

PROJET de Compte rendu 2^{ème} réunion du Groupe 1 : Infirmièr(e)s, diététiciens

Qualité du système de santé

La réunion est animée par Monsieur Francis Brunelle, Conseiller technique auprès du Ministre de la Santé.

Francis BRUNELLE

Je vous remercie de vous être déplacés pour notre deuxième réunion consacrée à la mise en place de la réforme LMD dans les professions paramédicales. Nous avons prévu de travailler aujourd'hui durant trois heures. Les comptes-rendus des précédentes réunions des différents groupes ont été validés et seront, dans un souci de transparence, prochainement distribués aux partenaires de chaque groupe. Je rappelle qu'il s'agit de documents n'ayant de valeur ni réglementaire, ni contractuelle.

Je souhaite introduire notre réunion de ce jour par une réflexion autour des deux questions suivantes : où en sommes-nous dans l'organisation du Ministère sur cet important sujet ? Comment notre travail s'intègre-t-il dans la réflexion plus générale du Ministère ? Puis, nous travaillerons sur le document que certains d'entre vous m'ont envoyé.

Suite à notre première réunion, le Ministère s'est mis en ordre de marche : en effet, sont concernées par ce travail à la fois la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. La DHOS est l'employeur puisqu'elle recrute les professionnels qui exerceront dans le système hospitalier et la DGS est responsable de la qualité des professionnels de santé quel que soit leur exercice, de leur compétence, de la qualité de la formation et *in fine* de la rédaction des arrêtés de formation des professions de santé. Il était donc indispensable de mettre en place un comité technique de pilotage inter-directions, composé de membres de la DGS, de la DHOS, de l'Enseignement Supérieur (en la personne de Philippe THIBAUT), ainsi que d'un certain nombre de personnalités extérieures. Ce comité nous permettra de travailler à la fois sur l'approche métiers –c'est-à-dire sur l'identification des métiers nécessaires à la réalisation des objectifs de santé- et sur la formation des professionnels. La première réunion de ce comité de pilotage a eu lieu récemment et son mode de fonctionnement est en cours d'élaboration au travers de la rédaction d'un règlement intérieur. Il travaillera à rendre cohérents l'approche métiers, la formation professionnelle et la formation universitaire.

Notre démarche a été lancée à l'initiative de deux Ministres, Messieurs GOULARD et BERTRAND, et il s'avère extrêmement probable que dans les prochains jours, Xavier BERTRAND s'exprime en Conseil des Ministres sur un sujet plus vaste, englobant celui d'aujourd'hui, soit la démographie des professions de santé. Les professionnels de santé représentent environ 1 million de personnes réparties entre 430 000 infirmiers et infirmières, 220 000 médecins, auxquels s'ajoutent les pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc. Nous sommes donc contraints de réfléchir à une organisation générale du système, pour des raisons volumétriques, mais aussi pour des raisons légales car bon nombre des objectifs de santé publique sont inscrits dans la loi de santé publique d'août 2004. Or la politique de santé publique repose sur les professionnels de santé. Ainsi, l'annonce du Ministre X. BERTRAND en Conseil des Ministres comprendra un volet sur la démographie médicale, mais également un volet sur l'organisation du système de santé, au travers des professionnels de santé.

Je souhaite maintenant évoquer le contenu du courrier que vous nous avez adressé, le 17 janvier dernier. Ce courrier était co-signé par plusieurs représentants d'associations professionnelles (ADLF, AFPPE, ALFE, ALKS, CEFIEC, CNKS, etc.) Ce texte interpelle notre méthode de travail : or, si notre méthode de travail n'est pas satisfaisante, il faut nous interroger dès maintenant avant de nous remettre en ordre de marche.

Francis BRUNELLE donne lecture du courrier.

Geneviève ROBERTON, Présidente du Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

Nous avons été conviés en vue d'un échange de points de vue. Nous sommes tout à fait prêts à travailler dans la concertation, y compris sur les contenus. Nous sommes cependant très attachés au dispositif unique double diplômant : diplôme d'Etat avec délivrance d'un grade licence. Par ailleurs, nous souhaitons aborder la réflexion sur l'ensemble des trois niveaux de formation.

Francis BRUNELLE

Vous attendez donc du système qu'il soit cohérent.

Florence ROSSI, Présidente de l'Association des Diététiciens de Langue Française

Du point de vue des diététiciens, il est important de poursuivre la concertation afin d'aboutir à une réforme des études. Nous sommes également très attachés à l'obtention d'un diplôme reconnu à la fois par le Ministère de la Santé et par le Ministère de l'Education nationale, ainsi qu'à une réflexion incluant tous les niveaux d'expertise et de recherche. Nous sommes en fait sur la même ligne que les infirmiers. Dans ce cadre, nous souhaitons disposer d'un cadre bien défini afin d'envisager un travail interprofessionnel.

Jean-François NEGRI, Vice-Président de l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés ou Etudiants

J'approuve totalement les propos précédents quant à la mise en place d'une filière qui démarrerait de la Licence pour aller jusqu'au Doctorat. Pour travailler de manière interprofessionnelle et dans le cadre d'une vraie visibilité opérationnelle, il est indispensable, selon moi, de prendre en compte la spécificité de chaque profession de santé. Ainsi, nous pourrions décliner le dispositif par discipline.

Dominique MUREAU, Coordination Nationale Infirmière

Nous souhaitons que les propos des différentes professions soient entendus et que le Ministère ne nous oblige pas à avancer dans une direction qu'il aurait préalablement décidée. Nous sommes réunis afin d'énoncer notre avis et d'infléchir les évolutions dans le sens que nous souhaitons.

Francis BRUNELLE

La méthode choisie par les deux Ministres vise justement à la transparence et à la confiance mutuelle. Ces inquiétudes peuvent donc être levées. Nous avons déjà évoqué l'absolue nécessité de réviser les cursus de formation qui, pour certains, datent d'une vingtaine d'années. Nous sommes conscients de l'importance de la tâche, mais si nous avions voulu imposer un nouveau cursus, nous l'aurions déjà préparé dans le secret de nos directions. Nous souhaitons à l'inverse une très vaste concertation, en amont de la rédaction des arrêtés. En effet, aucun d'entre nous ne connaît la totalité du sujet, d'où la nécessité d'un travail interprofessionnel. Pour ma part, j'ai beaucoup appris des contributions absolument remarquables que vous m'avez transmises : la matière est considérable. Ainsi, non seulement vous serez entendus (dans les limites du budget et des statuts), mais vous serez écoutés.

Madame CAVITOU, Puéricultrice enseignante à l'Ecole de puériculture de Marseille

Je m'inquiète de l'avenir de notre spécialité dans le système LMD : en effet, la puériculture n'existe pratiquement pas au niveau européen.

Francis BRUNELLE

La France a le droit d'être un modèle pour l'Europe. Comme vous le savez, de nombreuses directives sont prononcées au niveau européen, mais existe également le principe de subsidiarité : les pays membres ont le loisir d'organiser des formations au plan national, à condition qu'elles répondent aux contraintes européennes. Ainsi, si la France désire faire entrer dans le système LMD, les puéricultrices, les conseillers en génétiques ou toute autre profession du soin, elle le peut. Ne soyez donc pas inquiète. L'Europe suit notre démarche avec intérêt.

Marie-Ange SAGET, Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

Comment vont s'inscrire les professions spécialisées dans le système LMD ? En effet, il n'existe pas d'équivalences dans tous les pays européens. En outre, la contrainte d'une réforme à budget et statuts constants nous inquiète.

Francis BRUNELLE

L'objectif principal de nos réunions porte sur l'universitarisation des cursus de formation : il nous faut passer d'un système tubulaire fermé, sans communication ni perspectives de carrière autres que le métier originel, à un système ouvert et communicant, offrant des carrières à la fois dans le soin, dans l'enseignement et dans la recherche. En effet, nous savons bien qu'actuellement, les professionnels qui s'engagent de manière volontaire dans des carrières universitaires sont contraints d'y consacrer une énergie considérable, d'investir beaucoup de leur temps et de leur argent. A l'inverse, l'universitarisation permet de diminuer largement ce coût personnel et financier.

Certes, je ne peux vous décrire l'avenir. Néanmoins, nous pouvons d'ores et déjà mettre à notre disposition des outils nous permettant d'être réactifs face à un avenir en mouvement. Ces outils relèvent avant tout de la formation. Ensuite, s'agissant des statuts et du budget, ce lieu n'est pas celui des négociations statutaires et salariales. En fait, nous avons, dès notre préambule, évoqué le cadre dans lequel s'inscrit cette réflexion à savoir statuts et budget constants, afin de garantir une certaine efficacité à notre travail.

Annick SAILLAND, Présidente du CEEPAME

Nous sommes présents au sein du groupe de travail regroupant le CEFIEC, l'AEEIBO et le CEEIADE : nous sommes persuadés que nos spécialisations infirmières peuvent et doivent trouver leur place dans le système LMD, mais dans le cadre d'une réflexion globale.

Philippe THIBAUT

Je souhaite tout d'abord vous rappeler la philosophie générale du système LMD. Ce système plus unifié que le précédent vise à standardiser les parcours de formation autour de trois niveaux :

- le niveau Licence, qui dans le cas particulier nous occupe aujourd'hui, s'avère moins ouvert que dans le système général de l'université puisque plusieurs professions de santé répondent à des quotas ou *numerus clausus* ;
- le niveau Master dont l'accès n'est pas automatique ;
- le niveau Doctorat, qui suppose l'entrée dans une école doctorale (généralement non thématifiée, mais plutôt transversalisée) et dans une démarche de recherche.

Ainsi, à partir des besoins de formation exprimés, ces cursus font l'objet de propositions qui nous viennent des universités : des professionnels d'une université ou des professionnels liés à une université par convention nous adressent des demandes d'accréditation pour une Licence, un Master, etc. S'agissant du domaine spécifique qui nous concerne aujourd'hui, il nous faudra naturellement réfléchir à la manière dont convergent la Licence, soit un grade universitaire, et le diplôme vous permettant d'exercer votre métier. Or, ce diplôme engage la responsabilité du

Ministre de la Santé, c'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une cooptation, à différents niveaux, entre le grade universitaire et le diplôme professionnel. Des dispositions spécifiques doivent donc être prises.

Le dossier de demande d'habilitation remonte au Ministère, sur la base d'objectifs généraux de formation et non d'un programme. Il est ensuite examiné par une commission d'habilitation qui étudie si la proposition correspond bien au niveau d'exigence d'acquisition de connaissances et de compétences pratiques. Si tel est le cas, la commission décide d'accorder à cette formation une habilitation pour quatre ans, dans le cadre d'un contrat quadriennal. Les enseignements se mettent alors en place et aboutissent au grade ou diplôme correspondant. Lorsque la commission d'habilitation considère que le projet proposé comporte des lacunes, des navettes entre l'université proposante et les Ministères qui agréent sont mises en place afin d'améliorer la proposition. Pour les Masters, la procédure est identique. Elle est toutefois d'une autre nature pour les Ecoles doctorales.

Ainsi, s'agissant de vos professions, il est probable que sera mis en place un niveau Licence –dont à ce jour je ne sais pas quelle sera la dénomination-, puis un niveau Master permettant d'aller vers des métiers relativement spécialisés, ou encore des Masters ouverts à des personnes qui dans le cadre d'un projet d'évolution de carrière, voudraient approfondir leurs connaissances et leurs compétences, faire valoir par la VAE certaines expériences acquises, et donc poursuivre un cursus universitaire. En fait, ces Masters permettraient d'offrir aux professionnels de santé des perspectives de déroulement de carrière autre que l'enseignement. En effet, manifestement, un certain nombre de professionnels aimeraient rester au contact des patients, tout en continuant à se former. Telle est donc notre proposition.

Cependant, ne vous attendez pas à ce que toutes les formations adoptent ce système, du jour au lendemain : en effet, les universités doivent prendre l'initiative de déposer des demandes d'accréditation, mais encore faut-il qu'elles sachent sur quelle base travailler et avec qui. Ces initiatives remonteront progressivement vers les Ministères. On peut donc penser que le système ne sera généralisé que dans quelques années. En attendant, il se mettra en place sur la base de conventions avec les écoles ou instituts existants actuellement. En effet, à ce jour, les universités n'ont pas les moyens ni les effectifs d'enseignants suffisants pour intégrer les formations paramédicales à l'université. Mais dans quelques années, les cadres enseignants de l'université ou affiliés à l'université seront plus nombreux. Ainsi, la transition sera progressive, comme dans un certain nombre de pays européens ou plus lointains.

Robert COUDERT, Représentant de l'Association des Directeurs d'IUT

Si dans le processus d'habilitation des diplômes professionnels, nous nous reposons uniquement sur les demandes d'accréditation des universités, nous risquons de devoir faire face à une multitude de projets différents, ne correspondant pourtant parfois qu'à un seul métier. Ne faudrait-il pas, au minimum, mettre en place un certain cadrage ? Actuellement, il existe par exemple 1 250 licences professionnelles, ce qui complique grandement les choix des étudiants.

Philippe THIBAUT

C'est la raison pour laquelle nous avons besoin d'un cahier des charges. Il servira de cadrage aux universités qui ainsi, sauront sur quelle base travailler.

Geneviève ROBERTON, CEFIEC

Il me semble que vous évoquez en fait plus un passage à l'université qu'une universitarisation. Or le CEFIEC demande un cadrage avec le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour la dimension disciplinaire et avec le Ministère de la Santé pour la dimension touchant aux diplômes. Il ne s'agit pas de mettre en place des compléments de formation en école professionnelle, mais bien deux cursus. Ces deux cursus ne doivent pas être juxtaposés, mais articulés.

Philippe THIBAUT

Je ne comprends pas très bien cette demande.

Dominique MUREAU, CNI

Nous ne savons pas encore si nous allons ou non vers une licence professionnelle.

Jean-François NEGRI, ANFIIDE

Dans le cadre de ce dispositif, compte tenu de l'émergence de nouvelles techniques de soin et de nouvelles pratiques, il est particulièrement intéressant pour la profession infirmière que les Masters recouvrent un périmètre suffisamment large afin de répondre aux besoins de santé de la population. Je pense ici à certaines fonctions exercées actuellement dans les hôpitaux sans véritable reconnaissance.

Philippe THIBAUT

Effectivement, les Masters, même avec éventuellement des titres différents d'une université à l'autre, doivent être en mesure d'apporter tant des suppléments de connaissances que des suppléments de compétences techniques.

Brigitte LUDWIG, Vice-Présidente de l'Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

Le métier d'IBODE est particulièrement concerné : nous avons donc besoin d'un cadrage précis. Nous sommes d'accord sur la nécessité d'une réflexion globale dans le cadre du système LMD, tout en pensant à ses futures évolutions. Or nous n'entendons pas beaucoup parler des formations de cadres de santé et cadres de santé spécialisés dans le système LMD.

Chantal MARTENE, UNAIBODE

En effet, les cadres et cadres spécialisés ne sont pas souvent évoqués. Or des rumeurs courent actuellement dans les hôpitaux quant à l'avenir des cadres et cadres supérieurs de santé. Il me semble donc très important de ne pas les oublier dans nos réflexions.

Francis BRUNELLE

En effet, comme nous nous en apercevons au cours de nos réflexions sur la mise en œuvre de la gouvernance hospitalière, les fonctions de soignants vont en s'élargissant. En fait, nous avons, dans le soin, besoin de quatre fonctions cohérentes, mais distinctes : la formation, le soin, la recherche et le management. C'est pourquoi la fonction managériale devra impérativement être incluse dans notre réflexion sur les formations. En fait, nous sommes actuellement en train de remettre en cause tout un système, dans cette réflexion doit être intégrée la formation des cadres de santé qui à terme, correspondra probablement plus à une fonction de *business manager*. Le management est désormais une discipline en soi, qui s'avère en outre très vivante.

Anne RIBOT, CEFIEC

Le « C » qui termine notre sigle témoigne de notre intérêt pour la formation des cadres. Nos adhérents seront évidemment très sensibles au traitement de cette problématique. La formation des cadres se situe, de notre point de vue, sur le deuxième niveau, compte tenu notamment de l'importance à accorder au management.

Philippe THIBAUT

En fait, dans certaines villes, les cadres sont déjà en contact avec l'université où ils suivent des Masters et pour certains, des Doctorats. De plus, en dehors de l'université, plusieurs formations sont offertes par d'autres structures, comme l'ESSEC par exemple, souvent en collaboration avec l'université. Ces formations seront favorisées par la loi d'orientation sur la recherche, actuellement en discussion devant le Parlement.

Geneviève ROBERTON

Les quelques cadres « privilégiés » qui étudient en école doctorale suivent ces cours dans le cadre d'un investissement personnel en temps et en moyens financiers. Nous souhaitons justement leur éviter de telles contraintes, encore multipliées pour les cadres de sexe féminin.

Francis BRUNELLE

A partir du niveau Licence, quatre orientations doivent être proposées : management (gestion des temps), soins (métier de base), enseignement et recherche. Nous savons qu'un soignant exerce ces quatre fonctions au quotidien. Mais il faut dorénavant mieux les formaliser, mieux les conceptualiser. De plus, afin de mieux préparer l'avenir, d'autres métiers peuvent également être envisagés : nous pourrions par exemple imaginer du soin spécialisé en oncologie, en gérontologie,

etc. Par ailleurs, l'enseignement représente une fonction relativement nouvelle qui doit désormais être prise en compte. Pour ma part, je découvre tous les jours de nouvelles difficultés d'organisation dans un certain nombre d'instituts : nous avons avant tout besoin de mettre en place un corps de formateurs.

Ainsi, au-delà du niveau Licence, il existe une sorte de palier, car les formations suivantes représentent un coût personnel, mais aussi un coût sociétal supplémentaires ; en outre, elles impliquent un changement d'état d'esprit : le jour où l'on décide de s'orienter vers l'une des quatre fonctions, l'on s'éloigne nécessairement des trois autres.

Florence ROSSI, Président ADLF

Actuellement, de nombreuses Licences professionnelles voient le jour. Or vous évoquez une universitarisation des études, ce qui implique une Licence plus académique. Alors, sous quelle Licence les diététiciens pourraient-ils être inscrits ? Pourrions-nous accéder à un Master universitaire avec une Licence professionnelle ?

Philippe THIBAUT

Pour l'instant, nous réfléchissons plutôt à des Licences universitaires. Mais reste la question des personnes ayant acquis un BTS et qui ne sont pas en mesure de passer en Licence universitaire. Ils ont en revanche besoin d'une formation complémentaire afin d'exercer leur profession. Ensuite, il faudra se demander comment passer d'une Licence professionnelle à une Licence universitaire. Mais pour l'instant, notre exercice se concentre sur la Licence universitaire.

Francis BRUNELLE

Nous constatons en effet une multiplicité des offres universitaires, ce qui représente d'ailleurs une richesse considérable. Cependant, pour tout ce qui concerne le Ministère de la Santé, nous devons « faire du sur-mesure ». En effet, ce Ministère a une vision de la formation plus étroite et plus pragmatique que l'université : nous devons exprimer nos attentes au regard des objectifs énoncés dans la loi de santé publique. Nous avons ainsi besoin de professionnels prenant en charge l'allongement de la durée de la vie, de professionnels du cancer en raison du Plan Cancer, de professionnels spécialisés dans le handicap pour répondre à la récente loi sur le handicap, de professionnels de la prévention, etc. En effet, les priorités du Ministre sont les suivantes : la démographie des professions de santé, l'organisation hospitalière et la prévention. Nous aurons donc besoin de professionnels permettant de mettre en œuvre ces trois priorités.

C'est pourquoi nous devons travailler en collaboration avec l'Enseignement supérieur quant au contenu des Masters, sur la base d'un cahier des charges, d'où la création du comité de pilotage évoqué en introduction. Parallèlement, grâce à la validation du cursus professionnel au travers de la Licence universitaire, nous pourrions offrir à certains la possibilité de se tourner vers une carrière strictement universitaire.

Je voudrais maintenant en revenir au courrier qui nous a été adressé et dont j'ai donné lecture à l'instant. Vous avez employé le terme « interprofessionnel » : mais comment doit-on conjuguer spécificité et interprofessionnalité ? En effet, l'harmonisation européenne permet de disposer

d'outils et de cursus de formation communs, avec à terme, une sorte de large matrice de formation commune. Nous avons cependant constaté que les passerelles ne sont pas simples à mettre en place. En termes de lisibilité, il est important d'avoir une visibilité sur le cœur de chacun des métiers, même si ces derniers sont nécessairement appelés à évoluer. Alors, comment mettre en avant la spécificité de vos métiers dans le cadre d'une matrice de formation commune ?

Geneviève ROBERTON

Le terme « interprofessionnel » ne me paraît pas exacts. Il me paraît plus judicieux de parler de « pluri-professionnel » puisque chaque acteur du soin répond à ses propres spécificités. S'agissant de la formation, il faut parler d'interdisciplinarité. Bien sûr, nous nous intéressons au statut et à la reconnaissance des professionnels, mais notre réflexion passe avant tout par la satisfaction des besoins sanitaires des personnes. Le soin reste une priorité, mais l'infirmière n'a pas le monopole du soin. En revanche, autour du soin, certaines compétences peuvent être partagées, comme l'éthique par exemple : ces contenus communs donneraient alors lieu à des enseignements communs qui grâce aux passerelles, permettraient de ne pas avoir à tout reprendre en cas de changement d'orientation. Il n'est pas concevable selon nous de considérer les programmes de formation sans partir d'une approche par les situations.

J'évoque ici la conception du dispositif de formation, indépendamment des stages. On ne peut concevoir les contenus de formation sans au préalable, partir d'un référentiel de compétences, puis d'un relevé des activités par métier pour arriver à un référentiel de formations. Ceci implique une élaboration des programmes par une approche situationnelle, comme dans les pays anglo-saxons.

Valentin BAGNULS, Chargé de mission LMD à la Fédération National des Etudiants en Soins Infirmiers

Je rejoins les propos précédents en ce qui concerne la conjugaison des spécificités professionnelles et de l'interprofessionnalité. Actuellement, nous travaillons d'ailleurs, avec les autres formations paramédicales, sur la mise en commun de certaines unités d'enseignements : en effet, la base de certains enseignements se retrouve dans toutes les professions (droit, hygiène, méthodologie, santé publique, etc.). Pour permettre aux professionnels de travailler de concert autour du patient, un tronc commun s'avère nécessaire à l'ensemble des formations.

Francis BRUNELLE

Pourquoi mettre en place des modules communs ? Il s'agit de répondre à un objectif commun, l'objectif de santé publique, c'est-à-dire le soin des patients. Or un patient s'inquiète toujours si deux professionnels se contredisent à propos de son état. Il est donc indispensable que l'ensemble des acteurs ait un objectif commun, et adopte donc un discours commun. En outre, l'environnement est commun à tous les acteurs du soin.

Finalement, l'interface entre d'un côté les objectifs, l'environnement et le patient et de l'autre, le métier est possible grâce à la compétence, c'est à dire la capacité de mettre en œuvre son savoir sur un environnement extérieur. Si l'environnement change, la compétence doit évoluer : elle est contextuelle. La cible métier s'exprime au niveau de la formation, qui se doit d'être en permanence un lien avec la pratique, mais également avec l'environnement, notamment international. Le cursus

de formation est donc constamment alimenté par l'environnement et par les patients, qui en outre évoluent actuellement pour devenir des clients. Dorénavant, le degré d'information du patient est parfois supérieur à celui du professionnel grâce notamment à Internet. Aux Etats-Unis, certaines associations de patients sont désormais opérateurs d'essais cliniques, en matière de cancer du colon par exemple. Les professionnels ont donc l'obligation de se mettre en ordre de marche afin de répondre à cette clientélisation. C'est pourquoi leur formation doit s'organiser parce qu'un jour, les patients/clients s'intéresseront à cette formation. Pour l'instant, nous avons la chance de ne pas connaître de chômage ou de délocalisation dans nos métiers. Mais déjà, vous pouvez vous rendre, à moindre coût, en Tunisie pour bénéficier de chirurgie esthétique ou en Pologne pour une opération sur votre myopie. L'enjeu est donc important. Nous bénéficions néanmoins d'un avantage considérable : notre système de santé est fondé sur sa propre régulation puisque les patients cotisent selon leurs moyens et en profitent selon leurs besoins.

J'ai pris connaissance des différentes contributions que vous m'avez envoyées. Elles s'avèrent extrêmement riches. Vous avez beaucoup travaillé sur votre cœur de métier que pour la plupart, vous avez bien identifié. Les puéricultrices ont par exemple très bien résumé, en une phrase, la raison d'être de leur métier. Or il s'agit d'une étape fondamentale. Le comité de pilotage effectuera une synthèse de ces contributions. Je suis pour ma part très satisfait de constater que notre méthode de travail porte ses fruits. Demeurent tout de même quelques interrogations que je voudrais partager avec vous. En effet, certaines contributions ne sont pas encore tout à fait complètes.

Héliane, Maître de conférence, Paris V

Je travaille, depuis une dizaine d'années, sur l'évolution des professions de santé et surtout sur les modèles de formation qui y sont associés, ma spécialité étant la pédagogie.

Francis BRUNELLE

Dans la démarche de soin du patient, nous avons tous, à un moment ou l'autre de la relation, à accomplir un certain nombre d'actes :

- *la prévention* : en effet, il faut éviter que la pathologie ne s'aggrave ; il y a donc de la prévention dans toute la médecine curative ;
- *le diagnostic* : cette étape relationnelle entre le soignant et le patient passe par la consultation ; elle est inhérente à tous les métiers de la santé ;
- *le traitement* : cette décision thérapeutique est de plus en plus souvent prise en concertation entre les différents professionnels (d'ailleurs, les consultations pluridisciplinaires sont désormais conceptualisées dans le Plan Cancer), et parfois en concertation avec le patient et sa famille ;
- *le soin*, c'est à dire la façon dont on met en œuvre le traitement ;
- *l'évaluation* : il est en effet nécessaire d'assurer la continuité des soins et la transmission des informations ;
- *l'éducation à la santé* : cet acte rejoint le premier, c'est à dire la prévention.

Nous travaillons donc au sein d'un cercle vertueux. A l'intérieur de ce parcours, comment chacun des professionnels peut-il agir ? Tous doivent apprendre l'anatomie, la physiologie, les mécanismes fondamentaux d'organisation de l'organisme, la biochimie, etc. Mais il faut ensuite reconnaître la

spécificité de chacune des disciplines professionnelles. En fait, il s'agit de mettre en place une culture commune, avec selon les métiers, une pondération plus forte de certains éléments de la chaîne, tout en laissant une place à la mise en situation.

Marcel AFFERGAN, Président de Convergence Infirmière

On parle d'interdisciplinarité avec les autres professions paramédicales, mais qu'en est-il de l'interdisciplinarité avec les professions médicales ? En effet, elles ne sont incluses dans notre processus de réflexion, les médecins sont en dehors du dispositif. Alors, quelles passerelles seront mises en place avec la Faculté de médecine ?

Philippe THIBAUT

Le chantier LMD est également en cours à la Faculté de médecine (médecins, odontologistes, pharmaciens, etc.) Il bouleverse les enseignements, modifie la durée des cycles, etc. Ces changements demandent donc du temps.

Francis BRUNELLE

Comment imaginez-vous la pondération de ces différents actes, au sein de chacune de vos professions ?

Valentin BAGNULS, Chargé de mission LMD à la FNEI

Le travail en équipe autour d'une situation de soin et d'un patient est d'ores et déjà formalisé par le cadre légal : l'infirmière est coordinatrice des différents intervenants et dispose, pour ce faire, de connaissances légales sur l'exercice de sa profession et ses limites. Dans le cadre du LMD, comment formaliser cette coopération au sein d'un cahier des charges ? Nous pouvons utiliser la même base légale. La FNEI estime en outre intéressant que chaque profession connaisse les limites légales des autres métiers de l'équipe.

Par ailleurs, l'infirmière maîtrise des outils méthodiques et universels d'observation et d'analyse, qui lui permettent de cibler les besoins dans les situations de soins. Elle doit acquérir ces outils au cours de sa formation et retranscrire ces connaissances dans son rapport de fin d'étude. Ces connaissances font l'objet de modules intitulés par exemple « Comment analyser une situation de soin ? », « Comment la retranscrire afin de la rendre compréhensible par tous ? », etc. Pour que tous les paramédicaux tiennent le même discours, il semble donc nécessaire que ces connaissances et outils soient inclus dans toutes les formations.

L'information du patient est l'un des premiers terrains autour duquel s'entendent les professionnels de santé : il leur faut assurer le consentement éclairé du patient. Le médecin apporte l'information, puis l'infirmière vérifie que l'information a été correctement comprise par le patient. Puis, elle intervient à nouveau dans l'information s'il s'avère nécessaire de ré-expliciter. Ainsi, le consentement éclairé existe dans un cadre légal, mais dans certains services, il n'est pas correctement utilisé car les compétences de chacun ne sont pas toujours clairement énoncées. Cette difficulté rejoint la problématique du transfert de compétences (terme que nous préférons à celui de

délégation de tâches) : selon nous, les compétences doivent être définies de manière légale, dans le cahier des charges. A l'inverse, la délégation de tâches est un acte ponctuel, subjectif, qui fait l'objet de beaucoup de dérives.

Francis BRUNELLE

Ainsi, avec la délégation de tâches, nous sortons du cadre légal. A l'inverse, avec un transfert de compétences, nous restons dans un cadre légal prédéfini.

En fait, un contrat entre l'organisation hospitalière (personnel administratif et personnel soignant) et le patient se met en place dès lors que ce dernier entre dans l'établissement. Le consentement éclairé représente une partie de ce contrat. D'ailleurs, la prescription médicale est également implicitement contractualisée puisqu'elle engage la responsabilité du prescripteur. Dans ce cadre, il est nécessaire de trouver le point d'équilibre entre la coopération et les décrets d'acte. Il est indispensable de connaître son décret de compétences avant d'entrer dans la coopération et de mettre ses compétences au service du soin du patient. En effet, pour donner, il faut d'abord posséder l'objet que l'on donne. Ainsi, la seule façon de bien coopérer est de disposer d'abord d'une description très précise de son décret d'actes.

Geneviève ROBERTON, CEFIEC

Tout comme la FNESE, nous préférons parler de transfert de compétences et non de tâches. Nous travaillons activement sur ce point qui doit être mentionné dans le nouveau dispositif de formation : par exemple, dans le cadre des expérimentations en cours, la consultation infirmière se profile en tant que nouvelle compétence. Or il s'agit clairement d'un transfert de compétences qui doit être inscrit dans le dispositif de formation.

Annick SAILLAND, Présidente CEEPAME

Vous nous avez interrogés sur la définition de notre profession. Or la puéricultrice travaille en collaboration avec les professionnels de santé, mais aussi avec les professionnels sociaux, afin de permettre un développement optimal de l'enfant et de sa famille. Il nous semble donc indispensable d'analyser et de comprendre la complémentarité de nos professions et ce, en connaissant les compétences des uns et des autres. C'est pourquoi, dans notre formation, nous étudions les textes de compétences des autres professions travaillant autour de l'enfant. Tout en nous recentrant sur notre finalité, nous devons comprendre la complémentarité de nos professions, dans l'intérêt de l'enfant et de la famille

Dans ce cadre, une connaissance précise des textes législatifs mentionnant la place de chacun dans le système de santé devrait représenter un socle commun à toutes les formations. Notre profession a l'avantage de nous permettre une approche globale, prenant en compte l'ensemble des dimensions du développement de l'enfant. D'ailleurs, nous nous nommons à la fois généraliste et spécialiste des soins de l'enfant et de l'adolescent. De la même façon, la gérontologie se penche sur les besoins spécifiques d'une période de la vie.

Francis BRUNELLE

Dans l'exercice de conception d'un dispositif de formation, soit nous adoptons une vision étroite, au sens physique du terme, soit nous adoptons une vision généraliste. Mais ces deux visions sont incompatibles dans le même temps. Il semble donc nécessaire d'avoir à la fois des outils spécifiques et un état d'esprit plus généraliste. Le problème se complexifie ensuite en termes de territoires et de limites entre les différentes professions. En effet, l'approche généraliste bénéficie d'un large territoire et donc de frontières avec nombre de professions, contrairement à l'approche spécialisée dont les frontières sont bien plus limitées et identifiables.

Une intervenante

Mon engagement professionnel a consisté à faire reconnaître une spécificité à notre profession. En effet, avec l'émergence de nombreux métiers de la petite enfance, un certain flou s'installe. Avant d'envisager un socle commun, il faudrait donc clarifier cette jungle des métiers émergents.

Francis BRUNELLE

Je suis d'accord avec vous : dans le domaine de l'enfance, les professionnels sont effectivement nombreux.

Jérôme MALFAISAN, Président de la FNESI

Nous avons travaillé avec des étudiants des autres professions de santé, afin de définir la place de chacun des professionnels dans le système de soin. Or nous nous sommes aperçus que les professionnels de santé ne se connaissent pas forcément entre eux. Chacun des professionnels de santé peut en fait se trouver sur l'ensemble des niveaux. Il semble donc indispensable que les professionnels de santé apprennent en premier lieu à se connaître.

Jean-François NEGRI, ANFIIDE

La spécificité de chaque profession est essentielle. En effet, plusieurs professionnels sont amenés à intervenir dans le cadre de l'éducation pour la santé, mais leur spécificité entrera en compte dès lors que sera abordée l'éducation thérapeutique du patient par rapport à une cible bien spécifique. On aborde là l'approche spécialisée. Peut-être avez-vous souhaité nous provoquer en parlant de « délégation de tâches »... Il est évident que notre cadre de réflexion doit se référer au patient et à ses besoins. Or dans une approche, un type de compétences sera confié à un type de professionnel et dans une autre, à un autre professionnel, selon les intérêts du patient. Ce point reste donc à définir et à travailler de façon interdisciplinaire.

Enfin, s'agissant des outils, il ne me semble pas possible qu'un kinésithérapeute, une sage-femme et un infirmier partagent les mêmes outils. Les outils sont nos points de repère.

Francis BRUNELLE

En effet, le métier est défini par l'outil qu'il utilise. L'exercice est défini par la pratique de cet outil.

Jean-François NEGRI, ANFIIDE

Dans certains pays anglo-saxons, dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint de maladies chroniques, l'approche médicale est parfois différente de l'approche infirmière, même s'il y a eu transfert de compétences : le versant infirmier sera parfois plus centré sur l'information, sur l'éducation, etc. Ces perspectives me semblent intéressantes pour le patient.

Marcel AFFERGAN, Président de Convergence Infirmière

Sur le plan politique, la question entre spécificité et spécialité est posée : soit nous voulons des spécialités dans certaines thématiques, soit nous voulons de la spécificité. Alors que va nous apporter le cursus universitaire ? Pour ma part, je préfère la spécificité renforcée par des modules universitaires plutôt que la spécialisation qui pose des problèmes de territoire notamment. On le constate chez les médecins par exemple : la relation entre spécialiste et généraliste n'est pas toujours simple. Nous ne devons pas reproduire les mêmes erreurs.

Eliane ROTHIER-BAUTZER

Nous avons bien montré que le LMD construit une verticalité, couplée avec une horizontalité à tous les niveaux. Or les évolutions des métiers de la santé, des pratiques et des outils poussent vers le changement. Au début du siècle, nous avons connu une première vague de professionnalisation dans le champ de la santé, du travail social et de l'éducation. Nous nous situons aujourd'hui au début d'une seconde vague. Vous la pointez clairement lorsque vous soulevez les problèmes d'horizontalité. Tout un jeu de modules - de briques- est mis en place par le LMD, avec une volonté de personnalisation des parcours, au-delà du système professionnel.

Il est donc nécessaire de sortir des tubes verticalement, mais aussi horizontalement, afin de rencontrer les autres professionnels qui viennent du social ou de l'éducatif. Il me semble très intéressant que les étudiants aient pris l'initiative d'aller voir ce qui se passe ailleurs. En effet, ils vivent ces évolutions, tout comme l'évolution du rapport avec le patient. En effet, le patient a changé et c'est la raison pour laquelle que vous êtes aussi amenés à changer.

Chantal MARTENE, UNAIBODE

On peut également adopter une approche horizontale du patient et des équipes. Depuis ma sortie de l'institut de formation des cadres de santé, j'ai beaucoup travaillé sur la pédagogie : cette pédagogie me permet au quotidien de faire évoluer les soins au sein de mon service, mais aussi de permettre à chaque soignant de personnaliser son parcours professionnel. Nous voyons évidemment le patient un peu comme un client, mais surtout comme un acteur. Les équipes sont pour leur part constituées de metteurs en scène : l'un organise la lumière, l'autre le son, etc. C'est la pluridisciplinarité.

Chantal CATEAU, CEFIEC

Au sein du CEFIEC, je m'occupe plutôt de la formation des cadres et des cadres de santé. Depuis dix ans, de manière progressive et parfois avec difficulté, les IFCS vivent une expérience particulière puisque nous formons les cadres de santé issus de diverses professions. Il serait donc intéressant de tirer les enseignements de cette expérience, notamment en termes de frontières, d'outils, de domaines partagés, etc.

Enfin, j'insiste à nouveau sur la nécessité de travailler parallèlement sur le niveau Licence et le niveau Master. Il n'est en effet pas possible d'isoler le premier niveau du deuxième. Il faut éclairer notre réflexion sur l'ensemble du dispositif, avant d'entrer dans le détail.

Philippe THIBAUT

Bien entendu, toutes les expériences existantes devront être utilisées : en fait, les enseignants devront, grâce à leur expérience, intervenir dans le nouveau système permettant d'accéder à des grades et à des diplômes universitaires. Il n'est pas question de faire table rase des expériences.

Francis BRUNELLE

En fait, la problématique du niveau Licence est réglée puisque nous réfléchissons déjà au niveau suivant ! Nous sommes tout à fait d'accord sur la nécessité de mettre l'ensemble de l'objectif en perspective. Nous sommes tout à fait d'accord pour envisager des niveaux de Master dans les quatre domaines évoqués. Ceci étant, nous avons en premier lieu besoin de construire le premier étage ; dans ce cadre, le tronc commun de formation me paraît tout à fait fondamental.

Ainsi, la spécificité de chacune des professions vient des outils et de la pratique. L'ancien arrêté des formations des professions de soin comporte une déclinaison de modules par pathologie. Je souhaiterais que nous réfléchissions maintenant sur ce point. Souhaitez-vous que cette déclinaison par pathologie demeure ? En effet, cette liste des pathologies m'a quelque peu surpris : le texte évoque les soins infirmiers aux personnes atteintes de « affections cardiovasculaires, affections respiratoires, etc. ».

Geneviève ROBERTON, CEFIEC

A l'aide de personnes faisant autorité sur la question, nous sommes justement en train de travailler sur une approche par les situations prévalentes. Bien évidemment, il faut aborder la question des contenus. Néanmoins, la première question doit être la suivante : quels types de professionnels devons-nous former pour répondre non seulement à la demande sanitaire actuelle, mais surtout à la future demande ? A partir de là, quelles sont les situations prévalentes que rencontrera un professionnel quel que soit son secteur d'exercice ? Enfin, quelles sont les connaissances théoriques associées ? Il existe en effet trois types d'apprentissage : les apprentissages qui visent l'acquisition de connaissances disciplinaires, les apprentissages qui visent la mobilisation des connaissances (méthodes, procédures et raisonnements) et les apprentissages qui visent la mise en œuvre de compétences à visées professionnelles (stages). Partant de là, nous déclinons les contenus requis pour répondre à ces situations, par grands blocs et non plus sous forme de catalogue.

Jean MARCHAL, CEEPAME

Depuis les années 1990, le CEEPAME s'est inscrit dans une démarche situationnelle. Nous avons ainsi identifié trois situations : les situations de soins, les situations d'entrée dans une démarche de santé publique (et communautaire) et dans une démarche de prévention, les situations de démarche de projet. Nous sommes entrés dans cette réflexion depuis longtemps. Nous menons déjà cette réflexion au sein de notre spécialisation.

Francis BRUNELLE

Je souhaite que chacun d'entre vous s'exprime sur ce sujet. Je constate avec satisfaction qu'il existe une modélisation sur ces trois thèmes que sont l'enseignement, la formation et l'apprentissage, soit la transmission d'un savoir théorique, la transmission d'une organisation, d'une conceptualisation et d'une mobilisation des ressources, et la transmission de l'apprentissage gestuel. Sommes-nous tous d'accord sur cette approche ? Il s'agit de déterminer dans quel environnement je me situe pour mettre en œuvre ce que j'ai appris sur le plan théorique, sur le plan de l'organisation et sur le plan pratique.

Catherine BANELLE, Vice-Présidente de l'AEEIBO

Nous nous inscrivons dans cette démarche. Nous avons d'ailleurs participé à une première réflexion sur cette méthodologie d'apprentissage, en vue de progresser dans la mise en route du LMD.

Dominique MUREAU, Vice-Président de la CNI

Nous sommes un syndicat professionnel infirmier. D'autres autour de cette table sont plus spécialisés dans la formation. Ainsi, le travail du CEFIEC nous intéresse grandement et nous nous associons à son discours, même si notre réflexion est plus transversale et porte sur l'exercice direct du métier.

Brigitte LUDWIG, Vice-Présidente de l'UNAIBODE

Les professionnels infirmiers de blocs opératoires sont également dans cette démarche d'analyse de situation et de gestion de risque. Ainsi, nous avons travaillé sur le référentiel métier par compétences, en intégrant progressivement l'ensemble des professionnels.

Geneviève ROBERTON, CEFIEC

Certains instituts infirmiers et cadres ont déjà mis en place ce type d'approches, mais il s'agit d'initiatives spécifiques et non d'un dispositif construit. De ce fait, des divergences de formation apparaissent, et donc des problèmes en termes de recrutement et de comparaison des structures, ce qui s'avère malsain et potentiellement préjudiciable pour la prise en charge du patient. Penser le dispositif d'emblée selon la démarche situationnelle permettrait donc d'éviter ce problème.

Francis BRUNELLE

Par définition, lorsque l'on modifie les approches, le changement intervient au jour J, mais il faut également s'occuper de J-1 : ainsi, il faudra utiliser les outils de la formation continue pour mettre à jour l'approche. Par ailleurs, vous devez être conscients que vous êtes très informés, puisque vous êtes en position de leader dans la réforme. Or cette information s'avère très lourde et les autres professionnels ne sont pas aussi informés que vous, c'est pourquoi la délivrance de cette information doit se faire avec précaution afin d'éviter tout rejet. En fait, en tant que leaders, vous êtes mandatés pour diffuser l'information prudemment.

Dominique MUREAU, CNI

L'information va facilement circuler parmi les professions paramédicales, car ces professionnels s'intéressent à ce sujet depuis assez longtemps. En revanche, la situation est différente au niveau médical. Le milieu médical ne recherche pas forcément l'information et l'on relève en outre une certaine peur. Les médecins se sentent en concurrence avec nos métiers et s'interrogent donc. C'est pourquoi vous avez également à diffuser de l'information en tant que Ministère de la Santé. Pour ma part, je ne m'inquiète pas du tout d'un rejet par les professions paramédicales, mais par les professions médicales. Il faut donc éviter toute opposition médicale à l'évolution des métiers paramédicaux.

Philippe THIBAUT

Bien entendu, des oppositions persistent, néanmoins dans le milieu universitaire médical, un certain nombre de doyens sont tout à fait prêts à déposer des demandes d'habilitation de niveau Licence et Master. La commission pédagogique nationale des études médicales a été spécifiquement mandatée pour répondre à ces demandes ; le Ministère de la Santé a donc agi il y a déjà deux ans. Ces évolutions ont leurs partisans ; il reste bien sûr des détracteurs, mais ils devront nécessairement y venir. Lorsque nous examinons les cahiers des charges, nous constatons que dans l'ensemble de ces métiers, certains besoins recourent totalement ceux exprimés ici : il s'agit ni plus, ni moins que de besoins de futurs professionnels de santé. Monsieur GOULARD, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, a d'ailleurs indiqué qu'il voulait que le processus débute dès cette année.

Geneviève ROBERTON, CEFIEC

Dans nos régions, le CEFIEC a déjà commencé à présenter le dispositif.

Jean-François NEGRI, ANFIIDE

Je partage l'approche de mes collègues quant à l'apprentissage. Toutefois, dans le cadre d'un système connaissant d'importants changements, il est important que des mesures d'accompagnement et de construction des savoirs soient formalisées. Nous avons beaucoup parlé du niveau Licence et du niveau Master, mais peu du niveau Doctorat. Or ce niveau est important car il participe à la construction des savoirs. Actuellement, ce niveau manque à nos professions ; il ne faudra surtout pas le dissocier des deux niveaux précédents.

Francis BRUNELLE

Je souhaite réagir à certains de vos propos, avant de donner la parole à ce qui ne l'ont pas eu. Bien sûr, notre objectif est d'aller vers les niveaux supérieurs de l'université ; mais seuls les cursus personnels le permettront. Cela ne peut se décréter.

Par ailleurs, la profession médicale me semble suffisamment consciente des changements actuels de son environnement. Si l'approche que nous mettons en œuvre se fonde sur l'idée d'un parcours de soin et d'un partage de compétences, personne n'en aura peur. Une bienveillance réciproque de l'ensemble des acteurs est nécessaire. Si l'accompagnement des changements se transforme en revendications, nous aurons tout perdu. L'Etat doit devenir manager des professions de santé. N'ayez crainte : nous nous chargeons aussi du travail à effectuer auprès des médecins.

Anne-Marie GIBERGUES, Secrétaire générale du Syndicat National des infirmiers, infirmières, éducateurs de santé

Je représente les infirmières qui travaillent auprès des jeunes de l'Education nationale. Nous faisons de la prévention, du diagnostic, de la consultation, mais nous sommes toujours seules face à l'élève. Nous devons donc être très rigoureuses. Pour ce faire, nous nous appuyons sans cesse sur notre décret de compétence. Du fait de notre solitude, la formation juridique est essentielle pour nous. Nous avons en effet d'importantes particularités : nous travaillons seules, dans un milieu sain et non dans un milieu hospitalier. Je vous entends parler d'équipes de soignants : notre équipe comporte quant à elle des enseignants, des nutritionnistes, etc. Nous sommes donc très intéressés par la démarche actuelle et nous suivons les travaux du CEFIEC de près.

Béatrice BOUCHAILLON, Association Française des Directeurs de Soins

La fonction de directeur de soin relève de l'interdisciplinarité : or le fonctionnement de ce groupe de travail ne répond pas à la problématique posée par la formation des directeurs de soins. Pour ma part, j'ai un peu de mal à travailler dans ce groupe, dans la mesure où je ne sais pas où nous allons.

Francis BRUNELLE

Que puis-je faire pour vous aider ? Les directeurs de soin sont formés par l'ENSP. Merci de m'avoir alerté sur ce sujet. Nous allons essayer de trouver le moyen d'intégrer votre spécificité dans nos réflexions.

Béatrice BOUCHAILLON

Les directeurs de soins rassemblent des médicaux techniques mais aussi des personnels de rééducation. Ainsi, leur formation relève d'une problématique interprofessionnelle, comme celle des cadres.

Francis BRUNELLE

L'ENSP mène actuellement une réflexion sur ses missions.

Béatrice BOUCHAILLON

L'ENSP s'oriente hélas vers un unique Master de santé publique qui ne recouvre pas l'ensemble de nos besoins. Pour ma part, je suis très sensible à la notion de filière LMD dans son intégralité.

Françoise TARIS, Vice-Présidente du Comité d'entente des écoles d'infirmiers anesthésistes diplômés

Je comprends bien la difficulté que vous avez énoncée. Vous avez une vision plus globale de la problématique. Peut-être pourrions-nous travailler ensemble.

Béatrice BOUCHAILLON

Nous sommes toutefois essentiellement des formateurs ; nous ne reflétons donc qu'une partie de la profession.

Françoise TARIS

Certes, mais nous pourrions néanmoins réfléchir ensemble. Le CEEIADE ne s'est pas beaucoup exprimé jusqu'à présent puisqu'il partage totalement les propos du CEFIEC, avec qui nous menons un travail en inter-associatif.

Francis BRUNELLE

Il serait probablement intéressant qu'une réflexion soit menée entre directeurs de soins, en amont de nos groupes de travail.

Philippe THIBAUT

Cette réflexion est d'ores et déjà entamée dans la perspective du grand établissement de santé publique et de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, ce qui correspond à une universitarisation de ces professions.

Béatrice BOUCHAILLON

Comme l'AFDS l'a déjà exprimé, un décalage apparaît entre nos attentes et l'offre que nous avons reçue de la part de l'ENSP.

Jean-Jacques SCHARFF, Président de l'Union Nationale des Associations et Syndicats Infirmiers et des Infirmiers Français

L'UNASIIF défend l'idée d'une université infirmière. Je suis donc rassuré d'entendre parler de Licence universitaire : en effet, nos collègues des établissements de formation sont clairement les mieux placés en matière de pédagogie et de contenus de formation. Le rapport Berland ne prévoyait que trois fonctions (formation, encadrement et soin), or vous avez ajouté la recherche ce qui nous satisfait. Enfin, nous tenons au niveau de Master universitaire qui permet d'aborder la recherche.

Jacques LAUTIER, Membre de la Commission pédagogique nationale des IUT

Avez-vous prévu des réunions par spécialité, sur le cœur de compétences ?

Francis BRUNELLE

Tel est le rôle du comité de pilotage : il doit synthétiser les trois approches (métier, enseignement supérieur et formation). Ensuite, cette synthèse vous sera soumise, ainsi qu'aux deux Ministres.

Jacques LAUTIER

Avez-vous prévu de travailler avec les professionnels de la formation ?

Francis BRUNELLE

Effectivement, nous nous sommes aperçus que notre réflexion impactait l'ensemble des acteurs, et en particulier les formateurs. Apparaît donc un besoin important de formation des formateurs.

Danielle PODER, Assemblée des Chefs de Département de Génie Biologique

Nous assurons dans les IUT la formation en diététique et en génie biologique. Nous avons donc une importante expérience de la formation. Notre programme pédagogique national a été revu en 2005. Nous réfléchissons à l'évolution des formations depuis plus de cinq ans et nous avons aujourd'hui des projets de Licences professionnelles en matière de diététique. Nous souhaiterions donc être associés à la réflexion afin de mettre à votre disposition notre savoir-faire.

Francis BRUNELLE

Le monde de la santé n'est pas clos : il est ouvert sur le monde de l'industrie. Les diététiciens ne sont pas les seuls à avoir des objectifs multiples : nous savons très bien qu'un grand nombre de pharmaciens entrent dans l'industrie après leur formation, avant même de faire du soin. Il en va de même pour les médecins entrant dans des structures administratives, avant de se lancer dans le soin. Vous avez tout à fait raison de signaler que peuvent s'avérer nécessaires des formations professionnalisantes avec des objectifs spécifiques, notamment en direction de l'industrie.

Je vous remercie tous de votre participation. Nous sommes en train de mettre en place une culture commune. Nous avons d'ores et déjà levé de nombreux obstacles. Vous serez bien entendu destinataires du compte-rendu de la réunion. Nous entrons maintenant dans une phase de conceptualisation et de rédaction. La prochaine réunion devrait se tenir au mois de mars ou avril. D'ici là, j'espère que nous aurons eu le temps d'effectuer la synthèse des documents et de vous envoyer un projet en amont de la réunion. Nous allons mettre en cohérence les trois approches et rédiger le cahier des charges. Par définition, il ne contiendra que des grandes orientations et des grands objectifs pédagogiques dont pourra se saisir l'Enseignement supérieur.

Geneviève ROBERTON, CEFIEC

Peut-on considérer ce cahier des charges comme le cadrage ? En effet, nous nous interrogeons sur les articulations entre les deux Ministères.

Francis BRUNELLE

La présence des deux Ministères à chaque réunion nous sert de cadrage. Nous adoptons une approche simultanée, parallèle et synchrone, afin de bénéficier à la fois de la validation du Ministère de l'Enseignement sur le niveau Licence et de celle du Ministère de la Santé sur le niveau Diplôme d'Etat. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé rédigera un cahier des charges énonçant les acquis qui lui semblent nécessaire et suffisant au diplôme d'Etat ; puis, le Ministère de l'Enseignement supérieur se saisira de ce cahier des charges afin de délivrer le niveau universitaire correspondant. Ce cahier des charges, élaboré à l'aide de vos remontées écrites au sein du comité de pilotage réunissant la DGS et la DHOS, vous sera bien sûr soumis. Enfin, la troisième vague de réunions permettra de valider, d'amender et de corriger ce cahier des charges. Je vous remercie.
