



Inspection générale  
des affaires sociales

RM2013-129P

Inspection générale de  
l'administration, de  
l'éducation nationale et  
de la recherche  
2013-081

# Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD

## **TOME 1 : RAPPORT**

Établi par

Vincent MARSALA

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Patrick ALLAL

Isabelle ROUSSEL

Membres de l'Inspection générale de l'administration,  
de l'éducation nationale et de la recherche

- Juillet 2013 -



## SYNTHESE

- [1] La décision d'inscrire les formations paramédicales dans le schéma Licence-Master-Doctorat (dit LMD) a été prise dès décembre 2006 par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et c'est à compter de novembre 2008 que la concertation et les travaux de réingénierie proprement dits ont débuté, associant, dans des groupes de travail constitués pour chaque profession, outre les deux départements ministériels, l'ensemble des acteurs concernés, responsables des formations, professionnels, étudiants, universités.
- [2] Cinq ans après leur lancement, les travaux de réingénierie ne sont achevés que pour quelques formations (infirmier, ergothérapeute, pédicure podologue, manipulateur d'électroradiologie, infirmier anesthésiste) et, à ce jour, seuls les diplômes d'infirmier et d'ergothérapeute ont fait l'objet d'un décret leur délivrant le grade de licence.
- [3] C'est dans ce contexte et alors même qu'aucun groupe de travail ne s'est, de fait, réuni depuis plus d'un an, que les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont souhaité qu'une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche dresse le bilan de l'état d'avancement des travaux de réingénierie et en tire des enseignements pour la poursuite et l'achèvement du processus. La mission, en partant du bilan de la réingénierie de la formation des infirmiers, s'est attachée à dégager quelles pouvaient être les pistes d'évolution possibles du dispositif.

### **1. LE BILAN DE LA REINGENIERIE DE LA FORMATION INFIRMIERE EST GLOBALEMENT POSITIF MAIS BEAUCOUP DE QUESTIONS DEMEURENT EN SUSPENS**

- [4] D'un point de vue juridique, la réingénierie de la formation des infirmiers de soins généraux est désormais achevée, les premières promotions bénéficiant du diplôme d'Etat (DE) et du grade de licence ayant achevé leur scolarité en 2012. En revanche, l'organisation concrète du dispositif est encore en construction.

#### **1.1 Une formation profondément remaniée**

- [5] La réingénierie de la formation des infirmiers a porté tant sur le contenu des enseignements théoriques que sur l'organisation des stages.
- [6] Cette nouvelle répartition s'est accompagnée d'un transfert de la responsabilité d'une partie importante de la formation théorique à l'université, avec une élévation du niveau des connaissances que toutes les personnes rencontrées par la mission ont soulignée. Les universités, en partenariat avec les IFSI, ont fait le choix de prendre en charge la coordination et le contenu des enseignements fondamentaux, d'organiser les cours correspondants, soit en présentiel au sein de l'université, soit le plus souvent en ayant recours aux ressources informatiques, d'agrèer les intervenants au sein des IFSI, enfin de mettre en place des procédures d'évaluation conçues et corrigées par elles le plus souvent, ce qui a permis une harmonisation des contenus et du niveau des enseignements entre les IFSI.

- [7] Les stages ont été réorganisés en parallèle ; la partie professionnalisante restant largement dominante dans la formation infirmière, mais avec une nouvelle approche des stages cliniques. Le nombre de semaines de stages a été réduit de 68 à 60 semaines de même que le nombre de périodes de stages est passé de 9 à 6, alors que, en parallèle, la durée moyenne des stages a été allongée de 8 à 10 semaines. La définition des terrains de stages a été par ailleurs profondément modifiée. Enfin, l'introduction d'un portfolio que chaque étudiant conserve durant toute sa scolarité et qui permet autant aux tuteurs d'évaluer les stages qu'aux étudiants de mesurer leur progression, a modifié totalement le dispositif d'évaluation des stages. Cette nouvelle organisation des stages fait l'objet de critiques répétées de la part des étudiants. La première critique porte sur l'allongement de la durée des stages et la réduction parallèle - et donc la moindre diversification - des lieux de stage. La seconde est liée à l'utilisation du portfolio et à la formation des tuteurs à ce nouveau mode de validation. Si les étudiants ont, à l'évidence, adopté ce nouvel outil, il n'en est pas de même des tuteurs de stages. Une évolution de l'organisation des stages doit être envisagée.
- [8] Même si, avec une seule promotion sortie, il est encore difficile de porter une appréciation définitive sur les bénéfices effectifs de cette réforme, la mission considère que le bilan pédagogique est globalement positif. Elle tient notamment à souligner l'engagement des différents acteurs qui ont su répondre par des solutions adaptées aux difficultés rencontrées. Au-delà de ce bilan provisoire, la mission recommande cependant qu'une évaluation plus complète du résultat de la réforme en termes de qualité des professionnels formés soit confiée à une autorité scientifique indépendante accompagnée d'experts professionnels, lorsqu'au moins trois promotions auront obtenu le nouveau diplôme.

## 1.2 Une gouvernance éclatée

- [9] Lorsqu'il a été décidé d'intégrer les formations infirmières dans le dispositif LMD, le choix a été fait de conserver l'organisation existante et d'y ajouter un partenariat fort avec l'université. Ce choix a induit une complexité dans la gouvernance du dispositif de formation, avec une multiplicité d'acteurs qui interviennent à des degrés divers. Au premier rang de ces acteurs, on trouve la région, compétente depuis 2004 en matière de formation professionnelle, l'université qui se voit confier la responsabilité d'une partie de la formation théorique, les instituts de formation et les hôpitaux auxquels restent rattachés les IFSI, qui offrent les lieux de stage et sont les futurs employeurs.
- [10] Deux outils avaient été conçus pour organiser ce partenariat : d'une part le conventionnement avec l'université, pierre angulaire du dispositif, d'autre part la création de groupement de coopération sanitaire (GCS) qui avaient vocation à réunir les IFSI et à faciliter les signatures des conventions tripartites.
- [11] Ce sont, dès le départ, les **questions financières** qui ont cristallisé les principales tensions entre les acteurs. De par leurs attributions issues des lois de décentralisation, les régions ont dû en effet prendre en charge *l'universitarisation* de la formation des infirmiers. Or, elles ont considéré, au moment des négociations financières liées aux signatures des conventions, qu'elles se trouvaient confrontées à des demandes de financement, pour lesquelles elles estimaient ne pas avoir eu une compensation suffisante de l'État. Un ajustement des crédits de compensation des charges par l'État a été versé aux régions début de 2013.
- [12] De leur côté, pour assurer leurs nouvelles charges, les universités ont dû faire face à des frais de fonctionnement (secrétariat, frais de déplacements et autres frais liés à la confection de matériel pédagogique, DVD notamment, réalisation de plateformes intranet dédiées, acquisition de matériels informatiques) mais aussi mobiliser des moyens en personnels enseignants, principalement hospitalo-universitaires. Or, toutes les universités rencontrées par la mission ont insisté sur le fait que les frais ainsi supportés n'ont pas été compensés de manière équivalente par les régions.

- [13] A côté des questions financières, d'autres difficultés sont apparues dans la gouvernance du dispositif :
- le rattachement juridique des IFSI aux hôpitaux est un facteur de complication, notamment pour l'organisation des circuits financiers entre la région, les IFSI et l'université ;
  - les compétences de l'État se trouvent de facto éclatées localement entre les ARS en charge du contrôle pédagogique des instituts et les DRJSCS responsables de la certification des diplômes d'État, sans oublier les recteurs chanceliers qui signent au nom de l'État le grade universitaire ;
  - le maillage territorial des IFSI impose des contraintes en matière d'organisation de l'offre de formation universitaire, mais dont tous les acteurs s'accordent à dire qu'il faut le conserver car il a montré son utilité et son efficacité en terme notamment de promotion professionnelle et d'aménagement du territoire.
- [14] Compte tenu de la complexité des relations entre les différents acteurs, les pistes de simplification possibles sont à trouver, pour la mission :
- d'une part, du côté de la simplification des circuits financiers, qui pourrait passer notamment par un rattachement juridique des IFSI à un GCS de moyen, dont l'objet serait de gérer les crédits dévolus à la formation des professions paramédicales (qui ne transitent donc plus par l'hôpital) et qui aurait un rôle d'interface avec les universités et les régions ;
  - d'autre part, en rassemblant, au sein des DRJSCS, l'ensemble des compétences exercées au nom de l'État en matière de contrôle des formations paramédicales.

## **2. LE PROCESSUS ENGAGÉ DOIT ÊTRE RAPIDEMENT REPRIS DANS UNE APPROCHE PLUS TRANSVERSALE**

- [15] Le protocole d'accord du 2 février 2010 signé par la ministre de la santé annonçait l'attribution du grade de licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux à l'horizon 2015. Cet objectif a été réaffirmé à plusieurs reprises par le gouvernement actuel. Mais cette unanimité ne peut masquer des différences profondes entre ces professions. On évoque un processus d'*universitarisation* des formations paramédicales, comme s'il s'agissait d'un groupe homogène alors même que les dispositifs de formation des différentes professions ont été historiquement construits de manière totalement hétérogène, sans qu'aucune harmonisation n'ait été vraiment tentée jusqu'ici. Les disparités sont de tous ordres : dans l'organisation des formations, dans le type de diplômes délivrés (diplômes d'État ou diplômes universitaires), dans la nature et le statut juridique des instituts de formations, dans le mode d'exercice des professions.
- [16] A cela, il faut ajouter un blocage du processus engagé, avec, depuis 2011, un arrêt des travaux de réingénierie au niveau central, et, au niveau local, des universités qui sont de plus en plus réticentes à signer des conventions et à prendre en charge la formation de nouvelles professions. Enfin, des arbitrages récents en faveur de certaines professions (orthophonistes et kinésithérapeutes) ont fait naître de nouveaux espoirs et attentes chez les autres professions.
- [17] Devant cette situation de blocage, l'urgence est que les deux ministères de tutelle relancent ensemble et sans plus attendre les travaux de réingénierie, avec une approche qui ne soit plus profession par profession mais transversale. Cette approche transversale, d'ailleurs souhaitée par la plupart des organisations étudiantes et professionnelles, est indispensable pour développer une culture commune et faciliter les pratiques interdisciplinaires. De plus, elle devrait permettre d'organiser des enseignements communs à plusieurs professions, piste d'amélioration de la qualité de la formation, tout en réduisant les coûts.

- [18] Il faut en parallèle que les conventionnements avec les universités reprennent pour que puisse être délivré le grade de licence en même temps que le diplôme d'exercice, pour les métiers dont la formation a déjà été « réingénierie ».

### **3. UN OBJECTIF A ATTEINDRE : L'EGALITE DANS L'ACCES AUX FORMATIONS ET DANS LE DEROULEMENT DES ETUDES**

- [19] L'harmonisation des conditions d'accès aux formations paramédicales constitue un des principaux enjeux de l'*universitarisation*. L'accès à ces formations est, dans la majorité des cas, commandé par un concours, qui, au fil des années, a resserré de plus en plus le vivier de recrutement aux bacheliers de la série S, après, pour nombre d'entre eux, une coûteuse année préparatoire, et écarté ainsi des étudiants aux origines plus diversifiées. Il paraît temps d'inventer de nouvelles modalités de recrutement, qui permettent que se recréent une vraie diversité des profils, nécessaire pour préserver la richesse d'exercice future. La possibilité d'expérimenter, dans les universités, une première année commune aux professions paramédicales (à l'exception des infirmiers en raison de leur nombre et du maillage territorial des IFSI), telle qu'elle est ouverte par la loi sur l'enseignement supérieur récemment votée, constitue une première possibilité d'évolution positive du dispositif actuel, dès lors que cette première année est effectivement intégrée dans le cursus, sans rallongement de la durée globale des études. Une autre piste, qui a le mérite de pouvoir être facilement mise en œuvre, serait la suppression totale des concours d'entrée et la généralisation, pour tous les instituts quel que soit leur statut, d'une sélection sur dossier (et si possible entretien) via le portail Admission Post Bac, avec le maintien des passerelles et des réorientations en cours d'études.

- [20] Les étudiants réclament par ailleurs avec raison que leur statut soit aligné sur celui des étudiants universitaires et en particulier que le montant des bourses soit identique à celui des bourses sur critères sociaux versées dans les universités ; ce point constitue, aux yeux de la mission, une priorité. Beaucoup a déjà été fait, notamment par certaines régions mais il faut désormais inscrire le principe de l'alignement des statuts dans les textes. La question de la maîtrise des droits d'inscription, qui est un des facteurs forts d'inégalité d'accès doit également être traitée, tant dans les instituts publics que privés.

### **4. LA REFLEXION DOIT ETRE POURSUIVIE SUR LES MODALITES D'ORGANISATION DES POURSUITES D'ETUDE AU DELA DU DIPLOME DE BASE**

- [21] La mise en œuvre du « dispositif LMD » pour les professions paramédicales a été interprétée par de nombreux professionnels comme devant consister en un cursus continu allant de la licence, puis du master, jusqu'éventuellement au doctorat, le tout dans une même filière. Or, la nécessité d'offrir aux professionnels la possibilité d'une diversification des parcours et des carrières personnalisées ne doit pas être entravée par des modèles de formation en silo qui enfermeraient ceux-ci dans des modèles prédéfinis. Sur la base d'un métier socle, chaque professionnel doit pouvoir construire son propre parcours, mais ce parcours ne le conduira pas nécessairement vers un master et vers la recherche.
- [22] C'est pourquoi, avant toute réingénierie des formations au delà du métier socle, il importe d'abord de définir les besoins du système de santé, d'analyser les évolutions de ces besoins, et les compétences à acquérir pour répondre à ces besoins. Ce n'est qu'à l'issue de ces étapes que l'on pourra déterminer quelles sont les formations nécessaires.

- [23] Ces voies de diversification des métiers peuvent prendre diverses formes : l'expertise, la spécialisation, la pratique avancée, les nouveaux métiers, la recherche. A chacune de ces voies peuvent ou non correspondre des besoins de formations complémentaires mais qui ne se traduiront pas nécessairement par la mise en place d'un cursus complet de formation, a fortiori sanctionné par un grade de master.
- [24] Autant, il est souhaitable que les universités soient encouragées à développer des masters pluridisciplinaires de recherche ouverts aux professionnels de santé, et que les poursuites d'études de ces professionnels soient facilitées par des validations d'ECTS, autant la création de masters spécialisés ne saurait constituer la réponse unique aux besoins de formation au-delà du métier socle.

## **5. LA MISE EN PLACE D'UNE EVALUATION PERIODIQUE ET INDEPENDANTE EST UN ENJEU ESSENTIEL POUR LA POURSUITE DU DISPOSITIF AINSI QU'UNE REVISION DES CONDITIONS D'AGREMENT DES INSTITUTS**

- [25] L'évaluation périodique, qui constitue une des conditions de délivrance du grade universitaire reste entièrement à construire. Elle devra porter non seulement sur le niveau d'exigence académique mais aussi sur la partie professionnelle de la formation et donc sur la qualité du cursus de formation dans sa globalité. Cette évaluation, qui devrait, en toute logique, être confiée à l'AERES (ou à l'instance qui lui succédera) devrait associer, à côté des experts universitaires, des professionnels de santé qui pourraient apporter leur regard sur la formation pratique et établir les liens nécessaires entre les deux volets du cursus.
- [26] L'instauration d'une évaluation périodique indépendante a nécessairement des répercussions sur les procédures d'agrément des instituts. Sans modifier la responsabilité de la région en la matière, la mission propose de préciser les critères d'agrément et notamment de soumettre tout nouvel agrément ou renouvellement à des conditions complémentaires par rapport à la pratique actuelle, en particulier l'existence effective d'un conventionnement avec l'université, la prise en compte des résultats de l'évaluation externe et l'examen attentif de la politique sociale pratiquée par l'institut.





# Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	11
LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF LMD POUR LES PROFESSIONS PARAMEDICALES.....	11
<b>1 PRESENTATION DU PROCESSUS DE REINGENIERIE .....</b>	<b>11</b>
1.1 Le schéma licence – master – doctorat .....	11
1.1.1 L'European Credit Transfer and accumulation System (ECTS), élément essentiel du processus de Bologne .....	11
1.1.2 La mise en œuvre du processus de Bologne en France, une action extrêmement volontaire .....	12
1.2 Les professions et formations paramédicales.....	14
1.2.1 Les professions.....	14
1.2.2 Les formations.....	15
1.3 Des réformes législatives impactant les formations paramédicales et le dispositif LMD .....	15
1.4 Analyse de la méthode utilisée pour la réingénierie.....	16
1.4.1 L'historique .....	16
1.4.2 D'importants travaux de réingénierie des formations menés à compter de 2008 selon le schéma activités – compétences – formation.....	17
<b>2 LA REINGENIERIE DE LA FORMATION INFIRMIERE.....</b>	<b>22</b>
2.1 Les nouvelles modalités d'organisation de la formation.....	22
2.1.1 La prise en charge par les universités de la partie théorique de la formation.....	23
2.1.2 Le contrôle des connaissances.....	25
2.1.3 L'impact de la réforme sur la partie professionnalisante de la formation.....	26
2.1.4 Les conséquences de la réingénierie sur les personnels et les intervenants des IFSI.....	28
2.1.5 Le bilan de la réingénierie .....	30
2.2 La gouvernance du dispositif de formation.....	33
2.2.1 Des relations difficiles entre les différents acteurs de la formation nées en grande partie d'une organisation trop complexe.....	34
2.2.2 Des simplifications possibles du dispositif de gouvernance sans modification des grands équilibres de la réforme.....	39
<b>3 LE STATUT DES ETUDIANTS DES INSTITUTS PARAMEDICAUX .....</b>	<b>41</b>
3.1 Des étudiants qui ont le sentiment de ne pas avoir réellement de statut.....	41
3.1.1 La question du montant des bourses .....	42
3.1.2 L'accès aux autres prestations étudiantes .....	43
3.1.3 La difficile question des droits d'inscription .....	43
3.2 Les pistes d'évolutions possibles .....	45
3.2.1 A travers les conventions de partenariats .....	45
3.2.2 L'évolution du cadre réglementaire.....	46
<b>4 QUELLE POURSUITE DU PROCESSUS ? LES QUESTIONS EN SUSPENS .....</b>	<b>47</b>
4.1 L'hétérogénéité des situations.....	47
4.1.1 La disparité dans l'organisation des cursus de formation.....	48
4.1.2 La disparité des modes d'exercice .....	50
4.1.3 La disparité des lieux de formation.....	51
4.1.4 Un blocage inquiétant du processus engagé.....	52
4.2 Le risque de retrait de l'université .....	55
4.2.1 Les équipes universitaires se sont fortement investies dans la mise en place de la réforme.....	55

4.2.2	Les processus de coopération mis en place doivent être confortés.....	57
4.3	La question de la sélection à l'entrée des formations initiales .....	59
4.3.1	Des modes de sélection réglementaires qui ont un impact sur l'accessibilité aux formations.....	60
4.3.2	Les expérimentations et dérogations aux modes de sélection réglementaires .....	62
4.3.3	La voie universitaire, modalité unique de sélection ? .....	63
4.4	La poursuite d'études au-delà du diplôme de base.....	65
4.4.1	L'expertise .....	66
4.4.2	La spécialisation .....	66
4.4.3	La pratique avancée .....	67
4.4.4	Nouveaux métiers ou métiers intermédiaires .....	68
4.4.5	La recherche.....	68
4.4.6	Le cas particuliers des cadres de santé.....	69
4.5	Certification, agrément et évaluation : des dispositifs complexes et inaboutis .....	71
4.5.1	Deux diplômes pour sanctionner une seule formation .....	71
4.5.2	Un dispositif d'évaluation externe à construire.....	72
4.5.3	L'agrément des instituts : un processus qui doit être repensé .....	74
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	79
	LETTRE DE MISSION.....	83
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	87
	SIGLES UTILISES .....	91
	BIBLIOGRAPHIE.....	93

# RAPPORT

## LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF LMD POUR LES PROFESSIONS PARAMEDICALES

### 1 PRESENTATION DU PROCESSUS DE REINGENIERIE

#### 1.1 Le schéma licence – master – doctorat

[27] La construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur est née à la Sorbonne, en 1998, puis à Bologne en 1999. A l'occasion de ces deux conférences, les pays de l'Union européenne se sont fixés des objectifs communs : harmoniser le dispositif européen de l'enseignement supérieur pour le rendre lisible et attractif et faciliter la mobilité effective des étudiants, des chercheurs et des enseignants au sein de l'Union. C'est ce qu'on a appelé le « processus de Bologne ».

[28] La mise en œuvre du processus de Bologne a été l'occasion d'aller au-delà de la première étape qui avait été franchie en ce qui concerne la mobilité des professionnels. En organisant une convergence des formations au niveau européen, on passe du droit à exercer dans l'ensemble des pays de l'Union, une fois le diplôme obtenu dans son propre pays, à un droit à la mobilité en cours de cursus et à une reconnaissance mutuelle, entre les états de l'Union européenne, des périodes d'études effectuées dans un établissement d'enseignement supérieur.

##### 1.1.1 *L'European Credit Transfer and accumulation System (ECTS)*, élément essentiel du processus de Bologne<sup>1</sup>

[29] Les crédits ECTS reposent sur la charge de travail nécessaire à l'étudiant pour atteindre les résultats attendus à l'issue du processus de formation. Ainsi, les résultats d'apprentissage doivent être définis préalablement à l'estimation de la charge de travail associée à un programme ou à une composante d'enseignement. Ils constituent une description vérifiable de ce qu'un apprenant est censé connaître, comprendre et être capable de faire après avoir achevé un cursus. La charge de travail indique le temps dont les étudiants ont généralement besoin pour participer à toutes les activités d'apprentissage nécessaires pour parvenir aux résultats d'apprentissage escomptés. Les crédits sont attribués à des étudiants après évaluation positive des résultats d'apprentissage obtenus.

[30] Ils peuvent être cumulés en vue d'obtenir une certification sur décision de l'établissement délivrant le diplôme.

[31] Le système ECTS peut être appliqué à tous les types de programmes d'études, quel que soit leur mode d'administration (enseignement académique, formation professionnelle), le statut de l'étudiant (à temps plein ou à temps partiel) ou le type d'enseignement (formel, non formel ou informel).

[32] La charge de travail d'une année académique à temps plein (1 500 à 1 800 heures) et les résultats d'apprentissage correspondants sont sanctionnés par 60 crédits ECTS.

---

<sup>1</sup> Guide d'utilisation des ECTS – Office des publications officielles des Communautés européennes, février 2009

- [33] L'utilisation des crédits ECTS dans le cadre de la formation continue fait appel aux mêmes principes d'affectation, d'octroi et d'accumulation. Ils reposent sur la charge de travail en principe requise pour obtenir les résultats d'apprentissage attendus et peuvent être reconnus et accumulés en vue de l'obtention d'une certification ou non, selon le souhait de l'apprenant et/ou les exigences à satisfaire pour l'octroi du diplôme.
- [34] La reconnaissance des apprentissages non formels et informels ouvre la possibilité d'obtenir une certification de niveau supérieur à ceux qui n'ont pas pu ou pas souhaité le faire selon la voie traditionnelle. Le nombre de crédits octroyés doit être le même que celui affecté aux unités d'enseignement académiques débouchant sur des résultats d'apprentissage comparables.
- [35] Ainsi utilisé, le système ECTS :
- établit un lien plus étroit entre les programmes d'enseignement et les besoins du marché du travail par l'utilisation des résultats d'apprentissage ;
  - favorise un accès plus large à la formation tout au long de la vie en rendant les programmes plus flexibles et en facilitant la reconnaissance des résultats préalablement obtenus ;
  - facilite la mobilité au sein d'une institution ou d'un pays, entre les institutions et les pays ainsi qu'entre secteurs d'enseignements et contextes d'apprentissage.

### 1.1.2 La mise en œuvre du processus de Bologne en France, une action extrêmement volontaire

- [36] A la suite de la conférence de la Sorbonne, la France s'est d'abord focalisée sur la création d'une architecture nouvelle conforme au cadre européen. Le nouveau dispositif, initialement dénommé « 3, 5, 8 », a été institutionnalisé, dès 2002, sous le nom de schéma « LMD » (licence, master, doctorat). Ce schéma s'est développé en deux étapes principales.

#### 1.1.2.1 Une phase initiale de transposition du schéma LMD dans le dispositif français de formation

- [37] Le décret n°99-747 du 30 août 1999 transpose pour la première fois le schéma LMD dans le dispositif français de formation en créant, à côté des trois grades universitaires existant depuis l'Université impériale (baccalauréat, licence et doctorat), un nouveau grade au niveau Bac +5, le grade de master.
- [38] Il s'appuie sur la distinction entre grade et diplôme opérée par l'article L613-1 du code de l'éducation<sup>2</sup>, pour reconnaître un niveau de qualification de référence au niveau Bac +5 et attribuer le grade de master à des formations qui correspondent à ce niveau (par exemple les formations sanctionnées par le titre d'ingénieur diplômé ou encore les diplômes des instituts d'études politiques). Le grade est distinct du diplôme qui, lui, ne peut être délivré que par les seules universités et autres établissements publics d'enseignement supérieur habilités à cet effet par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

---

<sup>2</sup> La distinction entre grade et diplôme résulte de l'article 20 de la loi du 12 novembre 1968 sur l'enseignement supérieur, codifié à l'article L.613-1 du code de l'éducation: « *L'État a le monopole de la collation des grades et des titres universitaires* ». Ce monopole, décliné à l'article L 613-1, remonte à la loi du 16 fructidor an V et a été constamment repris dans tous les textes sur l'enseignement supérieur depuis. Cet article pose également le principe de la distinction du diplôme et du grade, dans les termes suivants : « *Les diplômes nationaux délivrés par les établissements sont ceux qui confèrent l'un des grades ou titres universitaires dont la liste est établie par décret pris sur avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche* »

### 1.1.2.2 Une phase de parachèvement et de mise en cohérence de l'architecture du dispositif LMD

- [39] Deux autres décrets vont compléter l'architecture LMD et lui donner sa cohérence.
- [40] Le décret n°2002-482 du 8 avril 2002<sup>3</sup> portant application de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur au système français d'enseignement supérieur définit :
- une architecture des études en trois grades : licence, master et doctorat (LMD) ;
  - une organisation des formations en semestres et en unités d'enseignement ;
  - la mise en place du « système européen de crédits-ECTS » ;
  - la délivrance d'une annexe descriptive au diplôme dite « supplément au diplôme ».
- [41] Il organise des parcours-types et fixe la référence de 180 crédits ECTS pour la licence et 300 pour le master.
- [42] Le décret n°2002-481 du 8 avril 2002, relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux donne au ministre chargé de l'enseignement supérieur la responsabilité d'assurer, en liaison avec les autres ministres ayant en charge des formations et des certifications supérieures, la cohérence et la lisibilité, aux plans national et international, du dispositif national des grades et titres et des diplômes nationaux qui les confèrent, dispositif dont il fixe les règles générales.
- [43] Il rappelle notamment que les grades et titres universitaires sanctionnent les divers niveaux de l'enseignement supérieur et sont communs à tous les domaines de formation. Les grades fixent les principaux niveaux de référence de l'Espace européen de l'enseignement supérieur. Les titres fixent les niveaux intermédiaires. Les grades et titres sont conférés aux titulaires de diplômes nationaux de l'enseignement supérieur délivrés sous l'autorité de l'État selon la réglementation propre à chacun d'eux.
- [44] Les diplômes nationaux conférant ces grades sont fixés par voie réglementaire et peuvent seuls porter le nom de baccalauréat, de licence, de master ou de doctorat.
- [45] A côté des formations universitaires proprement dites, qui sont toutes entrées dans le LMD entre 2002 et 2006, d'autres formations diplômantes, dont certaines ne relevant pas du ministère de l'enseignement supérieur, ont choisi de s'inscrire dans le processus LMD et ont été repensées pour entrer dans ce cadre.
- [46] A titre d'exemple, on peut citer les études d'architecture qui sont désormais réglementées par le décret n° 2005-734 du 30 juin 2005. Le nouveau cursus d'architecte s'articule principalement en deux cycles, le premier valant 180 ECTS, conduit à l'obtention du diplôme d'études d'architecture conférant le grade de licence et le second valant 120 ECTS conduit à l'obtention du diplôme d'État d'architecte conférant le grade de master.
- [47] D'autres filières ont choisi le même type de démarche et ont souhaité adapter le contenu et la structure de leur formation pour s'inscrire dans le nouveau schéma LMD et obtenir ainsi une reconnaissance au niveau des grades de licence et/ou de master (experts-comptables, écoles nationales supérieures d'art, etc.).
- [48] C'est sur ce « modèle » qu'a été engagée l'intégration des professions paramédicales dans le dispositif LMD, avec le décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 conférant le grade de licence aux titulaires du diplôme d'État d'infirmiers, puis aux titulaires du diplôme d'ergothérapeute en 2011.

---

<sup>3</sup> Codifié aux articles D123-12 à D123-14 du code de l'éducation

## 1.2 Les professions et formations paramédicales

- [49] Les principales données concernant la démographie des professions, les études et les caractéristiques des étudiants figurent en annexe 1.

### 1.2.1 Les professions

- [50] Selon la définition retenue par la mission «Démographie des professions de santé» (Y. Berland, T. Gausseron - novembre 2002), « les professions de santé regroupent les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative ou par un texte pris en application de la loi.». Avaient ainsi été répertorié quatorze professions de santé ; outre les trois professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) et la profession de pharmacien, dix professions paramédicales : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs en électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers.
- [51] Cette définition a été reprise par la commission pédagogique de la première année des études de santé (D. Debouzie, 20 juillet 2003) qui a, toutefois, ajouté, lors de ses travaux, les professions de diététicien et de technicien de laboratoire d'analyses médicales<sup>4</sup>.
- [52] Le code de la santé publique, dans ses dispositions législatives consacrées aux auxiliaires médicaux (titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie), répartit, quant à lui, les auxiliaires médicaux en professions ou groupes de professions :
- Titre Ier - Profession d'infirmier ou d'infirmière ;
  - Titre II - Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue ;
  - Titre III - Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien ;
  - Titre IV - Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste ;
  - Titre V - Manipulateur d'électroradiologie médicale ;
  - Titre VI - Professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésistes et d'orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées ;
  - Titre VII - Profession de diététicien.
- [53] Il convient d'ajouter à ce recensement les cadres de santé et les infirmiers spécialisés (anesthésistes, de bloc opératoire et puéricultrices).
- [54] Ces professions diffèrent de façon importante tant par leurs effectifs que par leurs modes d'exercice : de près de 560 000 pour les infirmiers à quelques centaines pour certaines professions d'appareillage et de 98% d'exercice libéral pour les pédicures-podologues à 100% d'exercice salarié pour les techniciens de laboratoire.
- [55] Il est à noter que la profession de préparateur en pharmacie, figurant au titre IV du livre II du code de la santé publique, n'entre pas dans le champ des professions paramédicales. Cependant, elle devrait être concernée par la réingénierie des formations.

---

<sup>4</sup> Les techniciens de laboratoires sont inclus dans le champ du Haut Conseil des Professions Paramédicales (article D4381-3 du code de la santé publique)

## 1.2.2 Les formations

- [56] Conduisent à un diplôme permettant l'exercice des professions paramédicales réglementées par le code de la santé publique, d'une part, des formations correspondant à un diplôme national de l'enseignement supérieur, d'autre part des formations correspondant à un diplôme d'État délivré par le préfet de région. Certaines professions (manipulateurs d'électroradiologie, techniciens de laboratoires) peuvent être exercées indifféremment après obtention d'un diplôme de l'enseignement supérieur ou après obtention d'un diplôme d'État.

### 1.2.2.1 Les diplômes nationaux de l'enseignement supérieur

- [57] Les formations correspondantes relèvent de deux grandes catégories :
- formations d'au moins trois ans dans les universités : certificat de capacité d'orthophoniste, certificat de capacité d'orthoptiste, diplôme d'État d'audioprothésiste ;
  - formations technologiques dans les universités (DUT) et formations postsecondaires dans les lycées (BTS) : DUT génie biologique - option diététique, DUT génie biologique - option analyses biologiques et biochimiques, BTS podologue orthésiste et BTS prothésiste-orthésiste, DTS en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, BTS opticien lunetier, BTS analyses de biologie médicale, BTS bioanalyses et contrôles, BTS biotechnologies, BTS diététique.

### 1.2.2.2 Les diplômes d'État délivrés par le préfet de région

- [58] Ces diplômes d'État (DE) sont énumérés par le code de la santé publique qui fixe uniformément la durée des études à trois ans : DE d'infirmier ou d'infirmière ; DE de masseur-kinésithérapeute ; DE de pédicure-podologue ; DE d'ergothérapeute ; DE de psychomotricien ; DE de manipulateur d'électroradiologie médicale ; DE de technicien en analyses biomédicales.
- [59] Pour quatre professions, l'accès à la formation est régulé par un quota fixé au plan national et pour chaque région et réparti au sein de cette dernière entre les instituts de formation par le président du conseil régional : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste et psychomotricien.

## 1.3 Des réformes législatives impactant les formations paramédicales et le dispositif LMD

- [60] Trois importantes réformes législatives ont eu des effets plus ou moins directs sur l'application du dispositif LMD aux formations paramédicales : l'acte II de la décentralisation, le renforcement de l'autonomie des universités et la loi hôpital patient santé territoire (HPST).
- [61] **La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales**, donne compétence aux conseils régionaux en matière de formation professionnelle et modifie, dans le code de la santé publique, la répartition des compétences respectives de l'État et de la région en matière de formation aux professions paramédicales, ainsi que, depuis la loi n°2011-525 du 17 mai 2011, les cadres de santé. La région a, ainsi, en charge le fonctionnement et l'équipement des écoles et instituts quand ils sont publics et peut participer à leur financement quand ils sont privés. Le président du conseil régional autorise leur création, agréé leur directeur et répartit le quota régional fixé nationalement entre les instituts et écoles.

- [62] **La loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités** accroît les compétences et l'autonomie des universités. Elle vient ainsi conforter l'autonomie pédagogique des universités qui était déjà consacrée par l'article L711-1 du code de l'éducation<sup>5</sup>.
- [63] **La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires** permet aux professionnels de santé de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Dès lors, les contours des métiers peuvent être appelés à être confirmés ou à évoluer ; des métiers nouveaux peuvent apparaître à partir de compétences élargies, et les formations et qualifications doivent tenir compte de ces évolutions. Par ailleurs, cette même loi crée les Agences régionales de santé (ARS), dont le directeur général contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation préparant aux professions paramédicales, donne un avis sur la création des écoles et instituts et sur l'agrément de leur directeur et contribue à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé<sup>6</sup>.
- [64] Parallèlement, les diplômes d'État étant toujours délivrés par le préfet de région, ce sont les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) qui sont chargées de la certification des diplômes des professions paramédicales.

## 1.4 Analyse de la méthode utilisée pour la réingénierie

### 1.4.1 L'historique

- [65] Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ont, le 1er décembre 2006, défini un processus d'articulation des diplômes d'État avec le schéma LMD reposant sur les principes suivants :
- les formations dispensées doivent continuer à avoir une finalité professionnelle ;
  - l'exercice d'une profession demeure soumis à l'obtention du seul diplôme d'État ;
  - l'organisation du travail repose sur l'élaboration, par des groupes de travail, d'un référentiel des activités du métier, puis du référentiel de compétences correspondant à ces activités et exigées par le diplôme, et enfin du référentiel de formation structuré en modules ;
  - l'identification sera faite, à cette occasion, des différentes unités d'enseignement du référentiel de formation qui permettront de valider des crédits-ECTS.
- [66] Le rapport IGAS - IGAENR<sup>7</sup> « Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales » de septembre 2008 préconisait notamment d'étaler la réforme sur 5 ans et de commencer par la profession d'infirmier, selon le calendrier suivant :
- septembre 2009 : *universitarisation*<sup>8</sup> de la 1ère année en institut de formations en soins infirmiers (IFSI) ;

<sup>5</sup> Article L.711-1 du code de l'éducation : «*Les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel sont des établissements nationaux d'enseignement supérieur et de recherche jouissant de la personnalité morale et de l'autonomie pédagogique et scientifique, administrative et financière. (...) Ils sont autonomes. Exerçant les missions qui leur sont confiées par la loi, ils définissent leur politique de formation, de recherche et de documentation dans le cadre de la réglementation nationale et dans le respect de leurs engagements contractuels* »

<sup>6</sup> Articles L4383-1, L4383-3 et L1431-2 du code de la santé publique

<sup>7</sup> Rapport n° RM2008-081P / N°2008-068 de septembre 2008 établi par Aquilino MORELLE, IGAS, Jacques VEYRET et Gérard LESAGE, IGAENR, Dominique ACKER et Dominique NOIRE, Conseillers généraux des établissements de santé

<sup>8</sup> Pour désigner le processus de réingénierie des formations paramédicales, le rapport recourra au néologisme *universitarisation* dans la mesure où ce terme est celui couramment utilisé par toutes les personnes rencontrées par la mission, même si elles ne donnent pas toutes le même sens à celui-ci.



- septembre 2010 : *universitarisation* de la 2<sup>ème</sup> année en IFSI ;
- septembre 2011 : mise en place de la licence professionnelle en soins infirmiers à l'université en lien avec l'IFSI.

[67] A la suite de ce rapport, une concertation sur l'intégration des formations paramédicales dans le schéma LMD a été lancée le 18 novembre 2008, par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle. Cette concertation a réuni, outre les deux départements ministériels concernés, des responsables de formation, la conférence des présidents d'université (CPU) ainsi que des représentants des organisations étudiantes et syndicales.

[68] Le processus d'*universitarisation* des formations paramédicales a été lancé dans ce cadre mais la solution de la licence professionnelle n'a pas été retenue car, semble-t-il, ne permettant pas systématiquement une inscription en master et non souhaitée par les professionnels et les représentants d'étudiants<sup>9</sup>. C'est la solution d'une délivrance du grade universitaire qui a prévalu, permettant ainsi de préserver le caractère propre du diplôme tout en entamant un rapprochement avec l'université avec la reconnaissance du grade.

[69] A compter de 2008, d'importants travaux de réingénierie des formations ont été menés selon le schéma activités – compétences – formation.

[70] Parallèlement à ces travaux de réingénierie, un protocole d'accord entre la ministre de la santé et les organisations syndicales signé le 2 février 2010, relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière (FPH) des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités, précise que « les formations paramédicales devront être reconfigurées conformément au dispositif LMD d'ici au plus tard 2015 ». Ce protocole prévoit également la mise en place d'un groupe « master », chargé de définir les spécialisations nécessaires pour la mise en œuvre de certaines pratiques avancées et de prévoir, en lien étroit avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, les référentiels et les diplômes correspondant à ces métiers.

#### 1.4.2 D'importants travaux de réingénierie des formations menés à compter de 2008 selon le schéma activités – compétences – formation.

[71] Le déploiement de la démarche a été présenté aux organisations syndicales par la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) et la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (maintenant DGOS), en novembre 2008, en présence de la conférence des présidents d'université (CPU) et des deux cabinets ministériels.

##### 1.4.2.1 Une méthode s'inscrivant dans la logique du système ECTS

[72] La méthode retenue consiste à déterminer successivement pour chaque profession un référentiel d'activités puis un référentiel de compétences nécessaires pour exercer ces activités et enfin un référentiel de formation permettant d'acquérir ces compétences. Elle s'inscrit ainsi dans la logique du système ECTS.

[73] Le référentiel d'activités donne la définition du métier et décrit de façon ordonnée les activités professionnelles caractéristiques de son exercice. L'activité est le premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé.

---

<sup>9</sup> Rapport d'information à l'Assemblée nationale sur la formation des auxiliaires médicaux présenté par monsieur Jacques Domergue – juillet 2010.

- [74] Le référentiel de compétences décrit de façon ordonnée les savoir-faire et connaissances associées, nécessaires à l'exercice des dites activités : savoir-faire opérationnel, relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des ressources associées - connaissances, démarches d'analyse et de raisonnement. La compétence est toujours observable, mesurable et sujette à apprentissage. Elle peut être spécifique à un métier ou transverse à plusieurs métiers. Le référentiel porte sur les compétences relevant du « cœur de métier ». Chaque professionnel peut développer tout au long de son expérience d'autres compétences, mais les travaux de réingénierie sont centrés sur les savoir-faire exigibles pour obtenir le diplôme.
- [75] Les référentiels d'activités et de compétences ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences nécessaires à son exercice. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP) en l'état actuel des textes.
- [76] Le référentiel de formation décrit toutes les activités d'apprentissage (cours, TD, stages, etc.) nécessaires pour acquérir les compétences définies dans le référentiel de compétence. Il positionne surtout les contenus de formation en relation directe avec les compétences requises pour l'exercice d'un métier, ce qui est le but de l'ensemble des réformes engagées en matière de formation.
- [77] Ainsi, la construction des diplômes permet de renforcer les savoirs scientifiques en vue d'une poursuite d'études, tout en garantissant la professionnalisation des futurs diplômés. Les diplômes d'État s'obtiennent par acquisition et validation de l'ensemble des compétences du métier. La validation des unités d'enseignements et des stages permet l'obtention de crédits européens (ECTS). Le ministère chargé de l'enseignement supérieur détermine le niveau de reconnaissance du grade universitaire après examen du contenu de la formation proposée.

#### 1.4.2.2 Une procédure participative mais insuffisamment décloisonnée

- [78] Pour chacune des 18 professions indiquées ci-dessous (tableau 1), a été mis en place un groupe de travail chargé d'élaborer les référentiels d'activités, de compétences et de formation et un groupe de supervision chargé de valider les dits-référentiels. Ce sont, ainsi, au total, 36 groupes qui ont été régulièrement réunis par la DGOS avec l'appui d'un cabinet de consultant.
- [79] Au sein des groupes de travail de chaque profession, étaient systématiquement représentés les syndicats et organisations professionnelles, les organisations syndicales, les instituts de formation, les associations d'étudiants, les fédérations d'employeurs et l'ordre pour les professions concernées. La présence de médecins cliniciens n'était pas systématique et certaines organisations professionnelles et syndicales l'ont regretté, au moins a posteriori, et en ont fait part à la mission.
- [80] Au sein des groupes de supervision, était représentée en sus l'université (CPU et médecins hospitalo-universitaires).
- [81] Le ministère de l'enseignement supérieur (DGESIP) n'était représenté que pour les professions dont la formation relève de l'enseignement supérieur. Dans les autres cas, il n'est intervenu qu'en toute fin du processus pour déterminer le niveau du grade universitaire correspondant au référentiel de formation validé.
- [82] La mission tient à souligner l'importance et la qualité du travail réalisé, ainsi que la démarche volontairement participative retenue, associant l'ensemble des partenaires concernés dès son début.

- [83] Cependant, elle regrette que l'approche par profession n'ait pas permis un travail plus transversal et interdisciplinaire. Ceci s'applique tant aux référentiels d'activités et de compétences (à tout le moins pour les métiers de la rééducation et de l'appareillage) qu'aux référentiels de formation au sein desquels auraient pu être identifiées des unités d'enseignement communes à plusieurs formations paramédicales. Il est également dommage que la participation de médecins cliniciens n'ait pas été systématique, ne serait ce que pour l'élaboration des référentiels d'activité.
- [84] La mission regrette également qu'une démarche plus intégrée entre les deux ministères concernés n'ait pas été mise en œuvre. Il aurait été souhaitable que le ministère de l'enseignement supérieur (DGESIP) fût associé à l'ensemble des groupes de travail et de supervision, de même que le ministère des affaires sociales et de la santé (DGOS) le soit à la réflexion sur le niveau de grade universitaire devant être reconnu. Au-delà du fait que cela aurait évité à certains partenaires d'avoir le sentiment d'être obligés de faire des allers et retours entre les deux ministères pour connaître l'état d'avancement de la réingénierie, cela aurait permis une meilleure compréhension réciproque des enjeux et des contraintes de ce dossier pour chacun des ministères.
- [85] Ces observations sont largement partagées par les représentants de l'ensemble des professions, des instituts de formation et d'étudiants qui, tout en soulignant la qualité des travaux dans les groupes de réingénierie, ont tous déploré le manque d'échanges entre professions sur les référentiels et le caractère trop tardif de la consultation de l'enseignement supérieur.

#### 1.4.2.3 Des travaux non encore achevés

- [86] Les travaux de réingénierie ne sont achevés que pour les professions suivantes : infirmier (janvier 2009), ergothérapeute (janvier 2010), pédicure-podologue (février 2011), manipulateur d'électroradiologie (mars 2011), infirmier anesthésiste (janvier 2012) et masseur-kinésithérapeute (juillet 2012).
- [87] Ceux ci ont conduit à la publication d'arrêtés ministériels relatifs aux diplômes d'État d'infirmier (31/07/09), d'ergothérapeute (5/12/10), de manipulateur d'électroradiologie (14/06/12), de pédicure-podologue (5/07/12) et d'infirmier anesthésiste (23/07/12).
- [88] La DGOS a mis en place des comités de suivi de la réforme LMD sur la mise en œuvre des nouveaux programmes de formation pour ces cinq professions.
- [89] A ce jour, seuls les diplômes d'infirmier<sup>10</sup>, à compter de la rentrée de septembre 2009, et d'ergothérapeute<sup>11</sup>, à compter de la rentrée de septembre 2011, ont fait l'objet d'un décret leur délivrant le grade de licence, obligation étant faite que l'organisme chargé d'assurer la formation conclue une convention avec une ou plusieurs universités de l'académie ou de la région. Cette obligation a été remplie par tous les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et la première promotion concernée vient d'être diplômée. Par contre, aucune convention n'a encore été signée en ce qui concerne la formation d'ergothérapeute.
- [90] Enfin, tout récemment, les ministères des affaires sociales et de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont annoncé :
- en ce qui concerne la profession d'orthophoniste, un allongement d'un an de la durée des études, organisées actuellement en quatre années, en vue du certificat de capacité d'orthophoniste qui sera reconnu au grade de master ;
  - en ce qui concerne la profession de masseur-kinésithérapeute, une formation permettant l'obtention de 240 ECTS en incluant une première année universitaire de formation à généraliser, une offre de master à laquelle les diplômés pourront accéder directement, un travail pour déterminer les champs de pratiques avancées.

<sup>10</sup> Décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010

<sup>11</sup> Décret n°2012-907 du 23 juillet 2012 modifiant le décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010

- [91] Il s'en est suivi un effet d'entraînement, les autres professions et étudiants aspirant dorénavant à la reconnaissance d'un grade de master ou au moins à la validation d'une première année de master.
- [92] Le tableau 1 ci-dessous indique pour chaque profession, l'état d'avancement des travaux de réingénierie.
- [93] Les travaux de réingénierie ne sont pas achevés pour de nombreuses professions et aucun groupe de travail ou de supervision ne s'est réuni depuis juillet 2012.

Tableau 1 : Calendrier de réingénierie des formations paramédicales – état au 1er février 2013

	Professions	Calendrier de la réingénierie			
		Référentiel activités-compétences : Début des groupes de travail	Référentiel activités-compétences : Groupe de supervision	Référentiel de formation : Début des groupes de travail	Référentiel de formation : Groupe de supervision
Professions infirmières	IDE	avr.-06	déc.-08	fin 2007	janv.-09
	IADE	2008	mai-09	juin-09	janv-12
	IBODE	2006	avr-08	juin-08	
	puéricultrice	2008	janv-09	mars-09	
Professions de la rééducation	ergothérapeute	déc-07	janv-09	juin-09	janv-10
	pédicure podologue	janv-08	11/01/2011	30/06/2010	18/02/2011
	masseur-kinésithérapeute	janv-08	13/03/2009	03/05/2010	13/07/2012
	psychomotricien	22/01/2010	25/11/2010	16/12/2010	
	orthophoniste	26/01/2010	08/12/2010	27/01/2011	
	orthoptiste	30/11/2010	06/02/2012		
	diététicien	08/07/2010	04/07/2011		
Professions médico-techniques	manipulateur d'électro-radiologie médicale	19/01/2010	29/11/2010	20/10/2010	14/03/2011
	technicien de laboratoire médical	07/10/2010	14/03/2012		
Professions de l'appareillage	audioprothésiste	14/09/2011	19/03/2012		
	opticien lunetier				
	Epithésiste				
	Oculariste				
	Orthopédiste-orthésiste	06/07/2010	29/11/2011		
	Orthoprothésiste	08/07/2010	30/11/2011		
	Podo-orthésiste	30/06/2010	29/11/2011		
cadre de santé		29/06/2011			

Source : DGOS

## 2 LA REINGENIERIE DE LA FORMATION INFIRMIERE

- [94] D'un point de vue juridique, la réingénierie de la formation des infirmiers de soins généraux est désormais achevée, les premières promotions bénéficiant du diplôme d'État (DE) et du grade de licence ayant achevé leur scolarité en 2012. D'un point de vue pratique, la mission a pu observer que, dans presque toutes les universités rencontrées, les dispositifs étaient encore en cours d'ajustement mais que les principes de la réforme étaient désormais acquis.
- [95] L'attribution du grade de licence aux infirmiers poursuivait plusieurs objectifs explicites ou implicites :
- inscrire la formation dans le cadre du processus dit « LMD » de Bologne afin de donner au DE d'infirmier une lisibilité européenne en le positionnant au niveau de la licence ;
  - reconnaître le niveau de formation élevé des personnels infirmiers et leur permettre, dans une profession très largement hospitalière<sup>12</sup>, d'accéder à la catégorie A ;
  - revaloriser la rémunération des infirmiers exerçant à l'hôpital.
- [96] Pour atteindre ces objectifs, des choix ont été faits : conférer un grade plutôt qu'un diplôme de licence, opter pour une licence plutôt qu'une licence professionnelle, pérenniser l'organisation du réseau des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et recourir au conventionnement avec les universités plutôt qu'à l'intégration de la formation au sein de ces dernières, confirmer la décentralisation des formations en soins infirmiers et la compétence des régions alors que ces dernières n'ont pas de compétence en matière universitaire.
- [97] Ces choix ont souvent été évoqués par les différents interlocuteurs rencontrés par la mission et, parfois, critiqués. La mission a néanmoins considéré qu'il n'entrait pas dans le périmètre de sa réflexion de discuter la pertinence de ces choix qui structuraient la réingénierie de la formation des infirmiers. La mission a donc volontairement limité sa réflexion au bilan de la réforme, aux propositions d'amélioration et aux préconisations pour la suite du processus de réingénierie qui lui paraissaient opportunes.

### 2.1 Les nouvelles modalités d'organisation de la formation

- [98] Une convention devait être passée entre les universités et les IFSI réunis au sein d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) au plus tard en juin 2010, convention aux termes de laquelle l'université devait prendre en charge, selon des modalités fixées par lesdites conventions, la formation théorique des étudiants infirmiers. Si toutes les conventions ont été passées, leur contenu varie sensiblement d'une université à l'autre.

---

<sup>12</sup> 63 % des infirmières sont salariées hospitalières (49 % dans le secteur public et 14 % dans le secteur privé), 21 % sont salariées non hospitalières d'une autre structure (centre de santé, établissement pour handicapés, entreprise d'intérim, établissement scolaire, etc.), 12 % des infirmières exercent en libéral et 4 % sont salariées d'un établissement accueillant des personnes âgées (Source DREES - *Etudes et résultats* - n° 759 - mai 2011)

## 2.1.1 La prise en charge par les universités de la partie théorique de la formation

### 2.1.1.1 Un choix des domaines d'enseignement commun à toutes les universités

- [99] Aux termes de l'article 39 de l'arrêté du 31 juillet 2009, la formation théorique des infirmiers représente, sur trois années, 2 100 heures se décomposant en 750 heures de cours magistraux, 1 050 heures de travaux dirigés (TD) et 300 heures de travail personnel guidé. L'ensemble se répartit en 6 domaines d'enseignement et 56 unités d'enseignement. Les universités n'ont toutefois pris en charge qu'une partie de cette formation.
- [100] En effet, le choix fait par toutes les universités rencontrées par la mission a été de ne prendre en charge que les domaines d'enseignement 1 - « sciences humaines, sociales et droit », 2 - « sciences biologiques et médicales » et 6 - « méthodes de travail et anglais », ce dernier enseignement étant assuré uniquement sous forme de travaux dirigés. Ce choix est logique dans la mesure où les domaines d'enseignement choisis correspondent à des enseignements fondamentaux de nature universitaire alors que les domaines d'enseignement 3, 4 et 5 correspondent, pour leur part, à la partie professionnalisante de la formation des infirmiers.
- [101] Aux termes de l'arrêté du 31 juillet 2009, les domaines 1 et 2 correspondent respectivement à 155 et 390 heures de cours magistraux, soit 545 heures de cours magistraux complétées par 100 et 150 heures de TD. Le domaine 6 représente pour sa part 85 heures de travaux dirigés.
- [102] La validation des UE des domaines 1, 2 et 6 permet d'acquérir
- 1. sciences humaines, sociales et droit : 15 crédits,
  - 2. sciences biologiques et médicales : 27 crédits,
  - 6. méthodes de travail et anglais : 12 crédits.
- [103] Si ces domaines d'enseignement représentent 72,7 % des heures de cours magistraux et 33,8 % des heures de travaux dirigés, ils ne permettent d'acquérir que 30 % des 180 crédits européens ECTS du diplôme.

### 2.1.1.2 Une appropriation progressive par beaucoup d'universités de leur nouveau champ de compétences

- [104] Si quelques universités ont fait le choix d'assurer d'emblée la totalité des enseignements des domaines 1, 2 et 6, la plupart d'entre elles ne prennent en charge que progressivement les différentes UE de ces domaines. Ainsi la mission a-t-elle pu constater que le nombre d'heures de cours magistraux assurés ou coordonnés, sous une forme ou une autre, de manière effective variait sensiblement d'une université à l'autre<sup>13</sup>.
- [105] Cette situation s'explique aisément dans la mesure où les moyens dont dispose chaque université sont plus ou moins importants. Des facteurs propres aux universités, indépendants de la réingénierie des formations paramédicales, ont pu également interdire la prise en charge, dès la première année d'entrée en vigueur de la réforme, de la totalité des unités d'enseignement (UE)<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> En moyenne, la part des UE prise en charge par les universités après quatre années de réingénierie varie de 50 à 75%.

<sup>14</sup> C'est le cas notamment d'une université dont la fusion avec une autre université a coïncidé avec le démarrage de la réforme de la formation des infirmières et qui a dû, en outre, faire face à une annulation des élections au conseil d'administration de la nouvelle entité qui a paralysé son fonctionnement pendant près d'un an.

### 2.1.1.3 Des modalités d'intervention très différentes selon les universités

- [106] La mission a pu observer deux grands types d'organisation des enseignements des UE relevant de l'université.
- [107] Dans le premier type, l'université fait le choix de faire assurer la totalité des cours magistraux par des intervenants hospitalo-universitaires ou des praticiens hospitaliers (PH) enseignant déjà à la faculté de médecine. Pour ces universités, le maillage territorial des IFSI est généralement très vite apparu incompatible avec une présence physique des intervenants universitaires dans chaque IFSI. De même, pour des raisons d'organisation d'emploi du temps, de taille des amphithéâtres et de coûts des frais de déplacement, il n'était pas envisageable de rassembler les étudiants des IFSI en un seul lieu, voire même sur deux ou trois IFSI<sup>15</sup>.
- [108] Aussi les universités ont-elles toutes eu recours aux ressources de la technologie :
- le cours, assuré dans un amphi de l'université ou du CHU ouvert aux étudiants des IFSI, en pratique ceux proches de l'université, est retransmis par visioconférence en direct dans les différents IFSI ;
  - le cours est filmé, dans l'amphi voire en studio, puis mis en ligne sur une plateforme accessible à tout moment aux étudiants des IFSI ou envoyé aux IFSI sous forme d'un DVD à projeter aux étudiants.
- [109] Pour atténuer l'inconvénient que peut représenter l'absence de cours en présentiel<sup>16</sup>, certaines universités ont fait le choix de réserver une partie du temps à des échanges avec les étudiants en fin d'enseignement au cours desquels l'enseignant est présent dans l'IFSI. Cette solution n'est toutefois possible que si l'université dispose d'une ressource enseignante suffisante et si les temps de parcours entre l'université et les IFSI demeurent raisonnables.
- [110] Une autre solution mise en œuvre consiste à s'assurer, lors de la projection du cours à l'IFSI, de la présence systématique d'un formateur à même de répondre aux questions des étudiants.
- [111] En ce qui concerne les TD, ils font généralement l'objet d'une coordination ou de simples préconisations par l'enseignant hospitalo-universitaire en charge du cours magistral, une assez grande liberté étant laissée aux chargés de TD.
- [112] Dans le second type, l'université laisse aux maîtres formateurs et intervenants habituels des IFSI le soin de dispenser les enseignements magistraux dont elle à la charge et qu'elle coordonne. Pour ce faire, l'université définit les référentiels qui servent de support aux cours magistraux, agréé les formateurs et met à leur disposition du matériel pédagogique, généralement accessible sur l'intranet de l'université.
- [113] Les universités qui ont fait le choix de coordonner plutôt que de dispenser directement les enseignements universitaires désignent un hospitalo-universitaire référent pour chaque UE qui coordonne cours magistraux et TD. Un temps important est consacré à l'élaboration des référentiels, qui se fait généralement en partenariat avec les formateurs, ainsi qu'à la réunion régulière des intervenants en IFSI.
- [114] Ce type de partenariat, s'il permet d'assurer tous les enseignements en présentiel, a par contre pour inconvénient de ne permettre à aucun moment aux étudiants des IFSI de bénéficier d'un contact direct avec des enseignants hospitalo-universitaires.

---

<sup>15</sup> Il y a en France 329 IFSI pour 37 facultés de médecine, soit en moyenne 9 IFSI par université. Dans les régions où il existe une seule faculté de médecine, l'étendue du ressort territorial peut se traduire par des temps de parcours supérieurs à trois heures entre l'université et les IFSI les plus éloignés.

<sup>16</sup> Encore qu'un responsable universitaire de la formation des futures infirmières souligne que si les étudiants se plaignent régulièrement de ce que les cours ne soient pas assurés en présentiel, il n'est pas rare que les professeurs fassent cours devant des amphithéâtres vides alors même que les étudiants de l'IFSI du CHU peuvent y assister.



[115] La mission a pu constater que, réserve faite des quelques universités qui avaient fait d'emblée le choix affirmé de l'un ou l'autre de ces types de partenariat, la plupart des universités ont développé des partenariats associant prise en charge directe par des personnels hospitalo-universitaires pour certaines UE et coordination des intervenants en IFSI pour les autres UE. Il est clair que, indépendamment du modèle que souhaite pouvoir mettre en place à terme l'université<sup>17</sup>, c'est le principe de réalité, en particulier la ressource enseignante dont dispose l'université et l'éloignement des IFSI, qui détermine très largement la configuration du partenariat mis en œuvre. La souplesse offerte par les textes en matière d'organisation est, à cet égard, une excellente chose.

## 2.1.2 Le contrôle des connaissances

### 2.1.2.1 La mise en place progressive d'un contrôle des connaissances par l'université, outil de pilotage de la formation

[116] Pour les universités, la validation des UE relevant de leur responsabilité constitue un enjeu important. En effet, outre la logique qu'il y a à ce que les universités soient également responsables du contrôle terminal des enseignements qui relèvent d'elles, les évaluations constituent le moyen de s'assurer que :

- dans les disciplines universitaires, l'enseignement est identique quels que soient les IFSI ;
- les TD jouent bien leur rôle d'accompagnement et d'approfondissement des cours magistraux.

[117] Il convient, en effet, de rappeler qu'aucune des universités rencontrées par la mission n'a décidé de prendre en charge directement les TD, exception faite de l'apprentissage de l'anglais. Les intervenants dans les TD, quand ce ne sont pas des cadres de santé de l'IFSI, font l'objet d'un agrément par l'université et le contenu des enseignements, ainsi que le matériel pédagogique utilisé, font en général l'objet *a minima* de préconisations par l'université<sup>18</sup> mais cette dernière n'est pas en mesure de contrôler ce qui se fait en TD. En arrêtant elle-même les modalités du contrôle, l'université met en place un pilotage de la formation par les examens : un intervenant dont les enseignements ne permettraient pas aux étudiants de valider une UE se verra contraint de réagir très vite sous la pression de l'IFSI et de ses étudiants.

[118] Aussi, la plupart des universités rencontrées ont-elles mis en place ou achèvent-elles de mettre en place des procédures d'évaluation conçues et corrigées par elles. L'examen prend la forme, en général, d'un questionnaire à choix multiples (QCM), auquel certaines universités ajoutent une étude de cas pratique. Il est passé dans toutes les IFSI en même temps.

[119] D'autres universités, si elles ont fait le choix de laisser une plus grande liberté aux IFSI en leur confiant l'organisation des contrôles terminaux des connaissances, ont cependant bien encadré l'examen en constituant des banques de sujets, précisé les thèmes qui doivent impérativement être évalués, les grilles d'évaluation, etc.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Beaucoup d'universités ont insisté sur le caractère inévitable de la montée en charge progressive du procès de réingénierie, expliquant ainsi pourquoi seules certaines UE étaient à ce jour effectivement assurées par l'université ou encore pourquoi le choix avait été fait dans un premier temps de coordonner l'existant plutôt que prendre en charge directement la formation théorique universitaire.

<sup>18</sup> Une université exige même que le contenu des TD lui soit soumis préalablement pour accord. En sens inverse, une autre université ne s'intéresse pas au contenu des TD, estimant que l'évaluation finale qu'elle organise est suffisamment contraignante pour les chargés de TD.

<sup>19</sup> Cette solution est généralement retenue lorsque les universités ne peuvent pas organiser des dates d'examen communes à tous les IFSI, en particulier en raison de l'existence de deux dates de rentrée décalées.

### 2.1.2.2 Les modalités de validation des UE

[120] En principe, chaque UE doit être validée. Toutefois, une compensation des notes obtenues est possible entre dans les différentes UE à condition, d'une part, que celle-ci soit expressément prévue par l'arrêté du 31 juillet 1999 et, d'autre part, que la note obtenue dans l'UE compensée ne soit pas inférieure à 9 sur 20. Par ailleurs, le passage de première en deuxième année est subordonné à l'obtention de 48 crédits minimum sur les 60 exigés et le passage de deuxième en troisième année à la détention de 108 crédits. Les étudiants qui ont entre 30 et 47 crédits la première année et entre 90 et 107 crédits la deuxième année sont admis à redoubler. En dessous de 30 ou 90 crédits, les étudiants ne peuvent être admis à redoubler que sur décision du directeur de l'IFSI après avis du conseil pédagogique.

[121] Les directeurs d'IFSI, comme les étudiants, ont soulevé le problème que pose la nouvelle réglementation. La condition exigée que la note compensée ne soit pas inférieure à 9 sur 20 limite fortement les possibilités effectives de compensation. Par ailleurs, un nombre non négligeable d'étudiants passent dans l'année supérieure sans avoir la possibilité de redoubler alors même qu'ils le souhaiteraient. Conséquence de cette situation, des étudiants se retrouvent en troisième année avec des UE non validées de première année alors que l'organisation de la scolarité rend quasiment impossible le suivi des cours ou TD correspondants. Ils doivent donc travailler seuls et les commissions d'attribution des crédits sont ensuite confrontées à la situation d'élèves qui n'ont pas les 180 crédits permettant de valider la formation<sup>20</sup>.

### 2.1.2.3 La participation aux commissions d'attribution des crédits

[122] Bien que cela représente un effort important en raison du nombre de réunions et de leur localisation géographique souvent éloignée, les universités s'efforcent d'être systématiquement présentes aux réunions des commissions d'attribution des crédits (CAC)<sup>21</sup>.

[123] Certes, la présence d'un hospitalo-universitaire dans ces commissions, qui restent très largement présidées par les directeurs d'IFSI<sup>22</sup>, est assez formelle mais la mission a pu constater que cette présence était très importante, ne serait-ce qu'au plan symbolique, tant pour l'université que pour les IFSI. Elle constitue la traduction directe et visible de *l'universitarisation* de la formation des infirmiers. A cet égard, il paraît important que l'université continue d'être présente au sein des CAC, quel que soit l'accroissement de la charge de travail des hospitalo-universitaires qui en découle.

## 2.1.3 L'impact de la réforme sur la partie professionnalisante de la formation

### 2.1.3.1 Une partie professionnalisante largement dominante dans la formation mais ignorée par l'université

[124] La partie professionnalisante de la formation correspond aux domaines d'enseignement 3 - « sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes », 4 - « sciences et techniques infirmières, interventions » et 5 - « intégration des savoirs et posture professionnelle ». Elle représente 205 heures de cours magistraux, 800 heures de TD et 300 heures de travaux personnels dirigés. A ce temps de formation professionnalisante s'ajoutent 2 100 heures de formation clinique correspondant à 60 semaines de stages.

<sup>20</sup> Dans un des IFSI rencontrés par la mission, sur 151 élèves, 26 en fin de dernière année avaient encore des UE non validées, dont certaines de première année.

<sup>21</sup> Sur vingt universités interrogées, 17 déclarent qu'un hospitalo-universitaire est systématiquement présent dans les CAC. Les trois universités qui déclarent ne pouvoir assurer cette présence systématique le justifient par des problèmes de disponibilité des hospitalo-universitaires et de distance des IFSI et dans aucun cas comme le résultat d'une politique délibérée.

<sup>22</sup> Seules quatre universités sur vingt ont fait le choix de faire présider les CAC par des hospitalo-universitaires.

- [125] Par rapport à la formation prise en charge par l'université, la partie professionnalisante ne représente que 27,3 % des cours magistraux mais 76,2 % des TD.
- [126] Cette partie de la formation, dans laquelle l'université n'intervient pas, est sanctionnée par l'attribution de 126 crédits, dont 60 au titre des stages, soit 70 % du total des crédits de la formation.

### 2.1.3.2 Une nouvelle approche des stages cliniques

- [127] La réforme a profondément renouvelé l'organisation des stages.
- [128] D'une part, le nombre de semaines de stages a été réduit de 68 à 60 semaines de même que le nombre de périodes de stages est passé de 9 à 6 alors que, en parallèle, la durée moyenne des stages a été allongée de 8 à 10 semaines.
- [129] D'autre part, la définition des terrains de stages est profondément modifiée. A une approche des stages par disciplines cliniques est substituée une répartition par « familles de situations », ne recoupant que très partiellement la ventilation par discipline.

Tableau 2 : Comparaison du dispositif de stages avant et après la réforme

	Avant		Après
Disciplines	Nombre de semaines	Familles de situations	Nombre de semaines
Médecine	8	Soins de courte durée	1 stage de 5 semaines (S1) +
Chirurgie	8		
Pédiatrie ou pédopsychiatrie	4		
Réanimation, urgences, soins intensifs, bloc opératoire	4		
Santé mentale ou psychiatrie	8	Soins en santé mentale et en psychiatrie	+
Gériatrie ou gérontopsychiatrie	8	Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation	
		Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie	
Santé publique	8		2 stages d'une durée totale de 15 semaines (S6) dont l'un peut préparer à l'emploi
Stage à l'initiative de l'équipe pédagogique et Stage de projet professionnel compris entre 8 et 12 semaines	20		
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>Total</b>	<b>60</b>

Source : Mission

- [130] Enfin, la réforme a introduit un portfolio que chaque étudiant conserve par devers lui durant toute sa scolarité et qui permet autant aux tuteurs d'évaluer les stages qu'aux étudiants de mesurer leur progression.
- [131] Cette nouvelle organisation des stages fait l'objet de critiques répétées de la part des étudiants pour deux raisons principales.
- [132] La première tient à l'organisation en « familles de situations » qui, combinée avec la durée des stages de 10 semaines, peut poser problème. L'objectif de cet allongement de la durée des stages est de permettre aux étudiants de s'insérer pleinement dans une équipe de soins et de ne pas être considérés comme simplement « de passage ». Toutefois, la nouvelle organisation peut conduire un étudiant à ne découvrir parfois seulement en fin de scolarité<sup>23</sup>, qu'une toute petite partie de l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) lors de son stage en « soins de courte durée »<sup>24</sup> alors qu'auparavant les étudiants pouvaient découvrir la totalité des services de MCO à l'occasion de 24 semaines de stages. Par ailleurs, 10 semaines apparaissent comme une durée beaucoup trop longue pour certains stages qui impliquent peu d'actes de la part des infirmiers<sup>25</sup> ou encore si les relations au sein du service sont mauvaises. Enfin, la difficulté à trouver des terrains de stage peut conduire à multiplier les stages en relation avec le même type de malades<sup>26</sup>.
- [133] La seconde est liée à l'utilisation du portfolio. Si les étudiants l'ont, à l'évidence, adopté, il n'en est pas de même des tuteurs de stages qui, faute d'une formation à l'utilisation du portfolio, ne sont souvent pas à même de le remplir de manière pertinente alors qu'il s'agit d'un élément essentiel pour la validation des stages. Les directeurs d'IFSI, conscients du problème, font de la formation des tuteurs une priorité mais le turn-over de ces derniers est tel que, régulièrement, les étudiants sont confrontés à des tuteurs ne maîtrisant pas l'usage du portfolio.

## 2.1.4 Les conséquences de la réingénierie sur les personnels et les intervenants des IFSI

### 2.1.4.1 La problématique spécifique des cadres de santé des IFSI

- [134] Les IFSI fonctionnent avec, d'une part, des cadres de santé maîtres formateurs salariés de l'IFSI, et, d'autre part, des intervenants extérieurs (praticiens hospitaliers, médecins de ville, pharmaciens, etc.) rémunérés sous forme de vacations par l'IFSI.
- [135] En ce qui concerne les personnels titulaires des IFSI, la question récurrente qui se pose est celle du niveau de diplôme qui doit être le leur. Généralement titulaires d'un diplôme d'État (DE) d'infirmier et d'un DE de cadre de santé ne leur conférant aucun grade universitaire, ces personnes sont-elles légitimes à enseigner à des étudiants qui reçoivent désormais une formation du niveau de la licence ?

---

<sup>23</sup> Lorsque le stage de « soins de courte durée » arrive en fin de scolarité, les étudiants sont généralement confrontés aux critiques de l'équipe soignante qui ne comprend pas que des étudiants qui achèvent leurs études ne sachent pas « poser une perfusion ou faire une prise de sang ».

<sup>24</sup> Ainsi, une étudiante explique qu'elle a passé 10 semaines en service de cancérologie pédiatrique mais qu'elle n'a jamais été dans un service d'urgence. Une autre, qu'elle a fait son stage en bloc opératoire mais que comme c'était en début de scolarité (S2), l'équipe l'a uniquement mise en situation d'observation.

<sup>25</sup> Une étudiante qui avait fait son stage de « soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie » dans une crèche soulignait qu'au bout de trois semaines elle avait fait « le tour du service ».

<sup>26</sup> Un étudiant illustre ces difficultés en précisant qu'il avait fait ses stages de « soins de courte durée » en service de gériatrie, de « soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation » dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de « soins en santé mentale et en psychiatrie » dans un centre spécialisé dans la maladie d'Alzheimer. De fait, il avait été confronté à trois reprises au même type de patient.

- [136] Ici encore, la réponse des universités a été extrêmement pragmatique. Si, d'un point de vue théorique, les universités souhaitent que des formateurs participant à un enseignement du niveau de la licence soient eux-mêmes au moins titulaires d'un master, imposer à court terme une telle condition est tout à fait impossible, sauf à prendre le risque de déstabiliser pratiquement tous les IFSI qui ne pourraient plus s'appuyer sur le personnel enseignant qualifié qui est actuellement le leur. Aussi, l'exigence d'un master ne peut-elle que s'inscrire dans une politique de qualification progressive des personnes actuellement en fonctions dans les IFSI. Pour y parvenir, les universités ont, sans s'être concertées et indépendamment de toute disposition réglementaire, mis en œuvre un dispositif original reposant sur le volontariat des agents.
- [137] Les personnels déjà titulaires du DE de cadre de santé se voient proposer, au titre de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et moyennant généralement le suivi de quelques UE spécifiques mises en place par l'université, la reconnaissance d'un niveau M1 qui leur permet de s'inscrire en M2. Les M2 dans lesquels ils peuvent poursuivre leurs études en vue de l'obtention d'un master sont ouverts à tous les étudiants et ne sont pas spécifiquement liés aux sciences infirmières : il s'agit de droit et éthique de la santé, sciences de l'éducation, épidémiologie, etc.
- [138] Pour les personnels non encore titulaires du DE, les universités proposent aux étudiants qui le souhaitent de suivre, en parallèle de leur année de scolarité à l'institut de formation des cadres de santé (IFCS), un M1 dont les UE s'articulent avec les enseignements reçus à l'IFCS. Une fois titulaire d'un M1, les cadres de santé diplômés peuvent s'inscrire en M2 dans les mêmes conditions que leurs collègues ayant bénéficié de la VAE.
- [139] Cette possibilité de se voir attribuer un M1 en parallèle du DE rencontre un réel succès<sup>27</sup> auprès des cadres ou futurs cadres de santé qui ensuite, dans une large proportion font le choix, alors même qu'ils n'y sont pas contraints<sup>28</sup>, de s'inscrire en M2. Elle règle, en outre, la question d'une éventuelle poursuite en doctorat des cadres de santé qui le souhaiteraient dès lors que, titulaires d'un diplôme universitaire, leur inscription en troisième cycle n'est pas subordonnée à la reconnaissance par l'université d'une équivalence de grade.
- [140] La mission a par ailleurs pu constater que les cadres de santé qui étaient titulaires d'un master étaient, au-delà de l'enrichissement que cela pouvait induire dans leur pratiques professionnelles, beaucoup plus à l'aise dans leur relations avec des étudiants pleinement conscients d'être inscrit dans une formation conduisant à une licence, fut-ce le grade et non le diplôme.

#### 2.1.4.2 L'agrément des intervenants extérieurs à l'IFSI non universitaires

- [141] En ce qui concerne les intervenants extérieurs auxquels les IFSI font traditionnellement appel pour certains cours magistraux ou travaux dirigés, les universités ont, dans leur très grande majorité, mis en place une politique d'agrément des intervenants non universitaires<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Dans deux des IFCS rencontrés par la mission où cette possibilité de master avait été mise en place, plus des 2/3 des cadres de santé nouvellement diplômés souhaitaient poursuivre en M2.

<sup>28</sup> Dans un IFSI, le choix a été fait, en accord avec l'université partenaire, de demander à deux cadres de santé par an de partir en formation pour obtenir un master. Ce qui aurait pu apparaître pour les intéressées comme une politique contraignante a, au contraire, été vécu de manière très positive.

<sup>29</sup> Sur 20 universités, 17 ont mis en place une procédure d'agrément des intervenants. Sur les 3 qui n'ont pas mis en place de procédure, une l'explique par le fait qu'elle ne recoure qu'à des intervenants hospitalo-universitaires ou mono-appartenants qui enseignent déjà à l'université.

- [142] Dans les faits, les procédures qui ont débouché sur un refus d'agrément sont rares. Pour autant, selon les coordonnateurs universitaires et les directeurs d'IFSI, ces procédures n'ont pas été uniquement formelles. Elles ont permis de vérifier la qualité des interventions et de mieux intégrer les praticiens hospitaliers, médecins de ville, pharmaciens, etc., souvent très isolés dans les IFSI éloignés du CHU, dans une approche plus collective de la formation infirmière. Ces procédures ont en outre incidemment permis de créer des contacts entre les professionnels de santé et les hospitalo-universitaires, contacts qui n'existaient pas<sup>30</sup>.
- [143] La création de véritables réseaux d'intervenants coordonnés par l'université constitue assurément un progrès non seulement pour la qualité de l'enseignement dispensé par les IFSI mais également, de manière, certes plus marginale mais réelle, pour la qualité des soins.

## 2.1.5 Le bilan de la réingénierie

### 2.1.5.1 Une formation profondément remaniée

- [144] Suite à la réingénierie de la formation des infirmiers, le temps de formation est passé à trois années correspondant à 5 100 heures, à comparer aux 4 760 heures avant la réforme. Toutefois, le nouveau référentiel inclut, conformément aux principes posés par la réglementation ECTS<sup>31</sup>, le temps de travail personnel des étudiants à hauteur de 900 heures, entraînant une diminution des enseignements théoriques de 140 heures et des stages cliniques de 280 heures.

Tableau 3 : Comparaison des enseignements avant et après la réforme

Enseignements	Nombre d'heures avant la réforme	Nombre d'heures après la réforme
Enseignements théoriques	2 240	2 100
Stages cliniques	2 380	2 100
Suivi pédagogique	140	-
Travail personnel complémentaire	-	900
<b>Total général</b>	<b>4 760</b>	<b>5 100</b>

Source : Mission

- [145] Cette nouvelle répartition s'est accompagnée :
- du transfert de la responsabilité d'une partie importante de la formation théorique à l'université, avec une élévation du niveau des connaissances que toutes les personnes rencontrées par la mission ont souligné ;
  - d'une ouverture des stages sur des situations que les promotions précédentes n'avaient pas la possibilité de découvrir.
- [146] La reconnaissance de cette ambition nouvelle s'est traduite par l'attribution du grade de licence concomitamment à l'obtention du diplôme d'État d'infirmier.

<sup>30</sup> Une directrice d'IFSI faisait ainsi valoir qu'un PH, suite à la réingénierie de la formation, avait pris l'habitude d'appeler le coordonnateur hospitalo-universitaire quand il était confronté dans sa pratique hospitalière à des situations complexes, ce qu'il n'aurait jamais fait auparavant.

<sup>31</sup> Voir le *Guide d'utilisation ECTS*, Commission européenne - DG Education et culture - Bruxelles 2009, page 16.

- [147] La réingénierie des formations est pour les directeurs d'IFSI assurément une réussite. L'apport de l'université permet de former des infirmiers qui auront de meilleures connaissances théoriques et auront une approche plus « réflexive » de leur métier. A supposer qu'ils soient peut-être un petit peu moins opérationnels que leurs prédécesseurs à la sortie de l'IFSI, ils feront très vite de très bons professionnels, capables de prendre du recul par rapport à leur pratique et sans doute capables de davantage d'adaptation aux changements.
- [148] Pour les universités, prendre en charge une partie de la formation des infirmiers a constitué un formidable défi qui, dans l'ensemble, a été relevé. Le niveau des connaissances théoriques est meilleur et le niveau de formation désormais quasiment identique entre les IFSI conventionnés avec une même université.
- [149] Les fédérations hospitalières publique et privées et les chefs d'établissements rencontrés, sont plus nuancés. Si certains font état des critiques adressées à la nouvelle formation « qui remontent des services de soins » quant à une moindre opérationnalité immédiate, d'autres considèrent qu'il n'y a pas de différences, voire que peut-être les nouveaux infirmiers sont capables de plus d'autonomie. Il y a incontestablement chez certains professionnels de santé un réflexe critique du type « c'était mieux avant » que la mission a, au demeurant, également rencontré chez certains étudiants<sup>32</sup>.
- [150] La mission constate que, dans l'ensemble, le bilan est plutôt positif du point de vue même des acteurs rencontrés. Ceci est cohérent avec le résultat de l'enquête menée par la DGOS en 2012 sur le bilan de la réingénierie (voir annexe 2).
- [151] Cependant il est trop tôt, après la sortie d'une seule promotion, pour porter un jugement définitif. Une évaluation devra être faite, au bout de trois sorties de promotion, du résultat de la réforme en termes de qualité de professionnels formés. Celle-ci devrait être confiée à une autorité scientifique indépendante, du type de l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), accompagnée d'experts professionnels indépendants afin que soient prises en compte les dimensions « acquis universitaires » et « compétences professionnelles ».
- [152] Néanmoins, sans attendre le bilan qui devra impérativement être fait de la nouvelle formation, la mission souhaite mettre en avant quatre points de fragilité sur lesquels il convient d'agir.

### 2.1.5.2 Des points de fragilité à surveiller ou à corriger

- La poursuite du processus d'*universitarisation*

- [153] Dans pratiquement toutes les universités rencontrées par la mission, le processus d'*universitarisation*, près de quatre années après l'entrée en vigueur de la réforme, n'est pas encore achevé. Toutes les UE de formation théorique ne sont pas encore assurées ou coordonnées par des hospitalo-universitaires, le contrôle des connaissances par l'université n'est pas toujours mis en place, la coordination des différents IFSI reste à améliorer. Cette situation n'est pas anormale compte tenu du travail considérable qu'a impliqué la mise en œuvre de la réforme sans que l'université dispose pour ce faire de moyens humains ou financiers supplémentaires.

---

<sup>32</sup> La mission a ainsi assisté à un échange, assez révélateur, entre élèves infirmiers regrettant de ne pas avoir connu l'ancienne formation et cadres de santé en formation leur faisant remarquer qu'ils idéalisaient la précédente formation qui était loin d'être parfaite.

- [154] Il convient toutefois de veiller à ce que *l'universitarisation* aille à son terme et que les domaines d'enseignements 1, 2 et 6 soient totalement placés sous la responsabilité de l'université. La mission a rencontré des présidents d'université et des hospitalo-universitaires très volontaires, qui ont accepté le surcroît d'activité que la réforme impliquait mais elle a également cru percevoir une certaine lassitude, après quatre années, de ces acteurs originels de la réforme<sup>33</sup>, sans que le relais paraisse toujours assuré au sein de la communauté universitaire<sup>34</sup>.
- [155] Il conviendrait qu'*a minima* une réflexion soit engagée sur la manière dont les fonctions de coordonnateur pourraient être reconnues en termes de carrière et/ou au plan indemnitaire. Une solution possible serait de prévoir leur prise en compte au titre de responsabilités administratives particulières et de compléter sur ce point l'article 38 du décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers.
- L'articulation entre la formation universitaire et la formation professionnelle
- [156] Une des fragilités de la réforme est l'absence de prise en charge institutionnelle de l'articulation entre la formation universitaire et la formation professionnelle. Si l'université est très investie dans la dispensation ou la coordination des cours magistraux, elle l'est un peu moins en ce qui concerne les TD correspondant à ces UE et pas du tout s'agissant de la partie professionnalisante de la formation. Les IFSI, pour leur part, continue de gérer cette partie de la formation en totale autonomie et d'une manière générale, avec un vrai professionnalisme<sup>35</sup>.
- [157] Certes, les conseils et commissions pédagogiques ou les commissions d'attribution des crédits permettent en théorie de faire le lien entre les différents intervenants universitaires et non universitaires mais la plupart des responsables entendus par la mission s'accordent à reconnaître le caractère très formel de ces instances, tout particulièrement pour les hospitalo-universitaires qui y siègent.
- [158] Pour prévenir les risques d'une formation théorique d'un niveau élevé qui ne trouve pas à s'articuler avec la pratique professionnelle<sup>36</sup>, il conviendrait d'engager une réflexion sur les conditions de cette articulation impliquant plus l'université. Confier la présidence des CAC à l'université pourrait en constituer un moyen car lui conférant une responsabilité d'ensemble sur l'attribution des crédits.
- Une meilleure organisation des stages
- [159] La mission a pu constater que l'organisation actuelle des stages faisait l'objet de critiques quasi unanimes de la part des étudiants. Résoudre la contradiction qu'il peut y avoir à réduire de huit semaines la durée globale des stages tout en faisant passer de huit à dix semaines la durée moyenne des stages et en étendant le périmètre des terrains de stage n'est pas évident. Les directeurs d'IFSI expriment par ailleurs les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour trouver des lieux de stage.
- [160] Il faudrait :
- introduire plus de souplesse dans l'organisation des stages en permettant, par exemple, les changements de service lorsque cela apparaîtrait pertinent et en affectant les stagiaires à un pôle d'activité médicale ;

<sup>33</sup> Une PU-PH, responsable du dispositif dans son université, faisait remarquer à la mission que cela représentait un travail considérable, qui impactait nécessairement son activité clinique et de recherche, et pour laquelle elle n'avait aucune reconnaissance en termes statutaires ou indemnitaires à en attendre. Au contraire, compte tenu des critères d'évaluation de l'activité des hospitalo-universitaires par le conseil national des universités, cette PU-PH estimait que cela allait la pénaliser.

<sup>34</sup> Dans une université, le retrait du PU-PH qui avait initié la réforme posait à l'évidence des problèmes, son remplacement, lors du passage de la mission, n'ayant pu qu'être partiellement assuré.

<sup>35</sup> Un PU-PH faisait part de son « étonnement » devant le très grand professionnalisme des formateurs des IFSI, en particulier leur connaissance des étudiants, lors des réunions des conseils pédagogiques et des CAC, indiquant « *qu'il y aurait des leçons à prendre pour l'université* ».

<sup>36</sup> Un PU-PH responsable de la formation des infirmières dans son université soulignait que la formation théorique était nettement supérieure à ce qu'elle était avant la réforme, y compris dans les petits IFSI les plus éloignés de l'université, mais il s'interrogeait sur le bénéfice qu'en tireraient les infirmières dans leur pratique professionnelle.



- être plus rigide en contrepartie en imposant que le stage de « soins de courte durée » intervienne en début de scolarité (S2 ou S3) et en veillant à ce que les stages permettent bien d’embrasser le champ des pratiques infirmières sans se limiter à une ou deux problématiques de santé telle que la dépendance ;
- supprimer les rentrées décalées qui compliquent considérablement l’organisation de la scolarité et, en particulier, des stages.

[161] Enfin, il est indispensable que la formation des tuteurs, en particulier sur l’utilisation du portfolio, soit généralisée et organisée en lien avec les IFSI.

- Des conditions de passage dans l’année supérieure plus strictes

[162] La possibilité pour les étudiants qui n’ont pas tous leurs crédits de passer néanmoins dans l’année supérieure est beaucoup trop large, et ce d’autant qu’elle leur interdit, dès lors qu’ils ont un nombre minimum de crédits, de redoubler. Des étudiants se trouvent ainsi échouer au diplôme après trois années d’études alors que malheureusement cet échec était prévisible dès la fin de la première année.

[163] Pour éviter ce qui constitue assurément un gâchis, il conviendrait d’être plus exigeant sur le nombre minimum de crédits permettant de passer dans l’année supérieure. En contrepartie, les possibilités de redoubler seraient plus ouvertes qu’elles ne le sont actuellement.

**Recommandation n°1 : Confier une évaluation de la qualité des professionnels formés, au bout d’au moins trois sorties de promotion, à une autorité scientifique indépendante accompagnée d’experts professionnels indépendants.**

**Recommandation n°2 : Tout en leur laissant une souplesse d’organisation pratique permettant son adaptation aux réalités de terrain, conforter la maîtrise des universités sur le contenu des enseignements théoriques et des contrôles de connaissance, leur homogénéité entre les IFSI, l’habilitation au moins des enseignants vacataires et occasionnels et le contrôle de leurs supports pédagogiques.**

**Recommandation n°3 : Assurer la présence systématique de l’université dans les commissions d’attributions de crédits ; de plus, lui en confier la présidence serait de nature à l’impliquer davantage dans la formation professionnalisante.**

**Recommandation n°4 : Engager rapidement une réflexion sur une évolution de l’organisation des stages sur la base des pistes dégagées par la mission.**

**Recommandation n°5 : Rendre plus strictes les conditions de passage en année supérieure afin d’éviter que des étudiants arrivent en dernière année avec des dettes de crédits de première année et en contrepartie assouplir les possibilités de redoublement.**

**Recommandation n°6 : Supprimer la possibilité actuellement offerte aux IFSI d’organiser deux rentrées sur une même année universitaire, source de complexité dans l’organisation des enseignements, des examens et des stages sans bénéfice avéré pour les établissements de santé et les étudiants.**

## 2.2 La gouvernance du dispositif de formation

[164] Lorsqu’il a été décidé d’intégrer les formations infirmières dans le dispositif LMD, le choix a été fait de conserver l’architecture existante et d’y ajouter un partenariat avec l’université. Ce choix a induit une complexité dans la gouvernance du dispositif de formation qui ne facilite pas sa lisibilité.

## 2.2.1 Des relations difficiles entre les différents acteurs de la formation nées en grande partie d'une organisation trop complexe

[165] Ce ne sont pas moins de dix partenaires (région, université, IFSI, établissements de santé publics, groupement de coopération sanitaire, institutions privées, agence régionale de la santé, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et ministres chargé de la santé et de l'enseignement supérieur) qui participent, à un titre ou un autre, à la gouvernance du dispositif de formation. Une telle complexité ne peut qu'être source de tensions, surtout lorsque certains acteurs se retrouvent en situation de conflit d'intérêts.

### 2.2.1.1 La contestation du montant de la compensation par les régions

[166] Conformément à ses attributions en matière de formation professionnelle initiale et continue, la région est compétente pour la formation initiale des infirmiers<sup>37</sup>. Par contre, réserve faite de la clause générale de compétences, elle n'a pas de compétence en matière universitaire.

[167] La région autorise la création et agréé les IFSI<sup>38</sup>, publics<sup>39</sup> et privés, après avis de l'agence régionale de santé. Elle a la charge du fonctionnement et de l'équipement des IFSI publics<sup>40</sup>. De même, elle est également compétente pour verser des aides aux étudiants des IFSI<sup>41</sup>.

[168] En ce qui concerne les centres de formation privés, leur financement, qui n'est pas obligatoire, est laissé à l'initiative de la région<sup>42</sup>.

[169] Enfin, c'est la région qui est compétente pour répartir, dans la limite du quota régional arrêté par le ministre chargé de la santé, les élèves entre les IFSI conformément au schéma régional des formations sanitaires<sup>43</sup>.

[170] De par leurs attributions issues des lois de décentralisation, les régions ont donc dû tout naturellement prendre en charge *l'universitarisation* de la formation des infirmiers. Pour l'association des régions de France (ARF), cette évolution de la formation pose avant tout un problème financier : les régions considèrent qu'elles se sont retrouvées confrontées à des demandes de financement pour lesquelles elles n'avaient pas au préalable été consultées : heures d'enseignement nouvelles assurées par des hospitalo-universitaires, frais de déplacement afférents, matériel pédagogique élaboré par l'université<sup>44</sup>, équipements informatiques et de visioconférence, temps de coordination pédagogique, etc. pour lesquelles elles estiment ne pas avoir eu la compensation attendue de l'État<sup>45</sup>.

[171] Pourtant, devant la commission consultative d'évaluation des charges (CCEC), la DGOS a détaillé le calcul du coût des charges « nouvelles » liées à *l'universitarisation* pour déterminer le montant de la compensation à verser aux régions conformément au tableau ci-dessous.

<sup>37</sup> La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a décentralisé à la région les formations sanitaires et sociales restée jusqu'alors sous la responsabilité de l'Etat. L'article 73 de la loi du 13 août 2004 précise que les professions concernées sont celle de sage-femme, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'orthophoniste, d'orthoptiste, d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de diététicien, de préparateur en pharmacie hospitalière, d'aide soignant, d'auxiliaire de puéricultrice, d'ambulancier, de technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale. L'article L.214-13 du code de l'éducation, pris pour la mise en œuvre de ce transfert, prévoit que « le contrat de plan régional de développement des formations professionnelles pour sa partie consacrée aux jeunes couvre l'ensemble des filières de formation des jeunes préparant l'accès à l'emploi [...]. [Il vaut] schéma régional des formations sanitaires. »

<sup>38</sup> Article L.4383-3 du code de la santé publique.

<sup>39</sup> Conformément à l'article L.4383-5 du même code, les conventions passées entre la région et les établissements de santé publics relatives au fonctionnement d'un IFSI valent autorisation ou agrément.

<sup>40</sup> Article L.4383-5 du code de la santé publique.

<sup>41</sup> Article L.4383-4 du code de la santé publique.

<sup>42</sup> Article L.4383-5 du code de la santé publique.

<sup>43</sup> Article L.4383-2 du code de la santé publique.

<sup>44</sup> Une réflexion très souvent entendue par la mission est que « cela faisait cher le DVD de cours ».

<sup>45</sup> Pour reprendre l'expression d'un vice-président chargé des formations de santé « le compte n'y est pas ».

Tableau 4 : Montants de la compensation à verser aux conseils régionaux au titre des universités

Postes de dépenses	Années universitaires			Total en base à compter de 2013
	2009/2010	2010/2011	2011/2012	
Enseignement théorique	8 361 105 €	9 940 412 €	12 471 627 €	12 471 627 €
Coordination pédagogique et administrative	2 228 025 €	3 455 597 €	4 271 586 €	3 053 598 €
Equipement	1 223 259 €	1 493 688 €	1 795 386 €	1 795 386 €
<b>Droit à compensation au titre des universités</b>	<b>11 812 389€</b>	<b>14 889 967 €</b>	<b>18 538 599 €</b>	<b>17 320 611 €</b>

Source : Rapport de la DGOS à la CCEC du 12 décembre 2012 - Mission

[172] Il n'appartient pas à la mission de reprendre les calculs qui ont été présentés à la CCEC. Néanmoins, une rapide estimation à partir d'une autre méthode<sup>46</sup> que celle retenue par la DGOS permet de constater que, s'agissant de la compensation la plus importante, celle due au titre des enseignements théoriques, le montant retenu paraît correct. De plus, le calcul fait par la DGOS prend en compte la totalité des IFSI publics et privés entrant dans le périmètre de la décentralisation<sup>47</sup>, alors que l'obligation de financement par les conseils régionaux ne porte que sur les seuls IFSI publics. Au final, la somme théorique moyenne de 468 124 € par université, correspondant à la compensation versée aux régions au titre de *l'universitarisation*, devrait leur permettre de faire face à leurs nouvelles obligations vis-à-vis des universités. Les crédits correspondants ont été délégués aux régions en début d'année 2013.

### 2.2.1.2 Les mécomptes financiers de l'université

[173] Le décret n° 2010-23 du 23 septembre 2010 *relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique* dispose que l'organisme de formation « ou une personne morale mandatée par lui [...] conclut une convention avec une ou plusieurs universités » qui précise les « conditions dans lesquelles la ou les universités contribuent aux enseignements délivrés [...], les modalités de participation des enseignants-chercheurs aux jurys d'examens [et] aux dispositifs internes d'évaluation [et] les modalités de constitution d'une instance mixte chargée du suivi de l'application de la convention ».

[174] Pour assurer ces nouvelles charges, les universités ont dû faire face à des frais de secrétariat, de déplacements et autres frais liés à la confection de matériel pédagogique (DVD notamment), à la réalisation de plateformes intranet dédiées, à l'acquisition de matériels informatiques, etc.

[175] En ce qui concerne la ressource humaine, elles ont dû mobiliser de manière importante les enseignants hospitalo-universitaires.

<sup>46</sup> Si on divise le montant de la compensation au titre des enseignements théoriques, soit 12 471 627 €, par le nombre total des IFSI (326) concernés par la décentralisation, puis par le coût chargé d'une heure de cours magistral d'un universitaire soit 85,89 € on obtient 445 heures. Le nombre d'heures de cours sur les trois années de formation étant de 545 heures, cela représente une différence de -100 heures. Toutefois, l'essentiel des cours magistraux étant soit assuré en visioconférence ou accessible sur une plateforme intranet de l'université, soit coordonné par l'université avec un intervenant ou un cadre de l'IFSI qui assure le cours en présentiel, le travail effectif réalisé par l'université pour une heure de cours l'est, dans la très grande majorité des cas, pour l'ensemble des 8 ou 9 IFSI qui lui sont rattachés.

<sup>47</sup> Seuls n'ont pas été pris en compte les IFSI de Mayotte, de Monaco (hors décentralisation) et de l'hôpital d'instruction des armées de Toulon (financé par le ministère de la défense).

- [176] Enfin, la plupart des universités ont fait le choix d'ouvrir la possibilité d'accéder à la bibliothèque universitaire, à l'association sportive ou encore à la médecine de prévention sans que les étudiants en soins infirmiers acquittent les frais d'inscription correspondants<sup>48</sup>.
- [177] Or, alors même que la prise en charge des enseignements théoriques par les universités a fait l'objet d'une compensation au bénéfice des régions par l'État, les universités rencontrées par la mission ont insisté sur le fait qu'elles n'avaient perçu une compensation équivalente aux frais qu'elles ont supportés.
- [178] Trois facteurs au moins expliquent cette situation.
- [179] D'une part, en ce qui concerne les charges de personnel, les universités ont considéré que dès lors que les enseignants hospitalo-universitaires sollicités à un titre ou un autre dans le cadre de *l'universitarisation* ne pouvaient, conformément à leur statut, percevoir d'heures complémentaires au titre de l'activité d'enseignement délivrée au profit des IFSI, elles ne pouvaient facturer cette activité. Pour la mission, la circonstance que les hospitalo-universitaires ne puissent effectivement être rétribués pour leurs interventions n'interdit en aucune manière à l'université de percevoir le montant correspondant aux prestations effectuées car ces dernières induisent de fortes tensions sur la ressource enseignante hospitalo-universitaire.
- [180] D'autre part, s'agissant des autres frais, la mission a eu le sentiment que les universités n'avaient pas vraiment cherché à négocier avec les régions leur remboursement pour des raisons qu'il n'a pas toujours été facile d'analyser. Une des explications probables tient à la complexité des circuits financiers. Il convient en effet de rappeler que les dispositions réglementaires applicables n'instituent pas de relations financières directes entre la région et l'université, cette dernière ne pouvant, en théorie, ne se retourner que vers les IFSI pour obtenir le remboursement de ses frais. Or, comment facturer, par exemple, à neuf IFSI en moyenne le coût d'un poste de secrétariat si ce n'est au prix d'une réelle complexité ?
- [181] Par ailleurs, les universités sont souvent en négociation avec les régions sur des dossiers de subvention beaucoup plus lourds, concernant notamment l'immobilier, et il leur est difficile de se montrer trop insistantes vis-à-vis de la région<sup>49</sup>.

### 2.2.1.3 Des groupements de coopération sanitaire souvent très formels

- [182] Pour faciliter la signature de la convention que doivent passer entre eux les IFSI publics et l'université, la circulaire du 9 juillet 2009 a prévu que les établissements publics de santé supports d'un IFSI devait créer un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour faciliter la signature de la convention tripartite avec l'université et la région. Les établissements publics de santé supports d'un IFSI d'une même région ou d'une même académie sont membres de droit du GCS, un seul GCS étant constitué par académie, à l'exception des régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes avec respectivement neuf, deux et deux GCS.
- [183] La majorité des interlocuteurs, qu'il s'agisse notamment des universités ou des IFSI, ont souligné que le GCS était une structure très formelle<sup>50</sup> dont l'objet était effectivement uniquement de faciliter la signature de la convention. Ce n'est à l'évidence ni une structure permettant d'aborder les questions financières, ni même un lieu de discussion sur la pédagogie.

---

<sup>48</sup> De fait, beaucoup d'universités envisagent de faire payer aux étudiants des frais d'inscriptions réduits, de l'ordre de 35 € pour les autoriser à accéder à ces services. Une seule université a obtenu que les frais correspondants soient pris en charge par la région, mais sans garantie de pérennité du dispositif.

<sup>49</sup> Comme le faisait remarquer un président d'université, « il est difficile de se montrer très accrocheur sur une subvention de 100 000 € quand, par ailleurs, on négocie avec la région un dossier d'investissement immobilier de 20 millions € ».

<sup>50</sup> Un président d'université a même parlé de « coquille vide » pour caractériser le GCS.

- [184] Pourtant, la circulaire du 9 juillet 2009 prévoit l'existence d'une commission « pédagogique »<sup>51</sup> qui réunit l'administrateur du groupement, le médecin inspecteur régional ou le conseiller technique et/ou pédagogique, le président du conseil régional, les présidents des universités ainsi que des directeurs d'IFSI et des représentants des étudiants. Cette commission, en principe présidée par l'ARS<sup>52</sup>, est chargée de proposer et mutualiser les orientations et expériences pédagogiques et de s'assurer du respect des objectifs et engagements pris dans le cadre de la convention de partenariat.
- [185] Or, dans une large majorité des situations observées<sup>53</sup> par la mission, les universités ont néanmoins préféré mettre en place leur propre commission pédagogique qu'elles président et dont la fréquence des réunions est beaucoup plus importante, en moyenne une fois par trimestre. Ces commissions constituent le véritable lieu de discussion de la pédagogie. Une explication du choix des universités de créer une commission qui leur soit propre tient probablement au caractère trop formaliste de la commission pédagogique du GCS, notamment en raison de sa présidence par l'ARS. C'est ce que semble démontrer le fait que, dans plus de la moitié des cas, la commission de l'université comprend les mêmes membres que celle du GCS.
- [186] Autre point de fragilité du GCS, les IFSI privés<sup>54</sup>, établissements relevant de la FEHAP ou de la Croix Rouge ne sont pas membres, sauf exception<sup>55</sup>, du GCS, ce qui implique pour l'université de se partager entre le GCS et la structure *ad hoc* intégrant les représentants des instituts privés.

#### 2.2.1.4 Un rattachement juridique des IFSI à l'hôpital source de difficultés

- [187] Une des originalités du dispositif de formation tient à l'absence de personnalité morale des instituts de formation publics qui, s'ils sont autorisés par le conseil régional après avis de l'agence régionale de santé, constituent néanmoins de simples « services » des établissements publics de santé dotés d'un budget annexe.
- [188] Si tous les acteurs de la formation rencontrés par la mission sont d'accord pour souligner le caractère essentiel du rattachement fonctionnel des IFSI à l'hôpital pour différentes raisons qui seront évoquées *infra*, il n'en est pas de même du rattachement juridique qui apparaît plutôt comme un facteur de complication. Pour cette raison, les directeurs des établissements publics de santé sont eux-mêmes partagés sur l'intérêt de conserver ce lien juridique.
- [189] En effet, en droit, les établissements publics de santé étant supports des IFSI, ils sont à ce titre membres du GCS et, surtout sont seuls compétents juridiquement pour négocier avec la région le montant de la subvention de fonctionnement et d'équipement versée aux IFSI et passer convention avec elle. Ce montage juridique soulève trois types de difficultés principales.
- [190] D'une part, il rend encore plus difficile pour l'université une vision claire des budgets des IFSI avec lesquels elle travaille. En particulier, l'identification au sein des recettes des instituts, qu'elles proviennent de la région ou des frais de scolarité<sup>56</sup>, des sommes qui devraient lui être rétrocédées au titre des prestations qu'elle fournit dans le cadre de *l'universitarisation* est rendue particulièrement difficile.

<sup>51</sup> Bien qu'elle ne soit pas désignée sous ce terme dans la circulaire du 9 juillet 2009, c'est ainsi qu'elle est couramment nommée par les acteurs de la formation.

<sup>52</sup> Cette présidence a suscité des discussions et de fait, elle n'est pas systématiquement assurée par l'ARS

<sup>53</sup> L'enquête a porté sur un échantillon de 20 UFR de médecine, soit plus de la moitié des facultés de médecine.

<sup>54</sup> Il existe, à côté des 279 IFSI publics, 50 instituts privés se répartissant entre 17 instituts relevant de la FEHAP et 33 relevant de la Croix Rouge.

<sup>55</sup> Lyon notamment.

<sup>56</sup> Un président d'université faisait part de son étonnement de voir les problèmes que pouvait soulever l'instauration de droit d'inscription à l'université de 30 € pour les étudiants des IFSI alors que les mêmes acquittaient des droits d'inscription de 1 500 € auprès de l'IFSI.

- [191] D'autre part, la circonstance que les locaux abritant les IFSI, non seulement appartiennent à l'hôpital mais aussi sont souvent sur le même site voire dans les mêmes bâtiments, rend particulièrement délicates toutes les questions d'investissement. Beaucoup d'instituts sont vétustes ou inadaptés et le problème de leur réfection, voire de leur reconstruction, se pose. Mais la plupart des régions refusent d'investir au motif qu'elles ne sont pas propriétaires des locaux. De leur côté, les hôpitaux refusent également d'investir, bien que propriétaires, car ne disposant pas de recettes suffisantes. Le problème de la propriété des locaux est indubitablement une des difficultés majeures à la séparation juridique des IFSI des établissements de santé.
- [192] Il faut également souligner que, en méconnaissance de la compensation opérée par l'État<sup>57</sup>, certaines régions refusent d'installer des équipements informatiques ou de visioconférence au motif qu'il s'agirait d'investissements<sup>58</sup>.
- [193] Enfin, l'existence d'un budget annexe peut être source de tensions entre la région et l'hôpital quand ce dernier fait écran entre la région et l'IFSI<sup>59</sup>. Par ailleurs l'existence de charges communes (fluides, personnels de d'entretien, etc.) a conduit beaucoup de région à solliciter un audit comptable externe pour s'assurer du caractère équitable des clés de répartition.

#### 2.2.1.5 Des compétences de l'État éclatées entre plusieurs services

- [194] Lors de la création des agences régionales de santé (ARS), le problème de la répartition des attributions des anciennes directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) entre l'ARS et le préfet de région s'est posé. Le choix a alors été fait en matière de formation des professions paramédicales et en particulier des infirmiers :
- de donner au directeur de l'ARS compétence pour exercer le contrôle du suivi des programmes et de la qualité de la formation délivrée par les IFSI<sup>60</sup>, l'ARS devant également être consultée par la région préalablement aux autorisations de création ou d'agrément des IFSI ;
  - de maintenir la compétence du préfet de région - direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) sur l'organisation au nom de l'État des certifications conduisant à la délivrance du DE d'infirmier<sup>61</sup>.
- [195] Ce partage se révèle source de difficultés, les services de la DRJSCS en charge de la certification ne pouvant juridiquement contrôler la qualité de la formation délivrée alors même qu'ils peuvent être amenés à constater des défaillances de celle-ci à l'occasion des jurys de certification terminale. Le rôle de l'ARS est pour sa part contesté dans la mesure où, au contrôle juridique qu'il devrait exercer, elle substitue souvent des considérations d'opportunité qui peuvent, le cas échéant, être non neutres d'un point de vue budgétaire<sup>62</sup>.
- [196] Il convient enfin de souligner la place particulière du ministre chargé de la santé qui, outre son rôle dans la définition du contenu et des modalités de la formation des infirmiers, est compétent pour arrêter le quota national des infirmiers en formation ainsi que sa répartition par région après avis des conseils régionaux<sup>63</sup>.

<sup>57</sup> Près de 1,8 M€ ont été versés aux régions au titre de ces équipements.

<sup>58</sup> La mission a rencontré au moins une université qui a entièrement pris en charge l'équipement informatique.

<sup>59</sup> Situation exceptionnelle mais il peut se produire que la directrice de l'IFSI ne soit pas présente lors de la discussion entre la région et la DAF de l'hôpital.

<sup>60</sup> Article L.4383-1 du code de la santé publique.

<sup>61</sup> *Idem supra*.

<sup>62</sup> Cette critique est essentiellement formulée par l'ARF qui indique que dans plusieurs régions les choix pédagogiques de la seule conseillère pédagogique de l'ARS ont eu des répercussions importantes sur le coût de la scolarité des IFSI.

<sup>63</sup> Compétence de l'État contestée au demeurant par les régions qui souhaiteraient avoir l'entière maîtrise de la démographie des professions paramédicales.

## 2.2.2 Des simplifications possibles du dispositif de gouvernance sans modification des grands équilibres de la réforme

[197] La complexité du dispositif, les intérêts divergents de certains intervenants, notamment au plan financier, sont autant de facteurs de tension et d'incompréhension entre les différents acteurs de la formation. Dans une approche pragmatique, la mission a cherché quelles simplifications pouvaient être envisagées sans remise en cause de l'économie générale de la réforme, celle-ci ne semblant pas, à ce stade, réaliste. A titre d'exemple, la « recentralisation » de la compétence sur ces formations évoquée par le rapport « Hénart »<sup>64</sup> est inenvisageable selon l'ensemble des acteurs.

### 2.2.2.1 Un maillage territorial des IFSI à conserver

[198] Avec 329 IFSI répartis sur tout le territoire, il pourrait être tentant de rationaliser le réseau en ne gardant qu'un IFSI par département, voire un IFSI régional rattaché directement à l'université. Cette possibilité a été écartée par la totalité des personnes rencontrées pour plusieurs raisons qui ont paru à la mission particulièrement pertinentes.

[199] D'une part, le maillage actuel permet de faire de ces formations un outil efficace de promotion et d'insertion professionnelles. Lors de ses déplacements, la mission s'est attachée à rencontrer aussi bien les étudiants des IFSI des CHU, qui compte en moyenne entre 1 500 et 2 000 étudiants, et que ceux des IFSI éloignés de l'université, plutôt situés en zone rurale ou faiblement urbanisée et dont le nombre d'étudiants peut être inférieur à 200. Le profil des étudiants rencontrés était à chaque fois très différent. Les étudiants des IFSI des CHU étaient en moyenne plus jeunes, plus urbains et ne se distinguaient guère des autres étudiants de l'université. A l'inverse, la moyenne d'âge des étudiants des IFSI éloignés de l'université étaient plus élevée car une part importante des étudiants étaient des aides-soignantes en formation professionnelle<sup>65</sup>. Quant aux étudiants en formation initiale, à la question de savoir s'ils auraient entrepris les mêmes études s'ils avaient dû suivre leur scolarité au chef-lieu de département, voire à l'université, la réponse était systématiquement négative.

[200] D'autre part, ce maillage constitue également un outil efficace d'aménagement du territoire, grâce en particulier au lien fonctionnel qui existe entre l'IFSI, l'hôpital et souvent les EHPAD environnants. Pour les directeurs d'hôpital rencontrés, en particulier ceux de petits centres hospitaliers, sans IFSI, ils ne seraient plus à même de trouver les infirmiers nécessaires au bon fonctionnement des services hospitaliers. En effet, beaucoup des infirmiers de ces IFSI, s'ils le peuvent, souhaitent rester dans le territoire, que ce soit à l'hôpital ou en maison de retraite, voire en secteur libéral. Les présidents de conseil régional sont également convaincus que ces IFSI constituent le seul moyen de maintenir à un niveau correct la démographie des professions de santé dans des zones souvent fragiles par ailleurs et connaissant une population vieillissante demandant de plus en plus de soins.

[201] Enfin, un des arguments souvent avancé en faveur d'une rationalisation sévère de la carte des formations infirmières, à savoir l'isolement des petits IFSI et ses conséquences sur le niveau de la formation paraît peu convaincant aux regards des visites effectuées par la mission. Coordonnateurs hospitalo-universitaires comme directeurs d'IFSI soulignent, en effet, que, grâce à *l'universitarisation*, le niveau de formation dispensé dans tous les IFSI s'est considérablement homogénéisé.

[202] La mission souscrit pleinement à ces analyses et considère qu'une éventuelle réduction de l'offre de formation ne pourrait être que marginale, à envisager au cas par cas et non érigée en principe. Ainsi, elle ne concernerait qu'un ou deux établissements maximum par région.

<sup>64</sup> Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire présenté par Laurent Hénard, Yvon Berland et Danielle Cadet, rapporteurs généraux : E.Fery-Lemonnier et B.Verrier – janvier 2011

<sup>65</sup> Dans un IFSI situé à plus de trois heures de l'université par la route comme par le train, les aides soignantes représentaient 50 % de la promotion.

### 2.2.2.2 Le rattachement juridique des IFSI à un GCS de moyens

- [203] Si toutes les personnes interrogées par la mission sont extrêmement attachées au maintien du lien fonctionnel entre l'hôpital et les IFSI, la question du statut juridique des IFSI, simple « service » de l'hôpital, est plus discutée, y compris chez les directeurs d'hôpital.
- [204] Ainsi que cela a été démontré *supra*, ce rattachement juridique des IFSI à l'hôpital est un facteur sérieux de complication de la gouvernance de la formation infirmière. Pour régler ces difficultés, il conviendrait de rattacher les IFSI à une structure juridique unique qui serait à la fois l'interlocuteur de la région et de l'université.
- [205] Pour ce faire, une solution possible serait de transférer les IFSI à un groupement de coopération sanitaire de moyens, dont l'objet serait de gérer et d'organiser les activités d'enseignement et de recherche<sup>66</sup>. Le périmètre de ces GCS reprendrait le périmètre des GCS actuels.
- [206] Chaque établissement de santé public ferait apport de son IFSI au GCS auquel les IFSI seraient alors juridiquement rattachés.
- [207] Le GCS serait l'employeur des personnels des IFSI<sup>67</sup>. Il nommerait les responsables de chaque IFSI.
- [208] Leurs budgets cesseraient d'être des budgets annexes des hôpitaux pour constituer le budget du GCS. Ce budget comprendrait :
- des dépenses communes telles que celles d'administration du GCS ou celles exposées au titre de la prise en charge par l'université des enseignements théoriques contributifs ;
  - des dépenses par IFSI, chaque IFSI étant constitué en centre de responsabilité<sup>68</sup> ;
  - des recettes, principalement la subvention de la région et les frais de scolarité.
- [209] Le GCS serait constitué des établissements de santé ayant fait apport de leur IFSI, chaque établissement de santé étant représenté dans le GCS.
- [210] L'université serait également membre du GCS<sup>69</sup>. C'est à elle qu'échoirait la présidence de la commission pédagogique du GCS qui serait composée de représentants des personnels hospitalo-universitaires intervenant dans la formation, des responsables d'IFSI, des personnels du GCS et des étudiants.
- [211] Les instituts privés rattachés à la FEHAP ou à la Croix Rouge pourraient également demander à être membre du GCS qui devrait toutefois être uniquement de droit public<sup>70</sup>.
- [212] L'État et la région participeraient aux travaux du GCS avec voix consultative.
- [213] Le GCS serait l'interlocuteur unique de l'État, de la région, de l'université et des établissements de santé avec lesquels il pourrait passer convention. Son positionnement ainsi que l'existence d'un budget unique consolidé de la formation infirmière devrait être un facteur de simplification et de transparence qui devrait mettre fin au sentiment qu'à aujourd'hui chaque partie que le compte n'y est pas et que *l'universitarisation* s'est, au moins au plan financier, faite à ses dépens.

<sup>66</sup> Cf. article L.6133-1 du code de la santé publique, 3°.

<sup>67</sup> Cf. article L.6133-3 du code de la santé publique, II.

<sup>68</sup> La mission ne se prononce pas sur la question du transfert des locaux abritant les IFSI à la région. Les locaux seraient mis à disposition du GCS par les établissements de santé, ce qui ne permet pas toutefois de régler la question des investissements qui seraient à réaliser.

<sup>69</sup> Cf. article L.6133-2 du code de la santé publique, deuxième alinéa.

<sup>70</sup> Cf. article L.6133-3 du code de la santé publique, I.



### 2.2.2.3 Un unique représentant de l'État au niveau régional

- [214] Deux services de l'État interviennent aujourd'hui dans la gouvernance du dispositif de formation : l'ARS et la DRJSCS. Il serait souhaitable qu'un seul service soit compétent à l'avenir. Pour la mission, le plus pertinent serait que ce service soit la DRJSCS pour au moins deux raisons.
- [215] La première, plus de principe, tient au fait qu'il est cohérent que ce soit la même autorité qui organise la certification, veille à sa régularité et délivre les diplômes, et contrôle le suivi des programmes et le fonctionnement des instituts. Or ce rôle est traditionnellement dévolu au préfet de région et il n'y a *a priori* pas de raison d'y déroger pour le DE d'infirmier.
- [216] La seconde, plus pragmatique, est liée aux ressources en personnel. Celles-ci se trouvent majoritairement dans les DRJSCS, où les services en charge de la certification comportent un nombre relativement important d'agents alors que les ARS ne comptent, en général, qu'un ou au mieux deux conseillers pédagogiques<sup>71</sup>.
- [217] La DRJSCS pourrait donc retrouver une attribution aujourd'hui dévolue à l'ARS<sup>72</sup>, cette dernière se concentrant sur le rôle majeur qu'elle doit assurer en matière de démographie des professions de santé et de détermination des besoins.

**Recommandation n°7 :** Engager, en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, une réflexion approfondie sur la possibilité de rattacher juridiquement les IFSI à un GCS de moyen.

**Recommandation n°8 :** Dans cette attente, et a minima simplifier les circuits financiers, notamment en permettant aux universités de percevoir directement de la région les fonds correspondants à leur participation à la formation sans que ceux-ci transitent par les IFSI.

## 3 LE STATUT DES ETUDIANTS DES INSTITUTS PARAMEDICAUX

### 3.1 Des étudiants qui ont le sentiment de ne pas avoir réellement de statut

- [218] La question de leur « statut » revient de manière récurrente dans les entretiens avec les étudiants, que ce soient les représentants des organisations syndicales ou les étudiants rencontrés au cours des visites de terrain qu'a effectuées la mission. Ils ont le sentiment qu'ils ne sont ni traités, ni considérés comme des étudiants « à part entière », que ce soit pour les bourses, l'accès aux prestations universitaires (logement, CROUS, bibliothèque, et les différents « services » étudiants) ou les droits d'inscription.
- [219] Pourtant, les efforts d'harmonisation ont été réels. Un bref rappel des dispositions applicables est nécessaire à ce stade, pour mieux mesurer si les différences sont tangibles ou non entre les deux statuts.

---

<sup>71</sup> Ces conseillers pédagogiques pourraient sur la base du volontariat être transférés aux DRJSCS, leur nouveau positionnement permettant peut-être de mettre fin à la critique de leur action qui relèverait plus d'un contrôle d'opportunité que de légalité.

<sup>72</sup> Cf. article L.4383-1 du code de la santé publique, deuxième alinéa.

### 3.1.1 La question du montant des bourses

- [220] La question de l'alignement des bourses des étudiants paramédicaux sur les bourses sur critères sociaux du ministère chargé de l'enseignement supérieur est un sujet de revendication particulièrement sensible pour les étudiants. Les comptes rendus des réunions du groupe de travail sur la vie étudiante qui se sont tenues en 2008-2009, sous l'égide de la DHOS, se faisaient d'ailleurs déjà l'écho de ces revendications. A juste titre, les étudiants souhaitent en effet que l'alignement soit total et synchronisé avec l'enseignement supérieur.
- [221] La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (article L.4383-4 du Code de la santé publique<sup>73</sup> et article L.451-3 du Code de l'action sociale et des familles<sup>74</sup>) a donné compétence aux régions pour attribuer les aides aux étudiants des formations sociales et paramédicales. La nature, le montant et les conditions d'attribution de ces aides sont déterminés par délibération du conseil régional. Les règles minimales de taux et de barème de ces aides sont toutefois fixées par décret.
- [222] Le décret n°2008-854 du 27 août 2008 (article D451-7 du code de l'action sociale et des familles)<sup>75</sup>, pris pour l'application de ces dispositions législatives, prévoit ainsi que le barème des bourses comporte au moins cinq échelons auxquels correspondent des plafonds de ressources minimaux et une liste de points de charge minimaux.
- [223] Le tableau suivant indique la variation des taux de l'échelon 1 à 5.

Tableau 5 : Montants des aides en fonction de l'échelon

Echelon	Montant minimal de l'aide	Rappel du taux MESR pour 2012-2013
Échelon 1	1 315 €	1 640 €
Échelon 2	1 982 €	2 470 €
Échelon 3	2 540 €	3 165 €
Échelon 4	3 097 €	3 858 €
Échelon 5	3 554 €	4 430 €
Échelon 6	NEANT	4 697 €

Source : Mission

<sup>73</sup> Article L4383-4 CSP : « La région est compétente pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les écoles de formation agréées en application de l'article L4151-7. La nature, le niveau et les conditions d'attribution de ces aides sont fixés par délibération du conseil régional. Aucune condition de résidence ne peut être exigée des étudiants. /Un décret fixe les règles minimales de taux et de barème de ces aides. »

<sup>74</sup> Article L451-3 du CASF : « La région est compétente pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les établissements mentionnés à l'article L. 451-2-1. La nature, le montant et les conditions d'attribution de ces aides sont fixés par délibération du conseil régional. /Un décret fixe les règles minimales de taux et de barème de ces aides. »

<sup>75</sup> Article D451-7 du CASF : « Le barème des aides mentionnées à l'article L451-3 accordées sous forme de bourses d'études comporte, d'une part, au moins cinq échelons, numérotés de un à cinq, auxquels correspondent des plafonds de ressources minimaux et, d'autre part, une liste de points de charges minimaux de l'étudiant./A chaque échelon correspond un taux minimum exprimé en euros. /Les points de charges se réfèrent notamment au handicap dont l'étudiant peut être atteint, à ses propres charges familiales ou à celles de sa famille, aux mesures de protection particulière dont il peut bénéficier ainsi qu'à la distance qui sépare son domicile de l'établissement de formation. (...) /Les taux minimaux des échelons un à cinq, les plafonds minimaux de ressources et la liste des points de charge minimaux de l'étudiant sont définis à l'annexe 4-1. »

- [224] Ces montants minimaux correspondent aux montants des bourses sur critères sociaux (BCS) pour l'année universitaire 2004-2005. Certaines régions peuvent cependant décider la création d'un échelon zéro permettant l'exonération d'une partie des frais d'inscription et des droits de cotisation sociale étudiante. De même, certaines régions peuvent décider de s'aligner complètement sur les montants des bourses du MESR, et c'est le cas pour un certain nombre d'entre elles<sup>76</sup>.
- [225] Toutefois, malgré les efforts réels qui ont été faits depuis 2008, par les régions et par l'État, pour revaloriser le montant des bourses versées aux étudiants en formation paramédicale, il n'en reste pas moins que, ni dans les textes, ni dans les faits, l'alignement sur le montant des bourses du MESR n'a pu encore être réalisé totalement.

### 3.1.2 L'accès aux autres prestations étudiantes

- [226] Les étudiants ont, du fait de leur affiliation au régime de sécurité sociale étudiante, vocation à bénéficier de l'ensemble des prestations offertes par les CROUS (restauration, hébergement, action culturelle, action sociale et aides d'urgence ponctuelles dans les conditions prévues par la réglementation du ministère chargé de l'enseignement supérieur), comme c'est le cas des étudiants inscrits à l'université. Ils participent à ce titre aux élections des représentants des étudiants aux conseils d'administration des CROUS. A niveau social comparable, les étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux ont donc notamment accès aux logements des CROUS au même titre que les étudiants des formations du MESR.
- [227] Ce point a été rappelé dans une circulaire conjointe DGESIP – DHOS du 9 juillet 2009 relative à la situation des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux au regard du bénéfice des prestations des œuvres universitaires. Elle précise que les étudiants régulièrement inscrits dans un institut de formation paramédical mentionné aux titres I à VIII du troisième livre de la quatrième partie du code de la santé publique bénéficient d'une carte d'étudiant délivrée sous le timbre de leur institut.
- [228] A ce jour, l'ensemble des étudiants possèdent donc, au titre de leur institut, une carte d'étudiant qui ouvre droit aux prestations du CROUS, et les instituts de formation développent des relations avec les CROUS de façon à étendre les prestations offertes aux étudiants en matière de logement, de restauration, de services sociaux. Dans les universités visitées par la mission, les étudiants des IFSI sont, en outre, en règle générale, inscrits à l'université et bénéficient de l'accès aux services de l'université. En fonction de la proximité des instituts avec la ville universitaire, l'accès des étudiants aux services sociaux, aux équipements sportifs et aux centres de ressources multimédias ou aux bibliothèques universitaires est cependant plus ou moins effectif.

### 3.1.3 La difficile question des droits d'inscription

- [229] C'est sans doute le point le plus sensible du dossier pour les étudiants. Les études dans ce secteur coûtent cher, voire très cher dans certains instituts, comme le fait apparaître le tableau suivant pour quelques professions (source DGOS et syndicats professionnels pour certaines professions).

---

<sup>76</sup> Afin de mensualiser le paiement des bourses et d'aligner le montant des bourses sanitaires et sociales sur celui des étudiants accueillis à l'université, certaines régions ont ainsi décidé de confier l'instruction et le versement de ces bourses directement au CROUS (Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires).

Tableau 6 : Montants des droits d'inscription dans les instituts de formation aux professions paramédicales

Frais de scolarité/an	Taux minimum	Taux maximum
<b>Infirmiers</b>	Pour la plupart des IFSI : frais d'inscription universitaire (183 €) + sécurité sociale étudiante (211€)+ assurance responsabilité civile (0 à 10€), soit total de 394€	Pour quelques IFSI: les montants de base (394€) + frais (tenues de stage, bibliothèque...) : 900€ en plus, soit un total de 1294€
<b>Ergothérapeute</b>	1 125€	5 900 €
<b>Pédicure-podologue</b>	580 €	10 095 €
<b>Psychomotricien</b>	1 200 €	9 320 €
<b>Masseur-kinésithérapeute</b>	394€	8 850 €
<b>Manipulateur d'électro-radiologie médicale</b>	394€	900 €
<b>Puéricultrice (pour étudiants en formation initiale)</b>	394€	7 500 €

Source : DGOS, syndicats professionnels - Mission

[230] Plus étonnant, les frais d'inscription varient, y compris au sein des instituts publics. A titre d'exemple, pour les étudiants en kinésithérapie, les frais de scolarité varient suivant la nature des instituts, de 394 € à 3 800 € dans les instituts publics, de 304 € à 8 500 € dans les instituts privés non lucratifs et de 7 900 € à 8 850 € dans les instituts privés lucratifs (chiffres fournis par la fédération des étudiants en kinésithérapie).

[231] On retrouve la même disparité d'ailleurs, mais cette fois-ci entre diplômes, dans le montant des droits d'inscription des formations préparées dans les universités : les droits annuels de scolarité sont ainsi fixés, au titre de 2012-2013<sup>77</sup>, à 334 € pour le certificat de capacité d'orthoptiste, à 465 € pour le certificat de capacité d'audioprothésiste, à 536 € pour le certificat de capacité d'orthophoniste et à 1 265 € pour le diplôme d'État de psychomotricien, sans qu'il soit possible d'expliquer ces différences autrement que par la réévaluation automatique, année après année, de taux « historiques ».

[232] On ne peut que s'interroger sur des disparités que rien, fondamentalement, ne justifie, d'autant que l'on arrive, dans certains cas, à des coûts pour les familles qui deviennent exorbitants, avec des frais de scolarité qui peuvent monter, sur l'ensemble du cursus, jusqu'à 40 000 € voire les dépasser si l'on englobe l'année préparatoire aux concours qui est devenue quasi systématique.

<sup>77</sup> Arrêté du 31 juillet 2012 fixant les taux des droits de scolarité dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche.

- [233] Les syndicats représentatifs auditionnés par la mission ont tous souligné les inégalités d'accès créés par les montants des frais d'inscription et déplorent unanimement l'absence d'encadrement et de contrôle en la matière, d'autant qu'à cette disparité des coûts répond une disparité des aides selon les régions. Ainsi, pour le syndicat des instituts en formation d'ergothérapie (SIFEF)<sup>78</sup>, « *le système français n'est pas égalitaire pour l'accès aux formations paramédicales. Ces dernières qui participent pourtant à la santé publique ne sont pas aidées par l'État ou peu, ou de façon disparate, hormis la formation infirmière qui est subventionnée entièrement. Toutes formes de statuts existent, privés ou publics, affiliés ou non aux universités, avec des moyens financiers très variables selon les tutelles régionales ou locales. En fonction de leur région, les étudiants d'une même filière professionnelle peuvent payer leurs études complètement ou partiellement ou pas du tout. Cette disparité est profondément inégalitaire et permet peu de choix aux familles modestes.* »
- [234] Ce constat recoupe largement celui fait par les autres organisations représentatives et est à l'origine d'inégalités flagrantes que les étudiants soulignent. A cet égard, l'*universitarisation* n'a pas apporté d'amélioration sensible à ce problème qui reste un des échecs de la réforme.

## 3.2 Les pistes d'évolutions possibles

### 3.2.1 A travers les conventions de partenariats

- [235] On l'a vu, les étudiants des instituts paramédicaux ont les mêmes droits que les étudiants universitaires en matière d'accès au logement et au restaurant universitaire, et plus généralement aux prestations offertes par les CROUS.
- [236] Dans les universités visitées par la mission, le choix a, par ailleurs, été fait de donner aux étudiants des IFSI une carte d'étudiants de l'université, avec l'accès aux services. Pour l'instant, cet accès est sans contrepartie financière mais plusieurs d'entre elles ont indiqué qu'elles envisageaient de faire payer à l'avenir des « droits » pour compenser les surcoûts induits par cette arrivée de nouveaux étudiants. Ces droits seraient facultatifs pour les étudiants qui souhaitent utiliser les services communs (bibliothèque, par exemple) et d'un montant limité (30 à 35 €).
- [237] Ces efforts d'ouverture sont toutefois plus ou moins couronnés de succès, notamment en raison de l'éloignement de certains IFSI, qui rend difficile, voire impossible, pour les étudiants, l'accès à la bibliothèque autrement que sous forme d'une plateforme numérique. De nombreuses universités ont donc développé en parallèle des plateformes en ligne pour favoriser l'accès aux bases documentaires et ont proposé des mutualisations (pour l'accès aux abonnements par exemple) aux centres de documentation des IFSI, avec des possibilités de formation offertes aux personnels de ces centres. Ces mutualisation en terme d'accessibilité sont très intéressantes, mais restent limitées et se heurtent parfois à des réticences de certains IFSI, par crainte -infondée- d'une certaine perte d'autonomie, alors même qu'il ne s'agit que d'une offre de service proposée par les universités. Elles constituent pourtant des pistes intéressantes de coopération entre les différents partenaires, qui méritent d'être développées.

---

<sup>78</sup> On compte aujourd'hui 17 Instituts de formation en ergothérapie dont 10 sont publics (5 universitaires 5 Centres hospitaliers) et 7 sont gérés par des organismes privés à but non lucratif.

- [238] Il serait intéressant, à l'avenir, que le « statut » et les droits des étudiants paramédicaux soient systématiquement précisés dans le cadre des conventions de partenariat, non seulement en matière d'accès aux services universitaires, ce qui est déjà le cas, mais aussi en terme de participation à la vie de l'université. Ainsi, dans certaines universités, les étudiants paramédicaux participent d'ores et déjà au conseil des études et de la vie universitaire, pratique qui pourrait être étendue et qui constitue un moyen efficace de rapprochement entre les deux populations étudiantes. D'une manière générale, les conventions de partenariats constituent le cadre adéquat pour préciser les conditions d'accès aux différents services et les modalités de coopération (voir en pièce jointe 1 un modèle de convention).
- [239] Il paraît légitime que les étudiants des instituts paramédicaux puissent avoir accès aux « services » universitaires à égalité avec les autres étudiants. En contrepartie des services offerts, il paraît tout aussi légitime que l'université soit dédommée des surcoûts engendrés par l'utilisation de ses services. Le choix retenu par la majorité d'entre elles de faire payer des droits spécifiques optionnels, correspondant aux services offerts (ressources documentaires notamment) paraît constituer une solution raisonnable, dès lors que le montant demandé aux étudiants reste réduit et ne constitue pas une obligation. L'autre solution est la prise en charge partielle par la région comme c'est le cas à Lyon, mais le coût de la mesure serait élevé<sup>79</sup>, si elle devait être généralisée.

### 3.2.2 L'évolution du cadre réglementaire

- [240] La disparité des droits d'inscription mériterait, aux yeux de la mission, de faire l'objet d'une étude spécifique et approfondie. Elle pose la question non seulement du statut des instituts mais aussi des critères de leur agrément (voir *infra* § 3.6) et des modalités de financement régional.
- [241] S'agissant du montant des bourses, l'effort de clarification et d'encadrement réalisé en 2008 a constitué une avancée réelle mais encore insuffisante. Dès lors que les gouvernements successifs se sont engagés dans un processus d'*universitarisation* de ces formations, il paraît légitime d'aller plus loin et que les textes réglementaires, sur ce point, évoluent vers un alignement total du montant des bourses versées par les régions sur le montant des bourses universitaires.
- [242] En conclusion, des efforts réels ont été fait par l'ensemble des partenaires, État, régions, universités, pour, dans les faits, rapprocher le statut des étudiants des instituts paramédicaux de celui des étudiants inscrits dans les universités. Il reste cependant que ces mesures n'ont réellement permis, ni d'aligner totalement le « statut » de ces deux catégories, ni surtout de diminuer les coûts extrêmement élevés des études, qui sont un facteur de ségrégation sociale<sup>80</sup>.
- [243] Cette disparité est d'autant plus sensible que la comparaison peut être faite avec les formations du secteur paramédical assurées par les universités, qui, de fait, ont des droits d'inscription relativement bas (du moins par comparaison avec les autres formations paramédicales) et font partie de la liste des formations habilitées à recevoir des boursiers<sup>81</sup>. Les étudiants inscrits dans les formations conduisant aux diplômes d'État d'audioprothésiste et de psychomotricien, au DTS en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, aux certificats de capacité d'orthoptiste et d'orthophoniste peuvent ainsi bénéficier d'une bourse d'enseignement supérieur sur critères sociaux (MESR) et ont, bien entendu, un « statut » d'étudiant universitaire « à part entière », ce qui n'est pas le cas des autres formations paramédicales sous tutelle du ministère chargé de la santé .

<sup>79</sup> Sur la base d'un effectif d'environ 30 000 infirmières, sur la base d'une prise en charge à hauteur de 20€ ce qui ne couvre pas le coût réel supporté par les universités, la mesure e compensation coûterait à elle seule 600 00€

<sup>80</sup> Et, ce d'autant plus que la prise en charge du coût des formations privées ne constituant pour les régions qu'une simple faculté (article L4383-5 du code de la santé publique), des frais de scolarité élevés sont clairement dissuasifs de toute intervention financière de leur part.

<sup>81</sup> Cf. circulaire n°2012-0012 du 22 juin 2012 de la DGESIP sur les bourses sur critères sociaux

[244] L'effort d'harmonisation entre les deux statuts doit donc être poursuivi, dans tous ses aspects, que ce soit l'intégration des étudiants des instituts paramédicaux à la vie et aux activités des universités, l'accès aux services étudiants et les montants des bourses

**Recommandation n°9 :** Clarifier, dans les conventions tripartites, les « droits » des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicale, tant en ce qui concerne l'accès aux différents services universitaires que leur participation à la vie universitaire, et notamment aux conseils de l'université.

**Recommandation n°10 :** Prévoir, pour l'université, les contreparties financières des surcoûts engendrés par cette accessibilité aux services de l'université.

**Recommandation n°11 :** Modifier les dispositions réglementaires actuelles (article D451-7 du code de l'action sociale et des familles) pour prévoir un alignement automatique du montant des bourses des étudiants paramédicaux sur celui des bourses sur critères sociaux du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Recommandation n°12 :** Engager une réflexion sur le montant des droits d'inscription payés par les étudiants dans les instituts de formation publics et privés ; à partir d'un bilan exhaustif de la situation actuelle, faire des propositions pour harmoniser ces montants entre les instituts publics et travailler avec les professionnels et les représentants des instituts privés sur les modalités possibles d'encadrement des droits de scolarité.

## 4 QUELLE POURSUITE DU PROCESSUS ? LES QUESTIONS EN SUSPENS

### 4.1 L'hétérogénéité des situations

[245] Le protocole d'accord du 2 février 2010 signé par la ministre de la santé annonçait l'attribution du grade de licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux à l'horizon 2015. Cet objectif a été réaffirmé à plusieurs reprises par le gouvernement actuel<sup>82</sup>. Trois ans plus tard, toutes les organisations professionnelles et étudiantes concernées attendent l'aboutissement de ce processus d'*universitarisation* et la reconnaissance du cursus de formation des professionnels paramédicaux dans le cadre du système LMD.

[246] Mais cette unanimité ne peut masquer des différences profondes entre ces professions. La lecture des articles consacrés à ces dernières dans le code de la santé publique (titres Ier à VII de la quatrième partie du livre III) est, à elle seule, éclairante sur ces disparités qui constituent sans doute un des éléments majeurs de complexité du processus. Pour chaque profession, les dispositions réglementaires sont spécifiques, que ce soit sur l'accès à la formation, la durée des études, les modalités de validation des examens, le type de compositions des jurys, ou encore l'agrément des formations. On évoque un processus d'« *universitarisation* » des formations paramédicales, comme s'il s'agissait d'un groupe homogène alors même que les dispositifs de formations des différentes professions ont été historiquement construits de manière totalement hétérogène, sans qu'aucune harmonisation n'ait été vraiment tentée jusqu'ici.

---

<sup>82</sup> Voir les communiqués de Geneviève Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, sur ces questions, notamment le communiqué du 21 janvier 2013.

### 4.1.1 La disparité dans l'organisation des cursus de formation

- [247] La disparité se manifeste tant dans l'organisation que dans le contenu des formations dispensées et des diplômes délivrés :
- ▶ certaines formations sont délivrées dans et sous la responsabilité des universités, parce qu'historiquement, les premières écoles ont été ouvertes au sein des universités : c'est le cas des orthophonistes, des orthoptistes, des audioprothésistes ;
  - ▶ toujours dans les universités, se sont ouvertes des formations technologiques courtes en deux ans sanctionnées par un diplôme universitaire de technologie (DUT) ; c'est le cas du DUT génie biologique - option diététique, du DUT génie biologique - option analyses biologiques et biochimiques ;
  - ▶ des formations postsecondaires sont également organisées, en deux ans, dans les lycées et sanctionnées par des brevets de technicien supérieur (BTS) : BTS podologue-orthésiste et BTS prothésiste orthésiste ; BTS opticien-lunetier ; BTS analyses de biologie médicale ; BTS bioanalyses et contrôles ; BTS biotechnologies ; BTS diététique ; à ces formations, il faut ajouter le diplôme de technicien supérieur (DTS) en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, qui est délivré en trois ans ;
  - ▶ à côté de ces diplômes de l'enseignement supérieur, on trouve les diplômes d'État, énumérés par le code de la santé publique qui en fixe le contenu et l'organisation : DE d'infirmier ; DE de masseur-kinésithérapeute ; DE de pédicure-podologue ; DE d'ergothérapeute ; DE de psychomotricien ; DE de manipulateur d'électroradiologie médicale ; DE de technicien en analyses biomédicales.
- [248] A cette disparité des diplômes répond la disparité des tutelles pédagogiques qui en découlent : les diplômes dispensés dans les universités ou les classes post baccalauréat sont des diplômes de l'enseignement supérieur ; les textes relatifs au contenu de ces formations sont cosignés par le ministre chargé de la santé, à l'exception cependant des référentiels de formation des BTS, DTS et DUT qui sont signés par le seul ministre de l'enseignement supérieur. Le ministère de la santé est en revanche seul signataire des textes relatifs aux diplômes d'État, y compris, ce qui peut paraître paradoxal, lorsque ces diplômes ont vocation à conférer des grades universitaires.
- [249] Cette disparité des tutelles entraîne *de facto* une disparité des agréments et des financements qui est en contradiction avec les articles L.214-13 du code de l'éducation et L.4383-3 et L.4383-5 du code de la santé publique. Les formations organisées au sein de universités devraient pourtant, en toute logique, et conformément aux textes être agréées et financées par les régions ce qui n'est pas le cas actuellement.
- [250] Les modalités d'accès aux formations n'obéissent également pas aux mêmes règles même si l'ensemble de ces formations recrutent théoriquement au niveau du baccalauréat. En fait (*voir infra* §3.4.), des modalités de sélection différentes suivant les professions se sont mises en place : certaines formations (BTS, DTS et DUT) sont accessibles, après une simple sélection sur dossier via le portail Admission Post Bac (APB) ; dans la plupart des autres formations en revanche, des sélections par concours se sont mises en place, avec leurs préparations, majoritairement privées et donc payantes, censées préparer à ces concours ; parallèlement, des voies d'accès ont été ouvertes via la PACES (première année commune aux études de santé) ou d'autres filières universitaires, sans qu'à aucun moment, une réflexion ait eu lieu sur les mérites comparés de ces différents modes d'accès.
- [251] Sur le fond, chaque cursus obéit à sa logique propre ; ni la durée des études, ni le contenu des formations, ni les modalités de validation ne sont harmonisés, sans parler d'un corps enseignant, qui, lui aussi, suivant que les formations sont organisées à l'université, dans des instituts rattachés à des hôpitaux ou dans des instituts privés, n'a pas du tout les mêmes profils.



- [252] Certes, tous les cursus sont construits sur le principe d'une alternance entre enseignements théoriques et stages professionnels, mais avec de différences sensibles d'une profession à l'autre. Les textes sont anciens (souvent plus de vingt ans) et n'ont été modifiés qu'à la marge, ne répondant plus à l'évolution des professions.
- [253] Le problème est que ces disparités ne vont pas disparaître avec la réingénierie, compte tenu de la méthode qui a été suivie ; le travail entrepris, profession par profession, sans échange des professionnels entre eux, amène nécessairement la construction de programmes tubulaires, quelle que soit la qualité du travail accompli (*voir §1.4.2.*).
- [254] On peut prendre comme exemple, parmi d'autres, de cette complexité du paysage, la formation des techniciens de laboratoire, avec, à l'heure actuelle, cinq ministères (santé, enseignement supérieur, éducation, agriculture et armées) qui régissent dix diplômes donnant accès à la profession de technicien de laboratoire médical. D'un côté, on trouve le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical, organisé sur trois ans, de l'autre des diplômes en deux ans, BTS, DUT et un brevet de technicien supérieur agricole (BTSA). Le paradoxe, dans ce cas, vient de ce que le diplôme d'État a été créé très récemment, sans pour autant que la suppression des autres diplômes soit programmée<sup>83</sup>. Certes, les travaux de réingénierie de la formation ont été engagés en 2010, avec un groupe rassemblant les principaux protagonistes (médecins, biologistes, instituts de formation, etc.) ; le référentiel d'activité et de compétence a été validé en mars 2012 mais la question de l'unicité du diplôme n'est pas tranchée. Pourtant, les professionnels réclament un niveau unique de sortie de la formation à bac + 3. Le double niveau de sortie actuel DTS et DUT à bac + 2 et diplôme d'État à bac +3- n'a en effet, à leurs yeux, plus de sens.
- [255] Même lorsque le contenu des formations vient d'être rénové, on constate qu'on n'est pas allé au bout de la logique d'harmonisation, y compris quand il existe deux types de cursus et de diplômes conduisant à une même profession. L'exemple des manipulateurs d'électroradiologie est à cet égard éclairant. L'exercice de la profession est conditionné, notamment, par l'obtention d'un des deux diplômes mentionnés à l'article L.4351-3 du code de santé publique : le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale enseigné en instituts de formation, relevant du ministère de la santé, adossés à des établissements de santé et le diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique enseigné en lycées (publics ou privés sous contrat) relevant des ministères chargés de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Or, au moment où la formation est rénovée (à la rentrée universitaire 2012), la dichotomie de la formation a été maintenue avec l'existence de deux diplômes distincts (arrêté du 14 juin 2012 pour le diplôme d'État et arrêté du 21 août 2012 pour le DTS), même si des efforts ont été faits sur les contenus des enseignements. La réingénierie aurait pourtant pu être l'occasion de s'interroger sur les différents modes d'organisation des cursus et sur leur plus value respective. Conscients de ce paradoxe, les deux ministères ont diligenté une mission conjointe IGAS/IGAENR<sup>84</sup> pour explorer les scénarios possibles de mise en place d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale.

---

<sup>83</sup> L'article L. 4352-2 du CSP, introduit par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, reconnaît aux techniciens de laboratoire la qualification d'auxiliaires médicaux et crée le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical.

<sup>84</sup> « Modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale » - rapport de Myriam Mesclon-Ravaud et Patrice Blémont – IGAS/IGAENR, Mai 2013

- [256] Les cursus récemment rénovés n'ont pas été construits pour que les maquettes puissent permettre des mutualisations interprofessionnelles, alors même que ces mutualisations sont tout à fait envisageables et réclamées par les organisations professionnelles qui sont parfaitement conscientes de la nécessité d'une approche transversale et pluridisciplinaire. Ainsi, les ergothérapeutes, dont le cursus vient d'être réformé en 2010<sup>85</sup>, comme d'autres professions avec eux, proposent des mutualisations sur les enseignements fondamentaux et transversaux avec les autres filières de formation des métiers de la réadaptation. Ils constatent que les cours communs sont, en l'état, quasiment impossibles à organiser, ce qui génère des coûts pédagogiques supplémentaires.
- [257] De fait, à aucun moment, n'ont été prévus, ce qui aurait été possible, des programmes et des progressions pédagogiques coordonnées qui auraient permis d'organiser des enseignements communs à plusieurs professions. Cette mutualisation aurait pourtant l'avantage de créer une culture commune entre des professionnels qui devront travailler ensemble dans le cadre de leur exercice quotidien ; elle serait également une piste d'amélioration de la qualité de la formation, tout en réduisant les coûts.

#### 4.1.2 La disparité des modes d'exercice

- [258] Le tableau ci-dessous montre que d'une profession à l'autre les modes d'exercice peuvent être radicalement différents : entre les pédicures-podologues, qui sont à 98% en exercice libéral et les ergothérapeutes ou les diététiciens mais aussi les manipulateurs de radiologie, dont plus de la moitié de la profession est salariée de l'hôpital, les attentes et les enjeux liés à la réingénierie de la formation ne peuvent pas être les mêmes.

Tableau 7 : Modalités d'exercice de certaines professions paramédicales au 1<sup>er</sup> janvier 2012

Professions	Libéral ou mixte		Salarié hospitalier		Autres salariés		TOTAL
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	
<b>Audioprothésistes</b>	937	35,7	11	0,4	1 677	63,9	2 625
<b>Diététiciens</b>	2 102	26,7	3987	50,7	1 782	22,6	7 871
<b>Ergothérapeutes</b>	530	6,6	4987	61,7	2 496	31,7	7 909
<b>Masseur Kinésithérapeute</b>	59 405	79	12 733	17	3 026	4	75 164
<b>Manipulateurs radio</b>	-	-	23 120	76,6	7072	23,4	30 201
<b>Opticiens lunetiers</b>	7 554	30,2	7	-	17 449	69,8	25 010
<b>Orthophonistes</b>	17 185	81	1 569	7,4	2 466	11,6	21 220
<b>Orthoptistes</b>	2 556	69,9	379	10,4	720	19,7	3 655
<b>Pédicures-podologues</b>	11 863	98,1	103	0,9	119	1	12 085
<b>Psychomotriciens</b>	1 197	14,3	2 580	30,8	4 608	54,9	8 385

Source : DREES « les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 » et Mission

- [259] Reflet de cette disparité des modes d'exercice, les attentes des professionnels ne sont pas les mêmes, même si certaines préoccupations se recoupent d'une profession à l'autre.

<sup>85</sup> Arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État

- [260] Beaucoup de professions se comparent à juste titre avec leurs homologues, notamment européens et craignent une dévalorisation de leur formation, si elle est reconnue à un niveau inférieur. Ils font valoir qu'au développement de la mobilité des professionnels au sein de l'Europe doit répondre une harmonisation des formations. La référence internationale est présente dans les entretiens menés avec chaque profession de même que la prise de conscience qu'il est important de permettre aux étudiants, dans le cadre de leur formation, d'effectuer une partie de leur cursus à l'étranger, ce qui pousse à une harmonisation des cursus sur le standard européen.
- [261] Pour les professions dont les effectifs dans la fonction publique hospitalière sont importants, l'accès à un grade universitaire de licence, voire de master, que ce soit dès le diplôme de base ou dans le cadre d'une « spécialisation » est par ailleurs perçu comme un enjeu fondamental et un gage de revalorisation de leur carrière. Cette corrélation entre niveau de diplôme et progression « automatique » dans la carrière repose pourtant sur un vrai malentendu. Dans la fonction publique, l'accès à la catégorie A se fait au niveau licence et - hors le cas très particulier des enseignants - il n'est jamais exigé un niveau supérieur à bac + 3 ; ainsi pour le recrutement dans la haute fonction publique via l'École nationale d'administration, seule la licence ou un diplôme équivalent est exigé des candidats. Les progressions ultérieures de carrière sont liées, non pas à l'acquisition de diplômes complémentaires mais à la prise de nouvelles responsabilités. Que l'accès à ces nouvelles responsabilités suppose, dans un certain nombre de cas, une adaptation à l'emploi, une formation complémentaire, voir l'acquisition de nouvelles compétences, n'est pas contesté mais la réflexion ne doit pas être inversée. Le niveau de formation doit être déterminé à partir de l'analyse des activités et des compétences exigées et non l'inverse.

#### 4.1.3 La disparité des lieux de formation

- [262] Les fiches par profession figurant en annexe 1 au présent rapport font apparaître cette disparité.
- [263] Dans certains cas, les instituts sont majoritairement privés, voire privés à but lucratif : ainsi, les instituts de formation des pédicures podologues sont à 80% privés dont 40% privés lucratifs, les instituts de formation des kinésithérapeutes sont à 64% privés mais avec une majorité d'instituts à but non lucratif. Pour d'autres professions, les statuts publics sont au contraire majoritaires, voire totalement publics. Mais là encore, la situation est très différentes suivant les tutelles exercées : en ergothérapie, les 17 instituts se répartissent entre 10 publics (5 universitaires, 5 centres hospitaliers) et 7 privés à but non lucratif. Les 17 instituts de formation en orthophonie sont tous publics et tous intégrés au sein de l'université. Les DUT sont des diplômes universitaires préparés exclusivement dans les instituts universitaires de technologies, instituts faisant partie d'une université ; d'autres formations, on l'a vu, sont assurées par des lycées, qui peuvent être publics ou privés, s'agissant des BTS.
- [264] La diversité des lieux de formation n'est pas nécessairement un handicap ; elle permet, dans le cas des infirmiers par exemple, d'assurer le maillage territorial indispensable pour assurer le recrutement dont les régions ont besoin et constitue un facteur d'accessibilité à la formation. Dans d'autres professions, l'offre privée complète l'offre publique qui serait insuffisante sans cet apport.
- [265] Elle pose en revanche la question des conditions d'agrément et d'évaluation de ces instituts (*voir infra* §3.6.) et, sur le plan social, la question du montant des droits d'inscription et de l'atteinte portée à l'égalité d'accès à ces professions pour les étudiants les moins aisés, lorsque ces coûts deviennent de plus en plus élevés.
- [266] La disparité des lieux de formation peut également avoir des conséquences sur la volonté et les capacités d'engagement de ces instituts dans le processus de rapprochement des universités.

[267] Certains instituts privés ne voient pas nécessairement l'intérêt de faire appel à des universitaires. Il peut y avoir à cette réticence plusieurs causes d'ailleurs : la méfiance vis à vis d'un enseignement universitaire jugé trop théorique et éloigné des préoccupations professionnelles, les réticences de leur propre corps enseignant, le coût de ces nouvelles formations qui se répercutera soit sur leurs marges, soit sur le montant des droits d'inscription déjà très élevés, avec un risque sur l'équilibre économique de certains de ces instituts.

#### 4.1.4 Un blocage inquiétant du processus engagé

##### 4.1.4.1 Les travaux de réingénierie ont été interrompus depuis plus d'un an

[268] Tous les éléments de contexte qui viennent d'être recensés constituent des freins à l'avancement du processus. Ils expliquent, pour une bonne part, la situation de blocage que l'on constate depuis plus d'un an.

[269] Le calendrier de la réingénierie, présenté au §1.4.2.3, montre en effet que, depuis fin 2011, début 2012, tout le processus de réflexion s'est arrêté :

- la plupart des référentiels d'activités et de compétences ont bien été construits et validés, sous réserve de quelques exceptions : le référentiel d'activité et de compétences des cadres de santé n'a pas été validé et les travaux n'ont pas commencé pour les opticiens-lunetiers ainsi que pour les épithésistes<sup>86</sup> et ocularistes (prothèse oculaires) qui ont le sentiment d'être laissés en déshérence<sup>87</sup> ;
- les référentiels de formation, en revanche, sont tous bloqués à l'exception des rares professions pour lesquelles les textes sont sortis : infirmiers, ergothérapeutes, pédicures podologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale ;
- quant aux préparateurs en pharmacie, ils ont été totalement oubliés, alors même que la proximité avec les professions paramédicales est évidente ; ils font, en effet, partie des professions réglementés et devraient être traités avec les professions similaires.

##### 4.1.4.2 Les conventions peinent à être signées

[270] Plus inquiétant encore, le constat de blocage porte également sur la mise en œuvre de la réforme pour les trois seules formations de base autres que les infirmiers où les nouveaux arrêtés ont été publiés : le diplôme d'État d'ergothérapeute<sup>88</sup>, le diplôme d'État de pédicure-podologue<sup>89</sup> et les deux diplômes de manipulateur d'électroradiologie médicale, le diplôme d'État<sup>90</sup> et le diplôme de technicien supérieur<sup>91</sup>.

<sup>86</sup> L'épithésiste fabrique des prothèses faciales ou maxillo-faciales pour couvrir et remplacer une partie manquante du visage et du cou (à la suite de cancers ou tumeurs notamment mais aussi brûlures, grands traumatismes...)

<sup>87</sup> Très peu nombreux, les épithésistes et ocularistes n'ont pas de diplômes, à l'exception d'un diplôme universitaire de prothèse facile organisé à la Pitié salpêtrière mais destiné aux professions dentaires.

<sup>88</sup> Arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État

<sup>89</sup> Arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue

<sup>90</sup> Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale

<sup>91</sup> Arrêté du 24 août 2012 relatif au diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique

[271] Comme il a été vu, la réingénierie des diplômes devait s'accompagner d'un conventionnement entre les universités, les opérateurs de formation et les conseils régionaux. Ce principe de conventionnement, qui est la condition pour obtenir la délivrance du grade universitaire est inscrite à l'article 2 du décret n° 2010- 1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique<sup>92</sup>.

[272] Or, les conventionnements sont actuellement au point mort. Le bilan, en avril 2013, était le suivant :

- aucune convention n'avait été signée avec les 11 instituts de pédicure-podologie ;
- seulement deux conventions signées sur 17 pour l'ergothérapie (Alsace et Auvergne) ;
- pour les manipulateurs d'électroradiologie, sur les 56 lycées préparant le DTS, une seule convention avait été signée (à Caen) ; trois autres signatures semblaient imminentes (à Orléans, Rouen et au Havre), mais, dans tous les autres cas, les partenaires n'étaient pas encore parvenus à un accord. La situation est identique en ce qui concerne les instituts préparant au diplôme d'État.

[273] La signature des conventions tripartites se heurte en effet à divers types de résistance :

- celle des régions pour des questions liées au financement, comme cela a déjà été le cas pour les infirmiers dans quelques régions ;
- celles de certains instituts, notamment privés qui ne voient pas l'avantage qu'ils retireront d'un rapprochement avec l'université ;
- celle des universités elle-mêmes enfin, clairement réticentes à s'engager dans le processus *d'universitarisation* des autres professions, si elle n'a pas des garanties, notamment sur les contreparties financières sur leur engagement.

[274] Le durcissement des positions du côté de la CPU sur le sujet ne fait d'ailleurs que refléter les observations des partenaires universitaires que la mission a pu rencontrer.

[275] Les universités ont accompagné la mise en place du grade de licence pour les infirmiers dans une démarche volontariste et expérimentale. Mais toutes reconnaissent qu'elles ne sont pas prêtes à continuer le processus pour les autres professions dans des conditions d'improvisations identiques à celles qui ont présidé pour la réforme du cursus infirmier. Désormais, la CPU fait de la signature des conventions un préalable à la reconnaissance du grade de licence et elle entend, avant d'accepter de signer les conventions, que les différents problèmes soient mis à plat (question du financement des interventions des universitaires, des droits d'inscription des étudiants, des modalités de participation des universitaires aux enseignements, etc.). Au-delà des questions financières, qui jouent légitimement un rôle, il y a aussi la prise de conscience de la lourdeur du dossier et de la difficulté à mobiliser, sur le long terme et sans aucune contrepartie pour eux, les enseignants hospitalo-universitaires. Certains des interlocuteurs de la mission ont exprimé explicitement leur refus de conventionner sur les autres professions paramédicales, d'autres sont plus nuancés dans leur position mais, globalement, on a le sentiment que tout le processus est figé.

---

<sup>92</sup> « L'organisme chargé d'assurer la formation menant aux titres ou diplômes figurant en annexe du présent décret, ou une personne morale mandatée par lui à cet effet, conclut une convention avec une ou plusieurs universités de l'académie et la région. Lorsqu'il n'y a qu'une université dans l'académie, la convention est signée avec cette université. Lorsqu'il existe plusieurs universités dans l'académie, la convention est signée par les universités appelées à intervenir dans la formation, coordonnées par une université ayant une composante de formation en santé. [...] Cette convention précise, notamment, les conditions dans lesquelles la ou les universités contribuent aux enseignements délivrés dans les structures de formation et les modalités de participation des enseignants-chercheurs aux jurys d'examen. Elle détermine également les conditions de la participation de la ou des universités aux dispositifs internes d'évaluation conduits par l'organisme chargé d'assurer la formation et les modalités de constitution d'une instance mixte chargée du suivi de l'application de la convention »

- [276] Ainsi, alors que les textes sur la formation des ergothérapeutes avaient été les premiers, après les infirmiers, à sortir dès 2010, ce n'est qu'en 2012<sup>93</sup> qu'a été publié le décret reconnaissant le grade de licence aux titulaires du diplôme d'État d'ergothérapeute ; la première promotion des nouveaux diplômés ne bénéficie pas, aux termes du décret, de cette reconnaissance du grade de licence et la situation est incertaine pour les promotions suivantes, tant que les conventions ne sont pas signées.
- [277] Quant aux pédicures-podologues et aux manipulateurs de radiologie médicales, le décret conférant le grade universitaire n'est pas encore sorti et, on l'a vu, les conventions sont loin d'être signées, notamment en ce qui concerne les instituts de pédicure-podologie où le processus est dans une impasse. En effet sur les onze instituts actuels, deux conventions seraient prêtes à être signées ; huit autres sont en cours de négociation ; en revanche, pour l'un des instituts parisiens, sous statut privé, à l'heure actuelle, les négociations semblent durablement bloquées, tant du côté universitaire que de celui de l'institut.
- [278] Or, la non signature d'une seule convention bloque, *de jure*, tout le processus de reconnaissance du grade pour l'ensemble des diplômés. En effet, un diplôme délivré « au nom de l'État », que ce soit un diplôme relevant du code de la santé ou un diplôme national de l'enseignement supérieur au sens de l'article L 613-1 du code de l'éducation<sup>94</sup>, confère nécessairement les mêmes droits à tous ses titulaires ; c'est le principe même de l'unicité des diplômes « nationaux ».
- [279] Le décret du 23 septembre 2010 est conforme à ce principe lorsqu'il prévoit, dans son article 1<sup>er</sup> que « le grade de licence est conféré de plein droit aux titulaires des titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique délivrés au nom de l'État dont la liste figure en annexe du présent décret ». Dès lors, il est indispensable, si l'on ne veut pas écarter tout une branche de la reconnaissance du grade de licence, que la signature de la convention universitaire soit une des conditions nécessaires de délivrance de l'agrément délivré à l'institut de formation et que le refus de conventionner rende caduc l'agrément.

#### 4.1.4.3 Les arbitrages en faveur de certaines professions complexifient le paysage

- [280] La complexité du paysage des formations paramédicales, la diversité des formations actuelles expliquent facilement que les attentes en matière de réingénierie n'aient pas été les mêmes, notamment en termes de durée d'études et de reconnaissance « universitaire ».
- [281] Chaque profession a légitimement fait entendre ses revendications auprès des deux tutelles ministérielles, santé et enseignement supérieur, mais, en l'absence de cadre préalable et de vraie coordination entre les deux ministères, le flou a été maintenu depuis le début du processus en 2007 sur l'objectif final, alimentant des revendications toujours plus grandes en matière de durée d'études ; ainsi, la question de l'année de préparation au concours d'entrée n'a jamais été réellement abordée de front : devait-elle être considérée comme une vraie année de formation et donc « traduite » et validée par un certain nombre d'ECTS ou au contraire devait-elle être considérée comme une année « blanche » ? Faute d'un cadre en amont, les acteurs se sont engagés dans une forme de « course » au rallongement des cursus de base.

<sup>93</sup> Décret n° 2012-907 du 23 juillet 2012 modifiant l'annexe du décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010

<sup>94</sup> Article L 613-1 du code de l'éducation : « L'État a le monopole de la collation des grades et des titres universitaires. /Les diplômes nationaux délivrés par les établissements sont ceux qui confèrent l'un des grades ou titres universitaires dont la liste est établie par décret pris sur avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche. Sous réserve des dispositions des articles L. 613-3 et L. 613-4, ils ne peuvent être délivrés qu'au vu des résultats du contrôle des connaissances et des aptitudes appréciés par les établissements habilités à cet effet par le ministre chargé de l'enseignement supérieur après avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche. Un diplôme national confère les mêmes droits à tous ses titulaires, quel que soit l'établissement qui l'a délivré. »

- [282] La promesse d'une reconnaissance du certificat de capacité d'orthophoniste au niveau master et du diplôme d'État de masseur kinésithérapeute au niveau bac +4, avec la prise en compte de l'année préparatoire a ainsi eu pour effet immédiat de fonder de nouvelles revendications des autres professions, qui ont le sentiment d'avoir été « oubliées » et de n'avoir pas su se faire entendre suffisamment. On ne peut que constater que ces décisions auront nécessairement des conséquences pour la poursuite du processus et compliquent les négociations avec les autres professions, souvent très proches, qui ne comprendront pas un traitement différencié.
- [283] Ainsi, les autres professions et étudiants aspirent, dorénavant, à la reconnaissance d'un grade de master ou au moins la validation d'une première année de master.
- [284] Ceci induirait, *de facto*, un allongement de la durée des études. Or tout allongement des études diminue l'accessibilité aux dites études par le surcoût induit à la charge des familles ou des employeurs pour la formation professionnelle. Il ne peut être justifié que par un réel besoin de formation supplémentaire au vu des compétences à acquérir pour exercer le métier considéré en l'état actuel de la réglementation. La mission tient à souligner que la réingénierie des programmes de formation doit également s'attacher à prendre en compte d'éventuelles suppressions d'enseignements qui ne seraient plus adaptés à l'exercice actuel de la profession.

**Recommandation n°13 : Reprendre les travaux de réingénierie en respectant scrupuleusement l'enchaînement chronologique : élaboration du référentiel d'activités, puis de compétences et enfin de formation.**

**Recommandation n°14 : Dans le cadre de la reprise des travaux de réingénierie, privilégier l'approche transversale et construire des cursus de formations qui permettent, par branche de professions, des mutualisations des enseignements.**

**Recommandation n°15 : Ne décider d'aucun allongement de la durée des études qui ne soit justifié par un besoin avéré de formation supplémentaire au vu des compétences à acquérir pour exercer le métier considéré en l'état actuel de la réglementation ; examiner parallèlement d'éventuelles suppressions d'enseignements qui ne seraient plus adaptés à l'exercice actuel de la profession.**

**Recommandation n°16 : Associer la DGESIP aux groupes de travail et de supervision.**

**Recommandation n°17 : Associer la DGOS à la réflexion sur le grade universitaire devant être reconnu.**

**Recommandation n°18 : Harmoniser, au sein du code de la santé publique, l'ensemble des textes consacrés aux formations paramédicales et prévoir dès à présent la cosignature systématique des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur pour toutes les dispositions réglementaires concernant ces formations.**

## 4.2 Le risque de retrait de l'université

### 4.2.1 Les équipes universitaires se sont fortement investies dans la mise en place de la réforme

- [285] Ce qui a frappé la mission, tout au long des entretiens, c'est la bonne volonté et l'investissement des acteurs ; ce sont eux qui ont fait en sorte que le nouveau cursus infirmier se mette en place dans les meilleures conditions possible.
- [286] Le lancement du processus a été pourtant très rapide et certains des interlocuteurs estiment même précipité et peu encadré.

- [287] Les textes sont sortis très tardivement : ainsi l'arrêté, qui fixait l'organisation du nouveau cursus infirmier, n'a été signé que le 31 juillet 2009, pour une mise en œuvre dès la rentrée 2009, sans que les écoles et les universités aient le temps de préparer ensemble ce qui constituait une forme de révolution pour les IFSI, sur le plan pédagogique.
- [288] Le principe du conventionnement université/instituts a été annoncé dans une circulaire DGESIP/ DHOS du 26 juin 2009 (pièce jointe 2). Ce texte rappelait l'importance des conventions, qui devaient « garantir la mise en œuvre effective de la réforme engagée », et indiquait que la passation de ces conventions « constituerait une condition absolument impérative pour l'agrément des IFSI par les régions ainsi que pour la délivrance du grade de licence ».
- [289] En revanche, la plus grande part était laissée, dans la circulaire, à l'initiative locale, pour ce qui était des modalités concrètes de mise en œuvre de ce partenariat.
- [290] Personne n'avait d'ailleurs réellement exploré quelle forme pourrait prendre l'investissement universitaire dans la formation des infirmiers, alors même que, dans toutes les déclarations ministérielles, c'était ce partenariat qui devait constituer le cœur du nouveau dispositif.
- [291] La dispersion des instituts, la distance qui séparaient beaucoup d'entre eux de la ville universitaire, étaient bien entendu des paramètres connus mais on n'en avait pas réellement anticipé les conséquences, ni chiffré les surcoûts induits, ce qui allait, on l'a vu, singulièrement compliquer, dans certains cas, les négociations des conventions avec la région (cf. *supra* § 3.2.).
- [292] Les responsabilités des différents partenaires n'avaient pas vraiment été définies. La circulaire DGESIP/DHOS rappelait quelques principes fondamentaux : participation des représentants universitaires à la commission pédagogique régionale, aux dispositifs d'évaluation interne et aux jurys ; possibilité d'ouverture des services des universités aux étudiants des IFSI ; mais la mise en œuvre était entièrement renvoyée à chaque convention.
- [293] Cette souplesse et cette liberté d'invention laissées aux acteurs de terrain ont finalement été certainement positives. En l'absence de consignes ministérielles, les établissements, que ce soit les universités ou les IFSI, se sont investis dans la mise en place de la réforme. Ils ont cherché -et trouvé- des solutions adaptées aux contextes locaux. La bonne volonté et l'inventivité ont été au rendez-vous et ont permis, malgré les difficultés, que se nouent des vraies collaborations, dans un respect mutuel (voir sur ce point *supra* § 2 : *le bilan de la réingénierie*). La plupart des représentants des IFSI interrogés ont souligné l'engagement universitaire, la disponibilité des enseignants référents, le bénéfice qu'ils ont tirés de ce rapprochement, même s'ils ont pu regretter que les liens avec l'université restent compliqués, notamment en raison de l'éloignement géographique des IFSI. Les réunions pédagogiques, organisées dans la plupart des cas sous la présidence et la responsabilité de l'université, ont également permis aux IFSI de mieux travailler entre elles et d'harmoniser leurs modes de travail, ce qu'ils ne faisaient pas ou peu avant la réforme.
- [294] Chaque université a défini ses modes d'intervention et de prise en charge, qui ont été précisés, en règle générale dans la convention tripartite. L'exemple, parmi d'autres, de la convention signée par l'université Paris XIII, avec la région Île-de-France et l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, montre bien l'investissement de l'université dans la construction de cette nouvelle offre.



## Extrait de la convention tripartite entre l'université Paris XIII, la région Ile de France et l'AP-HP

Dans le cadre de la présente convention, les universités mettent en place, en lien avec les IFSI, les enseignements universitaires, correspondant aux Unités d'Enseignement (UE) dans les domaines suivants :

- sciences humaines, sociales et droit
- sciences biologiques et médicales
- méthodes de travail.

conformément à l'arrêté du 31 juillet 2009

L'organisation et la répartition des enseignements susmentionnés sont décidées conjointement par les IFSI et par l'université coordinatrice. La commission de suivi de la présente convention valide l'organisation et la répartition de ces enseignements ; leur application est susceptible d'évoluer chaque année.

Par ailleurs, dans le cadre des enseignements placés sous leur responsabilité, les IFSI sollicitent les universités pour assurer certaines interventions prévues dans les domaines suivants :

- sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes : initiation à la démarche de recherche
- sciences et techniques infirmières, interventions

Les enseignements universitaires sont assurés soit par des personnels des universités, soit par des intervenants agréés par l'université coordinatrice :

- enseignants-chercheurs ou enseignants du second degré en fonction dans une université,
- professeurs des universités praticiens hospitaliers (PUPH)
- maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers (MCUPH),
- praticiens hospitaliers bénéficiant de l'agrément préalable de l'université,
- chef de clinique bénéficiant de l'agrément préalable de l'université,
- chargés d'enseignement vacataires ou des attachés d'enseignement, personnalités recrutées en raison de leurs compétences par les IFSI, bénéficiant de l'agrément préalable de l'université,
- formateurs permanents en IFSI, bénéficiant de l'agrément préalable de l'université (uniquement pour les enseignements universitaires).

## 4.2.2 Les processus de coopération mis en place doivent être confortés

[295] Quand on interroge les présidents d'université, on trouve un souci partagé de consolider les dispositifs mis en place et de revoir, à la lumière de l'expérience acquise, les conditions, notamment financières, de la participation de l'université aux enseignements dispensés.

[296] La renégociation des conventions actuelles, quand elles arriveront à leur terme, constituera d'ailleurs un test. Les universités exigeront sans doute beaucoup plus de garanties, notamment financières, mais aussi une clarification des rôles de chacun. Dans un certain nombre de régions, la question et de la présidence des commissions spécialisées et du pilotage pédagogique a pu ainsi constituer un point de friction avec l'ARS, qui devra être réglé à l'avenir par une répartition claire des compétences<sup>95</sup>.

<sup>95</sup> C'est l'université qui, dans la très grande majorité des cas (84 %), préside la commission pédagogique. Dans 16 % des cas, il y a une co-présidence ou une présidence tournante, voire une présidence par l'ARS (voir en annexe 4 les résultats d'une enquête menée auprès des directeurs d'UFR de médecine via la conférence des directeurs d'UFR médicales)

- [297] La question des droits payés par les étudiants des IFSI pour accéder aux services « universitaires » (bibliothèque, CROUS, salles de sports, etc.) devra également être réglée de manière équitable. Dans un contexte budgétaire tendu pour la majorité des universités, la mise à plat des coûts constitue une priorité pour des établissements qui, depuis qu'ils ont accédé aux responsabilités et compétences élargies et travaillent dans le cadre d'un budget global, sont particulièrement attentifs à ces questions.
- [298] L'autre risque, si l'on reste dans un système reposant majoritairement sur le bénévolat, c'est de voir les enseignants qui se sont mobilisés, se désinvestir peu à peu. Il faut donc consolider leur rôle. Trois ans après le lancement de la réingénierie, les bonnes volontés s'essouffent. Un des présidents d'université rencontrés parle de « lassitude ». La réforme a été prise en charge, dans les universités, majoritairement par des enseignants hospitalo-universitaires, sur la base du volontariat. Ce sont eux, qui, dans la plupart des cas, ont assuré l'animation des groupes de travail chargés de l'harmonisation et de la coordination des unités d'enseignement « universitaires » et sont présents dans les commissions d'attribution des crédits.
- [299] Or, le statut des personnels hospitaliers et universitaires leur interdit de percevoir des rémunérations pour les heures d'enseignements complémentaires effectués<sup>96</sup>. Leur investissement ne sera pas davantage pris en compte au moment de l'avancement, les critères premiers en matière restant les travaux de recherche. Avant la réforme, les instituts de formation paramédicaux faisaient déjà appel aux enseignants de médecine mais c'était à titre individuel et pour des interventions ponctuelles. Maintenant, la participation est institutionnelle, beaucoup plus lourde en temps et en investissement, à un moment où la ressource enseignante, dans les universités, n'augmente pas.
- [300] Cette situation ne peut perdurer. Le bénévolat et la recherche permanente de solutions pour pallier le manque de moyens ne peut constituer à long terme une solution. Le risque est de ne plus arriver à trouver des volontaires pour assurer les fonctions de coordinations pédagogiques qui sont pourtant indispensables à la consolidation de la réforme. C'est, en tout cas, une crainte exprimée à plusieurs reprises par les interlocuteurs universitaires rencontrés par la mission.
- [301] D'ores et déjà, les réticences, du côté universitaire, à prendre en charge les autres professions paramédicales et l'enlisement des signatures des conventions avec les établissements assurant la formation en ergothérapie, pédicurie-podologie ou des manipulateurs en électroradiologie médicale sont symptomatiques de ce qui n'est pas encore du désengagement mais qui pourrait le devenir si des solutions équitables ne sont pas trouvées.
- [302] Au-delà de ces éléments, le risque est encore plus grand d'un retrait dans la poursuite du processus, si les présidents des universités ont le sentiment qu'il leur est demandé d'avaliser la reconnaissance de grade de master par « un simple coup de tampon »<sup>97</sup> sur un diplôme d'État, sans prise en compte du niveau de connaissances théoriques élevé et du travail de recherche que représente le master.

**Recommandation n°19 : Relancer le processus de conventionnement, sur la base d'une répartition claire des compétences et des coûts entre les acteurs.**

---

<sup>96</sup> Cf. article 6 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

<sup>97</sup> Il est symptomatique que les présidents d'université aient utilisé cette même expression pour exprimer leur réticence à l'égard de la poursuite du processus.

### 4.3 La question de la sélection à l'entrée des formations initiales

[303] Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, deux modes de sélection sont prévus par la réglementation en fonction des formations concernées mais de nombreuses dérogations ont été progressivement mises en place.

Tableau 8 : Les différentes voies d'accès aux formations

Profession	Voies réglementaires d'accès		Voies d'accès dérogatoires	
	Concours ou examen d'admission	Dossier (APB)	PACES	Passerelles STAPS et SVT
Audioprothésiste	x			
Diététicien		x		
Ergothérapeute	x		x	x
Infirmier	x			
Manipulateur d'électro radiologie	x	x	x	x
Masseur kinésithérapeute	x		x	x
Opticien lunetier		x		
Orthophoniste	x			
Orthoptiste	x			
Pédicure-podologue	x		x	x
Podo-orthésiste		x		
Prothésiste-orthésiste		x		
Psychomotricien	x		x	x
Technicien de laboratoire	x	x	x	x

Source : Mission

[304] Pour des raisons de lisibilité, la mission s'est attachée à traiter successivement les modalités réglementaires de sélection puis les modalités expérimentales et dérogatoires et enfin, les projets en gestation ou en cours de sélection par la voie universitaire.

### 4.3.1 Des modes de sélection réglementaires qui ont un impact sur l'accessibilité aux formations

- [305] Dans tous les cas de figure, il est procédé à une sélection des candidats avant inscription soit pour quatre professions en fonction de quotas par région fixés par le niveau national<sup>98</sup> et répartis le cas échéant entre les instituts par le président du conseil régional soit pour les autres professions en fonction des capacités de formation ; ces dernières sont fixées par le président du conseil régional pour les instituts soumis à son agrément après avis de l'ARS.
- [306] Mais les modalités de sélection varient en fonction du type de diplôme permettant l'exercice de la profession.
- [307] Pour les BTS et les DUT, l'inscription à la formation se fait sur dossier selon la procédure « Admission Post Baccalauréat » (APB)<sup>99</sup> et, pour les autres diplômes sur concours ou examen d'admission.
- [308] Les formations dont le mode de sélection est le concours ou l'examen d'admission ne sont quasiment pas accessibles directement à la sortie des études secondaires (entre 1 et 2% des inscrits en 2011), mis à part pour les infirmiers et les techniciens de laboratoire pour lesquels respectivement 21% et 30% rentrent directement en formation à la sortie des études secondaires. A l'exclusion de ces deux dernières formations, plus de quatre étudiants sur cinq suivent préalablement soit une année préparatoire au concours soit une année ou plus d'études supérieures.
- [309] Parmi les étudiants en formation en 2011, avaient suivi une classe préparatoire au concours ou à l'examen d'admission un étudiant infirmier sur quatre, plus de deux étudiants sur trois pour les ergothérapeutes et les psychomotriciens et près de neuf sur dix pour les pédicures podologues. En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, cette proportion est de un sur deux, plus de 40% étant, par ailleurs, issus de la PACES (cf. infra).
- [310] Parmi les bacheliers admis dans ces formations, les titulaires du baccalauréat S sont très majoritaires (de 70 à 97%) si on exclut les étudiants infirmiers (33%) qui présentent une plus grande diversité de cursus.
- [311] Ainsi que le souligne le récent rapport conjoint IGAS-IGAENR<sup>100</sup> déjà cité, la situation des manipulateurs d'électroradiologie qui peuvent suivre soit un DTS soit un DE, illustre de façon quasi expérimentale l'influence des modalités de recrutement sur la diversité des profils d'étudiants. Ainsi, parmi les étudiants en DE neuf sur dix avaient préalablement suivi une classe préparatoire (70%) ou une année d'études supérieures (20%) alors que ce n'était le cas que d'un peu plus d'un sur trois en DTS (6% une classe préparatoire et 30% une année d'études supérieures).

---

<sup>98</sup> Par le ministère de la santé pour les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et psychomotriciens ; par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur pour les orthophonistes.

<sup>99</sup> Portail national de coordination des admissions dans l'enseignement supérieur. C'est une étape obligatoire pour les élèves de terminale, titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme équivalent qui souhaitent intégrer une première année d'études supérieures. Le site regroupe l'ensemble des formations, quels que soient leur implantation géographique, et le type de filières, sélectives (classes préparatoires, STS, IUT, écoles d'ingénieurs) ou non sélectives (L1 : première année de licence en université, PACES : première année commune aux études de santé) – Brochure APB et site internet ministériel.

<sup>100</sup> « Modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale » - rapport de Myriam Mesclon-Ravaud et Patrice Blémont – IGAS/IGAENR, Mai 2013

Tableau 9 : Origine des étudiants « manipulateurs en électroradiologie » de la promotion 2010-2013

NATURE DU DIPLÔME		DE	DTS
Origine par série du baccalauréat	Bac S	91,3%	57,5%
	Bac ST2S	2,17%	33,33%
	Bac STL	2,36%	7,58%
	Autres séries	4,17%	1,67%
<b>Part des étudiants ayant suivi des études post bac préalable</b>		<b>90%</b>	<b>36%</b>
Type d'études post bac préalable	École préparatoire au concours	78,08%	17,39%
	Fac. de médecine	11,54%	42,03%
	Fac. de sciences	4,62%	10,14%
	Fac. de pharmacie	3,46%	10,14%
	Autres Facs	0,38%	8,7%
	Autres études	1,12%	11,59%

Source : Rapport conjoint IGAS-IGAENR - Les modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie – P.BLEMONT et M.MESCLON-RAVAUD

- [312] Tant les professionnels que les employeurs rencontrés par la présente mission ont unanimement indiqué ne constater aucune différence entre les professionnels issus de l'une ou de l'autre filière de formation, le type de diplôme détenu n'entrant aucunement dans les critères de recrutement. Ceci avait également été indiqué à la mission susmentionnée.
- [313] Ainsi, le mode de sélection par concours ou examen d'admission conduit, *de facto*, pour de très nombreux étudiants, à ajouter une année d'étude à la durée normale de leur formation, et ce sans valeur ajoutée quant à l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de leur future profession.
- [314] Même si certains étudiants estiment que le concours anonyme est le meilleur gage d'équité, le surcoût induit pour les familles par cette ou ces années supplémentaires d'études, majoré, pour une part importante d'étudiants, par les frais de scolarité élevés des classes préparatoires privées<sup>101</sup>, ne peut être ignoré.
- [315] Le recrutement sur concours ou examen d'admission réduit, de fait et sans raison, l'accessibilité sociale aux formations concernées. Ceci est illustré par le fait que plus les formations sont accessibles immédiatement à l'issue des études secondaires plus l'origine sociale des étudiants est diversifiée (cf. annexe 1 – professions – formations).
- [316] De plus, l'admission sur dossier est source d'une plus grande diversité de profils de recrutement.

**Recommandation n°20 : Généraliser pour toutes les formations paramédicales la sélection sur dossier selon la procédure « Admission Post Baccalauréat » (APB), complétée chaque fois que possible par un entretien après pré sélection sur dossier.**

<sup>101</sup> De 1800€ à 4700€ la majorité se situant aux environs de 3800€

## 4.3.2 Les expérimentations et dérogations aux modes de sélection réglementaires

### 4.3.2.1 Une expérimentation qui dure depuis plus de vingt ans sans bilan significatif : le cas des masseurs-kinésithérapeutes

- [317] Depuis 1989, les instituts de formation de masseur kinésithérapeute (IFMK) de Vichy et Dijon ont mis en place une sélection passant par la première année des études médicales. Cette « expérimentation » s'est étendue au fil des années et ce sont, maintenant, 24 IFMK sur 39 qui ont choisi ce mode de sélection.
- [318] Néanmoins, les modalités de sélection diffèrent selon les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine. Neuf d'entre elles en ont fait une cinquième filière de la PACES, à côté des filières médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique avec une ou des unités d'enseignement (UE) spécifiques et un concours spécifique en fin d'année. Pour les quinze autres, les étudiants en masso-kinésithérapie sont recrutés au sein de la filière médecine, avec un risque de choix par défaut.
- [319] Si ce mode de sélection réduit de fait le nombre d'étudiants ayant dû suivre une coûteuse préparation privée au concours par rapport à d'autres formations (*cf. supra*), elle n'en conduit pas moins à l'augmentation de la durée totale des études avec les inconvénients soulignés ci-dessus.
- [320] Une précédente mission conjointe IGAS - IGAENR<sup>102</sup> indiquait que « Après vingt de fonctionnement, l'expérimentation n'a fait l'objet d'aucun bilan significatif » et que « Les quelques conclusions qui ont pu être avancées au cours des entretiens ne peuvent pas conforter la voie expérimentale ».
- [321] La mission considère que :
- au bout de plus de vingt ans, la notion d'expérimentation n'a plus de sens d'autant qu'elle n'a fait l'objet d'aucun bilan significatif, même si la profession et les employeurs ne font aucune différence entre les professionnels issus de l'une ou l'autre modalité de sélection ;
  - la multiplicité des modes de recrutement sur le territoire national, parfois même combinés pour un même institut, ne donne aucune lisibilité aux étudiants, leur complexifie l'accès aux études et peut être source d'inégalité.
- [322] Une modalité unique de sélection doit être mise en place sur l'ensemble du territoire.
- [323] Les dernières annonces faites par les ministères des affaires sociales et de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche (*cf. paragraphe 1.4.2.3*) vont dans ce sens.

---

<sup>102</sup> Le concours spécifique d'accessibilité aux instituts de formation en masso-kinésithérapie – Michelle Bressan, Thierry Leconte, Joël Sallé – rapport IGAS/IGAENR, juillet 2010.

#### 4.3.2.2 Une dérogation récente

- [324] Après des dérogations successives et éparées, l'arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien prévoit à « titre expérimental », une dérogation à l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans ces écoles. Ainsi, pour les années universitaires 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015, le jury prévu par cet arrêté peut admettre en première année d'études préparatoires à ces diplômes d'État les étudiants sélectionnés à partir des résultats obtenus lors de la validation des unités d'enseignement de la formation délivrée au cours de la première année commune aux études de santé ou au cours des deux premiers semestres de licence en sciences et techniques des activités physiques et sportives, STAPS, ou de licence en sciences de la vie et de la Terre, SVT.
- [325] Une convention signée entre le directeur de l'institut de formation et le président de l'université concernée précise les modalités, et notamment les unités d'enseignement, retenues pour sélectionner les étudiants.
- [326] Cette expérimentation doit consister à mettre en place des possibilités de passerelle entre des études universitaires et ces formations en complément du mode de sélection réglementaire et non pas se substituer à lui. Dans le cas contraire, elle conduirait à allonger les études préparatoires à ces formations par l'obligation de suivre préalablement une année universitaire.
- [327] Sous cette réserve, la mission est très favorable à toute ouverture de passerelles entre les études universitaires et les formations paramédicales permettant à des étudiants de se réorienter vers celles-ci tout en diversifiant les profils de recrutement.

**Recommandation n°21 : Soumettre à une évaluation dont les critères doivent être fixés dès à présent l'expérimentation de possibilité d'admission par passerelles universitaires prévue par l'arrêté du 27 avril 2012 en complément des modalités réglementaires de recrutement.**

**Recommandation n°22 : Au bout des 3 années prévues pour cette expérimentation et en fonction des résultats de l'évaluation, généraliser ou supprimer totalement cette voie d'accès complémentaire.**

#### 4.3.3 La voie universitaire, modalité unique de sélection ?

##### 4.3.3.1 La « licence santé »

- [328] Dans son rapport « refonder l'université – dynamiser la recherche »<sup>103</sup>, Jean-Yves Le Déaut propose la suppression du concours en fin de première année commune des études en santé et la mise en place d'une spécialisation progressive dans le cadre d'une licence par grand domaine (médical, pharmaceutique, rééducation, soins infirmiers, maïeutique ...) qui permettrait d'orienter, en fonction des résultats académiques, les étudiants sur plusieurs années.
- [329] La conférence des présidents d'université, la conférence des doyens de médecine et les présidents d'université rencontrés par la mission estiment qu'en l'état actuel des choses la mise en œuvre d'une « licence santé » regroupant tous les étudiants des formations médicale, pharmaceutique, odontologique, maïeutique et paramédicales n'est pas possible, ne serait ce que par le nombre d'étudiants que cela concernerait.

---

<sup>103</sup> Propositions de transcriptions législatives et réglementaires des conclusions des Assises 2012 de l'enseignement supérieur et de la recherche faites par Jean-Yves Le Déaut au Premier ministre – janvier 2013

- [330] Si la plupart des organisations représentatives des étudiants des professions paramédicales sont favorables à des unités d'enseignement (UE) mutualisées entre leurs formations, aucune ne l'est à une « licence santé » les regroupant tous avec les étudiants des formations médicale, pharmaceutique, odontologique, et maïeutique.
- [331] Par ailleurs, la mission s'interroge sur le contenu de la formation qu'aurait cette « licence santé », les référentiels étant trop hétérogènes même si certaines UE pourraient, effectivement, être mutualisées. Elle s'interroge également sur les modalités de sélection des étudiants entre les différentes filières au sein d'une telle licence avec un risque d'orientation par défaut et/ou trop tardive, au bout de deux voire trois ans.
- [332] La mission tient, de plus, à souligner que concernant particulièrement la formation « infirmier », une telle organisation des études mettrait à mal le maillage territorial des IFSI alors que, notamment, il facilite l'accessibilité à la formation tant en formation initiale qu'en promotion professionnelle.
- [333] Au vu de ces différents éléments, la mission n'est pas favorable à la mise en place d'une « licence santé » regroupant l'ensemble des étudiants des formations médicale, pharmaceutique, odontologique, maïeutique et paramédicales.

#### 4.3.3.2 La sélection par la PACES

- [334] Comme indiqué supra (*paragraphe 3.4.2.1*), le concours en fin de PACES est devenu au fil du temps la voie de sélection unique pour un nombre important d'instituts de formation en masso-kinésithérapie. Les étudiants kinésithérapeutes sont favorables à la généralisation de ce mode de recrutement avec identification au sein de la PACES d'une cinquième filière « masseur-kinésithérapeute ».
- [335] Les organisations représentatives des étudiants des autres formations y sont opposées, considérant qu'il ne permettrait pas véritablement une culture commune et se ferait au détriment de certaines formations.
- [336] La mission ne peut que constater que :
- la mise en concurrence des étudiants à l'issue d'une année commune et le risque de choix par défaut même en cas de filières distinctes n'est pas le meilleur moyen de développer une culture commune et de favoriser une future interdisciplinarité ;
  - le contenu de formation de la PACES ne permet pas d'en faire une année de formation à part entière pour les professions paramédicales et qu'ainsi ce mode sélection conduirait, *de facto*, à augmenter d'une année la durée des études préparatoires aux professions paramédicales, sans valeur ajoutée quant à l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de leur future profession.
- [337] Au total, la mission est défavorable à la sélection via la PACES pour l'entrée dans les formations paramédicales quelles qu'elles soient.

#### 4.3.3.3 Une première année commune à certaines formations paramédicales

- [338] La loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche récemment votée, ouvre, en son article 40, la possibilité d'expérimenter, par décret, pour une durée de six ans, des modalités particulières d'admission dans des formations paramédicales sous forme d'une première année commune à ces formations. La liste des formations concernées serait définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.



- [339] Un rapport d'évaluation établi conjointement par les deux ministres au cours de la cinquième année d'expérimentation serait adressé au Parlement, accompagné de l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche auquel il serait préalablement présenté.
- [340] La formation infirmière est exclue de cette possibilité d'expérimentation.
- [341] La mission conjointe IGAS – IGAENR sur le concours d'accès aux IFMK, sus mentionnée, précisait que la création d'une première année commune aux études paramédicales ou aux seules professions de la rééducation - réadaptation constituait une alternative crédible et évolutive.
- [342] Pour l'application de cet article, la mission fait les recommandations suivantes :

**Recommandation n°23 : Dans le cadre de l'expérimentation prévue par la loi ESR, n'établir la liste des formations pouvant être concernées par des modalités particulières d'admission qu'après examen transversal des référentiels de formation réingénierés de l'ensemble des professions, et identification des UE communes ; intégrer à part entière la première année commune de formation dans le cursus de base des formations paramédicales concernées, la formation des masseurs-kinésithérapeutes devant être intégrée dans cette approche transversale.**

**Recommandation n°24 : N'autoriser que les expérimentations prévoyant que la première année commune est la modalité unique de recrutement pour les formations concernées et s'impose à tous les instituts de formation du territoire concerné, quel que soit leur statut public ou privé.**

**Recommandation n°25 : De façon complémentaire, conserver les possibilités d'admission par passerelles universitaires et promotion professionnelle.**

#### **4.4 La poursuite d'études au-delà du diplôme de base**

- [343] La mise en œuvre du « dispositif LMD » pour les professions paramédicales a été interprétée par de nombreux professionnels comme devant consister en un cursus continu licence puis master et éventuellement doctorat dans une même filière. Or, l'impérieuse nécessité d'offrir aux professionnels la possibilité de diversification de parcours et carrière personnalisés et l'indispensable mobilité de ceux-ci ne doivent pas être entravées par des modèles de formation en silo qui enfermeraient les professionnels dans des modèles prédéfinis.
- [344] Concomitamment, les réflexions en cours sur les notions de pratique avancée et de nouveaux métiers ou métiers de santé de niveau intermédiaire suscitent de fortes attentes chez les professionnels. Mais, avant même que les besoins aient été clairement définis, des offres de formation de niveau master ont été créées en particulier dans le champ des soins infirmiers. Ainsi, les professionnels revendiquent la création de « nouveaux métiers en pratique avancée » permettant d'offrir une reconnaissance et un débouché professionnel aux titulaires de ces masters, l'organisation actuelle du système de santé ne leur prévoyant pas de place spécifique. Le processus logique a, donc, été inversé : création d'une offre de formation suscitant une demande de création de nouveaux métiers en pratique avancée correspondant à ces formations au lieu de partir d'une définition des activités correspondant à d'éventuels nouveaux métiers adaptés aux besoins d'évolution du système de santé qui débouche sur la mise en place d'une offre de formations permettant aux professionnels d'acquérir les compétences nécessaires à leur exercice.
- [345] De plus, sur la base du métier socle défini comme un ensemble de compétences acquises permettant l'exercice de la profession, chaque titulaire du diplôme de base doit avoir la possibilité de construire son parcours professionnel selon différentes voies de diversification : l'expertise, la spécialisation, la pratique avancée, les nouveaux métiers et la recherche. Il convient de bien différencier ces différentes voies car elles ne nécessitent pas toutes les mêmes acquisitions complémentaires. Or, à la suite des nombreuses auditions qu'elle a pratiquées, la mission a pu constater qu'il existe une grande confusion entre ces différents concepts.

[346] Enfin, dans les professions paramédicales où les modalités d'exercice sont principalement salariées, la mission a pu noter que dans l'esprit des interlocuteurs rencontrés, un lien implicite existait entre le niveau de diplôme et la rémunération, en particulier pour les professions exerçant essentiellement à l'hôpital où les grilles indiciaires peuvent donner le sentiment que ce lien constitue bien une réalité (voir annexe 4 - les grilles indiciaires des personnels infirmiers)<sup>104</sup>.

#### 4.4.1 L'expertise

[347] L'expertise correspond à un haut niveau de maîtrise des compétences du métier socle portant sur l'ensemble des savoirs et savoir faire ou sur un champ particulier de son exercice. Elle se construit progressivement par la pratique professionnelle et l'apprentissage. Elle repose sur l'adaptation à l'emploi et le développement professionnel continu (DPC) pour les professions de la santé. Il peut s'agir :

- ✓ de modalités d'exercice dans des disciplines données : hémodialyse, diabétologie, oncologie, psychiatrie, etc.
- ✓ d'exercice transversal d'un domaine de compétence particulier : hygiène, prise en charge de la douleur, etc.
- ✓ de la réalisation particulière d'activités : explorations fonctionnelles, prise en charge des bronchiolites, etc.

[348] La mission insiste sur le fait qu'elle ne nécessite aucun autre diplôme que le diplôme de base et que toute exigence de diplôme complémentaire pour la mettre en œuvre conduirait à restreindre fortement et sans raison les possibilités de parcours individuel et la mobilité des professionnels ; à l'extrême, chaque changement de service par exemple nécessiterait alors l'acquisition d'un diplôme supplémentaire.

#### 4.4.2 La spécialisation

[349] La spécialisation correspond à la réalisation d'autres activités et actes que ceux du métier socle, activités et actes définis par le code de la santé publique en plus de ceux du métier socle. Elle nécessite donc l'acquisition de compétences, de savoirs et de savoir-faire différents de ceux acquis par le diplôme de base et ainsi une formation diplômante complémentaire.

[350] Le code de la santé publique définit trois spécialisations pour la profession d'infirmier : anesthésie-réanimation, bloc opératoire et puériculture, formations diplômantes sanctionnées par un diplôme d'État après des études respectivement de 24 mois, 18 mois et 12 mois.

[351] La reconnaissance d'un grade de master a été annoncée pour la formation d'infirmier anesthésiste (le texte conférant ce grade n'a pas été publié) et les deux autres spécialisations existantes demandent le même niveau de reconnaissance.

[352] La mission insiste sur la nécessité, comme pour les formations aux métiers socles, de respecter scrupuleusement l'enchaînement chronologique : élaboration du référentiel d'activités puis de compétences et enfin de formation.

---

<sup>104</sup> Le risque d'un raisonnement par translation est grand : si la grille indiciaire des IADE est supérieure à celle des IBODE, c'est parce que la formation des IADE est plus longue que celle des IBODE ; donc si la durée de formation des IBODE est alignée sur celle des IADE, la rémunération des IBODE sera revalorisée à hauteur de celle des IADE. Risque encore accru par le fait que la reconnaissance de la licence pour le métier socle ayant été présentée comme la condition d'accès à la catégorie A, il est tentant de considérer que tout développement de carrière passe par la poursuite du LMD.

- [353] De même que pour les métiers socles, tout allongement des études ne peut être justifié que par un réel besoin de formation supplémentaire au vu des compétences à acquérir pour exercer la spécialisation considérée en l'état actuel de la réglementation. En effet, il diminue l'accessibilité aux formations par le surcoût induit à la charge des familles ou des employeurs pour la formation professionnelle, avec le risque avéré de réduire les possibilités de promotion professionnelle. La mission tient également à souligner que la réingénierie des programmes de formation doit également s'attacher à prendre en compte d'éventuelles suppressions d'enseignements qui ne seraient plus adaptés à l'exercice actuel de la profession.
- [354] Elle souligne que la reconnaissance d'un grade de master nécessite une formation à la recherche dont l'acquisition ne lui paraît pas indispensable à l'exercice de la profession et qui risque de décourager certains candidats à la promotion professionnelle.
- [355] Enfin, si ces formations diplômantes doivent légitimement se traduire par l'acquisition d'ECTS, ceux-ci ne sont pas systématiquement à sanctionner par un grade de master. Ils peuvent être cumulés et faire l'objet d'une demande de validation en vue d'une inscription dans un cursus universitaire de recherche par exemple.
- [356] A cet égard, on doit avoir présent à l'esprit les critères définis par le comité de suivi des masters<sup>105</sup>, s'agissant des conditions de délivrance du grade (pièce jointe 3). Ces critères sont fondés, à juste titre d'ailleurs, sur des exigences pédagogiques et scientifiques, en particulier l'adossement des formations à la recherche mais aussi l'interdisciplinarité avec l'acquisition de compétences liées à l'appréhension des enjeux de l'interface entre disciplines, exigences qui ne sont pas nécessairement adaptées et utilement transposables aux spécialisations des professions paramédicales.
- [357] Par ailleurs, la mission insiste sur le fait que la création éventuelle de nouvelles spécialisations ne saurait en aucun cas être justifiée par une carence de l'adaptation à l'emploi, du DPC ou de la formation au métier socle.

#### 4.4.3 La pratique avancée

- [358] La pratique avancée peut être définie comme un exercice du métier dans lequel le professionnel va au-delà du champ de compétence défini réglementairement pour sa profession. Elle est, donc, nécessairement liée au contexte d'autorisation d'exercice d'une profession réglementée et est différente du concept de nouveau métier.
- [359] Elle correspond à la possibilité de prises de décision qui vont au-delà du positionnement habituel du professionnel dans le champ de la responsabilité médicale telle que la consultation, la prescription en lieu et place du médecin.
- [360] L'exercice de pratique avancée ne concerne qu'une faible proportion des professionnels, même dans les pays ayant une longue expérience dans ce domaine : au Canada en 2008, les infirmières praticiennes et cliniciennes ayant une pratique avancée représentaient 0,6% et 0,9% des infirmières autorisées<sup>106</sup>. Comme le souligne un rapport de 2010 du Centre d'Analyse Stratégique<sup>107</sup>, en France, cet exercice pourrait se développer en particulier dans les soins « courants » dits de première ligne et la prise en charge des patients atteints de pathologie chronique.

---

<sup>105</sup> Comité associant le Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche, des représentants des établissements d'enseignement supérieur et des secteurs de formation mis en place afin d'étudier les mesures nécessaires au bon déroulement de la phase de mise en place des diplômes de master et de faire des propositions au MESR (article 8 de l'arrêté du 25 avril 2002 relatif au diplôme national de master)

<sup>106</sup> Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés – M.Delamaire et G.Lafortune – Editions OCDE - 2010

<sup>107</sup> Les coopérations entre professionnels de santé – E.Anger, V.Gimbert avec la collaboration de M.Reynaudi et S.Lemoine – note d'analyse 254 – Décembre 2011

#### 4.4.4 Nouveaux métiers ou métiers intermédiaires

- [361] La notion de nouveau métier renvoie à des activités, des compétences et des savoirs propres et autonomes par rapport à des métiers existants. Dans cette acception, elle diffère par essence même des pratiques avancées et l'identification de pratiques avancées ne conduit pas à l'identification d'un nouveau métier.
- [362] La notion de métier intermédiaire renvoie à l'héritage de la hiérarchie des métiers de la santé entre, pour simplifier, les professions médicales prescriptrices et les formations paramédicales qui mettent en œuvre ces prescriptions. Cette dénomination peut également sous-entendre que ce métier se situerait en termes de durée d'études entre les professions médicales et paramédicales et donc à un niveau master. Cette approche consisterait à définir un métier par la durée de sa formation et là encore, le processus logique de réponse aux besoins serait inversé.
- [363] Un récent rapport<sup>108</sup> a été entièrement consacré aux métiers de santé de niveau intermédiaire. Tout en renvoyant à sa lecture, la mission souhaite en citer un extrait :
- [364] « Pour la mission, les nouveaux métiers en santé se spécifient par leur champ d'intervention, leur caractère à la fois inédit et de haute technicité et par un niveau élevé de compétences et de qualification (master), conduisant à une prise de responsabilité importante et identifiée. A ce titre, et malgré la réelle valeur ajoutée de métiers issus de l'évolution d'un métier socle, un nouveau métier se situe, dans toutes ses dimensions, très au-delà de la mise à jour d'un métier existant. »
- [365] Il lie, par ailleurs, clairement, le niveau de rémunération aux responsabilités personnelles supplémentaires assumées par le professionnel.
- [366] La mission considère également que ce sont les responsabilités effectives individuelles qui doivent déterminer la rémunération et non le niveau de la formation qui y conduit, ce dernier étant défini en fonction des connaissances et savoir faire nécessaires à l'exercice desdites responsabilités préalablement identifiées. Il est essentiel que les professionnels de santé en prennent conscience et ne revendiquent pas la reconnaissance au niveau master des formations suivies principalement pour des raisons salariales.
- [367] A la connaissance de la mission, aucune réflexion formelle et spécifique n'a été lancée sur la définition de tels métiers suite à ce rapport. Ainsi, indépendamment de leurs qualités scientifiques, aucune des formations de niveau master ouvertes par les universités ne repose véritablement sur l'acquisition de compétences nécessaires à l'exercice d'un nouveau métier clairement défini.
- [368] En tout état de cause, elle ne peut que recommander de donner suite à ce rapport et fait sienne la proposition consistant à substituer à l'enchaînement diplôme => métier, le processus suivant : définition des besoins => des activités répondant à ces besoins => des compétences nécessaires à l'exercice de ces activités => métier correspondants à ces compétences => formation nécessaire => diplôme.

#### 4.4.5 La recherche

- [369] Il est unanimement reconnu qu'en France, la recherche est insuffisamment développée au sein des professions paramédicales. Pour autant, cet aspect a été peu développé par les nombreuses personnes rencontrées par la mission, ce qui est à mettre en relation avec le fait qu'à l'instar d'autres professions l'activité de recherche concerne une part très limitée des professionnels.

---

<sup>108</sup> Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire présenté par Laurent Hénard, Yvon Berland et Danielle Cadet, rapporteurs généraux : E.Fery-Lemonnier et B.Verrier – janvier 2011

- [370] La nature même de la recherche étant pluridisciplinaire, la mission estime que le nécessaire développement de la recherche au sein des professions paramédicales et sa reconnaissance ne passent pas, bien au contraire, par la création de masters de recherche spécifique aux professions paramédicales et encore moins spécifique à une profession.
- [371] Il ne passe pas d'avantage par la revendication systématique d'un grade de master pour des formations conduisant à des pratiques professionnelles avec un allongement corolaire de la durée de ces formations<sup>109</sup>.
- [372] Ce développement et cette reconnaissance nécessitent que soient bien davantage facilité l'accès aux professionnels qui le souhaitent aux masters de recherche pluridisciplinaires existants grâce à la validation des ECTS acquis lors de leur parcours professionnels, ce qui ne concerne à l'heure actuelle que trop peu d'entre eux, cette possibilité étant insuffisamment connue des professionnels.

#### 4.4.6 Le cas particuliers des cadres de santé

- [373] Les cadres de santé exercent en fait dans deux champs de pratiques différents : l'encadrement et la gestion d'une part et la formation d'autre part.
- [374] Dans la fonction publique hospitalière (FPH), ces deux métiers sont accessibles par le biais d'un concours commun et les études sont organisées dans un même cursus. Ils empruntent à des champs disciplinaires d'autres univers professionnels (management des organisations, gestion, ingénierie de formation, enseignement, etc.)
- [375] Dans le cadre de la réingénierie de la formation de cadre de santé, la DGOS s'interroge sur la nécessité d'envisager des cursus distincts tout en conservant l'unicité du statut de cadre de santé au sein de la FPH. Si cette interrogation est légitime, la mise en œuvre de cursus distincts se heurte à la faible capacité des instituts de formation des cadres de santé (IFCS).
- [376] Au cours de ces déplacements, la mission a eu connaissance d'initiatives qu'elle trouve particulièrement intéressantes.
- [377] Dans le cadre d'un partenariat formalisé entre une université et un IFCS, les étudiants peuvent obtenir une validation conjointe du diplôme professionnel de cadre de santé et de la première année de master (M1) en sciences de l'éducation et de la formation ou de promotion et gestion de la santé, sans doublon d'UE, grâce à une coconstruction de l'enseignement dispensé. Les étudiants qui le souhaitent peuvent poursuivre en master 2 et l'accès à d'autres masters est possible par validation des ECTS acquis.
- [378] De même, un autre IFCS a noué un partenariat avec son université de rattachement. Chaque étudiant est inscrit à l'IFCS et à un diplôme universitaire (DU) et obtient à la sortie les deux diplômes professionnels et universitaire. La reconnaissance d'ECTS pour la formation de cadre conduira vraisemblablement à la reconnaissance d'un M1.

---

<sup>109</sup> D'autant que tous les présidents d'université rencontrés ont insisté sur le fait qu'il était hors de question que la reconnaissance d'un master constitue « un simple coup de tampon » sur un diplôme d'État. Ils insistent sur le niveau de connaissances théoriques élevé ainsi que sur le travail de recherche que représente le master. Or ce sont autant d'éléments qui risquent de dissuader de bons professionnels de s'engager dans les formations qui leur permettent d'évoluer dans leur métier

- [379] Ces modalités de formation permettent de garder l'unicité des IFCS, tout répondant aux besoins différents des métiers d'encadrement et de formation, chaque étudiant validant un M1 correspondant à son futur exercice. Elles permettent également aux professionnels le souhaitant de s'orienter vers la recherche en s'inscrivant à l'issue de sa formation à un M2 universitaire pluridisciplinaire. Les étudiants rencontrés par la mission lui ont indiqué qu'en début d'année très peu d'entre eux avaient le souhait de poursuivre en M2 par « peur de la recherche » mais que ce n'était plus le cas en milieu d'année, les enseignements dispensés ayant créé des « vocations ».
- [380] La mission considère qu'au-delà du cas des cadres de santé, de telles modalités de partenariat entre les instituts de formation aux professions paramédicales et les universités avec coconstruction des enseignements permettant aux étudiants d'obtenir concomitamment leur diplôme professionnel et la validation d'une première année d'un master universitaire pluridisciplinaire sans doublon d'UE serait une réponse adaptée à l'ensemble des cas nécessitant une formation diplômante au-delà du diplôme permettant l'exercice du métier socle. Un tel dispositif permet une reconnaissance universitaire sans surcharger le contenu de la formation requise et ouvre la possibilité aux étudiants qui le souhaite de s'orienter vers la recherche par la poursuite de la formation par un M2 puis éventuellement un doctorat. Ainsi, cela serait également un moyen de faciliter le développement de la recherche au sein des professions paramédicales.
- [381] Le conventionnement avec les universités peut être l'occasion de formaliser ces possibilités d'accès à des cursus de recherche pour les professionnels de santé, grâce à la prise en compte des ECTS obtenus dans le cadre de leur cursus de base. C'est d'ailleurs ce que prévoient expressément certaines conventions.
- [382] En conclusion de ce chapitre, la mission tient à insister sur le fait que les différents concepts doivent être clairement distingués quant à leur contenu et aux acquis correspondants à posséder, en veillant à ne pas restreindre les possibilités de parcours, de mobilité et de promotion professionnels par des exigences excessives de formation au regard des besoins, mais que des passerelles doivent être prévues notamment par la VAE, lorsqu'elle est juridiquement possible, afin que chaque professionnel puisse construire son propre parcours individuel entre ceux-ci.

**Recommandation n°26 : Respecter scrupuleusement dans tous les cas de figures l'enchaînement chronologique suivant : détermination des besoins, élaboration du référentiel d'activités puis de compétence et enfin de formation.**

**Recommandation n°27 : S'assurer que tout allongement de la durée des études est justifié par un besoin avéré de formation supplémentaire au vu des compétences à acquérir pour exercer la spécialisation considérée en l'état actuel de la réglementation et n'intervient qu'après prise en compte d'éventuelles suppressions d'enseignement qui ne seraient plus adaptés à l'exercice actuel de celle-ci.**

**Recommandation n°28 : Ne déterminer la formation nécessaire à l'exercice d'une pratique avancée et son niveau de reconnaissance en ECTS qu'une fois cette pratique clairement définie.**

**Recommandation n°29 : Pour les formations diplômantes au-delà du diplôme permettant l'exercice du métier socle, préconiser les partenariats entre les instituts de formation aux professions paramédicales et les universités avec coconstruction des enseignements permettant aux étudiants d'obtenir, concomitamment et sans doublons d'UE, le diplôme professionnel et la validation d'une première année d'un master universitaire pluridisciplinaire.**

## 4.5 Certification, agrément et évaluation : des dispositifs complexes et inaboutis

[383] On retrouve, sur ces sujets, à la fois la complexité et les limites de la méthode utilisée pour l'ensemble du processus de réingénierie : la volonté de mettre en place une réforme structurelle, en touchant le moins possible aux répartitions des compétences entre les différents acteurs, d'où une série de « non-choix » ; des dispositifs nouveaux sans modifier l'existant et en laissant se superposer, sans vraie plus-value, des procédures qui sont inutilement redondantes, voire qui se contrarient.

### 4.5.1 Deux diplômes pour sanctionner une seule formation

[384] En matière de certification, les responsabilités sont, on l'a vu, historiquement partagées, suivant les diplômes et les tutelles exercées. L'attribution, à côté du diplôme d'État, d'un grade universitaire a encore complexifié la répartition des compétences entre les deux principales autorités responsables de la certification.

- **Le rôle des DRJSCS**

[385] Pour les professions paramédicales sous tutelle du ministère chargé de la santé, ce sont les préfets de région (directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale - DRJSCS), qui délivrent, au nom de l'État<sup>110</sup>, les diplômes correspondants<sup>111</sup>. Au moment de la création des DRJSCS et des agences régionales de santé (ARS), l'organisation des épreuves de certification des formations sanitaires a été transférée aux instituts de formation eux-mêmes. Les DRJSCS conservent en revanche la charge de la nomination des membres de jury, l'organisation et la présidence des jurys de diplôme, la publication officielle des résultats et l'édition des diplômes.

[386] En tant que représentantes de l'État, les DRJSCS sont garantes du processus de certification et doivent à ce titre veiller au bon déroulement des jurys, à l'équité entre les candidats, afin d'éviter les risques de contentieux. Les ressources humaines affectées aux pôles de certification (qui traitent également les diplômes de la jeunesse et des sports et les diplômes des formations sociales) sont très importantes au sein des DRJSCS (environ 2/3 des effectifs actuels des directions régionales), justifiées par la diversité des modalités d'admission aux diplômes (variables selon les formations et en évolution avec la réingénierie) et par l'importance du volume à gérer.

- **Le rôle des recteurs**

[387] Le recteur chancelier contresigne, de son côté, également au nom de l'État, tous les diplômes sous tutelle du ministre chargé de l'enseignement supérieur, que la formation soit dispensée au sein des établissements du second degré ou des universités : BTS, DUT, diplôme de technicien supérieur en imagerie et radiologie thérapeutique, certificat de capacité d'orthophoniste, certificat de capacité d'orthoptiste, diplôme d'État d'audioprothésiste.

---

<sup>110</sup> Article L.4383-1 du CSP : « L'État fixe les conditions d'accès aux formations des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII du présent livre des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des cadres de santé. Il détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves. **Il délivre les diplômes** [...]»

<sup>111</sup> Soit, en 2010, un total de 67 000 diplômes (VAE incluses) délivrés par les DRJSCS (*Source : ministère chargé de la santé, Enquête écoles DREES, 2009 et 2010*)

- [388] Conformément à l'article 4 du décret du 23 septembre 2010<sup>112</sup>, il contresigne désormais également le diplôme conférant le grade de licence aux étudiants « ayant accompli leurs études conformément aux règles régissant l'obtention du diplôme d'État d'infirmier à compter de la rentrée de septembre 2009 », ces diplômes étant édités et signés par l'université.
- [389] Le choix a en effet été fait, en 2012, par le MESR, de prévoir un diplôme spécifique pour le grade de licence délivré aux infirmiers diplômés d'État (pièce jointe 4). Ce sont donc deux documents séparés qui sont délivrés, tous deux au nom de l'État, aux infirmiers pour sanctionner la même formation : le diplôme professionnel d'un côté délivré par le préfet et le grade de licence, de l'autre, délivré par le recteur. L'enseignement supérieur doit en conséquence récupérer auprès de la DRJSCS et/ou des écoles la liste validée et authentifiée des diplômes d'État délivrés pour pouvoir éditer de son côté le grade correspondant, avec une procédure de double contrôle effectuée à la fois par la DRJSCS et par le rectorat (et l'université) et un circuit de transmission des informations qui ne semble pas forcément clair entre les IFSI, les DRJSCS, les rectorats et les universités.
- [390] On peut évidemment craindre qu'avec la production de deux « parchemins », l'un correspondant au diplôme professionnel, l'autre au grade universitaire, on ait à la fois doublé la charge des services et multiplié les risques d'erreurs et de fraudes, quel que soit le soin apporté par les services respectifs pour sécuriser le dispositif.
- [391] Une autre solution aurait pourtant été possible, qui a été d'ailleurs préconisée et mise en œuvre par exemple pour les diplômes délivrés en partenariat international<sup>113</sup> : rassembler, sur un seul document, l'attestation d'obtention du diplôme d'État et du grade universitaire, document qui serait cosigné par l'ensemble des autorités compétentes : DRJSCS, rectorat et université.
- [392] Outre la valeur symbolique de ce document unique, qui concrétiserait la coopération instituée sur ces formations, une telle mesure permettrait de réduire les coûts (d'impression) et de sécuriser plus facilement les circuits de transmission entre les rectorats et les DRJSCS.

#### 4.5.2 Un dispositif d'évaluation externe à construire

- [393] Actuellement, les instituts de formation paramédicale sont soumis - au regard des textes applicables- à deux types de contrôle :
- celui des agences régionales de santé (ARS). L'article L.4383-1 du code de la santé publique précise en effet que les directeurs d'ARS contrôlent « le suivi des programmes et la qualité des formations » ;
  - celui de la région qui agréé chaque institut après avis de l'ARS ; le renouvellement de l'agrément, tous les cinq ans, qui est délivré par la région, devrait être l'occasion de faire un vrai bilan des modalités de fonctionnement de chaque institut et aucun agrément ne devrait théoriquement être renouvelé sans qu'aient été évaluées les « performances » de l'institut au regard des exigences attendues pour une formation conduisant à la délivrance d'un diplôme reconnu par l'État et des coûts de scolarité pratiqués.

<sup>112</sup> Article 4 du décret n° 2010-1123 : « Le grade de licence est conféré au nom de l'Etat par le recteur, chancelier des universités de l'académie dans le ressort de laquelle est délivré le titre ou diplôme y donnant droit, concomitamment à cette délivrance. »

<sup>113</sup> Circulaire n° 2011-0009 du 11 avril 2011 du MESR (DGESIP) sur la délivrance des diplômes en partenariat international.



- [394] Mais les ARS, comme elles le reconnaissent elles-mêmes, n'ont, ni vraiment le temps, ni les moyens de réaliser un contrôle périodique approfondi du fonctionnement de ces instituts<sup>114</sup>, compte tenu de la multiplicité des tâches qu'elles assurent par ailleurs. Dans le cadre des mesures de simplification administrative, le secrétariat général du ministère chargé de la santé s'interroge d'ailleurs lui-même sur l'opportunité de décharger les ARS de ce contrôle et de recentrer leur rôle sur l'évaluation des besoins en personnels paramédicaux. On peut se demander à cet égard si la situation antérieure, où la totalité des compétences de l'État en matière de contrôle et certification des formations paramédicales était exercée par une seule autorité, n'était pas plus efficiente. La répartition actuelle des compétences entre les ARS et les DRJSCS, semble en effet séparer, assez curieusement – et il faut bien le dire – artificiellement, le contrôle et la certification.
- [395] Quant aux procédures d'agrément, elles obéissent souvent à d'autres logiques (notamment couvrir des besoins en formation et répondre à une demande pressante en la matière) et ne s'inscrivent pas dans un processus d'évaluation proprement dit, même si, comme on le verra *infra*, un lien entre les deux est nécessaire.
- [396] Les modalités de contrôle et d'évaluation des instituts doivent par ailleurs s'inscrire désormais dans le cadre de l'*universitarisation* des formations paramédicales et des exigences liées à la reconnaissance du grade de licence. L'existence d'une évaluation périodique est en effet au nombre des critères obligatoires prévus par le décret du 23 septembre 2010 pour l'obtention du grade de licence<sup>115</sup>. Pour l'instant, cette évaluation, qui doit être réalisée par l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) ou par le haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur qui lui succédera<sup>116</sup>, n'a pas encore été mise en place ; elle devra être coordonnée avec l'évaluation à laquelle sont soumis tous les établissements d'enseignement supérieur dans le cadre de la politique contractuelle<sup>117</sup>. Il serait donc logique qu'à l'occasion du lancement de ce nouveau dispositif d'évaluation prévu par les textes, soit repensé l'ensemble des processus de contrôle des IFSI.
- [397] L'AERES, de son côté, a déjà réfléchi aux conditions dans lesquelles pourrait se dérouler l'évaluation des nouvelles formations infirmières. La première campagne d'évaluation devrait avoir lieu en même temps que celle des universités à composante médicale relevant de la « vague A » de contractualisation<sup>118</sup>, afin que l'évaluation puisse porter sur au moins trois promotions diplômées. En lien avec la DGESIP, il est envisagé que l'expertise de l'AERES porte notamment sur les points suivants :
- la participation des universitaires aux différentes instances des IFSI ;
  - le contenu des enseignements théoriques par rapport aux critères d'évaluation du niveau licence ;
  - le processus d'acquisition des compétences ;
  - les dispositifs d'autoévaluation mis en place.

---

<sup>114</sup> Ce contrôle est exercé principalement, au sein des ARS, par les « conseillères pédagogiques ».

<sup>115</sup> Article 3 du décret du 23 septembre 2010 : « Les formations conduisant aux titres ou diplômes figurant en annexe du présent décret font l'objet d'une évaluation nationale périodique à l'occasion de l'évaluation, par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, de l'université ayant signé la convention. »

<sup>116</sup> Cf article 90 de la loi relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche

<sup>117</sup> Cf. article L711-1 du code de l'éducation

<sup>118</sup> L'évaluation de la « vague A » (contrats 2016-2020) se fera durant l'année 2014-2015 ; cette vague comprend les établissements des académies de Lyon, Grenoble, Bordeaux, Toulouse (soit 58 établissements d'enseignement supérieur)

- [398] Les contours exacts de cette évaluation ne sont cependant pas encore arrêtés et soulèvent de nombreuses questions, en particulier jusqu'où doit aller l'évaluation ? L'évaluation portera-t-elle uniquement sur la mise en place du processus d'*universitarisation*, sur les modalités de participation des différents acteurs à ce processus, sur les relations entre les universités et les IFSI, sans aborder la formation pratique ? Certes, il sera difficile, matériellement, pour le haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur d'évaluer concrètement la totalité des IFSI publics et privés mais il serait dangereux qu'une dichotomie s'établisse entre la formation théorique, évaluée périodiquement par une instance externe et indépendante, et la formation pratique qui resterait hors de ce processus.
- [399] C'est pourquoi il paraît urgent de réfléchir à un mode d'évaluation qui ne porterait pas uniquement sur le « grade universitaire » et sur la vérification du niveau d'exigence académique de la formation dispensée mais qui évaluerait aussi la qualité du cursus dans son aspect global, en associant, à côté des experts universitaires, des professionnels de santé qui pourraient apporter leur regard sur la formation pratique et établir les liens nécessaires entre les deux volets du cursus. La haute autorité de santé<sup>119</sup> (HAS) pourrait être associée à cette réflexion sur la mise en place d'un dispositif d'évaluation qui reste à construire et doit constituer une priorité. Si l'on veut pouvoir lancer une expérimentation en ce sens sur la vague A, c'est en effet dès la rentrée 2013 que le processus doit être lancé.

#### 4.5.3 L'agrément des instituts : un processus qui doit être repensé

- [400] Les conditions d'agrément des instituts de formation paramédicaux sont fixées par les articles L.4383-3<sup>120</sup> et R.4383-2 à R.4383-4 du code de la santé publique. Les agréments sont délivrés pour cinq ans par le président du conseil régional, après avis de l'ARS. Comme il a été indiqué au point 2 de ce rapport, il ne paraît pas raisonnable de revenir sur une répartition des compétences qui s'inscrit dans la logique d'une décentralisation des responsabilités en faveur de la région. La région est d'ailleurs le bon niveau pour apprécier les besoins de formation et donc autoriser les ouvertures d'institut.
- [401] Il paraît cependant indispensable de mettre en cohérence les procédures d'agrément avec les exigences du contrôle de la « qualité » des formations dispensées, telles qu'elles ont été fixées dans le cadre de la réingénierie de ces formations. Plusieurs éléments doivent ainsi, aux yeux de la mission, être pris en compte par le président de région au moment où il accorde ou renouvelle l'agrément d'un institut :

---

<sup>119</sup> Article L.161-37 du code de la sécurité sociale : « La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de : (...) Établir et mettre en œuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L.1414-3-3 du code de la santé publique ; Établir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L.6113-3 et L.6113-4 du code de la santé publique ; Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé (...) »

<sup>120</sup> Article L.4383-3 du code de la santé publique : « La création des instituts ou écoles de formation des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII du présent livre, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des cadres de santé fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du conseil régional, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. /Le président du conseil régional agréé, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, les directeurs des instituts ou écoles de formation mentionnés au premier alinéa. /Les autorisations et agréments mentionnés au présent article peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions législatives ou réglementaires régissant l'organisation des formations et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces instituts ou écoles. »

- **L'existence ou non d'une convention de partenariat entre l'université et l'institut qui demande l'agrément.**

[402] Sans signature effective de cette convention, l'agrément ne doit pas être accordé ou renouvelé. Il s'agit là de la traduction logique de l'obligation de conventionnement, qui figure dans le décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 sur l'obtention du grade de licence, et qui est au cœur de la logique *d'universitarisation* des formations paramédicales. Or, force est de constater que toutes les conséquences de cette obligation n'ont pas été tirées. Certes, l'arrêté du 31 juillet 2009<sup>121</sup> prévoit bien (article 4) que « dans le cadre de l'intégration des formations paramédicales au processus licence, master, doctorat, les instituts de formation passent une convention avec l'université déterminant les modalités de participation de l'université à la formation. Cette convention intervient au plus tard un an après la première rentrée en format LMD.» Mais le texte n'est pas coercitif et il ne le pouvait pas l'être puisque c'est la loi qui a conféré au président de région le pouvoir d'agréer les instituts ; seule une disposition législative pourrait donc expressément subordonner ce pouvoir à des conditions particulières. A défaut d'une modification législative, il faudrait, en tout état de cause, qu'un consensus se dégage avec les régions pour qu'aucun agrément ne puisse être renouvelé s'il n'y a pas conventionnement avec l'université.

- **Les résultats de l'évaluation périodique**

[403] Dès lors que l'on met en place un dispositif d'évaluation périodique, il va de soi que les résultats de cette évaluation doivent être pris en compte au moment des renouvellements d'accréditation des instituts de formation. Dans l'idéal, le renouvellement d'agrément devrait être coordonné avec les résultats de l'évaluation et donc, peu ou prou, pour une région, avec les vagues contractuelles. En tout état de cause -car la synchronisation totale des procédures peut se révéler un exercice compliqué- il est indispensable que le président de région, dispose, au moment de prendre sa décision et pour l'éclairer, à côté de l'avis de l'ARS, des résultats de cette évaluation et des recommandations qui auront pu être faites à cette occasion. Une évaluation, qui serait totalement « dissociée », dans le temps, de l'agrément, perdrait beaucoup de son intérêt.

- **Les autres critères d'agrément**

[404] L'article R4383-2 du code de la santé publique énumère un certain nombre d'éléments à prendre en compte qui paraissent à la mission tout à fait pertinents, notamment :

- « la qualification des directeurs des instituts et écoles concernés » ;
- « l'adéquation, en nombre et qualité, de l'équipe pédagogique à la formation dispensée » ;
- « l'existence d'un projet pédagogique » ;
- « une organisation permettant l'articulation entre les enseignements théoriques et les stages cliniques ».

---

<sup>121</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur

- [405] A ces critères, la mission propose d'ajouter un autre, qui porterait sur la politique sociale menée par l'institut, à l'instar de ce qui se fait notamment pour l'évaluation des établissements d'enseignement supérieur technique privés et consulaires, notamment les écoles supérieures de commerce et de gestion, autorisés à délivrer un diplôme visé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur. La commission d'évaluation de ces formations et diplômes a ainsi expressément inscrit, dans ces critères d'évaluation, une dimension « sociale », à côté des critères de qualité pédagogiques et professionnels. Sur ce modèle, devraient être examinés, au moment de l'agrément, le montant des droits d'inscription perçus par les instituts mais aussi toutes les mesures prises par eux pour favoriser l'égalité d'accès à la formation, le nombre de boursiers, les mesures financières en faveur des étudiants défavorisés (exonération des droits notamment)<sup>122</sup>.
- [406] Une telle disposition serait, en outre, de nature à faciliter la prise en charge de ces formations au moins, pour partie, par les régions.

**Recommandation n°30 : Harmoniser et simplifier les modalités de délivrance du diplôme d'État et du grade de licence, pour parvenir à éditer un document unique visé à la fois par le préfet de région et par les autorités universitaires.**

**Recommandation n°31 : Réunir sous une seule autorité le contrôle des instituts et la certification des diplômes, qui sont tous les deux des compétences régaliennes, cette autorité devant être assez naturellement la DRJSCS, les agences régionales de santé étant prioritairement positionnées sur l'analyse de la démographie des professions de santé et des besoins de santé.**

**Recommandation n°32 : Mettre en place très rapidement, sous la responsabilité du haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur et en lien avec la HAS, un dispositif d'évaluation périodique, qui portera, suivant des modalités à construire, sur l'universitarisation du dispositif et sur la qualité de la formation tant théorique que pratique.**

**Recommandation n°33 : Soumettre l'agrément des instituts à des conditions complémentaires par rapport à la pratique actuelle, en particulier l'existence effective d'un conventionnement avec l'université, la prise en compte des résultats de l'évaluation externe et l'examen attentif de la politique sociale pratiquée par l'institut.**

- [407] En conclusion et pour éclairer les propositions mais aussi les limites du présent rapport, la mission souhaite appeler l'attention sur les points suivants.

---

<sup>122</sup> Bulletin officiel du MEN-MESR ; numéro spécial n° 4 du 20 juin 2013 : Établissements d'enseignement supérieur technique privés et consulaires, notamment écoles supérieures de commerce et de gestion, autorisés à délivrer un diplôme visé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur ; Évaluation des établissements (...) « La politique sociale de l'établissement : une attention particulière doit être accordée à cette rubrique. Les membres de la commission et du Cneser sont attentifs aux mesures envisagées par l'établissement pour aider les étudiants en difficulté à supporter la charge financière de la formation. Le ministère encourage également toute mesure visant à favoriser l'égalité d'accès à l'enseignement supérieur. Attentive à la préoccupation majeure d'une ouverture sociale renforcée des grandes écoles, la commission s'attache à connaître le montant des droits de scolarité demandés aux élèves (par année et globalement) et à mettre en relation ces droits avec les mesures financières prévues pour les étudiants défavorisés (bourses, prêts, exonération partielle des droits d'inscription, échelonnement des paiements, etc.) ».

- [408] **Le parti pris du rapport, le seul qui paraissait réaliste dans le contexte, a été d'établir un bilan du processus engagé et de pointer les fragilités et les pistes d'améliorations possibles dans le cadre actuel.** La mission, volontairement, n'a pas souhaité remettre en cause un certain nombre de choix qui avaient été faits *ab initio*. Pourtant, on peut penser que bons nombres de ces choix sont à l'origine des difficultés rencontrées par la suite et qui sont évidentes, cinq ans après le lancement du processus. En particulier le choix, de lier la revalorisation indiciaire des infirmières et l'accession à un « grade » universitaire portait en germe, dès l'origine, aux yeux de la mission, les revendications actuelles d'un rallongement systématique des formations, que ce soit au niveau du diplôme de base ou au-delà, sans que ces demandes soient nécessairement adossées à des besoins réels en matière de santé publique. Encore une fois, la mission rappelle ce que d'autres rapports ont dit avant elle : les formations paramédicales sont d'abord – et c'est ce qui fait leur force - des formations professionnelles qui doivent préparer à des métiers, correspondant à des besoins de santé clairement identifiés. Le contenu de la formation doit correspondre à ces besoins et non l'inverse.
- [409] **L'universitarisation des formations de base doit être achevée rapidement.** Les gouvernements successifs ont porté, de manière très volontariste, le processus de ce que l'on a appelé *l'universitarisation* des formations paramédicales. Il faut maintenant aller au bout de cette logique de rapprochement voulue par tous : la reconnaissance du grade universitaire de licence doit être étendue à toutes les professions paramédicales suivant un calendrier accéléré. Les retards et les disparités de traitement entre professions découragent les professionnels, qui ont participé depuis plusieurs années et de manière constructive aux groupes de travail et ne comprennent pas l'enlisement actuel du processus. Il est impératif que, la signature des conventionnements aboutissent pour les trois formations qui ont été réingénieries (ergothérapeutes, manipulateurs d'électro radiologie et pédicures podologues). En parallèle, le rôle de coordination de l'université doit être réaffirmé et mieux reconnu, y compris sur le plan financier.
- [410] **L'accès à des masters de recherche pluridisciplinaires doit être facilité** pour tous les professionnels paramédicaux qui souhaitent poursuivre cette voie. L'engagement des universités dans le développement de cursus de recherche ouverts à ces professionnels doit être encouragé, notamment lors des prochaines campagnes d'accréditation. En revanche, l'octroi d'un grade de master, et son corolaire, l'allongement des études, ne saurait constituer, aux yeux de la mission, la réponse unique et systématique à apporter pour répondre aux besoins de formation au delà du diplôme de base. La multiplication des grades de master peut constituer un piège, avec des formations qui non seulement ne répondraient plus vraiment aux besoins du métier mais dont le caractère trop théorique risquerait de décourager nombre de professionnels confirmés qui se verront fermer cette possibilité d'évoluer dans leurs pratiques et leur métier.
- [411] L'exemple de la réingénierie de la formation des IADE devrait à cet égard inciter à une grande prudence pour la poursuite du dispositif. L'AERES, lorsqu'elle a fait l'évaluation de la nouvelle formation, a d'ailleurs très bien résumé les risques inhérents à l'évolution envisagée : « Contrairement à d'autres filières universitaires, le cursus d'IADE a pour objet de former des professionnels devant être opérationnels dès la sortie de leur école de formation. (...). La réorganisation de leur formation ne doit pas risquer de compromettre cette évolution remarquable ». L'AERES notait plus loin : « L'examen des programmes, des choix pédagogiques et des modalités d'évaluation des étudiants ne permet pas d'exclure qu'un déséquilibre puisse s'installer entre enseignements théoriques et enseignements pratiques, au détriment de ces derniers. » elle recommandait enfin d'avoir comme objectif de « conserver comme prioritaire la formation à l'exercice pratique du métier. »
- [412] **La gouvernance du dispositif reste un des sujets les plus complexes à régler.** Sur ce sujet, par souci de pragmatisme, la mission est restée très prudente dans ses propositions, tout en esquissant ce qui pourrait aider à une clarification des rôles et des circuits, avec d'une part la création de CGS de moyens auquel seraient rattachées les IFSI et, d'autre part, la réunion des missions de contrôle et de certification au sein des DRJSCS.

- [413] Dans le cadre de rapports ou de prises de positions récentes, différentes pistes, plus audacieuses, ont pu être avancées en la matière, qui sont intellectuellement séduisantes, par exemple l'émergence d'une entité regroupant au niveau régional l'ensemble des instituts et servant d'interface entre tous les acteurs (région, université, hôpital). Aucune solution ne paraît cependant vraiment s'imposer avec évidence, d'autant que toute réforme des structures des instituts suppose que soit réglée en amont la question des personnels et de la propriété des locaux. La mission, pour sa part, estime que la priorité est actuellement l'achèvement de la réingénierie des référentiels de compétences, d'activité et de formation. La question du statut des instituts devra être posée dans un deuxième temps. A cet égard, il sera intéressant de faire un bilan du rapprochement juridique avec les universités qui est en train de se mettre en place pour les instituts de maïeutique, pour voir si le modèle peut être étendu à d'autres professions paramédicales et sous quelle forme.
- [414] **Enfin, l'universitarisation doit être porteuse, d'une plus grande égalité pour les étudiants.** Cet objectif doit être présent dans la poursuite du processus. Il est essentiel que l'accès à ces études reste diversifié. Il paraît temps d'inventer de nouvelles modalités de recrutement, qui permettent que se recrée une vraie diversité des profils, nécessaire pour préserver la richesse d'exercice. Les expérimentations qui sont ouvertes dans le cadre de la loi sur l'enseignement supérieur pourront constituer une occasion d'ouvrir les recrutements.
- [415] L'alignement du statut des étudiants et du montant des bourses sur celui des bourses universitaires doit également constituer une priorité, si l'on veut que l'universitarisation soit synonyme d'égalité et d'une ouverture sociale plus grande.

Vincent MARSALA

Patrick ALLAL

Isabelle ROUSSEL

## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Bilan de la réingénierie de la formation infirmière			
Évaluer le résultat de la réforme			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
1	Confier une évaluation de la qualité des professionnels formés, au bout d'au moins trois sorties de promotion, à une autorité scientifique indépendante accompagnée d'experts professionnels indépendants	DGOS - DGESIP	2015
Adapter la réingénierie			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
2	Tout en leur laissant une souplesse d'organisation pratique permettant son adaptation aux réalités de terrain, conforter la maîtrise des universités sur le contenu des enseignements théoriques et des contrôles de connaissance, leur homogénéité entre les IFSI, l'habilitation au moins des enseignants vacataires et occasionnels et le contrôle de leurs supports pédagogiques.	DGOS – DGESIP - Universités	2014
3	Assurer la présence systématique de l'université dans les commissions d'attributions de crédits ; de plus, lui en confier la présidence serait de nature à l'impliquer davantage dans la formation professionnalisante.	DGOS – DGESIP - universités	2014
4	Engager rapidement une réflexion sur une évolution de l'organisation des stages sur la base des pistes dégagées par la mission.	DGOS	2013
5	Rendre plus strictes les conditions de passage en année supérieure afin d'éviter que des étudiants arrivent en dernière année avec des dettes de crédits de première année et en contrepartie assouplir les possibilités de redoublement.	DGOS - DGESIP	2013
6	Supprimer la possibilité actuellement offerte aux IFSI d'organiser deux rentrées sur une même année universitaire, source de complexité dans l'organisation des enseignements, des examens et des stages sans bénéfice avéré pour les établissements de santé et les étudiants.	DGOS	2014
Simplifier la gouvernance			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
7	Engager, en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, une réflexion approfondie sur la possibilité de rattacher juridiquement les IFSI à un GCS de moyen.	DGOS	2013
8	Dans cette attente, et a minima de simplifier les circuits financiers, notamment en permettant aux universités de percevoir directement de la région les fonds correspondants à leur participation à la formation sans que ceux-ci transitent par les IFSI.	DGOS - ARF	2013

La vie étudiante			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
9	Clarifier, dans les conventions tripartites, les « droits » des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicale, tant en ce qui concerne l'accès aux différents services universitaires que leur participation à la vie universitaire, et notamment aux conseils de l'université.	DGESIP - Universités	2014
10	Prévoir, pour l'université, les contreparties financières des surcoûts engendrés par cette accessibilité aux services de l'université.	DGOS – DGESIP - ARF	2014 - 2015
11	Modifier les dispositions réglementaires actuelles (article D451-7 du code de l'action sociale et des familles) pour prévoir un alignement automatique du montant des bourses des étudiants paramédicaux sur celui des bourses sur critères sociaux du ministre chargé de l'enseignement supérieur.	DGESIP - DGOS	2015
12	Engager une réflexion sur le montant des droits d'inscription payés par les étudiants dans les instituts de formation publics et privés ; à partir d'un bilan exhaustif de la situation actuelle, faire des propositions pour harmoniser ces montants entre les instituts publics et travailler avec les professionnels et les représentants des instituts privés sur les modalités possibles d'encadrement des droits de scolarité.	DGOS - DGESIP	2013

La poursuite du processus			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
13	Reprendre les travaux de réingénierie en respectant scrupuleusement l'enchaînement chronologique : élaboration du référentiel d'activités, puis de compétences et enfin de formation.	DGOS - DGESIP	2013
14	Dans le cadre de la reprise des travaux de réingénierie, privilégier l'approche transversale et construire des cursus de formations qui permettent, par branche de professions, des mutualisations des enseignements.	DGOS - DGESIP	2013
15	Ne décider d'aucun allongement de la durée des études qui ne soit justifié par un besoin avéré de formation supplémentaire au vu des compétences à acquérir pour exercer le métier considéré en l'état actuel de la réglementation ; examiner parallèlement d'éventuelles suppressions d'enseignements qui ne seraient plus adaptés à l'exercice actuel de la profession.	DGOS - DGESIP	2013 - ...
16	Associer la DGESIP aux groupes de travail et de supervision	DGOS - DGESIP	2013
17	Associer la DGOS à la réflexion sur le grade universitaire devant être reconnu.	DGOS - DGESIP	2013
18	Harmoniser, au sein du code de la santé publique, l'ensemble des textes consacrés aux formations paramédicales et prévoir dès à présent la cosignature systématique du ministre chargé de la santé et ministre chargé de l'enseignement supérieur pour toutes les dispositions réglementaires concernant ces formations.	DGOS - DGESIP	2013 - ...
19	Relancer le processus de conventionnement, sur la base d'une répartition claire des compétences et des coûts entre les acteurs.	DGOS - DGESIP	2013



Le mode de sélection à l'entrée pour les formations initiales			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
20	Généraliser pour toutes les formations paramédicales la sélection sur dossier selon la procédure « Admission Post Baccalauréat » (APB), complétée chaque fois que possible par un entretien après pré sélection sur dossier.	DGOS - DGESIP	2014 - 2015
21	Soumettre à une évaluation dont les critères doivent être fixés dès à présent l'expérimentation de possibilité d'admission par passerelles universitaires prévue par l'arrêté du 27 avril 2012 en complément des modalités réglementaires de recrutement.	DGOS - DGESIP	2015 - 2016
22	Au bout des 3 années prévues pour cette expérimentation et en fonction des résultats de l'évaluation, généraliser ou supprimer totalement cette voie d'accès complémentaire.	DGOS - DGESIP	2016
23	Dans le cadre de l'expérimentation prévue par la loi ESR, n'établir la liste des formations pouvant être concernées par des modalités particulières d'admission qu'après examen transversal des référentiels de formation réingéniérés de l'ensemble des professions, et identification des UE communes ; intégrer à part entière la première année commune de formation dans le cursus de base des formations paramédicales concernées, la formation des masseurs kinésithérapeutes devant être intégrée dans cette approche transversale.	DGOS - DGESIP	2013 - 2014
24	N'autoriser que les expérimentations prévoyant que la première année commune est la modalité unique de recrutement pour les formations concernées et s'impose à tous les instituts de formation du territoire concerné, quel que soit leur statut public ou privé.	DGOS - DGESIP	2013 - 2014
25	De façon complémentaire, conserver les possibilités d'admission par passerelles universitaires et promotion professionnelle.	DGOS - DGESIP	2013

La poursuite des études post diplôme de base			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
26	Respecter scrupuleusement dans tous les cas de figures l'enchaînement chronologique suivant : détermination des besoins, élaboration du référentiel d'activités puis de compétence et enfin de formation.	DGOS - DGESIP	2013 - ...
27	S'assurer que tout allongement de la durée des études est justifié par un besoin avéré de formation supplémentaire au vu des compétences à acquérir pour exercer la spécialisation considérée en l'état actuel de la réglementation et n'intervient qu'après prise en compte d'éventuelles suppressions d'enseignement qui ne seraient plus adaptés à l'exercice actuel de celle-ci.	DGOS - DGESIP	2013 - ...
28	Ne déterminer la formation nécessaire à l'exercice d'une pratique avancée et son niveau de reconnaissance en ECTS qu'une fois cette pratique clairement définie.	DGOS - DGESIP	2013 - ...
29	Pour les formations diplômantes au-delà du diplôme permettant l'exercice du métier socle, préconiser les partenariats entre les instituts de formation aux professions paramédicales et les universités avec coconstruction des	DGOS - DGESIP	2013 - ...

	enseignements permettant aux étudiants d'obtenir, concomitamment et sans doublons d'UE, le diplôme professionnel et la validation d'une première année d'un master universitaire pluridisciplinaire.		
--	--	--	--

Certification, Évaluation, Agrément			
N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
30	Harmoniser et simplifier les modalités de délivrance du diplôme d'État et du grade de licence, pour parvenir à éditer un document unique visé à la fois par le préfet de région et par les autorités universitaires.	DGOS - DGESIP	2014
31	Réunir sous une seule autorité le contrôle des instituts et la certification des diplômes, qui sont tous les deux des compétences régaliennes, cette autorité devant être assez naturellement la DRJSCS, les agences régionales de santé étant prioritairement positionnées sur l'analyse de la démographie des professions de santé et des besoins de santé.	Secrétariat général des ministères sociaux	2014
32	Mettre en place très rapidement, sous la responsabilité du haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, et en lien avec la HAS, un dispositif d'évaluation périodique, qui portera, suivant des modalités à construire, sur <i>l'universitarisation</i> du dispositif et sur la qualité de la formation tant théorique que pratique.	DGOS - DGESIP	2013
33	Soumettre l'agrément des instituts à des conditions complémentaires par rapport à la pratique actuelle, en particulier l'existence effective d'un conventionnement avec l'université, la prise en compte des résultats de l'évaluation externe et l'examen attentif de la politique sociale pratiquée par l'institut.	DGOS	2014

# LETTRE DE MISSION



Inspection Générale Des Affaires Sociales
26 OCT. 2012
N° 605

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

*Paris, le* 25 OCT. 2012

CAB POS - DA/FR

La Ministre des Affaires sociales et de la santé

La Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche

à

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales

Monsieur le chef de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

Objet : réingénierie des formations paramédicales en vue de leur intégration dans le schéma Licence-Master-Doctorat.

Depuis 2008, le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont engagé la réingénierie des formations paramédicales en vue de leur intégration dans le schéma Licence-Master-Doctorat.

Cette réforme d'envergure visait à répondre à deux objectifs :

- un objectif de « réingénierie » : il s'agissait d'abord de rénover les diplômes des professions de santé et le contenu des formations paramédicales pour rendre compte tant des évolutions du contexte de soins (mise à disposition des savoirs, informatisation, modification des technologies ...) que de l'évolution des besoins en santé (vieillesse de la population, augmentation des pluri-pathologies ...);
- un objectif d'universitarisation : il s'agissait ensuite de les inscrire dans une dimension européenne (accord de Bologne pour le dispositif licence master doctorat - LMD - libre circulation des professionnels et équivalence des formations), les diplômes sanctionnant au moins trois années d'études permettant d'obtenir une reconnaissance universitaire, facilitant pour les professionnels le désirant, la poursuite de leurs études en vue d'une inscription potentielle dans une filière doctorale.

En termes d'attractivité de ces professions, le dispositif LMD représente une avancée dans la mesure où il autorise potentiellement les passerelles entre formations, la possibilité de réorientation professionnelle dans une spécialité et donc la possibilité d'évoluer dans une carrière et un exercice professionnel différent de celui choisi initialement

Il offre également une garantie de qualité dans les connaissances transmises grâce à la participation accrue des enseignants chercheurs dans les enseignements et dans les instances pédagogiques des instituts paramédicaux, à son potentiel de recherche et aux échanges entre disciplines qu'elle peut faciliter.

Le calendrier établi en 2009, calendrier ambitieux, visait la réingénierie de l'ensemble des formations concernées à l'horizon de 2012.

A cette date, seules les formations d'infirmiers en soins généraux (2009) et d'ergothérapeutes (2011) ont bénéficié de la réforme et trois nouvelles formations sont entrées dans le dispositif à la rentrée 2012, les infirmiers anesthésistes, les manipulateurs en électroradiologie médicale et les pédicures-podologues.

Plusieurs types de difficultés sont d'ores et déjà identifiées par les acteurs ralentissent en effet le processus :

- la démarche s'est engagée concomitamment à la réflexion sur les nouveaux métiers de santé dans les suites des Etats Généraux de l'organisation de la santé. L'urgence attachée à sa mise en œuvre pour la profession infirmière n'a pas permis de prendre le temps en amont de réinterroger le périmètre de compétences de chaque profession dans une réponse modernisée aux besoins de santé. Certains groupes ont accepté de travailler à périmètre d'activité constant ; pour d'autres, le travail sur les référentiels d'activités et de compétences comme sur le référentiel de formation a été l'occasion de consacrer l'évolution du métier socle et d'engager une réflexion sur des pratiques dites avancées ;
- le modèle d'intégration dans le schéma LMD retenu en 2009 pour l'universitarisation de la formation d'IDE a représenté un modèle de compromis permettant de concilier la préservation du système de formation existant avec l'obtention d'un grade universitaire. Ce compromis s'est fait au prix d'une gouvernance complexe entre l'Etat, les régions, les établissements hospitaliers, l'Université et les instituts de formation. Ce modèle montre aujourd'hui ses limites; il se révèle par ailleurs difficilement reproductible pour l'ensemble des filières de formation compte tenu de leur diversité de structuration.
- enfin l'enjeu symbolique attaché par chaque profession au niveau de reconnaissance universitaire accordé à son diplôme (licence ou master) s'est progressivement substitué à l'enjeu visant à repenser la contribution des professions dans leur ensemble et par filière à la prise en charge des patients.

Au regard des attentes très fortes que l'inscription dans le schéma LMD suscite auprès des professionnels, il est aujourd'hui important de poursuivre la dynamique sur des bases consolidées et partagées

Il vous est demandé dans cette perspective d'approfondir ce bilan intermédiaire du processus engagé et d'évaluer l'impact sur l'ensemble du dispositif de formation paramédicale existant (sélection, régulation démographique, financement, structures de formation, type de diplôme). A cette fin, il est important que vous vous appuyiez sur la perception de l'ensemble des parties

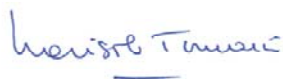
prenantes : représentants des professionnels, employeurs, régions, universités, représentants de l'appareil de formation paramédical, et étudiants.

Sur cette base, vous devrez proposer :

1. des critères permettant de définir objectivement les professions devant avoir accès au niveau licence ou au niveau master, notamment dans la perspective d'une filière complète jusqu'au niveau doctorat.
2. des perspectives d'évolution du modèle d'inscription dans le schéma LMD ou partenariat avec les universités mis en œuvre en prenant en compte la spécificité de chacune des formations concernées et des filières. Il conviendra d'en analyser l'impact sur l'ensemble des composantes du système et notamment la question du financement. Il vous est enfin demandé des éléments de calendrier de déploiement possible.
3. un schéma cible de gouvernance renouvelée de la démarche, associant étroitement les deux ministères qui en sont porteurs et l'ensemble des acteurs parties prenantes au dispositif.

Votre mission procédera aux auditions les plus larges possibles en vue de nous remettre votre bilan et vos propositions pour le 15 février 2013. Vous bénéficierez du concours de nos services et notamment de l'appui de la Direction générale de l'offre de soins et de la Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle.

La Ministre des Affaires  
sociales et de la santé



Marisol TOURAINE

La Ministre de l'enseignement supérieur  
et de la recherche



Geneviève FIORASO



## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Agence de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur : Pr. Houssin (président), Prs Annat et Geib

Association des directeurs et directeurs adjoints des DRJSCS : M. Florentin

Association des régions de France : Mme Gérard (vice présidente de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, vice présidente de la commission Formation de l'ARF) et des membres de la commission Formation, Mme Wintrebert

Collège des directeurs généraux d'ARS : excusé

Conférence des doyens des facultés de médecine: Prs Perrotin (président, doyen de la faculté de médecine de Tours) et Gerard (doyen de la faculté de médecine de Caen Basse Normandie)

Conférence des présidents d'université : Pr Berland (président de l'université Aix Marseille), M. Richard

Conférence nationale des directeurs généraux de CHU : M. Domy (président)

Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier : M. Fréchou (président)

### Fédérations d'employeurs

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne : excusé

Fédération hospitalière de France : Mme Barbier

Fédération de l'hospitalisation privée : Mr. Vigouroux

Unicancer : Mme Sigwald

### Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de soins : M. Le Moign (sous directeur), Mme Selfaty-Lenoir

### Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle : Pr Couraud (conseiller scientifique), Mme Pradelles-Duval (adjointe au chef de service de la stratégie), Mmes Deloche, Dupas-Ladoucette, Hervé, Papin et Profit, M. Ville

### Ordres professionnels

Ordre national des infirmiers : Mrs Borniche et Drigny

Ordre national des masseurs kinésithérapeutes : Mrs David et Vaillant

Ordre national des pédicures-podologues : Mrs Bonnafé et Prou

### Organisations représentatives des étudiants

Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers : Mme Guillaume

Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie : Mrs Colas, Moiro et Rall

Union nationale d'associations locales d'étudiants en ergothérapie : Mrs. Bairet et Vassaux,

Fédération nationale des étudiants en orthophonie : Mmes Benchimol et Boulangé

Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes : M.Haentjens

Association française des étudiants et professionnels en psychomotricité : M.Cerioli, Mme Gatecel

### Organisations représentatives des instituts de formation et écoles

Comité d'entente des formations infirmières et cadre : Mmes Kozlowski et Pastol-Leborgne

Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales : Mme Girard, M.Louchet

Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie : Mme Lozano, M.Sauvageon

Syndicat national des instituts de formation en pédicurie-podologie : Mrs Autrusson et Lenormand

Syndicats des instituts de formation en ergothérapie français : Mme Orvoine, M.Devin

Comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale : Mrs Carsin et Pugin

Comité d'Entente des écoles d'infirmiers anesthésistes : Mme Caltero

Association des enseignants des écoles d'infirmiers de bloc opératoire : Mme Dequidt-Martinez, M.Ludwig

Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance : Mmes Dujourdy et Faivre

### Organisations représentatives des professionnels

Fédération nationale des infirmiers : excusé

Syndicat national des infirmières et infirmiers Libéraux : Mmes Bonnaud et Touba

Coordination nationale infirmière : Mmes Autexier et Levasseur

Syndicat national des Infirmiers anesthésistes : excusé

Union nationale des Associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État : Mmes Louvel et Ludwig

Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes : Mme Courtois

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs : M. Bergeau

Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux : Mrs Maréchal et Toujansky

Fédération nationale des podologues : M. Combra, Mme Vaudray

Association française du personnel paramédical d'électroradiologie : Mrs Comte et Voix

Association nationale française des ergothérapeutes : Mrs Hernandez et Trouvé



Association française des techniciens de laboratoire médical : M. Ducelier, Mme Psaltopoulos

Association française des diététiciens-nutritionnistes : excusé

Fédération française des psychomotriciens : Mrs Hermant et Pitteri

Syndicat national d'union des psychomotriciens : Mme Borny, M. Thomas

Fédération nationale des orthophonistes : M. Penigaut

Fédération des orthophonistes de France : Mmes Ali et Buliard

Syndicat national autonome des orthoptistes : M. Milstayn, Mme Serra

Syndicat des orthoptistes de France : Mme Jeanrot

Syndicat national des audioprothésistes : excusé

Collège national d'audioprothèse : M. Bizaguet

Syndicat national des orthopédistes-orthésistes français : Mrs Cremieux et Fecherolle

Union française des orthoprothésistes : M.Fourny

Union des podo-orthésistes de France : Mme Dufaure, M. Heili

Syndicat des épithésistes français : Mme Riedinger

Fédération nationale des opticiens de France : Mrs Brisson et Geffroy

Syndicat des opticiens sous enseigne : Mme Duvauchelle, M. Romeas

Union des opticiens : Mrs Marinacce et Saulnier

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France : Mrs Denry et Gaertner

### Organisations syndicales

CFDT : Mmes Cagnieux et Peruez

CFE – CGC/FFASS : Mrs Amouroux et Petyst de Morcourt

CFTC : Mrs Dubruque et Lartigue

CGT : M. Keravec, Mme Sovrano

FO : Mrs Martin et Rochais

SMPS : Mrs Falanga et Perriguy

Sud : excusé

UNSA : Mrs Kalb et Vigne

### Région Centre

ARS : Mrs Ochmann (directeur de l'offre sanitaire et médicosocial) et Guerin

CH de Montargis : M. Poillerat (directeur)

CHU de Tours : M. Roehrich (directeur général), M. Charon, Mme Kowocz, M. Romero-Grimand, et les représentants des nouveaux diplômés et des étudiants

Conseil régional : M. Bonneau (président) et Mrs Fournié (vice président), Riehl (vice président) et Lefelle (conseiller du président)

IFSI de Chalette sur Loing : Mme Creuzard (directrice), Mmes Auger, Augin, Champaix, Jamet, Lалуque, Languet, Roussel, Veronese, Mrs Parlhart, Polverini et les représentants des étudiants

Université : Pr Vaillant (président)

### Région Île-de-France

DRJSCS : M. Florentin (directeur), Mmes Desbois, Ndiaye et Tourtier

Université Paris VI : Pr Chambaz (président), Pr Huzan (doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie), Pr Amour, Mme Fatil

Université Paris XI : Pr Sitbon

Université Paris XII : Pr Hittinger (président), Mme Albanese, M. Cuesta

Université Paris XIII : Pr Dumas (doyen de la faculté de médecine), Pr Baillard

### Région Lorraine

ARS : Mme Rigon

CHU de Nancy : Mme Toussain (directrice générale adjointe), Mrs Bouc, Pugin et Thomas

GCS : Mmes Caillier et Salib

Instituts de formation du CHU : M. Becker, Mmes Gaurrois, Hayo et Schon, M. Thomas et les représentants des étudiants

IFSI d'Épinal : Mme Salib (directrice), Mmes Brice, Brun, Dricot, Grandhaye, Houberton, Mathieu, Meurville, Phulpin, Salve, Testevide, et les représentants des étudiants

Université de Lorraine : Pr Mutzenhardt (président), Prs Barbaud, Baumgartner et Nguyen-Tran, M. Molter

### Région Rhône-Alpes

Université Lyon I : Pr Gilly (président), Pr Etienne (doyen de la faculté de médecine Lyon Est), Prs Guérin et Schott, Mme Baldi, M. Chaabnia

### Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Animation, coordination des réseaux : Mme Vedeau-Ulysse

Modernisation de l'action publique : Mmes Furnon-Petrescu et Desmares

Mission « appui, ressources, stratégie » des ARS : M. Gratioux, Mme Desailly-Chanson

## SIGLES UTILISES

AERES	Agence de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
APB	Admission post baccalauréat
ARF	Association des régions de France
ARS	Agence régionale de santé
BTS	Brevet de technicien supérieur
BTSA	Brevet de technicien supérieur agricole
CAC	Commission d'attribution des crédits
CASF	Code de l'action sociale et de la famille
CCEC	Commission consultative d'évaluation des charges
CHU	Centre hospitalier universitaire
CPU	Conférence des présidents d'université
CROUS	Centre régional des œuvres universitaire et scolaire
CSP	Code de la santé publique
DE	Diplôme d'État
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DTS	Diplôme de technicien supérieur
DUT	Diplôme universitaire de technicien
ECTS	European credits transfer and accumulation system
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FPH	Fonction publique hospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IFMK	Institut de formation en masso-kinésithérapie
IGAENR	Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LMD	Licence, master, doctorat
M1	Première année de master
M2	Deuxième année de master
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MESR	Ministère de l'enseignement et de la recherche
PU-PH	Professeur des universités, praticien hospitalier
PACES	Première année commune des études de santé
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
SVT	Sciences de la vie et de la terre
TD	Travaux dirigés
UE	Unité d'enseignement
VAE	Validation des acquis de l'expérience



## BIBLIOGRAPHIE

- Démographie des professions de santé – Yvon Berland, Thierry Gausseron – novembre 2002
- Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur la formation et le statut des professions paramédicales - Aquilino Morelle, IGAS, Jacques Veyret et Gérard Lesage, IGAENR, Dominique Acker et Dominique Noiré, Conseillers généraux des établissements de santé - rapport IGAS/IGAENR - septembre 2008
- Guide d'utilisation des ECTS – DG Education et culture – Office des publications officielles des communautés européennes – Bruxelles, février 2009
- Le concours spécifique d'accessibilité aux instituts de formation en masso-kinésithérapie – Michelle Bressan, Thierry Leconte, Joël Sallé – rapport IGAS/IGAENR - juillet 2010
- Rapport d'information à l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur la formation des auxiliaires médicaux présenté par Jacques Domergue – juillet 2010
- Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés – Marie-Laure Delamaire et Gaetan Lafortune – Editions OCDE – août 2010
- Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire présenté par Laurent Hénard, Yvon Berland et Danielle Cadet, rapporteurs généraux : Elisabeth Fery-Lemonnier et Bernard Verrier – janvier 2011.
- Les coopérations entre professionnels de santé – Élise Anger, Virginie Gimbert avec la collaboration de Mathilde Reynaudi et Sylvain Lemoine – note d'analyse 254 du centre d'analyse stratégique – décembre 2011
- Avenirs pour les formations paramédicales en France – Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicales en France à l'horizon 2010 – Interface, conseil, études et formation – ANDEP – 2012
- Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 – document de travail, série statistiques, n°168 – Daniel Sicart, DREES – mars 2012
- Propositions de transcriptions législatives et réglementaires des conclusions des Assises 2012 de l'enseignement supérieur et de la recherche faites par Jean-Yves Le Déaut au Premier ministre – janvier 2013
- La formation aux professions de santé en 2011 – document de travail, série statistique n°178 – Bénédicte Castéran Sacreste, DREES – avril 2013
- Modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale - Myriam Mesclon-Ravaud et Patrice Blémont – rapport IGAS/IGAENR - mai 2013