, même s'il est rappelé que le Conseil d'Administration reste maître du pilotage.

Le C.R.B compte apporter son appui logistique à l'universitarisation des trois formations présentes à l'I.F.P.E.K : « *Quand je dis appui logistique, cela veut dire qu'on sera facilitateur (...) pour faire en sorte que l'universitarisation se mette en place avec l'Université mais sans prédominance de l'un sur l'autre. Il n'y a pas de lien, comment dire, hiérarchique à établir entre l'université et l'institut. On est bien sur un partenariat avec une accréditation de certains formateurs éventuellement, pourquoi pas*».

Ce positionnement laisse entrevoir son rôle de médiation⁸⁵ dans la négociation. Quant à sa participation financière, le Conseil Régional s'appuie sur le texte indiquant que « *la Région ne peut pas donner moins que ce que l'Etat donnait au moment de la décentralisation, y compris pour les instituts de formation privés* ».

Pour les instituts présents à l'I.F.P.E.K, seul l'Institut de Formation en Ergothérapie reçoit une subvention, n'étant pas sur un marché concurrentiel. L'exercice libéral est quasiment inexistant contrairement aux instituts de Pédiatrie Podologie et Masso-kinésithérapie. Le Conseil Régional a envisagé la gratuité pour cette profession et pour

⁸⁵ Le terme de médiation se réfère à un positionnement où : « *Le médiateur n'est ni juge, ni arbitre, n'ayant pas le pouvoir d'imposer un accord. Son rôle est de faciliter le dialogue entre les parties, de réduire les tensions, de formuler des solutions possibles* ». In, Dortier ; J.F, le Dictionnaire des sciences humaines, p 449.

l'ensemble des trois professions, « *mais pour l'instant, on m'a toujours dit non. Je comprends budgétairement. On est comptable des deniers publics, ça veut dire que tout le budget de fonctionnement de l'I.F.P.E.K serait aux frais de la Région...Ce n'est pas possible, on va dire* ». L'aspect financier est aussi une réalité pour les étudiants qui intégreront leurs études lors de cette réforme. Qu'en sera-t-il ? Y aura-t-il surcoût pour ces étudiants ? Pour les délais de mise en œuvre, notre interlocutrice pense que ce sera plutôt 2011-2012 « *moi, on m'a parlé de référentiel de formation kiné pour 2011-2012* ».

- *Impacts de la nouvelle loi Hôpital Patient Santé Territoire*

D'après notre interlocutrice, cette loi qui préconise l'adéquation emploi/formation va renforcer l'engagement de la Région dans le fonctionnement des instituts de formation. « *Elle nous ouvre des tas de possibilités qu'on ne peut pas encore mesurer* ». A la question posée sur son impact sur la formation pour la modulation des quotas dans les instituts de formation. La réponse sera : « *Complètement et aussi en termes de logique de prises en charge et donc du coup cela va impacter sur les métiers et les formations forcément. Mais on va voir comment cela va se traduire. .* » La loi préconise également un rapprochement entre le sanitaire et le social que déjà le C.R.B a initié dans sa politique régionale en les regroupant dans le même service, même si ces attributions sont différentes d'un secteur à l'autre. Notre interlocutrice dira « *il y a des éléments dans la Loi H.P.S.T, une dynamique qu'on a souhaité mettre en place au niveau des instituts. C'est-à-dire qu'on a souhaité des rapprochements entre le sanitaire et le social et entre le social et le sanitaire, dans les deux sens. Pour moi, il va de soi qu'un institut comme l'I.F.P.E.K doit s'associer, doit avoir des liens de partenariat avec les instituts de formation du social* ».

1.4.5 Analyse et discussion

Dans cet entretien on note plusieurs tensions et divergences entre le discours mené par le Ministère en tant que « maître d'ouvrage » pour reprendre la métaphore que nous que nous avons empruntée à Thierry Ardouin dans les différents niveaux d'ingénierie.

Le Conseil Régional souhaite être le « maître d'œuvre » du processus d'univertarisation des formations sanitaires. En tant que « maître d'œuvre », nous dit l'auteur, il est chargé de la « *construction et de l'ossature du projet de (formation)*

traduit en dispositif et en action ». « *C'est le niveau organisationnel⁸⁶...* » mais sa marche de manœuvre paraît être déstabilisée par les différentes réformes à venir, (réforme des services de l'Etat), élections régionales. La posture semble être légèrement différente selon qu'il s'agit d'un établissement public, où le C.R.B se sent toute légitimité pour le pilotage de la mise en œuvre, en tant que responsable du fonctionnement des établissements et la structure privée où il est dit que le pilotage appartient au Conseil d'Administration de l'établissement. Par contre, sa légitimité d'assurer l'équité sur le territoire, et sa fonction « d'organisateur des formations » lui permettent d'asseoir son rôle. La difficulté réside aussi dans la prégnance de l'Etat notamment du Ministère Santé, responsable du versant pédagogique de ces formations.

Son positionnement d'interface entre les Universités et les établissements de formation laisse entrevoir son rôle de médiation dans la négociation. Il nous est indiqué aussi que le grade ne paraît pas acquis d'office, laissant supposer que ce sont bien les contenus qui seront négociés « *c'est qu'on arrive sur des niveaux différents (...), parce qu'avec les infirmiers, on arrive péniblement au niveau Licence..* ». Par contre, l'ensemble de la filière L.M.D est prise en considération, même si l'actualité demeure la recherche d'asseoir dans le partenariat universitaire, le niveau Licence pour les formations initiales.

Le temps de mise en œuvre par rapport au temps décidé par le Ministère semble différent.

Le niveau régional nous révèle toutes les turbulences que soulève la mise en œuvre de ce processus d'universitarisation avec des zones troubles pour un établissement privé à but non lucratif composé de trois formations initiales différentes et dépendantes des services de l'Etat et du Conseil Régional.

Le rapport parlementaire du 7/7/10 que nous avons déjà évoqué, rapporte : « *Qu'il faut tirer les enseignements de la réforme de soins infirmiers et intégrer l'ensemble des formations d'auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat (L.M.D) pour une mise en œuvre à la rentrée 2013⁸⁷* », semblant donner raison au discours de notre interlocutrice. De plus, ce rapport recommande la création d'instituts paramédicaux régionaux conventionnés avec les universités, formant l'ensemble des auxiliaires

⁸⁶ Opus Cit. p 20. Citation p 25

⁸⁷ Source : A.P.M International (Agence Presse Médicale). Site : <http://www.apmnews.com>

médicaux en « *mutualisant les enseignements entre formations paramédicales et médicales, à la lumière des travaux de refonte des diplômes⁸⁸* ».

Quel sera le projet d'universitarisation de ces trois formations initiales, placées au sein d'une même entreprise I.F.P.E.K ?

C'est ce que nous aborderons dans la deuxième partie de ce mémoire. Auparavant, nous proposons une conclusion esquissant la problématique que soulève ce processus.

1.5 Conclusion

En conclusion de cette première partie, nous retiendrons de ces différents niveaux de conception, de mise en œuvre, de réalisation, que « l'universitarisation » est un processus long et complexe mettant en jeu l'intérêt de nombreux acteurs.

L'Europe, en imposant l'harmonisation des formations de l'Enseignement Supérieur, la circulation des diplômes et l'ouverture sur le marché du travail européen, a bousculé l'ensemble du système de formation français. Il a contraint l'Etat à une remise aux normes de tout l'Enseignement Supérieur qu'il soit d'ordre public ou privé, obligeant à un certain décloisonnement entre les Ministères en ce qui concerne les professions paramédicales. Cependant chacun des Ministères garde ses prérogatives, puisque l'universitarisation pour ces professions paramédicales se situe à deux niveaux: universitaire au grade Licence et professionnel au titre du Diplôme d'Etat Santé.

Le niveau national, lieu décisionnel et principal lieu de négociations pour les organisations professionnelles et étudiantes, révèle à la fois, la division du travail et la construction historique de ces professions paramédicales. On perçoit dans le déroulement des négociations, combien ces professions demeurent sous tutelle de la médecine dans leur construction historique, rappelant ce que Chapoulie⁸⁹ décrivait en 1973 : « *A partir de 1945, de très nombreux groupes professionnels ont prétendu à un statut analogue à celui des professions établies et pour justifier cette prétention, constituèrent des institutions semblables à celle du corps médical. Ainsi infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux etc.. se regroupèrent en associations professionnelles et tentèrent d'institutionnaliser l'entrée dans le métier, en mettant en place des filières de formation professionnelle, rédigèrent des codes de*

⁸⁸ Idem.

⁸⁹ Chapoulie, J.M, (1973), *Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels*, cité In [Lallement, M., (2008), *Sociologie des relations professionnelles*, Paris, La Découverte, coll. Repères].

déontologie et essayèrent d'obtenir une reconnaissance de ces institutions ». Nous pouvons donc mieux comprendre les tensions existantes entre les groupes professionnels et le Ministère lors des négociations, qui ne sont pas sans évoquer, ce que soulignent C.Dubar et P.Tripier⁹⁰, à propos du triple enjeu des professions, notamment dans les enjeux politiques et économiques : « *Les professions représentent des formes historiques d'organisation sociale, de catégorisation des activités de travail qui constituent des enjeux politiques, inséparables de la question des rapports entre l'état et les individus, question désignée traditionnellement depuis Durkheim, en sociologie, comme celle « des groupes intermédiaires » ; et en corrélation sur son versant plus économique : les professions sont, enfin, des formes historiques de coalitions d'acteurs qui défendent leurs intérêts en essayant d'assurer et de maintenir une fermeture de leur marché du travail, un monopole pour leurs activités (...)* Le niveau national devient le « théâtre » de « lobbying » des professions en quête de reconnaissance statutaire.

L'universitarisation est aussi l'opportunité pour les professions paramédicales, d'ouvrir « le chantier » de l'ingénierie de ses formations. La perspective universitaire d'harmonisation des formations nécessite la création des passerelles entre les différents métiers avec la déclinaison des compétences dites « transversales ». Les organisations professionnelles ont dû pour cela, s'entourer d'universitaires pour décliner selon une certaine méthodologie, leurs activités professionnelles, en les formalisant en compétences, réinventant à cette occasion, « leur métier » pour mieux l'adapter aux réalités de leurs exercices et puiser une reconnaissance identitaire. Cette notion de métier reformulé en compétences que F.Osty nomme « métiers en organisation » connaît, à l'heure actuelle. « *Un regain d'intérêt comme forme productive plastique à la diversité des situations de travail. L'existence de situations fortuites sollicite le professionnel pour recombinaison différemment connaissances et savoirs pratiques dans l'activité de travail* ». ⁹¹ C'est là une gageure pour l'emploi des futurs professionnels paramédicaux qui s'inscrit dans une politique plus générale des réformes de santé en Europe et dans le monde, comme nous l'indique un expert, O.M.S⁹², l'objectif étant l'accès équitable aux soins et l'élaboration d'un code de recrutement international des personnels de santé.

⁹⁰ Dubar., Tripier, P., (2005), *Sociologie des professions*, 2^{ème} édition, Armand Colin, coll. U, p.7.

⁹¹ Osty, F., *Sociologie des professions et des métiers*, In [Alter, N., (2006), *Sociologie du travail*, Paris, P.U.F]

⁹² Braichet, J.M., (2009), *Réformes de santé en Europe et dans le monde*, Ergoscope, n°4, p 4-5.

Sur le plan régional, là aussi planent de nombreuses interrogations vis-à-vis de la mise en œuvre, devant articuler deux systèmes. En devenant interface, médiateur entre les différentes instances présentes sur son territoire, il s'efforce de mettre en œuvre le processus en organisant des réunions tripartites, veillant aux intérêts des acteurs. Pour les instituts de formation paramédicale intégrés dans le public comme les I.F.S.I (Instituts de Formation en Soins Infirmiers), les « choses » peuvent paraître relativement aisées, comment cela se passe-t-il pour les instituts de formation privés, qui constituent une bonne part des instituts pour les professions telles que la kinésithérapie, l'ergothérapie, la pédicurie podologie ?⁹³ .

Cette première partie nous a permis de cerner l'objet « universitarisation » dans les trois contextes qui l'entourent : le cadre européen déterminant le cadre politique général, le contexte national comme espace de négociations, le cadre régional comme « maître d'œuvre » de son opérationnalité. Nous avons compris l'essentiel ce qu'implique ce processus dans le champ de la formation. Mais nous constatons des divergences d'intérêts entre auxiliaires médicaux pour qui, l'enjeu est une reconnaissance statutaire, s'organisant autour du métier. Interpelée par C.Dubar à propos de la perspective interactionniste, par Zarifian sur le concept de métier rebelle par nature aux coopérations interprofessionnelles, nous posons comme question principale :

Quel sera projet d'universitarisation pour les trois instituts (filiales) de formation initiale paramédicale présents à l'I.F.P.E.K ?

C'est ce que nous proposons d'examiner dans cette deuxième partie, à travers l'exemple de l'entreprise l'I.F.P.E.K.

⁹³ Nombre d'I.F.M.K : quarante dont quatre réservés aux malvoyants, sur les trente six restants, une vingtaine sont privés.
Pour les dix I.F.E actuels, seuls trois sont publics. Pour les dix I.F.P.P, seuls quatre I.F sont publics.

2^{ème} partie : Le projet d'universitarisation des trois Instituts (filiales) de Formation initiale à l'IFPEK

Cette deuxième partie présente un autre acteur concerné directement par l'universitarisation : l'I.F.P.E.K. notre employeur, qui doit préparer l'arrivée de cette réforme pour les trois instituts de formation initiale, qu'elle regroupe. Nous nous intéresserons aux projets qu'elle développe pour répondre à l'injonction de l'Etat de trouver des partenariats afin d'asseoir « l'universitarisation ».

Le premier chapitre descriptif s'appuie sur des documents internes dont certains sont publiques. Les éléments historiques ont été reconstitués à partir d'un témoignage avec une des plus anciens membres du Conseil d'Administration et des éléments d'une monographie que nous avons réalisée. Ce détour historique, sera présenté sous forme de tableau. Il nous paraît important pour comprendre les successives mutations de l'association. Nous interrogerons ainsi, sa nouvelle organisation en nous référant à la sociologie des organisations, situant ainsi le cadre de l'émergence des projets.

Le deuxième chapitre s'intéressera aux différences entre les instituts de formation initiale, dont la mission principale est d'assurer les apprentissages forgeant ainsi l'identité professionnelle et métier de leurs étudiants. La réforme universitarisation renforce t-elle les identités professionnelles ou les dilue t-elle ? Nous tenterons d'éclaircir cette question en examinant comment la formation initiale participe de la construction de l'identité professionnelle, avant de camper leur situation dans le processus.

Le dernier chapitre abordera alors les enjeux d'universitarisation pour les acteurs et nous poserons ce qui nous semble être la problématique institutionnelle face au projet d'universitarisation. Nous nous intéresserons à la logique des acteurs face au projet institutionnel par le biais de la commission universitarisation, suscitant questionnements et engagement de ma participation.

2.1 Présentation de l'association I.F.P.E.K (Institut de Formation Pédicurie-Podologie, Ergothérapie, Kinésithérapie)

L'I.F.P.E.K est une association Loi 1901 regroupant trois instituts de formation initiale paramédicale : Institut de Formation Pédicurie-Podologie (I.F.P.P), L'Institut de Formation en Ergothérapie (I.F.E), Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (I.F.M.K) et des services transversaux aux 3 instituts.

Comme toute association Loi 1901, elle dispose d'un Conseil d'Administration (C.A)

composé de douze membres (dont dix membres élus, pour deux ans parmi les actifs et délégués, deux membres de droit : le Doyen de la faculté de médecine ou son représentant, le Président du conseil d'administration du C.H.R.U (Centre hospitalier Régional Universitaire) ou son représentant) et les Directeurs membres du C.O.D.I.R. Ce C.A définit la politique de l'association. Celui ci se donne pour buts : « *d'organiser et de dispenser la formation professionnelle appropriée en débouchant sur l'obtention des Diplômes d'Etat correspondants, dans un esprit d'inter professionnalité, de favoriser la formation tout au long de la vie pour les professionnels en activité*⁹⁴ ». Sa mission est d'assurer la formation initiale et continue en pédicurie-podologie, ergothérapie et masso-kinésithérapie. Au fil de l'histoire, l'association I.F.P.E.K s'est construite. Le paragraphe qui suit, relate les différentes phases de cette construction.

2.1.1 Historique

Nous avons divisé empiriquement cet historique en quatre périodes qui correspondent à des virages de l'association. La première s'étend de la création de l'association à la séparation géographique des Instituts de Formation (1964-1981). La seconde période correspond à l'autonomie des I.F (1981-2001), la troisième au regroupement des trois Instituts de Formation (2001-2008). La quatrième période est celle actuelle, faisant suite à une crise institutionnelle.

⁹⁴ Site IFPEK : <http://www.ifpek.org>

Périodes	Evénements
1964-1981 : une association composite	<p><u>1964</u> : Création par le Pr Leroy (Pr de médecine) de l'association « Ecole de Masso-kinésithérapie »</p> <p><u>1967</u> : Intégration de l'école de pédicurie-podologie. Appellation de l'association « Ecoles de masso-kinésithérapie et de pédicurie-podologie »</p> <p><u>1972</u> : Intégration de l'école d'ergothérapie.</p> <p><u>1973</u> : Appellation de l'association : « Ecoles de masso-kinésithérapie, de pédicurie podologie, d'ergothérapie ». Les écoles ont toutes pour site, le Centre hospitalier de Pontchaillou et sont dirigées par des médecins de médecine physique et de rééducation. Le Président est le Pr Leroy et les médecins Directeurs des écoles siègent au C.A.</p>
<p>1981-1991 : une association recomposée</p> <p>1^{er} Virage</p>	<p><u>1981</u> : Décès du Président, fondateur de l'association Prise de pouvoir des professionnels des écoles par un arrêté ministériel. Médecins et professionnels siègent au C.A. Présidence : Pr Louvigné</p>
<p>1991-2000 : une autonomisation des instituts de formation</p> <p>2^{ème} virage</p>	<p><u>1991</u> : Séparation géographique des trois instituts de formation. I.F.M.K reste à Pontchaillou. L'I.F.E rejoint le site de l'I.R.T.S (Institut Régional du Travail Social), l'I.F.P.P garde son pôle soins sur Pontchaillou et la formation à l'I.R.T.S. Différenciation des modes de fonctionnement</p> <p><u>2000</u> : Nouvelle appellation : Association I.F.P.E.K Présidence : un Directeur d'établissement ergothérapeute</p>
<p>2001-2004 : des volontés politiques de développement et de partenariat. Restructuration</p>	<p><u>2001</u> : Volonté de regrouper les trois I.F.I car fin des baux locatifs. Volonté politique de mutualiser les moyens, de rechercher des partenariats dans le cadre régional, de représenter pôle actif de formation en vue de l'universitarisation des professions paramédicales.</p> <p><u>2002</u> : Changement de présidence. Présidence assurée par un masseur-kinésithérapeute. Intégration au C.A de membres universitaires de Rennes II. L'I.F.M.K reçoit sa première certification qualité, possède un laboratoire de recherche et dispose d'un consultant et d'un ingénieur recherche.</p> <p><u>2003</u> : Dépôt de permis de construire pour bâtiment regroupant les trois I.F.I. Création d'un Comité Directeur avec les trois</p>

	<p>Directeurs des I.F.I.avec des missions spécifiques I.F.P.E.K</p> <p><u>2004</u> : Annonce du départ du Directeur de l'I.F.E. Annonce de trois services communs mutualisés : laboratoire de recherche, documentation et informatique, formation continue. Assemblée générale extraordinaire avec refonte des statuts. Nomination d'un Directeur I.F.P.E.K, d'un Directeur I.F.E, d'un Directeur I.F.M.K par intérim.</p> <p>Déménagement dans des nouveaux locaux.</p>
<p>2004-2008 : Le développement de l'I.F.P.E.K.</p> <p>Crise institutionnelle</p>	<p>Transfert du consultant devenu responsable qualité et de l'ingénieur recherche déjà présents à l'I.F.M.K. Recrutement d'un ingénieur formation pour la formation continue des trois instituts</p> <p>Structuration des services transversaux I.F.P.E.K avec le personnel administratif de l'I.F.M.K.</p> <p><u>2005</u> : Les postes par intérim des Directeurs I.F.P.E.K et I.F.M.K sont avalisés en Assemblée Générale.</p> <p>Remplacement du Directeur I.F.E par intérim parti en formation par deux formateurs I.F.E</p> <p>Procédures d'accréditation mise en œuvre pour la certification qualité des services transversaux.</p> <p><u>2006</u> : Nomination du Directeur I.F.E</p> <p>Comité Directeur composé de quatre Directeurs</p> <p>2^{ème} certification de l'I.F.M.K</p> <p>Mésentente au sein du Comité Directeur</p> <p>Assemblée générale avec décision de faire appel à un consultant. Mise en place d'un audit.</p> <p>Réunion du personnel. Annonce d'une future restructuration.</p> <p><u>2008</u> : Départ négocié du Directeur I.F.P.E.K</p> <p>Assemblée générale exceptionnelle. Départ des membres universitaires de Rennes II</p>
<p>3^{ème} virage</p> <p>2008-2010</p>	<p>Période actuelle. Deuxième restructuration. Accompagnement du Comité Directeur par un autre consultant. Changement de logo. Changement de présidence (février 2010). Certification qualité I.F.P.P et I.F.E (mai 2010). Election d'un membre universitaire Rennes II au C.A.</p>

2.1.2 Projet d'établissement et organisation actuelle de l'I.F.P.E.K

Dans son projet⁹⁵ quinquennal, présenté lors d'une des dernières assemblées générales de juillet 2008, sont définis pour 2008-2013, les objectifs suivants :

- « Maintenir le haut niveau de formation initiale, dispensée pour l'obtention du Diplôme d'Etat (D.E) ;
- Développer la formation continue, l'expertise et le conseil ;
- Développer les activités de recherche appliquée à la rééducation, la réadaptation, la réhabilitation des personnes en situation d'handicap ;
- Développer des centres de soins au niveau de chaque profession ;
- Préparer l'universitarisation des formations paramédicales en développant des partenariats universitaires tant au niveau des formations initiales et continue que de la recherche ;
- Accompagner les projets de développement de l'I.F.P.E.K dans le cadre d'une mutualisation des moyens au service des bénéficiaires (étudiants, professionnels, partenaires, collectivités) ;
- Déployer le système du management qualité à l'ensemble des activités I.F.P.E.K
- Evaluer et améliorer la satisfaction globale des différents clients et bénéficiaires de l'I.F.P.E .K. »

Ce projet ambitieux est conduit par un Comité Directeur (C.O.D.I.R) à qui le Conseil d'Administration de l'association délègue le pilotage opérationnel. Cette nouvelle organisation date de juin 2008, entérinée en Assemblée Générale Extraordinaire en juillet 2008, après modification des statuts. Elle fait suite au départ négocié d'un des directeurs nommé en juin 2004, Directeur I.F.P.E.K, lors du regroupement des trois instituts de formation initiale. Pour concevoir sa nouvelle stratégie, l'I.F.P.E.K a fait appel à un consultant extérieur pour accompagner ce changement politique. Le résultat rend compte d'une approche systémique⁹⁶de l'organisation.

Actuellement cinq pôles sont dessinés et représentés au sein de ce C.O.D.I.R : les instituts de formation : I.F.P.P⁹⁷, I.F.E, I.F.M.K, le pôle recherche et développement

⁹⁵ Idem

⁹⁶ Le système : J. De Rosnay : « *ensemble d'éléments en interaction dynamique organisé autour d'un but* ». L'approche systémique : c'est considérer un système dans sa globalité et sa dynamique en se concentrant sur les interactions et leurs effets.

⁹⁷ I.F.P.P.= Institut de Formation en Pédiatrie-Podologie, I.F.E=Institut de Formation en Ergothérapie, I.F.M.K= Institut de Formation en Masso Kinésithérapie.

(P.R.D) comportant la formation continue, le service informatique et documentation, le pôle administration générale (P.A.G) en charge de la comptabilité, de la logistique et des ressources humaines. A tour de rôle, un des membres du C.O.D.I.R est chargé de la coordination des objectifs définis par le C.A et est nommé pour un laps de temps : « Délégué Général ». L'organisation choisie au sein de ce C.O.D.I.R, se veut « horizontale ⁹⁸ » et non « verticale », comme le supposerait un commandement hiérarchique pyramidal. Elle se présente plutôt comme un « modèle organique », où la préoccupation des relations humaines est privilégiée.

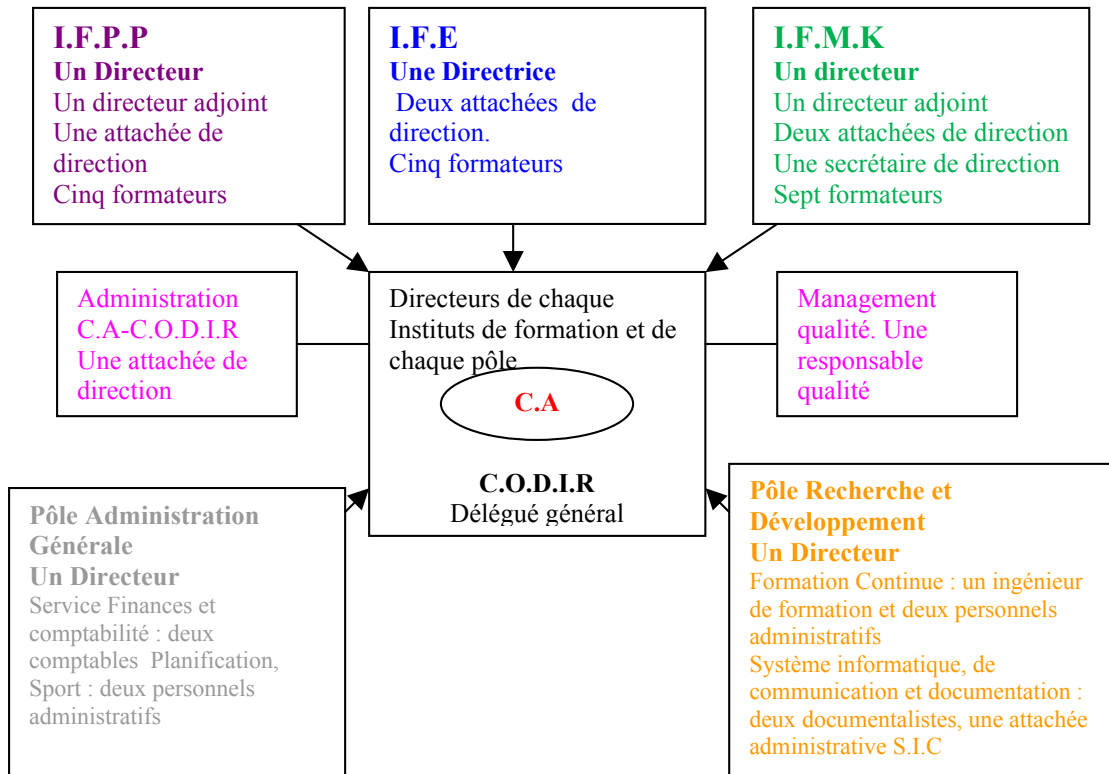
Pour atteindre ses objectifs, l'I.F.P.E.K a mis en place quatre commissions de concertation avec le personnel (politique salariale, universitarisation, développement de centres de soins, conseil et expertise et organisation de la mise en œuvre du Pôle Administration Générale) .Ces différents groupes de travail seront animés par le C.O.D.I.R et pilotés plus particulièrement par le Directeur du pôle concerné. Une personne de chaque institut de formation ou/et des services transversaux, désignée, assistera à ces réunions selon la thématique. Pour exemple la commission universitarisation, regroupera essentiellement des formateurs (un par institut) alors que le groupe « politique salariale » réunira un membre du personnel de chaque entité. Ils seront mis en œuvre dès janvier 2009 sans que le rythme des réunions soit clairement défini.

Pour illustrer son nouveau mode d'organisation, nous vous présenterons successivement l'organigramme de l'association et le regard que nous portons sur l'évolution de celle-ci, à l'appui de grilles de lecture empruntées à la sociologie des organisations notamment Henry Mintzberg qui éclairera les modes de management passés et actuels de l'entreprise. Ce détour nous permettra de comprendre l'organisation et le fonctionnement des instituts de formations. Il rendra compte aussi de la problématique posée à l'institution pour l'universitarisation des instituts de formation de l'I.F.P.E.K.

⁹⁸ Propos tenus auprès du personnel lors de la réunion institutionnelle du 9/07/09 par la Déléguée Générale.

2.1.3 Organigramme

L'organigramme⁹⁹ reproduit ci-dessous, rend compte de son mode actuel d'organisation.



2.1.4 Regard sur l'évolution de l'organisation

Si nous regardons rétrospectivement l'histoire de cette association, nous pouvons observer trois grands virages. Le premier s'amorce au décès du fondateur, où les professionnels « prennent en main » la formation professionnelle de leur métier, allant jusqu' à une séparation physique des trois instituts de formation. Cela n'est pas sans rappeler ce que nous avons déjà évoqué en première partie sur les enjeux de pouvoir des groupes professionnels. L'association se résume à la juxtaposition de trois unités fonctionnelles, pouvant dans leur fonctionnement, être comparées à ce que

⁹⁹ L'organigramme représenté ci-dessus est inspiré de celui remis au personnel, lors de la réunion avec l'ensemble du personnel le 9/07/09. Celui-ci étant nominatif, nous avons préféré pour des raisons déontologiques, supprimer les noms des personnels. Il ne rend pas compte du nombre de postes réels, certains personnels sont à temps partiels et les personnels administratifs sont sur plusieurs postes transversaux, tout comme les Directeurs des I.F.I sont inclus dans les formateurs permanents, l'ingénieur de formation est le Directeur du P.R.D.

Mintzberg¹⁰⁰ nomme « *l'organisation professionnelle* » avec comme résultat une complète décentralisation des pouvoirs aux Directeurs d'I.F.I qui dirigent en toute autonomie leur institut de formation. Les formateurs sont recrutés et employés par I.F.I concerné et non par l'association. Cette forme de configuration peut être décrite comme réactionnelle à la tutelle médicale exercée antérieurement et rapprochée des positions défendues par Crozier et Friedberg¹⁰¹ où « *les acteurs disposent toujours d'une marge de liberté mais poursuivent le même but, celui d'acquérir du pouvoir au sein de l'organisation* ». Mintzberg attire notre attention sur le fait que ce type d'organisation repose sur la « standardisation des qualifications » en laissant aux professionnels recrutés une latitude dans le contrôle de leur propre travail. Nous pouvons considérer alors, que dans ce type de configuration, la culture de chaque institut et l'identité professionnelle propre à chaque organisation se trouvent renforcées. Les instituts de formation se trouvent alors, bien différenciés les uns des autres. Manques de coordination, résistance au changement et à l'innovation sont les principaux « travers » de ce type d'organisation, pouvant s'opposer à de nouvelles stratégies décidées par l'association.

A partir des années 2000, sous pression des diverses mutations de l'environnement et de facteurs économiques, l'association devenue I.F.P.E.K (changement de nom) opère un changement de politique, ce qui constitue son deuxième virage. L'universitarisation qui se profile dans le paysage local, devient une opportunité au regroupement des trois instituts de formation comme pouvant constituer une force politique tout en rationalisant les moyens. Une nouvelle stratégie se dessine avec la construction d'un bâtiment commun abritant les trois I.F.I et le siège de l'association. L'intégration de membres universitaires autres que médecins au sein de l'association, nous montre l'intention politique de préparer les I.F.I à l'universitarisation. Celle-ci s'amorçait déjà dans l'Institut de Formation de Masso Kinésithérapie, sous l'impulsion de sa Direction, plus encline à se situer dans cette mouvance, par la création d'un laboratoire de recherche, la mise en place de services logistiques et de l'accréditation. A la Présidence de l'association, succède au Directeur d'établissement ergothérapeute, un Président masseur kinésithérapeute. L'ancien Directeur I.F.M.K intégré dans le milieu universitaire et devenu Directeur I.F.P.E.K avec l'arrivée de services logistiques devenus transversaux pour les trois I.F.I, va apporter une nouvelle coloration à l'entreprise. Le mode de management employé alors se rapproche d'une « configuration entrepreneuriale » avec un pouvoir plus centralisé et la vision

¹⁰⁰ Mintzberg, H., (2010), *Le management, Voyage au centre des organisations*, 2^{ème} édition, Paris, Editions d'Organisation.

¹⁰¹ Crozier et Friedberg, cités par Lafaye, C., (2002), *Sociologie des organisations*, Paris, Nathan, p.46

stratégique pas réellement explicitée, de constituer un éventuel I.U.P paramédical, pouvant s'inscrire dans le paysage régional.

D'après Mintzberg, ce type de configuration s'appuie sur un leadership personnalisé pour établir la vision stratégique mais ce peut être aussi « *les besoins de pouvoir personnel d'un leader pouvant donner naissance à ce type de configuration dans une organisation existante* ¹⁰² ». L'avantage décrit dans ce type de configuration, nommée « simple » par cet auteur, est la centralisation permettant une certaine flexibilité et adaptabilité. Elle est souvent porteuse d'innovations. A contrario, ce type d'organisation devient anachronique dans un fonctionnement démocratique déjà établi et institué, et « *si les opérations de routine paraissent au leadership, méprisables, emporté par son enthousiasme à rechercher les stratégies* »¹⁰³. La résistance au changement produite par les configurations professionnelles antérieures amène une crise dans l'entreprise touchant toutes les sphères : managériales, administratives, professionnelles, obligeant au départ négocié du leadership. L'association, devant le malaise engendré au niveau des personnels et pour faire face à cette crise, a recours à des consultants extérieurs pour réengager une autre stratégie. Le projet de mutualisation pensé dans la politique d'entreprise se trouve compromis.

Un troisième virage s'amorce. Un nouveau logo, un nouvel organigramme avec la délégation du pilotage aux Directeurs, réunis à part égale au sein d'un Comité Directeur sans lien hiérarchique entre eux, rend compte de cette nouvelle organisation. Des objectifs quinquennaux comme dans les universités, sont fixés et confiés à chaque Directeur. En se référant aux dix grands courants de la pensée stratégique selon Mintzberg, le modèle d'organisation actuellement choisi par l'association I.F.P.E.K, se situerait plutôt dans la mouvance de « l'école de l'apprentissage », c'est-à-dire une « *adhocratie* ¹⁰⁴ » ou « *organisation innovatrice* ». Ce type d'organisation existe quand le contexte est à la fois complexe et totalement imprévisible. Comme effectivement, c'est le cas au vu des aléas de l'universitarisation, de la réforme des services de l'Etat, des nouvelles attributions à la région, des réformes dans le domaine de santé desquelles, l'association et les I.F.I sont tributaires. Cette organisation se fonde sur « un ajustement mutuel » des experts fonctionnels répartis en équipes pluridisciplinaires. La hiérarchie est aplatie et s'appuie sur ces managers

¹⁰² Idem .p 219

¹⁰³ Idem p 235

¹⁰⁴ Néologisme venant de « ad hoc ». Terme employé par Mintzberg dans son livre « Structure et Dynamique des organisations » pour désigner « *une structure hautement organique avec peu de formalisation du comportement, une spécialisation des tâches fondée sur la formation des experts, une tendance à regrouper les spécialistes en unités fonctionnelles pour la gestion du personnel et à les déployer en petits groupes de projets pour la réalisation de leur travail, une utilisation importante des équipes et des managers intégrateurs (..) Pour encourager l'ajustement mutuel (..), une décentralisation considérable vers les équipes (...)* ».

« intégrateurs » qui coordonnent les activités, les travaux entre les équipes et unités, considérés comme « agents de liaison » avec l'environnement externe. C'est le rôle qui sera dévolu au C.O.D.I.R.

En se dotant de ce courant de pensée, cette organisation de type transversale « exige une coopération interprofessionnelle, dont le fonctionnement réussi ne peut être réglé par de pures coordinations, qui nécessite une coopération autour d'enjeux communs »¹⁰⁵. Mintzberg établit une différence entre ce qu'il nomme « adhocratie fonctionnelle » et « l'adhocratie administrative ». Dans le premier cas le mode d'organisation résout des problèmes au nom de ses clients. Dans le second, l'adhocratie entreprend des projets pour elle-même. Les deux fonctionnent à partir de la mise en place de conduites à projets. Dans les objectifs de l'I.F.P.E.K, figurent le développement des centres de soins ou les activités tournées vers un autre public que les étudiants. Ce développement est-il lié à une recherche de compétitivité ? Peut-on considérer l'adhocratie choisie comme fonctionnelle ou administrative ? Dans l'adhocratie administrative, la composante administrative est séparée du centre opérationnel représenté dans le cas présent, par l'activité de formation initiale qui reste l'activité stable et permanente mais celle-ci peut se trouver minimisée. Si tel est le choix, « *Le personnel support va jouer un rôle clé dans l'adhocratie parce que c'est l'endroit de l'organisation, où résident les experts*¹⁰⁶ ». Si le choix se porte vers des projets ponctuels au profit des professionnels comme dans le cas du conseil ou de l'expertise, nous pouvons considérer qu'elle s'oriente vers une adhocratie plus « fonctionnelle ». Il nous semble qu'actuellement, le projet d'établissement oscille entre ces deux tendances.

Quelque soit la forme d'adhocratie, la stratégie n'est jamais stabilisée puisque l'environnement prend le pas et détermine les actions. Elle se fonde sur la compétence et non l'autorité et c'est ainsi que « *le pouvoir sur les décisions va à tous ceux qui ont la compétence, quelle que soit leur position* ».¹⁰⁷ Les écueils à cette forme d'organisation selon Mintzberg, sont de plusieurs ordres : au niveau humain : le risque d'ambiguïté des rôles corrélé au manque de clarté de définition de postes amène la concurrence entre les personnels ; au niveau du fonctionnement : le problème d'efficience par le coût élevé en termes de temps que demandent la communication, la coordination, l'ajustement mutuel. Les risques les plus probables d'après l'auteur, sont le risque de bureaucratisation avec retour à l'organisation professionnelle. Ou bien lorsque l'ambiguïté se conjugue avec l'interdépendance, l'organisation devient

¹⁰⁵ Zarifian, P., (2009), *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, P.U.F, p 59.

¹⁰⁶ Mintzberg, H. ;(2004), *Le management, voyage au centre des organisations*, Eyrolles, Editions d'Organisation, 2^{ème} édition revue et corrigée, p 361.

¹⁰⁷ Idem, .p361

« politique » détruisant toute forme de faiblesse, amenant une souffrance au travail, par la perte de repères. L'I.F.P.E.K se doit d'être vigilant sur ces aspects négatifs de la forme d'organisation qu'elle a choisie.

Après s'être autorisée ce regard sur l'évolution de l'entreprise et sa dernière forme d'organisation, nous nous pencherons brièvement sur le fonctionnement actuel des I.F.I pour situer ce qui est commun ou différent. Nous montrerons aussi la nature de la formation initiale avec comme fondement, la construction de l'identité professionnelle.

2.2 Présentation et fonctionnement des trois I.F.I (Instituts de Formation Initiale)

2.2.1 Eléments généraux du fonctionnement

L'établissement compte actuellement trente cinq salariés : cinq Directeurs, treize administratifs, dix sept formateurs. Le nombre d'étudiants s'élève tout institut confondu, à environ six cent étudiants. La durée des études est de trois ans pour chacune des formations, avec comme répartition par promotion : trente cinq places pour la pédicurie podologie, soixante places pour l'ergothérapie, quatre vingt quatre places en masso-kinésithérapie. L'admission dans un des I.F.I de l'I.F.P.E.K se fait suite à un concours d'entrée, post baccalauréat, selon les différentes modalités définies par les textes officiels. Pour des raisons pratiques, la gestion administrative de ces concours est mutualisée. Ils se déroulent sur deux jours consécutifs pour permettre aux candidats un seul déplacement et d'avoir la possibilité de tenter plusieurs concours. Si la politique générale de l'association I.F.P.E.K s'applique au niveau des trois instituts de formation initiale (Pédicurie-Podologie, Ergothérapie Masso-Kinésithérapie) ; ces instituts cependant, conservent leur autonomie financière¹⁰⁸ et leur gestion pédagogique, du fait de leur positionnement, sous tutelle de l'Etat. En effet, chacun de ces instituts de formation est soumis, de par leurs textes officiels respectifs, aux tutelles des D.D.A.S.S¹⁰⁹ (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) en ce qui concerne l'organisation pédagogique (conseil pédagogique), de la D.R.A.S.S (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) responsable de l'organisation du concours et de la passation du D.E. Le Conseil Régional, lui, comme nous l'avons déjà mentionné lors de sa présentation, est chargé par délégation du Ministère de Santé, de

¹⁰⁸ Une participation financière est versée aux services transversaux au prorata du nombre d'étudiants et le coût de la scolarité de chaque I.F.I fixé par le Directeur, après validation du C.A de l'association.

¹⁰⁹ Avec la réforme des services de l'Etat, effective au cours de cette année 2010, c'est l'A.R.S (Agence Régionale de Santé) et la D.R.J.S.C.S (Direction Régionale Jeunesse et Sports et Cohésion Sociale) remplaçant la D.R.A.S.S, qui deviennent les organismes de tutelle.

la nomination de chacun des Directeurs des I.F.I et de l'agrément du nombre d'étudiants, avec un regard sur le quota des étudiants masseurs kinésithérapeutes. Ces agréments devraient être révisés prochainement (juillet 2010), avec la demande de l'accueil d'un supplément de places pour l'ergothérapie portant à soixante dix le nombre d'étudiants par promotion et pour trente sept pour la pédicurie podologie, les kinésithérapeutes, étant dépendants d'un quota et d'une décision nationale. Pour les instituts de formation, il est l'interlocuteur pour l'attribution des bourses d'études pour les étudiants qui en font la demande et du versement des indemnités de stage pour les étudiants kinésithérapeutes et ergothérapeutes.

Du point de vue fonctionnel, chaque institut dispose d'un conseiller scientifique (Professeur de médecine), d'un programme d'études en référence aux textes officiels respectifs en fonction du métier enseigné et d'une équipe pédagogique. Les trois formations sont des formations professionnelles par alternance selon des modes différents : « alternance intégrée¹¹⁰ » en ce qui concerne l'I.F de pédicurie podologie qui possède son propre centre de soins recevant un public, devenant lieu de stage pour les étudiants. Pour les deux autres instituts, I.F.M.K et I.F.E, leurs programmes respectifs obligent à une « alternance articulée¹¹¹ », les étudiants se rendant sur des lieux de stage du secteur sanitaire ou médico-social, extérieurs aux centres de formation.

Chaque équipe pédagogique, outre l'enseignement professionnel dispensé, participe à l'élaboration du projet pédagogique et son application, sous la conduite de son Directeur. Pour la plupart, titulaires du Diplôme Cadre de Santé, les formateurs permanents selon l'I.F.I ont des tâches différentes. Ils sont responsables de l'organisation des soins pour les pédicures podologues, de l'organisation de modules d'enseignement pour les ergothérapeutes, responsables de promotion pour les kinésithérapeutes, en sus du suivi pédagogique individualisé des étudiants. Leur contrat de travail leur permet de dispenser des cours dans les autres I.F.I, de participer à des actions de formation continue ou à des missions internationales dans le cadre d'Organisations Non Gouvernementales (O.N.G) dans une limite de dix pour cent des heures de face à face pédagogique.

¹¹⁰ On peut distinguer selon Geay, A., (2004), *L'école de l'alternance*, Editions L'harmattan, trois modèles :

Alternance juxtapositive : deux lieux de formation, pas de communication entre les deux.

Alternance intégrée : un seul lieu de formation. Transférabilité directe des apprentissages à l'extérieur du centre de formation.

Alternance articulée : Prise en compte des différences et acquis complémentaires dans les deux lieux de formation.

¹¹¹ Ibidem

Si beaucoup de similitudes existent structurellement entre les trois instituts de formations ; les programmes d'études, l'organisation fonctionnelle et pédagogique diffèrent d'un institut à l'autre. Sans exposer de façon complète l'organisation pédagogique de chaque institut de formation, nous relèverons quelques traits qui nous paraissent importants à être signalés et nous établirons des tableaux montrant la différence entre les modalités pédagogiques.

- *Formation et Enseignement*

Faire en sorte que chaque étudiant de l'I.F.P.E.K devienne un professionnel (compétent) pédicure podologue, ergothérapeute, masseur kinésithérapeute, telle est la mission principale de chaque Institut de formation. En référence au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière¹¹² les trois professions répertoriées appartiennent au domaine du soin et plus particulièrement à la « sous famille » soins de rééducation. Elles sont définies comme suit :

Pédicure Podologue : Evaluer l'état clinique du pied, examiner son chaussage et poser un diagnostic de pédicurie podologie. Mettre en œuvre des traitements des affections épidermiques et unguéales du pied à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang. Pratiquer des soins d'hygiène du pied. Confectionner et appliquer des appareillages podologiques afin de soulager les affections épidermiques et unguéales du pied.

Ergothérapeute : Evaluer les déficiences, les capacités et les performances motrices, sensitives, sensorielles, cognitives, mentales, psychiques de la personne. Analyser les besoins, habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations d'handicap et poser un diagnostic ergothérapique. Mettre en œuvre des soins et des interventions de rééducation, de réadaptation, de réinsertion, de réhabilitation psychosociale et de psychothérapie visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activités, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et la participation sociale de la personne. Préconiser les aides techniques, humaines, aides animalières et modifications de l'environnement matériel, afin de favoriser l'intégration de la personne dans son milieu de vie. Concevoir et appliquer des appareillages pour la mise en œuvre de ces traitements.

Masseur-kinésithérapeute : Evaluer les capacités motrices, sensitives, sensorielles et cognitives d'une personne et mesurer son niveau de performance et d'autonomie. Déterminer la nature et évaluer l'étendue des déficiences anatomiques et fonctionnelles, analyser leurs interactions, poser un diagnostic kinésithérapique et

¹¹² Nous avons choisi ces définitions, plutôt que celles référencées au R.N.C.P, en voie de validation. Elles rendent compte des compétences à acquérir pour l'étudiant et viennent pour certaines d'être réactualisées. Site : www.sante-sports.gouv.fr/rubrique 219.html

formuler des objectifs de soins. Réaliser les soins relatifs à son domaine de compétence.

Ces définitions actualisées du fait de la réforme de l'universitarisation et basées sur les compétences propres à chaque métier montrent le décalage avec les programmes appliqués actuellement (tous datant de fin des années 80, début des années 90 expliquant en partie le peu de mutualisation des cours. Nous remarquerons aussi que ces programmes correspondent à la période où les instituts de formation s'autonomisent, comme nous l'avons souligné en présentant l'historique de l'association. Ce que nous pouvons relever, c'est qu'au niveau des contenus des enseignements de base ou fondamentaux, des regroupements sont possibles. C'est l'organisation et le découpage en année, modules de formation, stages qui entravent la mutualisation, en excluant l'hypothèse que des professionnels freineraient celle-ci. Actuellement, l'enseignement médical présent dans les trois programmes est dispensé par des vacataires médecins des différents établissements hospitaliers de la région, qui quelquefois interviennent pour chaque institut à des moments différents. L'enseignement Sciences Humaines, est assuré par des vacataires universitaires ou des formateurs possédant ces titres. La Santé publique, transversale aux trois professions, est enseignée en commun, à tous les étudiants de l'I.F.P.E.K, en première année. Un effort sensible de mutualisation s'amorce avec un travail en commun entre étudiants sur des modules transversaux, à l'initiative de certains formateurs. Une session organisée par le réseau diabète, partenaire de l'I.F.P.E.K, a réuni les étudiants des I.F.I et ceux de médecine, pharmacie, infirmiers, sages femmes pour confronter les représentations sur les différents métiers et ouvrir à un travail interdisciplinaire. La participation à des séminaires et aux journées d'études ou scientifiques ouvertes aux étudiants de l'I.F.P.E.K. vient compléter l'enseignement et permettre des échanges transversaux. Le reste des programmes est entièrement dédié à la partie professionnelle, y compris les aspects méthodologiques assurés par les formateurs permanents ou par des vacataires reconnus comme experts dans ce domaine. Cet enseignement professionnel consiste en une suite d'alternance de cours de différente nature : cours magistraux, travaux dirigés, travaux pratiques dans des salles dédiées, chaque institut disposant de salles qui lui sont propres. Ces cours s'efforcent d'être en lien avec l'alternance sur le terrain. Le rythme de cette alternance est pour les étudiants masseurs kinésithérapeutes et ergothérapeutes, tous les deux mois de façon à n'avoir que deux promotions à l'institut de formation, par institut. La réforme effective pour les ergothérapeutes, rentrée 2010, amène à une réorganisation dans

l'équipe pédagogique devant repenser l'ensemble de l'organisation pédagogique et fonctionnelle.

Dans les paragraphes qui suivent, nous exposerons deux tableaux comparatifs : l'un montrant les points communs et différences vis-à-vis des tutelles. L'autre, témoigne de l'organisation pédagogique et des contenus des programmes. Le dernier tableau appellera à quelques commentaires sur les contenus des programmes comme base de la transmission professionnelle. Nous pourrons noter ainsi les différences de philosophie entre les trois professions, voire de stratégies pour la construction de l'identité professionnelle de leurs étudiants.

2.2.2 Tableaux des points communs et différences dans le fonctionnement des I.F.I

- *Vis-à-vis des tutelles : Légende : Rouge : points communs aux 3 I.F.I*

	I.F.P.P	I.F.E	I.F.M.K
Tutelles :			
D.A.S.S	Présente au conseil Pédagogique	Présente au conseil pédagogique	Présente au conseil pédagogique
D.R.A.S.S	Organisation du concours et du D.E Participe au D.E et jury plénier	Organisation du concours et D.E Agrément des terrains de stage. Participe au jury plénier du D.E	Organisation du concours et D.E. Agrément des terrains de stage. Participe au jury plénier du D.E
Région	Nomme le Directeur Donne agrément du nombre d'étudiants. Bourses étudiants	Nomme le Directeur Donne agrément du nombre d'étudiants Verse des subventions état. Bourses étudiants Remboursement frais de stage	Nomme le Directeur Porte avis sur quota d'étudiants Bourses étudiants Remboursement frais de stage
Programmes Officiels d'enseignement et Organisation pédagogique	Propres à L'I.F.P.P Mutualisation dans l'organisation des concours. Mutualisation de certains cours	Propres à l'I.F.E Idem	Propres à l'I.F.M.K Idem

- *Vis-à-vis de l'organisation pédagogique et des programmes d'enseignement*

	I.F.P.P	I.F.E	I.F.M.K
<p>Concours : Le programme des épreuves est celui de première scientifique et de terminale scientifique en vigueur.</p>	<p>1 épreuve : Biologie (2h00) Note sur 40 points</p>	<p>3 épreuves : tests psychotechniques (1h00) Note sur 20 points. Biologie et Physique (1h00) Note sur 20 points. Français (1h00) Note sur 20 points</p>	<p>3 épreuves : Biologie (1h00) Note sur 20 points. Physique (1h00) Note sur 20 points. Chimie (0h30) Note sur 10 points.</p>
<p>Programmes de formation : Arrêté du 2/10/91 et arrêtés du 24/02/95 et 30/05/97 pour les Pédicures podologues. Arrêtés du 24/09/90 modifié par les arrêtés du 21/07/94 et 25/02/04 pour les ergothérapeutes. Arrêtés du 5/09/89 modifié par l'arrêté du 30/08/93 pour les masseurs kinésithérapeutes</p>	<p>Organisation par année. <u>1^{ère} année :</u> Méthodologie Notions de pathologie médicale Hygiène Anatomie Biologie et physique Pathologie pédicurale Troubles statiques Technologie Pharmacologie Biomécanique et cinésiologie Santé publique Communication Stages hospitalier, extrahospitalier et école : 70H <u>2^{ème} année :</u> Anatomie Biomécanique Rhumatologie Pathologie vasculaire Malformation du pied Lésions traumatiques Dermatologie Rééducation du pied Technologie Cinétique du geste sportif. Stages intra et extrahospitaliers 120H T.P soins pédicuraux /examen clinique/semelles/ orthopédie et appareillage <u>3^{ème} année :</u> Pathologies Notions chirurgicales Gérontologie Pédopédiatrie</p>	<p>Organisation par cycles. 2 cycles <u>1^{er} cycle :</u> 6 modules <u>Module 1 :</u> Méthodologie générale <u>Module 2 :</u> Formation à la relation <u>Module 3 :</u> Anatomie, cinésiologie, biomécanique <u>Module 4 :</u> Physiologie <u>Module 5 :</u> Technologie1 <u>Module 6 :</u> Méthodologie professionnelle. <u>Stage :</u> 120h <u>2^{ème} cycle :</u> 9 modules. <u>2^{ème} et 3^{ème} année.</u> <u>Module 7 :</u> Technologie2 <u>Module 8 :</u> Psychologie, Sociologie, Pédagogie <u>Module 9 :</u> Affections neurologiques <u>Module 10 :</u> Psychiatrie <u>Module 11 :</u> Pathologies ostéo articulaires et musculaires. <u>Module 12 :</u> Appareillage <u>Module 13 :</u> Pathologies diverses <u>Module 14 :</u> Gérontologie, gériatrie <u>Module 15 :</u> Législation, déontologie. <u>Stages :</u> 1400h répartis en 5 stages devant être effectués dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle et de la psychiatrie auprès d'enfants, d'adultes et personnes âgées.</p>	<p>Organisation par cycles. 2 cycles. <u>1^{er} cycle :</u> 4 modules <u>Module 1 :</u> anatomie, morphologie, cinésiologie, biomécanique de l'appareil locomoteur <u>Module 2 :</u> Physiologie humaine <u>Module 3 :</u> Pathologie, Psycho-Sociologie <u>Module 4 :</u> Masso-kinésithérapie. Activités physiques et sportives. <u>Stage :</u> 70h dont 10h Libéral. <u>2^{ème} cycle :</u> 12 modules. 2^{ème} et 3^{ème} année <u>Module 1 :</u> Masso-kinésithérapie. Technologie <u>Module 2 :</u> Psychologie, sociologie. Réadaptation. <u>Module 3 :</u> Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie. <u>Module 4 :</u> Rééducation et réadaptation en neurologie <u>Module 5 :</u> Rééducation et réadaptation en rhumatologie. <u>Module 6 :</u> Rééducation et réadaptation cardiovasculaire. <u>Module 7 :</u> Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoire <u>Module 8 :</u> Kinésithérapie en médecine, gériatrie et chirurgie. <u>Module 9 :</u> Pathologie infantile et rééducation <u>Module 10 :</u> Prévention, promotion de la santé, ergonomie <u>Module 11 :</u> Kinésithérapie et sports</p>

	Technologie chaussures Physiologie appliquée au pied Droit Gestion professionnelle et informatique Nouvelles technologies Séminaires, conférences, visites Stage clinique de consultation école 290H		<u>Module 12:</u> Législation, déontologie, gestion. <u>Stages :</u> 1400h répartis en 6 stages à temps complet en milieu hospitalier, centre de rééducation, pôles sportifs de haut niveau et cabinets libéraux.
Diplôme d'Etat <i>Présentation si l'étudiant a validé l'ensemble du cursus, modules et stages.</i> <i>Le candidat est reçu quand il valide à la moyenne les épreuves. Le cas échéant il peut se représenter à une ou l'ensemble des épreuves sur la session de septembre</i>	3 épreuves : 1 épreuve de mise en situation comprenant un examen clinique et la conception et réalisation d'un appareillage plantaire (2h30) 1 épreuve de mise en situation de soins pédicursaux (1h45) 1 épreuve d'oral (30mn)	2 épreuves : La soutenance d'un mémoire écrit de 40 pages minimum (40mn) Une mise en situation professionnelle auprès d'un patient inconnu (40mn)	1 épreuve : La soutenance d'un travail écrit noté sur 60 et moyenne des notes obtenues sur les 12 modules du 2 ^{ème} cycle sur 60.

- *Commentaires*

Sans entrer finement dans les détails nous pouvons noter les principales différences dans les contenus et l'organisation des études.

- a) La première remarque concerne le mode de sélection des étudiants. Le nombre et la durée des épreuves sont différents d'une formation à l'autre. La pédicurie podologie et la masso-kinésithérapie choisissent essentiellement des épreuves scientifiques (biologie, physique, chimie) quand l'ergothérapie opte pour des tests psychotechniques et une contraction de texte. Le profil des étudiants sera légèrement différent. Il est à mettre en relation avec les choix de professionnels souhaités sur le terrain, plus polyvalents pour l'ergothérapie.
- b) La deuxième remarque porte sur la similitude de l'organisation des études entre l'ergothérapie et la kinésithérapie. L'organisation des études en deux cycles, la

durée des stages et le mode d'alternance montrent des possibilités de transversalité dans certains enseignements. Dans les contenus, seuls les enseignements anatomie, biomécanique, cinésiologie et quelques éléments de physiologie pourraient être mutualisés pour les trois I.F.I. On remarquera dans les contenus, la prévalence dès la première année de certains enseignements selon la filière : l'accent est mis sur les matières scientifiques et médicales pour les pédicures podologues, sur la méthodologie pour les ergothérapeutes. Grossièrement la première année assoit les fondamentaux axés sur l'étude de « l'homme sain », la deuxième et troisième année étant consacrées à l'étude des pathologies. L'enseignement des sciences humaines est plus important en ergothérapie que dans les autres filières. Il est absent en pédicurie podologie. Cela peut s'expliquer par la nature des formes d'handicaps rencontrés et l'étendue des champs d'intervention. En 2^{ème} et 3^{ème} année ou 2^{ème} cycle, la classification des pathologies sera différente selon les formations : regroupées dans des « sous familles » pour les ergothérapeutes, elles sont vues plus analytiquement pour les kinésithérapeutes. *(Pour exemple, le module « pathologies ostéo-articulaires et musculaires » pour les ergothérapeutes regroupent aussi bien la rhumatologie que la traumatologie, alors que ce sont des modules distincts pour les masseurs-kinésithérapeutes).* L'enseignement de l'anatomie, biomécanique demeure transversal en pédicurie podologie aux trois années alors qu'il est considéré comme acquis en 1^{er} cycle de masso-kinésithérapie et ergothérapie. On notera la présence d'un module entier sur la « prévention et promotion de santé » pour la masso-kinésithérapie. D'autres différences sont à noter notamment liées à l'exercice libéral des deux professions pédicures podologues et masseurs-kinésithérapeutes par la présence de stages en libéral et la participation à des séminaires, visites et conférences ou des cours de gestion.

- c) La troisième et dernière remarque concerne le Diplôme d'Etat, sous tutelle de la D.R.A.S.S. Les épreuves sont certes très différentes, le temps imparti également. Si la D.R.A.S.S est présente lors des épreuves pour les pédicures podologues, elle n'est présente qu'au jury plénier pour les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Au niveau des épreuves nous noterons l'absence de travaux écrits pour les pédicures podologues contrairement aux autres professions avec présence d'un mémoire pour les ergothérapeutes. Par contre, les mises en situation professionnelle et pratique sont nombreuses pour les pédicures podologues, alors que celles -ci sont

complètement absentes en masso-kinésithérapie. Cette épreuve a été supprimée deux ans auparavant, suite à une longue grève des masseurs-kinésithérapeutes salariés qui refusaient l'encadrement des étudiants en stage et les mises en situation professionnelles du D.E. Nous remarquerons aussi que pour ces deux professions, le contrôle continu est pris en compte alors que pour les ergothérapeutes, non, hormis lors du jury plénier quand un étudiant obtient une note insuffisante et près de la moyenne. La note, à la lecture du dossier scolaire peut être relevée sur décision du jury.

L'ensemble de ces éléments donnent une teinte particulière à chacune de ces formations, centré sur le soin et sa gestion en pédicurie podologie, centré sur la rééducation analytique et la prévention en masso-kinésithérapie, centré sur la démarche professionnelle et la réadaptation en ergothérapie, si on considère les contenus des programmes et les définitions données. La formation va imprimer une façon de voir, des manières d'agir et participera largement de ce qu'on appelle l'identité professionnelle.

Entretien Carole, étudiante de 3^{ème} année en pédicurie podologie. Cf. Annexe 3.

Synthèse entretiens étudiants :

On fait tous du paramédical, et en même temps, c'est tellement différent avec...

C'est quoi que tu vois comme différences ?

Moi, je vois au niveau de l'hôpital, je vois que nous, on n'est pas hospitalier du tout. Donc pour mettre quelque chose en place avec l'hôpital, ça va être beaucoup plus compliqué qu'avec les kinés, et après, c'est vrai que les ergos sont quasiment que dans le cadre hospitalier, ce sont des services où on n'intervient pas souvent, je pense. C'est vrai que je ne connais pas, je ne connais pas du tout. J'ai l'impression que ce n'est pas... j'ai l'impression que c'est un peu les kinés très complets sur tout ce qui est... enfin en anatomie, ils sont bien plus complets que nous, et les ergos, enfin je parlais avec des ergos, ils ont vu tout le membre supérieur et nous on ne parlait que du membre inférieur, ça faisait un peu... enfin ce n'est pas ça, mais du coup, eux ça a l'air plus général et nous, je trouve que c'est plus spécifique et on traite certaines pathologies et certains types de patients, c'est moins... je trouve que la population est moins vaste, en fait. Les patients chez un kiné, je pense qu'ils peuvent avoir de 5 à 75 ans. Nous il y a beaucoup plus de 75 ans quand même. Et puis les ergos, moi la représentation que j'en ai, c'est avec des personnes qui ont soit un accident, soit avec des choses plus handicapantes...

Après avoir exposé l'organisation et le fonctionnement pédagogique des trois instituts, leurs différences, nous nous attacherons à cerner comment la formation initiale participe à la construction de l'identité professionnelle. Cela nous amènera à considérer un autre acteur concerné par cette réforme : l'étudiant.

Les auteurs déjà cités C.Dubar et F.Osty nous aideront dans cette tâche. Nous ne retiendrons que quelques éléments de ces notions très vastes, pour les articuler à la

compréhension de la question posée en début de chapitre : *la réforme universitaire renforce-t-elle les identités professionnelles ou les dilue-t-elle ?*

2.2.3 La formation initiale comme construction de l'identité professionnelle

2.2.3.1 La formation initiale

La formation dans notre contexte précis de formation professionnelle, se résume en partie comme « *ensemble de connaissances dans un métier, leur acquisition*¹¹³ ». Le terme « *initial* » accolé à ce mot vient nous dire que les étudiants accueillis sont novices au métier. Dans le recrutement effectué par le concours, au niveau de l'I.F.P.E.K, très peu d'étudiants pourtant, sortent directement du baccalauréat considéré comme la base d'une culture générale. Les enquêtes réalisées au niveau des instituts de formation de l'I.F.P.E.K sur demande de la D.R.A.S.S, montrent au contraire, un passage par une ou deux préparations au concours, une voire deux années de médecine, une voire deux années à l'Université. Les motivations à intégrer ces formations sont variées mais le choix de la formation paramédicale se justifie souvent par l'intégration d'une formation « courte » aboutissant à des emplois.

On peut noter cependant une différence entre les trois professions par le nombre de candidats à se présenter aux concours. Quand les professions de pédicure podologie et ergothérapie culminent entre six cents pour les pédicures podologues à huit cents candidats pour les ergothérapeutes, au concours de masso-kinésithérapie, se présentent depuis quelques années, quatre mille candidats. Cette différence peut s'expliquer par la représentation sociale de cette profession au niveau du public et du prestige dont elle jouit. En cherchant à définir grossièrement le profil moyen des étudiants accueillis à l'I.F.P.E.K, nous pouvons dire, en dehors des motivations : que ces étudiants possèdent donc déjà une expérience des études mais peu d'expériences professionnelles, hormis les « jobs » d'été. Ils sont âgés en moyenne de vingt ans et s'engagent dans un métier que l'on peut nommer génériquement « *un travail sur autrui* » François Dubet¹¹⁴ (2002), un travail autour de personnes blessées, meurtries, en état de fragilité, nécessitant des soins spécifiques.

La formation sera dispensée par une suite d'apprentissages organisés tout le long des trois ans comme nous l'avons décrite dans le chapitre précédent selon des différentes méthodes pédagogiques relevant principalement du « constructivisme », au sens Piagétien du terme, c'est-à-dire par accumulation d'expériences en constante

¹¹³ Le Robert de poche (2009)

¹¹⁴ Dubet, F. ; (2002), *le déclin de l'institution*, Paris, Editions du Seuil. Le travail sur autrui est défini par cet auteur comme « *l'ensemble d'activités professionnelles, participant à la socialisation des individus* ».

dialectique avec les apprentissages du terrain. La question sera : qu'est-ce que l'universitarisation changera en termes d'identité professionnelle pour les étudiants de l'I.F.P.E.K ?

2.2.3.2 L'identité professionnelle

- *Une définition psychosociale de l'identité*

Alex Mucchielli¹¹⁵, dans une posture épistémologique articulée au paradigme de la complexité (Edgar Morin), définit l'identité comme « *un construit bio-psychologique et communicationnel -culturel* ». Dans la perspective psychosociologique qui est la sienne, l'identité « *devient un ensemble de critères de définition d'un sujet et un sentiment interne lui-même composé de différents sentiments : d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance* ». Ceux-ci sont organisés autour d'une volonté d'existence. Plusieurs référents identitaires psychosociologiques sont repérés : matériels et physiques, historiques, psychoculturels et psychosociaux avec la nécessité d'un processus de subjectivation pour intégrer le sentiment de soi.

Au regard de notre sujet, nous soulignerons ce qu'il nomme « le noyau identitaire culturel » et « le noyau identitaire groupal » comme étant les leviers de la formation initiale représentés dans l'espace de formation par, la transmission des usages métier et l'intégration à un groupe de pairs, à une promotion qui épouse le même choix professionnel.

Au sens anthropologique du terme, une culture comprend les croyances, les normes, les valeurs et représentations communes mais aussi les mœurs, les objets du quotidien et les expressions artistiques. Dans une démarche structuraliste, cette culture est intériorisée. Elle s'exprime par des stéréotypes culturels qui représentent la structure de perception et d'interprétation du monde, produits des représentations partagées par les membres du groupe. Le groupe en tant qu'unité collective ayant une œuvre commune à accomplir, dans l'abord de son système culturel, se charge d'une « mentalité », dont les acquis communs servent de références permanentes et génèrent des attitudes, des manières d'être concernant les éléments de l'environnement. La confrontation avec le métier par le terrain de stage permet d'intégrer tous ces éléments culturels par une identification aux professionnels.

¹¹⁵ Mucchielli ; A. ; (1986), *l'identité*, Paris, P.U.F, Que sais-je ?

- *Une définition sociale de l'identité*

Pour Claude Dubar ¹¹⁶ « *l'identité est un construit humain, produit de socialisations successives* ». La socialisation est vue comme :

- L'acquisition d'un code symbolique résultant de transactions entre l'individu et la société dans la tension de deux processus différents : l'assimilation et l'accommodation.
- En tant que processus interactif et multidimensionnel, la socialisation prend la figure de compromis entre besoins, désirs de l'individu et valeurs des différents groupes avec lesquels il rentre en relation.
- La socialisation n'est pas seulement ni d'abord la transmission de valeurs, de normes et de règles mais un développement de certaines représentations du monde.
- La socialisation n'est pas que le résultat d'apprentissages formalisés mais le produit constamment restructuré par les influences présentes et passées des multiples agents de socialisation.
- La socialisation est une construction lente et graduelle d'un code symbolique.
- La socialisation est enfin un processus d'identification c'est-à-dire d'appartenance et de relations. « *Se socialiser c'est assumer son appartenance à des groupes* ».

L'identité, vue comme produit de socialisations devient dès lors : « *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel des divers processus de socialisation, qui conjointement construisent les individus et définissent les institutions* ». Dans cette perspective, C. Dubar définit l'identité sociale comme l'articulation entre deux transactions, celle interne à l'individu et celle externe entre individu et institution, avec lesquelles il rentre en interrelation. Cela amène à une dualité où identité pour soi et pour autrui sont liées de façon inséparable et problématique pour le sujet. Ainsi, « *L'identité n'est jamais donnée, elle est toujours construite et à (re) construire dans une incertitude plus ou moins grande et plus ou moins durable* ¹¹⁷ ». Chacun est défini par autrui, mais il peut se définir autrement. Par le jeu des mécanismes d'identification, C. Dubar nommera actes « d'attribution », l'identité pour autrui et actes « d'appartenance », l'identité pour soi. Les deux identités sont extrêmement intriquées et en dynamique.

¹¹⁶ Dubar ; C. ; (2004), *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Editions Armand Colin ; 3ème édition.

¹¹⁷ Idem, p108.

Il nommera « processus identitaire biographique », le processus où, entre autres, seront intégrées les expériences de formation (*école, formation professionnelle, initiale*) considérées comme facteurs de l'identité sociale qu'elle soit conférée, héritée ou construite. C'est sur cette base que naîtra l'identité professionnelle, pouvant donner lieu à toutes sortes de trajectoires. Le processus identitaire relationnel correspond au processus où celle-ci entre en confrontation avec le jeu d'autres acteurs, dans l'espace du travail. Ce processus identitaire relationnel a été mis en évidence par R. Sainseaulieu, lors de son étude sur les relations quotidiennes au travail (1977). D'après cet auteur, l'identité est moins un processus biographique de construction de soi, qu'un processus relationnel « d'investissement de soi ». De ce processus relationnel entre logiques d'acteurs au travail et normes relationnelles au sein de l'entreprise, il établira une typologie (*identité du retrait / fusionnelle/ négociatoire / affinitaire*) montrant les différentes formes d'identité au travail.

L'ensemble de ces éléments théoriques, nous montre que l'identité professionnelle est située dans l'articulation de ces deux identités : biographique avec intégration de la culture professionnelle, groupe d'appartenance ; relationnelle avec intégration de l'identité pour autrui dans des espaces de légitimation de ses savoirs et compétences.

Ces processus identitaires à l'œuvre dans la formation professionnelle initiale restent cependant difficilement identifiables, occultés par un rôle d'étudiant venant masquer le professionnel en devenir. En première partie cependant, nous avons repéré que le processus universitaire privilégiait l'acquisition des compétences sur le terrain, nous pouvons supposer que le processus identitaire relationnel prendra plus d'importance que le processus biographique.

Plus pertinente pour notre démonstration, sera le modèle de « *fabrication du médecin* » décrit par Hughes. Il montre les mécanismes de socialisation professionnelle basée sur deux éléments principaux : « *l'initiation* » comme facteur de culture professionnelle et « *la conversion* », comme levier à cette identité professionnelle.

Ce modèle peut-être mis en parallèle avec ce qui se passe lors la formation initiale.

L'auteur décrit trois mécanismes spécifiques : le premier appelé « *passage à travers le miroir* », rend compte de « *l'immersion dans la culture professionnelle* », que vit chaque étudiant en formation, lors de son premier stage par exemple. Le second

mécanisme nommé par C.Dubar « *installation dans la dualité* » consiste en une « *identification au rôle* » pour se confronter à des tâches réelles, quotidiennes, obligeant à l'abandon de certaines représentations idéalisées du métier notamment ce qui en fait, sa dignité. Ce passage considéré comme étape essentielle peut provoquer un désenchantement ou au contraire une excitation selon le moment où elle intervient (ni trop tôt, ni trop tard).

L'ingénierie pédagogique essayera d'anticiper voire de réduire les écarts de cette étape par son organisation (modes d'alternance cours-stages) et par l'établissement d'espaces de régulation (analyse des pratiques).

De cette identification au rôle naîtront, la conception du rôle, une projection de l'image de soi et l'anticipation des carrières. Hughes insiste sur la résolution de cette « conversion », comme étant « *l'ajustement de la conception de soi* », où le sujet prend toute la dimension de ses capacités, de ses goûts avec la possibilité d'escompter une carrière. Il portera le concept de « *career* » comme pouvant être source d'un accroissement régulier, « *d'argent, d'autorité, de pouvoir* ». Cette carrière se forge non pas à partir de son groupe d'appartenance, mais par identification à un groupe de référence. La carrière devient alors synonyme de « *parcours d'une personne au cours de son cycle de vie* ». Dans cette pensée, la tâche des groupes professionnels est « *de pouvoir repérer et comprendre les manières de construire les filières emploi pour permettre le développement de carrière des individus* ».

Dans le même esprit, Fred Davis montrera suite à une enquête menée auprès des promotions d'étudiantes infirmières, le processus de professionnalisation, en décrivant six étapes :

- 1) « *l'innocence initiale* » correspondant aux stéréotypes professionnels ;
- 1) « *la conscience d'incongruité* » correspondant à la prise de conscience que la profession ne correspondait pas exactement à ses désirs ;
- 2) « *le déclic* » correspondant à l'intuition de se conformer aux attentes ;
- 3) « *la simulation du rôle* » correspondant à l'acceptation du décalage entre rôle et déclic ;
- 4) « *l'intériorisation anticipée* » correspondant à « *l'acceptation de la dualité entre le moi profane et le moi professionnel contre l'opportunité d'une carrière plus ou moins assurée* » ;
- 5) « *l'intériorisation stable* » correspondant à « *l'incorporation du rôle professionnel avec refoulement du « moi profane » avec une nouvelle vision professionnelle du monde* ».

Ces études montrent le processus de professionnalisation qui s'établit en formation professionnelle initiale. L'universitarisation des professions paramédicales devient un véritable enjeu au regard du concept de « career » développé par Hughes, si l'ensemble des cycles L.M.D est mis en place.

- Florence Osty reprend l'essentiel des théories fonctionnalistes et interactionnistes décrites par C.Dubar. Le concept d'identité est vu comme « dynamique entre deux processus : le premier d'identification ou d'assimilation des caractéristiques du groupe d'appartenance et le deuxième comme processus de différenciation de l'individu pour accéder à l'autonomie ». Elle pointera le fait que la formation initiale est la première étape dans la socialisation des individus pour transmettre des savoirs, les normes comportementales et les valeurs métier mais que cela ne peut suffire. Pour la transmission du métier, il faut des situations de travail et des modes de transmission exigeant le face à face en situation de travail. Faisant référence à Zarca, elle soulignera que cela passe par l'imitation du geste, l'incorporation des mots techniques dans la relation maître/apprenti, support de l'identification. C'est dans ce rapport asymétrique que s'intégrera la culture métier cristallisant savoirs opératoires mais aussi croyances, schèmes mentaux.

Mais actuellement, le métier comme support d'identification, n'est plus suffisant dans le cadre du travail, l'entreprise constitue également un espace de socialisation qui va rentrer en concurrence avec celui-ci. L'identité professionnelle alors se nourrit de ces deux espaces d'identification : le métier, l'entreprise. Selon les personnes, l'identification peut-être plus importante au métier, moins à l'entreprise ou vice et versa, voire les deux donnant un sens différent de son mode d'intégration au travail. N'est-ce pas ce qui est privilégié avec l'universitarisation des professions paramédicales ?

Une interrogation est portée sur les nouvelles formes de professionnalité dans le monde actuel de travail, dans un contexte d'innovation perpétuelle, créant de l'incertitude. Les compétences développées par le professionnel et exigées dans le travail nécessitent de l'inventivité et de l'autonomie pour faire face aux situations inédites ayant des incidences sur l'identité professionnelle, voire sur l'identité en son entier. D'après F.Osty, se référant à N.Alter, ces nouveaux professionnels doivent outre gérer les incertitudes et s'auto-définir dans leurs tâches mais aussi construire un réseau mobilisant des ressources stratégiques. Dans ce contexte, la reconnaissance reste fragile et la légitimité ne repose que sur l'efficacité et l'optimisation du réseau de ressources, si cette identité professionnelle n'est pas référée à un corps de métier.

Dans le même ordre d'idée, C.Dubar, dans son livre « La crise des identités, l'interprétation d'une mutation »¹¹⁸, s'interrogera sur le devenir de l'identité professionnelle suite aux différentes mutations opérées dans le monde du travail depuis les années 1960. Pour lui, les trois grands changements qui impactent cette identité, sont : « le travail conçu comme résolution de problèmes, le travail comme mise en œuvre des compétences et le travail comme relation de services ». Ces trois éléments présents dans le contexte actuel de travail amènent à la disparition progressive de la forme d'identité métier, qui est le type même d'une identité communautaire exigeant une certaine stabilité des règles, une intériorisation des normes et une référence au collectif. Dans un contexte de changement permanent, le métier devient une activité incertaine entraînant « une crise identitaire ». « *Si le travail va dans le sens de la responsabilité individuelle, de la valorisation de la compétence personnelle et l'employabilité de chacun comme seule forme identitaire désirable dans l'avenir, alors nous sommes rentrés dans une crise identitaire permanente* ». « *Que deviendra alors son identité professionnelle, partie plus ou moins centrale de son identité personnelle ?*¹¹⁹ ». A cette question, il appose comme hypothèses pour faire face aux mutations actuelles du travail, qu'il faille au niveau de l'identité personnelle, « défendre une position réflexive » pour permettre une distanciation avec le rôle, défendre « une position narrative » pour se projeter ou constituer son projet, défendre « la position du sujet apprenant » en engrangeant des apprentissages expérientiels.

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons constaté qu'avec la réforme de l'universitarisation, la formation devait de se diriger vers une professionnalisation de ses étudiants et vers l'acquisition des compétences pour ceux-ci. Nous avons aussi remarqué le changement de logique dans la formation avec une prédominance du terrain pour l'acquisition des compétences ; la prise en compte des parcours individuels des étudiants : avec de la part des formateurs, une posture pédagogique incitant à la réflexivité.

La formation initiale doit alors faire émerger le projet professionnel de chaque étudiant, produit de sa socialisation dans le métier et de sa professionnalisation au contact du travail. L'universitarisation au regard du courant interactionniste, offre bien le développement de la carrière dans la filière professionnelle, mais que

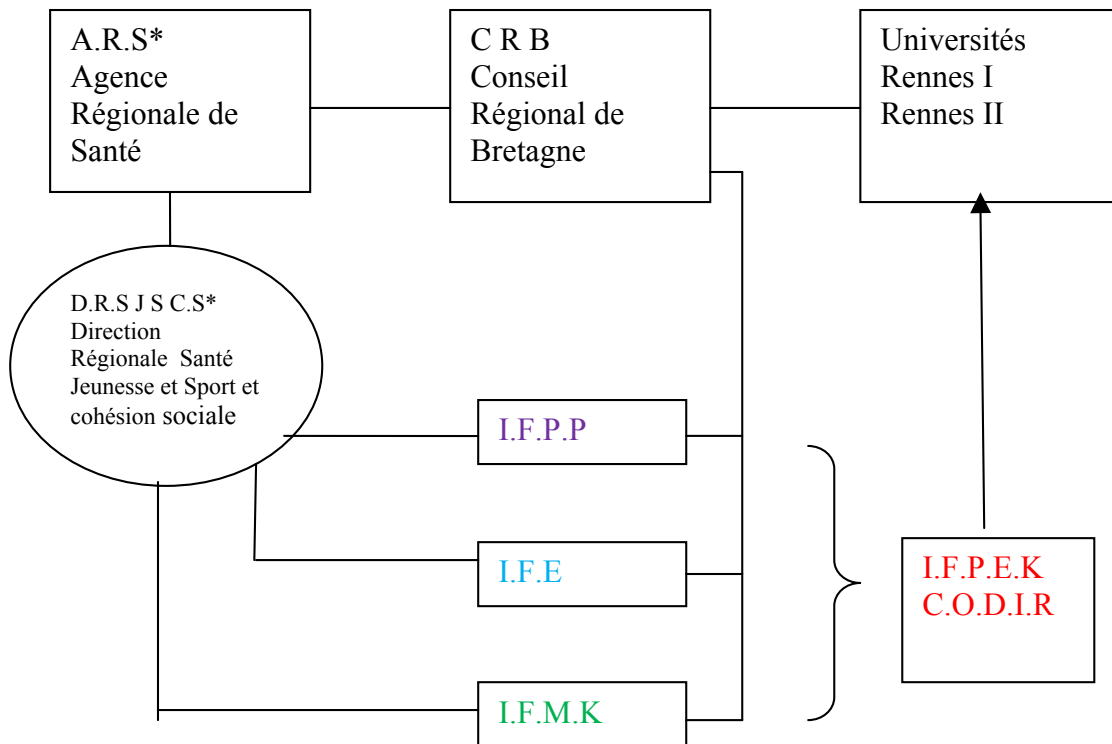
¹¹⁸ Dubar, C., (2000), *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Paris, P.U.F, Coll. Le lien social.

¹¹⁹ Idem, p.128

devient la filière propre à la transmission professionnelle et au management développées actuellement dans la formation cadre de santé pour tous ces professionnels ? L'identité professionnelle sera marquée par des tournants (turning point) donnant lieu à des différents parcours pouvant être diversifiés, l'identité métier étant régulièrement questionnée face à son rôle, compte tenu des mutations du travail.

Le prochain paragraphe sera présenté sous forme de tableau. Il situera les instituts de formation présents à l'I.F.P.E.K dans le processus.

2.2.4 Situation des I.F.I dans le processus d'universitarisation



Légende : liens fonctionnels : _____

Démarche : —————>

* L'astérisque vient montrer la nouvelle appellation de la D.R.A.S.S et sa dépendance de l'A.R.S dans les nouvelles réformes de l'Etat (Réforme Générale des Politiques Publiques R.G.P.P (1^{er} janvier 2010) dont nous avons été informés au niveau des I.F.I qu'en mars 2010. L'A.R.S sera effective en avril 2010. Le premier tableau p 28 dans la première partie du mémoire ne tient pas compte de cette réforme.

Pour terminer cette seconde partie, nous nous intéresserons au projet institutionnel dans ce contexte mouvant, pour l'universitarisation des trois instituts de formation de l'I.F.P.E.K. Nous nous pencherons préalablement sur les enjeux de l'universitarisation et la problématique à laquelle l'association doit faire face pour penser un projet commun d'universitarisation. Puis nous décrivons la mise en place de la commission « universitarisation » à partir des comptes rendus que nous avons pu faire et d'une posture d'observation participante, engageant le débat sur la notion de projet à l'aide de Jean Pierre Boutinet. Nous évoquerons notre participation et les questionnements qui se sont imposés à nous.

2.3. Le projet institutionnel

2.3.1 Les enjeux de l'universitarisation pour les différents acteurs I.F.P.E.K

Acteurs	Enjeux
Etudiants	<ul style="list-style-type: none"> - Titre universitaire reconnu au niveau européen et transférable - Accès à la poursuite d'études, recherche. Développement de carrière. - Possibilité de transférer et négocier les acquis dans d'autres filières - Mobilité
Professionnels partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance des fonctions voire des diplômes - Accès à la poursuite d'études et qualification, recherche - Travail en partenariat élargi
Entreprise I.F.P.E.K Formateurs I.F.P.E.K	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de référence de formation professionnelle - Ouverture vers d'autres dispositifs de formation. Partenariat élargi. - Développement de la qualification/recherche - Redistribution financière des coûts de scolarité ? - Reconnaissance des diplômes et fonctions. Accès à la recherche. Mobilité. Partenariat

2.3.2 Problématique institutionnelle face à « l'universitarisation »

Problématique institutionnelle

Ce projet d'universitarisation des trois instituts de formation initiale n'est pas nouveau. Déjà en 2001, il était inscrit dans les objectifs associatifs. La position de l'ancienne Directrice I.F.P.E.K, la présence d'universitaires comme membres du C.A, laissaient présager un ancrage relativement aisé vers l'universitarisation. Le départ de celle-ci et le renouvellement des membres du C.A, réactualisent le projet d'autant que les directives ministérielles vis-à-vis des I.F.I, les obligent effectivement à trouver conventionnements et partenariats avec les Universités d'ici 2010, pour être en conformité avec les textes européens. Aucune directive, aucun interlocuteur déclaré ne vient faire la jonction pour ce passage, hormis le Conseil Régional, actuellement préoccupé par les réformes des politiques publiques et territoriales et déjà médiateur dans l'universitarisation des instituts de soins infirmiers de la région. L'I.F.P.E.K ayant inscrit cet objectif dans son projet d'établissement, cherche à se faire connaître, reconnaître et négocier.

Nous avons en première partie de ce mémoire, souligné les divergences entre les professions concernant la stratégie d'universitarisation. Nous avons aussi mesuré en début de cette seconde partie, les différences culturelles entre métiers et les différences de fonctionnement des instituts de formation présents à l'I.F.P.E.K, les cloisonnant.

Quel projet d'universitarisation pour l'entreprise I.F.P.E.K regroupant trois formations initiales apparentées à des métiers et professions différentes ?

C'est à cette problématique que l'entreprise doit faire face pour les trois filières de formation initiale qui culturellement, possèdent des logiques et intérêts professionnels différents, malgré des liens de parenté évidents et reconnus.

La stratégie de l'association est d'avancer sur un front commun pour les trois formations initiales en tenant compte de l'aval de ces professions. Des réunions de travail autour de ce thème sont organisées par le Comité de Direction, dans un management participatif¹²⁰ pour réfléchir à la mise en place, dans le contexte local. Dans l'intérêt de tous (institution, étudiants, formateurs, professionnels), le choix

¹²⁰ Management participatif : « Apparue aux Etats Unis, dans les années 1980(...), ce type de management est basé sur la participation du personnel : on fait appel à l'initiative, à l'autonomie, à la responsabilité et à l'esprit d'équipe ». Dortier, J.F., (2008), *Dictionnaire des sciences humaines*, Auxerre, La Petite Bibliothèque des Sciences Humaines.

politique de l'association est d'anticiper cette mesure en s'appropriant des modalités structurelles, pensées dans le cadre des accords de Bologne (semestrialisation, L.M.D, ECTS) et des modalités pédagogiques, afin d'éviter une dérive programmatique imposée et catégorielle, non articulée aux compétences collectives de l'institution.

Aussi pour répondre à cette problématique, l'association a-t-elle mis en place, dans sa toute nouvelle organisation, une commission sur l'universitarisation, invitant un formateur de chaque institut à y participer. Nous présenterons cette commission, faisant l'objet de notre attention, comme un des éléments du projet politique de l'établissement.

Compte tenu du cadre non stabilisé de l'universitarisation de ces professions, de sa mobilité politique actuelle et du temps que nécessite ce processus pour une appropriation directe de tous les acteurs, compte tenu également de la toute nouvelle organisation I.F.P.E.K, nous pouvons supposer que ce qui se joue nationalement en termes de dynamiques professionnelles, se rejoue dans le contexte local d'entreprise et peut constituer un obstacle à la mise en œuvre d'un projet collectif. Nous pouvons émettre une deuxième hypothèse : les enjeux différents dans le projet universitarisation selon la filière métier.

2.3.3 La commission universitarisation

C'est avec un recul de six mois que nous relatons ce qui s'est passé à partir de notes prises et de comptes rendus. Ces données (Cf. Annexe 6 : compte rendu des réunions universitarisation) renseignent sur la démarche suivie par le groupe, le temps de cette commission, actuellement terminée. Le processus de la mise en œuvre de l'universitarisation continue d'évoluer, le C.O.D.I.R mène seul les démarches en concertation avec le C.A. Aussi, nous vous livrerons notre lecture toute empirique quelle soit, de cette démarche, à partir d'une position « d'apprenti chercheur » impliqué. Cela nous obligera en fin de chapitre à faire un détour sur notre participation et présenter les questionnements qui se sont posés à nous, préalables à la suite de notre recherche.

Composée des trois Directeurs de chaque I.F.I, du Directeur Pôle Recherche et Développement qui pilote les réunions, et d'un représentant formateur¹²¹ par institut (pédicurie-podologie, ergothérapie, masso-kinésithérapie), cette commission s'est

¹²¹ C'est en tant que représentant désigné pour I.F.E, que nous participons à cette commission.

réunie quatre fois durant l'année scolaire 2009 : janvier 2009, mars 2009, juin 2009, et septembre 2009, dernière réunion de cette commission.

Ces réunions ont lieu en fin de journée, pendant deux heures, dans la salle de réunion du Conseil d'Administration. Elles sont un lieu d'échanges entre ces différents membres pour décider des orientations à prendre et des actions à mener.

- Le temps des interrogations

Quelle stratégie mener au niveau interprofessionnel ? Tel a été le thème de la première réunion. Est-il préférable de commencer par

- Développer en aval un montage de Master en formation continue sur les champs communs aux trois professions : Rééducation-Réadaptation-Réhabilitation pour donner accès aux professionnels (anciens étudiants avec expérience professionnelle) d'accéder à une autre certification, si tenté qu'un partenariat soit possible avec plusieurs branches universitaires ? Ou de :
- Préparer en amont, les I.F.I au nouveau contexte en procédant par différentes étapes, à plusieurs niveaux : niveau politique, niveau organisationnel et institutionnel, niveau pédagogique ?

La première démarche choisie sera de consulter les conseillers scientifiques de chaque filière métier pour explorer les pistes possibles. Une réunion du CODIR avec les conseillers scientifiques, donne comme orientation l'idée d'abandonner la visée du master compliquée à mettre en place. Il s'agit plutôt de s'ancrer dans une licence transversale aux trois professions, avec une branche commune sur « la mécanique et le mouvement » et sur les sciences humaines et sociales qui aurait pour socle le handicap, champ commun aux trois métiers. Dans l'esprit, cela légitime à la fois les métiers et l'association. Il est réaffirmé aussi de ne pas « *sortir du champ de la santé* ». Une licence reconnue, bâtie en commun devrait ensuite s'ouvrir au master avec un tronc commun. Il est aussi discuté le grade licence / licence et D.E. Il est rappelé que la dimension d'universitarisation implique des enseignants chercheurs dans le cursus et dans les jurys d'examen.

- Le temps de l'exploration

La deuxième réunion est consacrée au relevé des données que les membres de la commission ont pu collecter.

Diverses démarches sont menées auprès d'instances universitaires et autres instituts de formations publics notamment ceux organisés sur le modèle de l'I.U.P (Institut

Universitaire Professionnalisé), pour saisir des données et mesurer les opportunités qui pourraient s'offrir à l'I.F.P.E.K. Ces démarches menées collectivement ou individuellement par les Directeurs, ravivent l'espoir pour une des catégories professionnelles (les masseurs kinésithérapeutes) d'intégrer le cursus de L1 Santé¹²², espérant un autre grade que celui de la licence, proposé par le Ministère. La position de ce groupe professionnel se justifie, pour bon nombre d'I.F.M.K, par le recrutement d'une année de médecine validée avant l'admission au centre de formation I.F.M.K. Référence est faite aux I.U.P de Lyon et Lille qui ont obtenu un niveau Master. Cette question n'est pas encore tranchée nationalement et la pression de ce groupe professionnel est encore vive.

Ce temps d'exploration en tant que temps d'actions et récolte d'informations met en exergue des différents points de vue des professionnels selon la filière métier.

- Le temps de la décision

La troisième réunion entérine le fait qu'il faille construire une licence et un master qui soient propres à l'I.F.P.E.K, pour devenir « un pôle d'excellence et de référence » dans le paysage breton. Il est d'ailleurs évoqué une licence rennaise, sur le handicap. Des contacts sont pris avec les différents acteurs du tissu local (E.H.E.S.P¹²³.notamment) pour collaborer à cette construction. L'idée de licence devient le compromis trouvé entre les trois I.F.I. Le choix du nom de cette licence sera évoqué comme préalable, marquant ainsi l'empreinte symbolique de l'institution, comme socle d'une culture commune. A la suite de cette réunion, nous nous engagerons dans un sondage auprès de l'ensemble du personnel formateur de l'I.F.P.E.K. (Cf. Annexe 7 : Résultats sondage)

- Le temps de préparation de la mise en œuvre

Les directives nationales se précisent. Un nouveau texte officiel datant du 5/05/09 vient modifier les agréments des instituts de formation paramédicale. En substance, un Directeur peut diriger plusieurs instituts de formation paramédicale sans être obligatoirement de la filière métier, comme les précédents textes le formulaient. Il

¹²² L1 est la licence santé réservée exclusivement pour le Ministère aux filières de médecine, sages femmes, dentaire et pharmacie. Cette licence est actuellement baptisée : première année commune aux études de Santé (plaquette Rennes I, mars 2010). Les professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapie, pédicurie, ergothérapie), actuellement ne font pas partie de cette licence commune aux études de santé, hormis quelques instituts de formation ayant bénéficié d'un accord à titre expérimental, antérieur à la réforme d'universitarisation, celui-ci étant entériné de fait.

¹²³ E.H.E.S.P est la nouvelle appellation de l'E.N.S.P : Ecole Hautes Etudes de Santé Publique.

indique également les titres que doivent posséder Directeurs et formateurs permanents. Auparavant le titre requis était le Diplôme Cadre de Santé maintenant celui-ci doit s'accompagner d'un titre équivalent homologué II, correspondant aux titres universitaires. Ce dernier texte n'est pas sans soulever quelques commentaires parmi les membres de la commission surtout vis-à-vis du métier : Comment est-il possible qu'un Directeur ne soit pas issu de la même filière métier que celui qu'il enseigne et développe ? Et quel véritable diplôme exiger des formateurs permanents, sachant que certains ont entamé des études universitaires, d'autres pas ? Telles sont les premières questions qui font appréhender l'approche de la réalité universitaire. Au niveau national, la plupart des référentiels formation sont prêts et attend la validation sauf celui des kinésithérapeutes, bloqué par l'ensemble de leurs organisations professionnelles et syndicats qui ne désolidarisent pas le contenu de la formation, du mode de recrutement et du grade souhaité (M1 voire M2). Un « bras de fer » s'est établi avec le Ministère, empêchant toute avancée sur le terrain. Ce conflit est partagé par les formateurs et Directeur de l'I.F.M.K présents à la commission, qui souhaitent que le groupe intègre cette exigence, rendant caduque la construction d'une licence commune. Parallèlement à ces préoccupations concrètes d'un début de mise en œuvre pour l'universitarisation des trois instituts de formation initiale, l'autre volet concernant la filière master, avance dans un partenariat avec l'E.H.E.S.P, A.E.S (Administration Economique et Sociale) de Rennes II, Les Hautes Ecoles libres de Lausanne et Bruxelles¹²⁴, Handicap International, sur un projet de Master 2 titré : « Santé publique, situation de handicap, participation sociale¹²⁵ », qui sera effectif rentrée 2010.

Cette dernière réunion 2009 marquant les premiers pas de l'I.F.P.E.K vers la mise en œuvre de l'universitarisation avec la réalité palpable des contraintes, montre la fragilité de la coopération interprofessionnelle, rappelant les divisions déjà observées au niveau national.

Parallèlement aux commissions, le CODIR entreprend des démarches pour positionner le projet d'universitarisation et obtenir un conventionnement avec une Université. Nous donnerons un aperçu des négociations avec l'Université Rennes 1 d'après les informations qui nous ont été transmises par la Déléguée Générale. Celles-ci sont incomplètes mais marquent un tournant dans la stratégie décidée lors des commissions.

¹²⁴ Ces hautes écoles font partie d'un groupe GIFFOC (Groupement International Francophone)

¹²⁵ Source : Bulletin d'informations I.F.P.E.K, n° 11.

- Les démarches du C.O.D.I.R

Des démarches sont effectuées auprès de l'U.F.R Médecine de Rennes 1 pour discuter du conventionnement et de la mise en œuvre avec un chargé de mission aux formations paramédicales. Le flux des entrants et sortants reste la question la plus discutée, les kinésithérapeutes envisageant le recrutement des étudiants de première année de médecine validée. Mais comment L'U.F.R de médecine devant intégrer pharmacie en sus des étudiants de dentaire et maïeutique peut-il intégrer tous ces flux, compte tenu déjà d'une estimation à plus de mille cinq cents étudiants sur la région Bretagne ? La mise en place de la première année commune aux études de santé devant être effective dès la rentrée 2010. Qui garantit que les flux ne vont pas grossir exagérément, si la kinésithérapie recrute avec une année de médecine validée ?

D'autres questions sont soulevées telles que la nécessité de la création d'une licence alors que le grade est déjà acquis. N'y aurait-il plus d'intérêt pour l'I.F.P.E.K à monter l'ensemble de la filière L.M.D en se projetant dans le futur et rechercher des conventionnements également avec d'autres Universités bretonnes déjà engagées dans ce processus ? Ce dernier questionnement conduira l'I.F.P.E.K à reconsidérer son projet Licence et à envisager éventuellement un autre projet.

2.3.4 Participation et questionnements

C'est au titre de représentant formateur de l'I.F.E que nous avons été conviée à participer à la commission universitarisation. Cette invitation fait suite à une proposition négociée avec la Directrice I.F.E également Déléguée Générale du Comité de Directeurs, de travailler, dans le cadre de ma formation SIFA (Stratégie et Ingénierie en Formation Adultes), sur « l'étude de l'articulation des systèmes nécessaires à l'universitarisation de trois instituts de formation initiale pour préparer à l'opérationnalisation ». Pour mener ce projet à bien, il était important pour nous, au départ, d'en saisir l'enjeu et sa portée dans cette toute nouvelle organisation institutionnelle. La participation à la commission a induit une posture double¹²⁶. En effet il s'agissait de combiner une attitude de représentant d'un groupe professionnel, avec

¹²⁶ Le terme posture est employé dans le sens que lui donne J. Ardoino dans « les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant », c'est-à-dire « *dans le sens de position. Il faut y entendre le système d'attitudes et de regards vis à vis des partenaires, des situations, des objets, dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales* » ; http://arianesud.com/index.php/layout/set/print/content/download/594/2351/file/ARDOINO_postures_et_impostures.1990.doc

une attitude de « chercheur indigène », dotée d'une observation participante¹²⁷. Cette posture a permis de faire émerger une première série de questions :

- Comment les acteurs de la commission se représentent-ils l'universitarisation ?
- Quelle mise en place imaginent-ils pour les trois instituts à l'I.F.P.E.K ?
- Quels sont d'après eux les apports de l'universitarisation ?

Ces questions s'inséraient dans la problématique institutionnelle.

Une des premières démarches que nous avons réalisée a été d'interroger les membres de cette commission sur leurs représentations de « l'universitarisation », quelle définition en donnaient-ils et comment cette mesure, d'après eux allait-elle impacter les instituts de formation, qu'en espéraient-ils ?

Au vu du déroulement des deux premières réunions, nous nous sommes interrogée sur les objectifs réels de la commission :

- Etait-ce un lieu de décision ?
- Un lieu uniquement de concertation/consultation ou de validation de certaines actions ?
- Quel rôle devions-nous jouer ?
- Quelle était notre légitimité dans les choix politiques de l'I.F.P.E.K, guidés par les valeurs de l'entreprise?¹²⁸

Les Directeurs présents effectuaient les démarches de prospection sur la mise en place de l'universitarisation, cherchant modèles et partenariats. Ne sachant pas alors quelle place occuper dans cette commission, nous nous interrogeons sur les réelles actions que nous pouvions mener pour servir le projet. Quelle contribution apporter en fonction de la place de représentant formateur et d'apprenti chercheur ?

Une fois, le choix politique de construction de la licence fait, nous avons pu formuler une nouvelle série de questions :

¹²⁷ Le rôle d'observateur : « présente l'intérêt de faire coïncider rôle social et projet d'action sur la situation ». Observation participante : « prendre un rôle déjà existant dans la situation étudiée en même temps qu'on observe », Arborio, A.M, Fournier, P., (1999), *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris, Nathan, p.27.

¹²⁸ « Les Directions établissent « des valeurs », qui seront celles de l'entreprise et sont supposées être partagées par tout le personnel. Elles sont invitées à s'engager dans une démarche de responsabilité sociale et environnementale ». Zarifian, P., (2009), *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, P.U.F, p 166.

- Comment se construit une licence commune ? Nous nous sommes alors entretenue avec la Directrice de l'I.F.E Paris XII Val de Marne engagée dans un projet similaire.
- Quelles sont les compétences transversales aux trois métiers à mettre en commun, pour le projet d'universitarisation des trois instituts de formation initiale, à l'I.F.P.E.K ?

La construction d'une licence, passe par une ingénierie de formation. Repérer dans les référentiels compétences élaborés au sein de chacune des professions, les points communs, les enseignements qui pourraient être sous-tendus, constitue une des premières marches pour un socle commun. Ceux-ci pourront être affinés en fonction de la parution des référentiels de formation, en cours d'élaboration au niveau national et en fonction des contingences institutionnelles.

L'arrêt de la commission et l'abandon du projet licence nous a à nouveau réinterrogée nous faisant appréhender la notion de projet et ses étapes, comme des éléments incontournables pour une construction commune. C'est ce que nous exposerons en troisième partie de ce mémoire.

Auparavant, nous vous présentons ce que nous avons entraperçu de la faisabilité du premier projet Licence, compte tenu des éléments que nous possédions et de ce qui s'est joué dans le cadre des commissions universitarisation. Un entretien téléphonique mené auprès de la Directrice de l'Institut de Formation d'Ergothérapie, qui a eu l'habilitation du projet Licence avec un institut public de Masso-kinésithérapie du même département. à l'Université Paris Est Créteil, nous renseigne sur le circuit de validation d'une licence.

2.3.5 Faisabilité du projet Licence¹²⁹

En parlant de faisabilité du projet, nous nous sommes axés sur le premier projet énoncé et déterminé en commission universitarisation, celui de la licence commune. Mais au vu des démarches entreprises par le Comité Directeur, nous préférons dire que ce tableau cherche à mettre en évidence plutôt les opportunités offertes par l'environnement qui constituent des forces pour la négociation et répertorier les menaces qui constituent actuellement les faiblesses du projet.

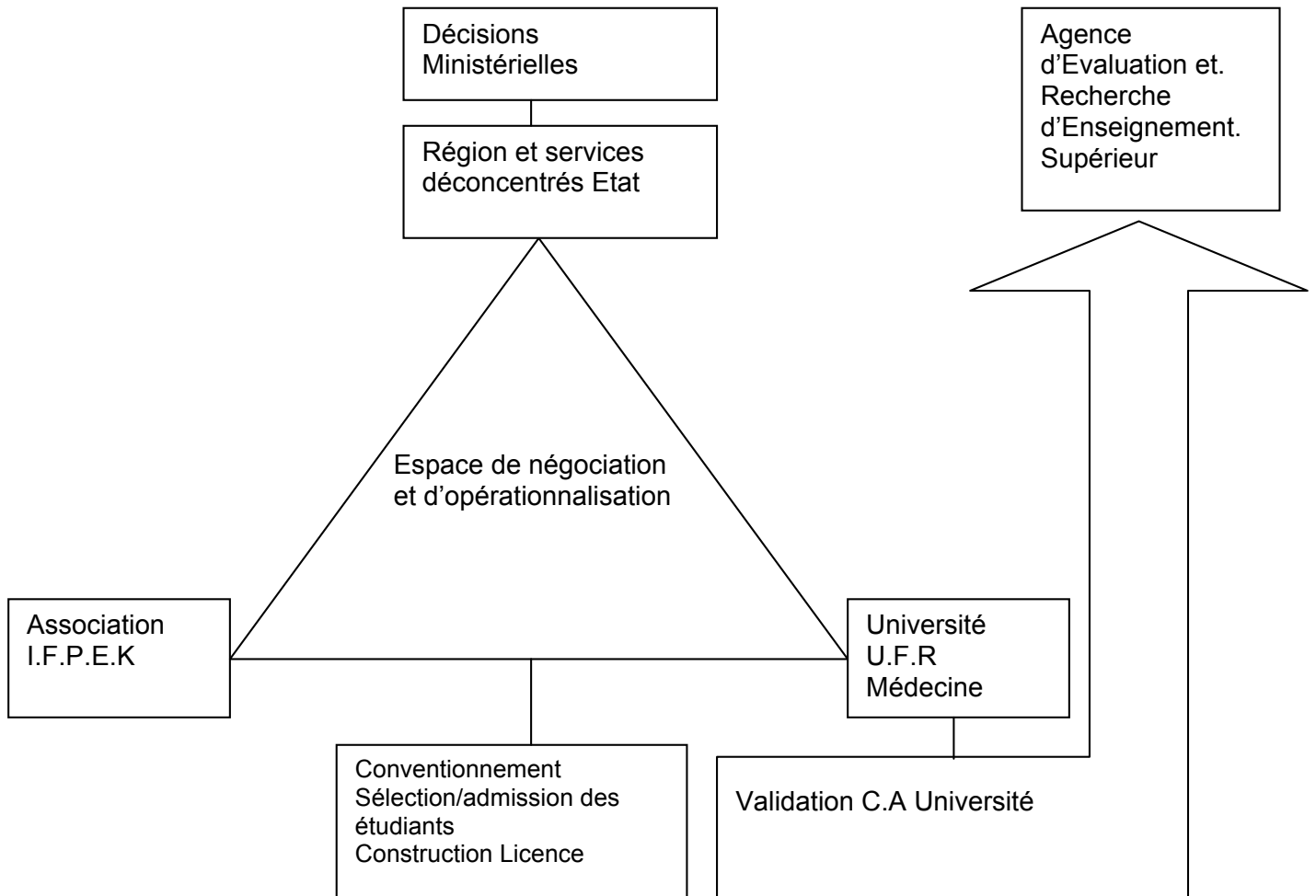
¹²⁹ La faisabilité de ce projet licence s'est faite dans la suite des commissions soit fin 2009 et ne tient pas compte des changements de position ultérieurs.

Eléments en faveur	Eléments en défaveur/ à discuter
<ul style="list-style-type: none"> - Avis à priori favorable de conventionnement par l'U.F.R de médecine. La prise de contact avec un universitaire délégué aux affaires paramédicales - la position des conseillers scientifiques de chaque I.F.I - Les éventuelles passerelles avec la première année commune de santé. - La coordination par le Conseil Régional 	<ul style="list-style-type: none"> - Statut privé (but non lucratif). - Les replis corporatistes. - Risque d'augmentation des frais de scolarité pour les étudiants. - Autonomie pédagogique et contraintes financières ? - La Direction pédagogique ?

Commentaires
<p><i>Les replis corporatistes peuvent constituer un obstacle majeur à la construction d'une licence commune, avec comme dissonances le grade à négocier. Afin de compléter la discussion autour du grade nous noterons que dans le principe d'universitarisation s'inscrit huit niveaux de qualifications européennes (Cf. Annexe 8 : Les niveaux du cadre de qualifications européennes) que le niveau Licence correspond au niveau 6 avec comme connaissances, si on considère ce simple critère : « des connaissances avancées d'un domaine de travail ou d'étude, impliquant une compréhension critique de théories et de principes » ; alors que le Diplôme d'Etat correspond au niveau 5 « connaissances factuelles et théoriques de contextes professionnels pour un travail ou une étude et information sur les limites de celles-ci » .Le niveau Master fait partie du 2^{ème} cycle et correspond au niveau 7 et 8 : « Diriger et modifier le contexte de travail(. ..) Prise de responsabilités pour contribuer au développement de la connaissance professionnelle(...) pour revoir les performances stratégiques d'équipes ». Il n'est pas certain non plus que les étudiants ayant validé leur Diplôme d'Etat, offrant la possibilité d'un emploi, s'acheminent vers des études plus longues, dans la filière supposée post-Licence. Au niveau organisationnel, la viabilité du projet dépend également de comment l'I.F.P.E.K intégrera les postures universitaires en termes de contrôle pédagogique. Quelle répartition financière sera faite, sachant que le dispositif peut en partie, faire disparaître le passage du concours, manne financière importante pour les I.F.I.Les licences actuellement construites se situent dans des instituts intégrés dans l'Université ou ayant des conventionnements antérieurs à la réforme.</i></p> <p><i>Le projet de Licence et celui d'une filière Master au sein de l'I.F.P.E.K sont deux projets à différencier même si ces deux projets sont dans une suite logique évidente pour les professionnels.</i></p>

Pour terminer le volet organisationnel de ce projet, nous présentons une modélisation de notre compréhension des étapes à suivre en aval pour réaliser l'opérationnalisation de ce projet.

- *Schéma de mise en œuvre possible :*



Ce schéma est issu de notre enquête menée auprès de la Directrice de l'Institut d'Ergothérapie de Créteil, Paris XII Val de Marne (Cf. Annexe 9 : entretien Directrice I.F.E Créteil).

2.4 Conclusion

L'entreprise, dans son projet d'établissement, entend préparer l'universitarisation des trois instituts de formation en recherchant des partenariats. Elle choisit une nouvelle stratégie plus incrémentaliste¹³⁰ que la précédente devant favoriser interactions et communication. Mais celle-ci n'est pas totalement assise et peut être à tout moment bousculée par les positions des acteurs internes à l'établissement si elle ne prend pas soin d'articuler les sous systèmes entre eux, les groupes de travail entre eux.

C'est ce que nous avons entraperçu lors des débats de la « commission universitarisation » mise en place à l'I.F.P.E.K. La position du groupe des masseurs kinésithérapeutes a interrogé le projet initial institutionnel de construction de licence commune, en souhaitant intégrer la filière première année commune de santé et revendiquer un grade master. Il s'est ensuite replié sur ses propres positions professionnelles en créant, sans concertation avec le C.A de l'I.F.P.E.K, un groupe de recherche clinique en kinésithérapie, réservé au départ, à cette seule catégorie professionnelle, pour préparer l'universitarisation de son institut.

En convoquant d'emblée l'interprofessionnalité, nous avons assisté à des replis professionnels corporatistes. Nous les supposons liés au contexte politique national, à la réappropriation du métier, reconvoquée par la réforme. Les réunions universitarisation n'ont plus eu lieu.

Sur le plan fonctionnel, cela suppose que les acteurs internes à l'entreprise entrent dans un « espace d'intercompréhension et de coopération dans le travail », prôné par Philippe Zarifian dans son dernier ouvrage :

« L'un des enjeux de la coopération peut être et est souvent de repositionner le rôle de chaque métier, voire de conduire sa mutation interne, de manière clairement énoncée et donc conduite en connaissance de cause (pour éviter des dégradations implicites, des « pots cassés »)¹³¹ ». C'est peut-être en prévoyant des espaces de régulation entre formateurs qu'émergera la reconnaissance de connaissances communes et qu'un projet commun pourra se dessiner.

Sur le plan politique, le fonctionnement et l'organisation des instituts au sein de l'association montrent leurs différences. L'universitarisation telle que nous l'avons perçue dans la première partie de notre étude, tend à les gommer, cherchant une

¹³⁰ Approche de la stratégie incrémentaliste : D'après Crozier : « *On agit, on réfléchit, on agit* ». C'est une approche intuitive à partir d'essais et d'erreurs sur une échelle modeste, un élargissement permet de capitaliser des résultats. In L. Brémaud (op.cit.)

¹³¹ Zarifian, P., (2009) ; *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, P.U.F, p.62.

uniformisation voire une standardisation des formations allant plutôt dans le sens d'une mutualisation des moyens. Le dernier rapport parlementaire semble abonder dans ce sens. Prenant en compte la sélection et l'hétérogénéité des admissions des étudiants auxiliaires médicaux, il préconise l'intégration au sein d'une première année commune l'ensemble des paramédicaux à l'exception des étudiants en soins infirmiers, la création d'instituts paramédicaux régionaux et une mise en place en 2013.

Le C.O.D.I.R comme acteur de la conduite de projet est dans une phase de négociation avec Rennes 1, mais la question de la création de l'ensemble de la filière est soulevée. Quelle décision sera prise par le C.A ? Et comment compte-t-il inclure le Conseil Régional dans sa négociation? Comment sera intégrée la méthode préconisée par celui-ci ?

Ce sont des aspects du projet que nous ignorons et constituant l'espace de rencontre, d'interactions, inhérent à tout projet comme le souligne J.P Boutinet.

L'aspect financier, la question de la gouvernance devront aussi être abordés. La temporalité prévue au niveau national pour le conventionnement des instituts avec l'Université, ne semble pas tenable au vu aussi des tergiversations nationales. Deux voire trois années paraissent le délai nécessaire pour la prise en compte de tous les paramètres, leur stabilisation bien que les ergothérapeutes aient eu le feu vert du Ministère de mettre en place dès la rentrée 2010, sans conventionnement, le nouveau programme issu de la réforme L.M.D.

Dans la troisième partie de ce mémoire, nous reviendrons sur le projet et en ferons une analyse critique au vu de l'ensemble des données que nous possédons, en exposant notre point de vue et quelques préconisations. Enfin, nous porterons notre regard sur ce travail en exposant les limites de cette recherche, nos apprentissages pendant le temps de sa construction.

3^{ème} partie : Analyse du projet I.F.P.E.K

Notre intention est dans un premier temps, de pouvoir situer le projet d'établissement face à l'injonction nationale de mise en place de l'universitarisation pour les I.F.I. et d'analyser le projet de l'entreprise, face à cette « commande ». Dans un second temps, nous examinerons l'élaboration de ce projet à travers la commission universitarisation. Nous tenterons de comprendre sa suspension en analysant les intérêts des acteurs. Puis nous nous pencherons sur ce qui nous paraît devoir être tranché politiquement en examinant les alternatives qui se présentent à l'entreprise et en faisant le point de l'existant à ce jour.

3.1 Quel Projet ? Notion de Projet

Dans ce paragraphe, nous évoquerons la notion de projet à partir d'un auteur Jean Pierre Boutinet et ce, en prenant appui sur trois de ses ouvrages : *Anthropologie du projet*¹³², *Psychologie des conduites à projet*¹³³ et *Grammaires des conduites à projet*¹³⁴. Sans embrasser tout un pan de l'œuvre de cet auteur, nous ne ciblerons que les points qui nous paraissent essentiels pour une lecture du projet de l'I.F.P.E.K prenant le risque d'une simplification de son œuvre.

3.1.1 Les éléments incontournables de la notion/concept de projet

Les éléments présentés ci-dessous sont les principales règles retenues par J.P. Boutinet pour la conduite de projets. Ils sont animés d'une tension dynamique paradoxale, considérés par l'auteur comme structurants pour une démarche de projets. L'équilibre d'un projet dépendra de ce jeu de forces dans toutes ces oppositions et la prise en compte de ces paradoxes « induits ».

- La notion de projet est « l'histoire d'une préoccupation humaine ».
- Le projet comporte deux versants: « Le dessein » en tant que conception, figure d'un idéal, le dessin en tant que concrétisation et réalisation.
- « Tout projet est un compromis à aménager entre une forme de vide et une forme de plein ».

¹³² Boutinet, J.P, (1990), *Anthropologie du projet*, Paris, P.U.F, coll. Quadrige.

¹³³ Boutinet, J.P, (1993), *Psychologie des conduites à projet*, Paris, P.U.F, coll. Que sais-je ?

¹³⁴ Boutinet, J.P, (2010), *Grammaires des conduites à projet*, Paris, P.U.F, coll. Formations et Pratiques professionnelles.

- La conception et la réalisation sont des éléments indissociables et font l'objet d'un jeu paradoxal, le projet est un mixte entre réussite et échec.
- Le projet malgré son caractère à la fois flou et polymorphe comporte toujours des dimensions spatiales et temporelles.
- Il n'y pas de projet sans auteur/acteur/assujetti
- « Un projet trouve son intelligibilité, inscrite dans une famille particulière de projets qui lui confère des caractéristiques partagées avec les autres membres de la famille ».
- « Il ne saurait y avoir de projet sans programme, d'espaces de liberté sans espaces de contraintes »
- L'évaluation s'avère indispensable pour identifier sa validité en amont (trois paramètres : cohérence/consistance/pertinence) et en aval la part de réussite et d'échec, une fois le projet réalisé (efficacité/ efficacité/ conformité des résultats vis à vis des objectifs/ comparaison des coûts consentis et avantages/ opportunité de la réalisation : démarche et œuvre).

A partir de ces éléments, nous essayerons de situer le projet de l'I.F.P.E.K à l'appui de grilles de lecture de J.P Boutinet et des résultats de nos actions, situant les paradoxes possibles. Nous chercherons à comprendre ce qu'il s'est joué et pourquoi l'abandon du projet. Nous avons émis l'hypothèse d'un « re-jeu » possible des dynamiques professionnelles, c'est ce que nous avons observé pendant le temps des commissions. Mais est-ce vraiment suffisant pour comprendre l'abandon du projet et quelle suite donner pour que l'universitarisation s'installe avec l'ensemble des acteurs, sur des bases partagées ?

Quelles différences de représentations viennent entraver la construction d'un projet commun ? Vers quoi peut s'acheminer le projet de l'I.F.P.E.K dans le cadre de l'universitarisation ?

3.1.2 Situation du projet l'I.F.P.E.K pour l'universitarisation des trois I.F.I : *La tension entre programme national et projet d'établissement*

Dans sa nouvelle organisation, l'association I.F.P.E.K en tant qu'auteur du projet d'établissement a l'ambition d'un projet novateur, qui peut-être, marque l'émergence d'un changement culturel, suite à la crise institutionnelle et son mode de management antérieur. En tant que projet organisationnel, il comporte deux volets :

- d'abord et avant tout un volet : « projet de référence », consignait valeurs, charte éthique, définie dans ces termes « *respect de la personne, solidarité*

*convivialité, équité de traitement étudiants et personnel, non lucrativité, interprofessionnalité*¹³⁵ » et finalités, pour faire entendre sa raison sociale. Le principal auteur est le Conseil d'Administration. Ce projet de référence écrit, s'inscrit dans le long terme. Il sert de point d'ancrage aux différents acteurs de l'établissement.

- sur un tout autre volet, il se situe également comme « projet participatif » avec des objectifs quinquennaux ; soit comme nous l'enseigne J.P. Boutinet, un projet qui ne cherche pas tant à valoriser le côté symbolique inhérent à tout projet d'établissement, mais plutôt son volet opérationnel, à ancrer dans l'action. Celui-ci « *vise à conjuguer de façon dynamique au sein de l'organisation son paramètre stratégique et son paramètre culturel* »¹³⁶ . Cette partie du projet articulée aux réalités historiques et culturelles, est conduite par le Comité Directeur, dont les membres constituent l'équipe projet. Mais ceux-ci peuvent être animés par des intérêts différents compte tenu des postures professionnelles, et ce, malgré une volonté collective. L'universitarisation des formations paramédicales, objet du projet dans ce deuxième volet, n'est qu'une des composantes de ce projet d'établissement, face au développement souhaité. Nous pouvons dire que cet objet actuellement présent et existant, est « hors de portée », car il s'inscrit dans une configuration où le commanditaire est l'Etat. L'association a charge de répondre à cette commande sociale. Nous pouvons considérer de fait, qu'il existe une dynamique tensionnelle entre le « programme » venant de l'Etat à mettre en place dans l'environnement et le projet d'établissement I.F.P.E.K, d'autant que chaque Directeur d'I.F.I. a autorité pour suivre les politiques professionnelles nationales décidées. Cependant entre programme national prescrit définissant d'emblée les contraintes et programme local à aménager avec les contraintes environnementales, des interstices de liberté et de créativité existent, prouvant que peuvent cohabiter programme et projet. C'est dans cet espace que l'I.F.P.E.K compose son projet.

J.C Boutinet, dans cette configuration propose trois étapes¹³⁷ à aménager du côté des acteurs du projet :

¹³⁵ www.ifpek.org

¹³⁶ Boutinet, J.P, (2004) ; *Psychologie des conduites à projet*, Paris, P.U.F ; coll. Que sais-je ?

¹³⁷ Boutinet, J.P, (2010), *Grammaires des conduites à Projet*, Paris, P.U.F, coll. Formation et pratiques professionnelles, p. 181.

- 1) « *L'identification de la commande* » en localisant les contraintes du programme et en identifiant les objectifs à atteindre, les exigences techniques, les diverses préconisations, en prenant en compte les coûts, les délais, la qualité.

Il nous semble que ce paramètre n'a pas été totalement pris en compte. Pour l'Institut de Formation d'Ergothérapie devant mettre en place le nouveau programme, rentrée 2010, par contre, une appréciation des coûts supplémentaires inhérents à la mise en application de la réforme a déjà été évaluée.

- 2) « *La négociation et l'aménagement des contraintes* » : ou comment « faire bouger les contraintes » pour les transformer en opportunités, en instituant une dynamique maître d'œuvre-maître d'ouvrage.

C'est ce que nous pouvons attendre de la négociation I.F.P.E.K programmée avec le Conseil Régional pour travailler le conventionnement avec l'Université.

- 3) « *L'organisation de la réponse* » : qui devient une réinterprétation de la commande en termes de possibles au sein d'une équipe projet, en prenant en compte les composants structurants du projet : lieu, temps, moyens.

En termes de réponse, trois catégories de réponses sont possibles selon la marge de liberté que s'accorde l'institution, renvoyant à trois horizons temporels différents :

- Court terme, immédiateté du projet : « Projet programmatique », qui peut se réduire qu'à une application du programme.

Chaque institut de formation suit les prérogatives nationales d'universitarisation en trouvant ses propres partenariats sans se soucier des autres instituts. Ce n'est pas le choix de l'association I.F.P.E.K. Mais un I.F.I., celui d'ergothérapie, est engagé à mettre en place la réforme rentrée 2010, devant se conformer au texte officiel nouvellement paru le 5/07/10, programme d'études paru au J.O le 15/08/10.

- Moyen terme, aménagement du projet : « Projet problématique », face à la commande des interstices sont possibles, il s'agira alors de répertorier les voies possibles et d'en choisir une. Le projet va s'apparenter à une méthodologie de résolution de problème avec quatre étapes clés : formulation du problème, formulation de la solution, concrétisation de la solution, appropriation de la solution. Le projet se déroule dans l'espace temps de deux à quatre ans.

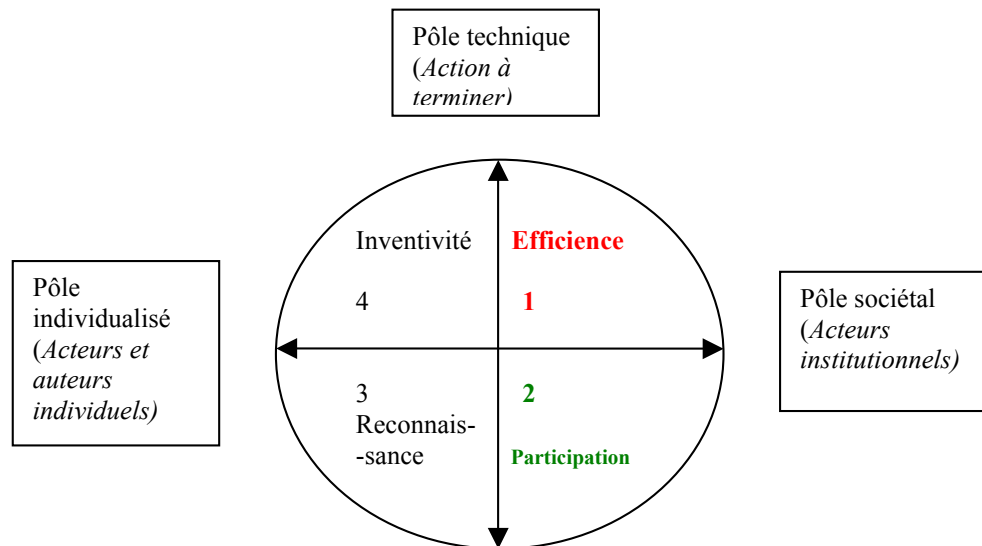
Ce peut être le choix d'une construction commune de Licence, en faisant la prospection des moyens et forces communes et en les mutualisant. Une des principales forces de l'I.F.P.E.K, réside dans sa position originale, dans le contexte local, voire national, puisqu'il regroupe trois instituts de formation initiale, formant à des métiers de rééducation. L'obstacle qui se présente est alors la différence des fonctionnements des I.F.I, leur indépendance financière et pédagogique. Cela nécessitera un réaménagement organisationnel important des I.F.I

- A long terme correspondant à une mise en perspective, il s'agira alors d'un « projet emblématique », correspondant à une ambitieuse action de développement où l'auteur prend beaucoup la liberté de réorganiser les contraintes et de les réinterpréter dans le projet qu'il propose.

Dans ce cas de figure on peut imaginer la création d'une filière universitaire complète.

Au niveau du projet d'établissement, la commission universitarisation nous montre une hésitation entre le moyen et long terme, si nous considérons l'idée de licence ou l'idée du montage de l'ensemble de la filière conseillée par les universitaires. Or le projet ne s'engagera pas de la même manière en termes de temporalités, en termes aussi d'acteurs. Nous pouvons imaginer que cette configuration puisse bouleverser la gouvernance actuelle des instituts de formation. L'auteur au demeurant, reste le Conseil d'Administration pour cette prise de décision. L'idée de mutualisation ne doit pas concerner uniquement des moyens, mais l'entreprise doit préparer l'ensemble du personnel à ce changement culturel.

Pour conclure ce paragraphe et visualiser le projet de l'I.F.P.E.K nous reprendrons la « rose des vents » proposée par J.P. Boutinet dans son dernier ouvrage, à partir d'un modèle d'espace quaternaire à aménager¹³⁸.



Légende :

- *Le secteur 1 au croisement du pôle technique et du pôle social peut représenter la commande faite à l'I.F.P.E.K, le programme Ministériel avec le souci de l'efficience du programme.*
- *Le secteur 2 au croisement du pôle social et existentiel peut représenter le projet de l'I.F.P.E.K dont le principal souci sera d'assurer sa participation.*

3.1.3 Lecture du projet d'universitarisation de l'I.F.P.E.K, lors de la commission universitarisation

Pour en faire une lecture au stade où il en est, c'est-à-dire le temps de la commission universitarisation, nous utiliserons les cinq paronymes du projet¹³⁹ de cet auteur :

- Pas de projet sans sujet : « *Il n'y pas de projet sans sujet auteur qui montre sa capacité à concevoir et à réaliser ses propres intentions. Il doit composer avec un certain nombre de sujets acteurs de son environnement* ».

¹³⁸ Boutinet, J.P, (2010), *Grammaires des conduites à Projet*, Paris, P.U.F, coll. Formation et pratiques professionnelles, p. 129.

¹³⁹ Boutinet, J.P., (2004) *Psychologie des conduites à projet*, Paris, P.U.F ; coll. Que sais-je ?

L'I.F.P.E.K représenté par le C.O.D.I.R, comme auteur/acteur de ce projet est dépendant de plusieurs autres acteurs de son environnement, notamment des services déconcentrés de l'Etat, des Universités et de leur accueil, du Conseil Régional. Cette dépendance montre les contraintes du projet. En se situant dans l'école de l'apprentissage¹⁴⁰ avec une Direction « tournante », le projet évolue au gré des différentes actions entreprises avec un fort incrémentalisme et le risque de désintégration de la stratégie, comme « pendant » de ce choix politique.

- Pas de projet sans objet : « *Pas de projet sans un objet visé, sans une relation préférentielle avec cet objet : relation à un objet existant et présent jugé insatisfaisant dans son état actuel/ relation avec objet existant mais présentement hors de portée, relation avec un objet inexistant à façonner par un travail de création* ».

L'objet visé par l'I.F.P.E.K au départ, est une construction commune d'un objet Licence pour l'instant hors de portée voire inexistante. Une oscillation entre deux axes licence et master existe de par les discussions mouvementées autour du grade à négocier et de la filière à intégrer. Avec les démarches entreprises auprès de Rennes 1, l'objet Licence commune semble être abandonné au profit de la construction de l'ensemble de la filière L.M.D.

- Pas de projet sans rejet : « *Le projet c'est l'art de faire des choix appropriés : c'est donc l'art de rejeter* » (rejet momentané, rejet différé).

Pour l'instant, l'I.F.P.E.K choisit la négociation avec l'U.F.R de médecine et opte pour un conventionnement avec cette Université, s'approchant des recommandations ministérielles mais rien ne nous paraît être véritablement rejeté et il est plus question de recherche d'opportunités.

- Pas de projet sans trajet : « *dimension temporelle du projet (...) Deux trajets se constituent, qui sont à articuler en permanence au sein d'une conduite à projet (trajet en amont, résultante des trajectoires personnelle, événementielle, géographique,*

¹⁴⁰ « L'école de l'apprentissage », dans son aspect critique : « *Contrepoids du volontarisme rationnel, elle risque d'aller trop loin dans l'autre sens : apprendre peut conduire à une véritable désintégration de la stratégie. Quand survient une crise, l'apprentissage décentralisé est inopérant et l'entreprise a besoin d'un leader énergique avec un dessein stratégique....Trop insister sur l'apprentissage peut finir par saper une stratégie cohérente et parfaitement viable. Les gens ne regardent plus ce qui marche bien, mais valorisent ce qui est nouveau et intéressant.* ». In Brémaud ; L.« Les dix écoles de la Stratégie » selon Mintzberg (op.cit).

scolaire, familiale, professionnelle, le trajet en aval qui esquisse les étapes envisageables pour réaliser le projet, qui fixe les échéances ».

La dimension temporelle prend ici toute son importance si on considère qu'actuellement le projet n'en est qu'à ses prémises et au début d'une construction en amont. Les échéances temporelles fixées au départ par le Ministère en 2010, ne semblent pas tenables, au vu des avancées des référentiels formation non validés et du temps nécessaire à la maturation du projet. Actuellement, Le Conseil Régional installe la formation universitaire des quatorze I.F.S.I en 2010, un an après la validation nationale et les formations de rééducateurs passeront après.

- Pas de projet sans surjet: *(souci de jeter un lien) « Le projet ne saurait être le produit du seul imaginaire individuel ; qu'il soit individuel ou collectif, il est destiné à s'ouvrir sur un espace de négociation, dont il ne peut faire l'économie ; cet espace favorisera l'émergence d'un imaginaire socialisé capable d'affronter le conseil et la critique d'autrui ».*

Au vu de nos informations, l'espace de négociation est ouvert. On pourrait cependant plus parler de démarches d'évaluation et d'appréciation des opportunités offertes par l'environnement universitaire avec la recherche déclarée officiellement d'une recherche partenariale et conventionnelle. Un dossier a été déposé auprès du Conseil Régional, en attente des rencontres pour l'élaboration de la mise en œuvre du processus universitarisation pour l'I.F.P.E.K.

En résumé, deux alternatives se présentent à l'I.F.P.E.K qui seront à moduler en fonction des contraintes imposées par le contexte régional :

- La création de l'ensemble de la filière L.M.D pouvant s'apparenter à un I.U.P paramédical de rééducation-réadaptation, prenant le risque d'être « assujetti » à une autre gouvernance.
- La construction d'un tronc commun d'une filière niveau licence pour les formations initiales permettant un partage entre enseignements université et professionnels.

Maintenant que le cadre et l'actualisation des informations que nous possédons sont établis, regardons du côté du jeu des acteurs de la commission universitarisation pour en comprendre son arrêt.

3.2 Quelles raisons à l'arrêt de la commission universitarisation ?

Pour saisir ce qui a pu se jouer lors de la commission universitarisation et provoquer son arrêt, nous pouvons émettre comme hypothèse : que la différence des représentations de l'universitarisation par corps professionnel, aborde le projet universitarisation avec des intérêts différents reliés aux enjeux métier. Nous utiliserons plusieurs paramètres, d'abord nous exposerons les points de vue des acteurs, puis recenserons les points d'accord et de divergence, à partir des représentations de « l'universitarisation », recueillies lors des entretiens que nous avons menés (Cf. Annexe 10 : Synthèse entretiens de la commission universitarisation). Nous regarderons ce qui a pu motiver l'arrêt de la commission en s'appuyant sur une autre grille de lecture de J.P Boutinet qu'il nomme « la sémiotique des acteurs impliqués¹⁴¹ », donnant sens à l'interruption de la commission.

3.2.1 Synthèse des représentations des acteurs de la commission : points d'accord et de divergence.

Les tableaux présentés ci-dessous, sont issus d'entretiens semi directifs menés individuellement, sur le lieu de travail, auprès des six membres de la commission soit des membres du C.O.D.I.R et des formateurs invités. Ils ont duré une heure. Le guide d'entretien a été le même pour chacun des participants. Il se compose de plusieurs parties. Quatre thèmes ont été retenus : Universitarisation, mise en place de l'universitarisation, apports de l'universitarisation, points oubliés et commentaires. Chaque thème est corrélé à une série de questions, comme suit :

Thèmes	Questions rattachées aux thèmes
Universitarisation	<ul style="list-style-type: none">• Définition• Intégration dans quel U.F.R ?
Mise en place de l'universitarisation	<ul style="list-style-type: none">• Actions envisagées• Obstacles
Apports de l'universitarisation	<ul style="list-style-type: none">• Bénéfices• Filière/grade• Recherche/laboratoire de recherche• Equipe pédagogique et participation des universitaires• Valeurs à inscrire au projet pédagogique• Impacts sur les étudiants
Points oubliés/commentaires	

¹⁴¹Boutinet, J.P, (2010), *Grammaires des conduites à Projet*, Paris, P.U.F, coll. Formation et pratiques professionnelles, chapitre VII, p.153.

Après avoir relevé les représentations de chaque membre. Nous les avons classés au départ, en séparant les résultats Directeurs, puis ceux des formateurs, sachant que s'opérait un biais, puisqu'en tant que tant formatrice représentante de l'institut de formation d'ergothérapie, la symétrie des entretiens ne pouvait être assurée. Nous avons opté alors pour le croisement des résultats par corps professionnels, faisant fi du statut des différents membres et nous avons réservé les appréciations du Directeur du Pôle Recherche et Développement, du fait de sa position plus transversale. Nous présentons donc dans les tableaux qui suivent le croisement des données par corps professionnels ; l'ensemble du recueil des données (Directeurs, formateurs) étant référées en Annexe 10

- Tableau 1 : Synthèse des représentations des acteurs de la commission par corps professionnels (*Nous avons mis en caractères gras les éléments qui nous paraissent les plus saillants*)

Thèmes	Pédicurie-Podologie	Ergothérapie	Masso-Kinésithérapie
Universitarisation (définition)	<p>- C'est permettre aux étudiants de rentrer dans un cursus qui leur permette d'être autre chose que des rééducateurs ; la reconnaissance des PP, profession mal reconnue.</p> <p>- Quand le décret des instituts de formation cadres de santé est sorti, il était difficile pour les podos, vu le nombre travaillant en libéral, de se former universitairement. Pour la F.I ; il faut développer la recherche.</p> <p>Le terme vient du milieu infirmier et maintenant s'applique à l'ensemble des paramédicaux. Intégration du système universitaire de nos professions paramédicales.</p>	<p>Processus, démarche de mise en conformité des diplômes professionnels avec un niveau universitaire.</p> <p>- Cela suppose de trouver des passerelles, les points communs qui permettent de valider les diplômes universitaires.</p>	<p>- Cela veut dire passage au format universitaire avec tout ce que cela va comporter. Le ministère est coincé par des dates butoirs. La mise en place sera au minimum.</p> <p>- Pour les paramédicaux cela n'a pas lieu d'être si cela ne conduit pas vers des études doctorales.</p> <p>- il faut que cela devienne une discipline à part entière et on ne peut pas l'être comme dans les autres pays .En Angleterre, il y a 500 docteurs physiothérapeutes et ici on est considéré à bac +2. Accès au Master, c'est mieux que rien.</p> <p>- L'universitarisation n'a de sens que si la recherche développe la profession, mais pas au rabais. Pour les kinés : Master 2</p> <p>Le problème de fonds c'est installer « une discipline » dans une filière qui lui donne la capacité d'évoluer. Le L.M.D européen est bien fait et apporte une réponse à tous nos problèmes. L'I.F.M.K est en régression vis-à-vis de l'université et ne répond pas à la demande du public. L'efficacité est plus ou moins grande et c'est lié à la conception de la profession. Quand on est dans la technique, la pratique n'est qu'une réponse</p>

			partielle.
Intégration dans quel U.F.R ?	<p>Institutionnellement, un panachage Rennes1 où sont les prescripteurs médecins, côtoient avec les appareilleurs et Rennes2.</p> <p>Sciences dures pour les pédicures podologues et pour les kinés. L1 fac de médecine, santé compte tenu des programmes actuels. Plutôt par conventionnements du fait de l'alternance de notre profession et chez nous pas d'alternance hospitalière, centre de soins. Il n'existe pas de formation cadre de santé pour les pédicures podologues au C.H.U. donc le côté pratique de l'universitarisation concerne essentiellement la formation théorique. Les formations sont différentes au niveau de la pédicurie podologie et les diplômes délivrés ne donnent pas les mêmes droits en termes d'actes. En Espagne, reconnue avec actes de chirurgie. Il n'y a pas d'harmonisation européenne. La formation est faite en 4 ans à l'étranger, donc la formation est très disparate selon les pays.</p>	<p>Je n'en sais rien. Si on pense ergothérapie, les sciences humaines principalement. Il faudrait creuser les particularités et quelles universités pourraient intervenir : psychologie, sociologie, psychosociologie, sciences de l'éducation, les plus proches de nos compétences vis-à-vis des savoirs. A.E.S de manière secondaire, S.T.A.P.S de manière secondaire. Par conventionnements. En formation continue, faire le lien avec les autres professions, masters communs, soit masters orientés vers la santé : Rééducation, Réadaptation, Réhabilitation avec la gestion économique de la santé, soit sur secteurs particuliers avec les sciences de l'éducation. Montage d'un master avec une particularité autour du handicap</p>	<p>Santé. Fac de médecine assez naturellement. 2/3 des I.F.M.K, 30 sur les 43 recrutent à partir des U.F.R de médecine. Donc intégration avec L1 Santé avec sages femmes et pharmaciens, dentaires : responsabilités médicales limitées. Le niveau de formation actuelle ne donne pas cette qualification en 1^{ère} intention mais en termes de compétences pré-diagnostic médical.</p> <p>Filière de réadaptation : identifier les pathologies c'est la médecine, protocole de soins ce sont les soins infirmiers ; Les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, psychomotriciens, les orthophonistes, c'est la rééducation, la réadaptation, réhabilitation. U.F.R le plus proche de la médecine avec recrutement des P.C.E.M. 1. Licence de réadaptation différente de celle de la santé, mais viser le master car une 1^{ère} année universitaire et 3 ans du type Bachelor (Suède)</p>
Mise en place de l'universitarisation:	<p>Travail en commun car plus de force à être trois instituts de formation. Travail initial : rencontre avec les conseillers pédagogiques. Prise de contact avec la fac de médecine.</p> <p>On n'aura pas le choix du conventionnement, celui-ci sera imposé par A.R.S (Agence Régionale de Santé) et l'état (D.D.A.S.S). Pas de démarches. Pour nous la tutelle D.R.A.S.S. impose des choses et l'université n'a aucun intérêt.</p>	<p>1^{er} niveau de travail : Réflexion parallèle au niveau de l'I.F.P.E.K sur l'universitarisation et la recherche (C.O.D.I.R plus directeur P.R.D en lien avec les autres directeurs).</p> <p>2^{ème} niveau de travail : Recherche de conventionnements avec le côté santé (Rennes 1) avec Rennes 2 sur les sciences humaines/ A.E.S et S.T.A.P.S. Plusieurs conventionnements sont possibles.</p> <p>3^{ème} niveau de travail : Avec les organisations professionnelles, travail sur les textes et programme d'études.</p> <p>4^{ème} niveau de travail : C.O.D.I.R et région. Les autres universités Lorient ne sont plus d'actualité.</p>	<p>Pour les M.K, orthophonistes et autres professions, il faut obligatoirement une convention. Négociation des conventions avec l'université. Le grade licence n'est pas une licence et pourra compromettre de progresser dans l'université. Entrée dans les études : pour les M.K, il est spécifié, outre le concours qu'on puisse entrer avec une 1^{ère} année de licence. Les 2/3 recrutent en P.C.E.M 1. Il y a 20 ans, c'était à titre d'expérimentation mais c'est toujours vrai. Le ministère est bien embêté avec cela, il y a même eu discussion au Sénat. Du coup la réforme médicale L1 est repoussée en septembre 2010. 32 I.F.M.K à U.F.R médecine L1 validée à la moyenne. Les doyens ne veulent pas revenir en arrière et les M.K non plus. A Amiens,</p>

			<p>I.U.P les étudiants obtiennent M1+D.E. Ils ont juste rajouté de l'anglais et des statistiques, le Ministère est coincé. S'ils acceptent à Bac + 4, les 600.000 infirmiers vont vouloir la même chose (passeraient cadre A Fonction publique).</p> <p>Ce n'est plus possible de faire passer un concours. Problème de sélection. Si diversité, difficultés organisationnelles : V.A.E, P.C.E.M 1, S.T.A.P.S, pas de moyens de faire des parcours individualisés. La licence est un simple critère de mise en conformité, il y a juste à rajouter l'anglais et la bio statistique. Cela était possible, d'un point de vue juridique depuis 1992 avec la loi Balladur par un conventionnement.</p>
<ul style="list-style-type: none"> obstacles 	<p>Pour 2009, le bloc santé existera. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de volonté du doyen d'un point de vue logistique. Le risque c'est de voir une hiérarchisation des professions avec d'un côté les professions médicales et de l'autre les professions paramédicales. C'est un combat à mener. Ce peut être mieux aussi d'être indépendants. En Afrique, ailleurs, universités de santé publique avec tous les professionnels de santé.</p> <p>Il nous faut être clair sur nos propres formations. Adaptation de cette réforme. Actuellement référentiel de compétences mais pas de référentiel de formation. Faire coïncider le référentiel formation avec ce que l'on va nous imposer.</p>	<p>A tous les niveaux. Au niveau politique commune : Les M.K et P.P privilégient les pistes médicales. Le mode de recrutement voulu par les M.K est filière Santé. Cela m'interroge. Le 2^{ème} obstacle c'est l'université, de par le fonctionnement universitaire malgré le discours politique. Au niveau région, double appartenance, souhait de mettre en place mais c'est politique et pas clairement énoncé. Au niveau des textes, on ne sait pas encore le mode de recrutement et le type de conventionnements ministériels.</p>	<p>D'ordre politique et économique.</p> <p>Ils ne sont pas universitaires mais culturels aux professionnels</p>
<p>Apports de l'universitarisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> bénéfices 	<p>La formation initiale formerait des professionnels si on reste que sur des apports médicaux avec en plus des sciences humaines. Cela correspond au D.E et licence. Ensuite filière professionnelle avec Master professionnel travaillant sur des spécialités : mécanique, posturologie etc. Une filière universitaire avec recherche en parallèle avec la filière professionnelle, travaillant</p>	<p>Reconnaissance au niveau des connaissances.</p>	<p>Accès à une formation plus scientifique et élévation du niveau de formation. Le M.K conçoit des soins et est un praticien, comme le chirurgien qui maîtrise ses actes et l'opération. Au niveau de la formation, si le M.K passe à Bac+5, délégation d'actes.</p> <p>Repenser la profession pour</p>

	<p>sur les sciences fondamentales telles que la biomécanique ou les sciences humaines correspondant à l'ancienne filière cadre. Master 2, puis doctorat.</p> <p>Je n'en sais trop rien. Pas de diplôme envisagé après la licence. Cela me fait ni chaud, ni froid. A 95% des cas, notre profession s'exerce en libéral. Il n'existe que quelques postes de formateurs en hospitalier. Pas de possibilité comme en Belgique de post-licence. Cela pourrait être construit. C'est bien de faire évoluer les programmes mais c'est le flou artistique... Cela a juste boosté les choses.</p>		<p>la faire progresser et s'adapter à la société, aux demandes sociales, économiques, personnelles. Filière où on puisse dire ce que l'on fait et ce que cela vaut. L'enseignement, l'université donne une réponse à cela.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • filières, grades 	<p>Licence totale ou licence professionnelle plus adaptée, sans connotation péjorative ; D'ailleurs à l'heure actuelle, on est mieux armés avec une licence professionnelle.</p>	<p>Dans l'absolu, je n'aurais pas dit grade licence, mais licence car ce n'est reconnaître le niveau réel des étudiants car il y a une réflexion sur les choix professionnels, les savoirs et méthodes de travail de plus une initiation à la recherche. Il faudrait une licence de réadaptation. Je ne suis pas d'accord avec les M.K pour le master, surtout sur le versus mémoire. Pas de licence professionnelle non plus. Si université détermine un nombre ECTS pourquoi ne pas construire une licence santé. Je ne sais pas.</p>	<p>La sortie à M1 est satisfaisante, à terme M2. Création d'un Master expertise selon les spécialités, valoriser les spécialités ou préparation à la recherche ou formation de formateurs qui serait transversale avec d'autres professions. M2 : fonction de cadre : organisation et gestion. Cela devrait être rapidement mis en place.</p> <p>M1, on est une discipline de la rééducation physique. M2 et doctorat pour évolution de la profession. La finalité doit être de servir au mieux la société.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • recherche 	<p>Partenariat université et P.R.D (Pôle Recherche et Développement) ouvert aussi aux professionnels. Antérieurement, ce labo était élitiste.</p> <p>Notre profession n'est pas trop portée vers la recherche mais ce pourrait être des études cliniques sur le traitement en pédicurie podologie, en posturologie. voire l'efficacité et efficience des traitements et des soins</p>	<p>Je ne pense pas à un laboratoire de recherche. Pour la recherche, l'orientation de l'I.F.P.E.K, c'est plutôt de participer à des travaux de recherche au sein de laboratoires, des choses qui intéressent les compétences de l'I.F.P.E.K (formateurs) comme la rééducation avec la physiologie, le mouvement, la réadaptation, la réhabilitation. Pour les étudiants, ce serait de participer à des travaux de façon parcellaire, en recherche appliquée.</p>	<p>Il faut qu'on crée un labo dans notre domaine. A Marseille, en partenariat avec le C.H.U, création d'un labo sur l'analyse de la motricité avec étudiants I.F.M.K. et travaux avec les enseignants I.F.M.K et terrains de stage. Ce pourrait être les neurosciences ou l'éducation ; C'est une convention avec l'université.</p> <p>Filière C.N.R.S. Plusieurs labos en fonction des masters de spécialisation ; Travailler dans le sens longitudinal : exemple : kiné respiratoire/ pédiatrie mais aussi didactique correspondant aux sciences de l'éducation. Les 2 sont</p>

			nécessaires. Commandes Santé Publique. Masters stables.
<ul style="list-style-type: none"> équipe pédagogique, participation des universitaires 	<p>Important que les gens (les formateurs) se forment licence voire + (master), équivalence au moins. Rappel que les formateurs P.P n'ont pas le diplôme cadre de santé, uniquement le D.E.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Au niveau de la conceptualisation de la clinique, dans le champ de la méthodologie et de la recherche.</p> <p>Issus du terrain mais pas de cadres de santé ; situation cocasse où on va délivrer des diplômes universitaires sans être universitaires. C'est un problème chez les pédicures podologues. Par V.A.E ? Que vont devenir les formateurs ? Va-t-on les obliger à se former ? Important d'être formés à la formation. Mais quelles voies et quelles sont les conditions proposées ? Quels diplômes et formations ? Ingénierie de formation, sciences de l'éducation, formation de formateurs adaptée ?</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Je n'y crois pas. Les enseignants chercheurs auront du mal. Cours théoriques et magistraux (anatomie, physiologie) tout ce que font les médecins à l'heure actuelle (médecins libéraux). Vont-ils venir dans une école privée ? Je n'y crois pas.</p>	<p>Diplômes universitaires obligatoires niveau Master pour participation aux programmes de recherche.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Pour tous les enseignements communs aux trois professions afin de rationaliser le système. Par conventionnement, participation aux groupes de travail. Conventionnement à distance pour l'anglais et ateliers d'anglais, médecine pour les pathologies comme on fait maintenant avec les cours en ligne. Sinon schéma classique, traitement de masse avec cours en amphitheâtre ou nouvelles technologies (cours en ligne) + T.D. Si groupes de recherche, faire valider des U.E, en référence à la participation sur la recherche des T.I.C (technologies d'information et de communication). La partie plus didactique et « savoirs de fonds » serait la plus en lien avec l'université.</p>	<p>les formateurs doivent être au moins niveau M2. A moyen terme niveau doctorat. Ce sera une priorité.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Enseignements fondamentaux ; enseignements médicaux, physiologie, santé publique, recherche, comme c'est le cas actuellement. Pour les formateurs, 40% des enseignements professionnels. Il ne faut pas dévaloriser les aspects professionnels et techniques. C'est une richesse. Stages ERASMUS, voire les contenus de stages déclinés en ECTS</p> <p>1^{ère} partie : Enseignement théorique de base, les fondamentaux dispensés par les universitaires. 2^{ème} partie : Faite par les professionnels, formateurs niveau M1 pour la formation clinique, formation diplôme, formateurs M2 dans le même enseignement, mais nécessité de former les formateurs car pénurie donc il faut des conventionnements avec l'université.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Au niveau des apprentissages fondamentaux.</p>
<ul style="list-style-type: none"> valeurs à inscrire au projet pédagogique 	<p>Respect-Honnêteté-Multiréférentialité- Transfert d'apprentissages. Satisfaction du référentiel de compétences, d'où sera issu le référentiel de formation ; Le tout paraît méthodologiquement cohérent. L'analyse des pratiques ouvre un espace pédagogique qui sera à formaliser. Le travail de recherche pour les étudiants sera validant avec de</p>	<p>Les mêmes que maintenant : Ouverture-interdisciplinarité.</p>	<p>Responsabilité-Ethique-Autonomie-Curiosité</p> <p>Réfléchir en termes de compétences et méthodes, deux points qui font défaut. La situation pédagogique, les structures d'enseignement sont inefficaces pour tout le monde, aussi bien à l'université. Le référentiel de formation en rapport avec les compétences, il était temps de le faire. Je n'en pense que du</p>

	<p>nécessaires articulations.</p> <p>Il y en a plein et tout est lié : Professionnalisation-autonomie-compétences Je trouve très bien tout cela, bien réfléchi, bien pensé mais quels moyens on va mettre derrière tout cela ? Je pense aux moyens humains. C'est bien sur le principe mais grande réforme qui risque de s'éteindre faute de moyens pour l'alternance et le pôle soins. Pour le pôle soins, on n'a pas le choix et emploi de libéraux non formés à la formation. Il existe un stage en libéral, où c'est plus la gestion d'un cabinet qui est enseignée mais pas d'actes donnés.</p>		<p>bien. Mieux organiser la situation pédagogique en fonction de ces compétences, comment les faire passer ? Mesurer la performance éducative.</p>
Impacts sur les étudiants	<p>Valorisation mais incompréhension des étudiants. Intérêt des passerelles universitaires qui peuvent amener un élargissement de la vision des pédicures podologues et entraîner une modification de leurs projets.</p> <p>Aucune idée pour les étudiants car on ne sait pas à quelle sauce on va être mangés</p>	<p>Une ouverture dans le sens qu'il y a trop de séparation entre l'université et la formation professionnelle, donc après, une fois professionnels, continuité avec l'université. Valorisation du diplôme du fait d'être reconnu à bac +3. Confrontation avec d'autres systèmes de formation. Ce sera un peu moins sécurisant mais amènera à plus de curiosité, autres systèmes d'apprentissage.</p>	<p>Pour l'instant, Les M.K trouvent du « boulot » et gagnent bien leur vie et donc les étudiants ne voient pas forcément l'intérêt de l'universitarisation car souvent l'université véhicule l'image de chômage, alors qu'ils pourraient devenir ingénieurs</p> <p>Prise de conscience de l'autonomisation. Investissement personnel à voir avec le système d'évaluation. Travail écrit.</p>
Points oubliés/Commentaires	<p>La dimension nationale et internationale, quelles articulations seront possibles vu qu'il y a peu d'harmonisation dans la profession de pédicure podologue actuellement.</p>		<p>Il n'y a pas à se dévaloriser. L'université va nous apporter la recherche mais nous pouvons aussi apporter à l'université. Situer les passerelles.</p>

- Tableau 2 : Récapitulatif des points d'accord et de divergence

Points d'accord	Points de divergence
<ul style="list-style-type: none"> - L'universitarisation va dans le sens de la reconnaissance professionnelle et du développement des professions. - Université de rattachement : conventionnement avec l'U.F.R de médecine, modulation de la part de l'ergothérapie qui a besoin d'autres partenariats. - Obstacles d'ordre politique/économique - Enseignements par les universitaires des fondamentaux. - Besoin reconnu que les formateurs aient un diplôme universitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mode de sélection des étudiants - Grade à négocier (licence /master en formation initiale) - Création d'un laboratoire de recherche

3.2.2 Interprétation et discussion des résultats

A travers les points de vue exprimés, malgré des points d'accord plus importants que les points de divergence, nous pouvons percevoir les intérêts différents des professions en fonction des cultures métier. Les attentes de l'universitarisation diffèrent selon les professions et l'engagement dans le projet apprécié montre quelques écarts.

En termes d'attentes de l'universitarisation

Concernant le développement professionnel

Une attente d'harmonisation européenne de la profession pour les pédicures podologues, soucieux d'obtenir dans ses actes, des actes de chirurgie, comme dans certains pays européens.

« *En Espagne, (la profession) reconnue avec actes de chirurgie* ». Cela sera corroboré par l'étudiante en pédicurie-podologie, Carole : « *On pourrait aller en Irlande, ce serait pas mal, mais eux ils font de la chirurgie, donc... du coup, c'est vrai que c'est compliqué. On espère que le LMD, oui, c'est ça, que ça va permettre...* »

- une reconnaissance en tant que discipline à part entière, pour les masseurs kinésithérapeutes, avec une attente très forte du développement du métier notamment en termes de recherche pour asseoir aussi la délégation d'actes de

médecine. « *le problème de fonds c'est installer une discipline dans une filière qui lui donne la capacité d'évoluer* » ; « *Le niveau de formation actuel ne donne pas cette qualification (responsabilités médicales limitées) en première intention mais en termes de compétences pré-diagnostic médical* ». Une phrase forte nous interpellera « *Le masseur kinésithérapeute conçoit les soins et est un praticien, comme le chirurgien qui maîtrise ses actes et l'opération* », nous laissant penser combien la médecine est le modèle de référence pour cette profession.

- une reconnaissance des connaissances pour les ergothérapeutes au niveau où ils (étudiants) sont réellement. « *Dans l'absolu, je n'aurais pas dit grade licence, mais licence car c'est reconnaître le niveau réel des étudiants, car il y a une réflexion sur les choix professionnels, les savoirs et méthodes de travail de plus une initiation à la recherche (...) Valorisation du diplôme du fait d'être reconnu à bac + 3* ».

Il est à remarquer que les deux professions exerçant principalement en libéral penseront au développement de leurs actes professionnels tandis que les ergothérapeutes se soucient d'une reconnaissance de qualification, le développement professionnel semblant se situer ailleurs, dans un ensemble plus partenarial de réadaptation. Les deux professions masseurs kinésithérapeutes et pédicures podologues inscrivent dans leurs valeurs : l'autonomie et la responsabilité venant relayer l'assise de la profession vis-à-vis du concept de « Licence et Mandate », prônés par E.C Hugues. Pour ces professions en majorité libérale, les impacts de l'universitarisation sur les étudiants sont envisagés comme étant minimes, car en secteur libéral, le marché de travail reste porteur, les étudiants pouvant s'arrêter après le Diplôme d'Etat. « *Pour l'instant, les masseurs kinésithérapeutes trouvent du boulot et gagnent bien leur vie et donc les étudiants ne voient pas forcément l'intérêt de l'universitarisation car souvent l'université véhicule l'image de chômage, alors qu'ils pourraient devenir ingénieurs* ». L'ergothérapie l'envisage plutôt comme un système continu de formation pour ses étudiants « *une ouverture dans le sens qu'il y a trop de séparation entre l'université et la formation professionnelle, donc une fois professionnels, continuité avec l'université* ».

Concernant la recherche :

- L'orientation des pédicures podologues et des ergothérapeutes repose dans la confiance apportée à l'institution, notamment au Pôle Recherche et Développement, pour développer ce domaine en association avec l'université dans le champ du handicap. Les deux professions souhaitent être associées aux recherches, avec pour les ergothérapeutes, une possibilité de participation des étudiants. Le laboratoire de recherche, en tant que tel ne semble pas nécessaire. Il est avoué de la part des pédicures podologues, son propre handicap dans ce domaine même si des thèmes de recherche spécifique au métier sont énoncés en termes de pistes : « *Efficiences et efficacité des traitements en pédicurie-podologie, études cliniques...* ».
- Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'important est de créer un laboratoire de recherche avec un conventionnement universitaire avec deux axes, celui de la recherche clinique en associant les étudiants, dans le domaine de santé publique « *commande santé publique* » ou sur des domaines de sciences « *travailler dans le sens longitudinal : kiné respiratoire, pédiatrie, mais aussi en didactique correspondant aux sciences de l'éducation, les deux sont nécessaires.* »

Les points de vue ici, montrent une apparente hétérogénéité dans la présentation de la recherche, et pourtant les acteurs la situent comme devant être à l'intérieur de l'I.F.P.E.K et non plus dans l'espace d'un U.F.R extérieur. Ce secteur étant nouveau pour ces professions, nous supposons un manque de visibilité dans ce domaine pour situer les niveaux de la recherche. Mais le fait de le retenir comme situé dans l'espace intérieur à l'entreprise, est un élément important à retenir pour les alternatives qui se présentent à l'I.F.P.E.K.

Concernant les enseignements universitaires

Les trois professions ont intégré le fait que ce sont les sciences fondamentales qui seront enseignées par les universitaires, comme c'est actuellement le cas pour les sciences médicales. L'ergothérapie précise la mutualisation de « *ces enseignements communs aux trois professions afin de rationaliser le système* ».

En termes de stratégie du projet d'universitarisation :

Concernant l'intégration d'un U.F.R et le grade

- Sur le plan politique, la stratégie est similaire à celle du plan national pour les masseurs kinésithérapeutes avec intégration à l'U.F.R de médecine, quitte à supprimer le concours d'entrée « *ce n'est plus possible de faire passer un concours (...), Si diversité, difficultés organisationnelles : V.A.E, P.C.E.M 1, S.T.A.P.S* ». La reconnaissance à un grade supérieur à celui de licence pour la formation initiale est aussi un des combats de ce corps professionnel. « *La sortie à M1 est satisfaisante, à terme M2* », « *M1, on est en discipline de la rééducation physique. M2 et Doctorat pour l'évolution de la profession* ». Il s'opère dans le calcul d'une première année de licence de médecine validée suivie de trois années de masso-kinésithérapie. L'ouverture d'une filière spécifique L.M.D rééducation-réadaptation ne semble cependant pas être exclue, si le grade master est validé pour la formation initiale « *licence de réadaptation différente de celle de santé mais viser le master* ».
- Les deux autres professions pédicurie podologie et ergothérapie s'en tiennent aux directives nationales et ministérielles avec le grade licence même si celui-ci est discuté comme n'ayant pas toutes les vertus d'une licence universitaire. Si le choix de l'intégration de l'U.F.R de médecine ne pose pas de problèmes aux pédicures podologues du fait des enseignements actuels, l'ergothérapie avec des enseignements plus importants en sciences humaines, aurait souhaité plus de panachage « *si on pense ergothérapie, sciences humaines principalement. Il faudrait creuser les particularités et quelles universités pourraient intervenir ; psychologie, sociologie, psychosociologie, sciences humaines, les plus proches de nos compétences vis-à-vis des savoirs* ». Les deux professions ne remettent pas en cause la sélection actuelle de leurs étudiants et semblent accepter une diversité dans les admissions. L'ergothérapie envisagerait une licence de réadaptation « *il faudrait une licence de réadaptation* » .

C'est sur ces points que nous trouvons les principales divergences entre les trois professions. La posture des masseurs kinésithérapeutes va se poser comme obstacle au projet de la construction d'une licence commune du fait d'un mode de sélection qui se veut différent et qui ne peut être désolidarisé de l'obtention d'un grade supérieur à celui actuellement proposé par le Ministère. Ils recherchent également l'harmonisation avec les autres instituts de formation de masso

kinésithérapie puisque certains intégrés avec le C.H.U et U.F.R de médecine obtiennent le master 1. Quelques éléments comme l'admission d'étudiants ayant validé des V.A.E, ou autres étudiants venant d'autres filières semblent poser problème, contrairement aux choix ministériels actuels notamment de l'Enseignement Supérieur, laissant supposer une sorte de « clôture » professionnelle. Le grade est envisagé aussi comme formalité « *A Amiens (I.U.P), les étudiants obtiennent M1+D.E. Ils ont juste rajouté de l'anglais et des statistiques* ».

Cependant, nous noterons qu'un champ commun aux professions est possible, puisqu'il n'y a pas de fermeture concernant l'idée d'une licence de réadaptation citée par l'ergothérapie et la kinésithérapie. Cela nous amène à penser qu'il faille raisonner non sur l'identité professionnelle métier mais une identité professionnelle plus large, celle de rééducateur-réadaptateur. Le résultat du sondage autour de l'appellation de l'éventuelle licence (cf. Annexe 6 : Résultats sondage), réalisé par mail auprès de l'ensemble des treize formateurs de l'I.F.P.E.K, confirmera cette idée puisque sur sept réponses, six fois est mentionné le terme de réadaptation. Nous pouvons donc conclure sur l'idée d'une identité venant de l'entreprise concurrençant l'identité métier, comme F.Osty le démontre, allant dans le sens de professionnalisation des acteurs. Cependant, il reste à démontrer que ce concept de réadaptation fasse réel consensus entre les professionnels.

Concernant les actions et obstacles envisagés :

Si nous observons un accord sur les actions à réaliser avec un plan de travail pour le C.O.D.I.R vis-à-vis du projet, un des membres pédicure podologue semble plus septique « *on n'aura pas le choix, celui-ci sera imposé par l'Agence Régionale de Santé* ». Pour les masseurs kinésithérapeutes, le maintien de leur choix de stratégie est essentiel (Intégration de la première année commune aux études de santé, grade master) pour les actions à mener, sur le terrain. Les obstacles sont envisagés sur plusieurs plans : politique, économique.

En résumé, d'après ces données, nous pouvons avancer que c'est principalement l'abord du projet dans son aspect stratégique sous-tendu par les dynamiques et cultures professionnelles qui divise et ont empêché la poursuite du projet formalisé en commission. Nous pouvons noter les intérêts et enjeux différents selon les professions. Les modèles culturels sont différents, particulièrement médicaux pour les masseurs kinésithérapeutes si on considère, les filières de recherche envisagées par secteurs de spécialisation, comme dans le programme d'enseignement actuel. Une autre

hypothèse est possible. Pour faire une autre lecture de ce qui s'est passé lors des réunions de la commission universitarisation, nous utiliserons la catégorisation des acteurs engagés dans le projet décrite par J.P Boutinet. En situant les réunions de la commission comme scène sociale où se déploie le jeu des acteurs impliqués dans le projet, J.P Boutinet nous invite à dissocier l'auteur, les acteurs centraux du projet (équipe projet) comportant des acteurs ressources¹⁴² et des acteurs confrontants¹⁴³ mais aussi des acteurs conflictuels¹⁴⁴, des acteurs indifférents¹⁴⁵, des assujettis¹⁴⁶. En termes de temporalité, une des dimensions importantes de tout projet, la commission a débuté avant les démarches des membres du C.O.D.I.R et des rencontres des membres du C.A avec le délégué universitaire. N'était-ce pas prématuré ? Etant aux prémises d'un projet non défini dans un programme, les acteurs centraux ont endossé le rôle d'auteur, ne pouvant plus jouer librement de la dialectique entre acteurs ressources et acteurs opposants qui assurent à l'auteur la garantie de la mise en œuvre du projet. Ne peut-on pas considérer alors qu'il y ait eu confusion dans les rôles autour de l'auteur du projet ou avons-nous oublié le fait que le projet ne pouvait s'inscrire que dans un programme, fait de contraintes ? Etait-ce à l'équipe projet représenté par le C.O.D.I.R, voire les membres formateurs invités à décider du projet à mener? Cette dynamique des rôles dans le groupe a joué à l'insu des acteurs présents. Cette hypothèse pourrait apporter sens à ce que nous avons ressenti et perçu, lors des réunions de la commission, dans notre posture d'observation participante. La prise de conscience de cet état de fait a amené à la dissolution de la commission et la suspension du projet.

Dans le prochain paragraphe, nous ferons la critique de notre travail de recherche et notamment de la méthode que nous avons employée.

¹⁴² Les acteurs ressources ont comme particularité de se proposer comme aides à l'auteur en développant les relations facilitantes.

¹⁴³ Les acteurs confrontants, eux, interviennent plutôt au cours de la réalisation initiale du projet, en apportant un regard critique constructeur, complémentaire de celui des acteurs ressources. Ces deux rôles sont nécessaires pour faire advenir le projet.

¹⁴⁴ Se différencient des acteurs confrontants par la manifestation d'une force oppositionnelle et la proposition d'un contre projet, constituant une véritable obstruction au projet de l'auteur et de l'action. Les acteurs conflictuels en maintenant leurs positions, amènent à la suspension du projet décidé.

¹⁴⁵ En dehors de toute notion péjorative, ces acteurs considérés comme « spectateurs », s'exprimeront différemment selon qu'ils se situent dans ou hors projet. Seront décrites alors trois types d'attitudes :

« *L'indifférence observée* » correspondant aux acteurs proches des acteurs centraux ou de l'auteur marquant une insensibilité au projet. Reste alors à comprendre la nature de la posture qui vient questionner le projet voire montrer éventuellement l'assujettissement qu'il provoque. Cette attitude peut constituer un véritable handicap au projet, si elle s'oriente vers l'influence négative.

« *L'indifférence évoquée* » a un double statut objectif et subjectif. Elle peut s'observer objectivement comme dans la première attitude, mais elle peut être invoquée dans le projet collectif, par un « *partage défaillant du pouvoir* » lié à l'auteur ou aux acteurs centraux.

« *L'indifférence suscitée* » correspond à « l'invisibilité du projet », l'auteur ou les acteurs centraux n'arrivent pas imposer son projet à l'environnement extérieur.

¹⁴⁶ « *Le projet collectif malgré la dimension participative qui lui est inhérente (...) ne saurait être pour autant un outil de promotion quasi automatique d'une autogestion émancipatrice (...) Souvent utilisé comme l'instrument d'un pouvoir n'aimant pas les contre pouvoirs, il est porteur de ségrégation et d'assujettissement, à moins qu'il accepte en permanence un regard critique sur ce qu'il produit* »¹⁴⁶. Partant de ce postulat, les assujettis seront les usagers de ce projet.

3.2.3 Limites de la méthode

Pour mener ce travail de recherche, nous avons voulu nous situer dans une approche compréhensive des faits et des situations qui entouraient notre objet de recherche « l'universitarisation ». Ce choix s'est justifié par la nature même de l'objet que nous découvriions au fur et à mesure en tant que processus se construisant. Son instabilité nous a posé problèmes à plusieurs reprises : en termes de temporalités, où ce que nous pensions « saisir » à un moment donné, était annulé la semaine qui suivait par la parution de nouveaux textes, en termes de méthode. Dans la période où s'est construite cette recherche soit environ une année, de nombreux changements ont eu lieu et ce dans tous les contextes: réforme des tutelles de l'Etat, élections régionales et réaménagement de la politique territoriale, changement de politique et stratégique de l'organisation dans laquelle nous travaillons. Nous avons eu du mal à fixer les contours de l'objet en soi. Nous avons choisi alors une méthode descriptive à partir du traitement de données documentaires et d'observations relevées sur le terrain, d'entretiens au départ, à visée essentiellement informative. Ce choix de méthode se justifiait en rapport avec la commande initiale de l'institution où notre travail consistait au départ, à conduire une recherche autour de l'étude de l'articulation des systèmes nécessaires à l'universitarisation des trois instituts de formation initiale, pour préparer le projet. Ce que nous avons partiellement rempli en faisant les comptes rendus des réunions auxquelles nous avons assisté et en menant des entretiens exploratoires auprès du Conseil régional puis auprès de la Directrice de l'institut de formation d'ergothérapie de Créteil pour le montage d'un projet licence. L'ensemble de ces données nous a permis de visualiser les circuits organisationnels en proposant leur modélisation et d'entendre les positionnements des différents acteurs, en émettant quelques hypothèses.

L'invitation faite à participer dans notre cadre de travail aux commissions universitarisation était pour nous l'occasion de s'engager dans l'action. Nous avons imaginé pouvoir construire autour d'un projet décidé, une ingénierie pouvant apporter concours à l'entreprise. Nous nous sommes lancés alors dans une autre forme de recherche plus proche de la recherche action même si celle-ci n'est pas totalement aboutie. Elle s'est trouvée limitée par la suspension de la commission avec un manque de matière (quatre réunions au total sur l'année) pour une exploitation plus approfondie des données. Nous avons mené six entretiens semi directifs auprès des membres de la commission pour connaître les représentations, dès la troisième réunion de la commission. Il était important pour nous de comprendre leurs points de vue de ces

acteurs pour mesurer les enjeux de l'universitarisation dans l'entreprise. Parallèlement, nous avons interrogé trois étudiants choisis en fonction de leur engagement dans les associations syndicales au niveau national et représentatifs de chacune des filières présentes à l'I.F.P.E.K. Chaque entretien a été enregistré, a duré entre 45mn et 60mn et a suivi le guide que nous avons présenté. Nous avons opté pour le croisement des données des membres de la commission pour vérifier ce que nous pressentions et choisi d'utiliser les propos des étudiants dans l'illustration des positions nationales qu'ils nous relataient.

Sur l'ensemble de ces entretiens, nous avons rencontré plusieurs biais:

- en termes de temporalités : les entretiens des membres de la commission se sont déroulés après la troisième réunion, sur un espace temps d'une semaine. Mais ceux effectués auprès des étudiants ont été espacés de plusieurs mois, du fait des stages.
- en termes d'échantillons : pour une comparaison entre corps professionnels, il existe une asymétrie des entretiens des membres de la commission constituant un biais : trois entretiens pour la masso-kinésithérapie (Directeur, formateur, présents dans la commission, étudiante de 2^{ème} année faisant partie de la F.N.E.K), trois entretiens en pédicurie-podologie (Directeur, formateur, présents dans la commission, étudiante de 3^{ème} année, déléguée de promotion) et que deux entretiens en ergothérapie (Directeur présent à la commission, étudiante de 1^{ère} année faisant partie de l'U.N.A.E.E).
- En termes de posture : les étudiants interrogés nous demandaient des explications sur le fonctionnement universitaire et sur nos propres positions institutionnelles, nous plaçant dans notre rôle de formatrice.

Sur un tout autre plan, en tant qu'acteur engagé dans cette entreprise, nous avons, lors des réunions de la commission, adopté une posture « d'observation participante ». Mais, nous avons eu du mal à échapper aux tensions engendrées par le sujet entre professionnels dans l'entreprise. Notre double rôle de représentante de l'institut de formation en ergothérapie et celui d'apprenti chercheur a nécessité et exigé de nous une prise du recul et une distanciation importante. La suspension de la commission universitarisation nous a permis de reconsidérer l'aspect projet dans son ensemble et de le réinterroger dans le souci d'une compréhension de ce qui s'est joué et des leçons que nous pouvons tirer de cette expérience.

Dans le chapitre qui suit, nous nous pencherons sur les perspectives possibles pour l'I.F.P.E.K en faisant le bilan de l'existant et du possible de notre point de vue et en discutant des préconisations.

3.3 Quel autre projet d'universitarisation ?

3.3.1 Bilan et perspectives

I- Bilan de l'existant

- *Au niveau national*

Durant l'année 2009, date de commencement de notre recherche, de nombreux textes nationaux sont parus remettant en question le « cadre programmatique » de l'universitarisation pour les professions paramédicales. Les derniers rapports relancent en partie le débat et réinterroge le cadre de l'universitarisation des formations d'auxiliaires médicaux. Le rapport parlementaire du 7/07/10, propose la création d'une première année commune aux paramédicaux, et la création d'instituts paramédicaux régionaux conventionnés avec les universités en intégrant l'ensemble des formations d'auxiliaires médicaux au système L.M.D pour une mise en œuvre en 2013. Le rapport Domergue publié le 6/8/10 soumet une nouvelle loi sur la première année commune aux études de santé, « *ouvrant la voie d'une réorganisation, de l'ensemble des formations médicales et paramédicales suivant le L.M.D (...) Dans ce cadre, de nouvelles passerelles, pourront être développées permettant aux auxiliaires médicaux d'accéder à une profession médicale ou pharmaceutique après une procédure de validation des acquis de l'expérience et une remise à niveau théorique* ¹⁴⁷ ». En 2013, les premiers étudiants ergothérapeutes sortiront avec un D.E et un grade Licence suite à la parution de l'arrêté du 5/07/10 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, donnant l'aval pour commencer dès la rentrée 2010, la mise en place du nouveau programme d'études. Les autres professions pédicures podologues et masseurs kinésithérapeutes continuent au niveau des groupes de travail, la construction de leur référentiel formation.

¹⁴⁷ Rapport Domergue, opus.cit.

- *Au niveau local*

Au niveau régional, l'A.R.S est mise en place et le Directeur Général de l'A.R.S ou son représentant, préside les conseils pédagogiques, devenant l'interlocuteur des I.F.I. La région vient d'accepter l'augmentation du nombre d'étudiants pour les ergothérapeutes (soixante dix par promotion) et trente huit par promotion pour les pédicures podologues pour la rentrée 2010. La masso-kinésithérapie est soumise à un quota non révisé. Le nombre d'admission n'augmente pas et reste à quatre vingt dix par promotion. Si on considère l'ensemble des étudiants qui seront présents à l'I.F.P.E.K, le chiffre s'élèvera à environ six cents étudiants sans compter les redoublements.

Au niveau de l'établissement, rendez vous est pris avec le Conseil Régional par les membres du C.A et du C.O.D.I.R, après le dépôt d'un dossier conséquent sur les fonctionnements des instituts de formation.

Une réunion ouverte à tous les formateurs a eu lieu pour entrevoir leurs représentations sur la recherche. Le groupe recherche en kinésithérapie, initié suite à l'arrêt des commissions universitarisation, continue pour l'année 2010-2011 sous forme de conférences, ouverte à l'ensemble des formateurs.

Un projet d'agrandissement des locaux I.F.P.E.K est à l'étude.

Au bilan pour l'I.F.P.E.K :

- Un cadre d'universitarisation non stabilisé.
- Une temporalité de mise en conformité (conventionnement) repoussée mais pas arrêtée officiellement.
- Un décalage dans la mise en place des programmes pédagogiques pour les trois formations.
- Une préconisation des universitaires à créer l'ensemble de la filière.
- Un interlocuteur universitaire délégué par Rennes 1. Un membre du C.A chargé du suivi du dossier avec le CODIR. Des conseillers pédagogiques par I.F.I.
- Un rendez-vous avec le Conseil Régional.
- Des stratégies professionnelles différentes liées à la culture métier mais un sentiment d'appartenance à une culture commune.

Au vu de ces éléments, il n'est de notre point de vue pas encore possible de faire le montage d'un projet commun actuellement, mais les perspectives et les alternatives qui se présentent doivent être étudiées.

Quelles perspectives ?

Au niveau national, deux perspectives se dessinent. D'une part la création d'instituts régionaux ouverts aux auxiliaires médicaux, d'autre part, au niveau universitaire, à moyen terme, la possibilité d'intégrer les auxiliaires médicaux à la filière 1^{ère} année commune aux études de santé avec la possibilité de passerelles. Regardons ces deux perspectives et ce qu'elles impliquent. Nous discuterons ces perspectives et apporterons notre point de vue.

II- Tableau des perspectives d'universitarisation : synthèse des éléments

	Rapport parlementaire du 7/07/10	Rapport proposition de Loi. Rapport Domergue du 6/08/10
Cadre Projet	<p>Rapport de mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux, présidée par Députée C. Lemorton (Hte Garonne). Rapporteur J. Domergue</p> <p>Création d'une première année commune pour les paramédicaux à l'exception des étudiants en I.F.S.I.</p> <p>Recommandation de la création d'instituts d'études paramédicales régionaux conventionnés avec les universités et formant l'ensemble des auxiliaires médicaux.</p>	<p>Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles familiales et sociales sur proposition de Loi. Jacques Domergue. Député (Hérault).</p> <p>Création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants</p>
Ce qui motive le projet et les constats Sélection	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de lisibilité dans la sélection des étudiants - Hétérogénéité des modalités de sélection au sein de la même filière. - Les I.F.I ont des statuts différents et inégalement répartis. - Déplore que les étudiants n'aient pas les mêmes droits et une sélection par l'argent. - Sélection incompatible avec la mise en place d'une licence non sélective pas définition. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de réorientation des étudiants après sélection concours médecine - Peu de passerelles différentes pour la réorientation - Réduction du taux d'échec à la licence pour les étudiants. Autour de 80% d'échecs en 1^{ère} année. - Choix d'orientation en fonction du classement et non du projet professionnel ; - Place prépondérante aux matières scientifiques - Le numérus clausus par faculté ne tient pas compte des besoins de santé du

		territoire.
Propositions	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion à mener sur la répartition des I.F.I. - Clarifier les compétences respectives Ministère Santé/ Enseignement Supérieur/ Education nationale. Responsabilité de certains diplômes à la Santé - Développement des passerelles permettant aux auxiliaires médicaux d'intégrer toutes les filières paramédicales et médicales avec dispense du concours. - Développement des dispenses de concours d'entrée paramédicales pour diplômés d'autres filières universitaires et professionnelles. - Création de filières d'accès pour les métiers qui en sont dépourvus. - Mutualisation des enseignements. - Création de masters transversaux - Equivalence de master pour les cadres de santé, I.B.O.D.E (infirmiers bloc opératoire D.E), puériculture - Rapprochement des filières et application progressive de la réforme avec expérimentation en 2012 .A long terme généralisation du système pour une mise en œuvre en 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une première année d'études commune aux futurs médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et sages femmes. - Réorientation plus précoce des étudiants par passerelles sortantes attractives : cursus universitaires généralistes dans les disciplines scientifiques, cursus universitaires professionnalisants, écoles paramédicales, formations nouveaux métiers de santé. - Création de nouvelles voies d'entrée. Ouverture de passerelles entrantes vers 2^{ème} et 3^{ème} année des études de santé aux titulaires d'un master scientifique, littéraire, études de commerce diplômés des instituts d'études politiques sur dossier et entretien.. - La première année commune aux études de santé ouvre la voie d'une réorganisation à moyen terme ensemble des formations menant aux professions de santé. Passerelles entre études médicales et paramédicales et possibilité pour les paramédicaux d'accéder aux professions médicales après V.A.E plus remise à niveau théorique. - Au concours, introduction d'épreuves de culture générale et de santé publique.
Remarques faites	<ul style="list-style-type: none"> - Culture commune, nouvelles compétences - Evolution des métiers, des besoins de santé et système de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'étudiants important. Infra structures non suffisantes. Augmentation du pourcentage d'étudiants lors de l'intégration des PCEP1. Plusieurs sites d'enseignement et

	- Observation sur le retard dans le processus de Bologne	enseignement par vidéoconférences.
--	--	------------------------------------

3.3.2 Discussion et point de vue personnel

Nous discuterons de ces deux projets en fonction de notre sensibilité et aussi des apprentissages que nous nous sommes forgés tout au long de notre recherche. Nous apporterons également quelques points de vue d'acteurs présents à l'I.F.P.E.K.

- La première remarque que nous souhaitons émettre est le sentiment que le projet de création d'une première année commune pour les paramédicaux nous paraît plus réaliste que la première année commune aux études de santé pour les différentes raisons qui ont été annoncées dans le rapport, témoignant d'une connaissance de terrain et des difficultés qui se présentent aux étudiants de ces filières paramédicales.
- En termes de culture commune, notre étude comparative sur les représentations de l'universitarisation entre métiers, a certes montré des divergences d'intérêts concernant les enjeux d'universitarisation de leur profession mais aussi un sentiment d'appartenance commun à une culture plus large que celle du métier, celle de rééducateur réadaptateur. Une habitude de cohabitation existe dans les services qu'ils soient hospitaliers ou médicaux- sociaux, voire dans le travail en réseau. Dans un des témoignages d'ailleurs, il sera dit : « *identifier les pathologies, c'est la médecine, le protocole de soins, c'est les soins infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, c'est la rééducation, la réadaptation, la réhabilitation* ». Ce sentiment est également partagé dans notre entreprise. La première année commune aux études de santé s'intéresse à l'identité professionnelle sur son versant administratif et statutaire en tant qu'auxiliaire médical, rappelant la division du travail. Une première année commune aux paramédicaux/auxiliaires médicaux ancre d'emblée, une identité professionnelle commune spécifique avec une culture issue de la professionnalisation. La rééducation réadaptation pour ces professionnels, se constitue alors comme une discipline en tant que telle, autre que la médecine et correspondant à des besoins de santé.
- En termes de sélection des étudiants, nous ne pensons pas qu'il faille avoir fait obligatoirement, une année de médecine validée pour suivre les études d'auxiliaires médicaux. Il nous semble effectivement que nous devons différencier les compétences

et les savoirs. Par expérience de formatrice du suivi des étudiants et en tant que responsable de stage, nous savons que de « bons étudiants » en termes d'acquisition des savoirs, peuvent se révéler de « mauvais professionnels » sur le terrain. Au niveau du D.E, la sélection n'a de valeur que vis-à-vis des savoirs nécessaires à engranger pour être compétent, mais ne préjuge pas de la compétence sur le terrain. La réforme permet le panachage des recrutements étudiants. Plusieurs textes nouvellement parus, vont dans ce sens que ce soit pour les V.A.E, les licences validées, S.T.A.P.S. Ces étudiants peuvent être dispensés du concours actuel d'entrée dans ces instituts. Ceux, ayant déjà bénéficié d'expériences professionnelles ou d'études apportent une maturité intéressante pour ces métiers « de travail sur autrui ». Sur le versant économique, les études paramédicales en établissement privé à but non lucratif, comme à l'I.F.P.E.K, coûtent chères sans compter les frais annexes et deviennent effectivement sélectives par leur coût, comme le souligne ce même rapport. L'espérance de l'universitarisation des filières des auxiliaires médicaux réside aussi sur ce versant pour les étudiants. Comme le rapporte ce témoignage d'étudiante à propos de l'universitarisation (Cf. Annexe 3 : Synthèse entretiens étudiants) A propos de l'universitarisation : « *D'abord, il y a une notion de coût d'études qui me vient en tête. Ce n'est pas forcément gratuit, je sais qu'il y a des étudiants à l'université qui payent près de trois mille euros leur année, mais on a quand-même une image qui est que l'universitarisation est prise en compte, payée par l'Etat, les frais de scolarité sont payés par l'Etat, donc c'est vrai que par rapport à l'IFPEK, ça fait une grande différence* ». C'est un des points revenu constamment et prioritaire dans les témoignages des étudiants de l'I.F.P.E.K quel que soit la filière. La première année commune des études de santé présente cet avantage et c'est aussi la raison du choix de certains étudiants interrogés. Si la création des instituts régionaux se présente, nous pensons qu'il faille discuter prioritairement de ce problème, en proposant des contrats d'apprentissage et subventionner une partie des études des étudiants s'engageant dans la fonction publique hospitalière, territoriale, médico pédagogique ou sociale.

- La mutualisation des enseignements et la création de masters transversaux deviennent essentielles à l'heure actuelle, non seulement pour « rationaliser le système », mais aussi favoriser la connaissance de la culture métier de l'autre, parler le même langage, et gagner en professionnalisation. Le « traitement de masse » de plusieurs filières en première année commune aux études de santé nous paraît peu réaliste au vu du nombre total des étudiants toutes filières confondues. Délocaliser et utiliser la vidéo conférence pour palier à cela, peut être effectivement une solution pour l'apprentissage

des savoirs fondamentaux mais encourage t-elle l'entraide mutuelle et favorise t-elle la socialisation des étudiants ?

- La configuration d'un institut régional des professions d'auxiliaires médicaux avec le développement de plusieurs filières s'apparente à la création d'un I.U.P, qui fait consensus depuis un certain temps parmi ces professions. Pour l'I.F.P.E.K regroupant déjà trois filières, ce type de configuration paraît cohérent et pertinent vis-à-vis de l'environnement puisqu'il est le seul sur la région Bretagne à regrouper la formation de ces métiers.

Nous terminerons ce chapitre par quelques préconisations pour notre entreprise concernant plus les aménagements à mener en termes de dynamique institutionnelle.

3.3.3 Préconisations

L'analyse du projet initial nous montre que l'équipe projet ne peut pas se limiter aux seuls membres internes à l'entreprise. Elle doit s'étendre aux membres occupant la scène régionale : Conseil Régional, membres de l'A.R.S et membres universitaires qui ont déjà l'expérience du montage avec les I.F.S.I. Un calendrier de rencontres doit être établi et les sujets que nous avons repérés comme sensibles tels que le coût des études, le mode de sélection des étudiants, le grade et la gouvernance doivent être abordés pour aboutir au conventionnement de l'I.F.P.E.K avec une université de référence. C'est le premier niveau de mise en œuvre de l'universitarisation des trois filières présentes à l'I.F.P.E.K. Cette démarche est en train de se mettre en place.

Le deuxième niveau concerne le pôle ressources humaines de l'entreprise. Doit être mis en œuvre au niveau stratégique, une gestion prévisionnelle des emplois et compétences et une véritable politique de formation, qui incite les formateurs à s'engager dans des formations universitaires de niveau master. T. Ardouin¹⁴⁸ met en correspondance ressources humaines et plan de formation. En s'appuyant ce qu'est l'ingénierie de formation, il décrit le plan de formation comme une des traductions opérationnelle de la gestion R.H. Il le situe « *sur l'analyse de la situation actuelle de l'emploi en lien avec le contexte interne et l'environnement externe, actuels et futurs en terme d'écart, qui justifie la mise en œuvre d'une politique de formation* ». Le plan de formation actuel à l'I.F.P.E.K n'est travaillé qu'au niveau des entretiens annuels individuels et peu articulé avec les prévisions de postes et emploi. Un travail

¹⁴⁸ Ardouin ; T. ; (2009), *Ingénierie de formation pour l'entreprise, Analyser, Concevoir, Réaliser, Evaluer*, Paris, Dunod, 2^{ème} édition, p 57.

d'ingénierie de formation devrait être mis en œuvre dans la double démarche descendante avec les axes prioritaires de la politique de formation et ascendante en tenant compte des besoins exprimés par les salariés. Pour formuler cette préconisation, nous nous appuyons sur deux témoignages celui du Directeur du Pôle Recherche et Développement « *L'équipe en place doit se former académiquement M2 et ce, dans chaque institut de formation initiale. Il existe une transversalité dans ces formations (...) Participer à ce qui existe à l'extérieur, obliger les formateurs à être attachés à un laboratoire de recherche et se conformer au profil. Obligation de lectures et d'écriture d'articles* » et celui embarrassé d'une des formatrices, à propos de l'équipe pédagogique : « *Issus du terrain mais pas de cadres de santé ; situation cocasse où on va délivrer des diplômes universitaires sans être universitaires. C'est un problème chez les pédicures podologues. Par V.A.E ? Que vont devenir les formateurs ? Va-t-on les obliger à se former ? Important d'être formés à la formation. Mais quelles voies et quelles sont les conditions proposées ? Quels diplômes et formations ? Ingénierie de formation, sciences de l'éducation, formation de formateurs adaptée ?* ». C'est un débat qui doit être mené et négocié dans l'entreprise mais aussi au premier niveau dans l'instance décisionnelle avec les universitaires et le conseil régional vis-à-vis de l'accréditation des formateurs. « *On peut très bien et je pense que c'est votre cas à l'I.F.P.E.K .On peut très bien avoir une partie des formateurs accrédités par l'université* », nous dira notre interlocutrice du Conseil Régional. Face à l'hétérogénéité des fonctions de formateurs à l'I.F.P.E.K, il nous semble qu'il faille faire l'analyse de chaque poste, en dégager les compétences sous-tendues, les confronter aux besoins futurs, en proposant les formations nécessaires. Pour autant, il ne s'agit pas de les hiérarchiser statutairement. L'universitarisation des formations risque de standardiser les fonctions de formateur. Il s'agira alors de bien cerner ses nouvelles fonctions qui peuvent être à articuler avec le pôle Recherche et Développement.

Au niveau managérial, pour instaurer la coopération et favoriser la culture d'entreprise, il nous semble qu'il faille dans un premier temps laisser chaque institut de formation s'approprier des référentiels qui lui sont propres, mais aussi créer des espaces de réflexion entre formateurs que ce soit sur la recherche comme cela était initié ou sur des échanges de pratiques pédagogiques, sur les liens qui unissent ces auxiliaires en terme de culture professionnelle comme la réadaptation, pour conforter et accroître la professionnalisation des personnels. Cela permettra dans un second temps de travailler la transversalité de certains enseignements pour les étudiants, d'étudier les complémentarités entre métier et de s'engager dans l'accompagnement de sujets de recherche transversaux, préparant les étudiants au travail coopératif.

Il existe certainement d'autres préconisations qui apparaîtront dès que le processus d'universitarisation sera effectif pour les trois instituts de formation initiale. L'expérience de la filière ergothérapie dans la mise en place de la réforme, suscitera curiosité et questionnements des autres filières. La mise en commun des référentiels formation et la mutualisation des enseignements sera une autre étape importante à venir.

3.4 Bilan personnel et synthèse de la démarche de recherche

3.4.1 Bilan personnel

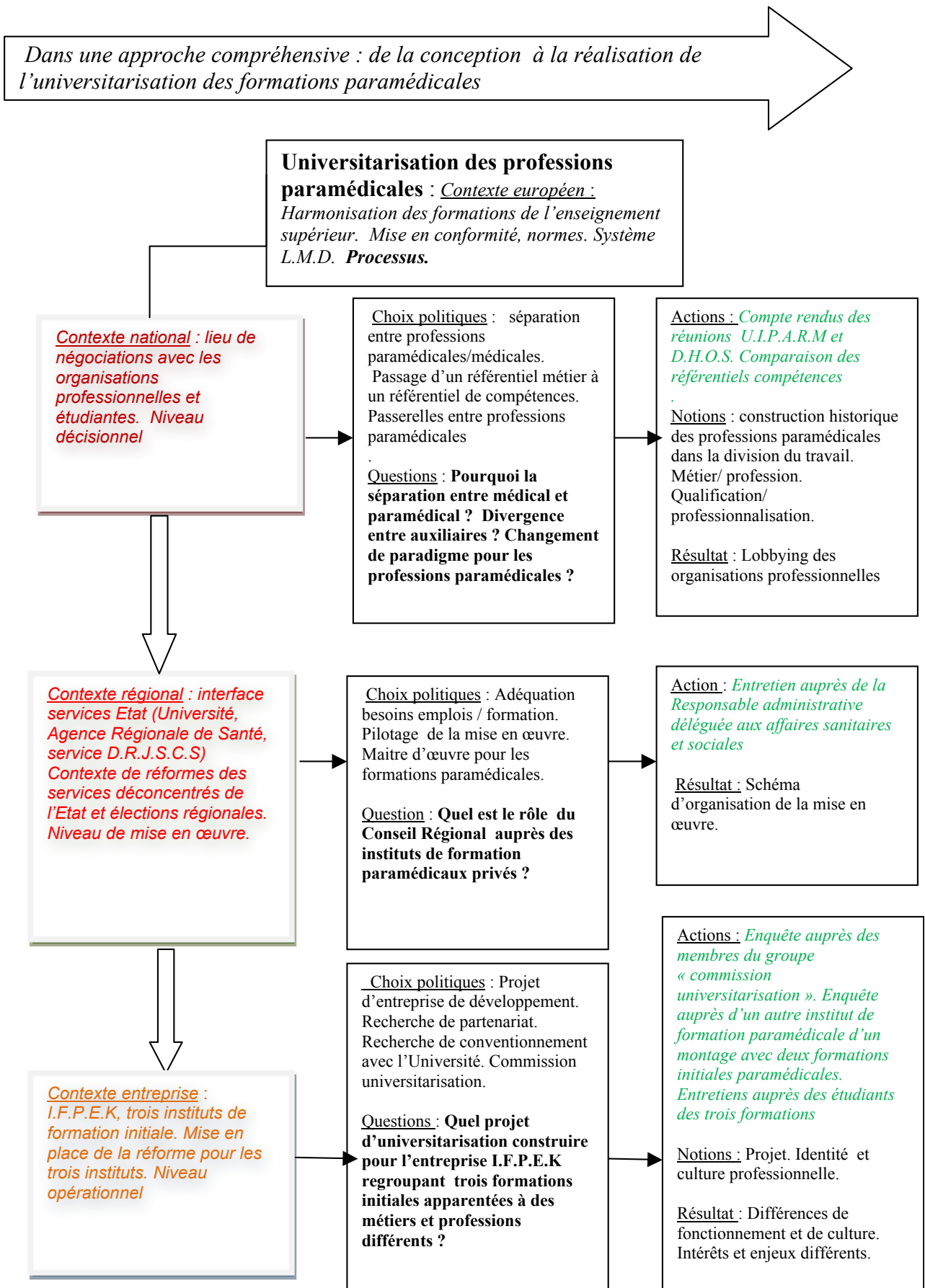
A travers ce mémoire qui a duré une année, nous avons pu mettre à profit notre enseignement et les connaissances acquises une année plus tôt dans le cadre de notre formation SIFA. Ce mémoire devient le témoin de notre parcours en termes d'apprentissages à travers les différentes parties qui le constituent. En effet, la première partie intègre des éléments de synthèse de l'ingénierie des politiques. La seconde vient rendre compte de l'ingénierie de l'intervention. Il nous a été donné d'examiner notre entreprise et son évolution avec un regard proche de celui du consultant à partir de l'histoire de l'association I.F.P.E.K que nous avons reconstituée. Sur un tout autre volet, dans cette seconde partie, nous avons pu nous remettre en question en exposant notre malaise lors des réunions commission universitarisation dans la session analyse de pratiques, lors de notre formation. Cette notion échappe aux lecteurs de ce mémoire. Nous avons trouvé une autre grille de lecture celle des acteurs centraux d'un projet. Mais nous avons cependant dialogué avec les autres virtuellement¹⁴⁹, et dialogué avec nous-mêmes pour comprendre et ajuster notre place. Cela a fait l'objet d'un dossier U.E.F.4 nous permettant d'accéder à une réelle autoformation, renforçant l'idée que le sujet ne peut s'engager dans une autoformation, qu'à partir du triptyque défendu par Gaston Pineau *d'hétéro (formation reçue des autres y compris celle de la formation externe S.I.F.A, présente dans ce cheminement), d'éco (l'expérience directe des choses et des éléments, dans mon contexte de travail), d'auto (« action définie comme un double processus réflexif, une prise de conscience de soi comme formé par les autres (hétéro) et par les choses (éco) et une appropriation du pouvoir de formation par lui-même et de son application à lui-même »).*¹⁵⁰ Les actions réelles et concrètes aussi minimales soient-elles dans cette expérience ont par leurs apports ouvert, quelques pistes dans l'engagement d'autres

¹⁴⁹ Interagir en pensées des partenaires virtuels, sera le fait de l'intériorisation des formes sociales du comportement (élément essentiel de la théorie Vygotskienne sur le concept « d'étayage »)

¹⁵⁰ Clenet, C., *l'accompagnement de l'autoformation expérientielle*, In Bezille, H., Courtois, B., 2006, *Penser la relation expérience-formation*, Paris, Chronique Sociale], p 114..

actions ou de projets. L'idée par exemple d'informer et de former au portfolio de l'étudiant les tuteurs de stage, sera pour nous, un des projets à monter au niveau de l'ingénierie pédagogique, dans le cadre de la réforme d'universitarisation de la formation des ergothérapeutes, à partir de notre place de responsable des stages. Sur un autre plan, l'apport des enseignements sur la « modélisation et la catégorisation » nous aura permis d'élaborer des schémas identifiant les niveaux de conception et de réalisation de ce processus complexe. Nous aurions aimé apporter davantage en termes de construction d'ingénierie mais cela n'a pas été possible, le processus dans sa réalisation n'en étant qu'à ces débuts. Nous espérons simplement que ce travail apportera quelques éléments à l'ensemble des acteurs présents dans notre entreprise, pour œuvrer à un projet commun.

3.4.2 Synthèse de la démarche de recherche



Conclusion

Ce mémoire a cherché à mettre en évidence la complexité d'un processus : celui de l'universitarisation des professions paramédicales à travers les différents contextes qui entourent sa conception et sa réalisation. En regardant rétrospectivement ce processus, presque dix années se seront écoulées pour qu'advienne l'universitarisation d'une des premières professions paramédicales celles des infirmiers avec l'application du nouveau programme en 2009 et un début de conventionnement universitaire. La lenteur de la mise en place d'un processus acquis depuis plusieurs années par nos voisins européens, interroge nos institutions. Nous supposons que la multitude des acteurs entourant sa conception, la tutelle des deux ministères complexifient ce processus retardant sa mise en place. Les organisations professionnelles dans ce contexte mal stabilisé, jouent leurs intérêts, selon la perspective interactionniste, dont nous nous sommes servis comme grille de lecture pour comprendre le niveau politique. Quelques questionnements restent encore en suspend dans cette réforme. Les passerelles, les V.A.E, la F.T.L.V, qui sont principes dans l'Europe, sont encore à affiner face aux référentiels métier et formation actuels pour ces professions. L'harmonisation européenne sur le plan des métiers, sur le plan du grade universitaire n'est pas complètement effectuée. Compte tenu de la culture de chaque pays, la reconnaissance des diplômes est différente. Ce sont les observations rapportées par les professionnels que nous avons interrogés. Des commissions sont mises en place pour permettre l'accès à l'emploi dans d'autres pays européens.

Les filières post licence en France pour ces professions sont encore à créer. Des efforts sont faits dans ce sens au niveau régional par le biais de l'E.H.E.S.P pour la profession infirmière et maintenant celle des auxiliaires médicaux avec la création de masters de réadaptation. Mais quelles articulations seront faites avec les formations initiales ? Au niveau de la formation initiale peu de formateurs professionnels sont dans une dynamique de recherche. Ce travail pourrait être initié par les universités qui apporteraient démarche méthodologique et savoirs à ces professionnels qui restent dans l'ombre des démarches empiriques et expérientielles. Le constat de l'apparition de filières professionnelles semble se dessiner. Mais que deviendra alors la filière encadrement et pédagogie correspondant aux Cadres de Santé qui avait le mérite d'instaurer une interprofessionnalité entre les différents corps de métiers paramédicaux ?

Au niveau micro pour notre entreprise, deux alternatives se présentent celle de la création d'une filière universitaire complète dans le cadre d'un institut régional ou celle d'intégrer la première année commune aux études de santé. L'opportunité de choisir

celle qui semble la plus intéressante au vu de l'intérêt général des trois instituts qui la composent apportera cadre et consistance à son projet. Les ergothérapeutes, en cette rentrée 2010, s'approprient leur programme de formation et s'évertuent à l'appliquer, sans conventionnement. Cela devient de fait un élément de poids pour engager fortement les négociations. L'universitarisation des trois instituts de formation initiale entrainera très certainement des changements organisationnels importants au niveau de l'entreprise, qu'elle doit envisager en amont, en préparant le personnel. Les formateurs ergothérapeutes actuellement, sans véritable guidage universitaire de l'ingénierie pédagogique, se questionnent sur les commissions de validation des enseignements et sur la conformité de ce qu'ils établissent en termes de contenus pédagogiques attendus. Il faudra quelques années vraisemblablement le temps d'une promotion sur les trois ans pour l'intégration de tout le système.

L'ensemble de ces questionnements montre les limites de notre recherche mais nous espérons que ce travail partiel puisse modestement participer à la réflexion de l'ensemble des acteurs de notre entreprise.

Bibliographie

Ouvrages

Alter, N., (2006), *Sociologie du monde du travail*, Paris, P.U.F.

Arborio, A.M., Fournier, P., (2003), *L'enquête et ses méthodes : L'observation directe*, Paris, Nathan Université.

Ardouin, T., (2006), *Ingénierie de formation pour l'entreprise*, Paris, Dunod.

Barbier, J.M., (2004), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, P.U.F.

Barbier, R., (1996), *La Recherche Action*, Paris, Anthropos.

Bellier, S., (2002), *Ingénierie en formation d'adultes*, Paris, Liaisons.

Bezille, H., Courtois, B., (2006), *Penser la relation expérience formation*, Lyon, Chronique Sociale.

Boutinet, J.P., (2000), *Anthropologie du projet*, Paris, P.U.F.

Boutinet, J.P., (2004), *Psychologie des conduites à projet*, Paris, P.U.F.

Boutinet, J.P., (2010), *Grammaires des conduites à projet*, Paris, P.U.F.

De Ketele, J.M., Roegiers, X., (2009), *Méthodologie du recueil d'informations*, Bruxelles, De Boeck.

Dubar, C., (2004), *La Socialisation*, Paris, Armand Colin.

Dubar, C., Tripier, (2005), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.

Dubar, C., (2007), *La crise des identités*, Paris, P.U.F.

Dubet, F., (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil.

Geay, A. (2004), *L'école de l'alternance*, Paris, L'Harmattan.

Lafaye, C., (2002), *Sociologie des organisations*, Paris, Nathan Université.

Lallement, M., (2008), *Sociologie des relations professionnelles*, Paris, La Découverte.

Le Boterf, G., (2002), *Développer la compétence des professionnels. Construire des parcours de navigation*, Paris, Editions d'Organisations.

Mintzberg, H., (1990), *Le Management, Voyage au centre des organisations*, Paris, Editions d'Organisation.

Monnet, J., (2009), *Naissance de la Kinésithérapie*, Paris, Glyphe.

Mucchielli, A., (1986), *L'identité*, Paris, P.U.F.

Osty, F., (2002), *Le désir de métier, engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, P.U.R.

Sainsaulieu, R., (1988), *L'identité au travail*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

Vasconcellos, M., (2006), *L'enseignement supérieur en France*, Paris, La Découverte.

Wittorski, R., (2006), *Formation, Travail et Professionnalisation*, Paris, L'Harmattan.

Zarifian, P., (2009), *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, P.U.F.

Articles :

Ardoino, J., Une révolution copernicienne, In Mesnier, P.M. & Missotte, P.,(2003), *La recherche-action, Une autre manière de chercher, se former, transformer*, (2003) Paris, L'Harmattan, 41-65.

Barbier, R., Le sujet dans la recherche-action, In Mesnier, P.M. & Missotte, P., (2003), *La recherche-action, Une autre manière de chercher, se former, transformer*, Paris, L'Harmattan, 51-67.

Barbier, R., les rapports entre recherche, action et formation : distinctions et articulations, *Education Permanente*, n°177, 49-65.

Berger, G., La recherche-action, Epistémologie historique, In Mesnier, P.M. & Missotte, P., (2003) , *La recherche-action, Une autre manière de chercher, se former, transformer*, Paris, L'Harmattan.13-26.

Bergeau, J. & Cottret Y. (2008), Théories et modèles, *Kinéscope*, n°11, Synergie Santé, 5-8.

Braichet, J.M., (2009), Réformes de santé en Europe et dans le monde, *Ergoscope*, n°4, Synergie Santé, Scopes, 4-5.

Brémaud, L., Stratégie en formation d'adultes : vers la fin d'un mythe ?, In Leguy, P., Brémaud, L., Morin, J., Pineau, G., (2005), *Se former à l'ingénierie de formation*, Paris, L'Harmattan, 63-71

Bourez, A., (2006), L'universitarisation des formations en santé, quels enjeux ?, *Soins Cadres*, n° 59, 59-61.

Chauvigné, C., Coulet, J.C., Gosselin, P., Les leçons d'un colloque, In *Journées Compétences Emploi & Enseignement Supérieur*, (2006), Université de Bretagne, Les Champs Libres, 13-30.

Coulet, J.C.,Chauvigné, C., (2005), Passer d'un référentiel de compétences à une ingénierie de formation, *Education Permanente*, n° 165, 101-105.

Colin, R., Henri Desroche et les racines de la recherche-action, In Mesnier, P.M. & Missotte, P., (2003), *La recherche –action, Une autre manière de chercher, se former, transformer*, Paris, L'Harmattan, 27-40.

Gibelin, A., Vers une nouvelle identité professionnelle ?, *Kinéscope*, n°11, Synergie Santé 10-12.

Giraud-Rochon, F. (2009), La gouvernance des formations paramédicales par les régions, *Soins Cadres*, n° 71, 43-49

Guihard, J.P., L'évolution de la politique de santé en France, In Caire, J.M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, (2008), Marseille, Solal, 21-29

Hanique, F., De la sociologie compréhensive à la sociologie clinique, In de Gaulegac, V., Hanique, F., Roche, P., (2007), *La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologiques*, Paris, Erès, 91-113.

Hernandez, H., La formation en ergothérapie : évolutions à venir, In Caire, J.M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, (2008), Marseille, Solal, 282-286.

Hernandez, H., (2008), Du côté du Ministère de la Santé, *Le monde de l'ergothérapie*, n°5, Marseille, Solal, 10-11.

Hernandez, H., Evaluation de l'impact du dispositif L.M.D sur les formations et le statut des professions paramédicales, *Le monde de l'ergothérapie*, n°8, Marseille, Solal, 16-17.

Hernandez, H., Person, Y., Présentation des études post-diplômes d'Etat, In Caire, J.M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, (2008), Marseille, Solal, 287-291.

Kaddouri, M., Praticiens et chercheurs : litiges autour d'un qualificatif, *Education Permanente*, n°177, 79-89.

Kozlowski, J., (2008), Le processus de Bologne et la formation des infirmiers, *Soins Cadres*, n°67, 59-60.

Le Boterf, G., L'ingénierie : concevoir des dispositifs dans des environnements complexes et évolutifs, *Education Permanente*, n°157, 53-61.

Orvoine, C., Morel-Bracq, M.C., Les critères minimums requis pour la formation des ergothérapeutes, In Caire, J.M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, (2008), Marseille, Solal, 263-267.

Pineau, G., L'ingénierie stratégique de la formation, In Leguy, P., Brémaud, L., Morin, J., Pineau, G., (2005), *Se former à l'ingénierie de formation*, Paris, L'Harmattan, 29-39.

Pineau, G., (1985), L'autoformation dans le cours de la vie : entre l'hétéro et l'écoformation, *Education Permanente*, n°78/79, 25-39.

Ponte, C., (2009), Le point sur la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », *Soins Cadres*, supplément au n°71, 19-20.

Sève-Ferrieu, N., La formation initiale et les évolutions de carrière, In Caire, J.M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, (2008), Marseille, Solal, 268-271

Schurmans, M.N., l'approche compréhensive et qualitative dans la recherche en formation, *Education Permanente*, n°177,91-103.

Spurk, J., (2008), Préface, in *De l'Université Karl Jaspers : situations et critiques*, traduit de l'allemand par Ingeburg Lachaussée, Parangon/U.S, Concours C.N.L, 5-11.

Wittorski, R., (2002), Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives, *Soins Cadres*, n°41, 38-42.

Wittorski, R., (2004), Les rapports théorie-pratique dans la conduite des dispositifs d'analyse de pratiques, *Education Permanente*, n° 160, 61-69.

Wittorski, R., (1994), Analyse du travail et production de compétences collectives dans un contexte de changement organisationnel, *Education Permanente*, n° 118, 65-83.

Thèses et rapports :

Bach, J.F., (2005) *Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme, L1 Santé*, synthèse

Domergue, J., (2010), *Proposition de Loi (n°1182) portant sur la création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants*, 41p.

Morelle, A., Veyret, J., Lesage, G., Acker, D., Noire, D., (2008), *Evaluation du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*, Synthèse, 53p.

Thulliez, C., (2006), *Commission sur l'intégration des professions paramédicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, rapport de mission, 25p.

Wagner, C., (2004), *L'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de position et représentations*, Thèse pour le Doctorat de Sociologie, sous la Direction de J.Y. Trepos, Faculté des Sciences Humaines et Arts, Université de Metz, 369p.

Enquête Iroise (2009), G.R.E.F, Synthèse, Conseil Régional de Bretagne.
S.R.E.F.

Turning Educational Structures in Europe: *Reference points for the design and delivery of degree programmes in occupational therapy*, E.N.O.T.H.E, Bilbao, 205p

Principaux sites consultés :

<http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/EHEA2010/BolognaPedest>.

<http://www.education.gouv.fr/realisation/education/superieur>

<http://www.ars.bretagne.fr/politiquespubliques>

<http://www.legislation.gouv.fr>.

<http://www.ifpek.org>.

http://www.sante-sports.gouv.fr/rubrique_219.html.

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php.

<http://www.apmnews.com>

<http://arianesud.com/index.php/layout/set/print/content/download/594/2351/file/ARDOI>
[NO](#)

<http://www.cnks.org/actualites-professionnelles.html>

<http://www.education.gouv.fr/realisations/education/superieur/bologn>.

<http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/EHEA2010/BolognaPedest>

Dictionnaires:

Dortier, J.F., (2008), *Le Dictionnaire des Sciences Humaines*, Auxerre, Sciences Humaines.

Larousse

Le Robert de Poche, 2009.

Picoche, J., (1992), *Dictionnaire étymologique du français*, Paris, Le Robert.

Annexes

Annexe 1 : Compte rendu de l'Universitarisation des I.F.S.I

Annexe 2 : Compte rendu de la XIVème journée nationale d'étude et de réflexion de l'U.I.P.A.R.M

Annexe 3 : Synthèse entretiens étudiants.

Annexe 4 : Comparaison des référentiels

Annexe 4 bis : Liste des compétences de chaque métier

Annexe 5 : Entretien C.R.B.

Annexe 6 : Comptes rendus des réunions de la commission universitarisation.

Annexe 7 : Résultats sondage.

Annexe 8 : Les niveaux du cadre de qualifications européennes

Annexe 9 : Entretien Directrice I.F.E de Créteil

Annexe 10 : Synthèse des entretiens des membres de la commission universitarisation.

Annexe 10 bis : Résultats bruts des entretiens menés auprès des membres de la commission universitarisation

Annexe 1 : Compte rendu réunion Universitarisation des I.F.S.I du 27/03/09

Objet : Présentation de l'universitarisation des I.F.S.I dans une dynamique interrégionale Bretagne Pays de Loire.

Présence et animation : 4 conseillères pédagogiques D.R.A.S.S.faisant partie de la commission technique et présentation des travaux à l'échelle nationale par Thérèse PSIUK faisant partie de la commission technique nationale avec Marie Ange Coudray. Autre présence : Mme Le Fur, responsable du service des affaires sanitaires et sociales du C.R.B.

Lieu : Amphi Bretagne du C.H.U

Public : Directeurs et formateurs I.F.S.I et infirmiers terrains de stage, toutes les branches infirmières représentées : libéral, scolaire etc. Environ 150 personnes. I.F.P.E.K invité par le C.R.B ? 3 représentants M.K : directeur, directeur adjoint et formateur, le directeur du P.R.D, Directeur adjoint PP et 1 formatrice, 1 formatrice ergo. Tous excepté les 2 directeurs adjoints participent à la commission Universitarisation de l'I.F.P.E.K.

Durée : cf. Programme

- 1^{ère} partie de la matinée : Présentation par Mme Psiuk du référentiel de formation de la profession infirmière. Rappel de la construction du référentiel formation, fait à partir du référentiel compétences, lui-même issu du référentiel activités, opérationnel pour septembre 2009. Ce référentiel formation sera réévalué tous les 4 ans. Mise en place rapide. Rappel que dans le référentiel compétences ont été déclinées 8 « macro compétences » ou emblématiques de la profession, elles mêmes déclinées en critères d'évaluation, en indicateurs, et retraduits sous forme de phrases dans le porte-folio de l'étudiant, en tenant compte d'une progression dans l'acquisition des compétences en stage. Exemple pour la compétence 1 : *Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier*, 1^{er} palier stage 1 : sera traduit par : consulte l'ensemble des sources d'informations, en stage 3 : sera traduit par pertinence du diagnostic clinique. On ne peut pas exiger d'un étudiant débutant, d'avoir toutes les compétences, donc 4 niveaux de maîtrise : Niveau 1 correspond aux Aides soignants : Soins Formation de Base, Niveau 2 : pratique confirmée, Niveau 3 : Infirmier Confirmé, Niveau 4 : Expert. Rappel des 10 compétences infirmières avec l'idée que les 5 premières concernent le « cœur métier » et que les 5 dernières sont des compétences transversales. Si des passerelles existent, il y aura obligation d'apprendre les 5 premières, « cœur de métier ».

Pour Enseignement Supérieur, en Licence il faut être sur la méthode par la recherche, à introduire dans la formation de base à partir Evidence Base (E.B.N) ou données probantes, si on veut aller plus tard sur des Master 1 et master 2. Introduction de l'anglais scientifique, apprendre à déchiffrer les abstracts (valeur de 3 ECTS).

Nouveau lexique : U.E (sciences contributives/ cœur de métier), ECTS, U.I (unités d'Intégration, notamment stages). Porte folio. 1 semestre=30 ECTS, 1 ECTS=25h. 180 ECTS pour valider D.E et grade Licence.

Pour les sciences contributives, faire venir des universitaires et puis les U.I travaillées par les professionnels de santé d'où l'importance de la posture du formateur. Le terme d'accompagnement prend tout son sens dans ces U.I.

Le porte folio est aussi appelé « portefeuille des compétences ». Il sert à accompagner la progression de l'étudiant. On ne sait pas encore s'il sera électronique ou sur papier. Nécessité de travailler avec les terrains de stage.

- 2^{ème} partie de la matinée : Présentation de l'I.F.S.I de Vannes d'une approche pédagogique par situation.
Définition utilisée : celle de Le Boterf et Zafirani « Savoir agir et réagir en situation, dans un contexte professionnel, en mobilisant des ressources »

Questionnements préalables :

- Qu'est-ce qu'une situation professionnelle clé ?
- Est-ce que ces situations sont des situations d'apprentissage ?

Postulats :

- La pertinence professionnelle n'est pas la pertinence pédagogique
- La situation d'apprentissage permet de comprendre, agir, transférer

Méthode : Approche par situation avec 2 portes d'entrée celle de la compétence, celle de U.I. Choisir une situation emblématique initiale et choisir une situation de transfert.

Etape de construction de la situation problème :

- Détermination d'une intention pédagogique

- Identification d'une énigme
- Description détaillée et rédaction de la situation de façon narrative.

Principe de la situation problème :

- S'inscrit U.I
- S'étale dans le temps
- Alternance de travail en groupe et travail individuel.

Déroulement et consignes de travail :

- Qu'est-ce qui pose problème ? Recherche de la précision. Traçabilité dans un carnet de bord. Autorégulation au sein du groupe et aller retour avec le formateur. Supervision du formateur et évaluation des apprentissages : Qu'est-ce qu'on a appris au niveau du contenu, au niveau méthodologique, au niveau du travail en équipe.

Constats :

- U.E nécessaires pour bâtir la situation d'apprentissage
- Confrontation de l'ensemble des situations choisies au sein de l'I.F.S.I pour s'assurer de la complémentarité avec les compétences.
- Les situations emblématiques deviennent le ciment du projet pédagogique.
- Situations à trouver auprès des personnes âgées, enfants, adultes
- Nécessité de faire des liens avec le terrain. Articulation compétences et combinaison avec analyse des pratiques en stage.
- Situation professionnelle vers transposition didactique : méthode de cascades convergentes et divergentes. Doit être situation réelle de terrain.

3^{ème} partie de la matinée : Présentation d'un Comité de liaison de Vendée (la Chataigneraie, St Charles, Georges Mazurelle, IFSI

Partenariat de professionnels. Travail autour de la méthode de Vergnaud, accompagnés par Marc Nagels HESP. 3 réunions de mise en commun et d'apprentissage de la méthode.

la situation professionnelle apprenante serait choisie en partenariat avec des professionnels en fonction de la situation qui recouvre des connaissances, un travail de recherche, une intuition perceptive et une critique. L'auto analyse favorisée par la contextualisation sa décontextualisation, sa recontextualisation. Analyse des situations via laboratoire via supervision via exploitation jeu de rôle. Cela implique travail des représentations, créativité, exploitation du conflit socio-cognitif. S'attacher non pas à une variété de situations mais selon le précepte de Perrenoud à un petit nombre de situations fortes et fécondes, complexes.

- Après midi : intervention de Mme Psiuk sur La formation clinique en stage :

Le stage est le lieu privilégié pour développer les compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ainsi que leur transfert. Commentaire du power point. Plusieurs acteurs sur le terrain : le tuteur de stage, le professionnel de proximité, le maître de stage. Le stage devient qualifiant et doit respecter certains critères. Le stage est le lieu de confrontation à la réalité. Il suppose : observation, questionnements, écoute, participation aux soins et prise en charge des personnes, participation aux réflexions, utilisation des savoirs dans la résolution des situations. Cela amène les encadrants à adopter une posture réflexive, à expliciter les savoirs pragmatiques et les savoirs d'expérience. Le tuteur n'aura pas à mettre des notes. Il aura à contacter les professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant et apporter une appréciation sur le porte folio de l'étudiant vis-à-vis des compétences acquises, en voie d'acquisition, non acquises. Le formateur responsable du suivi pédagogique proposera le nombre ECTS qui seront étudiés chaque semestre en commission.

Le professionnel de proximité a une fonction d'encadrement pédagogique de l'étudiant au quotidien, il encourage celui-ci dans sa progression et dans des recherches.

Le formateur référent de stage est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages, dans l'unité ou la structure. Il est en liaison régulière avec le tuteur de stage et a accès aux lieux de stage.

Au niveau ministériel, la formation des tuteurs peut être prioritaire mais cela demeure un choix de l'établissement. L'évaluation est revue tous les 4 ans par le Ministère de l'enseignement supérieur.

Le terrain de stage ne fournit que des observations et note acquisitions, situations rencontrées au cours du stage, compétences acquises. Les ECTS sont attribués en commission : 1/3 en 1^{ère} année, 2/3 en 2^{ème} année, 3/3 en 3^{ème} année. En cas de non validation, les modalités sont fournies par l'équipe pédagogique ;

La commission d'attribution des crédits : Présidé par la direction, représentant universitaire, représentant de stage, représentant étudiants, formateurs référents. Parité I.F.S.I / tuteurs de stage ?

Porte folio de l'étudiant : (élaboré au ministère M.A Coudray, Editions Berger Levraux)

Il se compose des objectifs, d'un rappel global du dispositif de formation, du référentiel de compétences, rôle de chaque formateur et rôle de l'étudiant, du parcours de formation, du parcours de stages consultable en temps réel. Avant l'arrivée en stage, sont notifiées les U.E les points forts/ points à améliorer/ les points faibles. Un bilan de stage y figure ainsi que les conduites d'A.P.P, les observations et les étonnements. Ce document devient médiateur entre IFSI et le terrain de stage. Y figurent également la liste de gestes et actes effectués par l'étudiant au cours des stages. Le porte folio appartient à l'étudiant, la synthèse est faite à l'IFSI. Il faut donc réfléchir à un parcours de l'étudiant. La moyenne est établie par ECTS. Il peut y avoir capitalisation ou compensation.

A la fin de l'exposé le C.R.B fait remarquer le pointu du référentiel mais s'interroge sur la mise en œuvre, l'organisation dans les universités et demande si la D.H.O.S a mesuré les impacts de cette réforme. Il met en évidence le paradoxe entre un cadrage très précis dans la certification des ECTS et le diplôme qui paraît d'école vis-à-vis de l'application de ce référentiel. Il s'interroge sur les mesures de contrôle pédagogique qui seront exercées. La salle applaudit à ces remarques et les conseillères pédagogiques, en réponse, soulignent que la DHOS se réorganise.

Annexe 2 : Compte rendu de la XIVème journée nationale d'étude et de réflexion de l'U.I.P.A.R.M 5/2/10 La Défense :

Intervention de Mme Coudray (D.H.O.S): Processus de réingénierie : contexte et démarche :

Rappel que la réingénierie n'est pas une révolution dans le sens que les fondamentaux ne sont pas changés mais qu'ils sont réécrits autour de deux logiques contradictoires : celle des compétences en référence au contexte professionnel et celui des savoirs disciplinaires. Rappel que les Accords de Bologne c'est préparer les jeunes de demain à l'arrivée massive des jeunes des Indes et de l'Asie et donc de pouvoir avoir langage commun (anglais) et sortir de son pays pour se comprendre mieux. C'est donc un choix politique et c'est là que se constitue le changement de paradigme car c'est la logique de production qui prédomine plus que celle de la qualification ou de la formation.

Rappel que c'était le choix des professions paramédicales de s'engager sur cette voie d'universitarisation mais il n'y avait pas d'obligation. En Europe seul le grade compte. Là où il y a problème c'est articulation compétences et savoirs disciplinaires. Au niveau des savoirs disciplinaires : il y a les savoirs médicaux et les sciences humaines mais quelle est la science paramédicale ? Quels sont les savoirs fondamentaux de notre science ? C'est là où les efforts doivent porter car pas d'écriture de nos propres savoirs disciplinaires. 1ère étape : l'écriture de ces savoirs disciplinaires avec validation de l'enseignement Supérieur (ne *pensez pas que le Ministère de la Santé a une idée de cela*). Qu'est-ce qu'un enseignement paramédical ? C'est quoi mon « cœur de métier » et mon jugement pédagogique ?

L'autre effet, outre cette question cruciale des savoirs, est le positionnement du formateur qui doit opérer une autre posture avec moins d'heures de cours et des heures de recherche et où son rôle est une aide de l'étudiant à faire la recherche de l'information et au traitement de l'information. Confrontation de l'étudiant à des situations. Etude et analyse des situations : travailler les invariants pour le transfert des connaissances et faire entrer la méthodo dans les situations de soins. Il faut rester centré sur le sens. Les compétences sont bien évaluées sur le terrain mais la validation est accordée par le Ministère de la Santé en termes d'ECTS mais apporter des ects n'est pas une addition de chiffres et de notes ; c'est un jugement pédagogique. Il n'y a pas de notes sur le porte folio. C'est vis-à-vis du parcours de l'étudiant que porte l'activité pédagogique et celle-ci doit être argumentée. Il y aura une commission d'attribution des crédits au plus près des terrains. Pas de rattrapage des ECTS. Quand elles sont acquises, elles sont acquises. Par contre, il peut y avoir des rattrapages sur telle ou telle chose pendant les vacances sur un point précis d'où des trajectoires individualisées. Commission tous les semestres. On ne peut pas tout faire d'où l'intérêt de construire un projet pédagogique. Le temps personnel est un temps ou guidé ou hors murs. Pour les tuteurs il faut faire une évaluation en termes de temps libéré et son coût. Actuellement pour les infirmiers, il ya négociation pour la valorisation de la fonction tutorale. Les cadres sont chargés de regarder le différentiel budgétaire et de faire des propositions. Le Ministère se penche sur cette question.

A partir du moment où on est au niveau L : entrée dans l'Université, AERES examine les contenus, les enseignements universitaires seront délivrés par les Universitaires. Négociation avec les Universités sur les contenus pas sur le temps. Grosso modo, le temps universitaire représente 40% (645h) et le temps I.F.I 65%. Il faut travailler les contenus ensemble.

Les métiers d'expertise correspondent à Bac+5 ans dits de « pratiques avancées », ce peut être le champ de la rééducation, réadaptation, le champ de la psychiatrie. 2 niveaux : pratique avancée différente de la pratique confirmée qui suppose la prise de décisions et de postes à responsabilité. Pour le Master rééducation, réadaptation : plusieurs entrées sont possibles : Santé grade 2 par exemple. Pour les V.A.E (Loi 2002) ouverture possible aux étrangers donc penser et construire la manière de les intégrer ;

Annexe 3 Synthèse des entretiens étudiants :

Trois entretiens ont été réalisés auprès de trois étudiantes des trois instituts de formation à différents moments Fin de l'année 2009 pour Marie, février 2010 pour Elise, mars 2010 pour Carole.

Présentation des étudiantes :

Marie est étudiante de 1^{ère} année d'ergothérapie. C'est au titre administrateur de l'U.N.A.E (Union Nationale des associations d'étudiants en ergothérapie) que Marie est interviewée. L'entretien se passe à l'I.F.E et dure 1h 05mn. La grille d'entretien suit les mêmes lignes que celles utilisées dans les autres entretiens auprès de la commission universitarisation. Elle a avant d'entrer en ergothérapie, fait une année préparatoire aux concours. Il y a eu des moments d'explication et des recherches de documents pendant le temps de l'entretien.

Elise est une étudiante de 2^{ème} année de masso-kinésithérapie. C'est au titre de représentante de l'association étudiante de masso-kinésithérapie (F.N.E.K : Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes), que Elise est interrogée. Elle a avant de rentrer à l'I.F.M.K, fait une année de préparation aux concours. L'entretien se passe à l'I.F.E et dure 1h. La grille d'entretien suit les mêmes lignes que celles utilisées dans les autres entretiens étudiants.

Carole est une étudiante de 3^{ème} année de pédicurie podologie. A fait avant de rentrer à l'I.F.P.P deux années de médecine. Jusqu'à l'année dernière, elle était présidente du bureau des étudiants de l'I.F.P.P. et cette année, elle fait partie du bureau et est déléguée de promotion. Son sujet de travail écrit de recherche porte sur les pédicures podologues au sein de l'Union Européenne. L'entretien se passe à l'I.F.E et dure 1h. La grille d'entretien suit les mêmes thèmes que ceux utilisés auprès des membres de la commission universitarisation et ceux des autres étudiants.

Thèmes	Marie	Elise	Carole
Universitarisation (définition)	C'est l'entrée dans le principe L.M.D avec tout ce qui va avec, les U.E, les ECTS, cela ouvre aussi à tout ce qui est ERASMUS, la possibilité de faire des U.E à l'étranger, faire des ouvertures plus grandes sur l'Europe.	D'abord il y a une notion de coût qui me vient en tête. On a une image qui est que l'universitarisation est prise en compte, payée par l'Etat, les frais de scolarité sont payés par l'Etat, ce qui fait une grande différence avec l'I.F.P.EK. Ensuite l'universitarisation se situe à un niveau européen aussi le diplôme serait reconnu en Europe et pas seulement en France. Licence, master, doctorat, ça fait un moment que c'est dans la tête, donc trois niveaux de sortie, une possibilité d'évolution jusqu'au doctorat.	Au niveau des pédicures podologues au début, on savait pas trop ce que ça allait faire, donc on se disait, est-ce que c'est possible de faire un diplôme, la même chose, les mêmes compétences pour tout le monde, mais on s'est rendu compte que non, c'est juste que chaque pays va valider, avec leurs formations, soit une licence, soit un master 1, un master 2... suivant ce qu'ils ont déjà, en essayant de tirer les pays qui ont les formations les plus simples vers le haut. <i>C'est ce que cela représente pour toi ?</i>

		<p>Le doctorat ? Pour moi, nos promos, on est trop tôt ou trop tard. Faudrait déjà qu'on soit au niveau Licence ou au niveau master pour ensuite avoir la reconnaissance ou l'équivalence... Ca me paraît trop loin pour dire que j'envisage le Doctorat. Je peux accéder à des Master, un peu comme dans les métiers de rééducation en ce moment qui existent après ma formation. C'est différent du Master qu'on pourrait réclamer pour la formation initiale des kinés.</p>	<p>... On m'a toujours incitée à voyager en Europe et à parler des langues et je trouve dommage que nos études ne nous permettent pas de faire des voyages Erasmus, et... Donc, ce serait ça, et puis, moi j'aimerais bien m'installer en Belgique, ce n'est pas compliqué pour le moment parce qu'on a un échange, mais si je voulais aller en Pologne, et bien je ne pourrais pas aller en Pologne, je ne peux pas aller en Angleterre, je ne peux pas... Donc, oui, ça représente... J'aimerais bien qu'on puisse bouger un peu et aller voir ce qui se passe ailleurs aussi parce que c'est d'autres méthodes et c'est intéressant.</p> <p>Tu penses que cela va faciliter l'uniformisation des diplômes ? Je pense que ça va faciliter les échanges, par exemple en Angleterre, chez eux c'est des docteurs, donc ils font de la chirurgie, du coup ils valident un master 2 et ce sera donc plus simple le jour où les podos de France auront une licence, ce sera vraiment une licence, et ce sera plus simple de reprendre un master 2 là-bas, pour le moment, c'est... On a trois ans d'études, on va dire 2 officiellement, donc c'est le bazar.</p> <p>Là bas, ils ont déjà les universités, du coup, ils sont passés en LMD assez facilement, enfin, c'est peut-être moins compliqué que les paramédicaux en France.</p>
<p>Universitarisation (Intégration, quel U.F.R ?</p>	<p>Il y a le problème de garder les locaux. C'est quoi un U.F.R ? Oui il y a le problème de garder les locaux. Oui, on n'en a parlé par rapport au concours d'entrée : qu'il y aurait un module commun avec médecine avec après un semestre, un module de spécialisations ergo, kiné, sages femmes, médecine etc.</p> <p>Donc, vous l'envisagez vis-à-vis de L1 médecine ? ben en fait, ils ont parlé de L1 santé et qu'après il y aurait L1, L2, L3, donc cela ferait 4 ans au final.</p>	<p>Intégration ou conventionnement avec quel U.F.R ? Est-ce que vous pouvez me dire les différents U.F.R, y a médecine, mais... Pour moi, il n'est pas créé notre U.F.R. Il n'existe pas encore. C'est ce que l'on voudrait, nous les étudiants en kiné, c'est vraiment une intégration complète à l'Université. Une intégration universitaire. Un U.F.R Santé, sachant qu'un U.F.R paramédical n'existe pas.</p>	<p>Comment tu verrais alors l'intégration ou le conventionnement, ici pour l'I.F.P.P. ? Moi, je ne le vois pas à la fac, enfin, je le vois pas sur les lieux de la fac. J'ai fait médecine à Rennes, je ne vois pas déjà où on peut nous mettre. Après, je ne sais pas, peut-être laisser... enfin, l'école elle est ici de toutes façons, la formation est faite ici. Avoir plus d'échanges avec la médecine, enfin tout ce qui est médical. Enfin, c'est peut-être plus en kiné et</p>

	<p><i>Qui a parlé de cela ?</i> On en a parlé à U.N.A.E.E.</p> <p>Le ministère actuellement, propose qu'un grade Licence, l'UNAE propose t-elle, l'entrée en L1 avec médecine, dentaire, pharmacie, maïeutique ?</p> <p>1^{er} semestre commun à tout le monde et au 2^{ème} semestre spécialisation avec la possibilité de passer que ergo mais il y aurait un classement dans chaque profession. Il n'y aurait pas un classement commun ou le 1^{er} prend ce qui veut et le dernier prend ce qui reste. Il faudrait des modules spécifiques où il ya aurait un classement par profession.</p> <p>Donc vous pensez qu'il faut intégrer médecine ? Oui.</p> <p>Et vous pensez qu'il faut intégrer l'université ou que l'I.F conventionne avec l'université ?</p> <p>Je serais plus pour la convention des écoles parce que les profs qu'il y a à la fac ne sont pas formés à notre formation. Et il y a les problèmes d'harmonisation entre ceux qui rentrent par médecine et ceux comme qui rentrent par concours.</p> <p>Mais là il n'y aurait plus de concours ?</p> <p>Non aussi on s'est posé la question pour savoir quel moyen d'entrée. Certains sont favorables aux concours dans le sens qu'il y a plusieurs écoles, d'autres favorables à la médecine car il y a des modules comme anatomie qu'on voit après. Pas de positionnement de l'UNAE, avis très partagés, il ya du pour et du contre.</p> <p>Tu ne peux pas me dire si vous voulez l'intégration ou le conventionnement ?</p> <p>Non. Pas de décisions. Il y aura vote. Le bureau de l'UNAE ne vote pas seuls les administrateurs. 8 administrateurs, un par école. A L'I.F.E.R un délégué par promotion(3) pour passage des infos mais une seule voix représentative. En cas d'égalité, on se réfère à celui qui représente le plus grand nombre d'étudiants en référence au quota par école.</p>	<p>Médecine ?</p> <p>Dans nos stages, on a beaucoup de liens avec ces professions là, donc cela pourrait être une bonne chose d'être dans cet U .F.R et de faire partie de la formation tout en ayant notre filière propre. U.F.R paramédical, ici je trouve cela vraiment bien , c'est des formations que l'on rencontre sur les lieux de stage, qu'on rencontrera plus tard, avec qui on va travailler. Ca passe par L1 Santé.</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pour que l'Etat prenne en charge notre formation. Qu'on ait accès à tout ce qui est service C.R.O.U.S.S, le logement CROUSS comme les universitaires, pour être rattachés. Je pense aux sages femmes par exemple, qui sont des professions médicales à responsabilité limitée et qui ont une intégration complète et qui ont accès aux bourses CROUSS et logements du CROUSS.</p> <p>Vous bénéficiez de bourses de la Santé ?</p> <p>Oui on est encore sous le Ministère de la Santé pas celui de l'Enseignement Supérieur, du coup on parle de co-tutelle entre les deux ministères.</p>	<p>en ergo, mais c'est vrai qu'à part quelques stages, on va dans quelques services, sinon... on ne sait pas du tout comment ça fonctionne. Peut-être plus de profs de fac aussi, du coup, je ne sais pas, dans ces cas là, c'est peut-être...</p> <p>Et tu le vois justement intégré à L1 santé, à l'UFR de médecine ? Un conventionnement ?</p> <p>Ah oui, sur le papier... Je vois pas l'école se déplacer, en fait, mais si, enfin... de toutes façons, dépendre de la fac, je pense que ça ne peut que nous ouvrir des portes, quoi. Après, ça je ne sais pas. C'est un peu compliqué. Je verrais des profs de là-bas, ouais...Tout ce qui est chirurgie, enfin, chez nous, on n'a pas de cours... on a des médecins déjà en dermato ... Du coup, enfin je ne sais pas, certains cours, c'est des profs d'ici, alors est-ce que ça change, je ne sais pas, je ne sais pas trop... Les soins, c'est sur que ça doit être des podos, ça peut pas être quelqu'un d'autre, les examens cliniques non plus. Après, je ne sais pas si sur le fonctionnement de l'école ça va changer grand chose. Enfin, à part sur le papier, mais peut-être au niveau des stages hospitaliers par contre.</p> <p>Quel U.F.R ?</p> <p>Médecine, je ne vois pas autre chose, pour les kinés non plus, c'est vrai que pour l'ergothérapie, il y a tout un côté psychologique qui est... enfin, que nous on n'a pas, et ce serait compréhensible qu'il y ait deux facs, enfin je ne sais pas si ça peut se faire, mais je pense que c'est un métier qui touche à plus de facs que nous et, du coup, est-ce que séparer les ergos, c'est pas... je ne sais pas. Ce n'est pas judicieux ? De toute façon, je pense que séparer les trois, c'est judicieux.</p>
<p>Mise en place de l'universitarisation (actions)</p>	<p>Je sais qu'il y a eu une réunion en mai avec la représentante de la D.H.O.S, je ne retrouve plus son</p>	<p>Quelles actions à mener pour la mise en place ?</p> <p>Au niveau étudiant ? Car déjà une bonne partie</p>	<p>On n'a pas accès à tous les référentiels parce qu'ils sont en train d'être faits et qu'ils ont dit</p>

<p>envisagées, obstacles possibles)</p>	<p>nom. C'était surtout pour l'intégration du système L.M.D. il y avait le président et le vice président pas d'autres associations. On avait envoyé plusieurs courriers pour dire qu'on souhaitait un entretien avec Roselyne Bachelot pour le remboursement des indemnités de stage non payées avant que cela passe à la région. On a dans le dernier courrier menacé de descendre dans la rue. On a eu une réponse quasiment tout de suite et eu le rendez-vous. Dans la réunion il y avait les indemnités de stage, le système LMD et la possibilité d'assister aux réunions, niveau ministère avec kinés, orthophonistes et infirmiers. On se posait la question : pourquoi pas nous ? je sais qu'ils disaient un coup qu'on n'était pas assez nombreux, un coup trop et ils disaient : « c'est bon on a pris les kinés ». Il y avait des étudiants des 3 professions concernées.</p> <p>Ce combat, je suppose, vous l'avez mené avec l'A.N.F.E ?</p> <p>Non pas du tout. Avec la semaine sur la gériatrie, on n'a pas compris pourquoi l'A.N.F.E est passée par les instituts pour contacter les étudiants et pas par l'UNAEF directement. On est en froid depuis toute la semaine de l'ergothérapie. Maintenant cela s'est amélioré. Dans cette réunion, il y avait aussi la suppression de la M.S.P. finale, reconnaissance des stages cliniques comme formateurs en nombre d'années reconnues.</p> <p>Qu'est-ce que vous voulez dire ?</p> <p>D'après ce qu'ils nous ont dit ils reconnaissent les stages comme bonus, du plus en fait. Revalorisation du D.E en licence.</p> <p>J'entends bien pas grade licence mais licence quoi ? professionnelle ?</p> <p>Non licence, licence. Ils estiment que cette formation est trop professionnalisante.</p> <p>Qu'est-ce qui vous gêne dans la licence professionnelle ?</p> <p>Apparemment c'est moins gradé qu'une licence classique. C'est le point de vue de l'UNAEF. Moi personnellement, je sais que c'est professionnalisant</p>	<p>est commencée entre la réingénierie des diplômes d'Etat, entre la sélection qui est en train d'être décidée. Les sélections pour les kinés, on va savoir si on va faire partie de L1 Santé ou pas. A Rennes, on ne passe pas par médecine mais les 2/3 passent par médecine, enfin anciennement PCEM1. IL y a un arrêté qui vient de tomber comme quoi on peut continuer les conventionnements avec les L1 Santé mais cette L1 santé n'est pas reconnue comme validante pour nous, elle n'est pas nationale, non plus. Donc à Rennes, on n'y est pas encore. Avoir une filière dans cette L1 Santé, qu'il y ait une cinquième filière pour kiné. Je suis passée par prépa, j'ai fait un an, mais il y en a beaucoup qui en font deux, qui apprennent des choses qui nous servent pas, l'année est chère, on ne la valide pas, ça sert uniquement pour le concours, le concours est cher encore. Donc L1 santé serait plus formative, il faudrait prendre en compte une cinquième filière, qu'on soit plus mélangés avec le même concours que les médecins, les sages femmes. Oui, alors en fait il y a un premier semestre qui est commun à tous les étudiants de toutes les professions et après un deuxième semestre. Le second semestre est divisé, y'a encore un tronc commun entre les différentes professions et ensuite il y a des diffusions, quatre pour l'instant, et pourquoi pas cinq ?</p> <p>Et les obstacles ?</p> <p>Les obstacles. Ça dépend si on parle au niveau de l'IFPEK, ou au niveau des kinés, c'est difficile. Je pense que les obstacles, enfin, les kinés c'est une profession paramédicale, donc si on inclut toutes les autres professions paramédicales qui pourraient prétendre à y être, c'est un nombre qui augmente et après qui s'agrandit. Obstacle plutôt matériel, de moyens, de locaux... Dans la santé, au niveau des programmes, notre anatomie par exemple, on nous demande beaucoup d'anatomie, de physiologie, en K1, et</p>	<p>qu'ils n'étaient pas tous validés. Mais j'ai vu ceux des Belges et c'est aussi quasiment la même chose que ce que c'était, enfin c'est notre métier, quoi, y'a pas de grosses différences, ils ne font pas de chirurgie non plus. Pour le moment, c'est... donc, je pense que ça va être à peu près la même chose de toutes façons, peut-être plus... je ne sais pas... sur les semelles, ils vont peut-être être un peu plus précis, mais... Je vois pas... comme on sait pas où ils veulent, jusqu'où ils veulent qu'on aille et ce qu'ils veulent changer, c'est vrai que je me rends pas compte de ce qu'ils peuvent... je trouve que notre formation, à Rennes, elle est assez complète, au niveau de tout ce qui est semelle, enfin, on voit la mécanique, on voit la posturo, enfin, on a quand même accès à beaucoup de choses, et... enfin si, ouais, des cours d'anglais, je pense, ça serait temps, parce que... enfin, des choses peut-être un peu plus...</p> <p>Pas de véritables réponses en termes d'actions</p> <p>Obstacles :</p> <p>Ça dépend si tout le monde veut aller vers la même structure universitaire.</p> <p>Je pense que ça pourrait être simple sur l'idée, et que ça va être compliqué sur le papier parce que voilà il y a plein de choses... Les obstacles, il y a le coût financier, je pense, il y a... au niveau des places, enfin du recrutement, oui, des places, des infrastructures, et puis de qui devient le chef de qui, je trouve que ce n'est pas... ça change aussi, enfin... Si passe sous l'université, est-ce que c'est... (je ne sais plus son nom, si c'est toujours le même) est-ce que c'est le doyen de la fac de médecine qui devient le chef de l'IFPEK et qui décide... euh, comment ça se passe, qui décide ne serait-ce que du budget, du nombre d'élèves, enfin est-ce qu'on est toujours sous la DRASS, enfin plein</p>
---	--	---	--

	<p>et que je serai ergothérapeute. (M.T lit) Il y avait aussi la mise en place d'une passerelle de sortie avec L1 santé cohérente avec le programme de formation des ergothérapeutes, en conformité avec les accords de Bologne et non avec celle du rapport Bach. Le résultat de cette réunion, c'est que le système L.M.D est pour la rentrée 2010, que la MSP de fin d'année serait supprimée. En fait, tout ce qu'on a proposé a été accepté.</p> <p>Même le niveau licence ? En fait non. (Les deux recherchent le rapport Bach). La dernière mesure concerne l'intégration des étudiants en médecine en échec dans les filières paramédicales. Ils ont eu une réunion avec le ministère de la santé le 5 mai. En fait la principale action est d'agir au sein du ministère pour tout ce qui est LMD, après pour les indemnités de stage, cela va être avec les conseils régionaux.</p> <p>Vous n'envisagez que ces actions ? Comme l'UNAE est au niveau national, c'est tout ce que nous avons fait. Pour tout ce qui est régional c'est avec les B.D.E (bureau directeur des étudiants)</p> <p>Obstacles Je vous avouerai qu'il n'y a pas eu d'obstacles. On a eu du mal à obtenir un rendez-vous mais une fois qu'on les a menacés, on a obtenu ce qu'on voulait. Les courriers politiquement corrects qu'on a envoyés, n'ont pas eu de réponse.</p> <p>Donc, pas d'obstacles ? Non même sur ce qu'on a proposé, on pensait qu'ils allaient être plus réticents et pour les indemnités de stage, ils ont dit qu'ils iraient voir le ministère d'à côté. Après on attend de voir si ce qui a été dit va être mis en place ou pas.</p>	<p>ces programmes là, il y a bien un tiers voire plus qui serait déjà fait en L1 santé. Le programme d'anatomie se rapproche beaucoup de celui des médecins, des formations médicales en fait. Donc ce serait intéressant pour nous de valider et d'acquérir déjà ces connaissances en même temps que notre sélection. Le premier obstacle, c'est déjà rien que les kinés, les intégrer à la L1 santé... enfin le nombre d'étudiants dans cette filière là est déjà important... donc c'est peut-être plutôt matériel. Ensuite, il y en a sans doute plein ! Mais il faut aussi prendre en compte que les instituts de formation, y'en a des publics, y'en a des privés à but non lucratifs, des privés à but lucratif. On peut penser que les privés lucratifs surtout, ils perdent l'argent du concours, par exemple. Ça pourrait être un obstacle que le fait que les directeurs d'instituts ne veulent pas. Intégrer. Y'en a sans doute plein d'autres, hein, mais là comme ça.</p> <p>Et pour l'I.F.P.E.K ? A l'IFPEK, c'est un peu différent parce qu'on rapproche vraiment ces trois professions alors qu'au plan national, on est pas tout le temps dans... On n'a pas tout le temps les mêmes revendications et peut-être pas les mêmes ambitions, on n'a pas le même programme de formation, donc du coup ça crée des différences, bah par exemple, au Conseil d'Administration. Les ergos, ils demandent plutôt une licence, alors que nous, les kinés, on demande plutôt un master. Après, le ministère, il voit un peu profession par profession, donc là en ce moment il s'occupe beaucoup des kinés... donc les ergos et les podos ça viendra peut-être un peu plus tard.</p> <p>Du coup, c'est ce que je disais, y'a des différences dans l'évolution du traitement des dossiers au niveau du ministère et donc des décisions nationales. La réingénierie du D.E., normalement, elle prend fin en mai. Là, y'a une</p>	<p>de choses qui vont changer, est-ce qu'il y a un numerus clausus, enfin du coup toutes nos études peuvent changer. Bon, les référentiels sont en train d'être faits, donc ça ne changera pas, on aura des référentiels communs à tout le monde, mais on voit bien qu'il y a des différences entre des écoles en France, nous enfin en podologie, est-ce que cela prend une autre direction, est-ce que... je ne sais pas ...</p>
--	--	---	--

		<p>réunion le 5 mars. Mais pour nous, c'est quand-même lié (?) le fait de reconnaître un certain nombre d'ECTS, pour ensuite la reconnaissance au niveau licence, ou master.. les deux choses sont liées. Entre la fin de notre réingénierie du D.E. et...</p>	
<p>Apports de l'universitarisation (bénéfices, filière, grade, recherche, équipe pédagogique, enseignements, impacts</p>	<p>Bénéfices : Je vois surtout le côté européen au niveau des connaissances, ce que la France peut apporter et ce que les autres pays peuvent nous apporter. Après il ya tout le système des crédits (ECTS), c'est assez discuté. Est-ce que cela apportera moins de cours théoriques ? Donc, plus de travail à la maison...</p> <p>Et alors ? Vu qu'on ne compte plus en heures théoriques mais en heures de travail...IL y en a qui disent que cela ne changera pas et d'autres qui disent que cela changera obligatoirement. L'UNAEE est plus penchée en disant « ne vous inquiétez pas, cela ne changera pas de trop » mais... c'est un point de discorde, un peu quand on discute avec les étudiants. Ils ne veulent pas qu'on supprime les cours théoriques mais les autres justifient qu'il ya aura plus de corrélation entre les cours. On va avoir les bases de plusieurs modules et puis on travaille à la maison et on aura un cours théorique qui englobera toutes les matières on a vu cet aspect là dans les ects.</p> <p>Et le côté transférabilité ? Oui, c'est super intéressant. il n'y avait pas de souci de ce côté-là.</p> <p>Filière, grade Ils veulent licence, licence pas licence D.E. je ne vois</p>	<p>Quel grade ? Master 2 du coup.</p> <p>Et justement, comment tu vois après la suite, pour le doctorat ou les labos de recherche ? Est-ce que t'as une idée un peu de comment ça se déclinerait, si après vous êtes en master 2 ? Les labos de recherche on y aurait déjà accès, en master, pour pouvoir faire un mémoire de recherche.</p> <p>Je pense que c'est quelque chose qu'on pourrait faire après quelques années.. donc on sortirait étudiants en master 2, et un doctorat après quelques années d'exercice.. ouais, je pense avec un recul, et une spécialisation, c'est tellement vaste la kiné...</p> <p>La recherche. Qu'est ce que tu verrais qui pourrait être intéressant de creuser en laboratoire de recherche ? Mes idées... ça se baserait un peu sur nos modules... neurologie, la pédiatrie. Ce serait plus des champs qui recouperaient, dans la kiné, qui...</p> <p>On peut penser par exemple à ...</p> <p>Voilà, par exemple. (... ?) Pour les sportifs, plus que la neurologie. Ouais, ça c'est à creuser alors, la question elle est vaste.</p>	<p>Bénéfices Normalement, on ne fait pas de sélection à la fac. Et on ne pourra pas accueillir tout le monde, donc je ne sais pas du tout... une sélection sur dossier, c'est peut-être plus juste, je ne sais pas. C'est vrai que les concours, ce n'est pas ce qu'il y a de plus... Pour moi, ça démocratise, et puis normalement, enfin l'université, c'est moins cher, alors est-ce que ce sera quand même moins cher ? Je ne sais pas, mais c'est vrai que normalement le coût des études n'est pas le même, c'est sûr que venir, enfin être élève à l'IFPEK, ou dans le paramédical, c'est un budget et on a tous des prêts ou alors des parents qui sont hyper aisés ou alors généralement, ils mangent des pâtes je pense un petit peu pour pouvoir les payer quand même. Du coup, ce serait peut-être bien, parce que je pense qu'il y a des gens qui ne font pas ces métiers là alors qu'ils seraient très bons juste parce que ça coûte... je ne peux pas dire en ergo, mais nous, c'est 7 000 euros l'année.Plus le logement, enfin, c'est énorme. Ce serait bien que ça se démocratise, mais en même temps, j'imagine que les 7 000 euros ou</p>

	<p>la différence. Le grade licence plus le D.E c'est ça ? Non eux ils veulent licence, licence.</p> <p>Quelle filière après la licence par exemple? Après c'est les spécialisations, toujours se spécialiser en ergo.</p> <p>Un master quoi ? on n'a pas donné de master type. On voyait plus l'intérêt dans la recherche par contre.</p> <p>Recherche/Laboratoire de recherche On se dit que cela serait bien que la France développe ses propres bases plutôt que d'aller « pomper ailleurs »</p> <p>Pratiquement ? On n'a pas développé. On a dit que ce serait vachement bien mais je n'ai pas le souvenir de... On n'a pas plus précisé, cela permettrait d'approfondir le métier. Développement du métier et l'avancement, quoi, au niveau des soins et prise en charge.</p> <p>Et quelle participation, en tant qu'étudiants ? Et avec les universitaires ? Et oui, on s'est posé la question car c'est bien beau de vouloir le L.M.D et du doctorat mais qui va mettre cela en place ? C'est en cours de réflexion. Pour les enseignements, on n'a pas creusé plus que cela, c'est en cours de réflexion.</p> <p>Equipe pédagogique Si je me base sur le L.M.D, au moins master selon sa spécialité. Master 1, c'est en 2 ans le master, alors master 2. On n'en a pas discuté, c'est mon avis.</p>	<p>On peut... il y aurait tout un domaine avec un peu les nouvelles technologies, les grands appareils qu'on voit. y'a tout à prouver et à améliorer, le renforcement musculaire... et puis y'a aussi tout le côté plus spécifique kiné et plus spécifique... qui a un lien avec toutes les professions, la psychologie la relation soigné/soignant, l'annonce du handicap, c'est très vaste, donc...</p> <p>Au niveau de l'équipe pédagogique, qu'est-ce que tu vois comme profil de formateurs ? Si je compare à là maintenant, ce serait les mêmes.</p> <p>Ouais. Si on est reconnu master 2, il nous faudrait donc des doctorants. Donc, je les vois peut-être un petit peu plus spécialisés dans leur domaine. Nous, je sais que nous, chez nous, par exemple, que Mme L c'est plus la neuro... un tel c'est plus la traumatologie, mais... Voilà. Vraiment des doctorants, pas médecins, mais... pour les formateurs kiné, hein, je parle. Donc s'ils sont doctorants, ça veut dire qu'ils ont une spécialité vraiment plus accentuée encore. Donc. Voilà. Ensuite, les formateurs, il y énormément de vacataires comme on dit, donc des médecins qui interviennent un peu par-ci par-là dans les formations. Donc ceux-là, bon... ils ne changeraient pas.</p> <p>Quelles valeurs inscrire dans le projet pédagogique ? Au niveau de l'IFPEK, moi je voyais plus une entente au niveau de la profession d'abord, donc, les étudiants, les syndicats, les professionnels, tous dans la même direction.</p> <p>Entente au niveau des étudiants, des professionnels, c'est cela ? Ouais. Ou de la profession, quoi. Qu'ils soient rassemblés sur ce point là.</p> <p>Quels sont les impacts que tu peux appréhender de cette universitarisation ? Déjà une reconnaissance par rapport à la</p>	<p>les 5 000 euros servent à quelque chose, donc... Mais bon, c'est pareil, s'ils enlèvent le concours à l'entrée, enfin, c'est quand même 100 euros le concours. Enfin, quand on calcule le nombre de gens qui passent le concours kiné, ce n'est pas rien.</p> <p>Et puis 4 000 personnes qui passent... enfin je pense qu'ils sont 1 000 à peu près maintenant en médecine à Rennes, 4 000 qui passent le concours kiné, il va y avoir du monde, enfin... faire le tri sur... pour, je ne sais pas, ils sont 60 eux, 60 dossiers, les meilleurs dossiers... Enfin, ça va être des critères d'excellence à ce niveau là. Comme une grande école. Les prépas aux grandes écoles, enfin, je sais que moi, j'en ai fait une et c'est ça, c'est purement le dossier du lycée, enfin, que les gens soient bons... tant qu'on a des bonnes notes, des bonnes appréciations...</p> <p>Autres bénéfices ? L'ouverture. Moi, c'est une simplicité au niveau de l'Europe. Au niveau français, je n'ai pas pensé au niveau français, mais ce serait plus simple de changer d'école. Ça pose plein de question aussi, du coup. Au moins au niveau européen, avoir une profession, oui ils peuvent... Déjà, on fait un stage en milieu professionnel de 15 heures pour voir la gestion, donc on ne touche pas, et du coup, ce n'est pas possible d'aller en Erasmus. Là, nous dans notre travail, on a contacté une des profs de Parnasse Deux Alice à Bruxelles et qui veut faire un échange avec la France, donc on espère que ça va se faire, qui veut le faire avant que nous on soit sous forme de crédits, parce qu'eux sont déjà... tous leurs cours sont en crédits, tout est fait, et ce serait bien, mais bon, pour le moment ce serait deux semaines, et puis, bon quand les crédits seront faits... mais ça va pas être tout de suite, quoi. Sinon on ne peut pas. Et puis le problème c'est qu'à</p>
--	--	--	---

		<p>formation qu'on vient de suivre et qui nous fera plus d'activité. Enfin, un accès à la recherche dans la formation initiale et tout ça. Nous du coup, bah... Qu'est-ce qu'on, enfin, comment on est reconnus, quoi.</p> <p>Les impacts...</p> <p>la sélection, elle devient régionale, alors du coup ça change aussi tout l'aspect... l'école, c'est vrai que c'est une chance pour nous d'avoir des étudiants qui viennent un peu de toute la France. Positifs et négatifs ? Le coût des études, c'est un bon impact. Au niveau des études, c'est aussi d'être aussi nombreux dans un amphi, c'est complètement impersonnel... enfin, ça reste une sélection, même maintenant, ce n'est pas quelque chose qui est plaisant à faire, mais... ça reste une étape quand-même difficile, quoi, noyé parmi ces étudiants... D'avoir plus de chances aussi au concours. Mais si on prend la L1 santé, qu'on ajoute nos trois ans d'études, on arrive au M1, et après donc... par rapport... si on compare 1989, notre programme d'études où il était basé sur trois ans, tout ça, on a gagné, par exemple, un diagnostic kiné un peu plus fort, un droit de prescription...</p>	<p>part la Belgique, la Suisse et le Luxembourg et où ça va être à peu près la même chose, on va à peu près comprendre ce qu'ils disent... après il y a le problème de la langue où on est nuls quand même en France, super nuls, et puis en Angleterre, on n'a pas le droit simplement, on ne fait pas la même chose, en Espagne, on ne fait pas la même chose, en Italie, on fait la même chose, mais bon c'est pas... et du coup, ça limite beaucoup, il ne reste plus beaucoup de pays où l'on peut aller. On pourrait aller en Irlande, ce serait pas mal, mais eux ils font de la chirurgie, donc... du coup, c'est vrai que c'est compliqué. On espère que le LMD, oui, c'est ça, que ça va permettre...</p> <p>J'espère, mais je pense que ça va être long. Enfin, il y a plein de choses à faire, je pense, il y a plein de choses à recouper, et puis ouvrir des masters qui sont peut être un peu différents avec les crédits qu'on aura, on peut passer à autre chose, ce serait hyper intéressant, mais alors après... Moi je pense à un master, mais alors ça ce n'est pas pour tout de suite, mais un master qui mène vers la chirurgie, la petite chirurgie, comme c'est dans les autres pays qui le font déjà. Donc c'est un master 2. Et puis des masters 1 qui valident des compétences comme la posturo, enfin, nous, nos profs ils sont en formation je crois, mais j'ai vu qu'il y avait un pont de la posturo qui était là, ils le font sur leur temps libre, ça leur coûte des sous, enfin que ce soit validé, que tout le monde ait la même formation, qu'il y ait un programme clair... quand on a un master 1 de posturo, on sait faire ça, enfin voilà, c'est en posturo... je pense qu'en biomécanique... et puis aller faire de la recherche, ce serait doctorat et ça, ce serait génial. Ca, ce serait, aller vers les meilleurs européens, enfin, c'est ce que font les meilleurs européens dans la profession, on va dire.. Mais du coup ce n'est</p>
--	--	--	--

			<p>pas la même profession, mais on serait bien contents de faire ça.</p> <p>Comment on les appelle, les Docteurs en pédicurie podologie ?</p> <p>Des podiatres. Enfin, ce sont des Anglais et ce sont les meilleurs, ce sont eux qui font le plus de choses. Après, nous on a un texte de loi qui dit qu'on n'a pas le droit de faire de « l'effusion de sang », et avant que cette phrase là saute apparemment, ça va être long, donc on n'est pas prêts de... si on ne fait pas d'effusion de sang, on ne fait pas d'ongle incarné, ça c'est sûr. Du coup, on a quatre mots, si on les fait sauter, c'est bon, mais maintenant il y a aussi les chirurgiens qui défendent, ce qui est normal, leurs compétences. Par rapport à d'autres pays, où ces métiers là se sont développés plus tardivement, ils ont pu mettre ce qu'ils voulaient dans les textes de loi, ils ont été moins contraints, alors que nous, c'était plus vieux comme métier, enfin les textes étaient là avant et du coup, ils sont bloqués par la loi.</p> <p>Quel grade, espérez-vous ?</p> <p>Licence, alors je ne sais pas si c'est licence, licence professionnelle. Oui, nous c'est ce qu'on veut, enfin, c'est trois ans d'études de toute façon.</p> <p>Tu sais que la position des masseurs kinésithérapeutes est différente ?</p> <p>Différente, oui. Et il est question des salaires à l'hôpital, je crois, en fonction des grades, non ? C'est ce disaient nos profs. C'est vrai que nous on n'a pas du tout ce problème là, donc... Moi, je pense qu'une licence c'est justifié, et c'est ce qu'on fait, enfin on fait trois ans, exactement trois ans d'études. La prépa, ce n'est pas une année d'études, j'apprends rien sur la podologie et il y a des gens qui rentrent sans, donc ce n'est pas... comptabilisé, enfin pour moi, ce n'est pas comptabilisé. Ce n'est</p>
--	--	--	--

			<p>pas obligatoire.</p> <p>Et la recherche, tu verrais quoi ?</p> <p>Moi, je pense qu'il y a plein de choses... je pense qu'en biomécanique, ce serait au niveau des semelles, je pense qu'en biomécanique, ils commencent à être bien au point. Je pense que la posturo c'est plus récent et je pense qu'il y a des choses à aller chercher au niveau neurologique, tout ce qui est réflexe, enfin après je ne sais pas assez, mais je suis persuadée qu'il y a plein de choses que l'on peut faire mieux et que l'on peut faire plus justement. Il faudra les tester, il faudra avoir les moyens de les tester... Bon, il y a sans doute d'autres possibilités après.... Dans les soins, je ne vois pas... je ne vois pas en quoi on peut se spécialiser, normalement, on est sensé savoir tout faire. Si, tout ce qui est prothèse unguéales, nous on l'apprend ici, c'est vrai que nos formateurs sont bien formés, euh... orthoplastie, prothèses unguéales, pouvoir redonner la conformation à l'ongle. Je ne sais pas si ça vaut un master, mais peut-être que lié avec autre chose, ça pourrait valider un master 1, ou des compétences en plus, voilà je sais traiter cette pathologie là, comme ça. On a différentes méthodes et je sais les faire... mais c'est vrai que c'est technique, c'est toujours technique.</p> <p>La question de l'équipe pédagogique n'est pas évoquée.</p> <p>Et l'enseignement, comment tu le vois ?</p> <p>Alors l'anglais, par classe de niveaux, parce que, bon il y a vraiment des gens, je vais être méchante, je leur dis déjà de toute façon, mais ils sont nuls en anglais. Ils ont sept ans d'anglais parce qu'ils ont passé le bac, mais ils ne savent pas faire trois phrases. On nous a proposé que les 2èmes années viennent et ils faisaient venir différentes écoles de Bruxelles, des 2^{ème} années des Pays-Bas, pour échanger</p>
--	--	--	--

			<p>deux jours sur le diabète, donc voilà, oui, mais les Pays-Bas, ils vont parler anglais, sans problème, les Belges parlent anglais et il n'y en a pas 5 dans ma classe qui auraient échangé cette journée là, c'est quand même, enfin c'est dramatique. On nous propose, je trouve qu'on nous propose des choses sympas, bon là en plus c'était trop court, mais même si ça avait été avant, si on n'est pas capable d'échanger derrière, ça n'a aucun intérêt, quoi. Donc, ça c'est par exemple un cours, donc oui, par niveau, et puis... après il y a peut-être des spécificités de programme ? Il y a des pathos, patho vascu, j'imagine qu'on voit tous à peu près la même chose, peut-être patho neuro, non. en neuro, je pense que ce n'est pas comparable. En physio neuro, on est avec les ergos, enfin nous on était avec les ergos, une partie...Et après on faisait de la physio endocrino, en première année et là il y avait plus d'ergos, je crois, ou alors ils avaient autre chose, mais il y a une partie qu'on faisait ensemble, déjà. Pas beaucoup de cours, mais...Santé publique aussi, oui, ça je crois que oui, les trois années peuvent être ensemble. Enfin je ne sais pas ce qu'ils font, mais il y a plein de cours comme ça, enfin les fiches de lecture aussi....</p>
--	--	--	---

Annexe 4 : Etude comparative des référentiels de compétences des trois professions : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure-podologue

Objectifs :

- Repérer les compétences communes. (Tableau 1)
- Repérer les domaines de savoirs sous jacents. (Tableau 2)

Buts :

- Construction de la licence commune I.F. P.E.K.
- Mise en commun d'une partie de l'enseignement.
- Etablissement des passerelles entre professions paramédicales.

Textes de référence :

Documents de travail D.H.O.S. :

- Version V (après réunion du 26/09/08) du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute. Référentiel de compétences.
- R.H.2 (après réunion de groupe de supervision du 15/05/09) du Diplôme d'Etat de Pédicure-Podologue. Référentiel de compétences.
- Version 7 du diplôme d'Etat d'ergothérapeute après réunion du 15/01/09 revu le 26/10/09. Référentiel de compétences.
- Détail passerelles. Travail préparatoire du 7/10/09 au H.C.P.P (Haut Conseil des professions Paramédicales).
- Identification des domaines de savoir en réunion du 5/06/09 et schéma d'organisation pour le D.E des ergothérapeutes et l'élaboration du référentiel de formation.
- Description des domaines de savoirs associés à chaque situation clé du 29/06/09 pour le D.E de pédicure- podologue.

Etat des lieux et constats :

Référentiels de compétences construits à partir d'une même méthodologie par les groupes de travail de chaque profession (référentiel d'activités, référentiels de compétences) dix compétences relevées pour les M.K et les P.P., onze pour les ergothérapeutes.

Parmi les dix compétences, six ont été jugées transversales aux 3 métiers par les groupes de travail en charge de l'élaboration des passerelles pour le H.C.P.P., transversales également à deux autres professions : infirmiers et puéricultrices. Les six compétences jugées transversales sont :

- **Coordonner des activités de santé**
- **Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention**
- **Rechercher et analyser des données professionnelles et scientifiques**

- Analyser et améliorer sa pratique professionnelle
- Informer, former des professionnels et des personnes en formation
- Gérer une structure et ses ressources.

Méthodologie

Dans ce tableau figurent les compétences et sous compétences communes à deux ou trois professions. Nous avons marqué en rouge les compétences communes et mis des plus et moins selon les sous compétences formulées dans la même terminologie, ce qui ne veut pas dire obligatoirement que cette sous compétence n'est pas présente mais peut faire l'objet d'une autre formulation qui prend un autre sens. La difficulté reste que les compétences traduites en termes d'action, le sens du verbe d'action prend toute son importance. Nous noterons cette particularité dans la colonne commentaire

Tableau comparatif des compétences : (Tableau 1)

Compétences / Sous compétences communes	Masseurs kinésithérapeutes	Ergothérapeutes	Pédicures- Podologues	Commentaires
<p>1 Elaborer un diagnostic. ..</p> <p>- Identifier besoins et attentes des personnes</p> <p>- Evaluer la douleur</p> <p>- Evaluer les risques en situation d'urgence</p>	<p>11 sous compétences</p> <p>+ (de l'institution ou des données du dossier du patient)</p> <p>+ (en analyser les données)</p> <p>+</p>	<p>9 sous compétences</p> <p>+ (liés à la situation ou risque d'handicap)</p> <p>-</p> <p>+ (situations à risque pour la santé)</p>	<p>12 sous compétences</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p><i>Le titre de cette compétence est différent selon les professions : -Elaborer un diagnostic pour les kinésithérapeutes, -Evaluer une situation clinique pour les ergothérapeutes accompagne l'élaboration du diagnostic -Analyser et évaluer une situation clinique pour les pédicures podologues avant l'élaboration diagnostique. Nous avons retenu cet item car c'est une compétence commune à chaque profession mais spécifique et relevant du cœur de métier</i></p> <p><i>Remarquons que les ergothérapeutes contrairement aux kinésithérapeutes et pédicures podologues, n'évaluent pas directement la douleur. La douleur est évoquée au détour d'une compétence plus spécifique</i></p> <p><i>Dans cette compétence, nous avons retenu la terminologie</i></p>

<p>2 Concevoir et conduire un projet d'intervention...</p> <p>-Elaborer et formaliser un programme</p> <p>-Prévoir les mesures appropriées en situation d'urgences</p> <p>-Adapter le projet en le mettant en lien avec la P.E.C</p>	<p>9 sous compétences</p> <p>En kinésithérapie</p> <p>+ (programme d'intervention)</p> <p>+</p> <p>-</p>	<p>12 sous compétences</p> <p>En ergothérapie et d'aménagement de l'environnement</p> <p>+ (programme personnalisé d'intervention)</p> <p>-</p> <p>+ (en lien avec l'entourage et l'équipe de professionnels)</p>	<p>9 sous compétences</p> <p>Concevoir, conduire et évaluer un projet thérapeutique en pédicurie-podologie</p> <p>+ (projet thérapeutique)</p> <p>+ (et situations complexes)</p> <p>+ (en lien avec la P.E.C multidisciplinaire)</p>	<p><i>semblable mais les sous compétences sont également spécifiques. Exemple : pour la sous compétence : élaborer et formaliser un programme, le programme change de nature selon la profession. Mêmes remarques pour l'adaptation du projet.</i></p>
<p>3 Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion, de réhabilitation psychosociale</p> <p>-Installer la personne de façon appropriée et ergonomique</p> <p>-Concevoir, réaliser et adapter orthèses</p>	<p>11 sous compétences</p> <p>-</p> <p>+</p>	<p>12 sous compétences</p> <p>+</p> <p>+ (fait l'objet d'une compétence à elle seule, compétence)</p>	<p>16 sous compétences</p> <p>+</p> <p>-</p>	<p><i>Les sous compétences dans ce champ sont presque toutes spécifiques.</i></p>
<p>4- Elaborer, conduire une</p>	<p>9 sous compétences</p>	<p>8 sous compétences</p>	<p>7 sous compétences</p>	<p><i>La compétence est commune aux</i></p>

<p>démarche d'éducation et de conseil en santé publique</p> <p>-Repérer besoins et attentes des personnes</p> <p>-Conduire une démarche d'éducation santé et de prévention... par des actions pédagogiques individuelles et collectives</p> <p>-Concevoir, formaliser et mettre en œuvre un projet d'éducation thérapeutique</p> <p>-Choisir et utiliser des techniques et outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition de compétences en éducation et prévention</p> <p>-Informier et conseiller des personnes en individuel et en groupe sur le dépistage des troubles fonctionnels</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>+ (les ressources et les potentialités de la personne)</p> <p>+ (de promotion de la santé)</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+ (accompagner dans processus d'apprentissage)</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>trois corps de métier mais la formulation des sous compétences est assez différente selon les professions. Cela souligne les postures différentes. A la notion d'éducation thérapeutique, certains y substituent la notion de promotion de santé. Les actions pédagogiques se situent au niveau du bénéficiaire mais ces actions sont menées plus largement pour l'ergothérapeute au niveau de l'entourage dans sa prise en compte de l'environnement. Le conseil sera suivi d'accompagnement pas mentionné par les deux autres professions.</p>
<p>5 Conduire une relation dans un contexte d'intervention</p>	<p>8 sous compétences</p>	<p>5 sous compétences</p>	<p>5 sous compétences</p>	<p>Dans cette compétence, on voit l'appropriation par chaque groupe professionnel de la notion</p>

<p>- Accueillir et écouter une personne en prenant en compte la demande et le contexte de la situation.</p> <p>- Créer des temps d'échanges et d'analyse de situations de la personne et groupe</p> <p>- Instaurer la communication verbale et non verbale</p> <p>-Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne et l'entourage en une alliance thérapeutique.</p>	<p>+ (+entourage)</p> <p>+ (pour aide à la formulation des projets)</p> <p>+</p> <p>+ (climat d'empathie)</p>	<p>+ (+ histoire de vie)</p> <p>+ (en favorisant l'expression)</p> <p>+ (et maintenir) en tenant compte des altérations de la communication et du profil psychologique)</p> <p>+ (développer un climat de confiance)</p>	<p>+</p> <p>+ (pour informer des actes de diagnostic et thérapeutiques)</p> <p>+ (en tenant compte des altérations de la communication et du profil psychologique)</p> <p>+</p>	<p>d'échanges, différente d'un métier à l'autre et concomitante d'autres compétences plus spécifiques</p>
<p>6 Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle</p> <p>-Observer, formaliser, expliciter la pratique professionnelle</p> <p>-Confronter sa pratique à celle des pairs et autres professionnels</p> <p>-Analyser sa pratique professionnelle</p> <p>-Evaluer ses interventions en fonction de la réglementation, de l'évolution des sciences et techniques, satisfaction du bénéficiaire, de la déontologie, traçabilité, hygiène... règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériaux et dispositifs médicaux</p> <p>-Identifier les améliorations possibles et mesures de réajustement en</p>	<p>7 sous compétences (Analyser et améliorer la pratique professionnelle)</p> <p>+ (éléments de la pratique)</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+ (+éthique)</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>6 sous compétences</p> <p>-</p> <p>+ (+équipe)</p> <p>+ (au regard des valeurs professionnelles et de la déontologie)</p> <p>+ (+principes de qualité+ergonomie)</p> <p>+ (recherche scientifique)</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>-</p>	<p>6 sous compétences</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+ (au regard de l'évolution des sciences)</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+ (+éthique)</p> <p>+</p>	<p>On retrouve dans cette compétence commune des items propres à l'évolution des pratiques professionnelles, à la législation et à la déontologie des professionnels.</p> <p>A noter la différence de regard portée par les ergothérapeutes et les pédicures podologues sur l'analyse de leur pratique.</p> <p>Les règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériaux sont absentes des sous compétences de l'ergothérapeute.</p>

<p>établissant une progression dans les acquisitions et les apprentissages</p>	+	<p>-(Identifier les domaines de formation personnelle à développer)</p>	+	
<p>7 Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques</p> <p>-Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelle</p> <p>-Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant des bases de données et réseaux locaux, nationaux et internationaux</p> <p>-Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves</p> <p>-Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations à partir de la recherche documentaire</p> <p>-Elaborer des documents professionnels en vue d'une documentation orale/écrite</p>	<p>8 sous compétences</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>+ (rédiger et présenter les documents professionnels)</p>	<p>7 sous compétences</p> <p>-</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>8 sous compétences</p> <p>+ (uniquement des données professionnelles et élaborer une problématique)</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+ (élaborer et présenter)</p>	<p>La formulation des sous compétences diffère peu d'une profession à l'autre mais quelques nuances sont apportées selon le contexte considéré : Diplôme d'Etat ou recherche plus large.</p>
<p>8 Coordonner les activités et coopérer avec différents acteurs (différentes appellations selon le groupe professionnel)</p>	5 sous compétences	9 sous compétences (organiser les activités)	7 sous compétences	

<p>-Identifier les différents acteurs de la prise en charge en vue de transmettre les informations pertinentes</p> <p>-Choisir les outils de transmission de l'information adaptée aux situations et en assurant la mise en place et l'efficacité.</p> <p>-Sélectionner, hiérarchiser, communiquer les éléments de sa pratique professionnelle aux différents interlocuteurs au travers des outils de transmission</p> <p>-Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins</p> <p>-Travailler en réseau et coordonner les actions ou soins avec les aidants, équipe médicale et paramédicale, les interventions dans le champ social, économique, éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents.</p> <p>-Etablir une coopération interprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>(instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux, structures)</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>+ (transmettre les informations les différents acteurs auprès des bénéficiaires et la nature de l'action)</p> <p>-</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>-</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	
<p>9Former et informer (Appellation différentes selon les groupes professionnels)</p>	<p>7 sous compétences</p>	<p>9 sous compétences</p>	<p>8 sous compétences</p>	<p>Cette compétence regroupe deux types de situations celle du tuteur de stage ou du professionnel en</p>

10-Gérer un service, une structure, des ressources	10 sous compétences		11 sous compétences	Compétence absente pour les ergothérapeutes
-Elaborer et gérer un budget dans le cadre d'une structure	+		+	
-Etablir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable	+		+	
-Evaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène/ sécurité et identifier les mesures à prendre	+		+	
-Organiser l'espace professionnel et le plateau technique	+		+	
-Choisir du matériel adapté à la structure, et aux activités	+		+	
- Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks de matériels et consommables en recherchant notamment les informations sur l'évolution des matériels	+		+	
-Organiser les circuits des déchets	+		+	
-Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités	+		+	
-Utiliser es logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activités)	+		+	
	+		+	

Annexe 4 bis : Liste des compétences de chaque métier

Documents utilisés :

- Diplôme d'Etat de Pédicure-Podologue. Référentiel de compétences. DHOS après réunion du groupe de supervision du 15/05/09
- Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute. Référentiel de compétences. DHOS après la réunion du 26/09/08 et élaboration du référentiel de formation du 21/09/09
- Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Référentiel de compétences. DHOS, Version 7 après réunion du 15/01/09 revu le 26/10/09.

- Compétences/ sous compétences	- Pédicure -Podologue	- Masseur-Kinésithérapeute	- Ergothérapeute
1) P.P : 12 sous compétences M.K : 11 sous compétences E : 9 sous compétences	- Analyser et évaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de la P.P	- Elaborer un diagnostic en kinésithérapie	- Evaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie.
2) P.P : 9 sous compétences M.K : 9 sous compétences E : 12 sous compétences	- Concevoir, conduire et évaluer un projet thérapeutique en P.P	- Concevoir et conduire un projet d'intervention en kinésithérapie	- Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3) P.P : 16 sous compétences M.K : 11 sous compétences E : 12 sous compétences	- Mettre en œuvre des activités thérapeutiques dans le domaine de la P.P	- Mettre en œuvre les activités de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation dans le domaine de la kinésithérapie	- Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
4) P.P : 4 sous compétences M.K : 9 sous compétences E : 9 sous compétences	- Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention en P.P et en santé publique	- Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique	- Concevoir, réaliser, adapter et préconiser les orthèses et aides techniques
5) P.P : 5 sous compétences M.K : 8 sous compétences E : 8 sous compétences	- Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention	- Conduire une relation dans un contexte d'intervention kinésithérapique	- Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

6) P.P. : 6 sous compétences M.K : 7 sous compétences E : 5 sous compétences	- Evaluer et améliorer sa pratique professionnelle	- Analyser et améliorer sa pratique professionnelle	- Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
7) P.P : 8 sous compétences M.K : 8 sous compétences E : 6 sous compétences	- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques	- Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles	- Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
8) P.P : 11 sous compétences M.K : 10 sous compétences E : 7 sous compétences	- Gérer une structure et ses ressources	- Gérer une structure et ses ressources	- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9) P.P : 7 sous compétences M.K : 5 sous compétences E : 9 sous compétences	- Coopérer avec d'autres professionnels	- Coordonner des activités de santé	- Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
10) P.P : 8 sous compétences M.K : 7 sous compétences E : 9 sous compétences	- Informer et former des professionnels et des personnes en formation	- Former et informer des professionnels et des personnes en formation	- Former et informer.

Légende :

Jaune : commun à deux professions

Rouge : commun aux trois professions

Les compétences ont été ordonnées en fonction de la déclinaison des compétences faite par chaque profession. Le nombre des sous compétences cité suit chacune des compétences déclinées.

Compétences communes et jugées transversales:

- 1- Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation et de prévention en santé publique (P.P=4 ; M.K=9 ; E=8 sous compétences)
- 2- Conduire une relation dans un contexte d'intervention (P.P=5 ; M.K=8 ; E=5 sous compétences)
- 3- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques (P.P=8 ; M.K=8 ; E=7 sous compétences)
- 4- Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle (P.P=6 ; M.K=7 ; E=6 sous compétences)
- 5- Former et informer (P.P=8 ; M.K=7 ; E=9 sous compétences)
- - Pour deux professions : coopérer avec d'autres professionnels (P.P=7 ; E=9 sous compétences mais l'intitulé est avec organiser les activités)
- - Pour deux professions : Gérer une structure et ses ressources (P.P=11 ; M.K=10 sous compétences)

- **Domaines de savoirs identifiés pour deux des métiers M.K et Ergothérapeutes:**

- Documents de référence :

- Identification des domaines de savoir D.E d'ergothérapeute-Elaboration du référentiel de formation Conseil DHOS. Réunion du 5/09/09
- Regroupement des domaines de savoirs. D.E de Masseur Kinésithérapeute. Conseil DHOS. Document avant le groupe de travail du 29/10/09
- Compte rendu de la réunion du 5/06/09. Groupe de production. Réingénierie du diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Trois domaines de savoirs qui peuvent dénommés « Tronc commun des sciences fondamentales » peuvent être mutualisés et enseignés par des universitaires. Il s'agit des sciences médicales, des sciences humaines et sociales et des méthodes de travail : méthodes de recherche et anglais. Nous notons que les domaines de savoirs sont organisés différemment selon les métiers mais certains enseignements peuvent être mutualisés partiellement. Il faudra tenir compte du nombre d'ects pouvant être différent selon les filières métiers ainsi que sa programmation en termes de semestres. Une U.E n'étant pas rattachée systématiquement à une matière mais à une seule compétence. Les U.E sont validées en fin de chaque semestre¹.

<u>Domaines communs</u>	<u>Masso-Kinésithérapie</u>	<u>Ergothérapie</u>	<u>Pédicurie Podologie</u>
<u>Sciences médicales</u>	<p>(Inclues avec sciences physiques et biologiques) : 16 U.E</p> <p>1-Physique et biophysique</p> <p>2- Chimie et biochimie</p> <p>3-Biomécanique et cinésiologie</p> <p>4-Anatomie et physiologie</p> <p>5- Anatomie, physiologie et physiopathologie du système musculo-squelettique</p> <p>6-Anatomie, physiologie, physiopathologie des systèmes cardiorespiratoires et internes</p> <p>7- Anatomie du système respiratoire et digestif ?</p> <p>8- Anatomie, physiologie et physiopathologie du système</p>	<p>U.E pas déterminées</p> <p>Valeur en termes temps évalué à 465 heures soit environ 18 ects</p> <p>1-Neurosciences</p> <p>2- Fonctions sensorielles et douleur</p> <p>3- Systèmes cardio-vasculaire et respiratoire et fonctions vitales</p> <p>4- Anatomie et physiologie de l'appareil locomoteur</p> <p>5- Introduction à la sémiologie</p> <p>6- Dysfonctionnement physique et sensoriel (des différents troubles aux pathologies ostéo-articulaires, neuromusculaires, rhumatologie, pathologies neurologiques, sensorielles, cardio-respiratoires,</p>	<p>Pas déterminé</p>

¹ Compte rendu de la réunion du groupe de production réingénierie du D.E d'ergothérapeute du 5/06/09

	<p>tégumentaire 9- Anatomie, physiologie du système neuromusculaire 10-Neurosciences 11-Psychocorporel 12- Sémiologie -Oncologie ? 13-Stratégies thérapeutiques- 14 –Pharmacologie 15- Les cycles de la vie (ontogénèse) 16-Le vieillissement pathologique</p>	<p>cancérologie) 7-Dysfonctionnement cognitif et affectif (pathologies neurologiques, sémiologie des démences, pathologie psychiatriques)</p> <p><u>Remarque</u> : les cycles de la vie font partie pour les ergothérapeutes de psychologie et santé ainsi que le vieillissement pathologique et donc regroupés dans sciences humaines et sociales</p>	
Sciences humaines et sociales	<p>3 U.E 1-Psychologie, sociologie, anthropologie 2- Communication 3- Pédagogie</p> <p><u>Remarques</u> : Santé Publique, Ergonomie, Santé appartiennent à un autre domaine : Santé, Sport, Bien être</p>	<p>1-Psychologie et Psychologie et Santé 3 ects 2-Santé publique 2 ects 3-Sociologie et anthropologie 2 ects 4-Pédagogie 2 ects 5-Ergonomie 2 ects</p>	
Méthodes de travail	<p>_U.E pas déterminées -Outils et méthodes de résolution de problèmes -Analyse stratégique -Analyse Systémique</p> <p><u>Remarque</u> : ce domaine n'est pas achevé.</p>	<p>-Méthodes de travail et T.I.C 2 ects -Méthodes et outils d'analyse de la qualité et de la traçabilité 2ects -Méthodes de recherche 1ects -Initiation à la démarche de recherche 3 ects - Méthodologie de projet 2ects -Anglais professionnel 10ects</p>	

Annexe 5 Compte rendu entretien du 26/11/09 au Conseil Régional de Bretagne. Durée : 36mn

Les questions portent essentiellement sur la participation du C.R.B dans la mise en œuvre de l'universitarisation. Quelle serait sa participation vis-à-vis du projet I.F.P.E.K ? Quelle représentativité au sein des conseils pédagogiques ?

C.R.B : Le principe de l'universitarisation des formations sanitaires et sociales posent des problèmes à plusieurs niveaux, vous le savez bien. Actuellement on est en train de travailler très directement avec l'université et l'I.F.S.I. sur la formation infirmier. Sachant que nous on est parti sur une logique de d'abord monter un groupe de travail pour discuter avec un représentant de l'université, un représentant des centres hospitaliers et I.F.S.I., piloté par la région. Donc un groupe de travail tripartite avec la D.R.A.S.S puisque on inviterait la D.R.A.S.S et les services de l'Etat concerné avec le souci de construire quelque chose qui soit opérationnel, raisonnable mais qui s'inscrit bien dans la démarche imposée L.M.D.

P.M : Avec les passerelles ?

C.R.B : Pour l'instant, on n'en est pas là. Pour l'instant on essaie. On va travailler à la mise en place de ce groupe de travail très rapidement pour que la réunion ait lieu aux alentours de la mi-janvier, quelque chose comme cela.

P.M : D'accord.

C.R.B : Parce que le problème c'est l'opérationnalité à septembre 2010. Puisqu'à compter de 2010, les universitaires doivent participer à l'enseignement. Alors c'est vrai que les textes vont évoluer dans ce sens pour les trois formations, au moins pour les ergos et kinés, pour les pédicures podologues, je ne sais pas, en tous cas pour les deux premières et vraisemblablement, on sera sur une démarche un peu similaire.

P.M : Cela veut dire que c'est le Conseil Régional qui engage...

C.R.B : On va voir comment cela va se passer pour la partie infirmier, puisque là c'est l'actualité. Maintenant, moi on m'a parlé de référentiel de formation kiné pour 2011 voire 2012.

P.M : Ni les référentiels métiers, ni les référentiels formation qui sont issus de ces référentiels métiers ne sont pas achevés, pour les kinésithérapeutes, c'est sûr.

C.R.B : Et pour les ergos ?

P.M : Pour les ergos, il est presque fini.

Interruption. Coup de téléphone.

C.R.B : D'accord.

P.M : Ca c'est ce qui se passe dans les groupes de travail au niveau des Ministères. Il y a quand même des pressions de plein de groupes professionnels.

C.R.B : Parce que si vous voulez, cela pose des problèmes : un du statut de l'étudiant, deux de statut de l'établissement et de liens de tout cela avec l'Université. On peut très bien et je pense que c'est votre cas à l'I.F.P.E.K .On peut très bien avoir une partie des formateurs accrédités par l'université, il peut y avoir des jeux différents, si vous voulez. Mais globalement le processus...Ce qui me gêne, c'est qu'on est sur des niveaux de formations qui vont être différents parce que pour les infirmiers, on arrive péniblement à un grade licence. Pour les kinés et les ergos, je ne sais pas à quoi on arrivera. Les kinés vraisemblablement une vraie licence.

P.M : Ce qui était dit par le Ministère, c'était comme les infirmières, un grade Licence.

C.R.B : Ah oui ?

P.M : Mais il y a aussi tout un lobbying des kinésithérapeutes qui recrutent au niveau des P.C.E.M 1 validés et qui souhaitent être sur un grade Master.

C.R.B: Oui. Ce qui paraît logique

P.M : Ce qui pose des problèmes au niveau du projet de l'établissement.

C.R.B : Ah, oui cela crée des turbulences, même la gouvernance ne sera pas la même selon les niveaux retenus.

P.M : Le projet de l'I.F.P.E.K est d'au moins s'assurer d'un niveau Licence avec un éventuel tronc commun car nous avons des enseignements similaires et de chercher un conventionnement avec l'U.F.R de médecine. Actuellement ce sont les démarches qui sont faites.

C.R.B : Et vous avez des contacts avec l'U.F.R. de médecine ?

P.M : Oui, par le C.A et par les conseillers scientifiques que chaque I.F.I a obligation d'avoir.

C.R.B : Ca aide et le lien se fait plus naturellement.

P.M : Et l'ergothérapie s'inscrit dans le médico-social, c'est un peu différent.

C.R.B : C'est vrai. Autant intellectuellement cela peut paraître satisfaisant d'inscrire des étudiants dans un parcours, quelque part quelque chose de naturel. Autant cela devient moins évident quand on est sur la traduction de ces métiers, de ces formations pardon, en référentiel d'unités

P.M : De compétences ?

C.R.B : Oui de compétences. C'est plus délicat à gérer et les partenariats sont plus difficiles à mettre en œuvre. En tous cas dans l'état actuel des choses

P.M : Je voudrais savoir car nous sommes une association à but non lucratif, qui fera le pilotage ?

C.R.B : Le pilotage c'est le C.A .sauf que chacune des écoles est agréée par la région. Là on va être en refonte des agréments pour 2011. Je pense qu'Olivier a expliqué à Christine Orvoine qui était là, à la région, dans le cadre de la procédure budgétaire, comment on va procéder. On est en train de mettre en place un calendrier commun et un dossier commun avec la D R.A.S.S. L'habilitation pédagogique, elle est bien donnée par la Région avec l'avis de l'Etat. Donc, c'est bien dans le cadre de cette compétence transférée par la Loi du 13 août que l'organisation des formations relève bien de la Région. C'est ce titre là qui légitime notre intervention.

P.M : Et avec la Loi H.P.S.T ?

C.R.B : Ben, pas vraiment semblerait-il. En tous cas nous on ne l'a pas lue comme cela. Et puis le Directeur a rencontré à plusieurs reprises les gens de la D.H.O.S et la D.G.C.L. On est encore dans cette logique là avec la D.G.C.L qui dit aux régions de vraiment prendre toute la main. On est dans cette démarche là. Mais c'est vrai qu'avec la mise en place des nouvelles structures de l'Etat, la réforme des services de l'Etat va aussi impacter tout son fonctionnement. Il ya beaucoup de turbulences.

P.M : C'est compliqué

C.R.B : Compliqué non, ce n'est pas compliqué mais disons que c'est un sujet en évolution. On est en évolution depuis qu'on est arrivé, donc. C'est bien.

P.M : Est-ce que vous avez une représentativité aux conseils pédagogiques ?

C.R.B : Normalement c'est un décret de mai 2007 qui organise les conseils pédagogiques avec une place d'auditeur pour la Région. Très clairement, c'est un sujet qu'on avait mis de côté jusqu'à présent en considérant : un que la place d'auditeur était quelque peu méprisante pour la région qui assure à elle seule pour les trois quarts des établissements, l'intégralité du fonctionnement. Ce n'est pas vrai pour l'I.F.P.E.K, mais c'est vrai pour les autres instituts notamment en soins infirmiers et que donc il n'y avait pas priorité. Très clairement c'est aussi quelque chose sur lequel on va se pencher lors de la prochaine, vous savez qu'il va y avoir des élections régionales. On attend la mise en place du nouveau Conseil régional et donc on attend de connaître quelle va être la posture des élus sur un des sujets comme celui là, car c'est un sujet sensible puisque c'est la représentation de la Région dans des instances pédagogiques. Donc est-ce que ce seront des élus ? Est ce que ce seront des fonctionnaires ? Pour l'instant je ne sais pas. En Loire Atlantique par exemple, ce sont des élus qui participent aux conseils pédagogiques. Cela représente en région, quand même beaucoup de réunions donc je ne sais pas, on verra comment cela va se mettre en place. Très clairement, je pense que le groupe de travail que l'on va mettre en place en début d'année, va avoir un rôle, alors peut-être pas dans sa forme initiale, mais va incarner un rôle de suivi, de pilotage, de je ne sais pas quoi dans la mise en œuvre de toutes ces réformes qui impactent un peu le fonctionnement des instituts, quel qu'il soit. Parce que, aussi, on aura eu une expérience de cinq ans de décentralisation, je crois qu'en Bretagne, le Conseil Régional s'est bien investi, a bien pris en main cette compétence et du coup on se sent légitime à prendre la main sur certains sujets et puis à initier des démarches comme celles là.

P.M : Et puis vous êtes l'interface avec l'Université ?

C.R.B : Et puis on a les compétences Enseignement Supérieur qui peut jouer un relais et qui du coup légitime aussi notre démarche, effectivement.

P.M : Je voudrai savoir quelle serait votre aide dans les négociations pour l'I.F.P.E.K ?

C.R.B : Dans la mesure où les référentiels s'inscriront dans la démarche L.M.D. Il me paraît du fait de notre compétence sur les agréments, mais c'est peut-être un point de vue un peu simpliste, sur la carte des formations et sur le schéma des formations aussi, on aurait un appui logistique sur la mise en œuvre de ce L.M.D. Quand je dis appui logistique, cela veut dire qu'on serait facilitateur comme on va l'être pour les instituts de soins infirmiers pour faire en sorte que l'universitarisation se mette en place avec l'université mais sans prédominance de l'un sur l'autre. Il n'y a pas de lien comment dire, hiérarchique à établir entre université et l'institut. On est bien sur un partenariat avec une accréditation de certains formateurs éventuellement, pourquoi pas.

P.M : Est-ce qu'il y aura dans la logique de l'adéquation emploi besoins de santé, des passerelles. Dans la nouvelle Loi, si je ne m'abuse, il y a des liens aussi à faire entre le sanitaire et le social ?

C.R.B : Il y a des éléments dans la Loi H.P.S.T, une dynamique qu'on a souhaité mettre en place au niveau des instituts. C'est-à-dire qu'on a souhaité des rapprochements entre le sanitaire et le social et entre le social et le sanitaire, dans les deux sens d'ailleurs, pour moi il va de soi qu'un établissement comme l'I.F.P.E.K doit s'associer, doit avoir des liens de partenariats avec des instituts de formation du social.

P.M : je pensais, en fait par rapport à la filière entrante ?

C.R.B : C'est-à-dire ?

P.M : Par exemple vis-à-vis des assistants soins gérontologie où par exemple, les ergothérapeutes interviennent dans l'enseignement, délèguent un peu de leurs actes concernant la vie quotidienne pour les personnes Alzheimer ou personnes âgées. Si ces personnes valident des U.E ou E.C.T.S ?

FLF : On verra en termes de contenus. Faut voir la frontière entre le pédagogique et le fonctionnement et les contenus des référentiels, c'est bien de la compétence du Ministère. En l'occurrence c'est bien le Ministère qui va décider tout seul ; normalement il s'entoure d'un professionnel avec les validations nécessaires. On verra ce qu'il y aura dans le texte. Nous pour ce qui est des passerelles, des contenus de validation, c'est hors de notre champ de compétences.

P.M : Oui, oui j'entends bien. Mais j'avais imaginé qu'avec l'universitarisation et l'accord des crédits on pouvait aller plus loin en termes de passerelles ou de promotion professionnelle.

C.R.B : Pourquoi pas, mais tout dépend de ce qu'il y aura dans les référentiels.

P.M : C'était par rapport aux filières entrantes car pour le moment, nous n'avons que des jeunes post baccalauréat

C.R.B : Je ne sais pas du tout. Ce sera fonction de ce qui sera fait.

P.M : Cela se joue déjà avec les infirmiers et les aides soignants ?

C.R.B : Non ce n'est pas pareil. Les aides soignants qui ont travaillé trois ans, mais je n'ai plus les textes en tête, les aides soignants qui ont travaillé plus de trois ans peuvent accéder sous certaines modalités mais je ne sais plus lesquelles, je ne les ai plus en tête mais effectivement, il n'y a pas de validation complète, ils refont les trois années complètes. C'est simplement une facilitation d'accès par un concours, c'est un peu différent. Mais on pourrait avoir des passerelles comme on l'a actuellement entre les niveaux V. quelqu'un qui est ambulancier, quelqu'un qui est auxiliaire de puériculture, j'en oublie, assistante vie aux familles, aides soignantes peuvent aller de l'un à l'autre des métiers avec seulement en gros, la moitié de la formation à faire. Mais cela c'est entre les formations de niveau V dans les formations vie sanitaire et sociale. Est-ce qu'il y aura ce genre de passerelles ?

PM : Je le disais par rapport à la nouvelle Loi H.P.S.T

C.R.B : Cela dépendra du Ministère, moi je le disais dans les formations de niveau V. Cela me paraîtrait légitime que les infirmiers deviennent kiné ou inversement qu'un kiné devienne infirmier, à priori pourquoi pas ? Qu'est-ce qu'ils mettront dans le champ des passerelles, le problème c'est ça. Est-ce qu'ils iront jusqu'à assistant de soins en gérontologie, je ne sais pas du tout. Et là pour l'instant on n'est pas associé à ces travaux préalables. On n'a aucune données, vraiment aucune.

P.M : On voit aussi qu'il ya un protectionnisme métier très très fort.

C.R.B : On est là sur des champs qui relèvent vraiment de la compétence du Ministère. En fait c'est toute la définition des compétences métier qui va définir les référentiels formation et qui du coup va décliner les passerelles.

P.M : Justement, quand on regarde les référentiels, chaque profession s'est réapproprié les compétences dites transversales et communes et c'est difficile de faire un champ commun.

C.R.B : C'est toute la difficulté des métiers qui ont été vraiment très cloisonnés. Oui le champ sanitaire et social a été extrêmement cloisonné jusqu'à maintenant. Maintenant on commence à parler de transversalité et de prise en compte de la personne dans son intégralité. Même si on est autour en termes de discours, dans la réalité c'est encore complètement différent, on le voit bien. En tant qu'utilisateur quand on observe les situations, on voit bien qu'il y a encore un travail énorme à faire et il y a un changement de mentalités des professionnels extrêmement important à faire. Qui va se faire avec le temps, il ne faut jamais brusquer les gens, mais ça va être très long mais cela va se faire. Mais c'est vrai qu'il y a toute la dynamique des personnes, type Alzheimer ou Parkinson qui obligent dans le quotidien à faire les choses.

P.M : On voit bien aussi comment certains métiers glissent vers la philosophie de santé publique alors qu'avant on n'y était pas, de la réadaptation alors qu'on n'y était pas.

C.R.B : Et c'est intéressant pour ces métiers, je trouve, parce que on n'est pas que sur l'aspect technique pour appréhender ce qui fait l'humain. C'est hyper intéressant mais cela suppose une ouverture d'esprit et du coup une formation qui dépasse le simple aspect technique. C'est toute la difficulté de ce genre de métier. Autant manipulateur radio, c'est de la technique avec une part de relationnel, autant la kiné, il y a de la technique c'est vrai, mais pas que de la technique. Je le sais pour fréquenter depuis quelque temps (rires). C'est qu'on se rend bien compte qu'il y a des différences d'approche quoi et on le vit entre les différentes écoles comment l'individu est pris entre petits bouts ou pris dans son intégralité quoi. C'est assez étonnant quand on est usager d'ailleurs.

P.M : C'est aussi la médecine, la construction historique des professions..

C.R.B : Tout à fait, oui complètement avec le lobbying et tout ce qui s'est mis en place.

P.M : Je n'ai plus vraiment de question, c'était plus de savoir et comprendre votre rôle.

C.R.B : Notre rôle c'est plus de la coordination en fait, de facilitateur sachant que l'on est aussi garant des deniers publics que l'on met dans l'histoire, car à chaque fois on nous dit l'université, la transformation du diplôme d'Etat en grade Licence, cela génère telle ou telle dépense supplémentaire, l'addition elle est pour vous. On est aussi garant de cette équité là. Il y a un souci qui là est défendu par le Président de région de façon importante, qui est que en tant que régulateur régional, on a aussi un rôle d'équité c'est-à-dire que si je prends l'exemple des I.F.S.I, on a quatorze I.F.S.I en Bretagne, il est important que, comment dire, que la réforme du référentiel soit appliqué de la même manière, que tous les établissements aient les mêmes moyens ; enfin aient les moyens adaptés pour que soit appliqué de la même manière le référentiel de formation. Cela veut dire que ce n'est pas parce qu'un centre est éloigné d'un centre universitaire ou que ce soit un petit institut ou qu'il soit privé pour qu'il n'y ait pas d'intervention d'un universitaire. C'est aussi notre rôle de garant d'équité de traitement sur le territoire national et au-delà des a priori partisans ou des facilités liées aux contacts locaux quoi. Moi je le définirai comme coordinateur et facilitateur. A partir de là, concrètement je ne sais pas jusqu'où on va aller puisqu'on commence. Pour l'instant, on a eu des contacts politiques puisque nos Vices Présidents ont rencontré les Présidents de l'Université, qu'il y a eu une rencontre avec le Président de la F.H.R et voilà, enfin le délégué régional de la F.H.R pour discuter. Cela va se mettre en place. D'ici trois ou quatre mois, j'en saurai un peu plus parce qu'il faut qu'on construise une méthode. C'est clair parce qu'on part de rien, donc il faut construire une méthode.

P.M : Et comment, si on s'imagine que c'est mis en place, le contrôle peut être par l'université mais comme on marche sur deux niveaux D.E et niveau Licence par exemple. Comment cela s'articule ? Cela veut dire que l'université valide des U.E et le D.E des compétences.

C.R.B : Tout le travail c'est de faire en sorte que le référentiel d'infirmier tel qu'il existe maintenant corresponde à un grade licence donnant accès à un master. Actuellement, le grade licence en tant que tel ne permet pas l'accès au grade master. Par contre

P.M : Pourtant à l'E.H.E.S.P s'est mise en place, la recherche en soins infirmiers et le master

C.R.B : On ne sait pas pour l'instant comment les étudiants s'intégreront dans cette démarche là Donc dans le référentiel infirmier il y aura des universitaires qui participeront à l'enseignement et qui participeront aux commissions d'évaluation des ects, d'attribution des ects, donc la somme des ects, les 180 donnera lieu au D.E et au grade licence.

P.M : Mais sur nos formations professionnelles, on le voit bien il y a dix mois de stage et les professionnels ne sont pas formés pour encadrer et évaluer

C.R.B : Oui, il faudra former les encadrants de stage. C'est ce à quoi s'emploient certains I.F.S.I qui ont mis en place des formations tuteurs, sachant que cela pose le gros problème de disponibilité des équipes soignantes.

P.M : Mais les établissements ne sont pas du tout prêts à cela.

C.R.B : Non.

P.M : De ce que je vois et de mon expérience de formation de tuteurs, les établissements ne sont pas prêts à cela.

C.R.B : Non, d'autant qu'en termes de temps, ils n'ont même pas un quart de T.P. Combien faut-il de temps d'encadrement à sortir du temps effectif ? Donc cela va poser ce problème là. C'est aussi du coup le rôle de l'institut de développer tout ce partenariat avec ces terrains de stage pour professionnaliser tous ces terrains de stage. Et pour les infirmiers, le Ministère a instauré une sorte de Porte folio.

P.M : Oui je l'ai vu, nous sommes sur les mêmes modalités mais c'est une vraie usine à gaz !

C.R.B : Oui cela m'a l'air très compliqué. Je ne l'ai pas vu très concrètement mais le peu que j'ai vu cela m'a l'air très compliqué. Là aussi c'est l'appropriation et puis on est sur la première rentrée. Il faut se laisser un peu de temps, d'ici 3 -4 ans. C'est peut-être pour cela que le Ministère n'a pas trop intérêt à se précipiter, parce que d'abord de voir une formation et puis, plutôt que 5. D'abord tester une bonne et après mettre en œuvre les autres.

P.M : Mis à part qu'il y a l'injonction de le mettre en place d'ici 2010

C.R.B : Enfin les derniers contacts que j'ai eu avec les Ministères que j'ai eu, c'était pour les kinés 2011, 2012. Vous avez sans doute des infos plus précises que les miennes mais

P.M : Vis-à-vis des kinésithérapeutes, à vrai dire, on est assez étonné des positions. Autant il y avait une recherche de culture interprofessionnelle au niveau de l'I.F.P.E.K, je ne peux parler que de cela, autant maintenant, ils suivent une sorte de lobbying auprès des Ministères

C.R.B : Cela casse un peu la dynamique école. Ça ramène à l'intérêt général et l'intérêt particulier, c'est cela le problème.

P.M : C'est vrai que cela pose question.

C.R.B : Ça peut créer des turbulences importantes. Ça peut même faire éclater la structure, comme cela peut, à terme la consolider.

P.M : Cela casse le projet institutionnel puisque chaque Directeur a autorité sur son Institut.

C.R.B : C'est aussi parce qu'il n'y a pas de Directeur Général qui crée cette facilité, si je puis dire. Cela peut créer une dynamique commune aussi. Le fait que ce soit une direction tournante crée un partage commun, je ne sais pas. A terme, on peut avoir les deux.

P.M : C'est aussi tout récent.

C.R.B : Voilà, il n'y a pas d'assurance là non plus. C'est vrai que cela peut créer des effets les plus négatifs, comme les plus positifs mais c'est aussi des questions de personnes.

P.M : C'est vrai je suis d'accord avec vous.

C.R.B : C'est aussi des questions de personnes. Quand on a construit des relations riches et constructives ; on avance malgré les difficultés. Par contre je veux bien qu'on en reparle en février mars quand nous on aura un peu avancé sur le reste. A ce moment là vous me rappelez.

P.M : Je pense que le C.R.B a un rôle à jouer car nous sommes dans des cultures différentes avec l'Université.

C.R.B : C'est vrai que nous aussi on n'a pas le contrôle pédagogique, c'est là que l'on est en situation de fragilité, on va dire. Sauf que je défends quand même la position et je l'ai déjà fait depuis le début, que la Région doit prendre toute la mesure de son rôle puisqu'elle finance les formations. Alors ce n'est pas vrai pour l'I.F.P.E.K, on est sur un cas particulier.

P.M : C'est cela que j'ai du mal à comprendre : autant cela me paraît simple pour les formations publiques autant avec les formations privées, j'ai du mal

C.R.B : C'est-à-dire qu'en fait la construction historique qui fait que. C'est-à-dire qu'en fait sur les établissements privés, cela c'est le texte qui le dit, la Région ne peut pas donner moins que ce que l'Etat donnait au moment de la décentralisation. C'est vrai pour tous les instituts du privé, y compris les I.F.S.I de la Croix Rouge. La difficulté c'est que si on avait eu les moyens, il aurait fallu qu'on rende gratuite la formation de kiné, d'ergo voire des pédicures podologues mais les dépenses étaient intégralement pour la Région et pour cela on n'a reçu aucun crédit de l'Etat. Donc on a fait la gratuité pour les niveaux V mais on n'est pas allé au-delà dans l'immédiat, parce que, parce que on ne peut pas tout faire simplement. C'est vrai que c'est paradoxal, bon les pédicures podologues, je les mettrai à part, parce qu'ils s'installent forcément en libéral, les kinés, il y a une grande partie, plus que la moitié en libéral et du coup on a une balance. ..

P.M : Ils ont passé des contrats avec les établissements qui financent les formations

C.R.B : Oui quatre par an, c'est un début. C'est très très bien. On avait tout à fait appuyé cette démarche là quand Mr Paimboeuf du C.H.U de Pontchaillou nous en avait parlé et moi j'en ai parlé à Mr Marin, un des Directeurs du C.H.U de Brest pour que éventuellement il fasse la même chose, donc je trouve que c'est intéressant. De même éventuellement, je ne suis pas opposée, je l'ai déjà dit à Mr Gain qu'on travaille sur des formules d'apprentissage. Pourquoi pas, toutes les hypothèses sont possibles. Pour les ergos, c'est vrai que principalement ils travaillent dans le public. En grande majorité on va dire. Il n'y a pas d'exercice en libéral. Donc c'est vrai, dès lors où il n'y a pas d'exercice libéral on n'est pas dans le genre concurrentiel, on pourrait les financer mais il y a la construction de l'histoire qui serait une nouvelle dépense pour la Région, donc compensée par l'Etat. Mais on s'est posée la question, moi j'ai posé la question à plusieurs reprises. Pour l'instant on m'a toujours dit non. Je comprends budgétairement. On est comptable des deniers publics, ça veut dire que tout le budget de fonctionnement de l'I.F.P.E.K serait aux frais de la Région donc euh..C'est aussi cela, ce n'est pas possible, on va dire. A moins de surpayer nos impôts mais cela suffit. En tant que citoyen, on en paie assez comme cela. Donc, voilà mais bon rappelez moi au début d'année si vous voulez début mars j'en saurai un peu plus sur le fonctionnement de cette entité, de cette mécanique et du coup de la capacité de la Région à aller, jusqu'où la région peut aller.

P.M : Je pense que cette H.P.S.T renforce son engagement.

C.R.B : Oui complètement, et puis elle nous ouvre des tas de possibilités qu'on ne peut pas encore mesurer.

P.M : En la lisant on peut voir aussi les liens qui peuvent être faits avec l'emploi. Ca peut moduler les quotas

C.R.B : Complètement et aussi en termes de logique de prise en charge et donc du coup cela va impacter sur les métiers et donc sur les formations forcément. Mais on va voir comment cela va se traduire. C'est bien on a toujours des sujets à suivre.

P.M : Merci de m'avoir accordé du temps.

Annexe 6 : Compte rendu réunion « universitarisation » du 14/09/09 :

Présents : C.O, J.L B, H. G, G. L, M .E, P. P, P.M.S

Retard du Directeur P.R.D. En attendant décision d'échanges d'informations autour du sondage réalisé avant les vacances scolaires. C.O débute la réunion sur la construction de la licence. H.G rappelle que l'événement le plus important est la sortie du texte en date du 30/07/09 relatif aux agréments des instituts de formation. Il en retient 2 éléments principaux :

1) Pour diriger un institut de formation paramédical : il faut être cadre de santé et être d'une profession inscrite au livre IV de la santé mais pas obligatoirement de la filière concernée. C'est ce qui se passe au C.H.U. Un directeur peut diriger plusieurs instituts de formation.

2) Concernant la qualification des formateurs permanents ; ceux-ci doivent avoir le diplôme de cadre de santé ou titre reconnu équivalent et posséder le diplôme professionnel de la filière concernée. Il note qu'on ne sait pas reconnu par qui et que les formateurs permanents aient un titre universitaire M1 ? M2 ? Cela irait dans le sens de l'universitarisation.

L'autre point abordé est l'avancée des référentiels formation : celui des ergothérapeutes est presque terminé, celui des pédicures podologues est tout juste commencé et celui des kinésithérapeutes reste en suspend du fait du blocage par l'ensemble des organisations professionnelles qui ne désolidarisent pas contenu du mode de recrutement et du grade souhaité.

J.L.B annonce que la filière master est bien engagée avec E.H.E.S.P par l'intermédiaire de Denis Chastenet intéressé par la particularité de l'IFPEK. Celui-ci est chargé des missions de formation et de recherche à développer avec EHESP dans le domaine du handicap. Le Pr Berthoz (Collège de France) participera aux journées scientifiques du mois de juin. Une rencontre aura lieu CODIR et D. Chastenet sur le projet : situation de handicap/ Santé publique.

P.P amorce la discussion autour du grade, qui n'est pas indépendant selon lui, du mode de recrutement des étudiants. Il rappelle que l'ensemble des organisations professionnelles kinésithérapeutes sont sur l'idée du master 1 du fait du recrutement maintenant admis et souhaité de P.C.E.M 1. comme pour Amiens et Grenoble. M.E dit que pour pharmacie, l'entrée en L1 ne se fait qu'en 2^{ème} année. Un débat s'engage sur le mode de recrutement des étudiants. Il y a séparation du D.E (diplôme professionnel et filière universitaire, à Amiens la moitié font un master 1) H.G pense qu'il faut d'abord évacuer le problème de recrutement. Pour les kinés un P.C.E.M 1 validé avant l'entrée, supprimerait le concours. Le semestre 2 de L1 permettrait d'acquérir quelques fondamentaux et on pourrait se consacrer après, à l'enseignement plus spécifique (4 ans). C.O rappelle que c'était la première proposition faite par l'ensemble des paramédicaux mais que cette mesure a été refusée par le Ministère. P.P souligne que dans cette réforme on parle surtout du contenu mais pas des conditions d'admission. H.G pense que les I.F.M.K ne reviendront pas en arrière, ni l'ensemble des organisations professionnelles et étudiantes. Blocage au niveau du Ministère. Pour les M.K c'est l'intégration de L1 Santé bâtie comme suit : Semestre 1 : Tronc commun, Semestre 2 : une partie tronc commun et une partie spécifique avec 2 U.E spécifiques (module kiné spécifique). Une enquête (menée par qui ?) sur le recrutement des étudiants kinés montre que maintenant ce sont des choix spécifiques des étudiants de médecine. Le débat semble s'enliser. C.O relance sur la question : est-ce que l'I.F.P.E.K se lance dans cette construction commune ou pas ? Peut-on se mettre d'accord pour la construction de licence. Je rappelle que les référentiels sont construits autour des compétences et que dans les référentiels d'activités, beaucoup sont communes hormis le cœur métier. Apparemment, les M.K reviennent aussi sur leur propre référentiel compétences. C.O décide que la question stratégique sera tranchée en réunion CODIR. La question soulevée est ne peut-on pas construire cette licence, indépendamment des modes de recrutement ? Il est donc décidé du croisement et de l'étude des trois licences actuellement mises au point pour les rééducateurs. Marseille / Créteil / Lyon. Je rappelle que celle de Créteil a été construite avec l'I.F.M.K de St Maurice et que la commission d'habilitation avait été sensible au

fait que cela avait été créé en commun. H.G signale au groupe que le Pr Darnault est missionné pour le recrutement des 1ères années de médecine. J.L.B rappelle que l'E.H.E.S.P n'envisage pas de créer son master sans l'I.F.P.E.K Il est convenu que j'envoie le projet de licence Créteil et l'avis de la commission d'habilitation à tous les membres de la commission et que H.G envoie celles qu'il possède.

Il est à noter que lors du dernier conseil pédagogique de l'I.F.E, Mme Bost, conseillère D.R.A.S.S a décrit la même démarche à mener que les I.F.I pour le conventionnement universitaire soit une affiliation avec une université qui elle se charge de conventionner avec les autres, A.E.R.E.S via une université via les autres filières d'autres universités.

Annexe 7 : Résultats bruts du sondage formateurs autour de la construction de la licence

Un sondage a été mené auprès des 13 formateurs présents à l'I.F.P.E.K, tout institut de formation confondu. Le thème retenu concernait : l'appellation de la licence avec les 3 mots clés importants à faire apparaître dans l'appellation ; Les U.E paraissant pertinentes d'être transversales aux 3 I.F.I ; celles pouvant être enseignées par les universitaires. Le 2ème thème portait sur la création d'un master avec les principaux thèmes à retenir et son appellation avec les 3 mots clés importants à figurer dans l'appellation. Sur 13 envois par voie électronique, 7 ont répondu de manière anonyme.

1) Guide : Envoi par voie électronique mail

Dans le cadre du groupe de travail « universitarisation » et en lien avec mon mémoire S.I.F.A, je me suis proposée de faire un sondage parmi vous concernant un projet de construction de licence pour nos étudiants respectifs. Aussi je vous remercie d'avance de bien vouloir répondre très vite à ce questionnaire en ligne.

- 1) En imaginant cette licence, en partie commune aux 3 instituts et pouvant donner suite à un master, quel nom proposeriez-vous ? (exemple : Lyon : sciences de réadaptation et du langage, Lille : sciences de la réadaptation)
- 2) Quels sont les 3 mots-clés importants à faire apparaître dans l'appellation ?
- 3) Quelles U.E vous paraissent pertinentes d'être transversales, compte tenu des référentiels formation ?
- 4) Quelles U.E, d'après vous, pourraient être enseignées par des universitaires ?
- 5) Si un master doit être créé, quels seraient les principaux thèmes à retenir ?
- 6) Quelle appellation et 3 mots clés retiendriez-vous ?

2) Résultats du sondage

Appellation licence	Mots-clés
<ul style="list-style-type: none"> -Sciences de la rééducation et de la réadaptation - Sciences des activités de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation psycho-sociale - Sciences de Réadaptation ou sciences des activités de réadaptation - Sciences : soins et techniques de réadaptation - Sciences des soins en réadaptation fonctionnelle -Sciences de la santé en réadaptation - Sciences des rééducation, réadaptation et réhabilitation - Sciences de la rééducation, de la réadaptation et de la réhabilitation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins, rééducation, réadaptation - Science, réadaptation - Soins, réadaptation, fonctions humaines, mouvement. - Sciences, santé, réadaptation. - Professionnel, bilan clinique, soins. - Rééducation, Réadaptation, Réhabilitation. - Sciences, handicap, réadaptation.

U.E transversales	U.E enseignées par des universitaires
<ul style="list-style-type: none"> - Anatomie, physiopathologie, méthodologie, démarche de recherche scientifique, santé publique, comportement et psychologie. - Approches psycho et sociologique - Anatomie, biomécanique, pathologies médicales - Santé publique, législation, ergonomie - Connaissances fondamentales d'anatomie, de cinésiologie, de physiologie et les pathologies - Psychologie, anatomie, physiologie, santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomie, physiopathologie - Santé publique, législation, ergonomie - Les pathologies - Sociologie, psychologie, anatomie, physiologie, santé publique - Psycho sociologie, sciences de l'éducation, politique de santé - Partage des enseignements - Sciences fondamentales et sciences médicales.

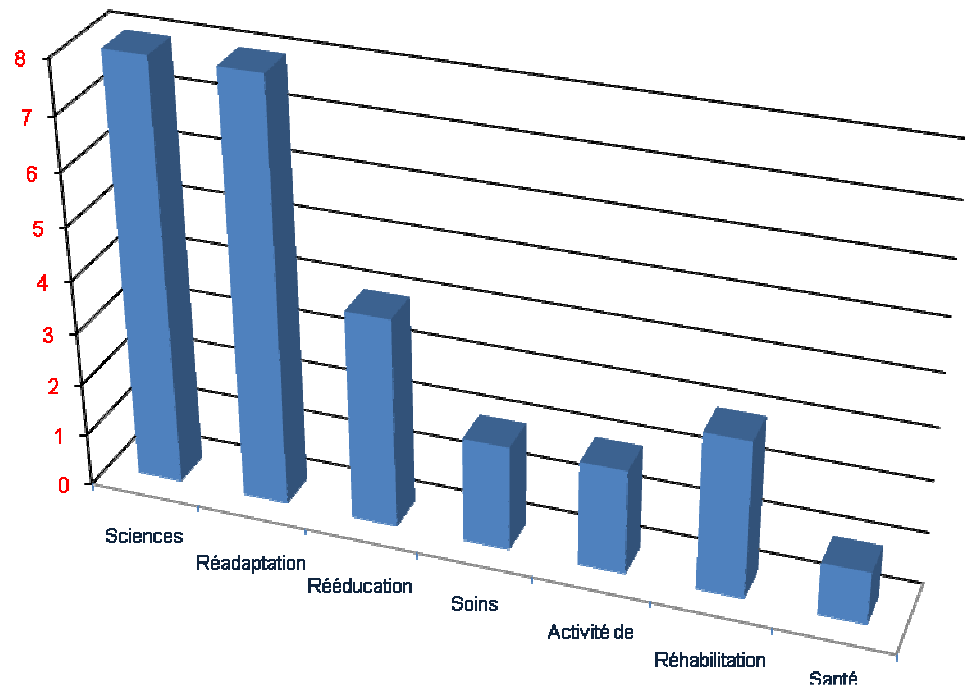
<ul style="list-style-type: none"> - Psychosociologie, neurosciences, politique de santé, recherche clinique. - Gestion du temps, méthodologie, sciences cognitives - Sciences fondamentales : anatomie, cinésiologie, biomécanique, physiologie, psychologie - Enseignement médical sur les pathologies - Handicap et santé publique 	
--	--

Thèmes à retenir pour la création d'un master	Mots clés à retenir pour l'appellation du master
<ul style="list-style-type: none"> - Handicap et personnes âgées - Transdisciplinarité, sciences éducatives - Recherche clinique, neurosciences, spécificité professionnelle. - Santé communautaire, santé publique, neurosciences, sport et handicap - Pour les M.K : Evaluation clinique - Santé publique, éthique, économie de santé. - Sciences de l'éducation, éducation thérapeutique, prévention, recherche fondamentale et expérimentale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sciences, handicap et réadaptation - Rééducation, réadaptation, réhabilitation - Compétences, recherche, formation - Master santé, option... - Master ingénierie de la santé : expertise en rééducation, expertise en évaluation clinique. - Master sciences de réadaptation (activités de la santé et de soins de réadaptation). - Master éducation et évaluation thérapeutique en santé (éducation- évaluation- santé)

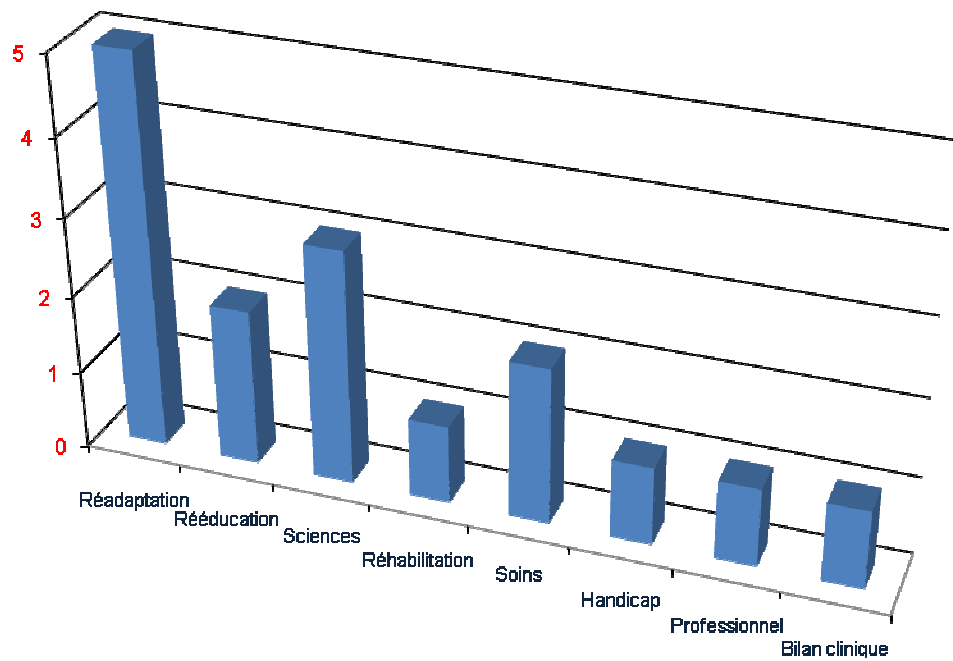
Commentaires émis lors du sondage :

- **Concernant les U.E, enseignées par les universitaires :** « *Cela dépend des universitaires et des formateurs I.F.I... Conserver l'enseignement professionnel et l'anatomie- cinésiologie en rapport avec le métier aux formateurs I.F.I* » ; « *Tout dépend des U.E enseignées, il pourrait y avoir partage des enseignements entre universitaires et professionnels, voir des professionnels ou enseignants ayant un master* ».
- **Concernant la création d'un master :** « *S'agissant d'un master, je pense qu'il faut se démarquer de ce qui existe déjà : je verrai bien quelque chose autour du handicap ou de la personne âgée par exemple..* » ; *Les masters devraient être spécifiques à chaque profession* » ; « *il pourrait être intéressant de travailler sur les valeurs et les objectifs d'un tel master pour retenir les différents thèmes* ».

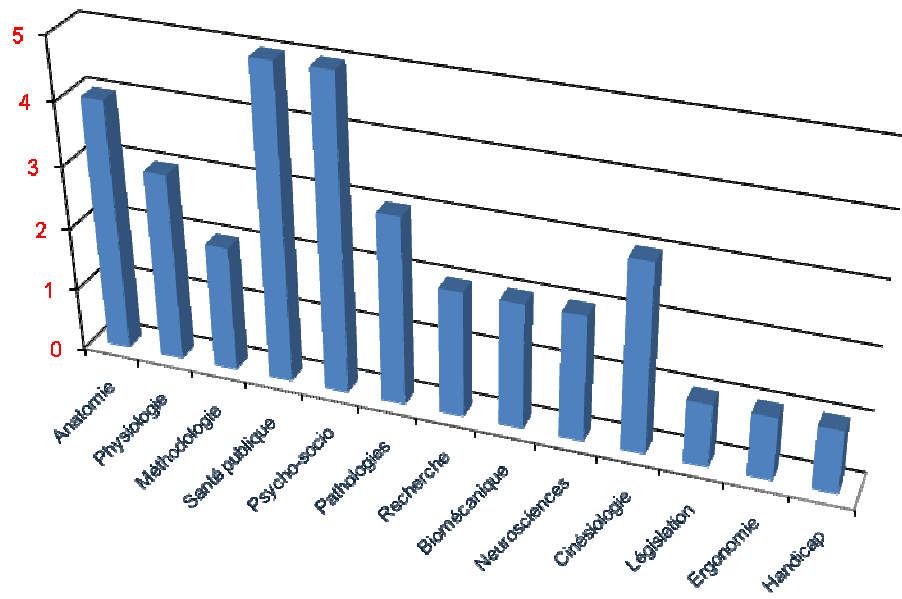
APPELLATION LICENCE



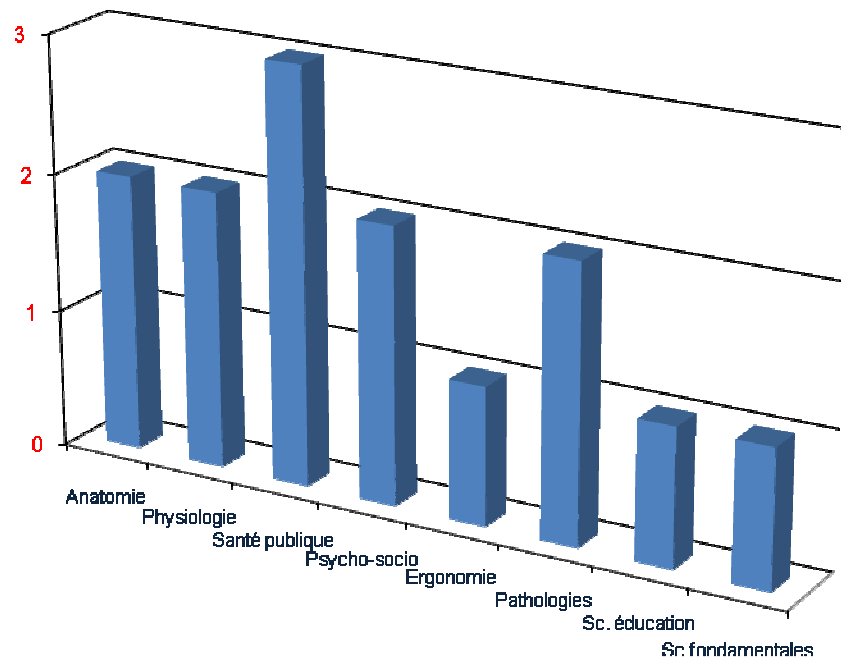
MOTS CLES- Appellation licence



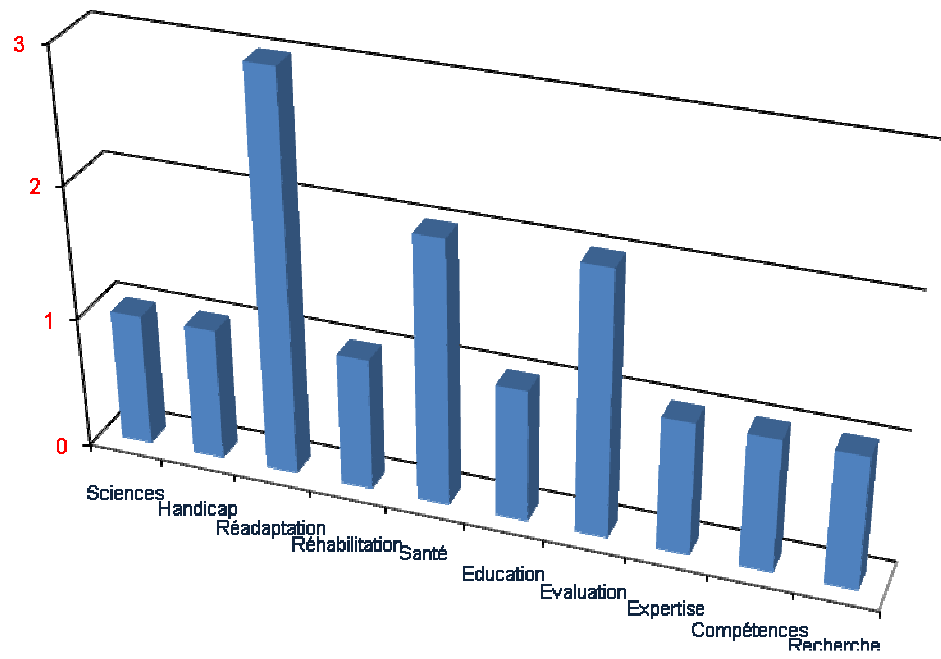
UE transversales



UE enseignées par des universitaires



MOTS CLES- création d'un master



Annexe 9 Entretien téléphonique de la Directrice de l'I.F.E du 21/7/09 durée 1h 15.

Présentation de l'interlocutrice : Directrice I.F.E Créteil, Vice Présidente A.N.F.E, vice Présidente U.I.P.A.R.M.

- Guide d'entretien autour de 3 axes :

- 1) Textes de références de la mise en place de l'universitarisation des I.F.I paramédicaux vis-à-vis des I.F.E publics, vis-à-vis des I.F.E privés. Comment s'articulent les 2 ministères pour les validations. Les différences entre les 2 au niveau des démarches.
- 2) I.F.E de Créteil comme I.F.E public. Les raisons de la suppression de l'I.U.P et fin du D.E.U.G santé. Projet actuel d'universitarisation de l'I.F.E de Créteil. Licence et montage (préparation et éléments à prendre en compte). Les démarches à effectuer. Place laissée pour la représentation de l'I.F.E au sein du C.A. Principaux obstacles rencontrés.
- 3) L'ingénierie pédagogique : U.E partagées. Enseignements dispensés par les Universitaires. Pourcentage. Validation des U.E. Création d'un Master ? Partenaires envisagés.

- Méthode :

Mail pour recueillir les disponibilités de l'informateur. Entretien téléphonique pour heure d'entretien en fonction de la disponibilité de mon interlocuteur. Envoi des questions par mail puis détermination de l'heure d'entretien. Durée entretien 1h 15, effectué en 2 temps. Prise de notes de l'entretien. Envoi promis de documents sur la formalisation de l'ingénierie pédagogique de la licence. Quelques questions notamment sur la 3^{ème} partie n'ont pas pu être abordées du fait de l'indisponibilité de mon interlocutrice (validation des U.E et pourcentage des universitaires dans la formation).

- Contenu :

L'interlocutrice préfère aborder le 2^{ème} thème portant sur l'I.F.E Créteil comme exemple du public. Cet institut est inséré depuis sa création (1973) dans l'Université Paris XII, Val de Marne et rattaché depuis 1993 aux services centraux de l'Université. En 1993, création d'un I.U.P (Institut Universitaire Professionnalisé) Ingénierie de Santé : création d'un D.E.U.G Santé avec I.F.E Créteil, l'I.F.S.I M.G.E.N et Lycée Châtenay Malabry. En aval de ce D.E.U.G santé, une licence est possible avec l'entrée en formation Cadre de santé dont la direction est pilotée par Ecole Supérieure Montsouris.

	<p>4) Intégration à L1 santé.</p> <p>5) Représentativité au C.A de l'Université</p> <p>6) Principaux obstacles rencontrés</p>	<p>le grade, à l'université. Qui va payer ?</p> <p>Le Doyen de la fac de médecine exclut cette possibilité d'intégrer les paramédicaux et attend de voir. Je veux bien être intégrée au pôle santé mais pas à l'U.F.R de médecine car je veux garder l'autonomie financière. La composante est reliée aux services centraux de l'université. On intègre actuellement des PCEM, 10 en kinésithérapie, 9 sur 50 en ergothérapie, le reste 37 par concours, 5 venant de SVT et STAPS. C'est très différent de Bordeaux qui a déjà un conventionnement avec la fac de médecine.</p> <p>Aucune, juste notre présence aux différentes commissions.</p> <p>Le Ministère de la Santé. Blocage d'attente. Problème de la dotation</p> <p>.</p>
<p>2) La mise en place de l'universitarisation des I.F.I paramédicaux en référence aux Accords de Bologne</p>	<p>1) Quels textes accompagnent cette mesure ? Qu'est-il imposé pour les I.F.I publics ?</p> <p>2) Quelles sont les démarches à effectuer par ces I.F.I ?</p> <p>3) Comment vont s'articuler les Ministères pour les validations</p>	<p>Ce sont des conventionnements d'un an avec l'Université; pour les I.F.S.I pour qui, à la rentrée 2009, la réforme sera appliquée. Le texte est sorti en juin 2008. en fait, c'est dès que l'on est conforme, que sort le texte. En Ile de France, les universités se sont partagées les I.F.SI en fonction des académies, sauf pour Paris AP-HP. Hors Paris, Bobigny a pris le 93 et Créteil le 77 et 94. Pour les I.F.S.I existent des groupements sanitaires. La DRASS et le C.R peuvent être des interlocuteurs.</p> <p>Pas renseigné.</p> <p>Pas renseigné.</p>

	<p>4) Et pour les Instituts de formation privés ?</p> <p>5) Quelles différences entre les deux au niveau des démarches I.F.E publics et I.F.I privés ?</p>	<p>Le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP) n'impose rien. L'état ne peut pas imposer au privé.</p> <p>Une fois les I.F.S.I passés. La négociation avec les universités ira vite mais il faut passer par AERES.</p>
<p>3) Au niveau de l'ingénierie pédagogique</p>	<p>1) Comment comptes-tu organiser les U.E, y -a-t-il des U.E partagées avec d'autres corps professionnels et les quels ?</p> <p>2) Quels enseignements sont laissés aux universitaires ?</p> <p>3) Comment s'effectuera la validation des U.E pour la licence ?</p>	<p>Le plus simple est que je t'envoie la maquette de la licence kinés-ergos. (<i>Je pose la question de confidentialité ; Il m'est répondu que cela a été diffusé au sein du Ministère et donc pas de problème</i>). Nous nous sommes aussi inspirés du travail au niveau du S.I.F.E.F (Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français) mais nous avons placé la sémiologie sur les 3 niveaux de la licence, cela paraît logique vis-à-vis des compétences, mais cela ne fait pas l'unanimité au sein des Directeurs du S.I.F.E.F.</p> <p>Lors de la Conférence des Présidents d'universités, où Lionel Collet est Président (Lyon) et la vice Présidente Mme Bonnafou (Créteil), a été décidé 3 groupements (valables pour les I.F.SI dans texte de juin 2008) d'enseignement : le premier concerne les sciences humaines et sociales et le droit, le deuxième : les sciences médicales (U.F.R de médecine), le troisième : les méthodes de travail, la qualité, la traçabilité, les T.I.C et l'anglais.</p> <p>Pas renseigné.</p> <p>Après avis de Mme Maury (I.G.A.S), le master n'est pas pensé dans le projet car plein de masters sont déjà ouverts aux ergothérapeutes ; Au niveau de la licence, pas beaucoup de</p>

	4) Comment est envisagée la suite, la création d'un master ? Lequel ? La recherche, laquelle ?	recherche et actuellement qui va financer un laboratoire de recherche ?
--	---	---

Annexe 10 : Résultats bruts des entretiens menés des membres de la commission universitarisation par thèmes :

La commission « universitarisation » est composée des 3 directeurs des I.F.I (Pédicurie podologie, Ergothérapie, masso-kinésithérapie) ainsi que du Directeur P.R.D (Pôle Recherches et Développement) et de 3 formateurs de chacun des I.F.I.

Pour des raisons d'ordre méthodologique et pratique, nous exposerons les résultats sous forme de 2 tableaux, d'abord les réponses des directeurs puis celles des formateurs. Il y aura dissymétrie dans les entretiens formateurs (2 au lieu de 3) du fait de ma position d'interviewer. Le but de ces entretiens est de recueillir les représentations des participants sur l'universitarisation et de les confronter après à l'évolution des réunions de la commission. Aussi, ces entretiens semi directifs ont été menés sur le lieu de travail l'I.F.P.E.K, ont duré 1h et nous transcrivons ici les éléments les plus significatifs de leurs contenus. Le guide d'entretien a été le même pour chacun des participants. Il comporte 3 rubriques : Universitarisation (définition ; intégration des I.F.I dans l'université)/La mise en place de l'universitarisation (actions envisagées et obstacles repérés)/ Les apports de cette universitarisation (bénéfices, filière et grade, les impacts sur l'équipe pédagogique, les enseignements et la participation des universitaires dans ce contexte/La recherche/ les impacts sur les étudiants

Thème 1 : Universitarisation Définition

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
<ul style="list-style-type: none"> - C'est la distance entre le terrain (milieu professionnel) et la réflexion sur ce milieu professionnel) ; L'université va apporter un apport conceptuel sur ce métier. - C'est permettre aux étudiants de rentrer dans un cursus qui leur permette d'être autre chose que des rééducateurs ; la reconnaissance des PP, profession mal reconnue. - On formerait mieux en formation initiale, puis les professionnels pourraient continuer. - Quand le décret des instituts de formation cadres de santé est sorti, il était difficile pour les podos, vu le nombre travaillant en libéral, de se former universitairement. - pour la F.I ; il faut 	<ul style="list-style-type: none"> - Processus, démarche de mise en conformité des diplômes professionnels avec un niveau universitaire. - Cela suppose de trouver des passerelles, les points communs qui permettent de valider les diplômes universitaires. - Par conventionnements 	<ul style="list-style-type: none"> - Théoriquement si on obtient l'intégration dans le L/M/D, le terme va disparaître. - Cela veut dire passage au format universitaire avec tout ce que cela va comporter. - Le ministère est coincé par des dates butoirs. - La mise en place sera au minimum. - Pour les paramédicaux cela n'a pas lieu d'être si cela ne conduit pas vers des études doctorales. - il faut que cela devienne une discipline à part entière et on ne peut pas l'être comme dans les autres pays ; - En Angleterre, il y a 500 docteurs physiothérapeutes et ici on est considéré à bac +2. Accès au Master, c'est 	<ul style="list-style-type: none"> - Néologisme. - Les collègues européens sont surpris que les ergothérapeutes n'aient pas de licence. - Le « grade licence, cela fait marrer ». - Echec du système français qui a obligé à des diplômes reconnus qu'en France. - Il faut que ces diplômes professionnels soient reconnus par l'université et qu'il y ait qu'un seul Ministère, celui de l'Enseignement Supérieur qui amène la certification. - Il faut que ce soit une intégration. - Il y a une lecture différente dans les pays étrangers. - il y a polymorphisme dans la profession ; on devrait s'appeler « ergologue » et pouvoir passer de technicien 	<p>Le terme vient du milieu infirmier et maintenant s'applique à l'ensemble des paramédicaux. Intégration du système universitaire de nos professions paramédicales.</p>	<p>Le problème de fonds c'est installer « une discipline » dans une filière qui lui donne la capacité d'évoluer. Le L.M.D européen est bien fait et apporte une réponse à tous nos problèmes. L'I.F.M.K est en régression vis-à-vis de l'université et ne répond pas à la demande du public. L'efficacité est plus ou moins grande et c'est lié à la conception de la profession. Quand on est dans la technique, la pratique n'est qu'une réponse partielle.</p>

développer la recherche.		mieux que rien. - l'universitarisation n'a de sens que si la recherche développe la profession, mais pas au rabais. - Pour les kinés : Master 2	à ingénieur et d'ingénieur à docteur. Ce serait une révolution culturelle.		
--------------------------	--	---	--	--	--

Thème 1 Universitarisation : Intégration / U.F.R.

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
Institutionnellement, un panachage Rennes1 où sont les prescripteurs médecins, côtoient avec les appareilleurs et Rennes2.	Je n'en sais rien. Si on pense ergothérapie, les sciences humaines principalement. Il faudrait creuser les particularités et quelles universités pourraient intervenir : psychologie, sociologie, psychosociologie, sciences de l'éducation, les plus proches de nos compétences vis-à-vis des savoirs. A.E.S de manière secondaire, S.T.A.P.S de manière secondaire. En formation continue, faire le lien avec les autres professions, masters communs, soit masters orientés vers la santé : Rééducation, Réadaptation, Réhabilitation avec la gestion économique de la santé, soit sur secteurs particuliers avec les sciences de l'éducation. Montage d'un master avec une particularité autour du handicap.	Santé. Fac de médecine assez naturellement. 2/3 des I.F.M.K, 30 sur les 43 recrutent à partir des U.F.R de médecine. Donc intégration avec L1 Santé avec sages femmes et pharmaciens, dentistes : responsabilités médicales limitées. Le niveau de formation actuel ne donne pas cette qualification en 1 ^{ère} intention mais en termes de compétences pré-diagnostic médical.	L1 santé c'est le recyclage des « reçus-collés ». peut-être S.T.A.P.S pour les M.K et P.P. naturellement médecine pour valider le niveau des étudiants mais pas que. Pour M1 et M2, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique sur le handicap comme les sciences de l'infirmière. Il faut une « bigarrure ».	Sciences dures pour les pédicures podologues et pour les kinés. L1 fac de médecine, santé compte tenu des programmes actuels. Plutôt par conventionnements du fait de l'alternance de notre profession et chez nous pas d'alternance hospitalière, centre de soins. Il n'existe pas de formation cadre de santé pour les pédicures podologues au C.H.U. donc le côté pratique de l'universitarisation concerne essentiellement la formation théorique. Les formations sont différentes au niveau de la pédicurie podologie et les diplômes délivrés ne donnent pas les mêmes droits en termes d'actes. En Espagne, reconnue avec actes de chirurgie. Il n'y a pas d'harmonisation européenne. La formation est faite en 4 ans à l'étranger, donc la formation est très disparate selon les pays.	De réadaptation : identifier les pathologies c'est la médecine, protocole de soins ce sont les soins infirmiers ; Les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, les orthophonistes, c'est la rééducation, la réadaptation, réhabilitation. U.F.R le plus proche de la médecine avec recrutement des P.C.E.M. 1. Licence de réadaptation différente de celle de la santé, mais viser le master car une 1 ^{ère} année universitaire et 3 ans du type Bachelor (Suède)

Thème 2 : Mise en place de l'universitarisation : actions envisagées

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
<p>Travail en commun car plus de force à être trois instituts de formation. Travail initial : rencontre avec les conseillers pédagogiques. Prise de contact avec la fac de médecine.</p>	<p>1^{er} niveau de travail : Réflexion parallèle au niveau de l'I.F.P.E.K sur l'universitarisation et la recherche (C.O.D.I.R plus directeur P.R.D en lien avec les autres directeurs). 2^{ème} niveau de travail : Recherche de conventionnements avec le côté santé (Rennes 1) avec Rennes 2 sur les sciences humaines/ A.E.S et S.T.A.P.S. Plusieurs conventionnements sont possibles. 3^{ème} niveau de travail : Avec les organisations professionnelles, travail sur les textes et programme d'études. 4^{ème} niveau de travail : C.O.D.I.R et région. Les autres universités Lorient ne sont plus d'actualité.</p>	<p>Pour les M.K, orthophonistes et autres professions, il faut obligatoirement une convention. Ce qui n'est pas le cas des infirmiers où l'A.R.S passe convention avec le rectorat via l'université pour un grade Licence. Négociation des conventions avec l'université. Le grade licence n'est pas une licence et pourra compromettre de progresser dans l'université. Entrée dans les études : pour les M.K, il est spécifié, outre le concours qu'on puisse entrer avec une 1^{ère} année de licence. Les 2/3 recrutent en P.C.E.M 1. Il y a 20 ans, c'était à titre d'expérimentation mais c'est toujours vrai. Le ministère est bien embêté avec cela, il y a même eu discussion au Sénat. Du coup la réforme médicale L1 est repoussée en septembre 2010. 32 I.F.M.K à U.F.R médecine L1 validée à la moyenne. Les doyens ne veulent pas revenir en arrière et les M.K non plus. A Amiens, I.U.P les étudiants obtiennent M1+D.E. Ils ont juste rajouté de l'anglais et des statistiques, le Ministère est coincé. S'ils acceptent à Bac + 4, les 600.000 infirmiers vont</p>	<p>Pas directement abordée dans le temps de l'entretien.</p>	<p>On n'aura pas le choix du conventionnement, celui-ci sera imposé par A.R.S (Agence Régionale de Santé) et l'état (D.A.S.S). Pas de démarches. Pour nous la tutelle D.R.A.S.S. impose des choses et l'université n'a aucun intérêt.</p>	<p>Ce n'est plus possible de faire passer un concours. Problème de sélection. Si diversité, difficultés organisationnelles : V.A.E, P.C.E.M 1, S.T.A.P.S, pas de moyens de faire des parcours individualisés. La licence est un simple critère de mise en conformité, il y a juste à rajouter l'anglais et la bio statistique. Cela était possible, d'un point de vue juridique depuis 1992 avec la loi Balladur par un conventionnement.</p>

		vouloir la même chose (passeraient cadre A Fonction publique).			
--	--	--	--	--	--

Thème 2 Mise en place de l'universitarisation : Obstacles

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
Pour 2009, le bloc santé existera. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de volonté du doyen d'un point de vue logistique. Le risque c'est de voir une hiérarchisation des professions avec d'un côté les professions médicales et de l'autre les professions paramédicales. C'est un combat à mener. Ce peut être mieux aussi d'être indépendants. En Afrique, ailleurs, universités de santé publique avec tous les professionnels de santé.	A tous les niveaux. Au niveau politique commune : Les M.K et P.P privilégient les pistes médicales. Le mode de recrutement voulu par les M.K est filière Santé. Cela m'interroge. Le 2 ^{ème} obstacle c'est l'université, de par le fonctionnement universitaire malgré le discours politique. Au niveau région, double appartenance, souhait de mettre en place mais c'est politique et pas clairement énoncé. Au niveau des textes, on ne sait pas encore le mode de recrutement et le type de conventionnements ministériels.	D'ordre politique et économique.	L'équipe en place doit se former académiquement M 2 et ce dans chaque I.F.I. Il existe une transversalité dans les formations. l'I.F.P.E.K détenteur d'une expertise mais statut privé qui risque de faire naître des résistances.	Il nous faut être clair sur nos propres formations. Adaptation de cette réforme. Actuellement référentiel de compétences mais pas de référentiel de formation. Faire coïncider le référentiel formation avec ce que l'on va nous imposer.	Ils ne sont pas universitaires mais culturels aux professionnels

Thème 3 : Apports de l'universitarisation : Bénéfices

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
La formation initiale formerait des professionnels si on reste que sur des apports médicaux avec en plus des sciences humaines. Cela correspond au D.E et	Reconnaissance au niveau des connaissances.	Accès à une formation plus scientifique et élévation du niveau de formation. Le M.K conçoit des soins et est un praticien comme le chirurgien qui maîtrise ses	Pas renseigné	Je n'en sais trop rien. Pas de diplôme envisagé après la licence. Cela me fait ni chaud, ni froid. A 95% des cas, notre profession s'exerce en libéral. Il n'existe	Repenser la profession pour la faire progresser et s'adapter à la société, aux demandes sociales, économiques, personnelles. Filière où on puisse dire ce

<p>licence. Ensuite filière professionnelle avec Master professionnel travaillant sur des spécialités : mécanique, posturologie etc. Une filière universitaire avec recherche en parallèle avec la filière professionnelle, travaillant sur les sciences fondamentales telles que la biomécanique ou les sciences humaines correspondant à l'ancienne filière cadre. Master 2, puis doctorat.</p>		<p>actes et conçoit l'opération. Au niveau de la formation si le M.K passe à bac +5, il faut une délégation des actes médicaux.</p>		<p>que quelques postes de formateurs en hospitalier. Pas de possibilité comme en Belgique de post-licence. Cela pourrait être construit. C'est bien de faire évoluer les programmes mais c'est le flou artistique... Cela a juste boosté les choses.</p>	<p>que l'on fait et ce que cela vaut. L'enseignement, l'université donne une réponse à cela.</p>
---	--	---	--	--	--

Thème 3 Apports de l'universitarisation : Filière, grade.

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
<p>Pas renseigné</p>	<p>Dans l'absolu, je n'aurais pas dit grade licence, mais licence car ce n'est reconnaître le niveau réel des étudiants car il y a une réflexion sur les choix professionnels, les savoirs et méthodes de travail de plus une initiation à la recherche. Il faudrait une licence de réadaptation. Je ne suis pas d'accord avec les M.K pour le master, surtout sur le versus mémoire. Pas de licence professionnelle non plus. Si université détermine un nombre ECTS pourquoi ne pas construire une licence santé. Je ne sais pas.</p>	<p>La sortie à M1 est satisfaisante, à terme M2. Création d'un Master expertise selon les spécialités, valoriser les spécialités ou préparation à la recherche ou formation de formateurs qui serait transversale avec d'autres professions. M2 : fonction de cadre : organisation et gestion. Cela devrait être rapidement mis en place.</p>	<p>Pas renseigné</p>	<p>Licence totale ou licence professionnelle plus adaptée, sans connotation péjorative ; D'ailleurs à l'heure actuelle, on est mieux armés avec une licence professionnelle.</p>	<p>M1, on est une discipline de la rééducation physique. M2 et doctorat pour évolution de la profession. La finalité doit être de servir au mieux la société.</p>

Thème 3 Apports de l'universitarisation : Recherche et Laboratoire de recherche

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
Partenariat université et P.R.D (Pôle Recherche et Développement) ouvert aussi aux professionnels. Antérieurement, ce labo était élitiste.	Je ne pense pas à un laboratoire de recherche. Pour la recherche, l'orientation de l'I.F.P.E.K, c'est plutôt de participer à des travaux de recherche au sein de laboratoires, des choses qui intéressent les compétences de l'I.F.P.E.K (formateurs) comme la rééducation avec la physiologie, le mouvement, la réadaptation, la réhabilitation. Pour les étudiants, ce serait de participer à des travaux de façon parcellaire, en recherche appliquée.	Il faut qu'on crée un labo dans notre domaine. A Marseille, en partenariat avec le C.H.U, création d'un labo sur l'analyse de la motricité avec étudiants I.F.M.K. et travaux avec les enseignants I.F.M.K et terrains de stage. Ce pourrait être les neurosciences ou l'éducation ; C'est une convention avec l'université	Participer à ce qui existe à l'extérieur. Obliger les formateurs à être attachés à un laboratoire de recherche et se conformer au profil. Obligation de lectures et d'écriture d'articles.	Notre profession n'est pas trop portée vers la recherche mais ce pourrait être des études cliniques sur le traitement en pédicurie podologie, en posturologie. Voir l'efficacité et l'efficience des traitements et des soins	Filière C.N.R.S. Plusieurs labos en fonction des masters de spécialisation ; Travailler dans le sens longitudinal : exemple : kiné respiratoire/ pédiatrie mais aussi didactique correspondant aux sciences de l'éducation. Les 2 sont nécessaires. Commandes Santé Publique. Masters stables.

Thème 3 : Apports de l'universitarisation : Equipe pédagogique et participation des universitaires.

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
Important que les gens (les formateurs) se forment licence voire + (master), équivalence au moins. Rappel que les formateurs P.P n'ont pas le diplôme cadre de santé, uniquement le D.E. <u>Participation des universitaires :</u> Au niveau de la conceptualisation de la clinique, dans le champ de la	Diplômes universitaires obligatoires niveau Master pour participation aux programmes de recherche. <u>Participation des universitaires :</u> Pour tous les enseignements communs aux trois professions afin de rationaliser le système. Par conventionnement, participation aux groupes de travail. Conventionnement à	les formateurs doivent être au moins niveau M2. A moyen terme niveau doctorat. Ce sera une priorité. <u>Participation des universitaires :</u> Enseignements fondamentaux ; enseignements médicaux, physiologie, santé publique, recherche, comme c'est le cas actuellement. Pour les	<u>Participation des universitaires :</u> Enseignants à la fac. L'université va demander de se conformer au traitement de masse. <u>Enseignements :</u> Penser aux compétences globales dans la maison. Il devrait y avoir des cours donnés par les formateurs dans toute la maison avec réciprocité et pas que les	Issus du terrain mais pas de cadres de santé ; situation cocasse où on va délivrer des diplômes universitaires sans être universitaires. C'est un problème chez les pédicures podologues. Par V.A.E ? Que vont devenir les formateurs ? Va-t-on les obliger à se former ? Important d'être formés à la formation. Mais quelles voies et quelles sont les conditions proposées ?	1 ^{ère} partie : Enseignement théorique de base, les fondamentaux dispensés par les universitaires. 2 ^{ème} partie : Faite par les professionnels, formateurs niveau M1 pour la formation clinique, formation diplôme, formateurs M2 dans le même enseignement, mais nécessité de former les formateurs car pénurie donc il faut des conventionnements avec

<p>méthodologie et de la recherche.</p>	<p>distance pour l'anglais et ateliers d'anglais, médecine pour les pathologies comme on fait maintenant avec les cours en ligne. Sinon schéma classique, traitement de masse avec cours en amphitheatre ou nouvelles technologies (cours en ligne) + T.D. Si groupes de recherche, faire valider des U.E, en référence à la participation sur la recherche des T.I.C (technologies d'information et de communication). La partie plus didactique et « savoirs de fonds » serait la plus en lien avec l'université.</p>	<p>formateurs, 40% des enseignements professionnels. Il ne faut pas dévaloriser les aspects professionnels et techniques. C'est une richesse. Stages ERASMUS, voire les contenus de stages déclinés en ECTS</p>	<p>M.K qui donnent les cours aux P.P et aux ergothérapeutes. G.P.E.C. Comme pour le C.A.F.D.E.S, il faut travailler l'anglais sous l'angle de la culture britannique et également pouvoir traduire des abstracts.</p>	<p>Quels diplômes et formations ? Ingénierie de formation, sciences de l'éducation, formation de formateurs adaptée ?</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Je n'y crois pas. Les enseignants chercheurs auront du mal. Cours théoriques et magistraux (anatomie, physiologie) tout ce que font les médecins à l'heure actuelle (médecins libéraux). Vont-ils venir dans une école privée ? je n'y crois pas.</p>	<p>l'université.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Au niveau des apprentissages fondamentaux et au niveau des</p>
---	---	---	---	--	--

Thème 3 : Apports de l'universitarisation : Valeurs à inscrire au projet pédagogique.

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
<p>Respect-Honnêteté- Multiréférentialité- Transfert d'apprentissages. Satisfaction du référentiel de compétences, d'où sera issu le référentiel de formation ; Le tout paraît méthodologiquement cohérent. L'analyse des pratiques ouvre un espace pédagogique qui sera à formaliser. Le travail de recherche pour les étudiants sera validant avec de nécessaires articulations.</p>	<p>Les mêmes que maintenant : Ouverture- interdisciplinarité.</p>	<p>Responsabilité-Ethique- Autonomie-Curiosité</p>	<p>Pas renseigné</p>	<p>Il y en a plein et tout est lié : Professionnalisation- autonomie-compétences Je trouve très bien tout cela, bien réfléchi, bien pensé mais quels moyens on va mettre derrière tout cela ? Je pense aux moyens humains. C'est bien sur le principe mais grande réforme qui risque de s'éteindre faute de moyens pour l'alternance et le pôle soins. Pour le pôle soins, on n'a pas le choix et emploi de libéraux non formés à la formation. Il</p>	<p>Réfléchir en termes de compétences et méthodes, deux points qui font défaut. La situation pédagogique, les structures d'enseignement sont inefficaces pour tout le monde, aussi bien à l'université. Le référentiel de formation en rapport avec les compétences, il était temps de le faire. Je n'en pense que du bien. Mieux organiser la situation pédagogique en fonction de ces compétences, comment les faire passer ? Mesurer la</p>

				existe un stage en libéral, où c'est plus la gestion d'un cabinet qui est enseignée mais pas d'actes donnés.	performance éducative.
--	--	--	--	--	------------------------

Thème 3 : Apports de l'universitarisation : Impacts sur les étudiants.

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
Valorisation mais incompréhension des étudiants. Intérêt des passerelles universitaires qui peuvent amener un élargissement de la vision des pédicures podologues et entrainer une modification de leurs projets.	Une ouverture dans le sens qu'il y a trop de séparation entre l'université et la formation professionnelle, donc après, une fois professionnels, continuité avec l'université. Valorisation du diplôme du fait d'être reconnu à bac +3. Confrontation avec d'autres systèmes de formation. Ce sera un peu moins sécurisant mais amènera à plus de curiosité, autres systèmes d'apprentissage.	Pour l'instant, Les M.K trouvent du « boulot » et gagnent bien leur vie et donc les étudiants ne voient pas forcément l'intérêt de l'universitarisation car souvent l'université véhicule l'image de chômage, alors qu'ils pourraient devenir ingénieurs	Pas renseigné	Aucune idée pour les étudiants car on ne sait pas à quelle sauce on va être mangés.	Prise de conscience de l'autonomisation. Investissement personnel à voir avec le système d'évaluation. Travail écrit.

Points Oubliés / Commentaires

D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)	F1 (I.F.P.P)	F3 (I.F.M.K)
La dimension nationale et internationale, quelles articulations seront possibles vu qu'il y a peu d'harmonisation dans la profession de pédicure podologue actuellement.	néant	Il n'y a pas à se dévaloriser. L'université va nous apporter la recherche mais nous pouvons aussi apporter à l'université. Situer les passerelles.	néant	néant	néant

Annexe 10 bis : Résultats bruts des entretiens menés auprès des membres de la commission « Universitarisation »

La commission « universitarisation » est composée des 3 directeurs des I.F.I (Pédicurie podologie, Ergothérapie, masso-kinésithérapie) ainsi que du Directeur P.R.D (Pôle Recherches et Développement) et de 3 formateurs de chacun des I.F.I.

Pour des raisons d'ordre méthodologique et pratique, nous exposerons les résultats sous forme de 2 tableaux, d'abord les réponses des directeurs puis celles des formateurs. Il y aura dissymétrie dans les entretiens formateurs (2 au lieu de 3) du fait de ma position d'interviewer. Le but de ces entretiens est de recueillir les représentations des participants sur l'universitarisation et de les confronter après à l'évolution des réunions de la commission. Aussi, ces entretiens semi directifs ont été menés sur le lieu de travail l'I.F.P.E.K, ont duré 1h et nous transcrivons ici les éléments les plus significatifs de leurs contenus. Le guide d'entretien a été le même pour chacun des participants. Il comporte 3 rubriques : Universitarisation (définition ; intégration des I.F.I dans l'université)/La mise en place de l'universitarisation (actions envisagées et obstacles repérés)/ Les apports de cette universitarisation (bénéfices, filière et grade, les impacts sur l'équipe pédagogique, les enseignements et la participation des universitaires dans ce contexte/La recherche/ les impacts sur les étudiants

Tableau 1 : Résultats entretiens Directeurs

Thèmes	D1 (I.F.P.P)	D2 (I.F.E)	D3 (I.F.M.K)	D4 (P.R.D)
Universitarisation (Définition)	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la distance entre le terrain (milieu professionnel) et la réflexion sur ce milieu professionnel) ; L'université va apporter un apport conceptuel sur ce métier. - C'est permettre aux étudiants de rentrer dans un cursus qui leur permette d'être autre chose que des rééducateurs ; la reconnaissance des PP, profession mal reconnue. - On formerait mieux en formation initiale, puis les professionnels pourraient continuer. - Quand le décret des instituts de formation cadres de santé est sorti, il était difficile pour les podos, vu le nombre travaillant 	<ul style="list-style-type: none"> - Processus, démarche de mise en conformité des diplômes professionnels avec un niveau universitaire. - Cela suppose de trouver des passerelles, les points communs qui permettent de valider les diplômes universitaires. - Par conventionnements 	<ul style="list-style-type: none"> - Théoriquement si on obtient l'intégration dans le L/M/D, le terme va disparaître. - Cela veut dire passage au format universitaire avec tout ce que cela va comporter. - Le ministère est coincé par des dates butoirs. - La mise en place sera au minimum. - Pour les paramédicaux cela n'a pas lieu d'être si cela ne conduit pas vers des études doctorales. - il faut que cela devienne une discipline à part entière et on ne peut pas l'être comme dans les autres pays ; - En Angleterre, il y a 500 docteurs physiothérapeutes et ici on est considéré à bac +2.Accès 	<ul style="list-style-type: none"> - Néologisme. - Les collègues européens sont surpris que les ergothérapeutes n'aient pas de licence. - Le « grade licence, cela fait marrer ». - Echec du système français qui a obligé à des diplômes reconnus qu'en France. - Il faut que ces diplômes professionnels soient reconnus par l'université et qu'il y ait qu'un seul Ministère, celui de l'Enseignement Supérieur qui amène la certification. - Il faut que ce soit une intégration. - Il y a une lecture différente

	en libéral, de se former universitairement. - pour la F.I ; il faut développer la recherche.		au Master, c'est mieux que rien. - l'universitarisation n'a de sens que si la recherche développe la profession, mais pas au rabais. - Pour les kinés : Master 2	dans les pays étrangers. - il y a polymorphisme dans la profession ; on devrait s'appeler « ergologue » et pouvoir passer de technicien à ingénieur et d'ingénieur à docteur. Ce serait une révolution culturelle.
Universitarisation Intégration dans quel U.F.R ?	Institutionnellement, un panachage Rennes1 où sont les prescripteurs médecins, côtoiement avec les appareilleurs et Rennes2.	Je n'en sais rien. Si on pense ergothérapie, les sciences humaines principalement. Il faudrait creuser les particularités et quelles universités pourraient intervenir : psychologie, sociologie, psychosociologie, sciences de l'éducation, les plus proches de nos compétences vis-à-vis des savoirs. A.E.S de manière secondaire, S.T.A.P.S de manière secondaire. En formation continue, faire le lien avec les autres professions, masters communs, soit masters orientés vers la santé : Rééducation, Réadaptation, Réhabilitation avec la gestion économique de la santé, soit sur secteurs particuliers avec les sciences de l'éducation. Montage d'un master avec une particularité autour du handicap.	Santé. Fac de médecine assez naturellement. 2/3 des I.F.M.K, 30 sur les 43 recrutent à partir des U.F.R de médecine. Donc intégration avec L1 Santé avec sages femmes et pharmaciens, dentaires : responsabilités médicales limitées. Le niveau de formation actuel ne donne pas cette qualification en 1 ^{ère} intention mais en termes de compétences pré-diagnostic médical.	L1 santé c'est le recyclage des « reçus-collés ». peut-être S.T.A.P.S pour les M.K et P.P. naturellement médecine pour valider le niveau des étudiants mais pas que. Pour M1 et M2, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique sur le handicap comme les sciences de l'infirmière. Il faut une « bigarrure ».
Mise en place de l'universitarisation • Actions envisagées	Travail en commun car plus de force à être trois instituts de formation. Travail initial :	1 ^{er} niveau de travail : Réflexion parallèle au niveau de l'I.F.P.E.K sur l'universitarisation et la	Pour les M.K, orthophonistes et autres professions, il faut obligatoirement une convention.	Pas directement abordée dans le temps de l'entretien.

	rencontre avec les conseillers pédagogiques. Prise de contact avec la fac de médecine.	<p>recherche (C.O.D.I.R plus directeur P.R.D en lien avec les autres directeurs).</p> <p>2^{ème} niveau de travail : Recherche de conventionnements avec le côté santé (Rennes 1) avec Rennes 2 sur les sciences humaines/ A.E.S et S.T.A.P.S. Plusieurs conventionnements sont possibles.</p> <p>3^{ème} niveau de travail : Avec les organisations professionnelles, travail sur les textes et programme d'études.</p> <p>4^{ème} niveau de travail : C.O.D.I.R et région. Les autres universités Lorient ne sont plus d'actualité.</p>	<p>Ce qui n'est pas le cas des infirmiers où l'A.R.S passe convention avec le rectorat via l'université pour un grade Licence. Négociation des conventions avec l'université. Le grade licence n'est pas une licence et pourra compromettre de progresser dans l'université. Entrée dans les études : pour les M.K, il est spécifié, outre le concours qu'on puisse entrer avec une 1^{ère} année de licence. Les 2/3 recrutent en P.C.E.M 1. Il y a 20 ans, c'était à titre d'expérimentation mais c'est toujours vrai. Le ministère est bien embêté avec cela, il y a même eu discussion au Sénat. Du coup la réforme médicale L1 est repoussée en septembre 2010. 32 I.F.M.K à U.F.R médecine L1 validée à la moyenne. Les doyens ne veulent pas revenir en arrière et les M.K non plus. A Amiens, I.U.P les étudiants obtiennent M1+D.E. Ils ont juste rajouté de l'anglais et des statistiques, le Ministère est coincé. S'ils acceptent à Bac + 4, les 600.000 infirmiers vont vouloir la même chose (passeraient cadre A Fonction publique).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Obstacles 	Pour 2009, le bloc santé existera. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de volonté du doyen d'un point de vue	A tous les niveaux. Au niveau politique commune : Les M.K et P.P privilégient les pistes médicales. Le mode de	D'ordre politique et économique.	L'équipe en place doit se former académiquement M 2 et ce dans chaque I.F.I. Il existe une transversalité dans

	<p>logistique. Le risque c'est de voir une hiérarchisation des professions avec d'un côté les professions médicales et de l'autre les professions paramédicales. C'est un combat à mener. Ce peut être mieux aussi d'être indépendants. En Afrique, ailleurs, universités de santé publique avec tous les professionnels de santé.</p>	<p>recrutement voulu par les M.K est filière Santé. Cela m'interroge. Le 2^{ème} obstacle c'est l'université, de par le fonctionnement universitaire malgré le discours politique. Au niveau région, double appartenance, souhait de mettre en place mais c'est politique et pas clairement énoncé. Au niveau des textes, on ne sait pas encore le mode de recrutement et le type de conventionnements ministériels.</p>		<p>les formations. l'I.F.P.E.K détenteur d'une expertise mais statut privé qui risque de faire naitre des résistances.</p>
<p>Apports de l'universitarisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bénéfices 	<p>La formation initiale formerait des professionnels si on reste que sur des apports médicaux avec en plus des sciences humaines. Cela correspond au D.E et licence. Ensuite filière professionnelle avec Master professionnel travaillant sur des spécialités : mécanique, posturologie etc. Une filière universitaire avec recherche en parallèle avec la filière professionnelle, travaillant sur les sciences fondamentales telles que la biomécanique ou les sciences humaines correspondant à l'ancienne filière cadre. Master 2, puis doctorat.</p>	<p>Reconnaissance au niveau des connaissances.</p>	<p>Accès à une formation plus scientifique et élévation du niveau de formation. Le M.K conçoit des soins et est un praticien, comme le chirurgien qui maîtrise ses actes et l'opération. Au niveau de la formation, si le M.K passe à Bac+5, délégation d'actes.</p>	<p>Pas renseigné</p>

<ul style="list-style-type: none"> Filières, grades 		<p>Dans l'absolu, je n'aurais pas dit grade licence, mais licence car ce n'est reconnaître le niveau réel des étudiants car il y a une réflexion sur les choix professionnels, les savoirs et méthodes de travail de plus une initiation à la recherche. Il faudrait une licence de réadaptation. Je ne suis pas d'accord avec les M.K pour le master, surtout sur le versus mémoire. Pas de licence professionnelle non plus. Si université détermine un nombre ECTS pourquoi ne pas construire une licence santé. Je ne sais pas.</p>	<p>La sortie à M1 est satisfaisante, à terme M2. Création d'un Master expertise selon les spécialités, valoriser les spécialités ou préparation à la recherche ou formation de formateurs qui serait transversale avec d'autres professions. M2 : fonction de cadre : organisation et gestion. Cela devrait être rapidement mis en place.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Laboratoire de recherche 	<p>Partenariat université et P.R.D (Pôle Recherche et Développement) ouvert aussi aux professionnels. Antérieurement, ce labo était élitiste.</p>	<p>Je ne pense pas à un laboratoire de recherche. Pour la recherche, l'orientation de l'I.F.P.E.K, c'est plutôt de participer à des travaux de recherche au sein de laboratoires, des choses qui intéressent les compétences de l'I.F.P.E.K (formateurs) comme la rééducation avec la physiologie, le mouvement, la réadaptation, la réhabilitation. Pour les étudiants, ce serait de participer à des travaux de façon parcellaire, en recherche appliquée.</p>	<p>Il faut qu'on crée un labo dans notre domaine. A Marseille, en partenariat avec le C.H.U, création d'un labo sur l'analyse de la motricité avec étudiants I.F.M.K. et travaux avec les enseignants I.F.M.K et terrains de stage. Ce pourrait être les neurosciences ou l'éducation ; C'est une convention avec l'université</p>	<p>Participer à ce qui existe à l'extérieur. Obliger les formateurs à être attachés à un laboratoire de recherche et se conformer au profil. Obligation de lectures et d'écriture d'articles.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Equipe pédagogique, participation des universitaires 	<p>Important que les gens (les formateurs) se forment licence voire + (master), équivalence au moins. Rappel que les formateurs P.P n'ont pas le diplôme cadre de santé, uniquement le D.E.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Au niveau de la conceptualisation de la clinique, dans le champ de la méthodologie et de la recherche.</p>	<p>Diplômes universitaires obligatoires niveau Master pour participation aux programmes de recherche.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Pour tous les enseignements communs aux trois professions afin de rationaliser le système. Par conventionnement, participation aux groupes de travail. Conventionnement à distance pour l'anglais et ateliers d'anglais, médecine pour les pathologies comme on fait maintenant avec les cours en ligne. Sinon schéma classique, traitement de masse avec cours en amphi ou nouvelles technologies (cours en ligne) + T.D. Si groupes de recherche, faire valider des U.E, en référence à la participation sur la recherche des T.I.C (technologies d'information et de communication). La partie plus didactique et « savoirs de fonds » serait la plus en lien avec l'université.</p>	<p>les formateurs doivent être au moins niveau M2. A moyen terme niveau doctorat. Ce sera une priorité.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Enseignements fondamentaux ; enseignements médicaux, physiologie, santé publique, recherche, comme c'est le cas actuellement. Pour les formateurs, 40% des enseignements professionnels. Il ne faut pas dévaloriser les aspects professionnels et techniques. C'est une richesse. Stages ERASMUS, voire les contenus de stages déclinés en ECTS</p>	<p><u>Participation des universitaires :</u> Enseignants à la fac. L'université va demander de se conformer au traitement de masse.</p> <p><u>Enseignements :</u> Penser aux compétences globales dans la maison. Il devrait y avoir des cours donnés par les formateurs dans toute la maison avec réciprocité et pas que les M.K qui donnent les cours aux P.P et aux ergothérapeutes. G.P.E.C. Comme pour le C.A.F.D.E.S, il faut travailler l'anglais sous l'angle de la culture britannique et également pouvoir traduire des abstracts.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Valeurs à inscrire au projet pédagogique 	<p>Respect-Honnêteté- Multiréférentialité- Transfert d'apprentissages. Satisfaction du référentiel de compétences, d'où sera issu le référentiel de formation ; Le tout paraît</p>	<p>Les mêmes que maintenant : Ouverture- interdisciplinarité.</p>	<p>Responsabilité-Ethique- Autonomie-Curiosité</p>	<p>Pas renseigné</p>

	méthodologiquement cohérent. L'analyse des pratiques ouvre un espace pédagogique qui sera à formaliser. Le travail de recherche pour les étudiants sera validant avec de nécessaires articulations.			
<ul style="list-style-type: none"> Impacts sur les étudiants 	Valorisation mais incompréhension des étudiants. Intérêt des passerelles universitaires qui peuvent amener un élargissement de la vision des pédicures podologues et entraîner une modification de leurs projets.	Une ouverture dans le sens qu'il y a trop de séparation entre l'université et la formation professionnelle, donc après, une fois professionnels, continuité avec l'université. Valorisation du diplôme du fait d'être reconnus à bac +3. Confrontation avec d'autres systèmes de formation. Ce sera un peu moins sécurisant mais amènera à plus de curiosité, autres systèmes d'apprentissage.	Pour l'instant, Les M.K trouvent du « boulot » et gagnent bien leur vie et donc les étudiants ne voient pas forcément l'intérêt de l'universitarisation car souvent l'université véhicule l'image de chômage, alors qu'ils pourraient devenir ingénieurs	Pas renseigné
Points oubliés/ Commentaires	La dimension nationale et internationale, quelles articulations seront possibles vu qu'il y a peu d'harmonisation dans la profession de pédicure podologue actuellement.		Il n'y a pas à se dévaloriser. L'université va nous apporter la recherche mais nous pouvons aussi apporter à l'université. Situer les passerelles.	

Tableau 2 : Résultats bruts des entretiens formateurs

Thèmes	F1 (I.F.P.P)	F2(I.F.M.K)
<p>Universitarisation Définition</p>	<p>Le terme vient du milieu infirmier et maintenant s'applique à l'ensemble des paramédicaux. Intégration du système universitaire de nos professions paramédicales.</p>	<p>Le problème de fonds c'est installer « une discipline » dans une filière qui lui donne la capacité d'évoluer. Le L.M.D européen est bien fait et apporte une réponse à tous nos problèmes. L'I.F.M.K est en régression vis-à-vis de l'université et ne répond pas à la demande du public. L'efficacité est plus ou moins grande et c'est lié à la conception de la profession. Quand on est dans la technique, la pratique n'est qu'une réponse partielle.</p>
<p>Intégration dans quel U.F.R ?</p>	<p>Sciences dures pour les pédicures podologues et pour les kinés. L1 fac de médecine, santé compte tenu des programmes actuels. Plutôt par conventionnements du fait de l'alternance de notre profession et chez nous pas d'alternance hospitalière, centre de soins. Il n'existe pas de formation cadre de santé pour les pédicures podologues au C.H.U. donc le côté pratique de l'universitarisation concerne essentiellement la formation théorique. Les formations sont différentes au niveau de la pédicurie podologie et les diplômes délivrés ne donnent pas les mêmes droits en termes d'actes. En Espagne, reconnue avec actes de chirurgie. Il n'y a pas d'harmonisation européenne. La formation est faite en 4 ans à l'étranger,</p>	<p>De réadaptation : identifier les pathologies c'est la médecine, protocole de soins ce sont les soins infirmiers ; Les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, psychomotriciens, les orthophonistes, c'est la rééducation, la réadaptation, réhabilitation. U.F.R le plus proche de la médecine avec recrutement des P.C.E.M. 1. Licence de réadaptation différente de celle de la santé, mais viser le master car une 1 ère année universitaire et 3 ans du type Bachelor (Suède)</p>

	donc la formation est très disparate selon les pays.	
Mise en place de l'universitarisation Actions envisagées	On n'aura pas le choix du conventionnement, celui-ci sera imposé par A.R.S (Agence Régionale de Santé) et l'état (D.A.S.S). Pas de démarches. Pour nous la tutelle D.R.A.S.S. impose des choses et l'université n'a aucun intérêt.	Ce n'est plus possible de faire passer un concours. Problème de sélection. Si diversité, difficultés organisationnelles : V.A.E, P.C.E.M 1, S.T.A.P.S, pas de moyens de faire des parcours individualisés. La licence est un simple critère de mise en conformité, il y a juste à rajouter l'anglais et la bio statistique. Cela était possible, d'un point de vue juridique depuis 1992 avec la loi Balladur par un conventionnement.
Obstacles	Il nous faut être clair sur nos propres formations. Adaptation de cette réforme. Actuellement référentiel de compétences mais pas de référentiel de formation. Faire coïncider le référentiel formation avec ce que l'on va nous imposer.	Ils ne sont pas universitaires mais culturels aux professionnels
Apports de l'universitarisation Bénéfices	Je n'en sais trop rien. Pas de diplôme envisagé après la licence. Cela me fait ni chaud, ni froid. A 95% des cas, notre profession s'exerce en libéral. Il n'existe que quelques postes de formateurs en hospitalier. Pas de possibilité comme en Belgique de post-licence. Cela pourrait être construit. C'est bien de faire évoluer les programmes mais c'est le flou artistique... Cela a juste boosté les choses.	Repenser la profession pour la faire progresser et s'adapter à la société, aux demandes sociales, économiques, personnelles. Filière où on puisse dire ce que l'on fait et ce que cela vaut. L'enseignement, l'université donne une réponse à cela.
Filières, grades	Licence totale ou licence professionnelle plus adaptée, sans connotation	M1, on est une discipline de la rééducation physique. M2 et doctorat

	péjorative ; D'ailleurs à l'heure actuelle, on est mieux armés avec une licence professionnelle.	pour évolution de la profession. La finalité doit être de servir au mieux la société.
Laboratoire de recherche	Notre profession n'est pas trop portée vers la recherche mais ce pourrait être des études cliniques sur le traitement en pédicurie podologie, en posturologie. Voir l'efficacité et l'efficience des traitements et des soins	Filière C.N.R.S. Plusieurs labos en fonction des masters de spécialisation ; Travailler dans le sens longitudinal : exemple : kiné respiratoire/ pédiatrie mais aussi didactique correspondant aux sciences de l'éducation. Les 2 sont nécessaires. Commandes Santé Publique. Masters stables.
Equipe pédagogique, participation des universitaires	<p>Issus du terrain mais pas de cadres de santé ; situation cocasse où on va délivrer des diplômes universitaires sans être universitaires. C'est un problème chez les pédicures podologues. Par V.A.E ? Que vont devenir les formateurs ? Va-t-on les obliger à se former ? Important d'être formés à la formation. Mais quelles voies et quelles sont les conditions proposées ? Quels diplômes et formations ? Ingénierie de formation, sciences de l'éducation, formation de formateurs adaptée ?</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Je n'y crois pas. Les enseignants chercheurs auront du mal. Cours théoriques et magistraux (anatomie, physiologie) tout ce que font les médecins à l'heure actuelle (médecins libéraux). Vont-ils venir dans une école privée ? je n'y crois pas.</p>	<p>1^{ère} partie : Enseignement théorique de base, les fondamentaux dispensés par les universitaires.</p> <p>2^{ème} partie : Faite par les professionnels, formateurs niveau M1 pour la formation clinique, formation diplôme, formateurs M2 dans le même enseignement, mais nécessité de former les formateurs car pénurie donc il faut des conventions avec l'université.</p> <p><u>Participation des universitaires :</u> Au niveau des apprentissages fondamentaux et au niveau des</p>

Valeurs à inscrire au projet pédagogique	Il y en a plein et tout est lié : Professionnalisation-autonomie-compétences Je trouve très bien tout cela, bien réfléchi, bien pensé mais quels moyens on va mettre derrière tout cela ? Je pense aux moyens humains. C'est bien sur le principe mais grande réforme qui risque de s'éteindre faute de moyens pour l'alternance et le pôle soins. Pour le pôle soins, on n'a pas le choix et emploi de libéraux non formés à la formation. Il existe un stage en libéral, où c'est plus la gestion d'un cabinet qui est enseignée mais pas d'actes donnés.	Réfléchir en termes de compétences et méthodes, deux points qui font défaut. La situation pédagogique, les structures d'enseignement sont inefficaces pour tout le monde, aussi bien à l'université. Le référentiel de formation en rapport avec les compétences, il était temps de le faire. Je n'en pense que du bien. Mieux organiser la situation pédagogique en fonction de ces compétences, comment les faire passer ? Mesurer la performance éducative.
Impacts sur les étudiants	Aucune idée pour les étudiants car on ne sait pas à quelle sauce on va être mangés.	Prise de conscience de l'autonomisation. Investissement personnel à voir avec le système d'évaluation. Travail écrit.
Points oubliés/ Commentaires		

MEUNIER-SCHOEN, Pierrette, Master SIFA, Année 2009-2010

Universitarisation des professions paramédicales : Quel projet pour l'entreprise I.P.E.K., regroupant trois instituts de formation initiale ?

Résumé :

Pour une harmonisation européenne des formations, les formations paramédicales post-baccalauréat sont invitées par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Enseignement Supérieur à mettre en place le système L.M.D, l'organisation des études en semestres, des Unités d'Enseignement (U.E) avec un système de crédits d'enseignement : European Crédits Transfert System (E.C.T.S) capitalisables et transférables.

Cette réforme est élaborée à un niveau national par le jeu de négociations entre les syndicats, les organisations professionnelles et les deux Ministères concernés : le Ministère de la Santé dont elles sont dépendantes, et le Ministère de l'Enseignement Supérieur garant de la cohérence et de la validité des enseignements universitaires. A partir d'une ingénierie cadrée, les professions paramédicales ont décliné leurs activités, leurs compétences pour formaliser un référentiel métier, support à l'élaboration du référentiel formation et aux passerelles entre métiers. La décision du Ministère est de permettre aux professions d'accéder conjointement, au Diplôme d'Etat et au grade Licence. Pour la mise en place, il est conseillé aux instituts de formation de passer un conventionnement avec les universités.

Mais l'ensemble de ces décisions est contestée par certains groupes professionnels d'auxiliaires médicaux, qui souhaiteraient intégrer la filière première année commune aux études de santé, réservée actuellement qu'à certaines professions : médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique. Cette prise de position s'est jouée dans le cadre de notre entreprise I.F.P.E.K, où sont regroupés trois instituts de formation initiale paramédicale, lors de l'élaboration d'un projet commun de licence, posant la question des enjeux de l'universitarisation pour les différents métiers et celle de la stratégie à mener pour négocier un projet commun d'entreprise.

Mots-clés : universitarisation – professions paramédicales – formation – dynamiques professionnelles - projet

Abstract :

For an European harmonization of the formations, the paramedical formations post-high school diplomas are invited by the Ministry of Health and the Ministry of the Higher education to set up the L.M.D system, the organization of the studies in semesters, Education Units (U.E) using the system of government grants called the European Credits Transfert System (E.C.T.S), which are cumulative and transferable.

This reform is elaborated at a national level by negotiations between syndicates, professional organizations and both concerned Ministries, which are: the Ministry of Health on which they are dependent, and the Ministry of the Higher education guarantor of the coherence and the validity of the university educations. From a specialized engineering, the paramedical occupations declined their activities and their skills to formalize a reference table job, which is a base in the conception of the reference table formation and a link between careers. The decision of the Ministry is to allow paramedical careers to reach jointly to a State Diploma and to a Bachelor's degree. For the implementation of this system, the institutes of formation have to reach an agreement with universities.

But all these decisions are contested by certain professional groups of medical auxiliaries. Indeed, they would rather integrate directly the first year of university common to the studies of health, actually reserved for some certain academic disciplines such as medicine, pharmacy, odontology and maieutics. This stand took place, in particular, within the framework of our company I.F.P.E.K, during the elaboration of a common project of Bachelor's degree, which is linked to the question of the universitarisation for various paramedical careers and the strategy to be led to negotiate a common company's project.

Keywords : universitarisation - paramedical careers - formation - professional dynamics - project.