

Marc FOURDRIGNIER²

Former des professionnels de la santé et du travail social : quelles régulations et quels enjeux pour les acteurs ?

Votre réseau est centré sur les confins. Cette notion m'intéresse bien parce qu'elle amène à voir ce qui se passe aux frontières, aux limites, à observer comment les bornes sont posées, comment elles sont dépassées, comment elles sont déplacées... Dans mon propre parcours j'ai été aux confins dans un institut régional de travail social et aujourd'hui je suis aux confins dans l'université...

Dans mes propres travaux trois confins m'intéressent: celui des formations sanitaires (prioritairement infirmiers et cadres de santé) et des formations sociales (assistants de service social, éducateurs spécialisés, conseillers en économie sociale et familiale,...); celui des formations universitaires (licences professionnelles et master professionnel en intervention sociale) et des formations professionnelles supérieures; celui de la Suisse et de la France. Le tout est relié par un questionnement sur la diversification des modes de professionnalisation.

Mon intervention a donc pour objet de présenter la situation française pour pouvoir faire le parallèle avec la situation actuelle en Suisse. La question des régulations est prise comme analyseur en vue de faire émerger les enjeux. Elle est centrée sur les acteurs des dispositifs de formation: les centres de formation (instituts, écoles, hautes écoles...) et les universités, les structures professionnelles susceptibles d'accueillir des stagiaires et d'employer les diplômés, les corps professionnels, lorsqu'ils existent.

Dans un premier temps je présenterai le contexte institutionnel français dans lequel s'inscrit ce questionnement, en identifiant, succinctement, les différentes régulations présentes. Puis le propos sera centré sur les acteurs des dispositifs de formation, en distinguant bien les acteurs institutionnels des acteurs physiques. Les régulations présentes ici s'inscrivent a priori dans le modèle de la coopération. Cependant la confrontation aux autres régulations et les enjeux différents pour ces acteurs peuvent amener à transformer la coopération en domination, sous-traitance ou concurrence. Cette analyse se focalisera notamment sur les relations qu'entretiennent les centres de formation en travail social, entre eux, avec les lieux de stage, avec les organisations professionnelles ou bien encore avec les universités. Symétriquement seront examinées les relations qu'entretiennent, ou non, les universités avec ces mêmes acteurs. Le troisième temps, à dimension comparative, envisage les perspectives qu'il s'agisse de l' "universitarisation" des formations sanitaires ou sociales, de la question de la recherche, ou bien encore du regroupement, dans le cas français, des centres de formation en travail social, dans le cadre de hautes écoles.

¹ <http://www.recss.ch/>

² Sociologue. Maître de Conférences. Université de Reims Champagne-Ardenne. France. Membre de l'AIFRIS (Association Internationale pour la Formation et la Recherche et l'Intervention Sociale), <http://marc-fourdrignier.fr/> Mail : mafourdrig@hotmail.fr.

I. LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL FRANCAIS

Le contexte français d'aujourd'hui peut se définir d'abord par des confins sensibles entre le sanitaire et le social, une structuration historique et spécifique au regard de l'université et un développement récent de formations professionnelles à l'université.

A. Des confins sensibles

Les confins entre le sanitaire et le social sont sensibles dans la mesure où il y a à la fois des proximités fortes mais aussi des différences structurantes.

1. Des proximités fortes entre le sanitaire et le social

Pourquoi traiter ensemble les métiers du sanitaire et du social³ ? Selon les époques ces deux secteurs d'activité ont pu être confondus, distingués ou étroitement liés : les premiers hôpitaux se sont construits en lien avec la question de la pauvreté; le social s'est en partie construit sur l'hygiénisme⁴. Les formations d'infirmier et d'assistant de service social ont longtemps été communes, avant de se séparer. Le développement massif du sanitaire et du social dans les années 60-70 a conduit à une séparation progressive des deux secteurs, même s'ils ont continué à fonctionner en parallèle⁵. Depuis le début des années 2000 on assiste à des rapprochements qui sont de plusieurs ordres. Les problématiques des populations sont de plus en plus mêlées. Le développement de l'exclusion et des différentes formes de souffrance psychique en est le meilleur exemple. Cela se traduit par de nombreux dispositifs législatifs et réglementaires qui brouillent les frontières entre sanitaire et social. Les agences régionales de santé⁶ ont dans leur champ de compétence outre le sanitaire une bonne partie du social⁷. Cela amène alors à la nécessité accrue de collaboration entre les institutions et les professionnels des champs sanitaires et sociaux. En 2007, le Conseil supérieur du travail social a publié un rapport sur « *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social* » (CSTS⁸, 2007). Enfin un dernier élément, et non le moindre, est lié à la décentralisation des formations sanitaires et sociales⁹. Le Conseil régional a dorénavant la compétence de mise en œuvre¹⁰ des ces formations. Il les aborde alors dans un même cadre en définissant un « schéma régional des formations sanitaires et sociales »¹¹. Des instances communes ont été constituées. Ce changement, au-delà des répercussions qu'il a en termes de financement, amène

³ À proprement parler, ces métiers vont du niveau V (aides médico-psychologiques ou aides soignantes) au niveau I (directeurs d'établissements ou de services). Nous parlerons ici exclusivement des métiers post bac en distinguant les professions sanitaires et sociales de niveau III (assistant de service social, éducateur spécialisé et infirmier) et les métiers de l'encadrement positionnés plus ou moins clairement au niveau I ou II (cadre de santé, cadre intermédiaire, directeur...).

⁴ En 1920 est créé le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Il faudra attendre 1957 pour voir apparaître un ministère des Affaires sociales.

⁵ Les grandes lois ou ordonnances hospitalières (1970, 1991, 1996, 2002) ont souvent eu leur pendant dans le champ social avec quelques années de décalage (1975, 2002).

⁶ Créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et mises en place le 1 avril 2010.

⁷ Ce que l'on appelle le médico-social.

⁸ - Les principaux sigles utilisés sont repris en annexe 1.

⁹ Dans le cadre de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

¹⁰ L'Etat garde la compétence de définition des formations et de délivrance des diplômes.

¹¹ Pour la région Champagne-Ardenne : <http://www.cr-champagne-ardenne.fr/getFile.aspx?FILEID=1732>

aussi à un regard global sur l'ensemble de ces formations, en y incluant les formations universitaires.

Qu'en est-il de la professionnalisation dans le champ sanitaire et social ? Un modèle commun peut être défini à partir des caractéristiques suivantes (Fourdrignier, 2000) :

- L'exercice de l'activité salariée suppose une formation préalable, même si des exceptions ont lieu dans le champ de l'animation ou de l'éducation spécialisée.
- Cette formation préalable est définie par l'État, qui garantit la qualification obtenue en délivrant des titres nationaux, pour la plupart des diplômes d'État.
- La mise en œuvre de ces formations ne se fait pas dans le giron de l'Éducation nationale ; elle est pilotée par le ministère de la Santé ou des Affaires sociales. Elle se construit sur le modèle de la formation professionnelle, affirmant le rôle central de l'alternance dans la construction de la qualification.
- Elle se constitue sous la forme d'une équation selon laquelle : le diplôme d'État fait accéder à une profession, qui elle-même fait accéder à un métier. Dans cette perspective dire de quelqu'un qu'il est infirmier ou assistant de service social c'est en même temps dire qu'il possède le diplôme d'État, qu'il appartient à la profession et qu'il exerce le métier. Profession et métier sont alors employés comme synonymes. Cela va générer une identité professionnelle, voire un corps professionnel.
- Vont alors se constituer ce que certains auteurs appellent des quasi-professions ou des semi professions, en référence au type idéal de la profession dans la sociologie américaine qui est censée mobiliser une formation longue, théorique et pratique (scientifique et appliquée) prestigieuse et morale (code de déontologie) et une identité professionnelle reconnue valorisée fondée non sur la réussite économique mais sur le désintéressement de vrais "professionnels".
- Ces titres vont être reconnus par les employeurs publics ou privés. Dans ce dernier cas, ce seront les conventions collectives nationales de travail (CCNT) qui vont venir légitimer, en termes de salaires et de carrière, ces qualifications.

C'est sur cette base que nous affirmons qu'il y a bien là un ensemble homogène, même si par ailleurs des différences existent.

2. Des différences structurantes

Une première différence réside dans les raisons historiques de cette professionnalisation extérieure à l'université. Pour le sanitaire, dès la constitution de l'université, la professionnalisation est présente¹². Cela signifie, dans cet esprit, qu'il est logique de former les médecins à l'université mais que c'est impensable pour les chirurgiens, qui sont vus comme des « manuels ». Lorsqu'il s'agira de former les infirmières on aura bien recours aux médecins non pas au sein de

¹² Elle repose sur la distinction entre les sept arts doctrinaux ou libéraux (la grammaire, la rhétorique, la logique, la géométrie, l'arithmétique, l'astronomie et la musique) et les arts mécaniques ou pratiques (tissage, armurerie, navigation, agriculture, chasse, médecine, théâtre). « *L'université n'inclut aucun des arts mécaniques, sauf la médecine, et encore dans sa version la moins manuelle, la plus spéculative, celle qui exclut la chirurgie* » (Bourdoncle, 1994).

l'université mais dans les écoles spécialisées. Le rapport de domination entre ces deux professions va aussi s'inscrire dans les processus de professionnalisations. Dans le champ social, ce sera plus la volonté pragmatique, présente dès le début du XX^e siècle, qui amènera à construire des écoles hors des cursus universitaires. Pour les éducateurs spécialisés, ce sera plus le primat accordé à la pratique sur le terrain et une méfiance par rapport au savoir théorique qui amènera à prendre de la distance par rapport à l'Éducation nationale.

Une seconde différence réside dans l'accomplissement du processus de professionnalisation : il est plus abouti pour les infirmiers que pour les assistants de service social et les éducateurs spécialisés. Pour les infirmiers, la deuxième étape du processus est largement engagée : existence d'un décret d'actes infirmiers et création d'un ordre infirmier¹³ ; pour les professions sociales, la seconde étape n'est pas engagée.

Une troisième différence réside dans le fait que le mode de professionnalisation demeure exclusif dans les professions sanitaires ; il ne l'est plus dans les professions sociales où le passage d'un marché du travail fermé à un marché plus ouvert est largement en cours aujourd'hui.

Nous sommes donc en présence d'un ensemble de formations qui relèvent de l'enseignement supérieur non universitaire, qui se construisent sur un mode de professionnalisation particulier. Mais deux problèmes existent. De longue date elles se déroulent sur trois ans (dont la moitié du temps se fait en stage) et revendiquent une homologation de leur diplôme à bac + 3, alors que jusque là elle est à bac + 2. De plus, lorsque le système LMD¹⁴ se met en place, le décalage est de nouveau réaffirmé puisque ces professions ne se situent pas au premier niveau post-bac. C'est sans doute l'une des principales raisons qui va amener à un questionnement sur un rapprochement avec les universités.

B. Une structuration historique et spécifique

Les formations sanitaires et sociales ont en France une longue histoire. En effet dès le début du XX^e siècle elles se mettent en place pour constituer un domaine spécifique, pour qui les relations avec l'université sont d'abord difficilement pensables.

1. Un domaine spécifique

Même si l'on trouve trace des premières écoles d'infirmières dès 1876, il faudra attendre le début du XX^e siècle pour que les premières formations soient mises en place. En effet dès 1902 une circulaire est à l'origine de la création des écoles et d'un programme de formation (Pierre-Jeanguiot, 2006). C'est dans la même période que se professionnalise le travail social¹⁵. Les formations vont s'institutionnaliser avec la création, en 1938, des "*diplômes simples et supérieurs d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat*".

¹³- Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

¹⁴ Licence Master Doctorat qui est basé sur la déclaration de Bologne (1999) et qui vise à créer un espace universitaire européen.

¹⁵ - Christine Rater-Garcette qui consacre un ouvrage à cette question se focaliser sur la période 1880-1920.

Après la seconde guerre mondiale, on va assister à des premières formes de division du travail par rapport aux deux professions existantes : les travailleuses familiales pour les assistants sociaux et les aides soignants pour les infirmiers. A partir des années 60, vont se développer les autres filières de formation du travail social, avec notamment celles de l'éducation spécialisée et de l'animation. A ce moment le modèle privilégié est celui des formations de niveau III (bac +2). C'est dans les années 80 que ces filières vont se renforcer avec la création de diplômes de niveaux inférieurs.

Enfin pour faire face au développement d'activités spécifiques on va créer de nouveaux diplômes dans les années 2000 : cela vaut pour les activités d'encadrement intermédiaire, pour les activités de médiation familiale et pour les activités d'accueil au domicile d'enfants placés (l'assistant familial).

Cela se traduit aujourd'hui par la présence de 14 diplômes du travail social et par deux diplômes dans le champ sanitaire, sans compter les diplômes de spécialité¹⁶.

2. Des relations complexes avec l'université

Historiquement, dans le cas de la France¹⁷ et contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, l'Université n'occupe pas une place centrale dans le dispositif des formations du sanitaire et du social. Comme le dit Maria Vasconcellos (2006) « dans ce secteur d'activité les dispositifs de formation sont jalousement encadrés par la profession elle-même, tentant ainsi de s'éloigner de toute idée de cursus universitaire ».

En effet on peut dire que jusque dans les années 1980 la relation est impensable parce qu'existe un dualisme, qui dépasse le seul champ sanitaire et social. En effet cette opposition écoles/universités est une caractéristique structurelle et historique de l'enseignement supérieur en France. Il ne peut être compris sans « tenir compte des raisons qui ont amené à l'existence de deux secteurs distincts et étanches » (Vasconcellos, 2006). De la création de l'université française à 1982 on peut dire que la relation Université / formations au social est impensable. A cela trois raisons. La première est la plus évidente : les formations au social n'ont pas toujours existé et ne relèvent pas toutes de l'enseignement supérieur¹⁸. Il faudra attendre les années 1960 pour que ce secteur se développe pleinement. Partant de là deux autres raisons vont se renforcer : la construction et le développement de l'université à la française, avec notamment la constitution d'une « République des facultés (qui) prend une forme achevée à la fin du XIX^e siècle et se maintient quasiment à l'identique jusqu'en 1968 » (Musselin, 2001) d'un côté et le choix d'un modèle de professionnalisation de l'autre, déjà présenté, qui tourne le dos au modèle académique.

Des premiers changements vont apparaître au début des années 80. La complémentarité devient visible dans le champ des formations supérieures. En effet dès 1978 le ministre de la santé et de la famille (intitulé de l'époque) crée un diplôme supérieur en travail social qui vient compléter les diplômes d'Etat existant.

¹⁶ - Par exemple les infirmières puéricultrices ou les infirmiers de bloc opératoire

¹⁷ - Cette intervention se centre sur la situation française. Pour une approche comparative récente lire Jovelin, E. (2006). L'enseignement du travail social en Europe. Informations sociales, n° 135, 120-129.

¹⁸ - Même si les plus anciennes sont de niveau III (bac + 2)

« *Tout le dispositif s'est construit sur une coopération entre centres universitaires et centres professionnels. Chaque centre, pour être agréé, signe une convention avec un centre professionnel s'il est universitaire ou avec une université s'il est professionnel* ». On dispose alors d'une complémentarité formalisée et limitée à ce seul diplôme. On contient donc la relation, sachant qu'on l'utilise là où la légitimité universitaire peut sembler la plus utile, notamment pour former les cadres des centres de formation¹⁹.

Dans le courant des années 90 plusieurs transformations vont affecter le champ du social. Cela va alors donner lieu à une relation complète et complexe. Ces transformations sont d'abord liées à une recomposition du travail social et une nouvelle structuration de l'intervention sociale (Chopart, 2000). Cela s'est traduit notamment par l'apparition de la notion d'intervention sociale, plus large que celle de travail social, par la multiplication des lieux d'intervention, « le social est partout » comme l'a dit Jacques Ion et par l'apparition de nouvelles catégories d'intervenants sociaux aux côtés des travailleurs sociaux qui restent très présents. Il y a donc une logique d'élargissement et de diversification et non pas une logique de substitution. La situation ne peut plus rester la même que dans la période précédente. Cela remet notamment en cause un certain monopole des professions sociales. En d'autres termes on passe d'un marché du travail fermé à un marché semi-ouvert, sachant que le paysage est très contrasté selon que l'on parle de la fonction publique territoriale, du secteur privé sous convention collective "canonique" ou sous convention collective récente.

Cela veut donc dire que nous en sommes aujourd'hui à une relation complète et complexe qui ne se limite plus aux seules formations à l'encadrement. Des coopérations sont alors possibles. Elles ne concernent cependant pas toutes les universités et tous les centres de formation en travail social. Il est nécessaire d'incorporer ici tant les paramètres propres aux cultures locales qu'aux dimensions interpersonnelles, notamment liées aux parcours de certains universitaires et formateurs. Ces changements ont été rendus possibles parce que dans cette période les universités se sont "converties" aux formations professionnelles.

C. Un développement de formations professionnelles à l'université

Deux éléments vont ici se combiner : le mouvement de professionnalisation à l'université et la création de diplômes dans le champ sanitaire et social.

1. La professionnalisation à l'université et l'harmonisation européenne

A l'université, le mouvement de professionnalisation s'est accéléré depuis le début des années 90. On évoque le partenariat universités-entreprises et surtout « la professionnalisation des enseignements » Avec la réforme Bayrou en 1997 et la mise en œuvre de la déclaration de Bologne de 1999 « *ces politiques de professionnalisation des études considérées comme traditionnelles apparaissent comme une des orientations principales* » (Vasconcellos, 2006, p. 77)²⁰.

¹⁹ - En effet la possession d'un diplôme bac + 4 est alors requise pour les recrutements des formateurs en travail social.

²⁰ - Se combinent ici plusieurs idées : développer des stratégies professionnelles chez les étudiants ; augmenter la mobilité des étudiants dans un espace européen de l'enseignement supérieur et accroître la compétitivité de l'enseignement supérieur.

La création de la licence professionnelle en 1999 va largement contribuer à ce mouvement. Comment peut-on la caractériser ?

- c'est une formation en un an qui se fait après un cursus validé à bac + 2
- elle est construite en référence à un métier et doit permettre l'acquisition des compétences nécessaires à son exercice. *"En ceci, on peut l'opposer à une formation académique dont le contenu est déterminé en référence à la maîtrise d'une discipline, définie par les enseignants"* (Gayraud, Agulhon, 2009, p 45).
- elle se construit à partir d'un cadre national large et d'une configuration locale qui mêle à la fois le profil du porteur de projet, la nature des relations entre l'université et les centres de formation en travail social, l'attitude des professionnels et des employeurs du territoire;
- elle recrute sur un effectif limité (processus d'admission à l'entrée avec dossier et entretien)
- les formations doivent associer des professionnels, à la fois dans l'identification des besoins justifiant la création d'une licence professionnelle, dans le déroulement des formations et dans les stages.
- elle a vocation à permettre l'accès direct au marché du travail et non une poursuite d'études en master.

En parallèle va se construire l'espace européen de l'enseignement supérieur et l'harmonisation du système licence master doctorat. Pour ce qui nous concerne cela va permettre de structurer une offre de masters professionnels

2. Des formations universitaires dans le champ sanitaire et social

Cette volonté politique et l'existence d'interactions entre le secteur sanitaire et social et les universités vont créer un contexte favorable au développement de formations universitaires dans ce secteur d'activité. Cela va se faire par la création de licences professionnelles "intervention sociale. A l'époque la direction de l'action sociale reconnaît que *« cette démarche peut représenter une opportunité de qualification pour des intervenants sociaux »* tout en précisant qu' *« il convient que les licences professionnelles se construisent en cohérence et en complémentarité avec les formations et les diplômes du travail social »*²¹.

L'analyse des formations habilitées au niveau national nous apporte une vision actuelle de l'offre. Le sanitaire et le social sont regroupés dans l'intitulé « services aux personnes »²². Cela représentait 8.8 % des licences professionnelles en 2000 et 2001 et 11.0 % en 2008/2009²³. L'analyse détaillée des licences professionnelles dans le champ de la santé et de l'intervention sociale fait apparaître les points suivants :

- la couverture nationale est assez forte : parmi les 26 académies métropolitaines 22²⁴ ont une licence professionnelle santé et 20 en ont une en intervention sociale.
- D'après leur dénomination, les licences professionnelles « santé » ne recouvrent que très peu les professions paramédicales (tableau) : elles portent rarement sur des interventions en direction du malade. Lorsque c'est

²¹ - Lettre DAS/TS1 du 24 mars 2000 relative à la licence professionnelle.

²² Sur la base des dénominations nationales arrêtées par la Direction de l'enseignement supérieur (2001).

²³- Pour un total de 377 en 2000 et 2001 et 1749 en 2008/2009. Source : Offre de formation licences professionnelles 2008-2009

²⁴ Les quatre qui n'ont pas de licence professionnelle Santé sont Ajaccio, Clermont-Ferrand, Poitiers et Rouen ; les six pour la licence professionnelle intervention sociale sont : Ajaccio, Amiens, Nancy-Metz, Nice, Strasbourg et Versailles.

le cas, il s'agit d'interventions très spécialisées (incapacités dépendances). Elles sont plus centrées sur des fonctions techniques (optique, biologie génétique...) ou périphériques (visiteur médical, gestion management ...).

- les licences professionnelles "intervention sociale" concernent, sous des appellations distinctes, des interventions en direction des publics ou des territoires. Elles sont très proches des professions sociales (animation, insertion, médiation, développement local...)

Tableau : Les contenus des licences professionnelles santé et intervention sociale.

Licences professionnelles « Santé »	Nombre (N=50)	Licences professionnelles « Intervention sociale»	Nombre (N=44)
Visiteur médical	11	Développement local, urbain,...	10
Biologie, génétique	6	Responsables de structures, management	7
Incapacités, dépendances	6	Gérontologie	6
Optique	5	Accompagnement, insertion	4
Gestion, management	4	Animation	3
Santé, travail, environnement	4	Formation	3
Cosmétologie	3	Médiation	3
Statistiques, bio statistiques	3	Incapacités (langue des signes)	2
Maintenance	3	Economie sociale	2
Promotion de la santé, diététique	2	Autres	4
Autres	3		

Sources : ministère de l'enseignement supérieur. Offre de formation licences professionnelles 2008-2009.

Que conclure de cette présentation du paysage français? Elle fait apparaître plusieurs types d'acteurs, d'enjeux et de modes de régulation.

A un premier niveau les collectivités publiques jouent un rôle important par la régulation administrative et financière. La décentralisation de 2004 a dissocié les responsabilités, ce qui est venu encore compliquer la donne. Les enjeux sont les suivants :

- la simplification de l'offre de certification : réduire le nombre des diplômes d'Etat et en accroître la lisibilité
- l'incorporation du processus de Bologne : les négociations sont en cours entre les différents services de l'Etat concernés
- l'organisation du système de formation : très atomisé aujourd'hui il a vocation à être simplifié. Un scénario de création de Hautes Ecoles est aujourd'hui mis en avant par certains centres de formation
- l'offre de formation via les schémas régionaux.

A un second niveau les acteurs sont les centres de formation, les universités, les centres de recherche, les employeurs, les terrains de stage . C'est sur ce point que nous allons nous focaliser maintenant. Pour ce faire nous allons prendre appui sur la notion de coopération qui nous semble la mieux résumer les enjeux.

II. LES MODALITES DE LA COOPERATION

Depuis une quinzaine d'années la notion de coopération est de plus en plus utilisée dans le champ sanitaire et social. Sa connotation positive, liée à son histoire, au

volontarisme et à l'économie sociale, est maintenant concurrencée par la multiplication des injonctions à la coopération pour « mutualiser » mais surtout restructurer le champ sanitaire et social, notamment à travers le développement des groupements de coopération sanitaires, sociaux ou médico-sociaux ou des pôles divers et variés. Les universités comme les centres de formation du travail social n'y échappent pas. C'est la raison pour laquelle nous distinguerons les coopérations contraintes, des coopérations volontaires avant d'identifier quelques conditions de la coopération.

Théoriquement les domaines de coopération sont au nombre de quatre :

- Les formations initiales du travail social post bac (niveau III)
- Les licences professionnelles
- Les formations supérieures
- La recherche.

A. Des coopérations contraintes

Ce premier cas de figure renvoie à des dispositifs dans lesquels il va être nécessaire de développer une coopération. Elle peut être propre à certains diplômes ou dispositifs, voire plus globale.

Cette formule a été utilisée de longue date dans la construction du D.S.T.S. puis du D.E.I.S. puisque dans le principe il doit y avoir ... une convention passée avec une université.

« La formation préparant au diplôme d'Etat d'ingénierie sociale est dispensée par les établissements publics ou privés ayant satisfait à l'obligation de déclaration préalable mentionnée à l'article L. 451-1. La formation est organisée dans le cadre d'une convention de coopération entre une université ou un établissement d'enseignement supérieur et un établissement de formation préparant aux diplômes de travail social. »²⁵

On peut la retrouver, de manière un peu moins contrainte et plus ouverte , comme condition pour la constitution des pôles ressources recherche-travail social, intervention sociale, puisque l'appel à projet indiquait que ce pôle « *devra obligatoirement reposer sur un engagement direct de plusieurs partenaires de nature différente (établissements de formation, pôle universitaire, labo de recherche, monde professionnel...)* »²⁶

Dans un champ connexe, la formation infirmière, c'est aussi cette modalité qui a été retenue plus globalement (voir annexe 2) . La contrainte est ici très forte : « *la passation de ces conventions dans les délais impartis, garantira la mise en œuvre effective de la réforme engagée, et constituera une condition absolument impérative pour l'agrément des IFSI par les régions ainsi que pour la délivrance du grade de licence* ».

En prenant cet exemple il ne s'agit pas d'agiter le chiffon rouge de l'universitarisation. Simplement c'est un modèle qui a été retenu. Lorsque l'on sait

²⁵ - Article D451-18 II du Code de l'Action Sociale et des Familles, modifié par le décret n° 2006-770 du 30 juin 2006 relatif au diplôme d'Etat d'ingénierie sociale

²⁶ - Annexe1 Cahier des charges de la circulaire N°DGAS/PSTS/4A/2008/86 du 6 mars 2008 relative aux actions de qualification en travail social financées au titre des priorités définies par les orientations ministérielles pour les formations sociales 2007-2009, et notamment au lancement d'un appel à projets pour la création, le soutien et le développement de pôles ressources « recherche-travail social-intervention sociale-action sociale-formations ».

que les initiatives prises dans le champ sanitaire sont souvent reprises un peu plus tard dans le champ social, on doit explorer cette hypothèse, tout en sachant que la structure de l'offre de formation n'est pas du tout la même et que par ailleurs d'autres hypothèses sont possibles.

B. Des coopérations volontaires

Dans le même temps d'autres formes de coopération sont possibles. Dans la mesure où l'on est dans des coopérations volontaires l'espace est ici plus large. Elles vont cette fois concerner prioritairement les formations initiales de niveau III. Elles vont se décliner de manière très variable en allant de la double délivrance de diplômes (diplômes d'Etat et licences) à des possibilités de passage d'un diplôme à l'autre (entrée directe en licence à partir d'un diplôme d'Etat). Dans l'attente d'une reconnaissance au niveau licence des diplômes du travail social, c'est sans doute la voie la plus porteuse. Dans ce domaine ce sont ce que nous avons appelé les configurations locales qui vont être les plus déterminantes.

Elles peuvent aussi se développer dans des contributions respectives aux formations initiées par les uns et les autres (licences professionnelles et CAFERUIS par exemple).

Dans le champ de la santé des initiatives volontaires ont permis à ce jour de construire une articulation entre la formation de cadre de santé et des masters (première ou deuxième année). A Reims l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et l'université expérimentent depuis 2006 une concomitance entre la formation de cadre de santé et un master2 interventions sanitaires et sociales. (Fourdrignier , 2010a et annexe 3).

Elles peuvent aussi se décliner dans des champs moins balisés. Par exemple c'est l'initiative lancée il y a plusieurs années par le CNAM en collaboration avec l'ETSUP pour la création d'une filière de qualification aux métiers de l'intervention sociale (Charasse, Cheval, Dugué , 2008).

Dans le champ de la recherche on peut aussi trouver des modalités de collaboration entre des centres de recherche et des centres de formation qui peut se traduire par la présence de chercheurs associés voire la présence au sein d'écoles doctorales.

C. Les enjeux et les conditions de la coopération

Au-delà des deux modalités de la coopération il est important de se pencher sur la nature et le contenu même de la coopération. Tout d'abord il faut relever que toute forme de travail ensemble n'est pas réductible à du partenariat (Fourdrignier, 2010b). Il peut aussi s'agir de sous-traitance ou de prestation.

La relation de sous-traitance: elle est rarement nommée comme telle dans la mesure où elle fait plus référence à l'industrie et où ce terme ne fait pas partie du vocabulaire employé dans le champ social. Néanmoins se multiplient les situations où des organisations deviennent sous-traitantes d'une collectivité publique (Etat, ville...) ou d'une association dans le cadre de pratiques d'externalisation. Dans les coopérations qui nous intéressent on peut trouver diverses formes de sous-

traitance. Le cadre est alors fixé par avance, des délais sont prévus...l'organisation n'a plus qu'à réaliser – dans les termes demandés- la commande.

La relation de prestation : la logique de prestation repose sur un mode de raisonnement peu ordinaire dans l'action sociale. Cela consiste à appréhender l'intervention non pas de manière globale mais comme composée de différentes prestations. Nous sommes loin du projet global : on va décomposer la formation en un nombre de prestations qui vont pouvoir être réalisés parfois indépendamment l'une de l'autre.

Si l'on considère que la coopération doit reposer sur le partenariat il faut alors construire une démarche « *fondée sur le constat par différentes parties de leur convergence d'intérêt pour le lancement d'une action, sur la reconnaissance de ces objectifs, sur l'identification des ressources que les uns et les autres sont susceptibles de mettre en commun et sur la construction de projets communs mais porteurs de significations multiples* »²⁷.

De plus le partenariat pour être effectif doit se décliner à trois niveaux : un accord inter institution contractuel, une coordination inter organisationnelle et une coopération interindividuelle²⁸.

- Le partenariat interinstitutionnel : accord inter-institution.

Si le partenariat, que conclue les deux entités juridiques répond à un objectif stratégique de leur politique de développement, il n'en reste pas moins que ce sont les responsables de proximités qui s'efforcent d'ajuster leurs intérêts partiellement convergents à travers une négociation continue.

- un Partenariat pédagogique : coordination inter organisationnelle.

Les initiateurs du projet ont démontré que le partenariat fondé sur une harmonie concernant les finalités, conceptions, principes et scénarii pédagogiques crée la qualité de la coopération en garantissant la construction d'objectifs communs.

- Partenariat interactionnel : coopération interindividuelle.

Il reste à gérer les échanges en termes de processus de négociation devant aboutir, *in fine*, à la construction d'un compromis. Un projet comme celui là demande, donc, de conscientiser, pour ensuite « niveler » l'asymétrie des statuts des partenaires afin d'assurer la pérennité de la relation entre les organisations. Ce qui ne nous assure pas de la non-substitution de l'un des interlocuteurs comme cela s'est produit pour nous dès la deuxième année : l'interlocuteur universitaire privilégié, initiateur du projet et son équipe, furent remplacés par d'autres acteurs. Ce qui a engendré une pluralité de comportements coopératifs touchant plus la coordination inter organisationnelle, que la coopération interindividuelle.

La rencontre université – milieu professionnel malgré une réelle volonté de travailler ensemble n'échappe pas aux problèmes liés à toute démarche d'acculturation et de reconnaissance réciproque : difficultés de communication,

²⁷ - Barbier, JM. Tendances d'évolution de la formation et place du partenariat in ZAY, D. Etablissements et partenariats. INRP, 1995.

²⁸ - Nous prenons appui sur l'analyse de l'expérience de partenariat entre l'université et l'IFCS (voir annexe 3).

satisfactions et insatisfactions des acteurs, incompréhensions et intelligibilités, peurs de l'échec ou complexité de la réussite, etc.

Parfois aussi il paraît impossible de faire coïncider deux dispositifs avec des contraintes réglementaires et juridiques spécifiques, des obligations temporelles et institutionnelles différentes et diversifiées, liées à la rencontre d'une formation professionnelle d'adultes et d'un enseignement universitaire scientifique.

Alors, il suffit que les changements interviennent au sein d'une ou de l'autre des organisations pour que le projet : sa conception, sa philosophie, ses orientations deviennent des enjeux stratégiques, se jouant dans de luttes de pouvoir ou de territoire. La démarche égalitaire, les relations cordiales et contractuelles sont alors remises en question, l'un ne voulant perdre, l'autre désirant gagner.

La définition et la mise en œuvre de ces coopérations peuvent rentrer en contradiction avec divers enjeux que l'on peut identifier rapidement :

- La coopération et la concurrence : la concurrence entre le titre et le niveau pour définir la qualification est de plus en plus vive. En 2007 un décret est venu définir la qualification requise pour certaines catégories de directeurs : « être titulaire d'une certification de niveau I enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles ». Peuvent s'opposer les masters spécialisés en intervention sociale et la formation spécifique de directeurs d'établissement ou de service social (CAFDES) .
- Les logiques de marché : Les formations sanitaires et sociales peuvent constituer pour les universités une manière de maintenir ou de développer leurs effectifs, dans une conjoncture peu favorable.
- Marché ouvert/marché fermé : ces deux modes de fonctionnement des formations et du marché du travail peuvent, dans certains cas, légitimer des situations de non réciprocité : un titulaire d'une licence sciences sanitaires et sociales n'aura pas les mêmes reconnaissances s'il va dans un institut de travail social qu'un titulaire d'un diplôme d'Etat qui viendrait à l'université.
- Formations et territoire régional : trois points sont à souligner :
 - dans quelle mesure les centres de formation en travail social et les universités sont en mesure de peser en commun dans la définition des orientations régionales, notamment dans le cadre des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales ? L'exemple breton montre que les alliances se sont arrêtées aux portes des universités. Pourtant des démarches sont aujourd'hui en cours pour les formations sanitaires (notamment l'articulation du nouveau diplôme d'état d'infirmier avec des licences).
 - Quelle stratégie face aux demandes régionales ? La crainte des centres de formation est d'avoir des diplômes « régionaux ». Les universités connaissent cela de longue date, par les diplômes d'université. Ceux-ci doivent garder leur dimension expérimentale en vue d'une inscription dans des diplômes nationaux (cas d'un diplôme conseillers missions locales à Reims).
 - Les préoccupations d'occupation du territoire sont très présentes dans les conseils régionaux. Les centres de formation sont parfois, comme les universités, très centralisés. Quelle stratégie territoriale commune est-il possible d'élaborer ?

III. COOPERATIONS ET PROFESSIONNALISATIONS

Après avoir examiné les modalités et les enjeux des coopérations, il nous faut maintenant voir ce qu'il en est des contenus et des modèles de formation. Quels sont les modèles véhiculés par les uns et par les autres ? Dans quelle mesure, et à quelles conditions, les collaborations sont susceptibles d'améliorer le processus de professionnalisation des intervenants sociaux (si l'on part du principe que c'est bien là l'essentiel) ?

A. La question de la professionnalisation

Cette question est à envisager pour deux formes de coopération : celle qui relie les centres de formation avec les lieux de stage et celle qui fait coopérer les centres de formation en travail social avec les universités.

1. Professionnalisation et compétence

La référence aux compétences est devenue aujourd'hui incontournable que ce soit en termes théoriques, managérial (qualification et compétence) ou en termes administratifs et pédagogiques (référentiels de compétences). Il nous semble que cette notion fait l'objet de confusions fortes, ce qui vient rendre encore plus complexe le travail de professionnalisation. Pour tenter de clarifier le débat identifions d'abord trois sens possibles de la professionnalisation²⁹.

Dénomination du processus	Définition du processus	Référentiel utilisé	Evaluation
1- Construction d'une qualification (diplôme) (Professionnalisation / formation)	Définition d'un cursus de formation par l'État, qui joue un rôle de garant de la qualification. Sa possession est souvent requise pour accéder à un marché du travail fermé.	Référentiel de compétences des assistants de service social (générique)	Evaluation des compétences à partir du référentiel
		Projet individuel de stage basé sur le référentiel de compétences	Evaluation de la progression du stagiaire à partir de son parcours et de son projet
2- Constitution d'une profession Professionnalisation / profession	Constitution d'un corps, d'un groupe professionnel qui s'autonomise et s'identifie à travers une même dénomination, même si celle-ci ne dit pas pour autant ce que les	Référentiel professionnel des assistants de service social Définition de la profession et du contexte de	Evaluation des attitudes et des postures de la profession

²⁹ - Nous laisserons de côté la quatrième sens qui fait plus référence au processus de salarisation : Activité ou occupation qui fait l'objet d'une reconnaissance par la transformation ou l'autonomisation d'une activité, qui se distingue du bénévolat, du militantisme, du travail domestique, du travail au noir... pour devenir un emploi reconnu, qui s'inscrit dans des cadres collectifs (fonctions publiques ou conventions collectives).

	gens font. Cela peut passer par une réglementation précise des actes professionnels et par la constitution d'un ordre.	l'intervention	
3- Construction d'un métier (Professionnalisation /travail)	Constitution d'un ensemble d'activités en un tout autonome qui va devenir un métier. Il y a là un travail de déconstruction/reconstruction, voire de division du travail, à partir de fonctions déjà existantes. Des compétences spécifiques vont être nécessaires.	Référentiel de compétences du chargé d'insertion (spécifique)	Evaluation des compétences à partir des compétences mobilisées dans le métier pratiqué en stage

La référence à la compétence se retrouve plus spécifiquement dans les modèles 1 et 3. Dans le premier cas il s'agit d'un usage générique de la compétence . En effet on considère que l'on peut définir des compétences communes pour toutes les personnes relevant de la même profession et indépendamment du contexte institutionnel et organisationnel dans lesquelles elles se trouvent. Dans le second cas il s'agit d'un usage spécifique qui va être référé au métier tel qu'il s'exerce au sein d'une organisation et dans un contexte institutionnel donné. Le premier sens va être privilégié par les centres de formation. Le second peut l'être par les professionnels. Ces derniers peuvent aussi considérer que pour professionnaliser un stagiaire il est aussi nécessaire de l'initier à la profession à laquelle il se destine par le biais d'attitudes, de croyances ...éléments qui ne sont que peu ou pas visibles dans les référentiels génériques.

Va alors se poser le problème de la relation entre la compétence utilisée par les centres de formation et la compétence mobilisée par le professionnel. C'est par exemple l'interrogation portée par deux professeures suisses qui se demandent comment des liens perdurent entre la formation théorique dispensée dans les écoles et les pratiques professionnelles ultérieures. Elles montrent aussi comment " *à ce jour il n'existe pas de culture commune de la compétence*" (Della Croce, Richard, 2009, p 10) ou qu' "*aucun des enseignants ou des praticiens formateurs n'utilise le référentiel de compétence pour la formation comme cadre d'évaluation*" (ibidem, p 13) se basant sur le fait que "*les compétences du référentiel pour la formation sont des compétences requises qui ne recouvrent pas les réalités et les situations dans lesquelles les professionnels sont pris*".

Cela signifie, d'une autre manière, que pour pouvoir réaliser ces coopérations une convergence et un accord doivent être trouvés sur le mode de professionnalisation. Cela vaut également pour les relations entre centres de formation et universités .

2. Professionnalisations et universités

Si nous sommes dans le cadre de coopérations contraintes les relations avec les universités peuvent être complexes, formelles, voire dans une relation dominant/dominé. Ce n'est pas la seule possibilité. Des coopérations sont possibles à la condition d'entrer dans une régulation partenariale, incorporant une éthique du partenariat. Dans ce cadre il est nécessaire d'explicitier les modèles de professionnalisation mobilisés par les uns et par les autres et de voir comment aux confins il est possible de construire des modalités pédagogiques pertinentes.

A première vue la situation est simple. Les centres de formation en travail social sont dans le champ de la formation professionnelle et ils professionnalisent. De la même manière l'université cherche aujourd'hui à proposer des formations professionnalisantes en ayant développé des licences professionnelles et des masters professionnels...La convergence est donc évidente.

Cependant, à l'université, l'usage de cette notion peut être très polysémique et différent de celui qui en est fait dans les professions sanitaires et sociales. Formellement, les références sont multiples : formations à vocation professionnelle (Gadéa, 2008), formations universitaires professionnalisantes, voie à finalité professionnelle³⁰, professionnalisation de la formation (Wittorski, 2008) ; professionnalisation des formations universitaires (Agulhon, 2007), professionnalisation des enseignants (Gadéa, 2008)... Ces quelques expressions illustrent bien que « *la professionnalisation est un terme flou et polysémique fort prisé des décideurs ministériels* » (Agulhon, 2007).

On peut tenter néanmoins de distinguer les modes de professionnalisation utilisés par les uns et par les autres. Dans le champ du travail social on est classiquement dans la construction d'une qualification. Néanmoins les derniers textes officiels, notamment dans les réformes des diplômes, en lien avec la mise en place des procédures de validation d'acquis mettent en avant la construction de compétences. Mais cette référence est ambiguë car on pose d'entrée de jeu qu'à une profession, celle d'assistant de service social par exemple, on peut associer un référentiel métier et un référentiel de compétences. Or la profession est aujourd'hui associée à une multiplicité de métiers qui vont mobiliser chacun des compétences particulières. Certes on peut poser que certaines sont communes mais pas toutes. Nous sommes donc là dans une professionnalisation d'un nouveau type. Dans le champ universitaire la référence à la profession n'est pas présente ; elle vise alors à construire une formation en référence à un ensemble homogène de métier : par exemple : les métiers de l'insertion professionnelle ou les métiers de l'urgence sociale ou les métiers de l'éducation pour la santé. Dans ce sens les professionnalisations se distinguent.

Au-delà des modèles il faudrait aussi réfléchir aux conditions requises pour que les professionnalisations puissent se faire ; en soi la présence de formations professionnelles n'est pas un gage de professionnalisation. Des conditions sont nécessaires pour que cela soit effectif (Fourdrignier, 2009) :

- Le premier critère est la définition d'un référentiel de compétences. L'inscription des formations au répertoire national des certifications professionnelles est aujourd'hui un passage obligé et un signe objectif de la

³⁰ - Article 2 de l'arrêté du 25 avril 2002 relatif au diplôme national de master.

professionnalisation. Encore faut-il que les responsables des diplômes aient une connaissance fine des métiers visés et donc la capacité à expliciter les compétences à acquérir.

- Le second critère est le profil du responsable de diplôme et des intervenants. Dans une perspective de professionnalisation, il semble logique que le responsable et les intervenants, notamment professionnels, aient une connaissance fine voire une pratique du champ couvert par le diplôme. Cependant une autre logique, statutaire, peut également être privilégiée. Dans un contexte difficile de recrutement dans les masters recherche, il apparaît opportun aux professeurs d'université de se réorienter vers des masters professionnels. La légitimité au regard du domaine et du champ professionnel disparaît alors complètement et elle est remplacée par une seule légitimité statutaire. Par suite cela va également modifier les réseaux de professionnels mobilisés.
- Le troisième critère est relatif à la place de la pratique professionnelle dans la formation, du type d'alternance et du travail pédagogique mené sur cette expérience. Est-on, ou non, dans une pratique réflexive sur celle-ci ? Si c'est le cas cela suppose de la part des intervenants d'avoir une connaissance suffisante du champ pour amorcer une telle pratique.
- Le quatrième critère repose sur la place des disciplines et des savoirs : *« l'acquisition des compétences serait plus cruciale que celles des savoirs. (...) les enseignants sont donc encouragés à construire leurs enseignements en fonction des compétences que doivent acquérir leurs étudiants. (...) cela devrait entraîner une transformation des formes d'évaluation et ainsi modifier les pratiques pédagogiques universitaires »* (Musselin, 2008). Considère-t-on que les disciplines doivent être traitées en soi ou alors qu'elles doivent être référées à des finalités professionnelles ?
- Cela se retrouve dans le cinquième critère, les modalités d'évaluation. Selon le choix qui va être fait au regard du critère précédent, les contenus d'évaluation des compétences vont être fortement orientés. Pourront être privilégiées des modalités d'évaluation prenant appui sur des mises en situation au regard du terrain professionnel. Ou alors des examens écrits en temps limité basés sur des contrôles de connaissances.

Ces exemples précis visent à montrer qu'un même diplôme, qu'une maquette assez proche, peuvent donner lieu à des pratiques très divergentes de la professionnalisation. C'est en partie l'expérience qui a été vécue à Reims. La proximité qui pouvait exister entre les deux équipes, fruit également d'expériences de travail en commun et de l'originalité d'un institut qui, depuis 1984, œuvrait dans le domaine de la formation continue des intervenants sociaux, a laissé place à une situation plus complexe où la professionnalisation est de moins en moins entendue de la même manière. Au final nous avons aujourd'hui deux approches pédagogiques. L'une axée sur le courant académique, la transmission des savoirs et une posture maître-élève. L'autre basée sur l'analyse des pratiques et la démarche réflexive du praticien comme de l'étudiant. La complémentarité des deux peut être un enrichissement tant pour les enseignants et formateurs que pour les étudiants, à la condition d'être dans le partage et la reconnaissance réciproque.

B. Les enjeux de la recherche

Pour terminer on peut identifier un autre enjeu, celui de la recherche. Il n'est pas le moindre sachant qu'il est pris entre les logiques actuelles de restructuration de la recherche universitaire, qui ne plaident pas pour une visibilité de la recherche

sur le social, les volontés de création de hautes écoles qui intégreraient une dimension recherche et les revendications de constitutions de disciplines autonomes, les sciences infirmières et le travail social.

En 2008, la Cour des Comptes, dans son rapport annuel, "constatait l'insuffisance des données qualitatives et quantitatives sur les emplois dans le secteur du travail social qui sont nécessaires pour piloter le schéma national et en évaluer les résultats". Ceci confirme un déficit de connaissances dans le champ social.

Ceci est sans doute à mettre en relation avec la faiblesse de la recherche dans ce même champ. Cette question est sensible et ancienne.

Quelle est la légitimité de la recherche dans les centres de formation en travail social ? Depuis plus de 20 ans elle a été affirmée et réaffirmée quelques fois : ce fut d'abord dans le décret de création des IRTS en 1986, ce fut ensuite dans la loi de lutte contre les exclusions, ce fut enfin dans la circulaire sur les pôles ressources en 2008 (encadré 1).

Encadré 1 : La recherche en travail social et en soins infirmiers dans les textes réglementaires

- a. *Article 151 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. JORF n°175 du 31 juillet 1998*

« Les formations sociales définies par le schéma national susmentionné assurent à la fois une approche globale et transversale et une connaissance concrète des situations d'exclusion et de leurs causes. Elles préparent les travailleurs sociaux à la pratique du partenariat avec les personnes et les familles visées par l'action sociale. Ce schéma s'attache également à coordonner les différentes filières de formation des travailleurs sociaux, notamment avec l'enseignement supérieur, et favorise le développement de la recherche en travail social.

- b. *Circulaire n° DGAS/PSTS/4A/2008/86 du 6 mars 2008 relative aux actions de qualification en travail social financées au titre des priorités définies par les orientations ministérielles pour les formations sociales 2007-2009 et notamment au lancement d'un appel à projets pour la création, le soutien et le développement de pôle ressources "recherche-travail social-intervention sociale-action-formations".*

Pour favoriser la mutualisation des ressources pédagogiques (humaines, matérielles et de réseaux), permettre une meilleure articulation formation/recherche, accroître les activités de recherche des établissements de formation, le développement- de plates formes régionales et de pôles ressources sera encouragé et soutenu".

- c. *Circulaire n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010.*

Le ministère de la santé souhaite accompagner le développement de la recherche en soins infirmiers. La présente circulaire a pour objet de lancer un programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) pluriannuel, au titre de l'année 2010, destiné à promouvoir la recherche en soins infirmiers dans les établissements de santé".

Dans le champ sanitaire et plus spécifiquement infirmier on note également une volonté actuelle de développer la recherche en soins infirmiers, même si des structurations existent depuis le milieu des années 1980³¹.

On remarquera que dans les deux champs les stratégies ne sont pas les mêmes :

- l'adossement se fait dans le social sur les centres de formation ; il se fait sur les établissements hospitaliers pour les soins infirmiers, sachant que les centres de formation en sont souvent partie intégrante.
- le soutien se fait à des moyens (des plate formes) dans le champ social. Il se fait à des contenus et à partir d'un appel d'offres dans les soins infirmiers.

De manière commune on peut relever que l'on reste sur des actions conjoncturelles qui ne sont pas pérennes comme peuvent l'être dans d'autres pays le Fonds National de la Recherche.

Qu'en est il de la mise en œuvre de la recherche dans le champ social ? Tout d'abord on peut dire que cela n'a pas toujours été une priorité de l'Etat, en finançant des postes dédiés, ou des centres de formation. Depuis 2008 on peut penser qu'un élan sérieux a été donné . Pour autant on peut se demander si une énergie importante n'est pas dépensée sur des questions de légitimité. Est ce que la recherche menée par les centres de formation en travail social serait plus légitime que celle des universités parce qu'elle serait une recherche en travail social et non pas sur le travail social ? Est-ce que compte-tenu de la dispersion et du faible nombre des personnes travaillant sur ces questions la priorité n'est pas aujourd'hui de déboucher de véritables coopérations entre les uns et les autres.

Pour conclure il est bien clair que les formations des professionnels de la santé et du travail social sont inscrits, comme tous les autres secteurs dans des enjeux sociétaux généraux. La nouvelle gestion publique, le new public management, la réforme de l'Etat... sont bien au cœur de tous les changements .

Dans cette perspective on peut dire que les regroupements, les concentrations, les mutualisations, les démarches qualité et d'évaluation sont le lot quotidien des organismes dans lesquels nous travaillons. les risques sont alors nombreux :

- repositionnements des salariés dans une logique d'organisation et non de profession
- accroissement des procédures formelles, des protocoles au détriment des modalités d'accompagnement des usagers
- généralisation des processus d'exclusion des dispositifs ou développement du phénomène du non recours au droit
- accroissement des formes de concurrence entre les organisations et régression des multiples formes de coopération effective.

Pour limiter ces risques il nous appartient collectivement, mais en lien avec les populations elles-mêmes, de renforcer les régulations alternatives, le tout étant non pas de construire de nouvelles frontières aux confins de nos territoires mais d'établir des ponts et des passerelles pour améliorer les circulations et les devenir des usagers.

³¹ - On pense notamment à l'ARSI , association pour la recherche en soins infirmiers, qui publie la revue "Recherche en Soins Infirmiers".

Bibliographie

- Agulhon, C. (2007), La professionnalisation à l'université, une réponse à la demande sociale ? *Recherches et Formations*, INRP, n°54, pp.11-27.
- Bourdoncle, R.(1994). *L'université et les professions. Un itinéraire de recherche sociologique*, INRP, L'Harmattan
- Charasse, D. Cheval, B. Dugué, E. (2008). La création d'une filière de qualification aux métiers de l'intervention sociale. Les enjeux institutionnels dans la construction des diplômes du social. *Travail Emploi Formation*, 8. 70-81.
- Chopart, JN. (Dir) (2000). *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*. Dunod.
- Conseil Supérieur du Travail Social (2007). *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Editions ENSP, collection des rapports du CSTS.
- Della Croce, C. Richard, N. (2009). Les référentiels sous la loupe des formateurs et des professionnels. 3° Congrès AIFRIS, Hammamet, avril , 16 p.
- Fourdrignier, M. (2010a). L'universitarisation de la formation cadre de santé, un long fleuve tranquille ? *Info CEFIEC*, mai, (en collaboration avec J.Jacques, C.Hannequin et E.Thibault).
- Fourdrignier, M. (2010b). *L'accueil des stagiaires en secteur social*, Paris, Editions Actualités Sociales Hebdomadaires
- Fourdrignier, M. (2010c). De nouvelles formes de travail ensemble ? *Travail, Emploi, Formation* (TEF). Revue de l'Université Libre de Bruxelles.
- Fourdrignier, M. (2009). Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible ? *Formation emploi*, 108, octobre-décembre, 67-81.
- Fourdrignier, M. (2008). Universités et formations au social : une nouvelle donne en France ? *Pensée Plurielle*. Editions de boeck. n° 17, 2008-1. 101-112
- Fourdrignier, M. (2000) La professionnalisation, un mode d'accès aux métiers de l'intervention sociale, *Les politiques sociales*, n° 1 & 2, p 35-48.
- Gadea, C. (2008). Professionnaliser les enseignants de sociologie. *Sociologies pratiques*, n° 16.
- Gayraud, L. Agulhon, C. et alii. (2009), Professionnalisation dans l'enseignement supérieur : quelles logiques territoriales ? *Net.Doc.59*, décembre , 134 p.
- Maillard D., Veneau P. 2003, La licence professionnelle: une nouvelle acception de la professionnalisation au sein de l'université ? in *Les mutations actuelles de l'université*, G. Férouzis (dir), PUF.
- Maillard D., Veneau P. (Dir).(2004). Les licences professionnelles ? Quelle acception de la « professionnalisation » à l'université ? *Relief*. 5, rapports du CEREQ, juin.
- Musselin, C. (2001). *La longue marche des universités françaises*. PUF, Sciences sociales et sociétés, 218 p.
- Musselin, C. (2008). *Les universitaires*. La Découverte, repères, Paris, 119 p.
- Pierre-Jeanguiot, N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières, *Recherches en Soins Infirmiers*, n° 87, décembre.
- Rater-Garcette, C. (1996). *La professionnalisation du travail social*, L'Harmattan.
- Tschopp, F. (2009). Des dispositifs de formation post grade pour favoriser le décloisonnement des professions. 3° Congrès AIFRIS, Hammamet, avril , 15 p.
- Vasconcellos, M. (2006). *L'enseignement supérieur en France*. Paris, La Découverte, Repères.
- Wittorski, R. (2008). Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés. *Formation Emploi*, n° 101.

ANNEXE 1 : Les sigles utilisés

<i>Sigle</i>	<i>Développé</i>	<i>Références</i>
A.E.R.E.S.	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur	
A.R.S.I.	Association pour le Recherche en Soins Infirmiers	
C.A.F.D.E.S.	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social ou de service d'intervention sociale	
CAFERUIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale	
C.A.S.F.	Code de l'Action Sociale et des Familles	Code créé en 2000 qui reprend la plupart des textes officiels relatifs à l'action sociale
C.E.F.I.E.C.	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres	
C.N.A.M.	Conservatoire National des Arts et Métiers	
C.S.T.S.	Conseil Supérieur du Travail Social	
D.A.S. D.G.A.S. D.G.C.S.	Direction de l'Action Sociale Direction Générale de l'Action Sociale Direction Générale de la Cohésion Sociale	Ce sont les trois dénominations successives de la Direction en charge des formations sociales
D.E.I.S.	Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale	Création en 2006 de ce diplôme qui vient remplacer le DSTS. Se réalise en concomitance avec un master.
D.S.T.S.	Diplôme Supérieur en Travail Social	Création en 1978 du diplôme qui vient compléter et chapeauter tous les diplômes du travail social. Se réalise en concomitance avec une maîtrise
E.T.S.U.P.	Ecole Supérieure de Travail Social	
I.F.C.S.	Institut de Formation des Cadres de Santé	
I.F.S.I.	Institut de Formation en Soins Infirmiers	
I.R.T.S.	Institut Régional du Travail Social	Arrêté de 1986
L.M.D.	Licence Master Doctorat	

ANNEXE 2 : Un exemple de coopération contrainte : l'universitarisation du diplôme d'Etat infirmier

Source : Circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat Conseils régionaux/Universités/IFSI

Cette formation s'inscrira désormais dans l'architecture européenne des études supérieures et permettra aux étudiants en soins infirmiers qui se seront inscrits en première année à compter de la rentrée 2009 de se voir délivrer, conjointement au diplôme d'Etat, le grade de licence à partir de 2012. Un prochain décret précisera les conditions de délivrance de ce grade.

La dimension universitaire qui caractérisera désormais le cursus de formation des infirmiers se traduira notamment par :

- un renforcement très significatif des savoirs scientifiques, qui favorisera une meilleure adaptation aux évolutions rapides que connaît le métier, facilitera les progressions de carrière et permettra à ceux qui le souhaitent de s'engager dans une poursuite d'études avec de bonnes chances de réussite ;
- la présence d'enseignants chercheurs des universités dans les instances pédagogiques et leur participation aux enseignements scientifiques ainsi qu'aux jurys d'examens ;
- l'évaluation, à échéance régulière, des formations par une autorité administrative indépendante, en l'espèce l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) ;
- la reconnaissance d'un niveau bac + 3 au travers du grade de licence, ouvrant la voie à la poursuite d'études, notamment en master dans un domaine compatible avec le parcours antérieur de l'étudiant ;
- la délivrance de 180 crédits européens (ECTS).

Ce nouveau dispositif appelle la mise en oeuvre d'une forte coopération entre les conseils régionaux, qui assurent le financement de la formation des étudiants infirmiers, les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les universités. A ce titre, des conventions devront être conclues *au niveau de chaque académie*, pour une durée minimale de cinq ans renouvelable, avant le 30 juin 2010, délai de rigueur, entre :

- la collectivité régionale ;
- des groupements d'IFSI, organisés suivant les modalités définies par ailleurs par circulaire;
- des universités de l'académie, coordonnées par une université disposant d'une composante de formation en santé.

Nous souhaitons appeler votre attention sur l'importance qui s'attache à la passation de ces conventions dans les délais impartis, dans la mesure où elles garantiront la mise en oeuvre effective de la réforme engagée, d'une part, constitueront une *condition absolument impérative* pour l'agrément des IFSI par les régions ainsi que pour la délivrance du grade de licence, d'autre part. Vous trouverez en annexe un cadre général de convention qui a été élaboré par le groupe de travail réuni à cet effet. S'il appartient bien entendu aux partenaires de l'adapter au contexte local, chacune des clauses prévues devra être prise en compte. Un soin tout particulier sera porté à celles concernant:

- la participation d'universitaires à la formation et aux jurys d'examens,
- la constitution d'un dossier d'évaluation de chaque formation soumis à échéance régulière, par l'intermédiaire de l'université coordonnatrice, à l'expertise de l'AERES, qui est au coeur du nouveau dispositif,
- les services des universités susceptibles d'être ouverts aux étudiants des IFSI.

Là où des contacts n'ont pas encore été noués entre les partenaires, il importe que des rapprochements interviennent très rapidement, tant pour l'élaboration de ces conventions que pour la préparation, sur le plan pédagogique, de l'année universitaire 2009-2010 qui, beaucoup plus que par le passé, mobilisera la participation d'enseignants chercheurs.

ANNEXE 3 : Un exemple de partenariat

Depuis septembre 2006 l'IFCS du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Reims et l'Université de Reims Champagne-Ardenne réalisent en commun un parcours Encadrement des Unités de Soins et de Formation au sein d'un master2 interventions sanitaires et sociales. Sur quelle base s'est il construit et selon quelles modalités ?

Une convention

L'Université de Reims étant habilitée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur pour mettre en œuvre une spécialité master³² «Interventions sanitaires et sociales» et le CHU de Reims étant habilité, via l'IFCS, par le Ministère de la santé pour organiser la formation de cadre de santé une convention de partenariat a été signée. Elle définit les conditions de réalisation d'une formation concomitante entre la deuxième année de master et la formation cadre de santé. Pour ce faire le parcours spécifique «Encadrement des Unités de Soins» a été créé et il est réservé aux seuls étudiants qui font la formation concomitante.

Une première convention a été signée en septembre 2006, prenant appui sur l'IRUSSA³³, institut interne de la Faculté des Sciences économiques, Sociales et de Gestion (2006) ; une

seconde a été signée cette fois directement avec la faculté³⁴, entre temps les responsables de la formation ont changé.

Une organisation et un déroulement de la formation

L'organisation de la formation repose sur le principe d'une concomitance partielle, et sur une harmonisation des modalités de validation. La concomitance se fait avec les autres parcours du master2 : développement social et administration des établissements sanitaires et sociaux. Le travail pédagogique mené au départ par les deux responsables a permis de donner un contenu à la concomitance partielle. Les deux maquettes ont été rapprochées et se structurent à partir de quatre axes :

- Un axe management (management, projet d'établissement)
- Un axe organisations (politiques publiques, approches des organisations et des interventions ...)
- Un axe «offres de prestations» (GRH, démarche qualité et pratiques d'évaluation)
- Un axe recherche.

La formation se déroule pour une part (deux jours sur cinq) en tronc commun aux trois parcours ; pour une autre part en contenus spécifiques aux différents parcours. Les modalités de validation des modules, pour le diplôme de cadre de santé, et des unités d'enseignement, pour le master, ont été rapprochées, pour éviter une multiplication des épreuves. La formation est organisée, en alternance à raison d'une semaine sur trois sur une durée totale de onze à douze semaines (314 heures). Les autres semaines les étudiants de l'IFCS en continu sont en cours pour la partie spécifique à la formation cadre de santé ou sont en stage.

L'entrée en master2 obéit aux règles du droit commun : la possession d'un titre de bac +4 ou le passage par la commission de validation des acquis professionnels, situation de loin la plus courante pour les étudiants cadre de santé. Dans ce cas l'ancienneté dans la profession, l'exercice de la fonction de cadre – au titre de faisant fonction- et le volume d'heures de formation continue sont trois des critères pris en compte.

³² - L'habilitation repose sur un contrat quadriennal négocié entre le Ministère et l'Université. En 2006 le master était master de sciences sociales. Depuis 2008 il est master administration économique et sociale

³³ Institut Régional Universitaire de Sciences Sociales Appliquées, institut spécialisé dans la formation continue dans le champ sanitaire et social, ayant créé en 2003 une licence de Sciences Sanitaires et Sociales

³⁴ - Entre temps l'IRUSSA a connu des problèmes de développement et a été l'objet de convoitises au sein de la faculté, ce qui a amené à sa quasi-disparition.