



Pour une meilleure intégration des
formations paramédicales à l'université : mise
en œuvre des mesures 5, 6 et 13
de la Grande conférence de santé

RAPPORT

Établi par

Jean DEBEAUPUIS,
Axel ESSID

Patrick ALLAL,
Stéphane ELSHOUD,
Frédéric THOMAS

Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales

Membres de l'Inspection générale de
l'administration de l'Éducation
nationale et de la recherche



INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2016-123R



igaenr
Inspection générale
de l'administration
de l'Éducation nationale
et de la Recherche

N°2017-043

- Juin 2017 -

Sommaire

SYNTHESE	7
INTRODUCTION	11
1 L'harmonisation des droits sociaux des étudiants paramédicaux avec ceux des étudiants de l'université doit être achevée (Mesure 5)	15
1.1 L'alignement des bourses permet d'atténuer les fortes hétérogénéités issues de la décentralisation de 2004	15
1.2 L'accès aux prestations en nature servies par les CROUS, restauration et logement, implique une coordination accrue des acteurs	18
2 La loi de décentralisation de 2004 nécessite des ajustements ponctuels, mais donne aux régions les outils nécessaires pour piloter l'offre de formation (mesure 6)	20
2.1 Le réseau des instituts est dual avec, d'une part, un maillage dense d'IFSI et, d'autre part, des formations à effectifs plus réduits et à rayonnement interrégional	20
2.1.1 Au plan juridique et pratique, les régions sont les principaux pilotes en matière d'offre de formation des instituts qu'elles autorisent.....	20
2.1.2 La gestion de l'offre par les régions peut apparaître conservatrice et insuffisamment objectivée, avec un impact incertain sur l'offre de soins et la démographie des professionnels	27
2.2 Les trois problématiques du financement de l'offre privée de formation, des formations historiquement gérées par l'université et de l'investissement des instituts demandent à être clarifiées.....	30
2.2.1 Les régions n'ont pas l'obligation de financer les instituts privés, ce qui entraîne un report de charge parfois conséquent sur les étudiants.....	30
2.2.2 La loi du 13 août 2004 n'a pas entraîné le financement des formations historiquement intégrées à l'université, qu'il conviendrait de pérenniser.....	33
2.2.3 L'investissement des instituts, supporté de manière hétérogène par les régions, n'a pas été dévolu de manière claire par la loi.....	35
2.2.4 Des règles de compensation des transferts de compétences entre l'État et les régions qui restent complexes	38
2.3 L'accès équitable à l'ensemble des formations paramédicales doit passer par une généralisation de l'Admission post-bac (APB).....	39
2.3.1 Des modes d'accès aux formations paramédicales devenus complexes et injustes et, pour partie, inefficaces	39
2.3.2 La généralisation de la sélection par les instituts de formation à partir d'APB pour l'accès aux formations paramédicales de niveau bac+3, uniquement accessibles par concours.	42
2.3.3 La mise en place systématique d'une première année universitaire pour les formations actuellement accessibles depuis la PACES ou une première de licence STAPS ou SVT	43

3	Confier – a moyen terme – aux universités l’encadrement pédagogique des formations paramédicales (Mesure 13)	45
3.1	Simplifier le parcours étudiant, de l’inscription à l’université à la délivrance du diplôme d’État et du grade de licence ou master	45
3.1.1	Simplifier le parcours étudiant dès l’inscription administrative	45
3.1.2	Habiliter les universités à délivrer en même temps diplôme d’État et grade universitaire	48
3.1.3	Simplifier l’accès aux espaces numériques de travail (ENT), lien indispensable entre étudiants et formateurs permanents ou universitaires	51
3.2	Renforcer l’innovation pédagogique interdisciplinaire, par le numérique et la simulation, mission prioritaire pour les acteurs de la formation en santé	52
3.2.1	Des constats encourageants, des situations contrastées	52
3.2.2	Conforter la place et le rôle du numérique (et mutualiser à l’occasion les productions), développer la simulation, assurer la formation des formateurs, développer l’évaluation par les étudiants	55
3.3	Achever d’ici la rentrée 2018 la réingénierie des formations paramédicales et leur inscription dans le schéma licence-master-doctorat (LMD)	58
3.3.1	Les formations réingéniées au niveau bac +3 doivent mener à des diplômes d’État qui soient des diplômes nationaux de l’enseignement supérieur et conférer le grade de licence.58	
3.3.2	Les formations réingéniées au niveau bac+5 doivent également mener à des diplômes nationaux de l’enseignement supérieur et conférer le grade de master, reconnaissance de l’initiation à la recherche incluse dans ces formations.....	59
3.3.3	La formation au management des cadres de santé doit être généralisée avec une année de M2 couplée à une mise en situation professionnelle permettant de valider le M1 au titre des acquis de l’expérience (VAE).....	60
3.4	Favoriser les parcours recherche des professionnels paramédicaux et de la maïeutique et créer à cette fin des corps bi-appartenants pour maintenir le lien indispensable entre formation-recherche et exercice clinique	62
3.4.1	La possibilité de poursuite des études en doctorat doit être ouverte aux titulaires d’un diplôme de master	62
3.4.2	Les nécessaires perspectives de bi-appartenance et d’accès aux écoles doctorales....	63
3.4.3	« Universitariser » l’agrément des directeurs d’instituts de formation paramédicaux	65
3.5	Repenser la gouvernance des instituts dans le contexte de l’universitarisation et de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT)	66
3.5.1	La concertation engagée sur la gouvernance des instituts renvoie aussi aux rôles respectifs des régions, des ARS, universités et instituts	66
3.5.2	Réaffirmer un pilotage fort Régions /État dans le cadre de la loi de 2004	69
3.5.3	L’indispensable coordination au niveau des GHT et son contenu réel	71

3.5.4	La piste nouvelle d'un regroupement ou d'une coordination des instituts sous forme de groupements de coopération sanitaires.....	72
3.6	Les conditions d'une gestion budgétaire simplifiée et lisible entre les gestionnaires d'instituts, les universités et les conseils régionaux.....	75
3.6.1	Un mode de financement des coûts liés à l'universitarisation non satisfaisant.....	75
3.6.2	La nécessité d'un financement direct par les régions des coûts supportés par l'université au titre des conventions passées avec les instituts de formation.....	76
3.7	La situation spécifique de la maïeutique	77
4	Etendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux (Mesure 14)	81
4.1	Les éléments d'évaluation disponibles de la formation infirmière.....	81
4.1.1	Les principes de la réingénierie des formations universitarisées	81
4.1.2	La formation infirmière est plus attractive et mieux suivie avec davantage de réussite au diplôme.....	81
4.1.3	Les principales évolutions appréciées par les acteurs	82
4.2	L'évaluation des formations universitarisées est prévue par la loi et préparée par le HCERES83	
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	89
	LETTRE DE MISSION	95
	LISTE DES PRINCIPAUX RESPONSABLES AUDITIONNES.....	101
	ANNEXE 1 : CHARTE ADMISSION POST BACCALAUREAT (APB).....	111
	ANNEXE 2 : MODIFICATIONS PROPOSEES DES CODE DE L'EDUCATION ET DE LA SANTE PUBLIQUE	127
	ANNEXE 3 : RECENSEMENT CEFIEC DES PARTENARIATS UNIVERSITAIRES IFCS ET LEUR NIVEAU M1/M2.....	137
	ANNEXE 4 : STATUT DES DIRECTEURS D'INSTITUTS ET FORMATEURS.....	143
	ANNEXE 5 : COURRIER CONFERENCE DG DE CHU.....	155
	ANNEXE 6 : DONNEES SUR GHT ET IFSI	161
	ANNEXE 7 : CARTOGRAPHIE DES COUTS LIES AUX FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES A L'UNIVERSITE.....	163
1	Définition.....	163
2	Périmètre de la cartographie	163
3	Prérequis	163
4	Règles de présentation des charges et produits	164
	ANNEXE 8 : PROJET DE REFERENTIEL HCERES.....	167
	ANNEXE 9 : ESTIMATION DES DROITS A COMPENSATION ASSOCIES AUX RECOMMANDATIONS.....	179
	ANNEXE 10 : COMPARATIF EUROPEEN – CONTRIBUTION DAEI.....	181

ANNEXE 11 : DENSITE DE DIPLOMES PAR FORMATION ET REGION.....	205
ANNEXE 12 : MODELE DE CARTE ETUDIANT ET DE DIPLOMES.....	209
SIGLES UTILISES.....	217

SYNTHÈSE

[1] Par lettre de mission en date du 22 juillet 2016, complétée le 6 décembre, une mission conjointe de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été chargée d'examiner les modalités de mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la grande conférence de santé de février 2016, auxquelles la mission a adjoint, par souci de cohérence, la mesure 14.

[2] La teneur de ces mesures est la suivante :

- la mesure 5 est relative aux droits sociaux des étudiants en formation paramédicale, qu'il s'agisse des bourses, versées par les conseils régionaux, ou des problèmes d'accessibilité et d'éligibilité aux prestations des services universitaires et des centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) ;
- la mesure 6 est liée à l'évaluation de l'offre de formation. Il convient en particulier de recenser la répartition de l'offre du point de vue géographique, d'une part, et du statut des organismes de formation, d'autre part, dans un paysage où l'offre privée, lucrative ou non, peut être importante. Cela entraîne des conséquences en matière de coût de scolarité pour les étudiants, avec une problématique d'accessibilité financière ;
- la mesure 13 renvoie au renforcement de la place de l'université dans ces formations, et à l'intégration de celles-ci dans le schéma licence-master-doctorat (LMD) instauré par le processus de Bologne. Aux termes de la lettre de mission, il faut notamment, en lien étroit avec Régions de France et les acteurs concernés, définir « les conditions d'un meilleur encadrement pédagogique des formations paramédicales confiées à terme aux universités », les possibilités de « délivrance par l'université de certains diplômes d'État », et « d'œuvrer à la simplification des architectures juridiques, pédagogiques et financières associées ».
- enfin, la mesure 14, qui vise à étendre aux instituts paramédicaux la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur, apparaît comme un corollaire nécessaire de l'intégration accrue à l'université.

[3] En termes de périmètre, les formations paramédicales sont visées aux titres I à VII du livre III de la IVème partie du code de la santé publique, et regroupent environ 120 000 étudiants. Ces professions peuvent être réparties en trois groupes :

- les infirmières et infirmiers diplômés d'État (IDE) et les spécialités infirmières (infirmiers et infirmières anesthésistes, de bloc opératoire, puériculteurs et puéricultrices) et cadres de santé forment les effectifs et le maillage d'instituts les plus importants ;
- les professions de la rééducation / réadaptation comprennent notamment les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les pédicures-podologues. Ces formations ont la particularité d'être dispensées par un nombre non négligeable d'organismes de formation privés, non lucratifs et lucratifs. Elles comptent également en leur sein des formations exclusivement et historiquement assurées par l'université, qui relèvent des ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, comme les orthophonistes, les orthoptistes, les audioprothésistes ou les diététiciens, ainsi que les opticiens-lunetiers, et les prothésistes-orthésistes ;
- les professions médico-techniques, parmi lesquelles les manipulateurs d'électroradiologie médicale, ou les techniciens de laboratoire médical.

[4] Ces formations initiales obéissent à un régime dérogatoire, tant pour la gestion des bourses, que pour les outils de pilotage de l'offre que constituent la répartition des quotas

régionaux de ces professions, l'agrément des directeurs et le financement, en fonctionnement et en équipement, des instituts publics, transférés aux régions par la loi de décentralisation du 13 août 2004. L'État conserve au plan national la fixation des capacités globales de formation et l'édiction des programmes. Au plan régional, l'ARS¹ est garante de la qualité des formations et a une fonction consultative quant aux décisions du conseil régional.

[5] La mission s'est attachée à détailler la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la conférence, en se basant sur les données disponibles en administration centrale et recueillies auprès des régions. Elle s'est entretenue avec les conférences nationales concernées (des présidents d'université, des doyens des facultés de médecine, des directeurs généraux de CHU), les organisations représentatives des étudiants et des professionnels, et elle a travaillé en étroite collaboration avec Régions de France. Au plan local, elle a rencontré les acteurs concernés lors de déplacements dans sept régions métropolitaines. Le plan du présent rapport regroupe ses propositions selon l'ordre des mesures concernées de la grande conférence de santé.

[6] En ce qui concerne la mesure 5, la mission propose d'achever de reconnaître un statut d'étudiant de plein droit aux élèves des formations paramédicales. La gestion des bourses est décentralisée depuis 2004, mais depuis le décret du 28 décembre 2016, leurs montants ne peuvent être inférieurs à ceux des bourses du ministère chargé de l'enseignement supérieur, fixés chaque année par arrêté. En ce qui concerne les prestations du CROUS, la mission note qu'une solution de premier rang consisterait à revenir à une gestion unique par cet opérateur de l'ensemble des prestations (bourses, logement et aides spécifiques) les étudiants étant actuellement confronté à un double guichet, région et CROUS. Sans revenir sur la répartition des compétences actée par la loi de 2004, des solutions de simplification, touchant notamment à la mise en place d'un portail informatique commun permettant un partage des données du dossier social étudiant entre CROUS et régions, sont à envisager.

[7] Au-delà, la mission propose de simplifier drastiquement le parcours de l'étudiant en l'alignant sur celui des étudiants universitaires. En contrepartie d'un versement direct des droits de scolarité, fixé par arrêté du MESR, à l'université, les étudiants paramédicaux se verraient inscrits dans le système d'information des universités (APOGEE dans 80 % d'entre elles), qui gèrera leur parcours de l'inscription à la délivrance du diplôme d'État. La mission propose en effet que ce dernier, qui deviendrait un diplôme national de l'enseignement supérieur, soit directement délivré par l'université, en lieu et place du préfet – DRJSCS à l'heure actuelle. L'étudiant se verrait remettre une carte d'étudiant de l'université et aurait accès à l'intégralité des droits qui sont associés : bibliothèque universitaire, activités culturelles et sportives, espace numérique de travail, médecine préventive et droit de vote.

[8] De façon corollaire, la mission propose de modifier le mode de recrutement de ces formations, en généralisant l'accès par admission post-bac (APB), qui se substituerait au concours. En effet, cette procédure permettrait de diversifier les profils des étudiants, et améliorerait l'accessibilité sociale de ces formations, en supprimant les classes préparatoires privées, souvent onéreuses et suivies par une proportion importante des étudiants (jusqu'à un tiers des élèves infirmiers). Plus précisément, les formations paramédicales de niveau bac + 3 seraient accessibles *via* APB après sélection sur dossier et entretien individuel. Les formations de niveau bac + 5 le seraient après une première année universitaire sélective, qu'elle soit déjà existante, comme la PACES, ou spécifique, comme, par exemple, une première année dédiée aux métiers de la rééducation. La réussite à cette année conditionnerait la poursuite d'études.

¹ Un glossaire reprenant l'ensemble des sigles et acronymes figure en annexe.

[9] S'agissant de la mesure 6, la mission a fait le constat d'une offre de formation publique parfois insuffisante s'agissant de certains métiers de la rééducation ou médico-techniques. Elle constate par ailleurs que la régionalisation du pilotage de l'offre de formation est questionnable pour certaines formations à rayonnement interrégional ou national, où les étudiants sont très mobiles, et où la part de diplômés à l'étranger parmi les professionnels est importante. La mission note que le principal problème posé par l'offre privée est celui des frais de scolarité élevés pour les étudiants. Ces niveaux de frais sont essentiellement liés au fait que, contrairement aux instituts publics, les régions ne sont pas tenues de financer les instituts privés en fonctionnement, reportant ainsi le coût de la scolarité sur l'étudiant. De fait, les régions financent d'ores et déjà de façon importante, quoiqu'hétérogène, les instituts privés non lucratifs, notamment les instituts de la Croix-Rouge française.

[10] La mission propose à ce titre de revoir la loi de 2004 et ses décrets d'application pour assurer le financement des instituts non lucratifs. La région, lors de son agrément des instituts, devra s'assurer que les frais de scolarité des instituts qu'elle finance sont alignés sur les droits d'inscription du public.

[11] De façon parallèle, certaines ambiguïtés de la loi de 2004 devraient être levées. Il en est ainsi de l'investissement immobilier, compétence assurée de façon variable, et dont les régions ne sauraient se désintéresser. Il en est de même des formations historiquement assurées à l'université, comme l'orthophonie et l'orthoptie, qui ont été transférées aux régions en 2004, sans que cela ne se soit traduit dans les faits car la compensation financière n'a porté que sur les formations entrant dans le champ de compétence du ministère de la santé. Par souci de cohérence, ces formations devraient être effectivement transférées aux régions, ce qui nécessitera leur compensation financière.

[12] Les circuits de financement entre régions, université et instituts, qui disposent d'un budget annexe à leur établissement hospitalier ou gestionnaire de rattachement, devraient en outre être simplifiés. La mission préconise en ce sens que les dépenses imputables à l'université, notamment la part des cours assurée par celle-ci dans le cadre de l'universitarisation, lui soient directement versées par la région. Elles seraient clairement isolées au sein d'un budget annexe dédié aux formations paramédicales, selon le modèle éprouvé dans les instituts de formation des établissements publics de santé ou les centres de formation des apprentis (CFA) universitaires. La mission propose une cartographie des coûts pour aider les universités au recensement de ceux-ci. Du côté des instituts de formation, la mission note que le nombre d'instituts très élevé (plus de 600) est source de complexité pour les financeurs. Les groupements de coopération sanitaires (GCS) déjà existants pour les IFSI, au nombre de 26, pourraient voir leur compétence étendue à la gestion des moyens de tous les instituts publics. Ce maillage de 26 GCS réduirait le nombre d'interlocuteurs tout en constituant un outil de mutualisation à une échelle plus pertinente que celle des groupements hospitaliers de territoire (GHT), le territoire universitaire ou régional. Cette disposition pourrait être expérimentée dans des territoires volontaires.

[13] Ce changement d'échelle doit également prévaloir en ce qui concerne la gouvernance : l'université pourrait présider des conseils moins nombreux pour les IFSI notamment, et participer aux GCS. Les conseils de discipline pourraient de même être organisés pour les élèves de ces instituts au niveau de l'université dont ils seraient étudiants à part entière. La structure recueillant les financements régionaux devrait se voir reconnaître un rôle de coordination pédagogique des instituts de formation.

[14] En ce qui concerne la mesure 13, l'universitarisation proprement dite, la première priorité est d'achever la réingénierie des professions paramédicales, et donc leur inscription dans le schéma licence-master-doctorat (LMD) : cela concernerait certains métiers de la rééducation, qui se

verraient reconnaître un niveau bac+5 (grade de master), les deux spécialités infirmières non réingéniées, infirmiers de bloc opératoire et puériculteurs, sur le modèle des infirmiers anesthésistes, et l'acquisition d'un master de management par les cadres de santé, en maintenant la formation proprement dite à un an et en reconnaissant l'année de faisant-fonction comme un M1 par validation des acquis de l'expérience.

[15] Sur le fonds, et pour l'ensemble des formations, l'innovation pédagogique doit être renforcée, par l'ouverture aux instituts de maïeutique et paramédicaux de l'université numérique en santé (supports de cours en ligne et d'évaluation), par la mutualisation entre universités des contenus pédagogiques, le développement des espaces numériques de travail et celui de l'apprentissage par simulation. Le lien entre pratique clinique et formation théorique particulier aux métiers de santé, doit par ailleurs être renforcé et adossé au développement de la recherche. Cela passerait, sur le modèle des assistants, maîtres de conférences et professeurs d'université-praticiens hospitaliers (MCU et PU-PH), par la création de corps de professionnels bi-appartenants en maïeutique, sciences infirmières, en rééducation et disciplines médico-techniques. Corollaire de l'ouverture de ces formations à la recherche, les critères d'agrément des directeurs d'instituts et des formateurs permanents devraient être rénovés, et conditionnés à terme, à l'obtention d'un diplôme universitaire de niveau I (master ou doctorat).

[16] Pour finir, en lien avec la mesure 14 de la grande conférence, la qualité des formations serait garantie par une évaluation indépendante du Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), rendue par ailleurs nécessaire par la délivrance du diplôme par l'université. Le renouvellement ou le maintien de l'autorisation par les régions des instituts publics ou privés serait, par voie de conséquence, lié à l'avis favorable du HCERES qui conditionne largement le renouvellement de l'accréditation des universités à délivrer le diplôme par les services du MESR, selon les procédures de droit commun en matière d'enseignement supérieur.

[17] Le rapport conclut en resituant l'évolution du rôle des acteurs principaux résultant des 30 recommandations du rapport, en proposant des échéances et priorités, et en estimant les surcoûts modérés de certaines de ces recommandations. Il appelle à un pilotage fort des régions et de l'État, dans le cadre de leurs compétences respectives pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université, accélérant réingénierie et reconnaissance des formations, simplification du parcours de l'étudiant et renforcement de ses droits, innovation pédagogique, par le numérique et la simulation, au bénéfice de l'ensemble des formations paramédicales et des territoires.

INTRODUCTION

[18] Par lettre de mission en date du 22 juillet 2016, complétée le 6 décembre 2016, les ministres des affaires sociales et de la santé, et de l'enseignement supérieur et de la recherche, ont confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) une mission relative à la mise en œuvre de la grande conférence de santé (GCS) du 11 février 2016 concernant les formations paramédicales. La mission est composée de Patrick Allal, Stéphane Elshoud et Frédéric Thomas (IGAENR), de Jean Debeaupuis et d'Axel Essid (IGAS).

[19] Il s'agit plus particulièrement des mesures 5, 6 et 13 de la grande conférence de santé, auxquelles la mission a adjoint, par souci de cohérence, la mesure 14 :

- la mesure 5 est relative aux droits sociaux des étudiants en formation paramédicale, que cela concerne les bourses, versées par les conseils régionaux, ou les problèmes d'accessibilité et d'éligibilité aux prestations des services universitaires et des centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) ;
- la mesure 6 est liée à l'évaluation de l'offre de formation. Il convient en particulier de recenser la répartition de l'offre du point de vue géographique, d'une part, et du statut des organismes de formation, d'autre part, dans un paysage où l'offre privée, lucrative ou non, peut être importante. Cela entraîne des conséquences en matière de coût de scolarité pour les étudiants, avec une problématique d'accessibilité financière ;
- la mesure 13 renvoie au renforcement de la place de l'université dans ces cursus, et à l'intégration de celles-ci dans le schéma licence-master-doctorat (LMD) instauré par le processus de Bologne. Aux termes de la lettre de mission, il faut notamment, en lien étroit avec Régions de France et les acteurs concernés, définir « les conditions d'un meilleur encadrement pédagogique des formations paramédicales confiées à terme aux universités », les possibilités de « délivrance par l'université de certains diplômes d'État », et « œuvrer à la simplification des architectures juridiques, pédagogiques et financières associées ».
- enfin, la mesure 14, qui vise à étendre aux instituts paramédicaux la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur, apparaît comme un corollaire nécessaire de l'intégration accrue à l'université.

[20] En termes de périmètre, le travail de la mission a porté sur une quinzaine de formations post-baccalauréat : on entend par professions paramédicales les professions visées aux titres I à VII du livre III de la IV^{ème} partie du code de la santé publique. Ces professions peuvent être réparties en trois groupes :

- les infirmières et infirmiers diplômés d'État (IDE) et les spécialités infirmières forment les effectifs et le maillage d'instituts les plus importants : 90 976 IDE formées dans 328 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), selon l'enquête 2015 de la DREES², auxquelles il faut adjoindre 4 553 infirmiers spécialisés formés dans 124 instituts ;

² Ces chiffres représentent le nombre d'étudiants formé chaque année et non le nombre de diplômés.

- les professions de la rééducation / réadaptation comprennent notamment les masseurs-kinésithérapeutes (8 017, répartis dans 44 instituts), les psychomotriciens (2 613 étudiants dans 12 établissements), les ergothérapeutes (2 353, répartis dans 20 établissements), les pédicures-podologues (1 817, dans 11 établissements). Ces formations ont la particularité d'être dispensées par un nombre non négligeable d'organismes de formation privés, non lucratifs et lucratifs. Elles comptent également en leur sein des formations exclusivement et historiquement assurées par l'université, qui relèvent des ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, comme les orthophonistes, les orthoptistes, les audioprothésistes ou les diététiciens, ainsi que les opticiens-lunetiers, et les prothésistes-orthésistes ;
- les professions médico-techniques, parmi lesquels les manipulateurs d'électroradiologie médicale (1 849 étudiants dans 18 instituts), ou les techniciens de laboratoire médical (344 étudiants dans 4 instituts).

[21] Le présent rapport évoquera également la formation au management (cadres de santé formés dans une quarantaine d'instituts et directeurs des soins à l'EHESP) et une profession médicale, les sages-femmes (4 011 étudiants dans 34 instituts) dont les problématiques d'intégration à l'université sont en partie comparables. Il ne traitera pas en revanche des formations de niveau V, en un an, qui n'ont pas vocation à intégrer l'université et à s'intégrer dans le système licence-master-doctorat. Il s'agit des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et des ambulanciers.

[22] Au plan quantitatif, le champ des formations sanitaires et sociales (FSS) est connu principalement par deux enquêtes annuelles menées par la DREES³ auprès des instituts de formation⁴, et par les enquêtes du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (MENESR) pour les formations paramédicales de type BTS/DUT⁵. Il est en forte évolution, quantitative et qualitative, car de nouvelles formations apparaissent, et les effectifs totaux sont passés en dix ans, de 2004 à 2014, de 170 000 étudiants inscrits à 216 000 (soit une augmentation de 27%), et de 68 552 diplômes délivrés hors VAE à 92 266, soit une augmentation de 35%. Dans les deux cas, la part des formations sanitaires au sein du total est de l'ordre de 70%, en progression de quelques points sur 2004.

[23] S'agissant des seules formations sanitaires, les instituts paramédicaux représentent en 2015 (enquête DREES non publiée à ce jour) 150 665 étudiants inscrits dans 1 254 instituts de formation, dont en formation post-bac, ou hors niveau V de formation, 114 204 étudiants inscrits dans 574 instituts de formation publics et privés.

[24] La loi n°2004-809 du 13 août 2004 a pour une large part décentralisé la gestion de ces formations aux régions. Il revient ainsi à l'État au plan national de fixer les conditions d'accès à ces formations, leur organisation et leur contenu, ainsi que de déterminer les quotas pour les professions concernées, l'ARS veillant à la qualité des formations, à leur adéquation aux besoins de santé et ayant un rôle consultatif quant aux décisions du conseil régional. Ce dernier dispose des principaux outils de gestion de l'offre de formation : il autorise les instituts et écoles, agréé leurs directeurs, et finance, en fonctionnement et en équipement (le cas échéant en investissement) les instituts publics. Il peut financer les instituts privés. Enfin, il lui revient de gérer les bourses sur

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales et de la santé.

⁴ Bénédicte CASTERAN-SACRESTE « La formation aux professions de la santé en 2014 », document de travail 198, DREES, janvier 2016 et Sandra NAHON « la formation aux professions sociales en 2013 », document de travail 193, DREES, janvier 2015. La mission a pu utiliser une version non publiée de l'enquête santé 2015.

⁵ Il s'agit des opticiens lunettiers, prothésistes-orthésistes, techniciens de laboratoire médical (hors diplôme d'État) et diététiciens (ces derniers pouvant également être titulaires d'un DUT génie biologique option diététique).

critères sociaux, mission dévolue aux CROUS s'agissant des étudiants de l'université, professions médicales incluses.

[25] Ce qu'il est convenu d'appeler « l'universitarisation » des formations paramédicales, demeure un processus inachevé, recouvre plusieurs réalités et mobilise de nombreux acteurs : ministère de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, conseils régionaux, instituts de formation et leurs gestionnaires publics et privés, établissements de santé de rattachement ou terrains de stages, universités.

[26] L'universitarisation a été inaugurée pour la formation d'infirmier avec l'arrêté du 31 juillet 2009, et comprend :

- l'inscription dans le schéma LMD, avec la délivrance d'un grade universitaire pour certaines des professions paramédicales relevant du code de la santé publique, les autres restant à réingénier. A ce stade, ces diplômes d'État sont délivrés par le préfet de région, en pratique les directions régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), et ne sont pas définis comme des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur délivrés par les universités, et signés par le recteur, chancelier des universités⁶. Ont été concernés jusqu'à présent les IDE, ergothérapeutes et manipulateurs d'électroradiologie médicale (qui confère le grade de licence), les infirmières anesthésistes, les orthophonistes, ainsi que, s'agissant des professions médicales, les sages-femmes (grade de master) ;
- au plan pédagogique, la place accrue de l'université, via l'intervention d'universitaires ou d'enseignants agréés par l'université, la participation aux conseils des instituts et aux commissions semestrielles d'attribution des crédits européens, ou encore par des évaluations et des outils pédagogiques communs, notamment numériques ou de simulation.

[27] Si ce processus est salué par la plupart des acteurs, comme œuvrant, notamment, à une élévation du niveau théorique et participant à une coopération et une transversalité accrues entre les professions de santé, paramédicales comme médicales, il apparaît aujourd'hui encore inachevé. Ainsi, de nombreuses professions ne sont pas réingénierées et/ou intégrées dans le schéma LMD, le statut d'étudiant et les droits qui y sont liés ne sont pas encore pleinement reconnus et organisés ; au plan pédagogique, un certain nombre de sujets, comme l'usage des outils numériques ou l'implication de l'université et de ses personnels, font l'objet d'investissements hétérogènes. D'autres points restent encore par ailleurs en suspens : il en est ainsi de la place de la recherche dans ces formations, du statut des personnels enseignants non universitaires, ou encore de l'absence de traitement homogène pour la nature du diplôme, la reconnaissance des grades, et les modes d'accès pour les professions paramédicales. Il en est de même de la gouvernance et du financement de ces formations, qui obéissent à des circuits complexes, et peuvent constituer un frein à la poursuite de l'universitarisation.

[28] Au plan de la méthode, la mission a pu s'appuyer sur les administrations centrales des deux ministères et a travaillé en étroite concertation avec Régions de France. Elle a pris connaissance de la plateforme signée par l'État et les régions le 27 juin 2016, dont l'orientation I s'intitule « État-régions : ensemble pour la santé », et vise notamment les mêmes mesures de la grande conférence de santé. Elle s'est entretenue avec les représentants des étudiants et des instituts de formations, et a rencontré à plusieurs reprises les conférences nationales des présidents d'université, des doyens de médecine et des directeurs généraux de CHU. Elle a pu

⁶ Le président signe les diplômes en qualité d'autorité ayant nommé les jurys, le recteur signant formellement tous les diplômes nationaux délivrés par les universités au nom de l'Etat pour garantir leur valeur nationale.

s'entretenir avec les acteurs intéressés au plan régional lors de déplacements dans sept régions métropolitaines, cinq déterminées en accord entre Régions de France et la conférence des présidents d'universités (Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur), et deux déjà visitées par la précédente mission conjointe de 2013⁷ (Centre-Val de Loire et Ile-de-France).

⁷ P. Allal, V. Marsala, I. Roussel, « Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD. » IGAS-IGAENR juillet 2013.

1 L'HARMONISATION DES DROITS SOCIAUX DES ETUDIANTS PARAMEDICAUX AVEC CEUX DES ETUDIANTS DE L'UNIVERSITE DOIT ETRE ACHEVEE (MESURE 5)

[29] La présente partie traite du renforcement des prestations sociales des étudiants des formations médicales, visé à la mesure 5 de la grande conférence de santé. Sur le plan des prestations en espèce ou en nature, les étudiants en instituts de formation paramédicale obéissent à une situation dérogatoire marquée par la multiplicité des intervenants, régions pour les bourses sur critères sociaux, CROUS pour le logement et la restauration notamment, universités, instituts, établissements de santé de rattachement pour d'autres services (sport, bibliothèque, restauration, médecine de prévention). Cette pluralité d'opérateurs peut constituer un frein au recours à ces droits, et contribue à maintenir ces étudiants à l'écart du mouvement de simplification d'accès aux prestations initié par le plan national de vie étudiante d'octobre 2015⁸.

[30] Sans revenir sur une répartition des tâches largement issue de la loi n°2004-809 du 13 août 2004, qui n'est pas remise en cause par les acteurs, la présente partie expose les difficultés et préconise des avancées en matière de bourses sur critères sociaux (1.1), d'accès au logement et à la restauration (1.2).

1.1 L'alignement des bourses permet d'atténuer les fortes hétérogénéités issues de la décentralisation de 2004

[31] Les dispositions de la loi n°2004-809 du 13 août 2004, codifiées notamment à l'article L. 4383-4 du code de la santé publique⁹, transfèrent aux régions la compétence en matière d'aides sur critères sociaux pour les étudiants des instituts de formation qu'elles autorisent, ainsi que pour les sages-femmes en vertu de l'article L. 4151-8 du code de la santé publique. Cependant, les étudiants des instituts de formation paramédicale gérés à l'université avant 2004 (notamment les orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, ainsi que tous les DUT dont les diététiciens et les BTS paramédicaux) sont mentionnés dans la circulaire annuelle du ministre chargé de l'enseignement supérieur et sont éligibles aux bourses servies par les CROUS. La loi de 2004 place donc 120 000 étudiants en institut de formation sanitaire hors de la gestion par le Centre national des œuvres universitaires et scolaires (CNOUS) et les CROUS¹⁰. Antérieurement à 2004, ces bourses étaient instruites et servies par le ministère en charge de la santé. Cela représente environ 5 % des étudiants de l'enseignement supérieur¹¹.

[32] Au plan quantitatif, les formations sanitaires comptent en 2015, selon la DREES, 34 303 boursiers régionaux, soit 5 % de l'ensemble des étudiants boursiers, dont 25 812 hors

⁸ D'autres collectivités territoriales (communes ou conseils départementaux notamment) ou établissements hospitaliers peuvent également apporter des aides spécifiques aux étudiants des formations paramédicales, par exemple en matière de logement, mais il n'a pas été possible de les recenser et d'en avoir une vision exhaustive.

⁹ Article L. 4383-4 du code de la santé publique : « La région est compétente pour attribuer des aides aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation autorisés en application de l'article L. 4383-3. 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 élèves et étudiants.

Un décret fixe les règles minimales de taux et de barème de ces aides. »

¹⁰ Articles L. 821-1, D 821-1 et R. 821-2 du code de l'éducation.

¹¹ Effectifs de 2,55 millions d'étudiants dont 1,59 à l'université selon la note d'information MENESR 16.10 de décembre 2016 « Les effectifs d'étudiants dans le supérieur en 2015-16 en forte progression, notamment à l'université ».

niveau V¹². 83 % de ces derniers sont des infirmiers diplômés d'État (IDE). En 2015, la proportion d'étudiants boursiers parmi les formations sanitaires post-bac est d'environ 21,5 % et de 22,8 % pour l'ensemble des formations sanitaires, au lieu de 20,6 % en 2013, soit une progression très nette en 2015. Selon les données déclaratives de l'enquête DREES, non recoupées par les données de gestion des régions, l'effectif des boursiers paramédicaux aurait connu une progression de 14 % entre 2013 et 2015 quand l'effectif des étudiants inscrits progressait de 2,7 %. Il n'a pas été possible à la mission de confirmer, par rapprochement avec les données de gestion fournies par les régions, une augmentation du taux de boursiers parmi les étudiants paramédicaux : elle pourrait résulter soit de l'élargissement des critères d'attribution des bourses par les régions, constatée depuis 2004, soit d'une évolution des caractéristiques socio-économiques des étudiants paramédicaux¹³. La DREES confirme toutefois à la mission que son enquête 2015, non encore publiée, doit être interprétée sur ce point avec prudence dans la mesure où l'indication donnée par les étudiants eux-mêmes sur les aides dont ils bénéficient et leur nature pourrait fluctuer dans le temps, bien que le taux de boursiers soit resté globalement stable en longue période jusqu'en 2014.

[33] Ces bourses constituent un levier en matière d'égal accès à la formation, d'autant plus que les étudiants sont, dans leur globalité, d'origine sociale plus modeste que l'ensemble des étudiants universitaires, avec une proportion d'enfants d'ouvriers et d'employés plus importante¹⁴. Les modalités de transfert de compétence ont entraîné des hétérogénéités dans le traitement des étudiants selon leur statut et leur région d'implantation, puisque les taux et barèmes des bourses destinées aux étudiants paramédicaux, hors ceux historiquement intégrés à l'université et gérés par les CROUS, sont fixés par délibération annuelle des conseils régionaux, avec un minimum fixé par décret d'application de la loi n°2004-809¹⁵, en référence au niveau de 2004.

[34] Si l'ensemble des conseils régionaux a actualisé le montant des bourses, leur effort a été cependant variable. Exprimé en base 100 et en incluant les niveaux V, les bourses moyennes vont de 76 (Bourgogne et Pays de la Loire, soit 1 940 € annuels environ) à 134 (Centre-Val de Loire, soit 3 443 € annuels), comme le montre le graphique suivant, sans qu'il soit possible de comparer les caractéristiques socio-économiques des étudiants ni le poids respectif des filières, même si la filière infirmière est de très loin la plus importante.

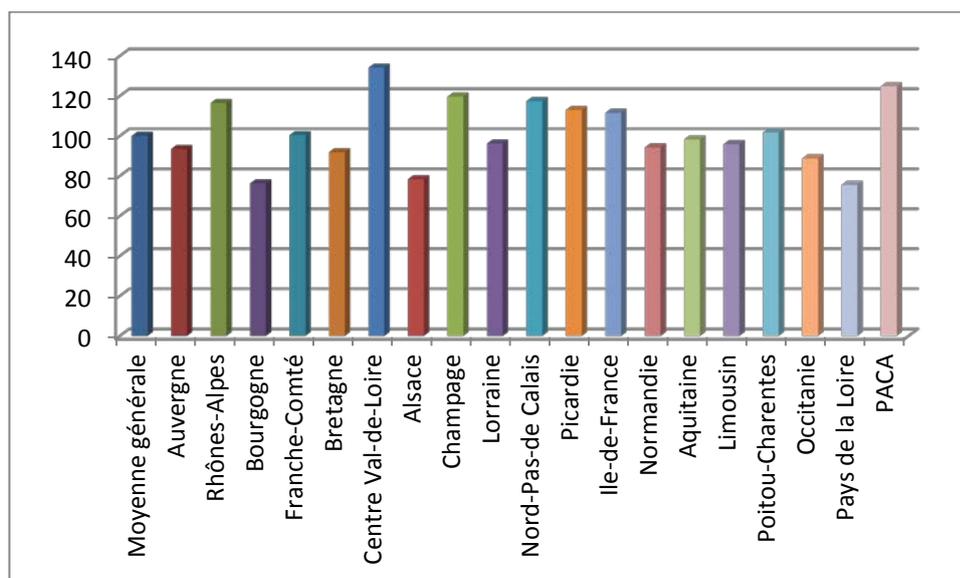
¹² Le niveau V des formations sanitaires comprend les ambulanciers, les aides-soignants, et les auxiliaires de puéricultures.

¹³ Cette dynamique n'est pas constatée pour les boursiers de l'enseignement supérieur, dont la part est restée stable sur la même période (34,8% en 2013, 34,5 % en 2015)

¹⁴ En 2015, pour les professions sanitaires la proportion de parents employés est de 25,9% pour le père et 43,1% pour la mère, et d'ouvrier est respectivement de 18,9 % et 7,4% (DREES) ; la proportion d'enfants d'employés et d'ouvriers est respectivement de 11 % et 12 % pour les étudiants de l'université en général (DEPP).

¹⁵ Décret n°2005-418 du 3 mai 2005 fixant les règles minimales de taux et de barème des bourses d'études accordées aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation de certaines professions de santé. Ce décret a été modifié en 2008 relativement à la notion d'indépendance fiscale et financière qui n'était pas homogène auparavant entre les régions.

Graphique 1 : Ecarts régionaux du montant moyen de bourses en base 100 (2015)



Source : *Questionnaire aux régions, exploitation mission. Note de lecture : les données sont exprimées en fonction des régions au périmètre ancien ou nouveau du fait de réponses hétérogènes dans les questionnaires. Les données sont toutes formations sanitaires confondues y compris niveau V*

[35] La mission relève toutefois qu'en 2015 et avant le mouvement d'harmonisation impliqué par la nouvelle carte régionale, 70 % des régions étaient déjà pratiquement alignées sur le barème annuel du MESR, pour l'ensemble des formations sanitaires et sociales. Le décret n°2016-1901 du 28 décembre 2016, qui prend effet dès janvier 2017, poursuit cette harmonisation, et aura pour effet, au titre des seules formations sanitaires post-bac, de majorer le droit à compensation versé aux régions. Seules les dernières régions à pratiquer un barème éloigné des niveaux du MESR devraient connaître une majoration sensible de dépenses, qui seront constatées et connues avec précision fin 2018.

[36] Les régions conservent cependant la possibilité d'aller au-delà du barème minimal fixé par voie réglementaire, ce qui est une condition de légalité (CE, 22 mars 2010, Région Midi-Pyrénées). Ce barème est désormais plus favorable pour les formations sanitaires post-bac (barème du MESR) que pour les formations sanitaires de niveau V et les formations sociales. La totalité des régions ont délibéré en maintenant à compter de 2017 un barème unique pour les formations sanitaires et sociales. Plusieurs régions mettent en place des aides supplémentaires, notamment, en Ile-de-France, un fonds régional d'action sociale. Par ailleurs, la mission relève que d'autres aides accessibles aux étudiants universitaires ne sont pas encore ouvertes aux paramédicaux. Il s'agit en particulier des aides au mérite¹⁶, et de l'aide à la mobilité internationale¹⁷, prévues aux articles D.821-1 et D. 821-3 du code de l'éducation.

¹⁶ Les aides au mérite sont accordées aux boursiers sur critères sociaux, quand ils sont bacheliers avec mention très bien, pendant trois ans au plus.

¹⁷ Certaines régions, comme l'Ile-de-France, ont prévu des dispositifs de subventionnement des instituts pour l'aide à la mobilité internationale.

1.2 L'accès aux prestations en nature servies par les CROUS, restauration et logement, implique une coordination accrue des acteurs

[37] Alors que la simplification de l'accès au droit a été affirmée pour l'ensemble des étudiants, le premier constat de la mission à l'issue des entretiens est celui d'un accès non systématique aux prestations de restauration et de logement. Il apparaît que la circulaire de référence sur cette question, datant de 2009¹⁸, est peu appliquée et mal connue des acteurs et des étudiants. Cette circulaire prévoit entre autres que les étudiants des formations paramédicales aient une carte sous le timbre de leur institut et aient accès à l'ensemble des prestations du CROUS (restauration, hébergement, actions culturelles et aides d'urgence ponctuelles). Elle prévoit également la mise en place dans chaque institut d'un guichet unique d'information, ce qui n'est, à la connaissance de la mission, pas nécessairement le cas¹⁹. Il conviendrait donc d'informer à nouveau les acteurs, conseils régionaux et CROUS au premier chef, de ces dispositions réglementaires.

[38] En second lieu, l'accès aux services du CROUS, réparties en 646 résidences, 460 restaurants universitaires et 342 cafétérias²⁰ pose une difficulté pratique, en particulier pour les IFSI situés hors des agglomérations où des sites universitaires sont implantés. Dans plusieurs régions, les acteurs ont fait part de difficultés d'accès au logement, même si aucune remontée d'information systématique n'est organisée²¹. Outre les problématiques d'insuffisance de l'offre communes à l'ensemble des étudiants, la multiplicité des acteurs peut entraîner des barrières d'ordre administratif. En effet, la demande de logement est instruite en même temps que la demande de bourse pour les étudiants universitaires, par le biais du dossier social étudiant, les étudiants boursiers étant prioritaires. Or, pour les étudiants en institut, les bourses relèvent des conseils régionaux alors que les logements sont de la compétence des CROUS, sans nécessaire transmission d'information entre ces deux acteurs.

[39] Une solution de premier rang serait un traitement unique par les CROUS qui instruirait les demandes de bourses et les autres prestations en nature, en ouvrant l'accès du dossier social étudiant en ligne aux étudiants paramédicaux. Une réflexion sur un retour à la gestion directe de l'ensemble des prestations sociales par le CROUS pourrait être engagée, en tant qu'elle permettrait une mutualisation en gestion et une simplification pour l'utilisateur, confronté actuellement à un double guichet. Le contexte, en évolution depuis 2004, d'universitarisation et d'harmonisation des bourses étudiantes plaide en ce sens. La mission note que la possibilité de déléguer la gestion des bourses aux CROUS a été mise en œuvre en Normandie et en PACA, depuis 2016, pour les IDE. Toutefois, cette délégation de service public nécessite un appel d'offre et ne saurait revêtir un caractère systématique²².

[40] A législation constante et répartition des compétences inchangée, la possibilité d'ouvrir aux boursiers régionaux un portail numérique de services, commun aux conseils régionaux et aux CROUS, devrait être étudiée, permettant de recueillir les informations utiles à l'instruction des bourses et des services du CROUS. Conformément au souhait actuel de Régions de France, la décision d'allocation de bourse et sa notification pourront demeurer sous le timbre du Conseil

¹⁸ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-208 du 9 juillet 2009.

¹⁹ Ainsi, la majorité des questionnaires adressés aux régions ne font pas mention des aides CROUS ; certains services régionaux semblent penser que l'accès à certains services CROUS doit être subordonné à une convention voire à une subvention alors qu'ils sont de droit pour les étudiants en instituts.

²⁰ Selon les données en ligne accessibles sur le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche à la date de rédaction du rapport.

²¹ En particulier en Centre-Val de Loire, en Occitanie, en PACA.

²² Beaucoup de régions, ayant investi cette mission, préfèrent l'assurer en régie. En outre, dans une région ayant mis en œuvre un DSP, un autre opérateur, l'Agence des services de paye en Centre-Val de Loire, a emporté le marché.

régional, quel que soit le prestataire retenu. Le CROUS aurait accès à la décision d'allocation, versée au dossier social étudiant numérique, lui permettant de statuer sur l'attribution des prestations complémentaires.

Recommandation n°1 : Engager une réflexion sur le retour à la dévolution de l'ensemble des aides et prestations par les CROUS. A défaut, prévoir un portail numérique partagé entre régions et CROUS pour assurer un guichet unique.

[41] La restauration universitaire constitue un troisième volet de l'accès au droit, en garantissant un repas à tarif encadré (3,25 €). Les données disponibles pour l'Ile-de-France²³ montrent que la majorité des étudiants ont accès à une solution de restauration, subventionnée ou non, dans l'établissement de santé de rattachement (77 %) et que le recours à la restauration universitaire est limité (35 %), expliquant ce fait par l'absence de convention entre l'institut et le CROUS, alors même que cet accès est de droit selon la circulaire de référence.

[42] La mission propose à cet égard que les instituts soient associés aux schémas globaux de restauration élaborés conjointement par les CROUS et les universités, prévus par le plan national de vie étudiante. Cela pourra permettre d'améliorer l'accessibilité à la restauration, et notamment aux solutions de restauration itinérante pour les instituts excentrés. En cas d'impossibilité, les établissements de santé devraient garantir aux étudiants le tarif subventionné au même titre que pour les personnels hospitaliers²⁴.

Recommandation n°2 : Intégrer les instituts de formation paramédicaux aux schémas globaux de restauration universitaires.

²³ Cf. le rapport de l'ARSIF 2015 sur les formations paramédicales.

²⁴ La mission a pu constater que certains centres hospitaliers, comme celui de Montargis (IFSI de Chalette-sur-Loing), fournissait d'ores-et-déjà une prestation repas à un tarif équivalent à celui du CROUS.

2 LA LOI DE DECENTRALISATION DE 2004 NECESSITE DES AJUSTEMENTS PONCTUELS, MAIS DONNE AUX REGIONS LES OUTILS NECESSAIRES POUR PILOTER L'OFFRE DE FORMATION (MESURE 6)

[43] La loi de décentralisation du 13 août 2004 octroie aux conseils régionaux les outils juridiques et financiers de pilotage de l'offre de formation. Le recensement de l'implantation des formations paramédicales ne fait pas apparaître de déficits majeurs, hors certaines professions où l'offre publique est par endroit insuffisante. La logique de décentralisation doit en outre être parachevée, en menant une réflexion sur le financement régional des instituts privés à but non lucratifs, en assurant le transfert effectif de certaines formations paramédicales historiquement assurées à l'université, et en clarifiant les modalités d'intervention des régions en matière d'investissement immobilier.

2.1 Le réseau des instituts est dual avec, d'une part, un maillage dense d'IFSI et, d'autre part, des formations à effectifs plus réduits et à rayonnement interrégional

2.1.1 Au plan juridique et pratique, les régions sont les principaux pilotes en matière d'offre de formation des instituts qu'elles autorisent

2.1.1.1 La loi de 2004 donne aux régions les principaux leviers de pilotage de l'offre

[44] La loi du 13 août 2004, en son article 58, décentralise la gestion de l'offre publique de formation au profit des régions, afin, aux termes de l'exposé des motifs, de garantir une cohérence entre les besoins en matière de santé et l'offre de formation. Si l'État continue de fixer les quotas nationaux, il revient au conseil régional de répartir les capacités de formation sur la base du schéma régional des formations sanitaires prévu à l'article L.214-13 du code de l'éducation et après avis du directeur général de l'ARS (article L. 4383-1 du code de la santé publique). Est concerné l'ensemble des professions visées aux titres I à VII du livre 3 de la quatrième partie du code de la santé publique, qu'elles relèvent du ministère en charge de la santé ou de l'enseignement supérieur²⁵. Deux dispositions similaires visent les sages-femmes et les préparateurs en pharmacie hospitalière.

[45] Le conseil régional autorise également la création d'instituts ou d'écoles pour une durée de cinq ans et agréé les directeurs après avis du directeur général de l'ARS (L. 4383-3 et R. 4383-2). En cohérence, la région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts publics de formation susvisés, et a la possibilité, mais non l'obligation, de financer le fonctionnement et l'équipement des établissements privés. En pratique, l'État participait au financement d'instituts privés non lucratifs, tels ceux de la Croix-Rouge française, antérieurement à 2004, et les régions, lorsqu'elles ont bénéficié d'une compensation au titre de ces transferts, ont poursuivi ce financement. Le texte est muet s'agissant de l'investissement, l'intervention régionale restant optionnelle.

[46] La loi de 2004 donne ainsi aux régions, via l'autorisation et le financement, l'ensemble des leviers de programmation de l'offre.

²⁵ Soit les infirmiers et spécialités, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, audioprothésistes, opticiens lunetier, prothésistes et orthésistes, diététiciens, ainsi que les cadres de santé et les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, et ambulanciers.

2.1.1.2 Il convient de distinguer un réseau d'IFSI globalement dense des autres formations, réparties de façon plus hétérogène géographiquement et entre secteurs publics et privés.

[47] Le principal réseau de formation est constitué par les IFSI, qui forment le plus grand nombre de professionnels et obéissent à un maillage dense sur le territoire. Les conseils régionaux, de même que les directeurs d'établissements de soins, sont attachés à cette répartition, notamment pour satisfaire au recrutement des établissements éloignés des centres urbains. La décentralisation n'a, de fait, que peu modifié le réseau, très stable, avec 327 instituts en 2014 contre 332 en 2004, l'augmentation des quotas d'infirmiers s'étant traduite par l'augmentation des effectifs moyens par institut (de 90 en 2004 à 96 en 2014) davantage que par la création d'établissements.

[48] Ce réseau est composé en très grande majorité d'IFSI publics (82 %), les autres étant des instituts privés à but non lucratif, principalement des instituts de la Croix-Rouge française. Comme le montre le tableau suivant, la répartition régionale des instituts ne révèle pas de disparités majeures avec leur poids démographique, hormis les collectivités d'outre-mer dont les difficultés spécifiques n'ont pu être étudiées par la mission²⁶. Cette répartition équilibrée de l'offre rejoint les avis recueillis dans les sept régions où la mission s'est rendue.

²⁶ Outre-mer la situation se présente comme suit :

Région ou département d'outre-mer	Privé à but non lucratif	Public	Total
Guadeloupe	0	1	1
Guyane	0	1	1
Réunion	0	2	2
Martinique	0	1	1
Mayotte	0	1	1

Tableau 1 : Répartition des IFSI par région métropolitaine et statut (2015)

Région	Privé à but non lucratif	Public	Total	% total instituts	% population
Auvergne-Rhône-Alpes	10	26	36	11 %	12,3 %
Bourgogne-Franche-Comté	4	13	17	5 %	4,4 %
Bretagne	1	13	14	4 %	5,1 %
Centre-Val de Loire	2	11	13	4 %	4 %
Corse	0	2	2	1 %	0,5 %
Grand Est	3	32	35	11 %	8,6 %
Hauts-de-France	9	25	34	10 %	9,3 %
Ile-de-France	10	50	60	18 %	18,8 %
Normandie	2	15	17	5 %	5,2 %
Nouvelle-Aquitaine	4	24	28	9 %	9,2 %
Occitanie	5	21	26	8%	9 %
Pays de la Loire	3	11	14	4%	5,8 %
PACA	6	19	25	8%	7,8 %
Total général	59	268	327	100 %	100 %

Source : *Données DREES et INED, exploitation mission*

[49] Les densités de diplômés pour 100 000 habitants, citées exhaustivement en annexe²⁷, tendent à confirmer ces constats, car l'amplitude est relativement peu importante pour les régions métropolitaines, de 31 (Bretagne) à 48 (Hauts-de-France).

[50] Le cas des IFSI est à différencier d'autres professions à effectifs plus réduits, pour lesquelles une offre n'est pas nécessairement présente dans chacune des régions²⁸. Il s'agit de formations à vocation interrégionale, notamment dans les domaines de la rééducation et du médico-technique. Comme le souligne la partie suivante, la mobilité importante des étudiants après leurs études dans ces professions montre leur rayonnement interrégional, et les effectifs ne nécessitent pas nécessairement une implantation de proximité systématique. En ce sens, la

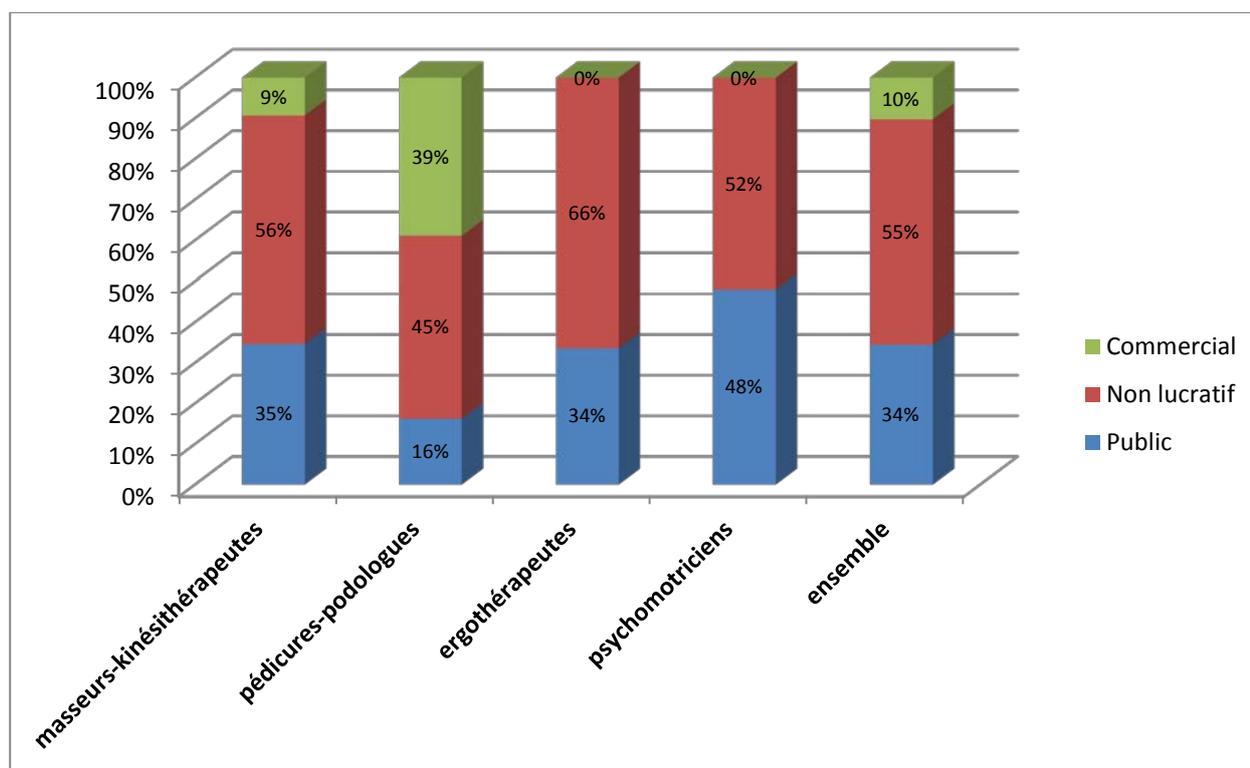
²⁷ Cf. Annexe 11

²⁸ Un tableau détaillant par région l'implantation des centres de formation des principales professions est annexé au présent rapport.

régionalisation de la gestion et du financement de formations à effectif réduit peut apparaître peu pertinente.

[51] A l'exception des masseurs-kinésithérapeutes, qui disposent de 45 instituts, toutes les formations de rééducation et médico-techniques sont concernées : les psychomotriciens (onze instituts), les pédicures podologues (onze instituts), les ergothérapeutes (19 instituts, mais aucun en Bourgogne-Franche-Comté). Les techniciens en analyse biomédicale²⁹ et les manipulateurs d'électroradiologie médicale³⁰ sont dans une situation différente, car si le nombre d'instituts préparant le diplôme d'État est restreint, une offre publique relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur est présente sur le territoire.

Graphique 2 : Part des étudiants en rééducation diplômés en 2015 par statut d'institut de formation (privé non lucratif, commercial et public)



Source : DREES. Note de lecture : 4542 étudiants dans 92 instituts, 46 de masseurs-kinésithérapeutes, 11 de pédicures, 22 d'ergothérapeutes, 13 de psychomotriciens

[52] Les masseurs-kinésithérapeutes forment le plus important contingent d'étudiants paramédicaux hors infirmiers (8 017 inscrits en 2014) et le secteur public y souffre d'un déficit de recrutement important, la majorité d'entre eux (76 %) optant dès l'obtention du diplôme pour un exercice libéral.

²⁹ 4 instituts préparant le diplôme d'État mais de nombreux BTS et DUT existent

³⁰ 18 instituts préparant au diplôme d'État, aucun en Bourgogne-Franche-Comté, mais 28 lycées ou IUT préparent le DTS d'imagerie médicale et de radiologie thérapeutique, dont 2 en Bourgogne-France-Comté

Tableau 2 : Part des IFMK par région, ventilés par statut (2015)

Région	Privé à but non lucratif	Privé à caractère commercial	Public	Total général		% du Total
Auvergne-Rhône-Alpes	3		2	5		11 %
Bourgogne-Franche-Comté	1		1	2		4 %
Bretagne	1		1	2		4 %
Centre Val-de-Loire			1	1		2 %
Grand Est	1		2	3		7 %
Hauts-de-France	3		1	4		9 %
Ile-de-France	4	4	2	11		24 %
Normandie	2		1	3		7 %
Nouvelle-Aquitaine	3		4	7		16 %
Occitanie	1		1	2		4 %
PACA	1	0	1	2		4 %
Pays de la Loire	1		1	2		4 %
La Réunion			1	1		2 %
Martinique			1	1		2 %
Total général	22	4	19	45		100 %

Source : Données DREES, exploitation mission et correction de l'omission de l'ENKRE (IFMK de Saint-Maurice)

[53] Comme le montrent les données ci-dessus, la part des instituts publics est minoritaire dans plusieurs régions, et la part du secteur privé, lucratif et non lucratif, est prépondérante. Cela a une double conséquence, illustrée dans la partie suivante, en termes de financement régional (la région n'ayant pas l'obligation de financer les instituts privés) et de frais de scolarité pour l'étudiant, qui peuvent, pour ces formations, atteindre des niveaux très élevés, avec des conséquences à terme sur le mode d'exercice et donc sur l'offre de soins.

[54] En termes d'effectifs étudiants, la part d'étudiants en formation dans le public est, en moyenne nationale, d'un étudiant sur trois pour les filières masseurs-kinésithérapeutes³¹ et ergothérapeutes, et jusqu'à un étudiant sur sept pour les pédicures-podologues. *A contrario*, 9 % des étudiants masseurs-kinésithérapeutes et 39 % des étudiants pédicures-podologues sont formés en France en institut privé à but lucratif et 58 % et 45 % respectivement en institut privé à but non lucratif.

[55] Si certains instituts de formations de masseurs-kinésithérapeutes (IFMK) associatifs sont correctement financés et contrôlés, en lien très étroit avec l'UFR de médecine ou STAPS de référence et les établissements terrain de stage (cas de l'institut lorrain de formation en masso-kinésithérapie à Nancy visité par la mission), d'autres ne sont pas dans cette configuration et, globalement, la part très élevée des instituts associatifs ou à but lucratif pose problème dans le cadre de l'universitarisation en cours, en particulier en termes de frais de scolarité et d'égalité d'accès aux formations.

[56] En conséquence, la signature des conventions tripartites, qui concrétise les partenariats avec l'université et leur financement, ainsi que les bases des futures accréditations et des évaluations pilotées par l'université, peine à aboutir pour les pédicures-podologues et les masseurs-kinésithérapeutes. Elles ont pourtant été engagées respectivement en 2012 et 2015, et devaient être achevées à la rentrée suivante. Deux promotions de pédicures-podologues ont déjà été diplômées après réingénierie (étés 2015 et 2016 et prochainement en 2017) ; la première promotion de kinésithérapeutes formés en quatre ans d'institut doit pour sa part être diplômée à l'été 2019. En l'attente des conventions, les diplômes d'État correspondants n'ont pas été inscrits à l'article D.636-69 et 69-1 du code de l'éducation et aucun grade ne peut être reconnu aux diplômés³².

[57] Le caractère préoccupant de la situation de ces filières, l'est de façon exacerbée en Ile-de-France, puisque les sept instituts de formation à but lucratif y sont situés, quatre instituts de formation en masso-kinésithérapie et trois instituts de pédicures-podologues, représentant respectivement 47 % et 61 % des étudiants franciliens. Même si ces étudiants sont plus mobiles que les étudiants en soins infirmiers, compte tenu des effectifs modestes en exercice et en formation, et de l'inexistence de ces filières dans plusieurs régions métropolitaines, la concentration de tels instituts en Ile-de-France fait peser une forte inégalité d'accès à ces formations, que peinent à contrebalancer les instituts publics.

[58] Les récentes créations d'IFMK au CH de Meulan-Les Mureaux, en lien étroit avec l'université de Versailles-St-Quentin³³ comme, hors Ile-de-France, à l'université de Limoges³⁴ ou au CHU de Brest³⁵, vont dans le sens d'un nécessaire rééquilibrage, sous réserve que ces IFMK publics soient correctement financés, ce qui n'est le cas ni à Limoges (1 560€ de frais de scolarité par an),

³¹ Les données de l'enquête DREES 2015 comme les précédentes depuis quelques années n'intègrent pas par erreur un institut public francilien important (80 places), l'Ecole nationale de kinésithérapie et rééducation (ENKRE) de Saint-Maurice. Les données DREES sont corrigées par la mission de cette omission que la DREES répare à partir de l'enquête 2017.

³² En raison du caractère national des diplômes et grades universitaires, il suffit qu'une seule convention ne soit pas signée pour bloquer la reconnaissance du grade de licence ou de master de l'ensemble des étudiants titulaires du diplôme d'État, une même formation ne pouvant pas, selon qu'une convention a été signée ou non, conférer ou non un grade universitaire.

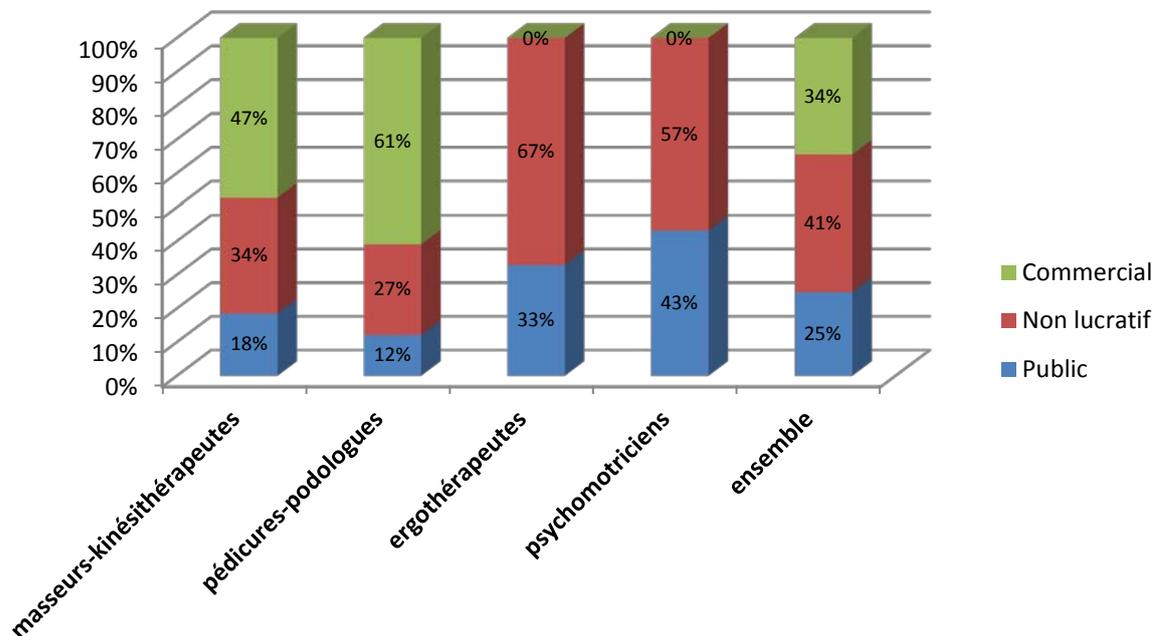
³³ 30 places ouvertes en 2015

³⁴ 24 places depuis 2013

³⁵ 32 places depuis 2013

ni à Meulan (1 750 €), ni à Brest (6 000 €, avec prise en charge spécifique par la région en échange d'un engagement de servir de trois ans)³⁶.

Graphique 3 : Répartition des étudiants franciliens en rééducation diplômés en 2015



Source : DREES³⁷. Note de lecture : 1531 étudiants dans 22 instituts, 11 IFMK, 5 instituts de pédicures-podologues, 3 d'ergothérapeutes, 3 de psychomotriciens

[59] Ce déséquilibre de l'offre de formation paramédicale entre secteurs public et privé est spécifique aux quatre professions de rééducation à diplôme d'État (hors orthophonie, orthoptie et audioprothèse qui sont déjà à l'université), comme le montrent les graphiques. Pour les autres formations paramédicales, trois sont exclusivement publiques (IADE, manipulateurs d'électroradiologie médicale DE et DTS, et préparateurs en pharmacie hospitalière), et quatre autres formations sont quasi-exclusivement publiques, les quelques instituts de formation privés étant à but non lucratif :

- 88 % des cadres de santé en formation sont en instituts publics, et les cinq instituts privés sont non lucratifs (dont quatre gérés par la Croix Rouge). L'employeur finance en général la formation ;
- pour les spécialités infirmières, en dehors des IADE déjà évoquées, les étudiants IBODE sont à 97 % en instituts publics, deux instituts étant privés dont un dépendant de la Croix-Rouge française. Les étudiants en puériculture sont à 74 % en institut public. A l'exception des étudiants en puériculture qui peuvent faire leur spécialité dans la continuité du diplôme d'État infirmier, soit une proportion d'environ 50 %, les autres étudiants en spécialité infirmière sont pris en charge par leur employeur, après au moins deux années d'exercice infirmier ;

³⁶ Cf. étude 2017 de la fédération nationale des étudiants en kinésithérapie FNEK : un tiers des 42 IFMK de l'enquête ne demande que 184 € de frais de scolarité annuels, sur le modèle des IFSI et des études de licence en université.

³⁷ L'omission par la DREES de l'IFMK ENKRE est corrigée.

- enfin, le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical est préparé dans trois instituts publics (71 % des étudiants) et un privé (l'Institut catholique de Lyon), mais les 22 DUT et 28 des 40 sections de BTS sont publics.

2.1.2 La gestion de l'offre par les régions peut apparaître conservatrice et insuffisamment objectivée, avec un impact incertain sur l'offre de soins et la démographie des professionnels

[60] Les visites en région effectuées par la mission auprès de différents acteurs, y compris, au plan national, les entretiens menés avec les représentants des instituts et des étudiants n'ont pas abouti à l'observation, par ces derniers, de déficits en matière de formation. Le constat global est celui d'une politique de préservation du maillage des formations les plus importantes, le réseau IFSI/IFAS, ce que confirment les données DREES sur leur faible évolution. De la même manière, les réponses aux questionnaires envoyés aux régions n'ont pas signalé de lacunes majeures en matière d'offre. Seules trois régions³⁸ ont fait remonter des manques, portant d'ailleurs sur des formations qui ont pour caractéristique d'être gérées historiquement à l'université, et donc non financées à ce stade par les régions (orthophonistes et audioprothésistes). La plupart des régions sont en attente de leur schéma régional des formations avant de se prononcer sur l'offre, dans le cadre de leur fusion et de l'harmonisation de leurs politiques.

[61] La mission ne peut donc que constater que la remontée de lacunes en matière d'offre de formation revêt un caractère non systématique, tant du point de vue des conseils régionaux que des ARS, et que ces remontées, lorsqu'elles existent, présentent un caractère ponctuel. Elles sont souvent liées au défaut d'offre publique dans des régions importantes et il s'agit la plupart du temps de formations à effectifs réduits. Comme indiqué *supra*, la très faible part de formation publique en masseurs-kinésithérapeutes ou pédicures-podologues en Ile-de-France est illustrative de ces lacunes.

[62] En outre, le développement du réseau et l'attribution des quotas ne paraissent que faiblement objectivés et rarement appuyés sur une analyse détaillée des besoins territoriaux en santé, du devenir des jeunes diplômés et des données issues des observatoires des métiers³⁹. Il convient que les ARS, à l'instar de l'ARS Ile-de-France qui a mis en œuvre un rapport annuel à compter de 2015 portant sur l'ensemble des professions paramédicales, s'emparent pleinement de cette problématique dans le cadre de leur fonction consultative. Les missions des conseillers pédagogiques, dont les postes ne sont pas pourvus dans l'ensemble des régions, pourraient être recentrées sur ces enjeux.

[63] Par ailleurs, la principale motivation du transfert de la gestion des formations paramédicales aux régions est de créer un lien plus important entre offre de formations, besoins de santé territoriaux et offre de soins. Or, pour un certain nombre de formations, sinon pour la plupart d'entre elles, il n'y a pas nécessaire adéquation entre le développement d'une offre de formation et l'implantation de professionnels sur un territoire. En effet, les étudiants sont mobiles :

- en amont des études, et ce même si la formation qu'ils recherchent est assurée sur leur territoire d'origine : ainsi, selon la DREES⁴⁰, 22 % des nouveaux étudiants en 1^{ère} année d'IFSI ont changé de région pour suivre leurs études en 2014⁴¹ ;

³⁸ Il s'agit des régions PACA, Hauts-de-France et Bourgogne Franche-Comté.

³⁹ Ainsi le conseil régional Nouvelle-Aquitaine fait-il appel à Aquitaine Cap Métiers pour tenter de suivre leurs étudiants, et aux enquêtes du CARIF-OREF.

⁴⁰ Cf. DREES, 2016, *Profil des infirmiers en formation en 2014*.

- et surtout en aval des études, puisqu'une forte proportion des diplômés travaille ailleurs que dans la région de diplomation dans les années qui suivent celle-ci, comme le montre les données de la DREES ci-dessous, obtenues par exploitation du répertoire ADELI recensant les professionnels de santé.

Tableau 3 : Lieu d'activité des professionnels cinq ans après l'obtention de leur diplôme (2015)

2015	Ensemble des actifs	Actifs exerçant et ayant obtenu leur diplôme dans la même région	Actifs ayant obtenu leur diplôme en France mais exerçant dans une région différente de leur lieu de diplôme	Actifs ayant obtenu leur diplôme à l'étranger	Part des actifs ayant obtenu leur diplôme dans la même région	Part des actifs exerçant dans une région différente de leur lieu de diplôme (total)	Part des actifs exerçant dans une région différente de leur lieu de diplôme, diplômés à l'étranger
Audioprothésiste	602	182	355	65	30 %	70 %	11 %
Diététicien	2 048	1 421	596	31	69 %	31 %	2 %
Ergothérapeute	1 959	711	954	294	36 %	64 %	15 %
Infirmier	102 463	78 266	20 395	3 802	76 %	24 %	4 %
Manipulateur ERM	4 165	2 225	1 888	52	53 %	47 %	1 %
Masseur-kinésithérapeute	16 702	6 653	3 816	6 233	40 %	60 %	37 %
Orthophoniste	4 644	1 630	1 755	1 259	35 %	65 %	27 %
Orthoptiste	959	578	378	3	60 %	40 %	0 %
Pédicure-podologue	2 569	1 015	1 344	210	40 %	60 %	8 %
Psychomotricien	2 140	1 198	919	23	56 %	44 %	1 %
Technicien de laboratoire	4 051	2 803	1 176	72	69 %	31 %	2 %

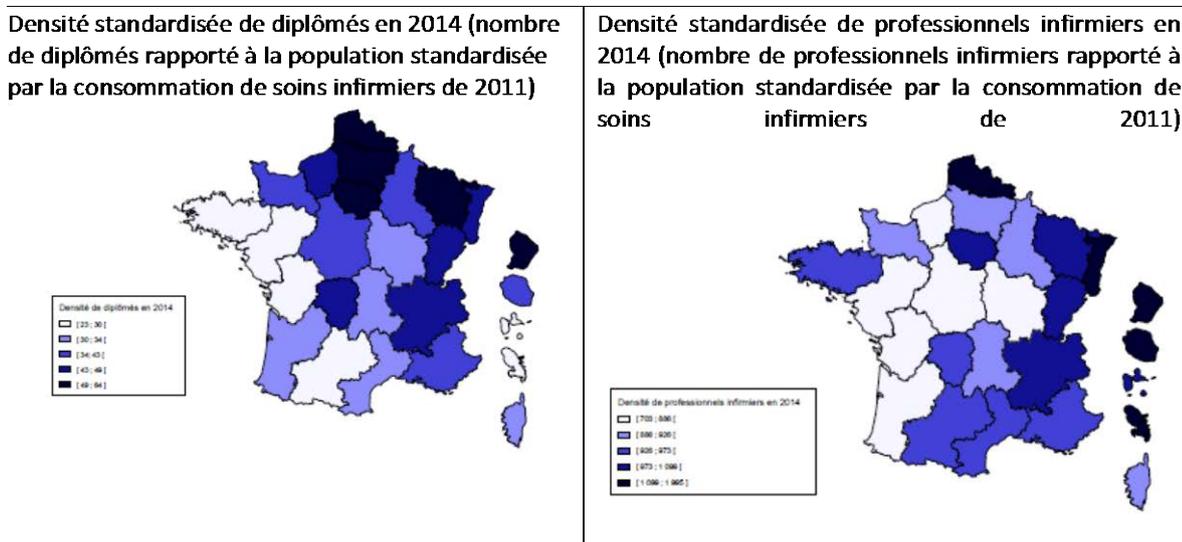
Source : DREES, sur exploitation de données ADELI. Champs : actifs en 2015 diplômés en 2010

[64] Ces données impliquent de distinguer les professions où le bassin d'activité est le même que celui du lieu de diplomation, en tout cas à l'échelle régionale (IDE et, pour des effectifs bien inférieurs, techniciens de laboratoire et diététicien ainsi qu'orthoptistes), des professions plus mobiles, souvent de la rééducation-réadaptation.

⁴¹ Ces résultats ne s'interprètent pas nécessairement comme une « évaporation » d'étudiants vers des régions mieux dotées. Ainsi, dans les Pays de la Loire, 30 % des élèves infirmiers ne vivaient pas dans la région l'année précédente et, parallèlement, 38 % des étudiants infirmiers originaires de la région vont étudier ailleurs.

[65] Les données disponibles pour les IDE, qui ont fait l'objet d'une étude approfondie de la DREES⁴² tendent à confirmer la corrélation entre densité de diplômés et de professionnels, donc d'une influence du développement de l'offre de formation sur l'offre de soins, comme le montre la carte suivante.

Graphique 4 : Densité standardisée de diplômés et de professionnels 2014



Source : DREES

[66] La DREES note ainsi qu'en 2014, bien plus qu'en 2010, une forte densité de diplômés et de professionnels vont de pair. Cela plaide pour un pilotage régionalisé de l'offre de formation et un maintien d'un maillage géographique d'IFSI/IFAS dense.

[67] *A contrario*, la proportion majoritaire de masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes travaillant hors de la région de diplomation questionne l'efficacité du levier du lieu de la formation sur l'installation des professionnels. Le marché de l'emploi apparait en effet pour ces professions davantage d'échelle interrégionale, voire nationale, ce d'autant que la proportion de professionnels diplômés à l'étranger est parfois importante (37% pour les masseurs-kinésithérapeutes).

[68] Les monographies régionales menées en Franche-Comté sur les orthophonistes (constatant un manque d'orthophonistes et le fait que 70 % des diplômés vont exercer dans une autre région, avec un faible taux de retour⁴³) ou par l'ARS⁴⁴ sur le territoire francilien confirment ces observations. Parmi la pluralité des facteurs liés au lieu du premier emploi (origine géographique et lieu de stage, taille de l'établissement, attractivité du secteur d'activité), le lieu de formation ne semble pas prioritaire pour les formations précitées.

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Rapport 2010-2011 de l'ONDPS sur « des professions de santé en évolution »*

⁴⁴ Qui note dans son rapport de 2015 dédié aux formations paramédicales que 14 % des nouveaux diplômés mais 27 % des ergothérapeutes et des psychomotriciens, et 18 % des MK choisissent d'exercer hors du territoire francilien alors que les offres d'emploi sont nombreuses.

[69] Partant, d'autres leviers d'incitation sont mobilisés par certaines régions, comme une allocation fidélité santé en Limousin ou un contrat incitatif orthophoniste en Bourgogne-Franche-Comté⁴⁵. Toutefois, l'efficacité de ces dispositifs demeure discutée et doit faire l'objet d'évaluation.

2.2 Les trois problématiques du financement de l'offre privée de formation, des formations historiquement gérées par l'université et de l'investissement des instituts demandent à être clarifiées.

2.2.1 Les régions n'ont pas l'obligation de financer les instituts privés, ce qui entraîne un report de charge parfois conséquent sur les étudiants

[70] Les données issues de l'exploitation des questionnaires envoyés aux régions montrent que toutes formations sanitaires confondues, niveau V compris, les régions financent toutes des instituts privés, à hauteur de 123 M€ pour 135 instituts, ce qui représentent environ 18% de leurs subventions de fonctionnement et d'équipement⁴⁶. Leur participation au secteur privé étant optionnelle, elle n'est pas nécessairement suffisante pour couvrir le coût de la formation, même dans les instituts privés financés. La part non prise en charge par la région constitue donc un reste à charge pour l'étudiant, d'où des coûts de scolarité très hétérogènes, et parfois fort élevés, en particulier dans les formations où le secteur privé est important.

[71] L'enquête DREES pour 2015 recense, hors sages-femmes et niveau V, 123 instituts de formation paramédicaux privés pour 28 531 étudiants inscrits, et, en incluant les sages-femmes et niveau V, 328 instituts de formation pour 42 229 étudiants inscrits⁴⁷. Même si cette moyenne recouvre une grande diversité de situations entre des instituts non financés et d'autres financés à hauteur des coûts, et quel que soit l'historique des droits à compensation transférés en 2004, le financement total des instituts privés apparaît substantiel, supérieur à 3 000 € par étudiant et par an en moyenne, soit au moins 60 % du niveau de subventionnement moyen des instituts de formation publics hospitaliers, qui s'établit selon les données 2015 de l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) à environ 5 000 € en moyenne par étudiant. La mission a pu en effet exploiter globalement les données comptables 2015 (budget annexe formation, toutes filières confondues, sages-femmes et niveau V compris, source DGFIP), retraitées par l'ATIH, et les croiser avec les effectifs d'étudiants inscrits de l'enquête DREES⁴⁸. Les données de gestion des régions n'étant pas consolidées, le détail des charges et produits, ou même des seules subventions, par

⁴⁵ Qui prévoit notamment une prise en charge des cotisations URSSAF sur trois ans et des frais d'équipement pris forfaitairement en charge par l'assurance maladie avec pour contrepartie l'installation dans des régions particulièrement sous-dotées.

⁴⁶ Ces données sont indicatives d'ordre de grandeur et à interpréter avec prudence, certaines régions (Franche-Comté, Bretagne) n'ayant pas répondu.

⁴⁷ Pour mémoire, les instituts privés à but lucratif recensés par la DREES sont au nombre de 7 en rééducation, 4 en masso-kinésithérapie et 3 pour les pédicures-podologues, avec 1 694 étudiants inscrits en 2015, et de 9 au niveau V, 7 pour aides-soignants et 2 les auxiliaires de puériculture, avec 689 étudiants. Ils sont vraisemblablement non financés par les conseils régionaux et ont, pour les masseurs-kinésithérapeutes notamment, les frais de scolarité les plus élevés. Leur part en étudiants reste marginale, sauf pour la rééducation, d'autant qu'ils sont exclusivement franciliens pour la rééducation, et à moitié pour le niveau V (2 instituts sur 9 mais 50% des étudiants en Ile de France).

⁴⁸ Ces données ATIH 2015 portent sur 300 EPS dont 31 CHU/CHR hors Pointe-à-Pitre manquant et 123 CH de budget >70M€ totalisant en budget annexe 711 M€ de charges et produits globalement équilibrés, dont 41% en CHU/CHR et 39% dans les CH>70M€. Les effectifs DREES correspondants sont de 102.237 étudiants dans 812 instituts de formation pour ces 300 entités juridiques EPS. Le rapprochement donne des charges ou produits moyens par étudiant de 7000€ dont 75% est couvert par la subvention régionale au compte 7471, soit 5250€ par étudiant, les 25% autres correspondant aux financements des employeurs et marginalement pour 2% aux droits d'inscription des étudiants, concours compris. Cette moyenne ne distingue pas le niveau V ou les filières de formation, et comprend sages-femmes, cadres et spécialités infirmières.

filière de formation n'est pas disponible. Le financement des IFAS et IFAP privés (seuls neuf d'entre eux étant à but lucratif) met par ailleurs en œuvre « l'accès gratuit aux formations de niveau V et IV dispensées dans le cadre du service public de la formation professionnelle⁴⁹ ».

[72] Le financement des IFSI privés est également conséquent, comme en témoignent les indications données par la Croix-Rouge française, et qui se traduisent dans les frais de scolarité modérés pour les étudiants. Pour la seule Croix-Rouge française, présente dans toutes les régions métropolitaines (hors Corse), la subvention moyenne par étudiant est supérieure à 4 000 € soit environ 80 % de la moyenne des IFSI hospitaliers publics⁵⁰.

[73] Le problème de reste à charge très élevé pour les étudiants concerne donc prioritairement les instituts privés à but lucratif, la totalité des régions ayant déclaré à la mission ne pas les financer.

[74] Si aucun suivi national de ce reste à charge n'est opéré, des monographies régionales existent. Les données reproduites dans le tableau ci-dessous sont extraites du rapport ONISEP pour l'Ile-de-France en 2016. Elles incluent également, pour information sur le coût total des études, des données sur les préparations privées ou publiques, très répandues (un tiers des IDE y ont recours, par exemple). Ce coût total constitue un frein à l'accessibilité sociale à ces formations.

Tableau 1 : Coût de scolarité par an en Ile-de-France, 2016

Formation	Durée	Coût de scolarité	Coût des cours préparatoires privés
Audioprothésiste	3 ans	476 €	1 480-4 070 €
Ergothérapeute	3 ans	1 700 € (public) 5 250 € (privé)	1 700 € (public) 4 900 € (privé)
IDE	3 ans	Tarif universitaire et éventuels frais de blouse à 8 897 € (public) 782€ - 7511 € (privé)	De 900 à 2 184 € (public) à 350 € (Croix-Rouge) à 4 900 € (privé)
MEM	3 ans	Tarif universitaire + frais de blouse	1 600 € (public) de 1 899 € à 4 970 € (privé)
MK	4 ans	Tarif universitaire (public) à 8 400-8 900 € (privé)	1 600 € (public) à 4 900 € (privé)

⁴⁹ Cf. décret 2016-380 du 29 mars 2016 et article R6121-9 du code du travail : « La gratuité de la formation professionnelle, financée par la région en application [...] de l'article L6121-2 au bénéfice de toute personne cherchant à s'insérer sur le marché du travail, s'entend des dépenses liées aux frais pédagogiques [...]. Elle peut également s'étendre à la prise en charge par la région des frais d'inscription et d'éventuels frais annexes, notamment des frais d'hébergement et de restauration. ». Elle relève d'autres crédits régionaux que les subventions de fonctionnement des formations sanitaires et sociales.

⁵⁰ La CRF indique une subvention de fonctionnement (hors investissement et hors indemnités de stage et frais de déplacement des étudiants) de 42,018 M€ pour 10.669 étudiants. Cet effectif est très proche de celui de l'enquête DREES soit 10 379 étudiants en soins infirmiers dans 32 IFSI CRF, soit 11,4 % du total national et 397 autres étudiants dans 8 autres instituts, 4 IFCS sur 5 non lucratifs, les IFCS n'étant pas subventionnés mais financés par les employeurs, 2 IFMK à Limoges et Bègles, et 2 instituts pour ergothérapeutes et puéricultrices à Chambray-lès-Tours.

Orthopédiste-Orthésiste	1 an	9 790 € (public)	
Orthophoniste	5 ans	600 €	Tarif universitaire à 2 200 € (public) de 1 900 à 4 200 € (privé)
Orthoptiste	3 ans	Tarif universitaire	1 700 € (public) à 1 480-5 300 € (privé)
Pédicure-Podologue	3 ans	De 8 950 € à 10 975 € (privé)	1 700 € (public) à 1 790 €-4 900€ (privé)
Psychomotricien	3 ans	1 500 € (public) 9 650 € (privé)	1 700€ (public) à 1480 4 900 € (privé)

Source : ONISEP, traitement mission

[75] Ces données révèlent des disparités de coût très importantes entre formations, et au sein d'une même formation (comprises entre les droits de scolarité universitaires et 10 000 € pour un masseur-kinésithérapeute recruté au sein d'une même PACES en première année⁵¹). La mission constate que les disparités de coût se retrouvent également au sein du secteur public, ce qui est une anomalie, ces établissements relevant en principe des droits d'inscription annuels fixés par arrêté du ministre en charge de l'enseignement supérieur. La mission préconise donc que les régions mettent fin à ces irrégularités dans le secteur public de formation en assurant un financement suffisant, d'une part, et en veillant d'autre part, lors du renouvellement de l'agrément, au maintien des droits de scolarité au tarif réglementaire. Le CESER Ile-de-France avait, lors d'un rapport de 2016⁵², formulé cette observation qu'il convient de relayer au plan national.

[76] La situation francilienne n'est pas exceptionnelle : ainsi, par exemple, pour la région Nouvelle-Aquitaine, les frais de scolarité vont de 963 à 1 371 € pour un ergothérapeute, du tarif universitaire à 1 380 € pour une IDE, du tarif universitaire à 7 650 € pour un manipulateur radio, de 871 à 6 310 € pour un masseur-kinésithérapeute. La question des niveaux de frais de scolarité a été posée aux régions mais toutes n'ont pas de visibilité sur ces derniers, qui ne font pas l'objet d'un suivi systématique. Sur la question des évolutions de ceux-ci, sur quatre régions répondantes, deux affirment que les frais sont stables, deux concluent à des augmentations liées à l'évolution de la tarification d'établissements, privés la plupart du temps.

[77] Le niveau de financement de la région apparaît toutefois comme le déterminant principal du reste à charge étudiant, et ce, quel que soit le statut de l'institut. Ainsi, comme le relève la fédération nationale des étudiants masseurs-kinésithérapeutes, certains instituts publics trop faiblement financés par les collectivités affichent des tarifications annuelles élevées (6 000 € à Brest, 2 700 € à Laval, 820 € à Dax) alors que certains IFMK à statut privé pratiquent une tarification au niveau des droits de scolarité universitaires.

[78] Ainsi, eu égard aux coûts moyens d'un étudiant fournis par certaines régions et instituts, les restes à charge les plus élevés sont proches du coût complet de la formation, entièrement supporté par l'étudiant. A titre d'illustration, la région Bretagne donne 7 184 € pour le coût moyen

⁵¹ De fait, un écart de moins d'un dixième de point lors des épreuves de classement de la PACES se traduira par une scolarité quasi gratuite (public) ou approchant les 10 000 € par an (privé lucratif).

⁵² « Les formations sanitaires et sociales en Ile-de-France : enjeux et perspectives » - 15 septembre 2016 - Rapport présenté au nom de la commission Santé, solidarité et affaires sociales par Jean-Pierre BURNIER et Gauthier DOT – pages 30 et s.

d'un IDE en 2014 (6 700 € en Centre-Val de Loire), 7 143 € pour un manipulateur d'électroradiologie médicale.

[79] L'absence de financement par le conseil régional des instituts privés et notamment privés lucratifs apparaît donc contestable au plan social, en tant qu'elle exclut un nombre important d'étudiants préparant un même diplôme d'État du bénéfice d'une scolarité peu onéreuse (30 % des étudiants ne sont pas couverts par un financement régional en Ile-de-France). Elle a en outre des effets pervers potentiels en matière d'efficacité socio-économique : ainsi, pour des raisons de neutralité budgétaire, un conseil régional peut-il privilégier l'attribution des quotas, pour certaines professions paramédicales, à des instituts non financés, privé lucratif (ce qui fut le cas de la totalité des nouvelles places créées en Ile-de-France d'après le rapport du CESER précité). De même, le recours à l'emprunt des étudiants pour financer leurs études peut constituer un frein à l'exercice salarié, en établissement, au profit d'un exercice libéral, facteur qui joue probablement dans le cas des masseurs-kinésithérapeutes.

[80] La mission préconise donc :

- que les régions assurent un financement suffisant des instituts publics, universitaires et hospitaliers, dont le financement ne peut reposer sur les étudiants, et dont les droits de scolarité devraient être conformes à ceux fixés par arrêté ministériel pour les diplômes de licence et master ;
- qu'une réflexion soit menée par l'État et les régions sur l'évolution d'un financement des instituts privés non lucratifs, déjà largement subventionnés, pour faire converger leur tarification vers la tarification universitaire, en précisant le cadre règlementaire et le droit à compensation, et en en faisant une condition de l'autorisation de ces centres de formation, intégrée dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales ; à terme, ce financement des instituts privés non lucratifs pourrait devenir une obligation, et non une simple possibilité, pour les régions par amendement de la loi du 13 août 2004 ;
- que les ARS prennent en compte, dans la reddition de leurs avis, la répartition équilibrée des quotas entre instituts publics et instituts privés non financés.

Recommandation n°3 : Envisager un financement obligatoire des instituts privés non lucratifs par les conseils régionaux, sur le modèle des instituts publics, afin de diminuer le reste à charge des étudiants, en en assurant la compensation par l'État. S'assurer que les droits de scolarité des instituts publics n'excèdent pas les droits de scolarité universitaires, fixés par arrêté annuel. Veiller, dans l'attribution des quotas, à conserver un équilibre entre secteurs publics et privés.

2.2.2 La loi du 13 août 2004 n'a pas entraîné le financement des formations historiquement intégrées à l'université, qu'il conviendrait de pérenniser

[81] Comme évoqué précédemment, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 prévoit le transfert de la gestion et du financement de la formation de l'ensemble des professions citées aux titres I à VII du livre III de la 4^{ème} partie du code de la santé publique aux régions. Alors que ce transfert est de droit, il apparaît que certaines professions relèvent encore d'un financement de l'État, car, dépendant du ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, elles n'ont pas fait l'objet d'une compensation financière (dont les modalités sont prévues à l'article 119 de la loi), qui n'a compris que les formations inscrites dans le périmètre du ministère en charge de la santé.

[82] Parmi ces formations on compte partie des psychomotriciens⁵³, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale (pour la partie d'entre eux préparant un DTS d'imagerie médicale et non le diplôme d'État), les audioprothésistes⁵⁴, auxquels on peut ajouter les formations sanctionnées par un BTS : opticiens lunettiers, prothésistes-orthésistes, techniciens de laboratoire médical (hors diplôme d'État) et diététiciens (ces derniers pouvant également être titulaires d'un DUT génie biologique option diététique). Il convient de mentionner en outre, de nombreuses formations en lycée ou en GRETA, comptant pour 10 % des formations de niveau V.

[83] Outre qu'elle accroît la complexité en matière de formation et de circuit de financement, et qu'elle n'est pas conforme à l'intention du législateur en 2004 qui organisait un transfert du pilotage et de la gestion de l'ensemble des formations, cette situation n'est pas sans inconvénients :

- en termes de soutenabilité financière, ces formations étant aux dires de tous les acteurs rencontrés, sous-dotées – le fait que les rares lacunes en matière d'offre de formation soulignées par les régions relèvent de cet ensemble tend à confirmer ce fait ;
- en décorrélant la réingénierie de la compensation financière – ainsi, le passage au grade master des orthophonistes s'est effectué à crédit constant pour l'université ;
- en décorrélant également l'attribution des quotas de professionnels paramédicaux de leur impact financier – le conseil régional attributaire étant également financeur pour les formations relevant du ministère en charge de la santé.

[84] Aux fins d'aboutissement du processus enclenché par la loi du 13 août 2004, la mission propose d'organiser le financement par la région des formations gérées à l'université. Suite à une évaluation des coûts, ce financement direct sera inscrit dans un budget annexe selon les modalités détaillées *infra*. Au regard des 114 000 étudiants en formation paramédicale post-bac, les effectifs concernés sont peu nombreux (pour les formations dans le champ de l'enquête DREES) : environ 2 000 rééducateurs dans 11 instituts de formations universitaires⁵⁵, ce qui représente un droit à compensation d'environ 10 M€ pour ces 11 instituts universitaires publics et les régions concernées. Aux termes de la loi (L. 4383-5 CSP), l'autorisation de ces instituts universitaires publics impose en effet une subvention d'équilibre régional et une décision d'autorisation partagée avec l'État, qui intègre ces capacités de formation dans ses décisions annuelles de fixation de quotas. Cela impliquerait en outre que les universités présentent des budgets annexes conformément à la loi, ce qui n'est pas le cas dans les pratiques actuelles, ni, au plan juridique, dans la partie réglementaire du code de l'éducation, contrairement au budget annexe des établissements publics de santé, comme développé *infra*. La situation peut donc être corrigée rapidement, à partir de l'exercice 2018, avec un accompagnement réglementaire plus clair.

Recommandation n°4: Permettre le financement par la région des formations historiquement universitarisées en en assurant la compensation par l'État.

[85] Ces formations restent par ailleurs mal suivies statistiquement, les données publiées par les services statistiques du ministère chargé de l'éducation, (direction de l'évaluation, de la

⁵³ A l'Université Pierre et Marie Curie, Toulouse III Paul Sabatier, à l'université de Bordeaux, de Lyon 1.

⁵⁴ Formés au CNAM, à Lyon 1, Toulouse 3, Rennes 1, Montpellier, Lorraine, Bordeaux

⁵⁵ Dans le champ de l'enquête DREES 2015, il s'agit de l'Institut des sciences et techniques de réadaptation de l'université Lyon-I Claude Bernard (514 étudiants en masso-kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité), de l'institut de psychomotricité de l'UPMC Paris-6 (506 étudiants), de Bordeaux (182 psychomotriciens), de Toulouse (156 psychomotriciens), de l'institut d'ergothérapie de l'UPEC-paris 12 (249 étudiants), de l'institut d'ergothérapie d'Aix-Marseille Université (85 étudiants), tous existants à l'université avant la loi de 2004 et sans subvention du ministère de la santé donc sans droit à compensation depuis, auquel s'ajoute l'Institut limousin de formation en rééducation créé à l'université de Limoges depuis 2004, sans subvention ni droit à compensation.

prospective et de la performance – DEPP) comme ceux du ministère chargé de l'enseignement supérieur (sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques – SIES) ne leur accordant aucune visibilité. Pour remédier à cette situation, la mission préconise que l'enquête DREES soit étendue aux formations dont l'université a l'exclusivité (orthophonie, orthoptie et audioprothèse) et à celles complémentaires des diplômes d'État (DTS d'imagerie médicale et radiologie thérapeutique et BTS/DUT de technicien de laboratoire).

Recommandation n°5 : Etendre l'enquête DREES aux formations d'orthophonie, orthoptie, audioprothèse et au DTS d'imagerie médicale et radiologie thérapeutique ainsi qu'au BTS et DUT de technicien de laboratoire, en partenariat avec la DEPP et la SIES.

[86] Pour les formations d'orthophonie, orthoptie et audioprothèse, dont certaines ont engagé des négociations avec les conseils régionaux, il conviendra d'accompagner les universités concernées dans l'identification des coûts de ces formations, et de les préparer à gérer les budgets concernés, en recettes et en dépenses, sur le modèle rendu obligatoire des budgets annexes mis en œuvre depuis 2004 par les établissements publics de santé, ou par certains départements de maïeutique (cf. partie 3.6 sur la généralisation des budgets annexes relatifs aux formations paramédicales).

Recommandation n°6 : Accompagner les universités concernées par les formations orthophonie, orthoptie et audioprothèse dans l'identification des coûts, dépenses et recettes afférentes, afin d'évaluer le droit à compensation (en cohérence avec la recommandation 27 rendant obligatoire un budget annexe).

2.2.3 L'investissement des instituts, supporté de manière hétérogène par les régions, n'a pas été dévolu de manière claire par la loi.

2.2.3.1 Seul le transfert du financement des dépenses d'équipement a été acté et non celles liées à l'investissement immobilier

[87] La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confie aux conseils régionaux le financement du fonctionnement et de l'équipement des instituts de formations paramédicales pour les établissements publics et leur donne liberté de financer ou non les établissements privés. Le décret du 29 juin 2005⁵⁶ a précisé les modalités budgétaires selon lesquelles ces collectivités contribuent au financement de l'équipement. Ainsi peuvent être inscrites dans les charges de l'établissement, les charges financières liées aux emprunts d'investissement réalisés et les dotations aux amortissements. Dans la mesure où ces charges ont un impact direct sur le montant de la subvention versée par la région, le président du conseil régional, à l'occasion d'une procédure contradictoire (dialogue de gestion), doit se prononcer sur les choix d'investissement réalisés par les établissements.

[88] Conformément à l'article 72-2 de la constitution, le transfert de compétences des formations paramédicales de l'État vers les conseils régionaux a fait l'objet de compensations dument discutées. Plusieurs rapports conjoints (IGAS-IGF-IGAENR) ont montré que l'impréparation budgétaire et la complexité des sources de financement des établissements publics et privés (sécurité sociale, État) avant 2004 avait rendu très difficile l'évaluation des dépenses à compenser aux régions, s'agissant notamment de l'équipement. Ainsi, en l'absence d'un état exact et d'un

⁵⁶ Décret n° 2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé.

inventaire précis du patrimoine immobilier des établissements, c'est le montant des charges financières et des amortissements des établissements qui a servi de base au calcul de la compensation financière. Ce choix a eu pour conséquence de privilégier les régions où les organismes gestionnaires avaient engagé des travaux ou des rénovations récentes. Les conditions dans lesquelles se sont déroulées ces compensations ont généré un contentieux administratif puisqu'un arrêt du conseil d'État, rendu le 18 octobre 2006 suite à un recours du conseil régional des Pays de la Loire sur la validité du décret de 2005, confirme que, conformément à la loi de 2004, la dotation annuelle des régions constitue un financement de l'équipement mobilier et immobilier des établissements. Les contentieux sur les compensations entre l'État et les régions sont aujourd'hui réglés même si la question de l'investissement demeure prégnante, comme la mission l'a observé.

2.2.3.2 Le financement de l'investissement connaît de très fortes disparités régionales

[89] A l'occasion des visites sur le terrain et après analyse du questionnaire adressé par la mission aux régions, il a été constaté que les politiques des conseils régionaux en matière d'investissement étaient très hétérogènes. En effet, si une large majorité de régions finance les équipements (acquisition de matériel pédagogique et informatique, de mobiliers, de logiciels, etc.) permettant le fonctionnement pédagogique des instituts de formation, leur proportion est beaucoup plus faible lorsqu'il s'agit du financement de mises aux normes (sécurité et accessibilité) ou de restructuration de l'immobilier.

[90] A défaut d'une volonté politique régionale, les modalités financières prévues par le décret ne permettent pas de créer un « effet de levier » pour engager des travaux de grosses réparations ou de reconstruction d'établissement. La mission observe que là où les régions n'apportent pas de subvention pour financer en capital l'investissement immobilier, comme par exemple en Ile-de-France et dans l'ex-région Languedoc-Roussillon⁵⁷, les projets ne se concrétisent pas. En effet, sans une subvention d'investissement du conseil régional, les organismes gestionnaires ne disposent pas de la capacité financière suffisante pour supporter des investissements dont les montants se chiffrent à plusieurs millions d'euros.

[91] C'est la raison pour laquelle les régions volontaires interviennent sous deux formes :

- la subvention d'investissement aux organismes gestionnaires qui souhaitent mener des projets de restructuration ou de travaux de grosses réparations ; totale ou en général partielle, cette subvention réduit les dotations aux amortissements et les besoins d'emprunt donc les frais financiers, qui pèsent sur le budget d'exploitation financé par la région, et constituent l'alternative ou le complément aux subventions en capital venant de collectivités diverses ;
- la maîtrise d'ouvrage régionale ou l'acquisition de biens dans lesquels le conseil régional héberge des instituts de formation sanitaire. Tel est le cas par exemple à Laval où la région Pays de la Loire a acquis un bâtiment auprès du ministère de la défense et héberge des instituts de formation. Tel est également le cas au CHU de Toulouse où le pôle régional de formation aux métiers de la santé a été construit sous maîtrise d'ouvrage régionale.

[92] Depuis 2004, les régions ont pleinement investi leurs champs de compétences. Attachées au maillage territorial des instituts de formation, elles doivent consacrer des moyens financiers

⁵⁷ *A contrario*, l'ex-région Midi-Pyrénées avait consenti un effort conséquent sur l'immobilier des instituts de formation. Une des difficultés auxquelles est confrontée la nouvelle région Occitanie est l'harmonisation de politiques régionales qui étaient totalement contraires.

importants à l'entretien et la rénovation d'un patrimoine immobilier dont l'état et le coût d'entretien n'ont pu être estimés au moment du transfert de compétence. Les réponses aux questionnaires révèlent les efforts significatifs, bien qu'inégaux, des régions pour financer des travaux de remise aux normes ou de restructuration d'établissements. Des projets innovants ont été conduits pour mutualiser les moyens et développer la transversalité dans les formations de soins infirmiers, de la réadaptation et de la rééducation. Le projet campus mené conjointement par le conseil régional Midi-Pyrénées et le CHU de Toulouse constitue un exemple, l'ensemble des instituts étant regroupé sur un seul campus à proximité du CHU de Purpan.

[93] Les stratégies des régions pour retenir, arbitrer et financer des projets démontrent une diversité de pratiques : souvent, les opérations retenues font l'objet d'un arbitrage annuel au moment de la préparation et du vote du budget. Deux régions (Centre-Val de Loire et l'ex-région Midi-Pyrénées) ont priorisé et planifié leur choix de réalisation de travaux futurs à travers la mise en œuvre de plans pluriannuels d'investissements (PPI). La mission n'a pas réalisé d'étude précise sur les niveaux d'intervention du financement régional dans le montage financier des projets, mais relève les principes suivants : la hauteur du financement régional se situe en général au-dessus de 50 % du montant de l'investissement, les gestionnaires d'institut pouvant solliciter d'autres collectivités, mais en principe ni l'État, ni l'ARS, ou recourir soit à l'emprunt, soit à des excédents d'exploitation sur le budget de formation, toutes modalités ayant un impact sur le budget d'exploitation et le fonctionnement de l'institut, et requérant donc l'accord du conseil régional. Lorsque la région assure la maîtrise d'ouvrage, le taux de financement en capital peut atteindre 90 %. Dans certains cas, l'État, dans le cadre de la contractualisation avec la région (CPER) a favorisé les rapprochements des formations médicales et paramédicales⁵⁸, mais ne contribue plus depuis 2004 aux investissements dans les instituts de formation paramédicaux. Conformément à la liberté de choix que leur confère la loi du 13 août 2004, la mission a observé que les régions finançaient aussi bien les organismes gestionnaires publics (CHU, CH, etc.) que des établissements privés à but non lucratif.

[94] La récente fusion des régions ne permet pas d'analyser les politiques qui vont être menées à l'avenir. Cependant, les fortes hétérogénéités en termes de financement de l'investissement ne peuvent manquer d'avoir un impact sur la qualité de l'accueil, la formation des étudiants, voire l'hygiène et la sécurité des locaux. D'après des témoignages de directeurs d'établissement, cette situation génère des difficultés de fonctionnement compte tenu de l'état de vétusté du patrimoine. Ainsi, à l'occasion de visites réglementaires des commissions de sécurité et d'accessibilité pour les établissements recevant du public (ERP), certains établissements reçoivent des avis défavorables. Les organismes gestionnaires sont alors tenus de réaliser des travaux qu'ils ont parfois des difficultés à financer.

2.2.3.3 La nécessité d'un investissement régulier implique une concertation entre l'État et les régions

[95] La mission n'a pu disposer d'aucune synthèse énumérant à la fois le nombre et le type de bâtiments, les surfaces utiles et la qualité des locaux dédiés aux activités de formation, de

⁵⁸ La DGESIP indique trois cas d'inscription d'opérations mixtes ou paramédicales dans les CPER 2007-2014 : Reims, financement intégral de 21 M€ par la région d'un regroupement des instituts paramédicaux du CHU, Caen, rapprochement des formations médicales et paramédicales université et CHU, part État de 30 % sur 50 M€ pour la partie universitaire, Bretagne Sud, rapprochement entre locaux universitaires (droit, gestion) et IFSI du CH sur Vannes. E outre, dans le CPER 2015-2020, pour Versailles/Paris Sud, financement État de 50 % des études (400 k€) pour un rapprochement des formations médicales et paramédicales,

documentation, d'administration ou encore en matière de vie étudiante pour l'ensemble des instituts de formation au niveau de chaque région, et *a fortiori* au niveau national.

[96] Dans le même ordre d'idées, l'impossibilité d'analyser par établissement la structure des dépenses d'investissement et de fonctionnement consacrées au patrimoine immobilier et/ou de disposer d'un budget type par grande catégorie d'établissement (public, privé non lucratif ou privé lucratif) et par région ne permet pas de rendre compte d'une appréciation circonstanciée de ce que coûterait le patrimoine immobilier pour être entretenu à un niveau jugé satisfaisant. Les régions sont à même, compte tenu de leur compétence sur les formations sanitaires et sociales, de disposer d'informations sur l'appréciation du patrimoine des instituts de formation paramédicaux. Un état des lieux conduit par la direction de l'immobilier de l'Etat (DIE), associant étroitement les régions, devrait être conduit en ce sens.

[97] L'ensemble des constats opérés par la mission conduit à considérer que l'absence de clarté sur le financement par les régions des investissements dans les instituts de formation paramédicaux est de nature à créer une situation préoccupante. L'égalité des conditions d'accueil des étudiants, le maintien d'un réseau de sites de formations de qualité, en proximité et en relation avec les besoins, la modernisation, sécurisation et rénovation des locaux et équipements pédagogiques, justifient des investissements. Le rapport Vincent Le Taillandier de 2010⁵⁹ indiquait que la loi de 2004 avait transféré et compensé aux collectivités la compétence sur l'immobilier, même si celles-ci à l'époque contestaient le niveau de cette compensation ; il formulait dix recommandations qui n'ont à ce jour pas été mises en œuvre, dont un inventaire partagé des besoins en investissement. En cohérence avec ces observations, la mission préconise donc que l'État engage avec les régions une concertation sur ce thème en s'appuyant sur un état des lieux partagé, conduit par la DIE, et ensuite, clarifie les modalités d'intervention régionale et le droit à compensation afférent, puis fixe des priorités de financement à l'occasion des prochains CPER.

Recommandation n°7 : Après recensement du patrimoine immobilier des instituts, clarifier le cadre d'intervention régional en matière d'investissement.

2.2.4 Des règles de compensation des transferts de compétences entre l'État et les régions qui restent complexes

[98] En complément de cette première analyse des problématiques de financement des bourses et des subventions de fonctionnement et d'équipement, la mission souligne que l'application aux formations sanitaires et sociales de la doctrine générale du droit à compensation, élaborée par la commission consultative sur l'évaluation des charges est particulièrement complexe, comme en témoigne le rapport de juin 2016 de la commission sur la période 2005-15. La détermination du droit à compensation en matière de bourses ou de subvention de fonctionnement et d'équipement des instituts de formation a pourtant fait l'objet de nombreux rapports conjoints d'inspections générales entre 2006 et 2010 : ces rapports ont contribué à faire évoluer les textes réglementaires et construit une doctrine spécifique en matière de droit à compensation versés aux régions au titre des instituts de formation. Elle est régulièrement appliquée lors de chaque réingénierie de formation dans le cadre de l'universitarisation et pour toute mesure connexe, notamment relative aux bourses et indemnités de stage.

⁵⁹ Vincent le Taillandier « Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes », Ministère de la santé, avril 2010.

[99] Toute norme juridique nouvelle, tout projet de loi ou de texte réglementaire requiert en effet l'avis du comité national d'évaluation des normes (CNEN), en lien avec la commission consultative d'évaluation des charges (CCEC). Ainsi le décret n°2016-1901 du 28 décembre 2016 et l'arrêté du 18 mai 2017 revalorisant les indemnités de stages des étudiants en soins infirmiers ont été examinés par le CNEN et, pour le premier, par la CCEC dans sa séance du 10 janvier 2017. Celle-ci a demandé « qu'un travail conjoint entre les régions et les représentants de l'État soit entrepris afin de déterminer les modalités de compensation provisionnelles, sur la base des recommandations de la mission d'inspection dont les conclusions sont attendues. »

[100] Pour autant, la mission n'a pas disposé des éléments permettant d'affiner le droit à compensation au titre des bourses ou des indemnités de stage, au-delà des premières estimations fournies par les services ministériels aux instances citées. S'agissant des bourses, le principe mis en œuvre depuis 2008 suite aux propositions des inspections générales trouve deux limites fortes, huit ans après le dernier arrêté fixant ce droit à compensation⁶⁰ : d'une part, la reconstitution de dépenses théoriques correspondant au minimum réglementaire fixé par le barème de 2008 est impossible en l'état, compte tenu de l'écart, favorable aux étudiants, entre les délibérations des régions et les barèmes non réévalués depuis 2008 (échelons et revenus) ; d'autre part, en l'absence de système d'information commun aux régions, tant pour les bourses que pour les subventions de fonctionnement et d'équipement d'ailleurs, les données de gestion communiquées à la mission par les régions ne sont plus cohérentes avec les données relatives aux bourses de l'enquête DREES, qui sont déclarées par les étudiants. Enfin, l'évolution des effectifs étudiants, pourtant forte (+25% en 10 ans de 2004 à 2014) n'est que très partiellement prise en compte (allongement d'études de masseur-kinésithérapeutes seulement), alors qu'elle relève d'arrêté ministériels pris après consultation des régions notamment. S'agissant des indemnités de stage, l'estimation présentée par la DGOS en CNEN est de 12,6 M€ en année pleine 2018 pour 78 686 étudiants en soins infirmiers hors promotions professionnelles et autres financeurs.

[101] L'impact des évolutions réglementaires s'étendant en général sur plusieurs années, la méthode usuelle retenue par les pouvoirs publics et les régions, après avis du CNEN et de la CCEC, consiste légitimement à procéder par étapes et enquêtes auprès des régions, qu'il n'appartenait pas à la mission de mener, sur des textes dont l'entrée en vigueur principale se situe à la rentrée de septembre 2017. De surcroît, la mission préconise par ailleurs de réexaminer pour différents motifs les droits à compensation, et de faire évoluer le cadre juridique de la loi de 2004 et ses rares textes d'application, rendant effectivement nécessaire un examen global, pour lequel certaines estimations sont données en conclusion du rapport.

2.3 L'accès équitable à l'ensemble des formations paramédicales doit passer par une généralisation de l'Admission post-bac (APB)

2.3.1 Des modes d'accès aux formations paramédicales devenus complexes et injustes et, pour partie, inefficaces

[102] Les modes d'accès aux formations initiales paramédicales sont actuellement de trois types : concours⁶¹, sélection à partir d'admission post-bac (APB), PACES ou première année de licence scientifique. Le tableau ci-dessous reprend ces différents modes d'accès :

⁶⁰ Arrêté du 24 mars 2009 abrogeant l'arrêté du 6 avril 2006 (JORF du 1^{er} avril 2009).

⁶¹ Les différents arrêtés relatifs aux modes d'accès aux formations paramédicales emploient les termes de « épreuves d'admission », de « épreuves de sélection », de « épreuves d'évaluation des aptitudes aux études » ou encore de « examen

Tableau 4 : Durée des études et modes d'accès aux formations

Profession	Diplôme ⁶²	Durée des études	Mode d'accès
Audioprothésiste	DNES	3 ans	Concours
Diététicien	BTS ou DUT	2 ans	APB
Ergothérapeute	DE	3 ans	Concours ou PACES ou L1 STAPS ou SVT ²
Infirmier	DE	3 ans	Concours
Manipulateur ERM	DE ou DTS	3 ans	APB ³
Masseur-kiné	DE	1 an + 4 ans	PACES ou L1 STAPS ou STS ²
Opticien-lunetier	BTS	2 ans	APB
Orthophoniste	DNES	5 ans	Concours
Orthoptiste	DNES	3 ans	Concours
Pédicure-podologue	DE	3 ans	Concours ou PACES ou L1 STAPS ou SVT ²
Psychomotricien	DE	3 ans	Concours ou PACES ou L1 STAPS ou SVT ²
Technicien de labo	DE, BTS ou DUT	2 ans (BTS ou DUT) ou 3 ans (DE)	Concours (DE) ou APB (BTS et DUT)

¹ DE : diplôme d'État
 BTS : brevet de technicien supérieur
 DUT : diplôme universitaire de technologie
 DTS : diplôme de technicien supérieur
 DTS : diplôme de technicien supérieur
 DNES : diplôme national de l'enseignement supérieur

² PACES : première année du cycle des études de santé
 L1 : première année de licence
 STAPS : sciences et techniques des activités physiques et sportives
 SVT : sciences et vie de la terre
 STS : sciences, technologie, santé

³ à compter du 1er septembre 2017 ; auparavant, concours ou PACES ou L1 STAPS ou SVT

[103] Produit de l'histoire de ces différentes professions et du moment où elles ont été réingéniées pour la dernière fois, il existe souvent plusieurs modes d'accès à des formations

d'admission ». Toutefois, dans la mesure où le nombre de places offertes est limité sur la base d'un *numerus clausus* propre à chaque formation, le terme générique de « concours » sera privilégié par la mission.

conduisant au même diplôme : concours et première année universitaire (ergothérapeute, pédicure-podologue, psychomotricien et, jusqu'à cette année, manipulateur en électroradiologie médicale) ; concours ou sélection par APB (technicien de laboratoire).

[104] Outre leur manque de lisibilité, ces dispositifs sont injustes. En effet, quand l'accès à une formation se fait indifféremment par la PACES ou par une première année de licence scientifique, cette première année universitaire, pourtant validée, ne peut être prise en compte dans la durée de formation car celle-ci ne démarre *stricto sensu* qu'après, ce qui est inévitable dans la mesure où les bacheliers passés par la voie du concours accèdent directement à cette même formation.

[105] L'injustice est d'autant plus grande que les universités rencontrées par la mission ont mis en place un système de coefficients ou d'options qui ont pour effet de permettre notamment aux étudiants inscrits en PACES de ne se préparer en réalité qu'aux seules formations d'ergothérapeute ou de psychomotricien qu'ils souhaitent suivre. Ainsi la PACES apparaît-elle autant comme un moyen de sélectionner les étudiants que comme une véritable première année de formation. *A contrario*, la généralisation pour les masseurs-kinésithérapeutes d'une première année universitaire leur permet d'afficher une formation de niveau bac+5, et non plus bac+4, comme c'était le cas auparavant quand subsistait, comme mode d'accès concurrent, le concours.

[106] En ce qui concerne les formations pour lesquelles le concours reste la voie d'accès unique (audioprothésiste, infirmiers, orthophonistes et orthoptistes), la préparation auxdits concours soulève une réelle difficulté. Théoriquement ouverts aux bacheliers, les taux de sélection de ces formations⁶³ incitent une part importante des candidats à suivre, faute d'une offre publique⁶⁴, une préparation privée avant de se présenter au concours⁶⁵. Ces formations allongent la scolarité d'une voire deux années avec le risque qu'après deux années de préparation, un candidat ne soit admis à aucun concours et ne se retrouve sans rien⁶⁶ ; elles peuvent également conduire à des inscriptions universitaires parallèles peu motivées et non suivies de succès. Elles représentent en outre un coût non négligeable pour les candidats⁶⁷ et, à ce titre, constituent un frein à l'accessibilité à ces formations pour les étudiants les plus modestes.

[107] Une autre conséquence du recrutement par concours est, selon les responsables de formation en soins infirmiers entendus par la mission, que s'il favorise le recrutement de bons élèves issus de la série S⁶⁸, leur profil n'est pas toujours le plus adapté à la poursuite des études infirmières et une diversification des recrutements apparaîtrait opportune.

[108] Compte tenu de ces différents éléments, la mission préconise de mettre fin à la pluralité des modes de recrutement pour accéder à une même formation et de mettre en place un dispositif qui, en fonction de la durée des études, impliquera soit une sélection directe, à partir d'APB, des

⁶³ Pour le concours d'infirmier, le taux de sélection était en 2014 de 3,55 candidats pour un place (source : DREES *Les formations aux professions de santé en 2014*, Bénédicte Casteran Sacreste, Séries statistiques n°198, janvier 2016).

⁶⁴ Les préparations publiques organisées au lycée à destination en particulier des élèves de la série ST2S ont pratiquement toutes fermé : cf. rapport n° 2016-060 IGEN-IGAENR - Bilan de la réforme de la voie technologique.

⁶⁵ En 2014, 32 % des infirmiers admis en première année avait suivi une préparation au concours (source *op. cit.* DREES, *Les formations aux professions de santé en 2014*).

⁶⁶ Certains des étudiants inscrits dans ces préparations privées s'inscrivent également en première année de licence pour bénéficier des droits attachés au statut d'étudiant, constituant ainsi une part des étudiants qui sortent de l'université sans diplôme.

⁶⁷ Les tarifs en présentiel varient en moyenne de 900 à 4 900 € selon la préparation suivie.

⁶⁸ En 2014 les candidats issus d'un bac S représentaient 32,3 % des reçus au concours, ceux de la série ST2S, 25,6 % et ceux de la série ES, 17,8 % (source *op. cit.* DREES, *Les formations aux professions de santé en 2014*).

futurs élèves par les organismes de formation, soit une sélection à l'issue d'une première année universitaire⁶⁹.

2.3.2 La généralisation de la sélection par les instituts de formation à partir d'APB pour l'accès aux formations paramédicales de niveau bac+3, uniquement accessibles par concours.

[109] Dans les formations existantes de niveau bac+2 (diététicien et technicien de laboratoire⁷⁰), accessibles via un BTS ou un DUT, les futurs élèves expriment dans APB leur choix de poursuivre ces études. Leur dossier est alors examiné par une commission au sein de l'établissement (lycée ou université) qui procède soit à une sélection définitive des candidats retenus, soit pour les établissements qui le souhaitent, à une présélection sur dossier suivie d'un entretien au terme duquel les candidats sont définitivement admis.

[110] La formation des manipulateurs en électroradiologie médicale, de niveau bac+3, se fait soit en lycée dans le cadre d'un DTS, soit dans des instituts de formations dans le cadre d'un DE. Pour le DTS, la sélection des candidats était faite par le lycée à partir d'APB alors que pour le DE, elle était effectuée par concours. Une mission conjointe IGAS-IGAENR⁷¹ avait montré que, pour les professionnels, les deux voies de formation étaient identiques et que rien ne s'opposait à la mise en œuvre d'une formation unique. Finalement, si le choix de maintenir ces deux voies a été acté, la décision d'unifier à compter de la rentrée 2017 les procédures de recrutement en prévoyant, pour le DE comme pour le DTS, une sélection directe à partir d'APB, a été prise.

[111] La mission propose que, pour toutes les formations de niveau bac+3 restantes (audioprothésiste, infirmier et orthoptiste), les concours organisés par les instituts de formation ou l'université soient remplacés à compter de la rentrée 2018 par une procédure de sélection directe à partir d'APB. La formation d'orthophoniste, de niveau bac+5, devra *a priori* également être accessible par sélection directe à partir d'APB dans la mesure où il s'agit d'une formation universitaire spécialisée dès la première année⁷².

[112] Il appartiendra aux organismes de formation d'indiquer le nombre de places offertes et de mettre en place la procédure de sélection, sur dossier ou sur dossier et entretien, conformément à la charte APB (voir annexe 1). Certains organismes, notamment les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), pourront utilement se regrouper pour proposer une offre commune sur APB afin d'éviter une concurrence entre IFSI, comme c'est le cas, actuellement, avec les concours.

[113] La seule incidence de la suppression des concours de recrutement est financière : les frais d'inscription aux concours sont supérieurs aux coûts de leur organisation, générant ainsi des

⁶⁹ Le précédent rapport IGAS-IGAENR de juillet 2013 préconisait l'abandon de la PACES pour recruter dans les formations paramédicales dans la mesure où la logique de classement aboutissait à une mise en compétition des étudiants peu favorable à une future transversalité entre les différentes professions de santé avec une logique de hiérarchisation des professions en fonction du rang de classement. Cette analyse n'est plus pertinente aujourd'hui dans la mesure où, par le biais des coefficients et options, les étudiants de PACES se prépositionnent sur la formation qu'ils veulent suivre. Ainsi, une université a indiqué à la mission que l'année dernière, les étudiants voulant suivre des études de masseur-kinésithérapeute étaient mieux classés que ceux qui souhaitaient poursuivre en odontologie et en pharmacie.

⁷⁰ La mission ne peut que regretter le maintien de deux voies de formation de deux et trois ans, ce qui interdit de fait de positionner clairement cette profession au niveau bac+2 ou bac+3.

⁷¹ Rapport IGAS-IGAENR RM2013-049P/2013-014 - Avril 2013 - Modalité de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale.

⁷² Une autre option possible serait, à la faveur de la réingénierie de cette formation, de faire de la première année une première année de licence commune aux autres formations des métiers de la rééducation de niveau bac+5, accessible par APB.

recettes pour les organismes de formation. Ces recettes, d'un montant limité, pourront toutefois être maintenues pour les sélections par APB (bacheliers)⁷³ et hors APB (salariés, demandeurs d'emploi).

Recommandation n°8 : Supprimer pour les bacheliers les concours d'accès aux formations de niveau bac+3 et les remplacer par une sélection directe par les instituts de formation à partir d'APB.

2.3.3 La mise en place systématique d'une première année universitaire pour les formations actuellement accessibles depuis la PACES ou une première de licence STAPS ou SVT

[114] Après réingénierie, la formation de masseur-kinésithérapeute se déroule en deux temps : une première année universitaire (PACES, STAPS ou SVT) et, à l'issue de cette première année, une poursuite d'études de quatre années dans un institut de formation. La suppression de la voie du concours pour accéder à cette formation a permis de lever l'ambiguïté⁷⁴ qui existait et de placer les études de masseur-kinésithérapeute au niveau bac+5.

[115] La mission propose que ce dispositif soit étendu à toutes les formations paramédicales actuellement accessibles concurremment par concours ou depuis une première année universitaire (ergothérapeute⁷⁵ et psychomotricien). Le concours comme mode d'accès serait supprimé et la première année universitaire intégrée dans le cursus, portant ces formations au niveau bac+4, voire bac+5 si la réingénierie conclut à la pertinence de l'allongement de la durée des études d'une année⁷⁶.

[116] La question se pose en termes différents pour la formation de pédicure-podologue dans la mesure où celle-ci, depuis sa réingénierie, conduit au grade de licence. Aussi paraît-il opportun de supprimer le concours et le recrutement depuis une première année universitaire⁷⁷ pour cette formation et d'aligner son recrutement sur celui des formations mentionnées *supra* au 2.3.2 (recrutement direct par les instituts de formation depuis APB).

[117] Les étudiants qui passent actuellement les concours d'ergothérapeutes et psychomotriciens, avec une part de doublons signalée par la DREES, sont environ 13 000⁷⁸. Le nombre d'étudiants inscrits respectivement en PACES ou en première année de licence STAPS ou

⁷³ Dans APB les frais de sélection sur concours sont autorisés quelle que soit la formation sélective visée.

⁷⁴ Tant que l'accès à ces formations par concours était possible, il n'était pas possible de prendre en compte l'année de PACES et les études de masseur-kinésithérapeute étaient officiellement de niveau bac+4, ce que contestaient les associations étudiantes.

⁷⁵ Quoique la formation d'ergothérapeute vienne de faire l'objet d'une réingénierie, la mission préconise à terme la durée de cette formation soit alignée sur celle des masseurs-kinésithérapeutes et des psychomotriciens. En effet, l'ensemble des interlocuteurs de la mission considère que cette formation devrait à terme être de niveau bac+5.

⁷⁶ Ainsi, le ministère de la santé, en alignant le statut des psychomotriciens hospitaliers sur celui des masseurs-kinésithérapeutes considère implicitement mais nécessairement que la formation des premiers est du même niveau que celle des seconds, soit bac+5.

⁷⁷ La sélection par la PACES ne représente, de surcroît, que 5 % des étudiants admis dans la formation de pédicure-podologue.⁷⁷ Cette modalité dérogatoire ne concerne actuellement que l'université de Bordeaux, qui pourrait intégrer cette modalité dans le cursus en 3 ans, le cas échéant grâce à la première année universitaire de rééducation proposée plus loin.

⁷⁸ En 2014, 3 153 et 9 999 étudiants ont déposé un dossier d'inscription ou passé les épreuves de sélection pour accéder respectivement aux formations d'ergothérapeute et de psychomotricien (source *op. cit.* DREES, *Les formations aux professions de santé en 2014*).

SVT à la rentrée 2016 étant respectivement de 39 700 et 58 000 étudiants⁷⁹, il ne peut être exclu que, localement, certaines premières années ne se retrouvent en tension, imposant le cas échéant une procédure de tirage au sort, comme cela existe déjà dans certaines universités⁸⁰, mais il semble peu probable que les étudiants qui n'auront pas été sélectionnés *via* APB pour accéder à une première année de licence des métiers de la rééducation se reportent sur la PACES, ce qu'ils peuvent d'ailleurs faire actuellement..

[118] Néanmoins cette solution paraît préférable à celle consistant à maintenir deux voies d'accès avec, comme conséquence, une première année universitaire validée mais qui ne peut être prise en compte dans la durée totale de formation.

Recommandation n°9: Supprimer les concours pour l'accès aux formations de niveau bac+5 et généraliser le recrutement dans les instituts de formation à partir d'une première année universitaire (PACES, L1 STAPS, SVT ou autre, type rééducation accessible par APB).

⁷⁹ Source : Note d'information ESR n° 05 – avril 2017 – *Projection des effectifs dans l'enseignement supérieur pour les années 2017 à 2025.*

⁸⁰ C'est notamment le cas de la PACES de l'université de Bordeaux.

3 CONFIER – A MOYEN TERME – AUX UNIVERSITES L'ENCADREMENT PEDAGOGIQUE DES FORMATIONS PARAMEDICALES (MESURE 13)

[119] Engagé depuis dix ans et la loi 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, le processus d'inscription des formations paramédicales dans le schéma LMD organise un rapprochement des instituts de formation et des universités. Les bénéfices pédagogiques de cette réforme, en l'attente d'une évaluation externe, ne sont pas contestés : étudiants, professionnels, formateurs et employeurs appellent à l'achèvement et à la simplification d'un processus dont les modalités demeurent excessivement complexes, le champ de la loi de décentralisation de 2004 couvrant toutes les formations paramédicales et une formation médicale, la maïeutique. Seront abordés successivement la simplification du parcours étudiant (3.1), le renforcement de l'innovation pédagogique (3.2), l'achèvement de la réingénierie des formations paramédicales (3.3), les conditions du développement des parcours recherche (3.4), la simplification du pilotage et de la gouvernance (3.5), la simplification de la gestion budgétaire (3.6), et la situation spécifique de la maïeutique (3.7). Quelques éléments de comparaison internationale, portant sur quatre États membres de l'Union européenne (Allemagne, Espagne, Finlande, Royaume-Uni) sont en outre joints en annexe 10.

3.1 Simplifier le parcours étudiant, de l'inscription à l'université à la délivrance du diplôme d'État et du grade de licence ou master

3.1.1 Simplifier le parcours étudiant dès l'inscription administrative

[120] Les constats portés par la mission lors de ses visites en région et enquêtes montrent que les bonnes pratiques concernant le parcours étudiant en région sont exceptionnelles, et ne sont pas facilitées par les textes réglementaires existants.

[121] Seules les trois universités de Bordeaux, Poitiers et Limoges ont en effet ouvert un portail d'inscription administrative en ligne aux étudiants des instituts publics et privés auxquels ils sont liés par convention tripartite. Il s'agit donc des instituts de formation en soins infirmiers et des cinq autres professions réingéniées, pour autant que les conventions tripartites aient été signées : ergothérapeutes, pédicures-podologues, manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM), infirmier anesthésiste diplômé d'État et masseurs-kinésithérapeutes.

[122] Ce portail dénommé Apoweb, permet dès la rentrée en institut, l'inscription administrative à l'université et à l'institut, et la délivrance de la carte d'étudiant, ouvrant ainsi l'accès à l'espace numérique de travail et aux éventuels services universitaires (bibliothèque universitaire, restauration CROUS, médecine de prévention, etc.). L'inscription, renouvelée chaque année, alimente le système d'information de l'université (« APOGÉE » dans 80 % des universités ou son équivalent), donc les statistiques du ministère chargé de l'enseignement supérieur *via* les remontées SISE. L'information sert *in fine*, après délivrance du diplôme d'État par la DRJSCS (direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale), à la collation du grade de licence ou de master lorsqu'elle est prévue, à la signature du président d'université et du recteur.

[123] Dans la région Nouvelle-Aquitaine, la carte d'étudiant ainsi délivrée par chaque institut aux étudiants porte le logo de l'université et la mention de l'institut et est identique à la carte d'étudiant remise dans les trois universités concernées. Un exemple de carte d'étudiant anonymisé Université de Limoges/IFSI d'Ussel figure en annexe 12.

[124] Cette bonne pratique est efficace en termes de délai et de coût, car elle s'appuie sur les outils de masse des universités : elle est conforme aux procédures standards de l'enseignement supérieur, évite les délais et les ressaisies d'information, permet l'accès direct à l'ensemble des services universitaires, et conforte les droits sociaux, comme évoqué dans la partie 1.

[125] Toutes les autres régions visitées ou enquêtées fonctionnent avec des procédures manuelles ou redondantes, l'inscription administrative dans l'institut étant faite séparément de l'inscription à l'université, avec délai, ressaisie d'information, édition d'une carte d'étudiant en IFSI, faite de manière artisanale, et qui n'ouvre aucun accès aux services universitaires. Ces procédures dégradées entraînent d'inutiles transferts de fichiers entre instituts et universités, entre instituts et DRJSCS, DRJSCS et universités ou rectorats. Les inscriptions administratives sont parfois refusées, pour des raisons de principe (pas de paiement des droits à l'université) par les services administratifs de certaines universités. Aussi, dans beaucoup d'universités, plusieurs mois après la rentrée des inscriptions sont toujours en litige, pour des motifs variés, comme à l'université de Lorraine où elles représentent 10 % des élèves des IFSI.

[126] Cette situation entraîne également d'inutiles négociations et discussions relatives aux droits annuels de scolarité, dont les textes règlementaires actuels concernant les professions paramédicales précisent bien qu'ils sont acquittés par les étudiants exclusivement aux instituts. Les services administratifs des universités se retranchent le plus souvent derrière l'absence de versement de droits annuels de scolarité pour soit dénier l'accès à tout ou partie des services, soit négocier avec les conseils régionaux un reversement partiel des droits, soit demander la compensation de certaines démarches administratives. D'autres universités sollicitent des étudiants concernés l'acquittement de droits partiels, notamment pour accéder aux bibliothèques universitaires (BU) ou autres services.

[127] La situation sur le terrain se révèle extrêmement confuse et disparate, mal organisée et coûteuse.

[128] Aussi la mission considère-t-elle que, seize ans après le premier conflit avec les étudiants en soins infirmiers (2001), ayant conduit les pouvoirs publics à affirmer dans différentes circulaires que les étudiants paramédicaux étaient bien des étudiants de l'enseignement supérieur, avec les droits y afférents, les procédures et outils n'ont pas été adaptés et modernisés. Treize ans après la loi de décentralisation de 2004 qui a transféré de l'État aux régions le financement des instituts et huit ans après la réingénierie du diplôme infirmier, première étape de l'universitarisation des formations paramédicales, il est plus que temps de tirer les conséquences de la construction complexe et originale ainsi créée, en inversant le paradigme et en simplifiant le parcours de l'étudiant partagé entre l'université et l'institut de formation.

[129] Pour généraliser simplement les bonnes pratiques décrites dans quelques régions, la mission préconise de modifier les textes règlementaires concernant les formations paramédicales sur le modèle adopté pour la maïeutique, et de préciser que les droits annuels de scolarité sont versés par les étudiants aux universités de référence des instituts (dans le cadre des conventions tripartites), aux tarifs fixés annuellement par le MESR.

[130] L'article L.719-4 du code de l'éducation indique que les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP) « reçoivent des droits d'inscription versés par les étudiants et les auditeurs. » L'article R.719-49 prévoit que les boursiers « sont, de plein droit, exonérés du paiement des droits de scolarité ». Le dernier arrêté, du 22 juillet 2016 (JORF du 31 juillet 2016), fixe pour l'année 2016-17 à 184 € le montant des droits annuels de scolarité en licence et à 256 € en master « acquittés dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur, par les usagers qui y préparent des

diplômes nationaux. » La part de ces droits consacrée au service commun de documentation, qui devrait couvrir les accès aux espaces numériques de travail (ENT) et les accès physiques et numériques aux bibliothèques universitaires, et celle consacrée au Fonds de solidarité et de développement des initiatives étudiantes (FSDIE) sont fixées par le conseil d'administration des établissements et ne peuvent être inférieures respectivement à 34 € et 16 € soit 50 € au total.

[131] L'article D.635-5 du code de l'éducation dispose pour sa part que : « Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme de sage-femme est fixé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. » Ce texte du code de l'éducation ne précise d'ailleurs pas qui exige ou reçoit ces droits, l'université, ce qui serait le plus cohérent, ou l'école de sage-femme, ce qui est parfois le cas, avec reversement à l'université. Dans le champ de la loi de 2004, qui comprend la maïeutique, ce texte est nécessaire, car comme les paramédicaux, les étudiants sages-femmes sont étudiants de leur institut de formation (deux sont d'ailleurs privés) et pas au sens strict étudiants de l'université référente (sauf évidemment dans les trois cas où l'université organise et gère la formation en 2015, Aix-Marseille, UVSQ, et Montpellier).

[132] La terminologie « droits annuels d'inscription » est plus adaptée aux formations en santé que celle, propre au MESR de « droits annuels de scolarité », dans la mesure où l'étudiant prépare un diplôme d'État dans un institut de formation public ou privé, en convention tripartite avec une université qui intervient dans sa formation, et qui *in fine* délivre ce diplôme et le grade afférent. A l'université, aucun frais de scolarité ne s'ajoute aux droits d'inscription, alors qu'en institut privé ces frais de scolarité demeurent libres, au-delà d'un droit annuel d'inscription actuellement fixé par arrêté du 22 août 1988 du ministère de la santé⁸¹, « au montant du droit annuel de scolarité dans les universités ».

[133] Des dispositions similaires à l'article D.635-5 applicables à la maïeutique doivent être prises à compter du 1er septembre 2018 pour toutes les professions paramédicales réingéniées (à ce jour six professions : infirmier, ergothérapeutes, pédicures-podologues, manipulateurs, IADE et masseurs-kinésithérapeutes, pour lesquelles les conventions tripartites ont été signées), en abrogeant les dispositions contraires du code de la santé publique. Ainsi sera abrogé pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'article D.4321-22 du code de la santé publique qui prévoit que « Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. » Il en sera de même pour les articles D.4322-9 (pédicures-podologues), D.4331-5 (ergothérapeutes), D.4351-10 (manipulateurs d'électroradiologie médicale) et D.4352-3 du code de la santé publique (DE de technicien de laboratoire médical).

[134] Cette proposition s'inscrit dans une redéfinition des relations entre instituts de formation et universités à composante santé : sans considérer que les instituts de formation paramédicaux publics et privés concourent aux missions du service public de l'enseignement supérieur et de la recherche et sont associés à ces universités en application de l'article L.718-16 du code de l'éducation (cf. liste des établissements publics et privés ainsi associés aux articles D.718-5 et D.731-6 du code de l'éducation) – ce qui les placerait sous le contrôle budgétaire et de légalité du recteur – elle clarifie et rend plus cohérentes les dispositions des deux codes, éducation et santé publique, sans modifier les dispositions-clés de la loi de décentralisation de 2004 concernant les formations sanitaires.

⁸¹ JORF du 3 septembre 1988 avec un arrêté pour les IDE et un autre pour les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale et technicien de laboratoire médical.

[135] La mission préconise, pour lever toute ambiguïté, que les droits d'inscription actuellement perçus par les instituts soient versés à compter de la rentrée 2018 directement à l'université. Ceci permettra de mettre fin aux systèmes existants aujourd'hui, où une partie plus ou moins importante de ces droits est reversée par les instituts à l'université voire, comme c'est le cas en Nouvelle Aquitaine, directement versée par la région. Il en résultera une perte de recettes pour les instituts ; celle-ci sera partielle compte tenu des diminutions de charges administratives et de personnel et appellera une compensation de l'État.

[136] L'impact de cette mesure sur les budgets des instituts publics et privés et sur les conseils régionaux en termes de subvention d'équilibre devrait être limité et progressif, à partir de l'exercice 2018 où la mesure jouerait en année partielle. En effet, les tâches administratives, actuellement mal réparties et organisées, le sont de façon disparate sur l'ensemble du territoire national, avec des conventions et discussions variables selon les régions et universités. S'agissant d'un droit annuel de 184 € pour le premier cycle (licence en 3 ans) et de 256 € pour le second (master en 2 ans), il peut être estimé que, au plus, potentiellement 50 % des ressources ainsi retirées aux instituts et versées aux universités ne correspondent pas à des charges administratives diminuées, et appelleraient droit à compensation par l'État de cette mesure règlementaire. Sans disposer d'une vision claire de la situation actuelle et future, qui sera appréciée par enquête nationale en lien avec les régions, la mission estime le coût potentiel de la mesure à environ 10 M€⁸².

[137] L'université référente serait, grâce à ce financement, en charge des démarches administratives d'inscription en ligne, en lien avec les instituts, d'édition des cartes d'étudiant, distribuées aux étudiants par les instituts ou en lien avec eux, de la délivrance des diplômes et devrait garantir l'accès aux bibliothèques universitaires et à des espaces numériques de travail performants et conviviaux pour les étudiants.

[138] Ces droits de scolarité à l'université matérialisent sa place de référence dans les formations paramédicales, l'ouverture des droits et services universitaires, numériques et physiques, selon les procédures et outils de droit commun des universités (cartes d'étudiants en particulier). Les instituts publics et privés demeurent autonomes et préparent les étudiants aux diplômes d'État, en partenariat avec l'université référente et dans le cadre des conventions tripartites.

Recommandation n°10 : Modifier les textes règlementaires pour préciser que les étudiants paramédicaux versent directement aux seules universités référentes les droits annuels de scolarité, fixés par arrêté annuel du ministre chargé de l'enseignement supérieur, et non plus aux instituts de formation publics et privés, à l'exclusion de toute autre contribution.

3.1.2 Habilitier les universités à délivrer en même temps diplôme d'État et grade universitaire

[139] Par ailleurs, l'universitarisation des formations, couplée à leur réingénierie, entraîne la validation semestrielle des crédits européens, au sein des commissions d'attributions de crédits, où l'université est représentée, jusqu'au semestre 6 pour les formations en trois ans ou 10 pour les formations en cinq ans. Dès lors, la valeur ajoutée actuelle des jurys finaux organisés par le préfet

⁸² Effectifs DREES 2015 hors niveau V et sages-femmes de 114 274 étudiants. Pour un impact potentiel de 50 % de 184 €, cela représente 10,5M€, avant actualisation des effectifs et affinement sur les années au niveau master qui acquitteraient 256 €. Seuls les MK (2800 étudiants pour une année) et 50 % des puéricultrices sont financés par les régions, les employeurs finançant cadres et le reste des spécialités infirmières.

de région (DRJSCS) en charge de la délivrance des diplômes d'État apparaît plus que ténue et leur intervention est jugée superflue par tous les acteurs rencontrés par la mission. Les universités peuvent être habilitées à délivrer tous les diplômes. Elles le sont automatiquement pour tous les diplômes nationaux de l'enseignement supérieur, que sont par ailleurs les diplômes d'État des professions médicales (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique) et certains diplômes d'État de professions paramédicales (audioprothèse) ou certificats de capacité d'exercice (orthophonie, orthoptie). La mission préconise donc que les textes réglementaires du code de la santé publique et du code de l'éducation soient modifiés afin que les universités délivrent, en lieu et place des DRJSCS, tous les diplômes d'État, qui deviendraient, ainsi que précisé *infra*, des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur avec le grade correspondant au niveau de formation (licence ou master selon le cas, et le nombre de crédits européens correspondants, 180 ou 300 ECTS).

[140] Cette proposition n'est pas sans conséquences sur les services formation des DRJSCS, dont l'activité de certification recouvre actuellement trois ensembles inégaux : les formations sanitaires post-bac, concernées par l'universitarisation, les formations sanitaires de niveau V, qui ne le sont pas, et les formations sociales, dont l'universitarisation vient seulement d'être engagée. Sans préjuger de l'avenir des deux autres secteurs de certification, le transfert du premier tiers, le plus important, portera à partir de l'été 2019 sur les formations les plus nombreuses, et sera achevé en cinq ans environ. Il supprime dans les DRJSCS une activité de certification initiale et de VAE associée, au moment où une autre réforme, celle des autorisations d'exercice des professionnels à diplôme européen, conduit le ministère à centraliser un guichet national, exercé par une ou deux DRJSCS des plus grandes régions. Reste à traiter la problématique des systèmes d'information et d'archivage, notamment aux fins de vérification des diplômes, entre les DRJSCS (pour le stock actuel de diplômes délivrés) et les universités (pour l'édition des diplômes dans Apogée et le traitement du flux à compter de 2019).

[141] De plus, le même système d'information des universités a pour fonction d'organiser les jurys finaux et de délivrer les diplômes. Ce transfert peut donc se faire dans les meilleures conditions et au meilleur coût, dès modification des textes réglementaires concernés. Il prendra effet à compter de la rentrée universitaire de 2018-19 pour les professions déjà réingéniées, soit lors des diplomations de l'été 2019 pour l'essentiel (IDE, ergothérapeutes, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, IADE, masseurs-kinésithérapeutes) ; quelques diplomations exceptionnelles pourraient intervenir fin 2018 (rentrées de janvier en IFSI), et au-delà de 2019 pour les professions nouvellement réingéniées.

[142] Le code de l'éducation, et les décrets et arrêtés relatifs aux différentes formations, reposent actuellement sur une distinction entre les disciplines médicales et les autres disciplines de santé, qui n'a plus lieu d'être avec l'avancement de l'universitarisation. L'article L.613-1 du code de l'éducation prévoit que les établissements d'enseignement supérieur sont habilités à délivrer au nom de l'État « les diplômes nationaux qui confèrent l'un des grades ou titres universitaires dont la liste est établie par décret après avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche ». L'article D.613-7 précise pour les professions de santé, la liste des grades ou titres universitaires conférés par les diplômes nationaux qui comprend notamment pour les disciplines de santé les orthoptistes, les orthophonistes, les audioprothésistes et les sages-femmes. Par ailleurs, l'article D. 612-32-2, pour le grade de licence, et D.612-34, pour le grade de master, précisent en principe après réingénierie, le grade conféré aux titulaires des diplômes nationaux mentionnés à

l'article D.613-7 (diplômes de santé). Les sages-femmes et les orthophonistes se voient reconnaître en application de ces dispositions le grade de master⁸³.

Recommandation n°11: Habilier les universités, en lieu et place des DRJSCS, à délivrer tous les diplômes d'État à compter de la rentrée 2018, au fur et à mesure de leur réingénierie, comme elles le font déjà pour certaines formations paramédicales.

[143] La mission propose que, désormais, l'ensemble des formations paramédicales soient explicitement citées à l'article D. 613-7 du code de l'éducation comme diplôme national de l'enseignement supérieur; ceci entraîne la délivrance du diplôme d'État par l'université conformément aux dispositions de l'article L. 613-1 du code de l'éducation: «L'arrêté d'accréditation de l'établissement emporte habilitation de ce dernier à délivrer, dans le respect du cadre national des formations, les diplômes nationaux dont la liste est annexée à l'arrêté.» L'arrêté du 22 janvier 2014 (publié au JORF du 1er février) fixe les modalités d'accréditation des établissements d'enseignement supérieur.

[144] Pour ce faire, il conviendrait, sur le modèle des audioprothésistes, des orthoptistes, des orthophonistes et des sages-femmes, de compléter la liste des diplômes nationaux de l'article D. 613-7, ainsi que celles des articles D. 612-32-2 relatif au grade de licence et D. 612-34 relatif au grade de master, pour y inclure toutes les professions de santé réingéniées. Les diplômes d'État permettant l'accès à ces professions deviendraient des diplômes nationaux conférant le grade universitaire correspondant à la durée des études (licence ou master). Les textes spécifiques aux infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ergothérapeutes et IADE (articles D. 636-69 et 69-1) pourraient être abrogés. L'article D. 636-70, qui organise la coopération entre l'université et les instituts de formation, serait également modifié pour ne pas renvoyer systématiquement à un organisme de formation extérieur à l'université (public ou privé) si l'université souhaite mettre en place directement une formation paramédicale. Les modifications du code de l'éducation et du code de la santé publique pour procéder à ce transfert sont précisées en annexe 2.

Recommandation n°12: Inscrire dans le code de l'éducation (article D.613-7) tous les diplômes d'État des professions paramédicales de niveau bac+3 et plus comme diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et prévoir la délivrance automatique du grade de licence ou master correspondant. Cette délivrance aurait lieu dans les conditions usuelles, donc soumise à évaluation externe (HCERES), et accréditation (par le MESR) des universités.

[145] La circulaire du 23 octobre 2014 de la DGESIP relative aux modalités d'élaboration et de délivrance des diplômes prévoit en annexe différents modèles de diplôme pour édition sous Apogée. Parmi les diplômes en santé, le modèle U est utilisé pour le diplôme d'État de sage-femme et certains diplômes paramédicaux exclusivement universitaires. Il ne fait apparaître que l'université qui délivre et les signatures du président d'université et du recteur. S'agissant des instituts de formation paramédicaux en convention tripartite, le modèle de diplôme devrait s'inspirer du modèle P (école d'ingénieur publique en convention avec l'université), viser la convention tripartite et faire mention de l'institut de formation (cf. annexe 12, modèle P, U et modèle proposé par la mission).

⁸³ Curieusement, les orthoptistes, de niveau bac+3, ne sont pas mentionnés à l'article D.612-32-2 comme bénéficiant du grade de licence, ainsi que les audioprothésistes, formation en 3 ans qui reste à réingénier.

3.1.3 Simplifier l'accès aux espaces numériques de travail (ENT), lien indispensable entre étudiants et formateurs permanents ou universitaires

[146] L'innovation pédagogique est facilitée par les outils numériques, largement déployés dans le monde de l'enseignement et de la formation, et partageables par des plateformes d'apprentissage en ligne ou Learning Management Systems (LMS). Chaque université dispose pour ses étudiants et personnels d'un espace numérique de travail (ENT). Chaque conseil régional s'est préoccupé depuis 2006 de mettre un ou des outils de partage de cette nature à disposition de l'ensemble des instituts de formation paramédicaux, des formateurs et des étudiants. La plupart des régions ont financé universités ou instituts à cette fin. Malheureusement à ce jour, plusieurs anciennes régions n'ont pas fixé ou concrétisé cette priorité, aucune plateforme n'est ainsi disponible dans les ex-régions Bourgogne et Champagne-Ardenne, ou avec des fonctionnalités très limitées comme en Lorraine. Cette situation est réexaminée par les nouveaux conseils régionaux issus de la réforme territoriale de début 2016.

[147] Or des solutions techniques, non spécifiques aux instituts de formation paramédicaux, existent sur l'ensemble du territoire, soit sous forme de logiciel libre, tels les espaces numériques de travail uPORTAL (projet ESUP/JASIG), les plateformes Moodle, Claroline, Dokeos, soit sous forme de prestation de service (Learneos a été retenu par plusieurs régions ou universités), pour un coût généralement estimé à 20 € par étudiant et par an dans les différentes formules.

[148] Ces solutions techniques sont compatibles entre elles. Ainsi, un conseil régional unique (Rhône-Alpes), travaillant avec trois universités (Lyon-I, Grenoble-Alpes et Saint-Etienne) a pu favoriser un accès de tous les étudiants en soins infirmiers à un contenu pédagogique unique, construits par les instituts avec les trois universités, et diffusés par trois plateformes différentes.

[149] La Croix-Rouge française dispose d'instituts dans de nombreuses régions, et d'une plateforme propre : l'institut régional de formation du Centre-Val de Loire indique ainsi avoir fédéré pour ses étudiants dans un portail unique trois plateformes : la sienne, celle financée par la région pour l'ensemble des IFSI (Learneos) et celle de l'université de Tours (qui a pour projet de faire basculer l'ensemble des IFSI de la région vers son ENT). Ces choix techniques sont donc indépendants de l'innovation et du partage pédagogiques entre universités, régions, et instituts publics ou privés.

[150] L'intérêt général comme la qualité de la formation délivrée aux étudiants, ainsi que l'intérêt particulier de chaque institut de formation, dont la formation sera à terme évaluée de façon indépendante et externe en lien avec le HCERES, commandent cependant que les mêmes outils techniques et supports pédagogiques soient ouverts et diffusés au plus grand nombre d'étudiants.

Recommandation n°13 : Les ministères pilotes doivent s'assurer avec les régions que dans chaque région au moins un ENT performant est ouvert aux étudiants et formateurs dès la rentrée 2018, en lien étroit avec les universités et leur projet national d'université numérique.

3.2 Renforcer l'innovation pédagogique interdisciplinaire, par le numérique et la simulation, mission prioritaire pour les acteurs de la formation en santé

3.2.1 Des constats encourageants, des situations contrastées

[151] Dans l'ensemble des régions visitées, les universités se sont engagées avec leurs partenaires instituts de formation pour réaliser les unités d'enseignement dont la conception et la réalisation leur revenaient.

[152] Des partenariats effectifs se sont noués, des enseignants hospitalo-universitaires, des directeurs et des formateurs d'instituts se sont mobilisés autour d'innovations exigeantes, la place et le rôle des outils numériques ont progressé.

[153] Néanmoins, force est de constater qu'une certaine hétérogénéité persiste plus de sept ans après la mise en œuvre du mouvement d'universitarisation, touchant notamment la formation la plus importante en nombre à savoir celle des infirmiers.

3.2.1.1 Des contenus revus, un partage articulé entre interventions universitaires et contenus pratiques, le développement d'outils numériques

[154] Dans l'ensemble des régions visitées, un important travail pédagogique a été mené par les acteurs de la formation, le plus souvent en lien étroit avec les conseils régionaux et les ARS, notamment le réseau des conseillers techniques et/ou pédagogiques régionaux qui ont participé aux travaux et contribué à leur qualité.

[155] Cette évolution positive s'est faite par un travail de définition préalable des besoins, une adaptation des unités d'enseignement (UE) en fonction des objectifs de la formation, l'appropriation par les formateurs des IFSI des enseignements développés par les universités ; une offre de formation nouvelle a été co-construite, sa diffusion étant facilitée par les plates formes numériques.

[156] Plusieurs exemples et situations illustrent cette évolution.

[157] Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, les acteurs ont bâti leurs réflexions et travaux en partant de la question suivante : « *qu'est-ce que le niveau licence pour les étudiants concernés [des IFSI] ?* ». Au sein des GCS IFSI de la région existe une commission pédagogique régionale avec des commissions spécialisées auxquelles ont participé les quatre universités de la nouvelle région (Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon 1, Saint-Etienne).

[158] Les UE devant être produites par les universités ont alors fait l'objet d'une conception, d'une formalisation numérique, sous forme de diaporamas et de cours en ligne et ont été mises à la suite à disposition des étudiants⁸⁴. Parallèlement, les modalités d'évaluations utiles à la progression des étudiants (questions à choix multiples – QCM – et questions à réponse ouverte courte – QROC –) ont été développées.

[159] Les universités de la région (aujourd'hui élargie à l'ex-région Auvergne) se sont partagées l'élaboration des unités d'enseignement et de leurs supports. Il est prévu que les UE soient revues

⁸⁴ Ce sont les UE contributives, de 2 à 11 (voir *infra*, à préciser).

tous les trois ans. Il y a donc eu une réingénierie progressive et globale de la formation des IDE dans une même région.

[160] L'ensemble des productions en cours, exercices et autoévaluation, est proposé dans le cadre de plates-formes numériques. Sur ces supports numériques, les étudiants peuvent trouver des cours, des exercices interactifs, des tests d'autoformation en ligne, des outils collaboratifs pour les travaux de groupe, etc.

[161] Les universités et instituts de formation en soins infirmiers des régions d'Auvergne-Rhône-Alpes, du Centre-Val de Loire, de Nouvelle Aquitaine, ou de Provence-Alpes-Côte d'Azur, ont réalisé des travaux préalables et de mise en œuvre sensiblement analogues⁸⁵.

[162] Au-delà de la mutualisation entre universités, qui fait gagner du temps et des ressources mais apparaît comme un stade avancé de coopération, la plupart des universités rencontrées ont, chacune, désigné un enseignant hospitalo-universitaire responsable d'une unité d'enseignement : il demeure indispensable d'en uniformiser l'apprentissage en lien avec les formateurs des instituts partenaires. Parfois ce travail est réalisé en binôme composé d'un hospitalo-universitaire et d'un formateur, c'est le cas en région Centre-Val de Loire.

[163] Dans toutes les régions visitées, les universités ont désigné un enseignant hospitalo-universitaire pour participer aux conseils pédagogiques de chaque institut de formation, sans difficulté particulière, même si sa présence effective peut être variable.

[164] Les critiques relatives à une faible ou insuffisante adaptation des enseignements théoriques élaborés par des enseignants hospitalo-universitaires aux besoins des étudiants en formations paramédicales, plus courtes et plus rapidement tournées vers la pratique et les soins, semblent aujourd'hui minoritaires et constituent, en quelque sorte, le solde d'une période d'apprentissage des relations entre universités et instituts de formation.

[165] Par ailleurs à l'initiative des universités, les intervenants au sein des IFSI et autres instituts conventionnés sont désormais habilités par celles-ci. L'habilitation peut être conditionnée à la possession d'un niveau master 1 ou 2, ce qui n'est pas toujours sans poser de difficulté pour les instituts de formation les plus éloignés géographiquement d'un centre territorial attractif.

[166] Une évaluation commune de tous les étudiants est désormais faite à partir des mêmes exercices. Il existe ainsi dans les régions ayant opté pour ce haut degré de partage entre universités et instituts, une harmonisation des corpus d'enseignements et une standardisation de l'évaluation, permettant de mesurer l'impact de l'enseignement, des méthodes et leur appropriation par les étudiants. Cette démarche, inspirée des formations médicales, préfigure le projet national d'université numérique en santé couvrant maïeutique et formations paramédicales.

[167] La plupart des conseils régionaux rencontrés ont indiqué être clairement informés de la contribution des universités, leurs travaux de conception des enseignements et la matérialisation de ceux-ci, y compris sous forme de DVD, étant valorisés et facturés avant paiement par les collectivités territoriales. Dans un ordre d'idées comparable, les services du conseil régional de PACA ont indiqué suivre les travaux de production mis à disposition des instituts de formation via une cartographie des réalisations.

⁸⁵ Dans la région Centre- Val de Loire, les étudiants de la Croix-Rouge disposent d'un autre outil numérique AIRE pour « Accès Internet Réseaux Étudiants » accompagnant les étudiants et stagiaires lors de leur formation. AIRE est un point d'accès unique vers les différents services de l'établissement et propose, aussi et au-delà de la formation académique et clinique, des modules liées à la vie étudiante (co-voiturage, offres d'emplois, etc.).

[168] Si un important travail pédagogique a été mené, avec production de cours et un accompagnement en TD et *e-learning*, tous les étudiants, les instituts, les universités et les régions n'ont pas travaillé avec la même célérité l'amélioration et la modernisation des enseignements.

3.2.1.2 Une hétérogénéité réelle entre régions

[169] Des niveaux d'engagement parfois disparates entre les différentes régions dans la mise en œuvre de cette démarche globale d'universitarisation ont pu être constatés. D'une part, toutes les universités ne se sont pas systématiquement rapprochées au sein d'un même territoire régional pour coopérer et partager les efforts de réingénierie. D'autre part, les universités, qui y consacrent des moyens significatifs, peuvent proposer des mises en ligne séparées et distinctes ; leurs travaux ne s'adressent alors qu'aux étudiants des instituts avec lesquels elles ont contracté.

[170] Ainsi dans la région Grand Est, des travaux, fortement poussés par la région, sont en cours pour que les facultés de médecine de Reims, Nancy et Strasbourg produisent les cours et les supports qui seront mis à la disposition, dans le cadre d'une même approche pédagogique sur un espace numérique de travail accessible à tous les étudiants et enseignants des IFSI.

[171] Dans la région Occitanie, le conseil régional a financé une plate-forme numérique, réalisée à partir de la mutualisation de celles mises en place par le CHU de Toulouse et la Croix-Rouge française, et ce sont les IFSI qui assurent la production des supports auxquels les étudiants peuvent accéder. L'université Toulouse 3 Paul Sabatier⁸⁶, qui dispose de sa propre plate-forme numérique, n'y participe pas. Cette situation laisse présumer une situation de coopération encore non optimale.

[172] En Ile-de-France les sept facultés de santé impliquées dans la formation des IDE, qui ont toutes créé un département universitaire de sciences infirmières (DUSI), produisent chacune de leur côté des supports, et disposent chacune de leur espace numérique de travail. Bien que la conférence des doyens de médecine d'Ile-de-France se réunisse mensuellement avec l'ARS et le conseil régional, pour évoquer notamment les formations paramédicales, une coordination plus poussée ferait gagner temps et ressources à tous les acteurs.

[173] Dans les différents cas, plusieurs années après le lancement d'un mouvement visant à harmoniser les enseignements et les pratiques, à créer des synergies entre instituts et universités dans un cadre soutenu par les conseils régionaux, force est de constater, pour reprendre un propos tenu par un doyen de faculté de médecine, que « *si tous sont dans le chemin, tous ne sont pas au même niveau dans le chemin* ».

Recommandation n°14 : Soutenir l'innovation pédagogique et la qualité des formations en mutualisant les ressources et en réduisant les hétérogénéités entre régions et au sein de chacune d'entre elles par un pilotage fort État-régions, s'inscrivant dans la plateforme signée le 27 juin 2016 « État-régions : Ensemble pour la santé » et coordonnant les acteurs, universités et instituts de formation, y compris entre régions.

⁸⁶ L'université TOULOUSE 3 Paul Sabatier compte cinq domaines de formation et de recherche (santé, sciences, sport, ingénierie, technologies).

3.2.2 Conforter la place et le rôle du numérique (et mutualiser à l'occasion les productions), développer la simulation, assurer la formation des formateurs, développer l'évaluation par les étudiants

[174] A l'évidence, le système de formation des soignants paramédicaux peut d'ores et déjà compter sur des expériences, des outils, des formateurs, des chercheurs et des développeurs de qualité. Il peut s'appuyer aussi sur la motivation des acteurs et la disponibilité d'informations et de supports existants.

[175] A titre d'exemples, les deux types d'outils que sont le numérique et la simulation méritent une attention particulière à la fois parce qu'ils sont déjà utilisés, jugés pertinents et efficaces et qu'ils sont porteurs d'opportunités nouvelles.

[176] Par ailleurs la formation des formateurs et l'évaluation par les étudiants deviennent des enjeux et des priorités.

3.2.2.1 Conforter la place et le rôle du numérique et consolider les réseaux d'enseignants et de formateurs

[177] Pour la formation à distance, la question des plates-formes numériques permettant de partager les enseignements, les expériences, les innovations est cruciale. Le constat fait par l'ensemble des personnes rencontrées par la mission est que le rendement pédagogique d'un cours professé et appris par cœur était *in fine* assez faible dans l'apprentissage. Le recours à l'outil numérique supposant une appropriation plus grande et un travail plus personnel des étudiants est plus productif ; il se traduit, il est vrai, par la nécessité de développer l'accompagnement des étudiants avec des modules et des questions en ligne mais aussi un travail personnalisé et un réel tutorat⁸⁷.

[178] Doivent être évoqués ici les enjeux importants du projet SIDES⁸⁸ et de l'Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport (UNF3S)⁸⁹.

[179] SIDES (système informatique distribué d'évaluation en santé) a permis à la conférence des doyens de médecine de développer pour l'ensemble des facultés d'importants outils pédagogiques. Il est déjà utilisé partout pour la formation, l'entraînement et l'évaluation pour les différents cycles des études médicales⁹⁰. Il peut, à l'évidence, être étendu à la maïeutique et aux formations paramédicales.

⁸⁷ Ainsi, la réalisation de cours filmés et non chapitrés, ne permettant pas un échange avec les enseignants et un travail personnel, a souvent été donnée à la mission comme l'exemple de production réalisée par l'université sans réel intérêt pédagogique pour les étudiants des instituts de formation.

⁸⁸ <http://side-sante.org/>

⁸⁹ Créée en 2003 pour la médecine sous le nom de l'UMVF (Université médicale virtuelle francophone), ce groupement d'intérêt public (GIP) est devenu UNF3S en intégrant les disciplines de pharmacie, d'odontologie et des sciences du sport. Il existe sept universités numériques thématiques de l'enseignement supérieur. Son positionnement dans la formation continue a été souligné par le rapport « Les universités thématiques classiques », Rapport IGAENR n°2016-032, 2016. Le GIP doit évoluer au 1^{er} janvier 2018 en Université numérique en santé.

⁹⁰ D'ores et déjà une coordination en matière de formation par la numérique a été mise en place entre plusieurs collègues enseignants de médecine avec l'idée d'améliorer la qualité pédagogique en direction des internes. Cette coordination a établi des référentiels de 2^{ème} et 3^{ème} cycles.

[180] L'UNF3S, sur la base des acquis de SIDES, et dans le prolongement des recommandations faites par l'IGAENR dans son rapport sur les universités thématiques numériques⁹¹, s'inscrit dans une politique nationale rénovée. Sa transformation en université numérique en santé (UNES) est en cours et devrait aboutir au 1er janvier 2018. L'UNES a pour ambition de proposer à l'ensemble des instituts de formation paramédicaux les contenus pédagogiques régionaux élaborés avec les universités, aux fins de mise à disposition d'une offre complète de formation numérique et d'évaluation sur tablettes. L'effet de levier créé par une mutualisation des ressources existantes et à produire au plan national serait de nature à élargir l'offre de ressources numériques ou à la spécialiser en fonction des besoins constatés et des moyens disponibles dans l'ensemble des régions.

[181] Il convient, ici, de noter que des différences existent ou peuvent persister entre instituts de formation. En effet, les ressources disponibles ne sont pas toujours les mêmes ou de même niveau ; ne serait-ce qu'en matière d'accès à internet, il peut exister à certains endroits des zones plus ou moins bien desservies. Une attention particulière devra donc être portée à améliorer la qualité de connexion et l'accès en ligne aux supports et fonctions décrites *supra*.

[182] S'il existe un engagement réel des instituts de formation, des universités, et des régions en matière de transition numérique des enseignements et de la formation, il est parfois difficile d'avoir une vision d'ensemble et dynamique des mesures les plus efficaces. Il conviendrait au regard des outils déjà développés et des pratiques adoptées, que l'ensemble des acteurs puisse identifier les mesures les plus réussies en en partageant le bénéfice. Actuellement, la capitalisation des informations et les échanges sur ces sujets se font par les réseaux professionnels, et ce, de façon trop ponctuelle ou partielle. Il serait opportun que les acteurs concernés puissent y accéder et partager les bonnes pratiques, par l'utilisation et la valorisation d'une plate-forme de ressources (par exemple à partir de SIDES).

[183] En tout état de cause, les universités et les instituts de formation doivent continuer à mutualiser le travail d'élaboration, de production et de mise en ligne des unités d'enseignement théorique dans des espaces de travail numérique partagés. L'actualisation et l'adaptation des enseignements doivent être des priorités constantes. Spécialisation et coopération doivent permettre d'alléger les coûts globaux et de diminuer la charge supportée par chacune des universités prise individuellement.

Recommandation n°15 : Les ministères pilotes et les régions doivent soutenir le projet d'université numérique en santé, afin d'accélérer et faciliter l'innovation pédagogique, par le numérique et la simulation, dans toutes les régions.

3.2.2.2 Développer la simulation

[184] La simulation⁹² et l'ensemble des situations simulées constituent des opportunités pour la formation initiale ou le développement professionnel, plusieurs travaux de recherche et rapports de missions officielles l'ayant souligné⁹³. Ils complètent l'offre des outils proposés aux apprenants.

⁹¹ Rapport IGAENR n°2016-032, Mai 2016 -⁹¹ « Les universités thématiques classiques », Rapport IGAENR n°2016-032, 2016.

⁹² Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. », voir http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante

[185] Leurs recours comporte des avantages multiples ; ils permettent à différentes catégories de personnels soignants de travailler ensemble⁹⁴, d'acquérir pour chacun des participants des comportements techniques et/ou relationnels adaptés et pertinents, de détecter les fragilités et insuffisances sans rechercher une responsabilité individuelle *a posteriori*, et d'y remédier.

[186] Aujourd'hui existent des simulateurs synthétiques et électroniques, des mannequins informatisés dits « haute-fidélité » (mannequins complets, électroniquement adaptés) ou encore des simulateurs en réalité virtuelle. Cette simulation en haute-fidélité, qui habitue à faire face, en partant de compétences techniques et scientifiques, à des situations recréées autorise des apprentissages adaptatifs ainsi qu'un travail personnel sur des compétences techniques et non techniques. Elle offre aux soignants la possibilité de connaître une diversité de situations peu courantes ou complexes⁹⁵ sans la prise de risque inévitable que peut représenter pour des patients d'être pris en charge, au moins pour partie, par des élèves en cours de formation. Elle leur permet d'évaluer leurs acquis et d'expérimenter de nouveaux matériels.

[187] Si tous les instituts de formation en soins infirmiers ne disposent pas de l'ensemble des matériels les plus sophistiqués, et n'en auraient d'ailleurs pas l'utilisation optimale, l'ensemble des formateurs et des étudiants doit pouvoir y accéder en fonction de la progression de leurs études, de leurs besoins constatés par les formateurs et de leur progression évaluée dans les pratiques cliniques. Il est désormais admis et constaté que tous les instituts sont équipés de matériels de mannequins et matériels courants, ou peuvent et doivent l'être rapidement.

[188] La mission a conscience de la question du coût par étudiant, couplée à celle des moments d'accès, en lien avec les périodes de stages, pendant lesquelles le recours à ces techniques apparaît plus opportun, et enfin d'un taux d'encadrement parfois insuffisant pour une utilisation optimale.

[189] La collaboration et la mutualisation au sein des GCS IFSI, des GHT, et des commissions pédagogiques régionales, en lien avec les facultés de médecine et les universités, avec l'appui des conseils régionaux et des ARS, doivent viser le développement de l'offre de formation par simulation, la gradation des usages par niveau et la progression de tous tout au long des études. Dans le même ordre d'idées, une mutualisation de matériels mobiles partagés dans leur utilisation par les IFSI les plus éloignés des établissements hospitaliers (grands CH et CHR-U), généralement mieux équipés, constitue une réponse territoriale adaptée. Elle répond à l'éloignement et au bon usage d'équipements de haute qualité, dont le coût d'achat et de fonctionnement est mieux réparti.

[190] Par ailleurs et comme cela est mentionné *infra*, le possible développement à terme de postes d'enseignants de formations paramédicales maintenant une pratique en établissement de santé pourrait constituer une partie de la réponse aux besoins d'encadrants spécialisés et disponibles.

⁹³ Voir en ce sens, Rapport de mission « État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, dans le cadre du développement professionnel continue et de la prévention des risques associés aux soins », Professeur Jean-Claude Granry et le Docteur Marie-Christine Moll, HAS, 2012 ou encore « Simulation en pédagogie médicale: état des lieux », R. Betz, A. Ghuysen, V. D'Orio - Revue médicale de Liège, 2014 - orbi.ulg.ac.be

⁹⁴ La Grande Conférence de Santé (Février 2016), avait rappelé la nécessité que les jeunes en formations médicale et paramédicales se rencontrent tôt dans les études et se connaissent. La période des stages infirmiers des étudiants en médecine constitue une opportunité pour eux de voir des infirmiers ou des étudiants en pharmacie, le développement d'unités d'enseignement communes ; la réalisation de travaux pratiques ou encore des activités de simulation peuvent aussi être l'occasion de partager des compétences à acquérir.

⁹⁵ Ainsi les simulateurs haute fidélité permettent de reconstituer un arrêt cardio-respiratoire ou encore une hémorragie intra-utérine consécutive à un accouchement, situations critiques difficilement observables par les étudiants lors de leur stage *in situ*.

Recommandation n°16 : Poursuivre la mutualisation entre formations médicales et paramédicales des centres de simulation développés par les universités et soutenus par l'État (ARS et rectorats) et les régions.

3.2.2.3 Assurer la formation des formateurs, développer l'évaluation par les étudiants

[191] Le recours au numérique modifie pour partie la place et le rôle des formateurs qui deviennent davantage accompagnateurs et médiateurs : ils doivent s'assurer de la bonne appropriation des connaissances, apporter les informations complémentaires utiles, donner des repères pour les recherches personnelles, réaliser des contenus mobilisables par les étudiants etc. Dans ces conditions, la formation des formateurs est et sera demain encore un enjeu et devra être accompagnée et suivie dans cette perspective⁹⁶.

[192] L'évaluation des enseignants et des formateurs par les étudiants sont aussi des points d'appui et d'amélioration de la pédagogie, et s'inscrit dans l'évaluation des établissements et des formations, qui sera évoquée en partie 4.

[193] Ces changements ne se feront qu'à terme et nécessitent des compétences adaptées. A ce titre, le recours mutualisé au niveau d'une région et ou d'un ensemble d'universités et d'instituts de formations à des ingénieurs pédagogiques, parfois engagé, doit être développé.

3.3 Achever d'ici la rentrée 2018 la réingénierie des formations paramédicales et leur inscription dans le schéma licence-master-doctorat (LMD)

3.3.1 Les formations réingéniées au niveau bac +3 doivent mener à des diplômes d'État qui soient des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et conférer le grade de licence

[194] Le rapport préconise *supra* qu'à la faveur de leur réingénierie, toutes les formations paramédicales, d'une part, conduisent à des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et que, d'autre part, l'obtention du diplôme d'État, dès lors qu'il se traduit par l'acquisition de 180 ou 300 ECTS⁹⁷ confère automatiquement le grade de licence ou de master.

[195] Aussi la mission propose que, comme c'est déjà le cas pour les diplômes d'IDE et de manipulateur d'électroradiologie médicale (DE et DTS), les titulaires des autres diplômes de niveau bac+3 (orthoptiste et pédicure-podologue et, après réingénierie, audioprothésiste), qui deviendraient des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur, se voient également conférer le grade de licence. L'oubli actuel des deux premières professions ne reçoit pas d'explication, si ce n'est la complétude des conventions tripartites pour les pédicures-podologues.

⁹⁶ L'annexe 10 offre une perspective sur le statut des formateurs dans quelques pays européens.

⁹⁷ *European credit transfert and accumulation system*, système européen de crédits visant à faciliter la mobilité des étudiants entre différents pays. Étant donné que ces crédits reposent sur les résultats d'apprentissage et la charge de travail d'une formation, un étudiant peut les transférer d'une université à l'autre, afin qu'ils s'ajoutent à son programme individuel d'études ou de formation. Une année universitaire correspond en principe à 60 ECTS.

3.3.2 Les formations réingéniées au niveau bac+5 doivent également mener à des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et conférer le grade de master, reconnaissance de l'initiation à la recherche incluse dans ces formations

[196] De même, les diplômes de niveau bac+5, qui sont officiellement crédités de 300 ECTS, tels celui de kinésithérapeute compte tenu du recrutement intégral par une première année universitaire, doivent, comme c'est le cas pour la formation d'orthophoniste et la spécialité d'IADE, conférer le grade de master.

[197] Le diplôme d'ergothérapeute, déjà réingénié, et celui de psychomotricien, actuellement de niveau bac+3, sont principalement recrutés par concours. La mission préconise de remplacer le mode d'accès par concours par une première année universitaire (cf. *supra*) comme c'est déjà le cas pour une partie des étudiants de ces formations⁹⁸.

[198] La mission propose par ailleurs, pour les deux formations de psychomotriciens et d'ergothérapeutes, de généraliser l'accès universitaire en créant à côté du recrutement PACES/STAPS/SVT qui peut subsister, une année universitaire de rééducation accessible avec sélection par APB⁹⁹ (contrairement à la PACES qui n'est pas contingentée), et d'intégrer cette première année universitaire dans la durée de la formation. Ces formations deviendraient ainsi des diplômes de niveau bac+4. Toutefois, selon de nombreuses personnes rencontrées par la mission, la réingénierie de ces formations devrait conduire à allonger la durée des études d'une année, ce qui en ferait des formations de niveau bac+5, éligibles au grade de master.

[199] La formation d'ergothérapeute ayant déjà été réingéniée en 2010, cette évolution peut apparaître moins prioritaire que celle des formations encore à réingénier, mais elle s'inscrit dans l'évolution régulière des formations. Il en va de même pour la formation d'orthophoniste, dont la première promotion réingéniée sortira à l'été 2018, mais la lourdeur du cursus appelle ajustement selon les formateurs universitaires rencontrés, ce qui pourrait aussi être l'occasion de décomposer le parcours universitaire en une année universitaire partiellement différenciée (rééducation au sens ici proposé), première d'un cycle de formation générale reconnu au niveau licence, et deux années supplémentaires déjà reconnues au grade de master.

Recommandation n°17 : Réingénier le diplôme d'État de psychomotricien sur une durée de 1 an + 2 ans + 2 ans reconnue au grade de master, avec une première année universitaire généralisée, PACES/STAPS/SVT ou nouvelle année accessible par APB avec sélection, et 4 ans en institut public ou privé. Généraliser également à terme cette nouvelle année accessible par APB et ce schéma pour les ergothérapeutes et les orthophonistes.

[200] La formation de puéricultrice à réingénier, actuellement en un an et de niveau bac+4, devrait également, de l'avis de toutes les personnes entendues par la mission, être allongée d'une

⁹⁸ Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé du 27 avril 2012 déroge « à titre expérimental » au principe du concours et autorise un recrutement par PACES/STAPS/SVT, organisé par convention entre l'université et l'institut. La part de chaque filière de formation recrutée par cette année universitaire est variable, nationalement et localement, où elle peut être totale, partielle ou nulle. Le taux national peut être estimé à 30 % pour les ergothérapeutes et 15 % pour les psychomotriciens.

⁹⁹ Cette première année serait celle du diplôme de formation générale en sciences de la rééducation qui serait créé et conférerait le grade de licence sur le modèle de ce qui existe déjà pour les professions médicales.

année¹⁰⁰, ce qui en ferait, comme la formation d'IADE et celle en cours de réingénierie d'IBODE, une formation de niveau bac+5 dont le diplôme confèrera le grade master.

Recommandation n°18: Réingénier les deux dernières spécialités infirmières (puéricultrices et IBODE) en 2 ans (comme les IADE) et les reconnaître au grade de master.

[201] Cette réingénierie permettrait en outre de développer les approches interdisciplinaires nombreuses entre ces formations (bloc opératoire, hygiène, éthique, recherche, etc.)

[202] Contrepartie de la reconnaissance du grade de master, la partie de la formation relevant de l'université doit valider une initiation à la recherche. Aussi conviendra-t-il, à la faveur de la réingénierie des formations concernées (IBODE, puéricultrice, psychomotriciens et à terme ergothérapeute), de s'assurer de l'introduction dans la formation d'une initiation à la recherche sur le modèle de la formation des IADE.

[203] Il faudra également examiner si la formation qui vient d'être réingénierée de masseur-kinésithérapeute ainsi que celle d'orthophoniste, comportent une initiation à la recherche permettant de conférer aux étudiants diplômés le grade de master, inscrivant le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute comme le CCA d'orthophoniste parmi les diplômes nationaux de l'enseignement supérieur. L'ensemble des formations initiales ou des spécialités reconnues au grade de master (et de licence pour le cycle de formation générale) doivent permettre, comme pour les formations médicales (maïeutique comprise), aux étudiants motivés et dans des proportions à déterminer, de capitaliser les unités d'enseignement, stages et mémoire recherche, pour effectuer un cursus universitaire reconnu au moins de niveau M1 recherche, parallèlement au diplôme d'État.

[204] Les formations universitaires en pratique avancée, dont le cadre a été ouvert par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016, sont encore en gestation ou en expérimentation, notamment en Ile-de-France, et n'ont donc pu être étudiées dans le cadre de la mission. Elles ont vocation à s'adresser à une faible fraction des professionnels formés¹⁰¹, mais rejoindront par leur caractère universitaire, de façon complémentaire les perspectives posées par l'ancrage universitaire des formations paramédicales. Celui-ci se concrétise déjà par un nombre croissant de départements universitaires paramédicaux, de rééducation, ou en sciences infirmières, créés au sein d'UFR de santé, dépassant les seules formations médicales.

3.3.3 La formation au management des cadres de santé doit être généralisée avec une année de M2 couplée à une mise en situation professionnelle permettant de valider le M1 au titre des acquis de l'expérience (VAE)

[205] La formation des cadres de santé est organisée par deux textes anciens mais fondateurs, un décret et un arrêté du 18 août 1995. Ce dernier prévoit notamment, en son article 23, la possibilité « pour les organismes gestionnaires des instituts de formation des cadres de santé [...] [d'établir], par convention, un partenariat avec les universités [...] [permettant] la prise en compte de modules du diplôme de cadre de santé dans le cadre de la licence des sciences de l'éducation et de la licence des sciences sanitaires et sociales, et de modules de la licence des sciences de

¹⁰⁰ L'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'État de puéricultrice et au fonctionnement des écoles est, selon toutes les personnes rencontrées, devenu très largement obsolète. Il n'a notamment toujours pas été modifié pour tenir compte des nouvelles modalités de la formation des infirmiers qui en constitue le premier cycle.

¹⁰¹ Le rapport d'évaluation du projet de Préfiguration d'infirmiers cliniciens spécialisés (PreFICS) par l'ARS Ile de France recense ainsi début 2016 et sur 3 ans (2013-15) une vingtaine de professionnels ayant mené un parcours universitaire jusqu'au niveau M2.

l'éducation et de la licence des sciences sanitaires et sociales dans le cadre du diplôme de cadre de santé ».

[206] Depuis deux décennies ces partenariats universitaires ont complètement évolué, du niveau initial de licence, à un niveau de master en management ou pédagogie. Dans les faits, selon le bilan dressé par le CEFIEC¹⁰² et figurant en annexe 3, les quarante instituts de formation des cadres de santé (IFCS) ont tous, sauf exception, utilisé cette possibilité de convention. Ils permettent ainsi à leurs étudiants, en même temps que la formation en un an de cadre de santé, de suivre un cursus universitaire d'un an, le plus souvent en management, et de valider une année de master. Dans deux tiers des cas, cette année mène au niveau M1 ; dans un tiers des cas, par le jeu de la VAE, elle conduit à un M2 complet, avec acquisition du diplôme de master. En effet, le concours d'entrée en IFCS est ouvert aux professionnels paramédicaux avec cinq ans d'expérience professionnelle ; quasi-systématiquement désormais, les établissements publics ou privés mettent en situation professionnelle de cadre de santé (en faisant fonction) pendant au moins un an leurs futurs cadres. Ceci permet aux professionnels, avec un soutien et un accompagnement personnalisés, de conforter leur projet et de valoriser par la VAE l'expérience professionnelle acquise. La quinzaine d'IFCS qui a construit un partenariat en M2 procède ainsi, et ce serait une condition de généralisation, le mouvement étant par ailleurs engagé dans les autres instituts. La condition de recevabilité pour une VAE était de trois ans d'expérience professionnelle « en lien avec la certification visée » et est passée à un an depuis la loi 2016-1088 du 8 août 2016.

[207] Pour la mission, dans la mesure où le financement de la formation par les établissements de santé rend inenvisageable de porter la durée de la formation des cadres de santé à deux années, le modèle qui lui paraît le plus pertinent est celui qui autorise l'obtention du diplôme de master.

[208] Ces conventions reposent sur une VAE par l'université. Cette dernière autorise l'inscription directement en M2 des personnels paramédicaux qui, après une première sélection par l'employeur, ont durant au moins une année, fait fonction de cadre de santé.

[209] Il conviendra en conséquence, lors de la réingénierie de la formation de cadre de santé, de prévoir qu'à l'issue de la procédure de sélection actuellement prévue aux articles 6 et suivants de l'arrêté du 18 août 1995, les futurs cadres de santé devront effectuer une année en qualité de faisant fonction, cette année pouvant, par convention avec l'université et, le cas échéant, moyennant le suivi de quelques modules universitaires, être prise en compte au titre de la VAE pour leur permettre d'accéder directement à la seconde année de master.

[210] Par ailleurs, selon les données DREES, la différence entre inscrits en IFCS et présentés ou reçus au diplôme semble élevée, entre 15 et 20% selon les années, et appelle vigilance sur la motivation professionnelle et l'accompagnement du projet de cadre. Enfin, le nombre d'IFCS demeure élevé, une trentaine d'IFCS hospitaliers et cinq IFCS privés dont quatre Croix-Rouge française. Compte tenu des partenariats universitaires développés, des mutualisations sont encore possibles, sur le modèle des regroupements ou fusions récentes (Bordeaux, Lyon, Nancy).

[211] La réingénierie du diplôme de cadre de santé conduit par ailleurs à trouver des évolutions cohérentes pour l'accès au grade de cadre supérieur de santé paramédical (concours sur titres) et la formation d'adaptation à l'emploi qui pourrait l'accompagner, ainsi que pour l'accès au corps de directeurs des soins, qui a fait l'objet de propositions récentes qu'il serait pertinent de mettre en

¹⁰² Le comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) a formulé par ailleurs 11 propositions sur l'intégration des formations en santé à l'université (voir leur site) à l'intention des candidats à l'élection présidentielle, et a communiqué à la mission une utile enquête sur les ENT des IFSI.

œuvre rapidement¹⁰³. Il a été notamment proposé de ramener de cinq à trois ans d'exercice des fonctions de cadre de santé paramédical la durée nécessaire pour présenter le concours de directeurs de soins, donnant accès à la formation d'un an à l'EHESP, dont les modalités devraient être renouvelées pour mieux tenir compte des parcours universitaires et des projets professionnels.

Recommandation n°19 : Réingénier le diplôme de cadre de santé en maintenant sa durée à un an de formation, précédée d'une mise en situation professionnelle de cadre de santé d'au moins un an, avec sélection remplaçant l'actuel concours, couplée à un parcours universitaire de master de management en santé, une première année validée par VAE et 60 ECTS pour la seconde année, conduisant à un diplôme de master. Renover en cohérence les conditions et modalités d'accès au grade de cadre supérieur de santé paramédical et au corps de directeur des soins.

3.4 Favoriser les parcours recherche des professionnels paramédicaux et de la maïeutique et créer à cette fin des corps bi-appartenants pour maintenir le lien indispensable entre formation-recherche et exercice clinique

3.4.1 La possibilité de poursuite des études en doctorat doit être ouverte aux titulaires d'un diplôme de master

[212] Les formations paramédicales de niveau bac+5, même si elles comportent nécessairement une part d'initiation à la recherche permettant de valider un grade de master, sont avant tout des formations professionnalisantes et, en pratique, peu d'étudiants souhaitent poursuivre leurs études au-delà du diplôme d'État.

[213] Pour autant, les étudiants qui le désirent doivent pouvoir s'inscrire en école doctorale. Si, en théorie, ils peuvent postuler, la simple initiation à la recherche dont ils ont bénéficié lors de leurs études rend la probabilité de voir leur candidature retenue assez largement théorique.

[214] Afin de fluidifier le parcours des étudiants des formations paramédicales qui seraient motivés pour poursuivre leurs études en doctorat¹⁰⁴, la mission, après discussion avec les personnes qu'elle a rencontrées, notamment la conférence des doyens de médecine, préconise que les universités permettent à ces étudiants de suivre des unités d'enseignement (UE) spécifiques à la recherche. Ces UE, qui seraient optionnelles, permettraient aux étudiants qui les auront validées, d'obtenir non pas le grade mais un diplôme de master avec, point essentiel, la possibilité de pouvoir s'inscrire dans une école doctorale.

[215] De cette manière, les formations paramédicales pourront s'inscrire pleinement dans un parcours LMD sans perdre leur caractère professionnalisant, ni ignorer la recherche.

Recommandation n°20 : Favoriser pour une fraction variable des étudiants paramédicaux en formation initiale ou de spécialité les parcours universitaires de recherche (M1 ou M2), avec validation du M1 pendant le diplôme d'État, comme pour les formations médicales.

¹⁰³ « Directeurs des soins : si on y croyait ? » AFDS-EHESP-FHF 2016.

¹⁰⁴ S'il est difficile d'estimer le nombre d'étudiants des formations paramédicales de niveau bac+5 intéressés par une poursuite d'études en doctorat, il est possible de considérer qu'il ne devrait guère être supérieur à celui observé dans les professions médicales où il s'élève à 0,6 % pour le doctorat d'université et moins de 0,06 % pour l'habilitation à diriger des recherches. (Source : Note d'information ESR n°6 – août 2015 – *Les étudiants inscrits dans les universités françaises en 2014-2015*)

3.4.2 Les nécessaires perspectives de bi-appartenance et d'accès aux écoles doctorales

[216] Certains professionnels paramédicaux ou en maïeutique ont aujourd'hui un doctorat d'État. Leur nombre est estimé par les instances professionnelles à 150 parmi les masseurs-kinésithérapeutes et 50 en maïeutique. La proportion est plus faible chez les infirmières. Il s'agit toutefois de parcours atypiques, qui peinent à être soutenus et reconnus, et qui n'ont parfois d'autre choix que la reconversion, le cas échéant à l'étranger. Par défaut, ils s'inscrivent de surcroît dans le cadre d'écoles doctorales existantes : neurosciences, sciences de l'éducation, santé publique, etc. Un petit nombre de ces professionnels, qualifiés par le conseil national des universités (CNU), sont aujourd'hui maîtres de conférences dans des composantes de santé des universités, où ils sont soit affectés dans des disciplines déjà universitarisées (sciences du mouvement, santé publique, orthophonie ou orthoptie, maïeutique), soit en charge des formations paramédicales conventionnées avec l'université.

[217] Dans la mesure où ces personnels universitaires sont mono-appartenants, ils ne peuvent exercer en parallèle la profession pour laquelle ils ont été formés. En outre, les parcours doctoraux existants les ont souvent contraints à s'éloigner de leur profession d'origine. Il en est de même des formateurs permanents des instituts paramédicaux, dont la fonction, comme le statut de cadre de santé paramédical, conduit le plus souvent à cesser tout exercice clinique ou médico-technique.

[218] Pour de nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission, en particulier la conférence des doyens, cette situation n'est pas satisfaisante. La réussite de l'universitarisation implique à terme que l'université, à l'image de ce qui existe dans d'autres pays, se dote d'une recherche propre en maïeutique, soins infirmiers, rééducation, avec des professionnels et des parcours conciliant exercice clinique, ouvert sur l'ambulatoire et les territoires, avec formation et recherche.

[219] L'ensemble des acteurs rencontrés appelle donc de ses vœux, pour ces disciplines et professionnels, une perspective comparable à celles offertes aux médecins, odontologistes et pharmaciens, après une sélection exigeante sur critères universitaires, et couvrant depuis la loi de 2008 la médecine générale¹⁰⁵. Pour des effectifs réduits, avec des exigences identiques, les professionnels de la maïeutique et des sciences infirmières, de rééducation et médico-techniques formés à la recherche doivent pouvoir accéder à des corps bi-appartenants, condition nécessaire pour concilier temps de formation et recherche, et temps d'exercice clinique, le cas échéant ambulatoire ou en centre hospitalier. Par extension du cadre temporaire ou titulaire des corps bi-appartenants de médecine, odontologie et pharmacie, ces corps bi-appartenants auraient des grilles indiciaires de la fonction publique de l'État identiques à celles des médecins (assistants, maîtres de conférences et professeurs), avec les mêmes critères d'accès, et des grilles d'émoluments hospitaliers à définir. L'employeur principal est l'université, financée par le budget annexe formation paramédicale/conseil régional, l'employeur secondaire est l'établissement hospitalier bénéficiaire du temps clinique. Comme pour les médecins, pharmaciens et odontologues, les sages-femmes et paramédicaux pourraient ainsi partager leur temps et leur exercice entre soins et

¹⁰⁵ L'article L952-23-1 du code de l'éducation, créé par la loi 2008-112 du 8 février 2008, est la base légale du statut des enseignants-chercheurs de médecine générale, défini par le décret 2008-744 du 28 juillet 2008. « Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale. Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire. Pour leur activité d'enseignement et de recherche, ils sont soumis à la juridiction disciplinaire mentionnée à l'article L. 952-22 Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application de la présente section, et notamment le statut des personnels enseignants de médecine générale, les conditions de leur recrutement et d'exercice de leurs fonctions ainsi que les mesures transitoires et les conditions dans lesquelles les enseignants associés de médecine générale peuvent être recrutés ou demander à être intégrés dans les nouveaux corps. »

formation ou recherche, le financement régional couvrant comme actuellement la formation initiale et le temps de directeur ou formateur permanent qui y est consacré, d'autres financements intervenant pour les soins, la formation continue, et la recherche, notamment clinique.

Recommandation n°21 : Engager sans délai la réflexion en vue de créer pour la maïeutique et les sciences infirmières, la rééducation et les disciplines médico-techniques des corps bi-appartenants (maîtres de conférences et professeurs des universités), sur le modèle de la loi de 2008 pour la médecine générale, et élargir le CNU à ces disciplines de santé.

[220] Le « CNU santé », régi par le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au *Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques* est actuellement l'instance compétente pour avis concernant le recrutement et le suivi des carrières des professeurs des universités et maîtres de conférences des universités bi-appartenants de ces disciplines. De même, ce CNU-santé serait effectivement élargi par décret aux disciplines de maïeutique, de sciences infirmières, de rééducation et médico-techniques.

[221] Seraient ainsi créées de nouvelles sections et sous-sections du CNU-santé, correspondant à la maïeutique, d'une part, et aux sciences infirmières, à la rééducation et aux disciplines médico-techniques, d'autre part, permettant de qualifier ces nouveaux maîtres de conférences et professeurs des universités bi-appartenants.

[222] Les écoles doctorales, définies par l'arrêté du 7 août 2006 relatif à la formation doctorale, avec à leur tête un directeur habilité à diriger des recherches, sont accréditées par le MESR et évaluées par le HCERES. Elles « organisent la formation des docteurs et les préparent à leur insertion professionnelle. Elles apportent aux doctorants une culture pluridisciplinaire dans le cadre d'un projet scientifique cohérent. Elles concourent à la mise en cohérence et à la visibilité internationale de l'offre de formation doctorale des établissements ainsi qu'à la structuration des sites ». Elles « rassemblent des unités et des équipes de recherche reconnues après une évaluation nationale ». Les parcours doctoraux des professionnels de maïeutique ou paramédicaux se sont inscrits jusqu'à présent, non sans difficultés, dans les écoles doctorales existantes, et ne pourront se développer sans la création des corps bi-appartenants pour ces deux disciplines non reconnues à ce niveau. Il est prématuré de se prononcer sur la création d'écoles doctorales qui leur soient spécifiques, étape de développement qui dépendra des parcours de recherche des professionnels actuels et futurs, des politiques de sites et des projets scientifiques. La visibilité et le soutien de ces projets passent en tous cas désormais par l'ouverture de perspectives de bi-appartenance à ces professionnels.

[223] Leur financement n'apparaît pas problématique, à l'échelle des enjeux de l'universitarisation et du système de santé. Des effectifs de quelques centaines de professionnels accédant à ces nouveaux corps bi-appartenants supposent comme en matière de médecine générale, des créations de postes qui ont vocation à s'inscrire, d'une part, dans l'appareil de formation en maïeutique et paramédical, désormais universitarisé mais financé par les régions dans le cadre de la loi de 2004, et, d'autre part, dans l'exercice clinique hospitalier ou ambulatoire avec un développement attendu de l'expertise et de la recherche clinique.

3.4.3 « Universitariser » l'agrément des directeurs d'instituts de formation paramédicaux

[224] Cette perspective fonde également un complet changement de paradigme dans les critères d'agrément des directeurs d'instituts de formation par les conseils régionaux, et de leurs équipes pédagogiques. Ces critères très anciens, cohérents jusqu'ici avec la formation des cadres de santé et leurs textes statutaires, ont été repris dans un arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux conditions d'autorisation des instituts de formation paramédicaux. Pour être agréés, les directeurs d'instituts doivent être titulaires d'un titre permettant l'exercice d'une profession paramédicale et du diplôme de cadre de santé, et « justifier d'une expérience en management et/ou pédagogie appréciée par un curriculum vitae, titres et travaux ». Il est « recommandé » qu'il dispose d' « un titre universitaire de niveau II dans les domaines de la pédagogie ou de la santé », soit la licence, l'arrêté prévoyant un délai de quatre ans pour se mettre en conformité. Les conditions pour être formateur permanent sont celles du titre permettant l'exercice de la profession à laquelle forme l'institut, du diplôme de cadre de santé avec la même recommandation d' « un titre universitaire de niveau II dans les domaines de la pédagogie ou de la santé », soit également la licence.

[225] Par ailleurs la DGOS interprète strictement les décrets statutaires de la FPH et l'article L.4383-5 du CSP qui prévoit que : « Les personnels des écoles et instituts relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les écoles et instituts privés recrutent, gèrent et rémunèrent leurs personnels ». Par échange de courrier de 2009 avec le délégué général de la FHF¹⁰⁶, la DGOS a posé dès 2009 comme obligation que les directeurs d'institut appartiennent au corps des directeurs des soins et que les formateurs permanents appartiennent au corps des cadres de santé paramédicaux. Le motif invoqué est que seul le décret statutaire des directeurs des soins (décret n°2002-550 modifié du 19 avril 2002) dispose que les directeurs des soins peuvent être chargés « de la direction d'un institut de formation paramédicale » et que le décret statutaire des cadres de santé paramédicaux (décret 2012-1466 du 26 décembre 2012) indique qu'ils exercent « des fonctions d'encadrement correspondant à leurs qualification dans les instituts de formation. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateur à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves et étudiants. »

[226] Ces critères sont devenus totalement obsolètes et doivent être revus en supprimant dans l'arrêté du 31 juillet 2009 toute référence au diplôme de cadre de santé. Son orientation doit en effet rester généraliste et tournée vers le management, afin de permettre à des professionnels de participer à la formation sans se couper de leur exercice professionnel et en développant des formules partagées qui ne soient plus exclusivement de « formateur permanent ». Il faut donc modifier les décrets statutaires afin de permettre à tout professionnel qualifié par son parcours universitaire d'accéder aux fonctions de formateur et d'être agréé comme directeur, sous condition d'une expérience adaptée et d'un titre universitaire qui doit désormais être obligatoirement de niveau I (master-doctorat) et non plus une simple recommandation de niveau II. Un délai de mise en conformité peut également être prévu, de quatre ans ou plus. Ainsi, des professionnels qualifiés par leur parcours et expérience, en particulier avec un doctorat, pourront être agréés comme directeur d'institut sans être directeur des soins, et quel que soit leur statut ou corps d'appartenance ; et des professionnels qualifiés pourront être formateurs sans être cadre de santé

¹⁰⁶ Voir annexe 4 et sur le site de la FHF le courrier du 4 novembre 2009 du délégué général de la FHF et la réponse DHOS du 18 décembre 2009.

paramédical. Dans les deux cas ils pourront maintenir une activité clinique, hospitalière ou ambulatoire.

Recommandation n°22 : Réviser l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation en supprimant toute référence au diplôme cadre de santé et en posant comme critère d'agrément des directeurs d'institut et des formateurs permanents la possession d'un diplôme universitaire de niveau I (master/doctorat).

3.5 Repenser la gouvernance des instituts dans le contexte de l'universitarisation et de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

3.5.1 La concertation engagée sur la gouvernance des instituts renvoie aussi aux rôles respectifs des régions, des ARS, universités et instituts

[227] Dans le cadre de la loi de 2004, les instituts de formation publics et privés sont autorisés, et leurs directeurs agréés, par le président du conseil régional, après avis du directeur général de l'ARS, en application des articles L. 4151-7 du code de la santé publique pour la maïeutique, L. 4244-1 pour les préparateurs en pharmacie hospitalière, et L. 4383-1 pour les professions paramédicales, les cadres de santé, et les formations de niveau V, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

[228] Ces instituts de formation bénéficient ou non d'une subvention de fonctionnement régionale, dont le mode de calcul est défini par voie réglementaire. Mais les instituts privés, les instituts relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur¹⁰⁷, et ceux recevant exclusivement des salariés financés par leurs employeurs ou leurs fonds de formation, peuvent ne recevoir aucune subvention. Ils sont pour autant dans le champ de compétence partagé par la loi entre le conseil régional et l'ARS.

[229] Le conseil régional est toujours compétent pour l'autorisation des instituts, l'agrément des directeurs, et la répartition entre instituts de la région des capacités de formation définies pour chaque région au niveau national. L'ARS intervient au titre du « contrôle du suivi des formations et [de] la qualité de la formation » et concerte par ailleurs avec les régions et acteurs régionaux l'expression des besoins en formation remontés au niveau national, en lien avec l'observatoire national des professions de santé.

[230] Les instituts de formation ont rarement la personnalité morale, et sont rattachés à des organismes gestionnaires publics ou privés, qui ont le plus souvent d'autres missions, qu'il s'agisse des associations loi de 1901, des universités ou des lycées, ainsi que des établissements publics de santé.

[231] Leur gouvernance, c'est-à-dire leur fonctionnement interne au regard de la mission de formation, notamment en termes de relations avec l'organisme gestionnaire, l'équipe pédagogique et les étudiants, est définie par un arrêté du 21 avril 2007. Il concerne les formations infirmières,

¹⁰⁷ L'article L. 4383-5 du code de la santé publique dispose, en son dernier alinéa, que « Lorsque l'école ou l'institut relève d'un établissement public mentionné au titre Ier ou au titre IV du livre VII du code de l'éducation, les dispositions du présent article et du dernier alinéa de l'article L. 4383-2 du présent code font l'objet d'une convention entre la région et l'établissement public, laquelle tient lieu de l'autorisation et de l'agrément prévus à l'article L. 4383-3 du présent code ».

trois formations de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures-podologues), et deux formations médico-techniques (manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical). Pour les autres formations, comme les spécialités infirmières, les psychomotriciens, ce sont les textes spécifiques à la formation qui définissent une gouvernance similaire.

[232] Couvrant les effectifs les plus nombreux en instituts et étudiants, l'arrêté du 21 avril 2007 fait l'objet de concertations depuis plusieurs années, avec les étudiants et directeurs, dans un contexte désormais marqué par le double mouvement de l'universitarisation et de la création des GHT.

[233] La gouvernance des instituts concernés par l'arrêté du 21 avril 2007 est caractérisée par l'existence de trois conseils :

- un conseil pédagogique (dénommé conseil technique pour les professions non encore réingéniées ou universitarisées, telles les techniciens de laboratoire médical) ;
- un conseil de discipline ;
- un conseil de la vie étudiante.

[234] Ces conseils sont actuellement constitués pour trois ans par arrêté du DGARS, pour les 327 IFSI et 247 autres instituts de formation (hors niveau V), selon les données DREES de 2015. Ils se réunissent au moins deux fois par an et sont présidés par le DGARS ou son représentant, l'ARS disposant d'un deuxième siège, pour un conseiller pédagogique ou technique régional. Ils comprennent également le président du conseil régional ou son représentant et un enseignant de statut universitaire désigné par le président de l'université. Pour les conseils pédagogiques en IFSI, les membres élus sont six étudiants, deux par promotion, trois formateurs permanents et deux cadres de santé en établissement (un public et un privé) et un médecin. Les membres de droit sont le directeur de l'institut, un représentant du directeur de l'établissement gestionnaire, et le coordonnateur général des soins de l'établissement gestionnaire, s'il est public.

[235] A l'évidence, quelle que soit la bonne volonté affichée par les acteurs concernés dans les régions visitées, cette gouvernance ne permet pas une présence effective des représentants de l'ARS, du conseil régional et de l'université, n'autorisant un travail de fond des membres présents qu'au prix d'une dispersion des efforts de tous.

[236] Après la réforme territoriale, les régions comptent chacune en moyenne une vingtaine d'IFSI et une quinzaine d'autres instituts, davantage dans les régions métropolitaines, et 34 universités à composante santé sont conventionnées en moyenne avec une dizaine d'IFSI et un peu moins d'autres instituts.

[237] La version de travail proposée en janvier par le ministère (DGOS), et amendée depuis, demeure en concertation au sein d'un groupe de travail : elle prévoit de limiter la représentation institutionnelle lors d'une instance d'orientation stratégique réunie au niveau du GHT, sans changement des périmètres d'instituts, en conservant la présidence par le DGARS ou son représentant, et en maintenant des instances ou sections locales dans chaque institut présidées par le directeur, concernant les affaires pédagogiques courantes, la discipline et la vie étudiante.

[238] En cohérence avec la proposition de simplifier le parcours étudiant¹⁰⁸, ainsi que le paiement des droits annuels d'inscription à l'université, et avec les interrogations actuelles sur le

¹⁰⁸ Soit l'inscription administrative, l'accès aux services universitaires et à l'ENT, la délivrance de la carte d'étudiant par les systèmes d'information de l'université en lien avec les instituts,

rôle et les ressources des ARS en matière de formation paramédicale, la mission préconise une simplification plus forte et lisible de la gouvernance des instituts :

- un seul conseil local dans chaque institut, dédié notamment à la vie étudiante, et présidé par le directeur d'institut sans représentant institutionnel de la région, de l'ARS et de l'université ;
- un conseil d'orientation stratégique et pédagogique IFSI présidé par l'université au niveau de chaque territoire universitaire¹⁰⁹, avec représentation de la région et de l'ARS, associant en moyenne une dizaine d'IFSI par conseil, y compris les instituts privés associés, et les publics hors GHT par dérogation ; comme évoqué plus loin à propos des GHT, ce conseil couvrirait en moyenne deux GHT en Ile-de-France, et quatre GHT hors Ile-de-France, dont un avec CHU.

[239] Pour les autres instituts de formation concernés par l'arrêté du 21 avril 2007, le conseil pédagogique devrait être au niveau de la région, présidé par le conseil régional, afin d'avoir une population et un nombre d'instituts pertinents par filière (rééducation / médico-technique).

[240] Pour les spécialités infirmières, dont il est proposé qu'elles soient harmonisées au niveau master, les textes spécifiques à ces formations devraient prévoir un conseil d'orientation stratégique et pédagogique au sein d'un département universitaire, sur le modèle des premiers départements universitaires de sciences infirmières existants.

[241] La survivance au niveau de l'arrêté d'une instance locale traitant des situations individuelles¹¹⁰ n'apparaît pas nécessaire : soit il s'agit de décisions du directeur d'institut préparées avec l'équipe pédagogique, soit la compétence est partagée avec l'université dans le cadre des commissions d'attribution de crédits européens.

[242] Le diplôme étant délivré par l'université, un conseil de discipline IFSI serait constitué, conformément au droit commun, en son sein, sans représentant de la région mais avec présence d'un représentant de l'ARS. Le directeur de l'institut concerné et un représentant étudiant de l'institut concerné seraient également présents. Les universitaires rencontrés par la mission ont tous insisté sur la nécessité de dépasser l'institut pour les conseils de discipline : par leur composition actuelle, ces derniers ne sont pas à même de garantir aux étudiants une procédure équitable, à l'image de celle en vigueur à l'université, et aux interfaces ou médiations qu'elle organise (comme à l'UFR Pitié-Salpêtrière / UPMC).

[243] Un conseil de discipline des autres filières serait également constitué au sein de l'université, en lien avec le département paramédical de l'UFR.

Recommandation n°23 : Poursuivre la concertation sur l'arrêté « gouvernance » des principaux instituts de formation en simplifiant fortement la gouvernance et l'arrêté, avec un conseil stratégique et pédagogique par territoire universitaire, et un conseil local vie étudiante par institut. La responsabilité du directeur d'institut reste entière mais avec l'universitarisation il participe au département pédagogique universitaire et bénéficie comme les étudiants des appuis et procédures pédagogiques et disciplinaires de l'université.

¹⁰⁹ Le territoire universitaire regroupe l'ensemble des instituts de formation rattachés à une université, qui devrait par ailleurs être cohérent avec le territoire de gestion des internes de 3^{ème} cycle des études médicales (subdivision).

¹¹⁰ L'arrêté du 21 avril 2007 liste notamment les redoublements, la reprise de formation, les demandes extracommunautaires et les admissions en cours de formation.

3.5.2 Réaffirmer un pilotage fort Régions /État dans le cadre de la loi de 2004

[244] La concertation sur la gouvernance des instituts suppose une clarification préalable des rôles respectifs de la région et de l'État, dans le cadre de la loi de 2004, d'une part, et une place nouvelle faite aux universités en partenariat avec les instituts publics et privés d'autre part.

[245] Les CHU et CHR, qui gèrent environ la moitié des 600 instituts de formation paramédicaux, sont des partenaires privilégiés des universités à composante santé. Leurs terrains de stages sont importants, leurs établissements sont supports de 29 GHT avec une dimension formation essentielle. Les directeurs généraux de CHU souhaitent demeurer impliqués dans la gestion des instituts de formation et ont adressé à la mission un courrier de position argumenté et détaillé que l'on trouvera en annexe 5.

[246] Pour autant, certaines interrogations demeurent sur la compatibilité des dynamiques de décentralisation et d'universitarisation, et la complexité qu'induit leur mise en cohérence. Localement, en particulier dans le domaine de la maïeutique, ou de la rééducation, des accords ont été trouvés entre CHU et université pour passer d'une gestion hospitalière à une gestion universitaire¹¹¹.

[247] Les DGARS, dont le président du collège a été rencontré, s'interrogent également sur la place actuellement faite aux ARS par la loi de 2004 et les textes réglementaires sur les formations paramédicales, dont l'arrêté du 21 avril 2007 évoqué *supra*, les ressources humaines dont ils disposent pour assurer ces missions, et la valeur ajoutée de la présidence systématique des conseils des instituts de formation par le DGARS ou son représentant.

[248] L'association Régions de France, associée à la concertation sur la gouvernance des instituts, sa commission spécialisée « formations sanitaires et sociales », et les services régionaux rencontrés, n'ont pas exprimé la demande d'assumer en l'état la présidence des conseils d'instituts, et ont souligné la compétence et l'implication du réseau des conseillères pédagogiques et techniques régionales en ARS, qui assument le plus souvent ces présidences.

[249] La mission a entendu ces interrogations et partagé ces constats, pour conclure à son niveau :

- qu'elle donnait priorité à la qualité de la formation et à son coût, au regard des enjeux de besoins de santé, d'interdisciplinarité et de parcours de soins, d'innovation pédagogique par le numérique et la simulation ;
- que l'engagement des régions depuis 2004, y compris dans la réforme de l'universitarisation engagée en 2009, était reconnu par tous les acteurs, comme un facteur de dynamisme supérieur à la période antérieure, où le pilotage était assuré uniquement par l'État ;
- que pour autant les agences régionales de santé, nées également en 2009, sont seules compétentes sur les besoins de santé, préparent pour les deux ministères, de la santé et de l'enseignement supérieur, en concertation avec les régions, universités et instituts, la fixation par l'État des capacités de formation sanitaire et sociale dans chaque région, et disposent des seules ressources humaines, par ailleurs limitées, en contact régulier avec les instituts de formation et leurs problématiques. Elles sont, s'agissant de la certification, en lien avec les DRJSCS, dont l'apport, réel, reste néanmoins plus limité et peut être transféré aux universités.

¹¹¹ Transfert de la gestion de l'école de sages-femmes de Montpellier à l'université effectif depuis 2015, s'ajoutant à ceux de Marseille et Versailles-Saint-Quentin, création d'un institut de rééducation à l'université de Limoges.

[250] La mission préconise donc de maintenir un pilotage fort Région / État afin de garantir :

- le succès de l'universitarisation ;
- la qualité de l'appareil de formation et son adaptation aux enjeux sanitaires, sociaux et de finances publiques ;
- l'innovation pédagogique ;
- la mutualisation des ressources entre instituts, universités et régions, pour gagner en matière de temps, de qualité et de coût, car le repli à l'échelle des instituts, voire même des universités ou des régions n'est pas adapté à ces enjeux.

En particulier, seul l'État, avec son réseau d'ARS et d'universités, et les régions, dans un cadre certes décentralisé, mais aussi mutualisé que possible, peuvent piloter fortement une réforme aussi complexe que la modernisation et l'ancrage universitaire des formations sanitaires et sociales.

[251] De même, la mission ne voit ni opportunité ni motif pour revenir sur la loi de décentralisation de 2004, compte tenu de la place croissante, mais partielle, des universités, n'oubliant pas que les 120 000 étudiants paramédicaux sont physiquement hors les murs de l'université, qu'un étudiant sur quatre est en institut privé, et que tous les acteurs, régions en premier, s'accordent pour souhaiter maintenir un réseau dense d'instituts de formations, particulièrement en soins infirmiers ; seul le cas particulier de la maïeutique, actuellement dans le champ décentralisé de la loi de 2004, et encore géré en 2015 à 90 % par les établissements de santé, appelle un focus et une réflexion particulières pour l'avenir. En effet, techniquement, sortir des formations du champ de la loi ou de la compensation reste faisable entre régions et État, s'agissant de formations universitaires ; mais ce n'est guère possible pour les instituts privés ou hospitaliers, l'université n'ayant pas vocation à subventionner des instituts hors les murs, ni l'assurance-maladie ni l'État n'ayant vocation à reprendre le versement des financements ou subventions, respectivement, comme avant 2004.

[252] Il est donc essentiel de maintenir dans les ARS les ressources humaines compétentes minimales pour porter ces sujets en lien avec les régions, les universités et les recteurs, sous l'autorité des deux ministères, et de coordonner davantage au niveau national. Si le processus de la grande conférence de santé, qui a montré son utilité, est maintenu par le Gouvernement, il pourrait être prévu que le comité de pilotage associant DGOS et DGESIP investisse utilement ce champ et poursuive l'animation du réseau des DGARS et recteurs, et de leurs services.

[253] Le réseau des conseillères pédagogiques et techniques régionales, demeure inégalement actif en métropole, mais doit être conforté par le secrétariat général du ministère chargé des affaires sociales, qui indique que les emplois correspondants sont intégrés au tableau des emplois des ARS à compter du 1er janvier 2018. La couverture de l'Outre-mer, dont les postes sont durablement vacants, demeure problématique mais doit être assurée au regard de ses spécificités et du plan santé Outre-mer.

[254] Pour autant, dans la gouvernance des instituts, la présidence systématique des conseils d'instituts par le DGARS ou son représentant n'apparaît pas comme une nécessité pour la mission, qui préconise *supra* que l'ARS demeure présente, mais que la présidence revienne à l'université pour les IFSI, en mutualisant au niveau du territoire universitaire, et du territoire régional pour les autres instituts. Certaines coopérations pertinentes existent à l'initiative de deux conseils régionaux (Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté en lien avec les 5 UFR concernées pour le recrutement via la PACES des étudiants psychomotriciens et ergothérapeutes des instituts de formation gérés par le CH de Mulhouse), sans s'inscrire à ce jour dans la réglementation, qui pourrait évoluer pour mieux tenir compte des besoins des régions les moins peuplées.

3.5.3 L'indispensable coordination au niveau des GHT et son contenu réel

[255] La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a rendu obligatoire pour tout établissement public de santé, sauf dérogation autorisée par le DGARS, de conclure avant le 1er juillet 2016 une convention constitutive de groupement hospitalier de territoire (GHT) sur la base d'un projet médical partagé entre ses membres et désignant parmi eux un établissement support assurant des fonctions mutualisées dont « la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement¹¹². » Le GHT n'a pas la personnalité morale.

[256] Il convient de garder en mémoire que toutes les formations en santé sont professionnalisées, et celle des étudiants en soins infirmiers en particulier : elles comprennent 50 % de stages, de plus en plus en ambulatoire, en établissement sanitaire, mais aussi dans le champ médico-social (personne âgée ou handicapée) voire chez d'autres employeurs (enfance notamment, santé publique, etc.). Les établissements publics de santé d'un GHT, ou les établissements médico-sociaux ou autres associés, ont donc entre eux un enjeu de coordination de la formation continue et du développement professionnel continu (DPC) de leurs personnels, qu'ils gèrent ou non un ou plusieurs instituts de formation. Ils constituent par ailleurs des terrains de stage pour leurs éventuels instituts de formation ou d'autres instituts publics ou privés. Lorsque le GHT compte plusieurs instituts de formation, ils ont enfin un enjeu de coordination et de mutualisation de leurs équipes pédagogiques et de leur offre de formation continue, avec les membres du GHT ou d'autres acheteurs de formation.

[257] Une réflexion est engagée par le ministère de la santé (DGOS) pour préciser les modalités de cette coordination, qui concerne donc les instituts de formation paramédicaux, gérés par des établissements publics de santé parties à un GHT, hors dérogations, mais niveau V inclus, ce d'autant que la plupart des IFSI sont également des IFAS et ont une direction et une équipe pédagogique communes. Les données qui figurent en annexe 6 portent sur le réseau des IFSI, mais la problématique des IFAS est naturellement connexe, en termes de sites et de budgets annexes formation, même si les règles de gouvernance ou d'agrément sont légèrement différentes.

[258] Si les enjeux de politique de stage et de coordination de la formation continue sont présents dans tous les GHT, et doivent être traités au sein de leur gouvernance propre, ils s'accompagnent rarement, dans les GHT sans CHU ou CHR d'un enjeu de coordination d'instituts en leur sein, d'autant que les IFSI privés et les établissements en dérogation y échappent. Dans 90 % des GHT avec CHU (26 sur 29), et seulement 40 % des GHT sans CHU ou CHR (40 sur 106), la coordination d'au moins deux instituts, telle que prévue par le statut des directeurs des soins, est une nécessité, et peut aller jusqu'à la coordination budgétaire. Cela représente la moitié des 135 GHT seulement. L'autre moitié des GHT ne comprend qu'un IFSI, voire aucun IFSI dans respectivement 49 % et 13 % des GHT sans CHU ou CHR. L'enjeu de coordination reste simple dans la plupart des cas, avec seulement 2 IFSI à coordonner dans 31 cas sur 40 hors CHU/CHR et même pour 12 cas sur 26 avec CHU/CHR. Seuls 9 GHT sans CHU/CHR ont 3 ou 4 IFSI, jamais plus, ainsi que 12 GHT avec CHU/CHR. Seuls 4 GHT avec CHU ont un enjeu de coordination plus important que 4 IFSI¹¹³.

[259] Aucun cadre national de coordination des instituts de formation d'un GHT n'a été défini à ce jour : il ne constitue ni une priorité ni un point de blocage dans la construction encore en devenir

¹¹² Article L.6132-3 I-4° du CSP.

¹¹³ Voir annexe 6. Il s'agit des CHU de Marseille, Strasbourg, Limoges et Saint-Etienne.

des GHT. La mission constate cependant que l'enjeu d'une formation paramédicale universitarisée plaide, aux yeux de nombreux acteurs, conseils régionaux, ARS, universités, administrateurs de GCS et directeurs d'instituts, pour une coordination renforcée sur le périmètre du GHT.

[260] Dans l'une des régions visitées, le GHT des Vosges compte quatre IFSI¹¹⁴ et a engagé une réflexion sur la coordination de la politique des stages et de formation continue, qui est une responsabilité des établissements et des formateurs, et peut s'exercer au niveau du GHT. L'ARS et le conseil régional Centre-Val de Loire ont également engagé une réflexion pour mettre en place par convention cette coordination d'instituts¹¹⁵, qui suppose de répartir entre les sites de formation ce temps de coordinateur d'instituts, lui-même le cas échéant directeur d'un des instituts de formation.

[261] Un document de l'ARS Nouvelle-Aquitaine évoque pour sa part un travail mené avec les professionnels sur la coordination des instituts de GHT, et propose un projet pédagogique mutualisé prenant appui sur le projet médical partagé du GHT, une gestion mutualisée des concours d'entrée ou des dispositions relatives à l'universitarisation. La politique de stage, une charte ou démarche qualité, et la formation des tuteurs sont également cités comme relevant de cette coordination.

[262] Par accord entre les établissements concernés, plusieurs possibilités de coordination existent sans modifier les capacités de formation autorisées par site :

- modifier le périmètre des instituts et fusionner les instituts de formation sous une direction d'institut unique, géré par un budget annexe de formation unique, même s'il est réparti entre plusieurs sites et établissements ;
- faire apparaître une coordination d'instituts de GHT, comme le prévoit le statut des directeurs de soins, couplée ou non à une gestion des différents sites de formation par un établissement unique et son budget annexe formation (ou encore par un groupement de coopération sanitaire).

[263] Par ailleurs, la place des instituts privés parmi les IFSI est importante puisque ces 59 instituts à but non lucratif représentent 19 % des étudiants inscrits ou diplômés. La Croix-Rouge française à elle seule représente 32 IFSI soit en 2015, 10 379 étudiants, 2 766 diplômés et près de 60 % des étudiants inscrits ou diplômés dans les IFSI privés¹¹⁶. Tous ces instituts privés ne peuvent qu'être associés aux GHT, et leurs relations avec les établissements - terrains de stage et les autres instituts demeurent nécessaires.

3.5.4 La piste nouvelle d'un regroupement ou d'une coordination des instituts sous forme de groupements de coopération sanitaires

[264] Même si la dynamique des GHT et leur périmètre ne permettent pas de répondre à toutes les problématiques en matière de formation paramédicale, la nécessité d'une coordination des instituts de formation présents dans un GHT s'impose, quelle qu'en soit la forme. Elle contribuera à faciliter la politique régionale et l'animation universitaire sur le territoire qui lui est propre.

¹¹⁴ Il n'y en a que trois en France, hors CHU/CHR, les établissements supports de GHT sont Epinal, Agen et Argenteuil.

¹¹⁵ Une première convention a été signée dans le Cher et une seconde devrait l'être prochainement dans le Loir-et-Cher.

¹¹⁶ La Croix Rouge française gère en outre 23 IFAS, douze IFAP et cinq IF d'ambulanciers, trois IFCS (dans les départements 06, 59 et 60), ergothérapeutes et puéricultrices à Chambray-les-Tours, et MK à Limoges et Bègles. Elle est organisée sous forme d'instituts régionaux de formations sanitaires et sociales.

[265] La caractérisation du périmètre d'un institut de formation relève, en application de la loi de 2004, de l'autorisation du président du conseil régional et de l'agrément par celui-ci du directeur de l'institut. Ce périmètre et la capacité de formation peuvent, dans la région, comporter plusieurs sites et filières de formation. L'institut est rattaché à un organisme gestionnaire public ou privé, qui reçoit l'éventuelle subvention de fonctionnement régionale.

[266] L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts indique, dans ses articles 4 et 5, que « Dans le cadre de l'intégration des formations paramédicales au processus LMD, 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. Lorsque le nombre d'instituts par filière professionnelle ne permet pas un conventionnement direct de chacun avec l'université, les instituts de formation se regroupent. Les regroupements d'instituts de formation prennent la forme de groupements de coopération sanitaire (GCS). Les regroupements de formation organisent la coordination de leurs activités sur le plan pédagogique ».

[267] Cette dernière mention n'exclut pas que le GCS gère les budgets formation transférés de différents établissements, locaux et formateurs pouvant être mis à disposition, ce qui se vérifie sur quelques GCS à périmètre territorial (cités *infra*). La gestion par le GCS des budgets de l'ensemble des instituts membres d'un GCS IFSI régional ou infrarégional n'a pas été envisagée en 2010, l'objectif de coordination pédagogique ayant seul été retenu. Elle est actuellement envisagée par les acteurs hospitaliers, conseils régionaux et ARS dans certaines régions qui pourraient l'expérimenter.

[268] Par ailleurs, le GCS, qui a la personnalité morale, simplifie le conventionnement tripartite avec l'université puisqu'il vaut pour toutes les filières de formation qu'il gère. Pour les instituts gérés par les établissements publics de santé (EPS), l'extension des GCS-IFSI à l'ensemble des autres instituts de formation apparaît naturelle, que ces instituts soient gérés par des établissements membres, ou qu'il soit le cas échéant nécessaire de faire adhérer quelques nouveaux établissements qui ne gèreraient pas d'IFSI.

[269] Depuis 2010, il existe 26 GCS entre les IFSI publics des régions de l'époque, dont quatre en Outre-mer. Ces GCS correspondent le plus souvent à une circonscription universitaire, sauf quand le territoire régional comprenait deux universités (Bretagne, Pays de Loire, avec un GCS unique, mais PACA avait deux GCS publics pour Marseille et Nice), voire trois (Rhône-Alpes avait constitué un GCS unique des IFSI publics).

[270] Formule extrêmement souple de coopération entre EPS, qui peut admettre d'autres partenaires, dont les universités, sur autorisation du directeur général de l'ARS, la place de ces GCS est à réexaminer après la réforme territoriale et dans le contexte de l'universitarisation. En effet, aux termes de l'article L.6133-2 du code de la santé publique, « d'autres organismes concourant à l'activité du groupement peuvent être membres de ce groupement sur autorisation du DGARS. »

[271] Un GCS de moyens peut gérer le budget annexe formation pour plusieurs établissements comme c'est le cas pour le GCS du Var, le GCS du Pays d'Aix, et le GCS de Semur-en-Auxois. L'institut de formation public varois a été créé avant le GHT de même périmètre et gère pour cinq établissements¹¹⁷ huit sites de formation et cinq filières de formation¹¹⁸.

¹¹⁷ Toulon, Hyères, Draguignan, Brignoles et Fréjus/Saint Raphael.

¹¹⁸ IDE, psychomotriciens, ergothérapeutes, aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

[272] L'ensemble des 26 GCS IFSI constitués en 2010 pourraient ainsi devenir organisme gestionnaire de tout ou partie des instituts de formation des établissements adhérents, à sites et périmètres d'instituts inchangés, et en centralisant les actuels budgets annexes de formation des établissements membres, toutes filières de formation confondues, IFSI ou non.

Recommandation n°24: A sites de formation inchangés, poursuivre les fusions et coordinations d'instituts dans le cadre des GHT et expérimenter sur les territoires universitaires ou régionaux volontaires la coordination pédagogique (instances), juridique (conventions), et budgétaire des instituts de formation IFSI-IFAS et autres instituts paramédicaux par un GCS (groupement de coopération sanitaire) associant comme partenaire l'université référente.

[273] De façon complémentaire, le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut des directeurs de soins définit dans son article 5 les missions du directeur d'institut de formation, au nombre de sept, de « la conception du projet d'institut » à « la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'équipe enseignante de l'institut », et ajoute « Le cas échéant, il peut en outre être chargé de la coordination de plusieurs instituts. » Un coordonnateur d'instituts de formation est donc en principe un directeur d'institut qui en coordonne ou dirige plusieurs.

[274] Selon les données 2016 du CNG, un tiers des directeurs des soins sont directeur d'institut ou coordonnateur de plusieurs instituts. Sur 239 directeurs des soins affectés sur ces fonctions en établissement public de santé, 144, soit 60 %, dirigent un institut, le plus souvent un IFSI (109), un institut de formation des cadres (18), un institut de rééducation (dix) ou médico-technique (sept) ; et 95, soit 40 %, coordonnent plusieurs instituts, dont la nature n'est pas précisée. Ils peuvent, au sein d'un même établissement, coexister avec des directeurs d'instituts et ils ne coordonnent pas nécessairement l'ensemble des instituts de l'établissement. Un CHU possède en général plus d'une dizaine d'instituts. Ainsi, 24 % des 95 coordonnateurs se situent en CHU¹¹⁹. Parmi les 109 directeurs d'IFSI non coordonnateurs, 30 % se situent en CHU¹²⁰.

[275] Utilisé le plus souvent jusqu'ici pour coordonner des instituts d'un même établissement, le coordonnateur d'instituts peut exercer aussi dans des établissements distincts. La fonction de coordination recensée par le CNG ne retrace probablement pas tous les cas d'exercice partagé de direction entre deux instituts, validés par la région au niveau de l'agrément d'un directeur unique sur deux sites, et du partage de son temps entre les instituts concernés.

[276] En résumé, à sites et capacités de formation inchangés, les acteurs régionaux peuvent, de façon indépendante ou complémentaire, jouer sur trois registres :

- le périmètre d'institut (autorisation ou fusion sous une direction agréée unique, qui entraîne fusion des budgets sur un seul budget annexe) ;
- la coordination de plusieurs instituts d'établissements différents confiée à un directeur d'institut, dans le périmètre d'un GHT ou au-delà ;
- la gestion par un établissement ou groupement de plusieurs instituts et leurs budgets annexes, là aussi dans le cadre d'un GHT ou au-delà.

[277] Comme le précise la loi de 2004 : « La subvention annuelle de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement aux organismes qui gèrent ces écoles et instituts : les dépenses et les ressources sont identifiées dans un budget spécifique. » (article L. 4383-5 du code

¹¹⁹ L'AP-HP et La Réunion ont trois coordonnateurs (comme Sainte-Anne), Caen, Lille et Rennes ont deux coordonnateurs (comme Pontoise), les autres établissements (CHU ou non) un seul.

¹²⁰ Dont dix à Paris, trois à Marseille, deux à Amiens, Besançon, Dijon et Toulouse, et un seul dans huit autres CHU.

de la santé publique). Au lieu de verser n subventions aux n établissements publics gestionnaires, le conseil régional pourrait verser à un gestionnaire unique une subvention, dont la décomposition analytique resterait indispensable¹²¹, de même que les versements actuels aux établissements gestionnaires agrègent les subventions versées aux différentes filières de formation présentes dans l'organisme.

[278] Ce gestionnaire unique peut être soit un GCS, soit un établissement, doté d'un budget annexe formation, qu'il soit établissement support de GHT ou non. Si un accord est trouvé entre gestionnaires publics et privés, université comprise le cas échéant, les flux financiers avec l'université peuvent également être simplifiés, qu'elle soit ou non membre du GCS d'une part, et gestionnaire d'instituts de formation d'autre part.

Recommandation n°25 : Développer toutes les formes de coordination ou regroupement d'instituts qui permettent une coordination pédagogique, stratégique ou gestionnaire sans modifier les sites et capacités de formation quand ils sont jugés pertinents.

[279] Certains ajustements sont à cet égard nécessaires dans le renouvellement des conventions tripartites et des groupements de coopération sanitaires IFSI créés en 2010 : les GHT étant postérieurs et récents, certains IFSI peuvent être amenés à changer de partenaire universitaire : ainsi, par exemple, dans la région Grand Est, l'IFSI du centre hospitalier de Sarrebourg (57) est à ce jour en convention tripartite avec l'université de Lorraine alors que cet établissement est intégré au GHT dont l'établissement support est le CHU de Strasbourg (67), qui compte cinq ou six IFSI publics, tous conventionnés avec Strasbourg, sauf Sarrebourg. De même Saint-Dizier (52) est actuellement conventionné avec l'université de Reims (51), mais fait partie du GHT dont l'établissement support est Verdun (55), lequel compte, outre Saint-Dizier, deux autres IFSI, Verdun et Bar-le-Duc, qui sont conventionnés avec l'université de Lorraine. En Ile-de-France, également, la répartition des IFSI publics et privés entre les sept universités franciliennes à composante santé, ne correspond pas totalement à la création plus récente des GHT, ni aux liens avec les groupements hospitaliers de l'AP-HP et est donc appelée à être revue à la marge.

Recommandation n°26 : Mettre en cohérence les liens et périmètres de convention tripartites entre GHT et territoires universitaires et, en Île-de-France, groupements hospitaliers de l'AP-HP.

3.6 Les conditions d'une gestion budgétaire simplifiée et lisible entre les gestionnaires d'instituts, les universités et les conseils régionaux

3.6.1 Un mode de financement des coûts liés à l'universitarisation non satisfaisant

[280] Il résulte des dispositions de l'article L.4383-5 du code de la santé publique, cité au 3.5, que les régions doivent financer les instituts de formation, à charge pour ces dernières de payer aux universités ce qu'elles leur doivent au titre des prestations effectuées.

[281] La mission a constaté toutefois que, dans de nombreuses régions, en parallèle du circuit prévu par les dispositions précitées du code de la santé publique, il existe des versements directs des régions aux universités. La mission a ainsi observé qu'une partie des frais d'inscription ou

¹²¹ Une telle décomposition sera au demeurant une exigence des régions très attachées à l'impact territorial de leur décision budgétaire.

encore la construction d'un espace numérique de travail étaient payées directement aux universités par les régions.

[282] Le système actuel de financement des universités présente de nombreux inconvénients, liés essentiellement à sa complexité et à son manque de transparence.

[283] D'une part, nombre de charges communes induites par l'universitarisation, tels que les frais liés au travail de secrétariat, à la réalisation de matériel pédagogique, à la construction d'espaces de travail commun, à des cours donnés simultanément à plusieurs instituts par visioconférence, etc. sont, par définition, difficiles à répercuter sur le grand nombre d'instituts de formation conventionnés avec l'université. De fait, dans la plupart des universités, ces frais ne font pas l'objet d'une facturation à leur coût réel, si tant est qu'ils soient effectivement facturés.

[284] D'autre part, en l'absence de budget annexe dédié aux formations paramédicales au sein du budget de l'université, cette dernière est incapable de présenter un coût complet consolidé de l'universitarisation, la charge étant souvent supportée par plusieurs composantes, même si l'essentiel est supporté par la composante santé. En outre, l'absence de budget annexe se traduit pour les composantes par l'absence de garantie quant au reversement sur leur budget propre des sommes perçues au niveau central, qu'elles proviennent de la région ou des instituts.

[285] Enfin, la question des formations universitarisées avant 2004 (audioprothésiste, orthophoniste et orthoptiste et éventuellement d'autres formations qui ont pu être mise en place directement par les universités) demeure pendante. S'il ne fait aucun doute que ces formations entrent bien dans le champ des dispositions de l'article L. 4383-5 précité du code de la santé publique, elles ne font néanmoins l'objet d'aucun financement de la part des régions, ces dernières n'ayant jamais reçu la compensation due par l'État au titre de ces formations. Aussi, dans beaucoup d'universités, ces formations sont directement menacées de fermeture faute d'un financement adéquat.

[286] Résultat concret de cette situation, toutes les universités rencontrées par la mission estiment que le coût représenté par l'universitarisation des formations paramédicales n'a jamais été réellement compensé, rejoignant ainsi le constat déjà fait en 2013 lors de la précédente mission.

3.6.2 La nécessité d'un financement direct par les régions des coûts supportés par l'université au titre des conventions passées avec les instituts de formation

[287] Une part importante des coûts supportés par l'université est difficile à individualiser par institut de formation, sauf à arrêter une clé de répartition entre les instituts de formation, ce qui peut se révéler complexe. Or, à supposer que l'université, après discussions, y parvienne, il lui reviendra d'émettre autant d'ordres de reversement que d'instituts, et ce pour des sommes parfois modestes.

[288] Cette solution n'est guère satisfaisante. Aussi la mission préconise-t-elle que toutes les charges communes supportées par l'université fassent l'objet d'une facturation non plus aux instituts mais directement à la région.

[289] En ce qui concerne les charges pouvant être facilement individualisées (déplacement de personnels universitaires dans un institut, cours donnés en présentiel, etc.), il appartiendra à l'université, en concertation avec la région et les instituts, de déterminer le mode de paiement qui paraîtra le plus simple, soit directement par les instituts, soit globalement par la région.

[290] Une telle évolution implique toutefois que les universités se dotent d'une comptabilité analytique suffisamment robuste qui permette de présenter aux régions des comptes précis et fidèles et répondant aux principes de la cartographie des coûts proposée en annexe 7.

[291] Les dépenses, quelles que soient les composantes concernées, ainsi que les recettes, d'où qu'elles proviennent, droits de scolarité inclus, devront être retracées dans un budget annexe de l'université¹²². A cet égard, il n'apparaît pas pertinent à la mission que les recettes liées à l'universitarisation des formations paramédicales, compte tenu de leur objet et de leur nature, tombent dans le budget général des universités.

[292] Le budget annexe « formations paramédicales » de l'université sera ainsi tout à fait comparable à celui qui existe dans les établissements de santé, et, par ailleurs dans les centres de formation pour apprentis (CFA) des universités.

Recommandation n°27 : Transposer dans le code de l'éducation l'obligation existant dans le code de la santé publique depuis 2004 (R. 6145-12 et 56) de retracer dans un budget annexe de l'université les recettes et dépenses afférentes aux formations financées par le conseil régional, maïeutique et rééducation ou paramédical, soit intégralement, soit partiellement en application de conventions tripartites avec des instituts publics et privés, au titre de la participation de l'université dans ces formations.

3.7 La situation spécifique de la maïeutique

[293] Préparant à une profession médicale à compétence définie, les 34 écoles de sages-femmes sont dans le champ de la loi de décentralisation de 2004 et du financement régional¹²³. Pour autant, le recrutement est assuré depuis 2002 exclusivement par le PCEM1, devenue depuis PACES, le diplôme d'État de sage-femme a toujours été délivré par l'université, les droits de scolarité sont versés à l'université depuis 2013. Enfin, le législateur a, en 2009, adopté une disposition spécifique d'expérimentation, permettant d'organiser « sous réserve de l'accord du conseil régional » la formation « au sein des universités »¹²⁴. Cette dérogation reste très peu utilisée, trois universités seulement en bénéficient, traduisant la persistance de difficultés que la mission s'est attachée à analyser. Par ailleurs, les bourses sur critères sociaux restent versées par les conseils régionaux¹²⁵.

¹²² Cf. annexe 2, article R.719-56-1 créé du code de l'éducation.

¹²³ L'article L. 4151-7 du code de la santé publique prévoit encore que « La formation des personnes qui se préparent à la profession de sage-femme est assurée dans des écoles agréées par la région et ouvertes aux candidats des deux sexes. Les conditions d'organisation et d'agrément de ces écoles sont fixées par voie réglementaire. Les conditions d'admission dans les écoles de sages-femmes sont fixées par les dispositions de l'article L. 631-1 du code de l'éducation. » S'ajoute aux 34 écoles dans le champ de la DREES l'école de sage-femme de Papeete dont la situation n'est pas abordée ici.

¹²⁴ Article L. 4151-7-1 : « La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université pour le ou les sites concernés. » Dans l'enquête DREES de 2015, qui n'identifie pas toujours bien la nature de l'organisme gestionnaire, seules l'École européenne de maïeutique Marseille-Méditerranée, composante autonome d'Aix-Marseille université et le département de maïeutique de l'université de Versailles Saint-Quentin gèrent le budget régional de formation, sur un mode proche du budget annexe des EPS. Le même transfert était effectif depuis début 2015 pour le département de maïeutique de l'université de Montpellier qui s'est vu transférer le budget géré par le CHU de Montpellier, mais pas celui géré par le CHU de Nîmes. Aucun autre transfert n'a été identifié par la mission depuis 2015, même si quelques autres ont été envisagés ou le sont encore.

¹²⁵ Enquête DREES 1 346 boursiers pour 4 005 étudiants inscrits soit un étudiant sur trois. Contrairement aux orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, et les psychomotriciens quand ils sont à l'université, la circulaire MESR sur les modalités d'attribution des bourses d'enseignement supérieur sur critères sociaux ne vise pas les sages-femmes (hors PACES) en application de la loi et des droits à compensation transférés en 2004.

[294] La maïeutique conserve en effet en matière d'universitarisation une place particulière et qui peut faire figure de modèle pour les formations paramédicales. Certaines solutions sont déjà en œuvre (recrutement, délivrance du diplôme), et trois structures de formation ont été transférées à l'université depuis 2009, mais les difficultés d'accord entre les partenaires, même désireux de s'inscrire dans le cadre légal de l'expérimentation, tiennent aussi au manque de perspectives tracées en matière de gouvernance, de clarté budgétaire, de formules d'accueil ou d'intégration des directeurs d'institut et formateurs permanents au sein des universités.

[295] Ces trois thèmes ayant fait l'objet de recommandations pour les formations paramédicales, il est utile de préciser leur cohérence pour la maïeutique.

[296] L'arrêté conjoint enseignement supérieur-santé du 13 mars 2013 fixant le régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme a précisé l'inscription des études dans le schéma LMD, avec diplôme de formation générale en sciences maïeutiques reconnu au grade de licence et diplôme d'État de sage-femme reconnu au grade de master. Il ne fixe pas la gouvernance des instituts de formation en maïeutique, adoptant une terminologie générique « structure de formation » compte tenu de la loi de 2009. L'article 2 de l'arrêté précise ainsi : « Les universités sont habilitées, par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, à délivrer le diplôme d'État de sage-femme. La formation dispensée est évaluée dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements. Elle est organisée dans le respect des dispositions de l'article 40 de la directive 2005/36/CE susvisée, dans les écoles de sages-femmes ou les universités dispensant cette formation. »

[297] L'arrêté du 15 juillet 1986 relatif à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes, partiellement abrogé par l'arrêté du 11 septembre 2009¹²⁶, fixe encore la gouvernance des écoles de sages-femmes et leur conseil technique, présidé par le « médecin-inspecteur régional de la santé ou son représentant médecin ». L'annexe de cet arrêté prévoit un conseil de discipline présidé par le médecin directeur technique.

[298] La plupart des « écoles de sages-femmes » ayant rejoint le modèle du département pédagogique de maïeutique au sein de l'UFR de médecine, de médecine et maïeutique ou de santé selon les appellations, la gouvernance (conseil de département, de discipline, vie étudiante) et la place de la directrice dépendent de l'organisation universitaire mise en place.

[299] Une mise en cohérence est nécessaire entre l'organisation universitaire et celle de la structure de formation : le versement des droits de scolarité, la discipline et la vie étudiante devraient toujours être universitaires ; pour la majorité des structures, seules en lien avec l'université, le conseil de département devrait faire fonction de conseil pédagogique (terminologie usuelle après réingénierie et inscription dans le schéma LMD) et remplacer le conseil technique obsolète ; pour les six départements en lien avec deux structures et sites de formation, les ajustements restent à déterminer, afin d'abroger totalement l'arrêté du 15 juillet 1986 et de simplifier le fonctionnement des structures et de leurs responsables¹²⁷.

¹²⁶ Voir articles 9 à 12 de cet arrêté, les seuls encore en vigueur, bien que très largement obsolètes, faute de consensus entre les structures de formation.

¹²⁷ 22 structures sur 34 sont en lien exclusif avec leur université, une seule (Aix-Marseille) en assurant la gestion budgétaire sous forme de composante autonome. Douze structures sont en binôme avec leur université : Lyon-Sud et Bourg-en-Bresse avec Lyon-I, Nîmes avec l'université de Montpellier qui gère en outre la structure de Montpellier, Nancy-Metz, l'université catholique de Lille et le CHU de Lille avec Lille-2, l'hôpital Foch privé avec l'UVSQ qui gère en outre une structure de formation. Enfin deux sites de l'AP-HP relèvent de l'UPMC-Paris 6 (Saint-Antoine et Baudelocque). Au total, 28 des 34 universités à composante santé ont une formation de maïeutique et un ou deux sites de formation, 2 des 7 universités franciliennes (UPMC et UVSQ), et 26 des 27 universités non franciliennes (seul Saint-Etienne n'est pas concerné).

[300] La clarté budgétaire renvoie à l'absence actuelle d'un budget annexe dédié aux formations sanitaires subventionnées par le conseil régional. La proposition de créer ce budget annexe, où la part maïeutique serait identifiée, comme pour les formations paramédicales, est de nature à répondre à la crainte exprimée par les directrices d'école de sages-femmes rencontrées, quant au risque de dilution du budget de l'école au sein de l'université. Au demeurant les services des trois universités concernées semblent avoir joué le jeu vis-à-vis du conseil régional et de la structure de formation¹²⁸.

[301] Enfin, les perspectives d'accueil des personnels, directeurs et formateurs permanents, supposent également des accords locaux afin de rassurer les personnels, soit sur leur mise à disposition, formule d'accueil usuelle et mise en œuvre dans les trois cas cités, soit sur leur intégration ou perspective d'intégration. La proposition de créer un corps bi-appartenant en maïeutique est susceptible de répondre aux attentes des acteurs et de favoriser le maintien d'une activité clinique, hospitalière ou ambulatoire, ce qu'a permis partiellement le statut de sage-femme hospitalière (décret n°2014-1585 du 23 décembre 2014).

[302] La mission constate par ailleurs, après ses rencontres en région, que l'intégration pédagogique de la maïeutique est, en principe, presque achevée, mais souvent théorique, les doyens de médecine étant peu organisés pour faire progresser la discipline avec les responsables de structures de formation. Dans de nombreux sites, la question matérielle des locaux reste en devenir. A Marseille et VSQ, l'université a intégré les étudiantes dans ses locaux. A Grenoble et Nancy, des projets sont en cours. A Lyon-Sud les locaux initialement prévus ont été réaffectés faute de transfert en gestion. Le plus souvent, les locaux sont restés hospitaliers. La localisation est neutre pédagogiquement et en gestion (la location est possible, les effectifs sont limités), mais naturellement symbolique et fonctionnelle. Pour faire évoluer le nombre de formations maïeutique dans le sens d'une universitarisation accrue, la mission préconise de mettre en œuvre les recommandations consolidant les instituts de formation universitaire dans le champ de la loi de 2004, en donnant une priorité à la maïeutique.

[303] L'expérimentation demeure en effet possible pour la maïeutique, dans le cadre légal actuel : si les acteurs en sont d'accord, le transfert de gestion du CHU à l'université est et demeure possible, comme le montre les trois exemples cités ; une convention bipartite région-université se substitue alors à la convention tripartite, en application de l'article L. 4383-5 du code de la santé publique. Sans changer la localisation des sites de formation, les six cas particuliers cités mettraient en jeu un autre partenaire ou un double site, donc une convention au moins tripartite.

[304] Pour le cas particulier de la maïeutique, l'intégration la plus complète possible peut être mise en œuvre au sein de l'université, en restant dans le cadre de la loi de 2004 et du droit à compensation pour le fonctionnement et l'équipement des structures de formation, avec autorisation, agrément et financement relevant de la compétence régionale. Cependant, 90 % des structures de formation de maïeutique étant à ce jour gérées par les CHU, le rapprochement des formations médicales suppose des accords entre équipes pédagogiques, CHU et universités, les locaux de formation devenant à terme le plus souvent universitaires, avec possibilité de maintenir antennes ou exceptions (Metz, Bourg-en-Bresse et Foch).

¹²⁸ UVSQ et Montpellier, la composante autonome d'Aix-Marseille université ayant par définition son budget, mais un accord local a été trouvé pour laisser à l'AP-HM les dépenses relatives aux indemnités de stage et frais de déplacement des étudiants qui demeurent subventionnées par la région.

Recommandation n°28: Les deux ministères en charge, en lien avec les conférences, devraient porter une vigilance particulière à la maïeutique, seule formation médicale actuellement dans le champ de la loi de 2004. Des solutions adaptées à ses spécificités peuvent le cas échéant être utiles pour les formations paramédicales et les préfigurer. Un toilettage des textes entérinant immédiatement l'ancrage pédagogique à l'université (sous forme de département ou de composante autonome), de la discipline et de la vie étudiante, est nécessaire ; il doit prévoir l'identité entre conseil de département et conseil pédagogique, et sa mise en cohérence dans les six cas cités où le département de maïeutique correspond à deux structures et sites de formation.

4 ETENDRE LA LOGIQUE D'ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR AUX ECOLES ET INSTITUTS DE FORMATION PARAMÉDICAUX (MESURE 14)

[305] L'évaluation externe des formations paramédicales n'a pas eu lieu à ce jour. S'agissant de la formation infirmière, la première universitarisée, les éléments récemment publiés par la DREES ou recueillis auprès des professionnels sont globalement positifs mais insuffisants. L'évaluation externe des formations, selon la procédure de droit commun de l'enseignement supérieur, telle que l'a préparée le Haut conseil pour l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) demeure d'autant plus nécessaire.

4.1 Les éléments d'évaluation disponibles de la formation infirmière

4.1.1 Les principes de la réingénierie des formations universitarisées

[306] La réingénierie des formations paramédicales, universitarisées à partir de 2009, s'est faite dans le cadre du schéma « LMD ». Pour le diplôme d'État infirmier, elle a abouti à sa reconnaissance au grade de licence, mais pas à la délivrance du diplôme de licence, selon la distinction entre grade et diplôme. Il n'existe d'ailleurs pas de licence dans leur domaine de formation. Quelques universités ont néanmoins développé une offre spécifique à destination des titulaires du diplôme d'état d'infirmier. C'est le cas de l'université d'Aix-Marseille, en partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP), ou encore de l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.

[307] La réforme de la formation des infirmières¹²⁹ s'est faite sur la base d'un référentiel d'activités qui recense neuf domaines d'activités professionnelles (parmi lesquels l'observation et du recueil des données cliniques, la surveillance de l'état de santé des personnes, les soins et l'activité diagnostique et thérapeutique, etc.) et fixe cinq compétences « corps de métiers » et cinq compétences « transverse ».

[308] Le volume horaire de la formation a été fixé à 4 200 heures (cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels guidés, stages), 300 heures de travail guidé, 900 heures de travail personnel. Les heures d'enseignement et de formation correspondent à 180 ECTS, dont 120 d'enseignement théorique (les unités d'enseignement dites contributives comptent pour 42 ECTS) et 60 d'enseignement clinique. Il existe quatre disciplines de stages : soins de courte durée ; soins en psychiatrie et santé mentale ; soins de longue durée, soins de suite, et de réadaptation ; soins à domicile, en lieux de vie, de travail.

4.1.2 La formation infirmière est plus attractive et mieux suivie avec davantage de réussite au diplôme

[309] Le profil des étudiants en soins infirmiers dressé par la DREES¹³⁰ est féminin, mobile et plus diversifié socialement que pour les autres formations paramédicales. En effet, 83 % des étudiants sont des femmes et 22 % des étudiants admis en instituts changent de région pour

¹²⁹ Arrêté du 31 juillet 2009.

¹³⁰ Bénédicte Casteran-Sacreste « Profil des étudiants infirmiers en 2014 », études et résultats 982, DREES, novembre 2016.

étudier. Ce profil a fortement évolué depuis 2004 : aujourd'hui 32 %, au lieu de 19 %, ont suivi une formation préparatoire au concours d'entrée et 18 % sortent directement du lycée au lieu de 28 %. La part d'étudiants précédemment en activité dans la vie professionnelle avant l'entrée en IFSI est relativement stable en revanche, 30,7 % au lieu de 32,3 %, dont environ 8 % en promotion professionnelle d'aide-soignant. La quasi-totalité des étudiants (94 %) a le baccalauréat, 33 % un baccalauréat scientifique (contre 90 % en PACES et 96 % en kinésithérapie), 26 % un baccalauréat sciences et technologies de la santé et du social (ST2S) et 18 % un baccalauréat économique et social (ES). Un étudiant sur cinq a un parent cadre (soit 20 points de moins que pour les autres formations paramédicales) et un étudiant sur cinq a un parent ouvrier tandis que près d'un étudiant sur trois a un parent employé.

[310] Le nombre d'étudiants en formation correspond, depuis la réforme, globalement aux capacités de formation fixées par arrêté interministériel, soit un peu plus de 31 000 inscrits en première année. La formation infirmière apparaît plus attractive, avec un taux d'occupation maximal, à hauteur des quotas, contrairement à la situation qui prévalait avant la réforme où le nombre de places vacantes était conséquent. Les abandons en cours de formation ont été réduits d'un tiers, passant de 16 % à 11 %. La réussite au jury final progresse de quatre points en quatre ans. Enfin, la validation des acquis de l'expérience (VAE), encore marginale se développe sur la période et représente désormais 1 % des diplômés. Au total, à capacités de formation identiques, 15 % d'infirmières supplémentaires sortent diplômées depuis la reconnaissance du grade de licence.

[311] Un peu plus de 25 539 étudiants ont obtenu le diplôme en 2014 (94 % de réussite). Le nombre d'abandons entre la première année et la deuxième, puis entre celle-ci et la troisième est en réduction et estimé par la DREES respectivement à 4,0 % et 3,2 % ; ceci n'implique pas mécaniquement une sortie sans qualification, car une première année validée vaut équivalence diplôme d'aide-soignante. Au final, le bilan de la réforme de la formation des infirmiers met en évidence des éléments encourageants : meilleure réussite au diplôme, un taux d'abandon en réduction et une hausse des recrutements, avec en longue période un fort développement des préparations au concours IFSI.

4.1.3 Les principales évolutions appréciées par les acteurs

[312] Les entretiens effectués par la mission reflètent plusieurs types d'interrogations, non objectivables au vu des études disponibles. Le premier constat des professionnels et universitaires est celui d'une amélioration des connaissances théoriques. La série S du baccalauréat paraît corrélativement favoriser les études en IFSI, le baccalauréat professionnel et les ST2S nécessitant davantage d'accompagnement. La même étude DREES note qu'entre 2004 et 2014, la proportion de bacheliers S a progressé de 7 points, de 26 % à 33 %, quand celle des bacs ST2S régressait de 5 %. Cette évolution de longue période peut difficilement être attribuée à une évolution générale ou spécifique, ou à la réforme de 2009. Un renforcement des prérequis théoriques à l'entrée en formation peut cependant être de nature à défavoriser le recrutement des bacheliers professionnels.

[313] Concernant la partie pratique et clinique de la formation, une des principales difficultés évoquées se situe dans la relative insuffisance des terrains de stages, alors que le référentiel de la profession requiert une diversité des offres. Le calendrier des stages, impliquée par la « semestrialisation » des études du fait de la réforme de 2009 fait parfois difficulté. Une réflexion sur l'adaptation de la « semestrialisation » (par fractionnement, échelonnement, ou avancement des dates) au déroulement des stages pourrait, en ce sens, être menée avec profit. Pour garantir le caractère professionnalisant de la formation et la qualité des stages, la formation des tuteurs de

stage doit être encouragée, et la valorisation de leur fonction étudiée. Plus globalement, une évaluation du volet clinique de la formation fait partie des réflexions en cours au HCERES.

4.2 L'évaluation des formations universitarisées est prévue par la loi et préparée par le HCERES

[314] Aux termes de la loi n°2013-660 du 23 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, l'évaluation externe des universités est désormais assurée par le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES). S'agissant des formations paramédicales, la mesure 14 de la grande conférence de santé proposait, en cohérence, d'« étendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux ». La mesure proposée visait à « confier au HCERES le soin de rédiger le cahier des charges d'un dispositif d'évaluation des formations paramédicales. Les modalités de mise en œuvre de l'évaluation [devraient faire] l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (organisations étudiantes, représentants des organismes de formation, ARF, ordres [...]) ».

[315] Concernant plus particulièrement les IFSI, le décret du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires du diplôme d'État infirmier prévoit, d'une part, que les conventions à conclure entre les instituts et les universités fixent les conditions de la participation des universités aux dispositifs internes d'évaluation conduits par l'organisme de formation, et d'autre part, que lesdites formations feront l'objet d'une évaluation nationale périodique par le HCERES (articles D. 636-70 et 71 du code de l'éducation).

[316] En pratique, ce dispositif n'a pas été mis en œuvre, à la différence de l'évaluation des formations médicales déjà existantes au sein de l'université (PACES, médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique). L'évaluation est en outre un corollaire nécessaire de la délivrance de diplômes nationaux, dans le cadre d'une universitarisation « pleine et entière », selon les termes du président du HCERES. Elle précède l'accréditation de l'établissement habilité à délivrer les diplômes, prévue par la loi 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et la recherche¹³¹.

[317] L'évaluation est un processus qui vise à renforcer la culture de l'autoévaluation dans les établissements. Cela nécessite l'établissement d'un référentiel et d'un programme de travail et une concertation approfondie avec les différents acteurs. Le HCERES a en charge actuellement quelques 6 000 formations, (environ 1 200 par année d'évaluation, l'ensemble étant donc évalué sur cinq années). Le département d'évaluation des formations recourt à environ 20 à 30 délégués scientifiques (dorénavant des conseillers scientifiques) pour prendre en charge la programmation d'une année d'évaluation. Les conseillers scientifiques font appel (pour le travail d'évaluation) à quelques 700 experts par année d'évaluation. L'évaluation est réalisée par des comités d'experts (entre 6 et 12 experts).

[318] Ces travaux préalables supposent également la définition de critères d'évaluation (notamment indépendance, transparence et absence de conflits d'intérêt), et l'octroi de moyens suffisants au HCERES pour auditer les quelques 600 instituts. D'ores et déjà un travail a été mené par la DGESIP, la DGOS et le HCERES sur l'adaptation du « référentiel HCERES d'évaluation externe d'une formation » aux formations paramédicales, présenté aux représentants des instituts paramédicaux et aux acteurs académiques, que l'on trouvera en annexe 8. Il doit permettre aux

¹³¹ Article L613-1 du code de l'éducation, voir partie 3.1.2.

instituts de formations paramédicales de mettre en place une autoévaluation de leurs formations selon une méthodologie commune.

[319] Le Haut conseil a évoqué, avec la mission, deux hypothèses de travail concernant cette future démarche d'évaluation : une première hypothèse consisterait évaluer les universités qui ont passé convention avec les instituts de formation ; une autre, multipliant le nombre d'acteurs, viserait à initier d'emblée l'évaluation des instituts. Cette formule suppose des moyens plus conséquents et peut-être aussi une plus forte mobilisation de l'ensemble des acteurs.

[320] Le coût d'une évaluation comprend le coût d'un expert sollicité et mobilisé pour une évaluation estimé par l'HCERES à environ 2 500 €, décomposé comme suit : 1 000 € d'indemnités, 700 € de frais de déplacements et d'hébergement, 400 € pour la réalisation et la confection des rapports, et enfin 400 € couvrant la part des charges de structure et de soutien.

[321] Sur cette base, selon le HCERES, pour les formations paramédicales, le coût d'une évaluation sur site peut être estimé à 10 000 € par site (quatre experts par institut). Sur une base de 500 à 600 instituts de formation (de niveau bac+3 ou supérieur) et d'évaluation d'une centaine d'instituts par an, le coût serait d'environ 1 M€ par an. Le Haut conseil estime par ailleurs que des frais plus importants pourraient être engagés en vue d'un accompagnement plus intense des instituts, au démarrage du processus. En l'état, aucun moyen budgétaire supplémentaire n'est par ailleurs prévu concernant la subvention de l'État au HCERES. L'alternative est une facturation aux universités ou instituts des frais d'évaluation des formations paramédicales.

[322] Le référentiel d'évaluation, prochainement validé, permettra un premier test, et d'inaugurer la phase d'autoévaluation des instituts, avec l'appui du HCERES. Parallèlement, l'évaluation des universités ayant conventionné avec les instituts et entrant dans la prochaine vague pourrait être engagée. Les deux initiatives pourraient ainsi converger. Enfin une réflexion sur les ressources du HCERES dans le domaine des professions de santé, appelées à représenter une part importante de son activité, devra être menée. La question de l'évaluation des stages par le HCERES, pointée s'agissant des professions médicales dans un rapport IGAS-IGAENR¹³², doit être posée pour les formations paramédicales.

Recommandation n°29 : Expérimenter le référentiel d'évaluation préparé par le HCERES dès la prochaine vague d'évaluation universitaire, en impliquant l'ensemble des instituts de formation paramédicaux en convention tripartite avec une ou des universités de cette vague, et après validation, en le généralisant lors des vagues d'évaluation suivantes, et en garantissant l'effectivité de l'évaluation et les ressources qui lui sont nécessaires.

[323] L'évaluation externe apparaît, par ailleurs, comme propre à renforcer les liens, et le contrôle pédagogique, entre l'université et les instituts de formation publics et privés. L'évaluation positive du HCERES serait en outre un élément conditionnant l'autorisation quinquennale des instituts par le conseil régional, à introduire à l'article L. 4383-2 du code de la santé publique.

Recommandation n°30 : Conditionner l'autorisation régionale des instituts de formation paramédicaux aux résultats positifs de l'évaluation et de l'accréditation des établissements et instituts de formation, en l'inscrivant dans les textes règlementaires.

¹³² Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR), décembre 2016, 2016-83R.

[324] En conclusion de ce rapport, et en synthèse des propositions touchant à ces quatre mesures de la grande conférence de santé, peuvent être résumées les évolutions des rôles proposés pour chacun des acteurs, et une estimation des coûts modérés associés à certaines recommandations, l'ensemble visant par la simplification, le regroupement, la coordination et la mutualisation, à éviter les pertes de temps, de qualité, et de ressources, encore nombreuses dans l'appareil de formation paramédical, au regard des enjeux de santé et d'innovation pédagogique.

[325] La formation en santé est par excellence un secteur où l'innovation numérique et la simulation est apparu d'emblée bénéfique, selon le principe « jamais la première fois sur un patient ». Mais l'avenir des professionnels et celui du système de santé reposent également sur la capacité des formations médicales et paramédicales à renforcer l'interdisciplinarité et la transversalité des prises en charge afin de préparer à l'exercice de demain. On trouvera dans la table en fin de rapport des indications de priorité et d'échéance pour chacune des trente recommandations faites par la mission :

- pour la mesure 5 de la grande conférence de santé, les recommandations 1 et 2 concernent les droits des étudiants ;
- pour la mesure 6, les recommandations 3 à 7 touchent au financement et les recommandations 8 et 9 au recrutement par admission post-bac et une première année universitaire ;
- pour la mesure 13, les recommandations 10 à 12 concernent les droits et le diplôme, les recommandations 13 à 16 la pédagogie et son pilotage, 17 à 19 la réingénierie des formations, 20 à 22 la recherche, les perspectives de bi-appartenance et l'agrément des directeurs d'institut, 23 à 26 la gouvernance, le pilotage, regroupement et coordination des instituts, la recommandation 27 le financement par un budget annexe des universités, et la recommandation 28 la maïeutique ;
- enfin la mesure 14, recommandations 29 et 30, conclut par l'évaluation des formations.

[326] Dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dont certains points sont appelés à évoluer, conseils régionaux et État doivent :

- maintenir un pilotage commun, sur la base de la répartition des compétences actée en 2004, partagées pour l'État entre deux ministères (enseignement supérieur et santé) et deux réseaux (rectorats et ARS, en lien avec universités et instituts) ;
- mettre en œuvre dès la rentrée universitaire 2018 les mesures relatives à la simplification du parcours des étudiant : il s'agit en particulier de leur inscription administrative dans le système d'information universitaire, ayant pour contrepartie le versement des droits de scolarité aux universités. Cette procédure entraîne la délivrance de la carte d'étudiant et l'accès aux droits afférents, l'accès aux outils, notamment numériques, la délivrance directe du diplôme et du grade par l'université.
- mettre en œuvre la simplification de la gouvernance et l'universitarisation des formations délivrées en instituts, et notamment la rénovation des critères d'agrément des directeurs d'instituts ;
- construire dans le cadre de la plateforme État-régions du 27 juin 2016, et de son axe « Régions-État : ensemble pour la santé » de nouvelles règles de financement, en étendant aux universités l'obligation d'un budget annexe transparent et exhaustif, tel que mis en œuvre depuis 2004 dans les établissements de santé, en réévaluant les droits à compensation pour les formations actuellement non, ou insuffisamment, financées dans les instituts de formation universitaires, hospitaliers publics, ou associatifs, et en clarifiant les besoins et programmations en matière d'investissement.

[327] S'agissant de l'État, les ministères chargés de l'enseignement supérieur, et de la santé doivent :

- d'ici la rentrée 2018, achever la réingénierie des formations d'IBODE, puériculteurs, psychomotriciens et cadres de santé, pour les diplômes évoqués, et, d'ici la rentrée 2019 pour les formations en trois ans (audioprothésistes, techniciens de laboratoire médical), les préparateurs en pharmacie hospitalière et les diplômes en deux ans (BTS/DUT de techniciens de laboratoire médical, de diététicien, de prothésiste-orthésiste) ;
- ouvrir les perspectives de bi-appartenance en maïeutique et pour les professions paramédicales et élargir le CNU-santé à ces disciplines ;
- mobiliser le réseau des ARS et des rectorats, aux côtés des régions, des universités et CHU, des instituts et de leurs gestionnaires pour mettre en œuvre les suites de la grande conférence de santé.

[328] Dans l'offre de formation rénovée avec ces simplifications, l'étudiant ou l'étudiante :

- bénéficie de ce parcours simplifié et des outils nationaux des universités (sélection par APB, droits sociaux mieux reconnus et plus accessibles, inscriptions facilitées et clarifiées), comme tout étudiant de l'enseignement supérieur ;
- bénéficie du maillage étendu des IFSI et des autres instituts de formation, de politiques de stage mieux coordonnées dans les territoires et d'instituts de formation déployant plus facilement innovations pédagogiques et qualité évaluée des formations ;
- est représenté dans la gouvernance de proximité (institut et site de formation) et à l'université et dans les regroupements d'instituts se situant à cette échelle ou celle de la région, tant pour les questions de vie étudiante ou pédagogiques qu'en matière disciplinaire, et peut bénéficier des appuis, médiations et garanties utiles.

[329] Les instituts de formation, autorisés par le conseil régional, et sous l'autorité de leurs directeurs agréés :

- préparent et forment les étudiants dans une autonomie qui évolue avec le partenariat avec l'université référente et les coordinations ou regroupements entre instituts publics, voire privés lorsqu'ils sont associés et avec leurs spécificités ;
- développent l'innovation pédagogique, participent aux évaluations externes en lien avec leur université référente, qui contribue aux enseignements des domaines transversaux, aux commissions d'attribution des crédits et délivre les diplômes ;
- contribuent à la maîtrise des budgets de formation, en fonctionnement, équipement et investissement, en participant à l'identification des coûts de formation, des droits à compensation, en lien avec universités, régions et État ;
- engagent la transformation de leurs équipes pédagogiques en développant l'exercice partagé, les formations de formateurs, afin de s'inscrire dans le développement de la recherche et les perspectives de bi-appartenance.

[330] Les universités dans ce cadre rénové et simplifié :

- reçoivent les droits de scolarité de tous les étudiants paramédicaux et assurent les services qui en découlent, inscriptions administratives, délivrance des cartes, accès aux espaces numériques de travail et aux services et prestations universitaires, délivrent les diplômes d'État et les gardes correspondants après avoir organisé les jurys finaux ;
- assurent les formations à la recherche, et en lien avec les CHU, autres établissements et le secteur ambulatoire, favorisent les parcours recherche ;

- prennent une place plus active dans la gouvernance renouvelée, participent aux GCS, regroupements étendus à tous les instituts de formation ;
- construisent avec les régions et les instituts des budgets annexes formations sanitaires subventionnées par les régions, qu'elles assurent la gestion intégrale de l'institut ou interviennent de façon transversale ;
- mettent en place une première année universitaire de rééducation nouvelle, à côté des accès PACES/STAPS/SVT et pour les formations qu'elles gèrent, sélectionnent par APB en lieu et place du concours.

[331] Enfin, les recommandations tendant au regroupement, à la coordination et à la mutualisation des ressources et outils, en particulier dans le cadre du projet d'Université numérique en santé doivent permettre, à progression modérée des ressources, de développer les innovations pédagogiques et de compenser en partie les surcoûts identifiés pour certaines recommandations et détaillés en annexe 9 :

- il est utile, pour mettre en perspective le montant des compensations liées aux mesures préconisées, de rappeler l'ordre de grandeur des subventions actuellement versées par les régions et des droits à compensation qui leur sont alloués par l'État, soit 600 M€ pour le fonctionnement des instituts de formation sanitaire post-bac et 70 M€ pour les bourses sur critères sociaux dans ces instituts ;
- selon le mécanisme de compensation concerté et éprouvé depuis 2009, la poursuite de la réingénierie entraînera surcoût et droit à compensation au titre d'un allongement d'un an des études en institut, pour 50 % des puéricultrices (3,5 M€), les psychomotriciens (4,3 M€, mais 80 % des étudiants sont actuellement dans des instituts non financés), et à terme, le cas échéant, les ergothérapeutes (3,6 M€, partiellement financés également, voir points suivants) ;
- le droit à compensation identifié pour les formations de rééducation historiquement à l'université en totalité ou partiellement peut à terme être estimé à 10 M€ pour les 2 000 étudiants à l'université en masso-kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité et pédicures-podologues, et pour les formations exclusivement universitaires d'orthophonie, orthoptie et audioprothèse, à 30 M€ ;
- la compensation des droits de scolarité peut être provisionnée à 10 M€ ou 50 % pour l'ensemble des instituts en moyenne, au terme de quelques années également ;
- la complétude d'un financement des instituts privés non lucratifs, afin de garantir l'équité des droits de scolarité pour les étudiants peut être estimée à terme autour de 10 M€ également, enveloppe qui permettrait de résorber sur l'ensemble du territoire les situations les plus inéquitables ;
- l'amplitude accrue de l'intervention des régions en matière d'investissement dans les instituts publics et privés, peut également être provisionnée à terme à environ 20 M€ en capital.

[332] L'ensemble de ces surcoûts et facteurs d'optimisation a vocation à entrer dans une discussion État-régions dans le cadre de la plateforme du 27 juin 2016, après montée en charge des compétences gestionnaires dans les universités et instituts et inventaire des besoins et programmations entre régions et ARS sur les cinq ans à venir.

[333] Au final, au regard de la dynamique soutenue des effectifs, et des enjeux d'innovation et qualité pédagogique, un surcoût de l'ordre de 10 % des enveloppes actuelles ou 70 M€ en droit à compensation peut être attendu au terme d'une montée en charge de cinq ans, et doit faire l'objet d'une programmation conjointe, au fur et à mesure de l'avancement des chantiers pédagogiques, juridiques et organisationnels associés.

Jean DEBEAUPUIS,

Axel ESSID

Membres de l'Inspection
générale des affaires sociales

Patrick ALLAL,

Stéphane ELSHOUD,

Frédéric THOMAS

Membres de l'Inspection générale de
l'administration de l'Education
nationale et de la recherche

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Mesure GCS et thème	Echéance
1.	Engager une réflexion sur le retour à la dévolution de l'ensemble des aides et prestations par les CROUS. A défaut, prévoir un portail numérique partagé entre régions et CROUS pour assurer un guichet unique.	DGOS-DGESIP	Mesure 5 Droits	à 3 ans
2.	Intégrer les instituts de formation paramédicaux aux schémas globaux de restauration universitaires.	DGESIP	Mesure 5 Droits	à 3 ans
3.	Envisager un financement obligatoire des instituts privés non lucratifs par les conseils régionaux, sur le modèle des instituts publics, afin de diminuer le reste à charge des étudiants, en en assurant la compensation par l'État.	DGOS	Mesure 6 Financement	à 3 ans
4.	Permettre le financement par la région des formations historiquement universitarisées, en en assurant la compensation par l'État.	DGOS-RdF	Mesure 6 Financement	à 3 ans
5.	Etendre l'enquête DREES aux formations d'orthophonie, orthoptie, audioprothèse et au DTS d'imagerie médicale et radiologie thérapeutique ainsi qu'au BTS et DUT de technicien de laboratoire, en partenariat avec la DEPP.	DREES	Mesure 6 Financement	à 3 ans
6.	Accompagner les universités concernées par les formations orthophonie, orthoptie et audioprothèse dans l'identification des coûts, dépenses et recettes afférentes, afin d'évaluer le droit à compensation (en cohérence avec la recommandation 27 rendant obligatoire un budget annexe).	DGESIP	Mesure 6 Financement	à 3 ans
7.	Après recensement du patrimoine immobilier des instituts, clarifier le cadre d'intervention régional en matière d'investissement.	DGOS-DGESIP	Mesure 6 Financement	à 3 ans
8.	Supprimer pour les bacheliers les concours d'accès aux formations de niveau bac+3 et les remplacer par une sélection directe par les instituts de formation à partir d'APB.	DGESIP-DGOS	Mesure 6 APB	à 5 ans
9.	Supprimer les concours pour l'accès aux formations de niveau bac+5 et généraliser le recrutement dans les	DGESIP-DGOS	Mesure 6	à 3 ans

	instituts de formation à partir d'une première année universitaire (PACES, L1 STAPS, SVT ou autre, type rééducation accessible par APB).		APB	
10.	Modifier les textes règlementaires pour préciser que les étudiants paramédicaux versent directement aux seules universités référentes les droits annuels de scolarité, fixés par arrêté annuel du MESR, et non plus aux instituts de formation publics et privés, à l'exclusion de toute autre contribution.	DGESIP-DGOS	Mesure 13 Droits et diplôme	Rentrée 18
11.	Habiller les universités, en lieu et place des DRJSCS, à délivrer tous les diplômes d'État à compter de la rentrée 2018, au fur et à mesure de leur réingénierie, comme elles le font déjà pour certaines formations paramédicales.	DGESIP	Mesure 13 Droits et diplôme	Rentrée 18
12.	Inscrire dans le code de l'éducation (article D. 613-7) tous les diplômes d'État des professions paramédicales de niveau bac+3 et plus comme diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et prévoir la délivrance automatique du grade de licence ou master correspondant. Cette délivrance aurait lieu dans les conditions usuelles, donc soumise à évaluation externe (HCERES), et accréditation (par le MESR) des universités.	DGSO-DGESIP-RdF	Mesure 13 Droits et diplôme	Rentrée 18
13.	Les ministères pilotes doivent s'assurer avec les régions que dans chaque région au moins un ENT performant est ouvert aux étudiants et formateurs dès la rentrée 2018, en lien étroit avec les universités et leur projet national d'université numérique.	DGOS-DGESIP	Mesure 13 Pédagogie	Rentrée 18
14.	Soutenir l'innovation pédagogique et la qualité des formations en mutualisant les ressources et en réduisant les hétérogénéités entre régions et au sein de chacune d'entre elles par un pilotage fort État-régions, s'inscrivant dans la plateforme signée le 27 juin 2016 « État-régions : Ensemble pour la santé » et coordonnant les acteurs, universités et instituts de formation, y compris entre régions.	DGOS-DGESIP-RdF-ARS	Mesure 13 Pilotage et Pédagogie	Rentrée 18
15.	Les ministères pilotes et les régions doivent soutenir le projet d'université numérique en santé, afin d'accélérer et faciliter l'innovation pédagogique, par le numérique et la simulation, dans toutes les régions.	DGESIP-DGOS—RdF-ARS	Mesure 13 Pédagogie	1/1/18
16.	Poursuivre la mutualisation entre formations médicales et paramédicales des centres de simulation développés par les universités et soutenus par l'État	DGESIP-DGOS—RdF-ARS	Mesure 13 Pédagogie	Rentrée 18

	(ARS et rectorats) et les régions.			
17.	Réingénier le diplôme d'État de psychomotricien sur une durée de 1 an + 2 ans + 2 ans reconnue au grade de master, avec une première année universitaire généralisée, PACES/STAPS/SVT ou nouvelle année accessible par APB avec sélection, et 4 ans en institut public ou privé. Généraliser également à terme cette nouvelle année accessible par APB et ce schéma pour les ergothérapeutes et les orthophonistes.	DGOS-DGESIP	Mesure 13 Réingénierie	Rentrée 18
18.	Réingénier les deux dernières spécialités infirmières (puéricultrices et IBODE) en 2 ans (comme les IADE) et les reconnaître au grade de master.	DGOS-DGESIP	Mesure 13 Réingénierie	Rentrée 18
19.	Réingénier le diplôme de cadre de santé en maintenant sa durée à un an de formation, précédée d'une mise en situation professionnelle de cadre de santé d'au moins un an, avec sélection remplaçant l'actuel concours, couplée à un parcours universitaire de master de management en santé, une première année validée par VAE et 60 ECTS pour la seconde année, conduisant à un diplôme de master. Renover en cohérence les conditions et modalités d'accès au grade de cadre supérieur de santé paramédical et au corps de directeur des soins.	DGOS-DGESIP	Mesure 13 Réingénierie	Rentrée 18
20.	Favoriser pour une fraction variable des étudiants paramédicaux en formation initiale ou de spécialité les parcours universitaires de recherche (M1 ou M2), avec validation du M1 pendant le diplôme d'État, comme pour les formations médicales.	DGOS-DGESIP	Mesure 13 Recherche	A 3 ans
21.	Engager sans délai la réflexion en vue de créer pour la maïeutique et les sciences infirmières, la rééducation et les disciplines médico-techniques des corps bi-appartenants (maîtres de conférences et professeurs des universités), sur le modèle de la loi de 2008 pour la médecine générale, et élargir le CNU à ces disciplines de santé.	DGOS-DGRH- DGAFP	Mesure 13 Corps bi- appartenants	Rentrée 18
22.	Réviser l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation en supprimant toute référence au diplôme cadre de santé et en posant comme critère d'agrément des directeurs d'instituts et des formateurs permanents la possession d'un diplôme universitaire de niveau I (master/doctorat).	DGOS	Mesure 13 Critères d'agrément directeurs	Rentrée 18
23.	Poursuivre la concertation sur l'arrêté gouvernance des principaux instituts de formation en simplifiant fortement la gouvernance et l'arrêté, avec un conseil	DGOS-DGESIP	Mesure 13 Gouvernance	Rentrée 18

	stratégique et pédagogique par territoire universitaire, et un conseil local vie étudiante par institut. La responsabilité du directeur d'institut reste entière mais avec l'universitarisation il participe au département pédagogique universitaire et bénéficie comme les étudiants des appuis et procédures pédagogiques et disciplinaires de l'université.			
24.	A sites de formation inchangés, poursuivre les fusions et coordinations d'instituts dans le cadre des GHT et expérimenter sur les territoires universitaires ou régionaux volontaires la coordination pédagogique (instances), juridique (conventions), et budgétaire des instituts de formation IFSI-IFAS et autres instituts paramédicaux par un GCS (groupement de coopération sanitaire) associant comme partenaire l'université référente.	DGOS-RdF-ARS	Mesure 13 Regroupement et coordination	A 3 ans
25.	Développer toutes les formes de coordination ou regroupement d'instituts qui permettent une coordination pédagogique, stratégique ou gestionnaire sans modifier les sites et capacités de formation quand ils sont jugés pertinents.	DGOS-RdF-ARS	Mesure 13 Regroupement et coordination	A 3 ans
26.	Mettre en cohérence les liens et périmètres de convention tripartites entre GHT et territoires universitaires et, en Ile-de-France, groupements hospitaliers de l'AP-HP.	ARS	Mesure 13 Regroupement et coordination	A 3 ans
27.	Transposer dans le code de l'éducation l'obligation existant dans le code de la santé publique depuis 2004 (R. 6145-12 et 56) de retracer dans un budget annexe de l'université les recettes et dépenses afférentes aux formations financées par le conseil régional, maïeutique et rééducation ou paramédical, soit intégralement, soit partiellement en application de conventions tripartites avec des instituts publics et privés, au titre de la participation de l'université dans ces formations.	DGESIP	Mesure 13 Budget annexe à l'université	1/1/18
28.	Les deux ministères en charge, en lien avec les conférences, devraient porter une vigilance particulière à la maïeutique, seule formation médicale actuellement dans le champ de la loi de 2004. Des solutions adaptées à ses spécificités peuvent le cas échéant être utiles pour les formations paramédicales et les préfigurer. Un toilettage des textes entérinant immédiatement l'ancrage pédagogique à l'université (sous forme de département ou de composante autonome), de la discipline et de la vie étudiante, est nécessaire ; il doit prévoir l'identité entre conseil de département et	DGESIP-DGOS	Mesure 13 Maïeutique	A 3 ans

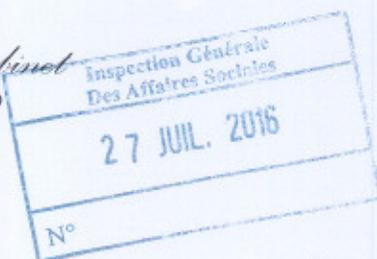
	conseil pédagogique, et sa mise en cohérence dans les 6 cas cités où le département de maïeutique correspond à deux structures et sites de formation.			
29.	Expérimenter le référentiel d'évaluation préparé par le HCERES dès la prochaine vague d'évaluation universitaire, en impliquant l'ensemble des instituts de formation paramédicaux en convention tripartite avec une ou des universités de cette vague, et après validation, en le généralisant lors des vagues d'évaluation suivantes, et en garantissant l'effectivité de l'évaluation et les ressources qui lui sont nécessaires.	DGESIP- HCERES- DGOS	Mesure 14 Evaluation	Rentrée 17
30.	Conditionner l'autorisation régionale des instituts de formation paramédicaux aux résultats positifs de l'évaluation et de l'accréditation des établissements et instituts de formation, en l'inscrivant dans les textes réglementaires.	DGOS-DGESIP	Mesure 14 Evaluation	Rentrée 18

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Les Directeurs de Cabinet
CAB – CG/AP - MP/Peg D16-019809



Paris, le 22 JUL. 2016

Note

A l'attention de

Messieurs Pierre BOISSIER et Jean-Richard CYTERMANN,
Chefs de service de l'inspection générale des affaires sociales
et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

Objet : Bourses et droits sociaux des étudiants des formations paramédicales et offre publique de formation dans tous les territoires

La *Grande conférence de la santé (GCS)* qui s'est tenue le 11 février 2016 a permis d'associer les acteurs actuels et futurs du monde de la santé, dans le cadre d'un travail de concertation prospectif et ouvert. Elle a été conclue par le Premier ministre, qui a annoncé la « feuille de route » du gouvernement (22 mesures).

La mesure 5 prévoit de renforcer les prestations sociales des étudiants des formations paramédicales.

L'accès aux prestations sociales (services universitaires et prestations des CROUS) diffère en effet pour les étudiants paramédicaux et les étudiants de l'Université, les premiers bénéficiant pour une partie d'entre eux d'une situation nettement moins favorable : il y a là, à la fois, des problèmes d'éligibilité et des problèmes pratiques d'accessibilité géographique (restauration collective, logement étudiant).

S'agissant des bourses, la situation prévalant avant la décentralisation aux régions par la loi de 2004 était très disparate. L'effort conséquent consenti par l'Etat (en plusieurs phases) pour compenser le transfert de compétence et celui des régions n'ont pas permis d'homogénéiser les situations entre les régions et entre les étudiants paramédicaux et les étudiants inscrits à l'université.

L'objectif fixé par le gouvernement est d'aligner à terme les droits des étudiants paramédicaux sur ceux des autres étudiants universitaires.

A cette fin, la feuille de route de la *Grande conférence de la santé* prévoit de s'assurer de la signature rapide des conventions permettant l'accès des étudiants paramédicaux aux prestations offertes par les CROUS, et de leur mise en œuvre effective, d'une part, de sensibiliser, dans le contexte de la nouvelle carte des régions, les exécutifs régionaux sur l'utilité d'un travail de convergence des droits aux bourses, d'autre part.

La mesure 6 prévoit d'étudier les conditions de déploiement d'une offre publique de formation pour toutes les professions de santé.

Les tarifs d'inscription dans certaines filières paramédicales ou certains types d'établissements sont hors-normes. Il n'est pas normal qu'il y ait des écarts si importants pour une même formation en fonction de la région ou du statut de l'établissement. Il en va du principe de justice mais aussi de l'efficacité de la régulation : régulation sociale en termes de diversité des origines sociales des professionnels de santé, régulation économique en termes de profil de carrière à la sortie.

L'objectif fixé par le gouvernement est d'améliorer l'accessibilité financière des formations paramédicales.

A cette fin, la feuille de route prévoit, d'une part de faire un inventaire complet dans chaque territoire, des offres disponibles à la fois publiques et privées afin d'identifier les besoins non couverts en lien avec les régions, d'autre part de diligenter une étude sur la formation des coûts des différentes formations paramédicales couplée avec une étude d'impact en vue du déploiement d'une offre publique.

La signature d'une plate-forme d'engagements réciproques entre l'Etat et les Régions en faveur de l'emploi, de l'apprentissage et du développement économique le 30 mars 2016 a constitué le premier acte d'un nouveau partenariat. Les enjeux d'aménagement du territoire et de vie quotidienne des Français que sont les transports et la santé font l'objet d'un second volet du partenariat Etat-Régions, conclu le 27 juin 2016.

Plusieurs mesures et objectifs de la *Grande conférence de la santé* rejoignent de fait les préoccupations des Régions en matière de formation médicale et paramédicale, de soutien financier des étudiants et de lutte contre la désertification médicale.

Nous sommes dès lors convenus avec l'Association des régions de France d'un certain nombre d'engagements destinés à mettre en œuvre la feuille de route de la *Grande conférence de la santé*.

En ce qui concerne la mesure 5 de la feuille de route, grâce à la signature de conventions *ad hoc* avec les CROUS et sans préempter le choix de l'organisme gestionnaire des bourses, il s'agit de permettre l'accès aux prestations des œuvres sociales universitaires pour les étudiants des formations paramédicales. Il s'agit également de faire converger les droits aux bourses servis à ces étudiants vers ceux servis aux étudiants inscrits à l'université. Compte tenu de la forte attente des étudiants et de leurs familles, une première avancée pourrait consister en l'alignement des bourses, en formation initiale, dans les meilleurs délais et si possible dès la rentrée 2016/2017, après mesure d'impact et calcul de la compensation correspondante.

A cette fin, il vous est demandé un état des lieux des prestations actuellement accordées, par région et par catégorie d'étudiants, afin d'évaluer les conditions financières et le calendrier possible de convergence et d'alignement. Vous évaluerez également l'opportunité de modifier la réglementation, notamment le code de la santé publique qui fixe les règles minimales de taux et de barème de ces aides, et le code de l'éducation qui fixe les montants des bourses et des aides au mérite pour les étudiants universitaires. Les modalités d'alignement pour les étudiants en formation continue seront également étudiées dans le cadre de cette mission.

Vous nous remettrez cet état des lieux et vos propositions en vue de la convergence pour la fin du mois d'octobre.

En ce qui concerne la mesure 6 de la feuille de route, l'Etat et les régions sont convenus d'étudier les besoins éventuels de déploiement d'une offre publique de formation pour toutes les professions de santé.

La déclinaison de cette mesure sera engagée via la réalisation conjointe par l'Etat et les Régions, d'ici la fin de l'année 2016, d'un inventaire de l'offre de formation publique et privée par région, afin de disposer d'un état des lieux précis de la situation et des enjeux les plus prégnants. L'Etat et les Régions tireront ensemble les conclusions de cet inventaire.

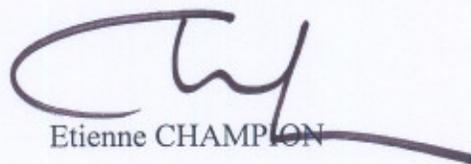
En parallèle, il vous est demandé, pour toutes les professions paramédicales réglementées, de conduire des travaux portant sur les déterminants des coûts des différentes formations sanitaires, sur la faisabilité tant sur le plan juridique que financier, et sur les modalités pratiques (y compris calendrier) de déploiement d'une offre publique dans les secteurs déficitaires (formations/régions).

Vous engagerez pour chacune de ces mesures le travail de cadrage méthodologique en lien étroit avec l'association des régions de France.

Vous nous remettrez votre étude et vos propositions pour la fin du mois de décembre 2016.



Christophe STRASSEL



Etienne CHAMPION

Les Directeurs de Cabinet
CAB-DA/CG/AP/Pcg-D16-019809

Paris, le - 6 DEC. 2016



Note

A l'attention de

Messieurs Pierre BOISSIER et Jean-Richard CYTERMANN,
Chefs de service de l'inspection générale des affaires sociales
et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

Objet : Complément à la lettre de mission du 22/7/16 relative à certaines mesures de la grande conférence de santé.

En complément de la lettre de mission citée, et en **articulation avec les mesures 6 et 13 de la feuille de route**, votre mission s'attachera également à définir en lien étroit avec l'association des Régions de France et les acteurs concernés les conditions d'un meilleur encadrement pédagogique des formations paramédicales confié à terme aux universités, de nouveaux jalons pouvant concerner d'abord certaines filières de formation ou certaines régions volontaires, et préfigurer la délivrance par les universités de certains diplômes d'Etat et la simplification des architectures juridiques, pédagogiques et financières associées.



Christophe STRASSEL



Etienne CHAMPION

LISTE DES PRINCIPAUX RESPONSABLES AUDITIONNES

I. Administrations centrales et autorités administratives

Direction générale de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle :

- Rachel-Marie Pradeilles-Duval, cheffe du service de la stratégie des formations et de la vie étudiante
- Christophe Castell, sous-directeur à la vie étudiante
- Jean-Christophe Paul, chef du département des formations de santé

Direction générale de l'organisation des soins :

- Katia Julienne, chef de service, DGOS par intérim,
- Mathias Albertone, sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- Cyril Roule, chef du bureau « démographie et formations initiales » (RH1)
- Sonia Lédée, adjointe au chef du bureau RH1

HCERES :

- Michel Cosnard, président
- Michel Robert, directeur du département de l'évaluation des établissements

Régions de France :

- Françoise Jeanson, conseillère régionale, présidente de la commission en charge des formations sanitaires et sociales
- Claire Bernard, conseillère sport, culture, jeunesse, santé, égalité femmes-hommes
- David Duval, référent formations sanitaires et sociales

Centre national des œuvres universitaires et scolaires :

- Emmanuel Giannesini, directeur

Ecole des hautes études en santé publique :

- Jean-René Ledoyen responsable filière directeurs des soins

Saint-Anne formation :

- Eric Chartier, directeur des soins, directeur qualité EPDSM La Réunion, ex-conseiller pédagogique ARS Océan Indien

II. Conférences nationales

Conférence nationale des directeurs généraux de CHU :

- Jean-Pierre Dewitte, président, directeur général du CHU de Poitiers
- Marie-Noëlle Gerain-Breuzard, présidente de la commission RH, directrice générale du CHU de Tours
- Guillaume Du Chaffaut, DGA du CHU de Montpellier

Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier :

- Frédéric Pigny, président, directeur du centre hospitalier d'Orthez

Conférence nationale des doyens de faculté de médecine :

- Jean-Luc Dubois-Randé, président, doyen de la faculté de médecine de Créteil

Conférence des présidents d'université :

- Yvon Berland, président de la commission santé, président d'Aix-Marseille Université

III. Organisations représentatives des étudiants et des instituts de formations

Association des enseignants des écoles d'infirmiers de bloc opératoire (AEEIBO) :

- Aline Dequidt-Martinez, présidente
- Joëlle Cloatre

Association française des étudiants et professionnels en psychomotricité (AFEPP) :

- Manuel Cérioli, président

Association nationale des directeurs d'école paramédicale (ANDEP) :

- Florence Girard, Présidente

Association nationale des étudiants en psychomotricité (ANEP) :

- Céline Navarro, présidente
- Amélie Galès, ex-présidente
- Cécile Buveret

Association nationale des puériculteurs(trices) diplômé(e)s d'État (ANPDE) :

- Sébastien Colson, président

Collège des équipes de direction des instituts de formations en psychomotricité :

- Marie-Christine Desmarescaux-Bulle, présidente
- Gérard Hermant
- Anne Gatecel

Comité d'entente des écoles d'IADE (CEEIADE) :

- Jean-Pierre Anthony, président
- Marc Le Derrouet, secrétaire du bureau
- Jean-Yves Leblanc, assesseur

Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance (CEEPAME) :

- Anne Dannenmuller, présidente
- Catherine Dujourdy.

Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) :

- Martine Sommelette, présidente
- Marielle Boissard
- Christine Magne.

Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) :

- Lisa Cann, présidente
- Jérémy Dojwa, vice-président

Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) :

- Juliette Quentin, présidente
- Pauline Lemersre, vice-présidente
- Théo Labat, vice-président

Instituts de formations de la Croix-Rouge :

- Maité Ané, directrice nationale de la formation

Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie (SNIFMK) :

- Philippe Sauvageon, président
- Michel Paparemborde

IV. Région Auvergne- Rhône-Alpes

ARS :

- Jean-Yves Grall, directeur général ARS, Auvergne Rhône-Alpes
- Alain Bernicot, conseiller pédagogique régional
- Corinne Panais, cheffe de service Professions de soins

Conseil régional :

- Cécilia Tejedor, directrice générale adjointe, Conseil régional Auvergne Rhône Alpes

- Catherine Gorce, responsable du service des formations médicales et sociales au Conseil régional Auvergne Rhône Alpes

Hospices civils de Lyon :

- Pierre Ménard, praticien hospitalier, responsable du pôle parcours de soins et professionnels de santé
- Patrick Deniel, secrétaire général
- Marie-Odile Reynaud directrice du personnel et des affaires sociales
- Corinne Joséphine, directrice adjointe en charge de la formation non médicale
- M. Granger et Mme Magne, directeurs de soins

CHU de Grenoble

- Jacqueline Hubert, directrice générale
- Estelle Fidon, adjointe au directeur des ressources humaines
- Mme Bellanger, directrice de l'IFSI
- Pascale Suc, Directrice de l'IFSI du CH Alpes Isère et administratrice du GCS régional
- Pierre Albaladejo, directeur scientifique de l'Ecole d'IADE
- Catherine Dujourdy, directrice de l'Ecole d'IADE et de l'Ecole de Puériculture
- Mme Briot, responsable pédagogique de la formation
- Jacques Vaillant, directeur de l'école de kinésithérapie

Université de Grenoble

- Dr. Pagonis
- Jean-Paul Romanet, doyen de la Faculté de Médecine,
- Olivier Palombi, vice-doyen
- M. le professeur Toussaint chargé de la coordination pédagogique paramédicale
- Chantal Séguin, Responsable pédagogique du département de maïeutique
- Mme Van der Heijde, Directrice administrative Faculté de médecine / santé
- Mme Almeras, responsable administrative

Université de Lyon I

- Vincent Fleury, Président
- Dominique Marchand, DGS
- Xavier Perrot, directeur de l'Institut des sciences et techniques de rééducation
- Carole Burillon, doyenne de la faculté de médecine maïeutique Lyon Sud
- Gilles Rode, doyen de la Faculté de médecine
- Pierre Cochat, professeur des universités – praticien hospitalier, président du comité de coordination des études Médicales
- Jean-François Guérin,, chargé des professions paramédicales

- Caroline Filikete, PU-PH, en charge de l'interprofessionnalisation des formations de santé
- Anne-Marie. Schott, directrice du département de biologie humaine

V. Région Centre-Val-de-Loire

ARS :

- Anne Gueguen, directrice de l'offre de soins
- Philippe Guérin, conseiller pédagogique

Conseil régional Centre -Val de Loire – Orléans :

- Leclerc Anne, vice-présidente déléguée aux formations sanitaires et sociales et à la santé
- Besnier Anne, vice-présidente déléguée à l'enseignement supérieur et à la recherche
- Porcher Emmanuel, directeur général adjoint, éducation, égalité des Chances, vie Citoyenne
- Gauthier, Dominique, directeur, apprentissage, formations sanitaires et sociales
- Brochard, Sylvain, conseiller au cabinet du président

CHU – Tours :

- Géraïn Breuzard Marie Noëlle, directrice générale
- Bertrant-Mapataud Marc, directeur des ressources humaine et des écoles
- Roux Amélie, directrice adjointe des ressources humaine
- Boileau Jean-Yves coordonnateur général des soins
- Kwocz Fabienne, coordonnateur des écoles

CHR - Orléans :

- Olivier Boyer, directeur général
- Florence Gerhards, directrice adjointe à la direction des ressources humaines
- Annabelle Couillandre, directrice pédagogique de l'institut régional de formation en masso-kinésithérapie
- Martine Marançais, coordonnatrice générale des soins
- Sylvie Quatrehomme, directrice de l'IFPM (Institut de formation paramédicale, entretien téléphonique)

Université François Rabelais-Tours :

- Vendrix Philippe, président de l'université
- Marret Henri, vice doyen de la faculté de médecine de Tours
- Claire Perrin, directrice du département universitaire de maïeutique

IFSI de Chalette-sur-Loing :

- Isabelle Auger, directrice IFSI/IFAS
- Chantal Chauveau de Castro, secrétaire
- Nathalie Hurter, secrétaire
- Corinne Jamet, formatrice
- Emmanuel Languet, responsable pédagogique

- Sandrine Navarro, formatrice
- Richard Polveroni, formateur

IRFSS la Croix-Rouge - Chambray-les-Tours :

- Maurice Chassagne, président du conseil de surveillance
- Françoise Parisot-Lavillonniere, directrice de l'IRFSS Centre

VI. Région Ile-de-France

ARS :

- Sébastien Firroloni, directeur du pôle en charge des ressources humaines en santé
- Bernard Régnier, conseiller auprès du directeur général
- Marie-jeanne Renaut, directrice des soins, conseillère pédagogique régionale
- Ljlijana Jovic, directrice des soins, conseillère technique régionale
- Catherine Naviaux-Bellec, directrice des soins, conseillère pédagogique régionale

Conseil régional :

- Marie-Hélène Granier-Fauquert, directrice générale adjointe
- Isabelle Smolen chargée de mission pour les aides aux étudiants

Université :

- Bruno Riou, doyen de la faculté de médecine de l'université Pierre et Marie Curie et président de la conférence des doyens de médecine d'Ile-de-France
- Christine Etchemendiguaray, directrice département maïeutique UVSQ

VII. Région Nouvelle-Aquitaine

ARS :

- Michel Laforcade, directeur général

CHU :

- Chantal Lachenaye-Llanas, directrice générale adjointe

Université de Bordeaux :

- Manuel Tunon de Lara, président
- Jean-Luc Pellegrin, directeur du collège sciences de la santé
- Pierre Dubus, doyen de l'UFR des sciences médicales
- Guy Kantor, responsable du projet master santé

VIII. Région Grand-Est

ARS Grand Est :

- Christophe Lannelongue, directeur général
- Simon Kieffer, DGA
- André Bernay, secrétaire général
- Mme. Rigon, CPR

Conseil régional :

- Steven Thénault, directeur de l'éducation, de la formation et de l'orientation professionnelle
- Valérie Schneider, responsable FSS

CHU Nancy :

- Bernard Dupont, directeur général
- Francis Bruneau DGA,
- Laurent Malfroy DRH,
- Mme Pierson, directrice IFSI
- Mme Cresson directrice maïeutique
- Alain Viaux, Directeur des soins
- Gérard Thomas, coordonnateur général des soins et directeur IFIADE

Université de Lorraine :

- Marc Braun, doyen de médecine,
- E. Baumgartner, VP Formation,
- Joël Ducourneau filière audioprothèse,
- Cécile Parletti-Winkler, filière orthophonie
- Olivier Dossmann, directeur de l'IF Ergothérapie

IFMK de Lorraine :

- Jean Paysan, président de l'IFMK
- Pascal Gouilly, directeur de l'IFMK

IFSI Epinal et GCS IFSI Lorraine :

- Mme Selib, directrice et administrateur

CHU Strasbourg :

- Christophe Gautier, directeur général,
- Jean-Marie Danion PCME,
- Céline Dugast DRH,
- Fabienne Groff, directrice IFSI et IFPDE,
- Laure Giacometti, directrice IFCS et IFIADE,
- Claude Doyen, directrice ESF

CH Mulhouse :

- Marc Penaud, directeur général

- Caroline Belot, DRH
- Patrick Lehmann, directeur IFSI
- Sandrine Monnet, directrice IFE et IFPM

Université Strasbourg :

- Jean Sibilia, doyen de la faculté de médecine
- Gilbert Vicente

IX. Région Occitanie

ARS Occitanie :

- Jean-François Rasode, directeur des premiers secours

Conseil régional

- Michel Boussaton, VP Formation
- Nadia Benoît, directrice FSS

CHU de Montpellier :

- Thomas le Ludec, directeur général
- Guillaume du Chaffaut, directeur général adjoint
- Virginie Valentin, directrice des ressources humaines
- Joël Gruet-Masson, directeur des soins

CHU de Toulouse :

- Raymond Le Moign, directeur général du CHU de Toulouse
- Richard Barthès DRH
- Patrick Fernandez, directeur du pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé
- Myriam Marty, directrice des ressources humaines

Université de Toulouse :

- Elie Serrano, doyen faculté de médecine Rangueil

Université de Montpellier-Nîmes :

- Philippe Augé, président
- Jean- Patrick Respaut, vice-président en charge de la formation et de la vie universitaire
- Michel Mondain, doyen de la faculté de médecine

X. Région PACA

AP-HM :

- Elisabeth Coulomb, directrice des ressources humaines

ARS :

- Norbert Nabet, directeur général adjoint

Conseil régional :

- Carine Santelli, cheffe de service

Aix-Marseille Université :

- Yvon Berland, président de l'université d'Aix-Marseille
- Georges Léonetti, doyen de la faculté de médecine
- Philippe Berbis, vice-doyen en charge des professions paramédicales

ANNEXE 1 : CHARTE ADMISSION POST BACCALAUREAT (APB)

Les informations de base APB 2017

Dans ce document sont présentés quelques éléments importants d'Admission-Postbac (APB) à destination des établissements d'origine des candidats, des établissements d'accueil en première année de l'enseignement supérieur, des services académiques d'information et d'orientation (SAIO).

Il s'agit d'une introduction générale aux « guides du site de gestion » pour la session 2017. Il est vivement recommandé par ailleurs de lire les guides du candidat que l'on trouvera à partir du 1^{er} décembre sur le site public : www.admission-postbac.fr , les « informations générales » et les « fils infos ». Le SAIO de votre académie est joignable par « contact, mes messages », en cas de besoin il transmettra votre message à la maîtrise d'œuvre (MOE) à l'INP de Toulouse ou à la maîtrise d'ouvrage (DGESIP).

A-1 LE PORTAIL NATIONAL ADMISSION POST BAC (APB).....	2
1. Le site.....	2
2. Le dossier unique.....	2
3. Les vœux.....	2
4. Le classement des candidats par les établissements.....	2
5. Les propositions d'admission.....	3
6. Ajustement du « nombre de candidats à appeler » (surbooking).....	3
7. Les admissions.....	3
8. Les inscriptions administratives.....	3
9. Guides APB pour les établissements.....	4
A-2 LA CHARTE DES ETABLISSEMENTS DE LA PROCEDURE ADMISSION POST BAC.....	5
A-3 LA CHARTE DES CANDIDATS APB.....	7
A-4 LE CALENDRIER APB 2017.....	8
A-5 L'APPRENTISSAGE DANS APB.....	10
1. Mode de gestion.....	10
2. Intégration des formations par apprentissage dans APB.....	10
3. Apprentissage commençant en deuxième année de sts ou d'iut.....	11
A-6 LES MODIFICATIONS 2017.....	12
1. Les candidatures.....	12
2. Dématérialisation des dossiers APB.....	12
3. Traitement automatisé critérisé pour les licences.....	12
4. Mentions de licences non offertes dans toutes les académies.....	12
5. Vœux groupés.....	12
6. Notification d'alertes sur smartphone.....	12
7. Rappel fin de liste : fin de l'obligation de répondre « oui définitif » le 14 juillet.....	12
8. Simplification de la procédure complémentaire.....	13

A-1 LE PORTAIL NATIONAL ADMISSION POST BAC (APB)

1. LE SITE

Depuis 2009 le portail www.admission-postbac.fr (APB) regroupe une très grande partie des formations d'enseignement supérieur (Licences, BTS, IUT, CPGE, Ecoles, ...) des 30 académies.

Destiné en priorité aux élèves de terminale, ce site est également utilisé pour les réorientations et par des élèves suivant des études à l'étranger pour l'entrée en première année dans l'enseignement supérieur en France. Le site enregistre chaque année plus de 20 millions de connexions hors consultations simples. Il a vocation à rassembler l'ensemble de l'offre de formation de l'enseignement supérieur français.

La maîtrise d'ouvrage (MOA) est assurée par la Direction Générale pour l'Enseignement Supérieur et l'Insertion Professionnelle (DGESIP) pour le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MENESR).

La maîtrise d'œuvre (MOE) est assurée au sein de l'Institut National Polytechnique de Toulouse (INP) par une équipe dédiée.

Le site de gestion (gestion.admission-postbac.fr) permet aux établissements d'effectuer le paramétrage de l'offre de formation, le suivi et la gestion des candidatures.

2. LE DOSSIER UNIQUE

Le dossier unique est constitué sur Internet par les élèves entre le 20 janvier et le 20 mars. Ce dossier comporte l'identité, les coordonnées, le cursus scolaire des 5 dernières années du candidat. Une adresse électronique est exigée et contrôlée au cours du processus de création du dossier. Un numéro de dossier et un code confidentiel sont fournis au candidat pour s'identifier lors des connexions ultérieures. Une récupération du dossier de l'année N-1 est proposée au candidat en réorientation lors de son inscription sur APB l'année N. Une recherche systématique de ce dossier sera faite.

Le dossier unique peut être complété en fonction des besoins des formations par des notes et appréciations, lettre de motivation, questionnaire ... sous forme électronique. **Conformément à la décision du Comité de pilotage du 20 mai 2016, les dossiers des candidats sont dématérialisés.**

Les professeurs de terminale et les chefs d'établissements sont invités à fournir chacun une appréciation sur leurs élèves sous forme électronique (AEL - fiche pédagogique, voir guide L).

3. LES VŒUX

Chaque élève sélectionne les formations qui l'intéressent parmi plus de 12 000 formations offertes dans APB. Il dispose pour cela d'un module de recherche de formation comportant différents critères de sélection.

L'élève doit interclasser ces vœux. L'ordre des vœux peut être modifié jusqu'à fin mai. L'ordre des vœux n'est pas connu des formations. Cette hiérarchisation des vœux est un élément extrêmement important dans APB car on s'efforcera systématiquement, lors des phases de propositions d'admission, d'offrir son premier vœu au candidat si son rang de classement et le nombre de places le permettent.

Les capacités d'accueil de certaines licences sont insuffisantes pour accueillir tous les candidats ; un traitement automatisé critérisé est alors effectué (Cf. A-6 § 3).

4. LE CLASSEMENT DES CANDIDATS PAR LES ETABLISSEMENTS

En avril-mai les formations sélectives établissent le classement de leurs candidats sans connaître la liste des vœux. Pour établir ce classement les formations utilisent, en fonction des règles propres à la formation, les éléments du dossier électronique, des épreuves et/ou un entretien.

APB met à leur disposition un module d'aide à la décision permettant de prendre en compte les notes du dossier et /ou les notes données par les recruteurs pour le dossier, les épreuves ou l'entretien. Ces différentes notes sont

affectées de coefficients fixés par le responsable de la formation et permettent d'établir un classement à valider par le jury. Pour les entretiens un module de prise de rendez-vous est disponible dans APB.

Le classement des candidats doit être disponible dans APB pour le 27 mai. Le résultat ne doit pas être communiqué aux candidats par la formation.

5. LES PROPOSITIONS D'ADMISSION

Chaque formation, ayant fourni préalablement le nombre de places à pourvoir, fixe le nombre de candidats à appeler. En utilisant ce nombre, les vœux du candidat et les classements réalisés par les établissements ou par un traitement automatisé critérisé des candidatures si nécessaire pour les licences à capacité insuffisante, APB recherche quelle est la meilleure proposition possible pour chacun des candidats. Des simulations réalisées avant chaque phase de propositions permettent aux établissements d'ajuster le nombre de candidats à appeler.

Le 8 juin à 14h les propositions sont disponibles pour les élèves sur le site, une seule proposition pour chaque élève (la meilleure possible dans sa liste de vœux).

Les candidats disposent de 5 jours pour répondre.

6. AJUSTEMENT DU « NOMBRE DE CANDIDATS A APPELER » (SURBOOKING)

Pendant une semaine avant chaque phase de propositions, les établissements peuvent ajuster le nombre de candidats à appeler, une simulation d'affectation étant réalisée chaque nuit pour tous les candidats; seules les formations prennent connaissance des résultats de ces simulations pour affiner la donnée « nombre d'élèves à appeler ».

Il est très important de suivre les résultats de ces simulations et d'anticiper les refus éventuels, les démissions pour échec au baccalauréat, les départs vers des formations hors APB et la signature tardive des contrats de travail pour les candidats demandant une formation par apprentissage.

7. LES ADMISSIONS

Chaque élève doit répondre si une proposition lui est faite. Il peut répondre qu'il accepte définitivement cette proposition, dans ce cas il prend connaissance du message laissé à son intention par cette formation lui indiquant comment il devra procéder pour son inscription administrative.

Si ce n'est pas le premier vœu du candidat, il pourra répondre « oui mais » : il accepte la proposition mais, si lors d'une phase ultérieure il peut progresser dans sa liste de vœux, il perdra cette affectation au bénéfice d'une formation mieux placée dans sa liste de vœux.

Trois phases d'admission sont utilisées, lors de la troisième phase, les résultats du baccalauréat étant connus, les élèves n'ayant pas obtenu le baccalauréat sont retirés des listes des formations pour lesquelles l'obtention du baccalauréat est nécessaire.

Les places ainsi libérées sont alors réaffectées en fonction du nombre d'élèves à appeler et des vœux des candidats.

8. LES INSCRIPTIONS ADMINISTRATIVES

A la suite des affectations et des réponses des candidats, les formations ont la possibilité d'alimenter leur système d'information avec les données concernant les candidats qui leur sont affectés.

D'une part, ceci simplifie la tâche d'inscription dans l'établissement en évitant la saisie des informations déjà disponibles dans APB. Pour les universités utilisant Apogée des outils de mise à jour ont été créés en partenariat avec l'AMUE. Pour les lycées des fichiers sont récupérés par les services académiques pour alimenter SIECLE.

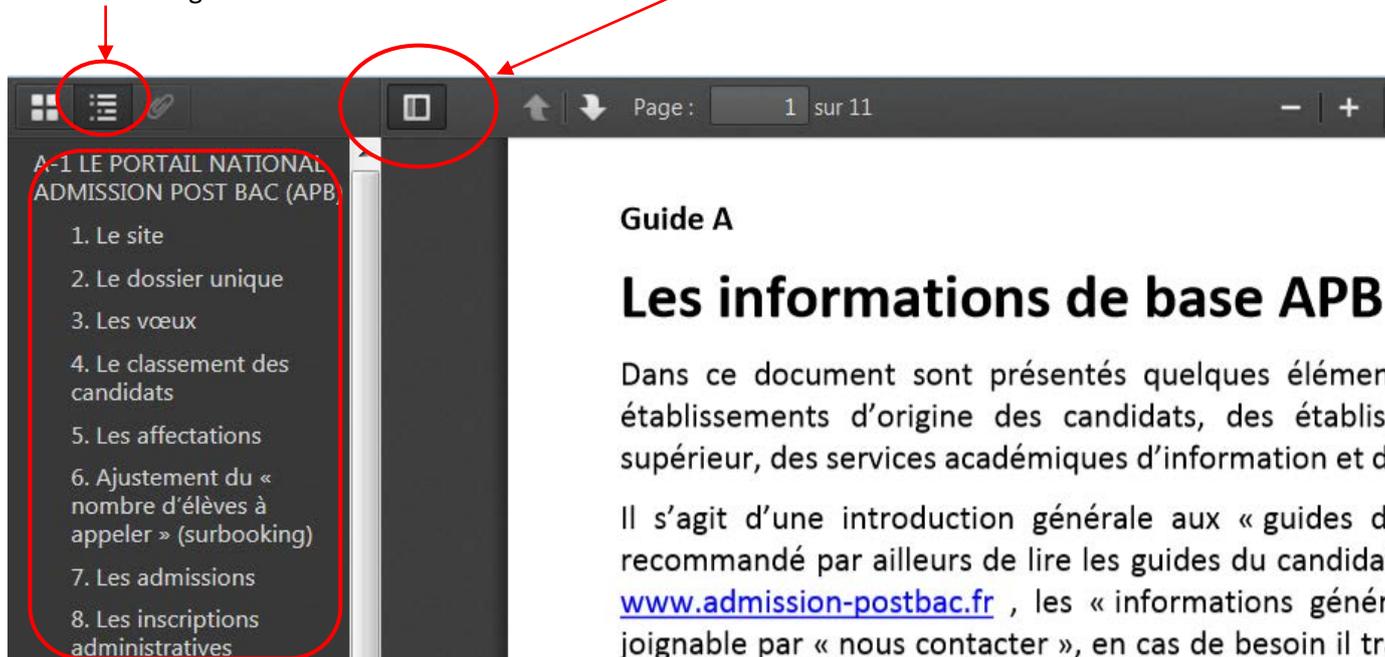
Il est demandé aux établissements d'accueil de saisir dans APB les présents à la rentrée. Cette saisie peut être avantageusement remplacée par des échanges par « Web Services » à partir du Système d'information de l'établissement d'accueil.

9. GUIDES APB POUR LES ETABLISSEMENTS

Une nouvelle présentation des PDF a été mise en place en 2015 afin de faciliter l'accès à l'information.

Des balises et des sommaires actifs ont été intégrés aux guides destinés aux établissements. Selon les navigateurs utilisés, les fonctionnalités du logiciel de lecture de documents PDF (Acrobat Reader principalement) sont paramétrées ou non de telle sorte que ces balises soient gérées.

Il vous faut paramétrer ou déverrouiller la fonction « Afficher/masquer le panneau latéral » et activer la fonction « Afficher les signets ».



Dès lors, vous pouvez visualiser les différentes parties du document en cours de lecture et naviguer dans le document en cliquant directement sur la rubrique qui vous intéresse.

En vue d'un travail d'amélioration concernant l'accès à l'information, **les établissements sont invités à faire remonter** par « contact, mes messages » **en utilisant l'objet « Guides » toute difficulté d'accès à l'information utile.** En effet les guides contiennent beaucoup d'informations sur les différentes phases du processus rendant leur lecture fastidieuse et parfois décourageante. Tous les commentaires et remarques constructifs à ce sujet seront analysés afin de tenter de trouver une solution plus satisfaisante.

En rouge les modifications apportées pour 2017

**Un établissement présent dans Admission Postbac s'engage à respecter la charte.
Ces engagements s'appliquent à l'ensemble des personnels de l'établissement.**

La Directrice générale de l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle
Simone BONNAFOUS

Charte de la procédure Admission - Postbac

La procédure Admission-Postbac (www.admission-postbac.fr) a pour objet d'aider tout jeune qui souhaite s'inscrire dans l'enseignement supérieur. Le dossier unique pour l'accès aux différentes filières (licences, diplômes universitaires de technologie, brevets de technicien supérieur, classes préparatoires aux grandes écoles, écoles supérieures recrutant après le baccalauréat, etc...) est fondé sur le respect de plusieurs principes :

1 – une information identique pour tous : les formations proposées comportent une brève présentation, avec un renvoi sur le site des établissements concernés, qu'ils s'agissent d'établissements publics, privés sous contrat, privés reconnus par l'Etat ou relevant d'un autre régime et agréés par le portail. Ces sites décrivent de façon détaillée chacune des formations et mettent en valeur le projet pédagogique correspondant.

2 – l'entière liberté du candidat dans l'expression de ses vœux : le candidat est pleinement maître de ses choix ainsi que du classement de ses vœux par ordre de préférence qu'il détermine en fonction de ses projets et de ses aptitudes. Ces choix interviennent à l'issue d'une phase d'orientation au cours de laquelle l'élève a pu bénéficier d'informations et de conseils tant au sein de son établissement d'origine que de la part des établissements d'accueil. Ce dialogue ne peut en aucun cas prendre la forme de pressions ou d'une pré-sélection.

3 – la confidentialité du classement des vœux qui appartient au candidat.

4 – l'équité de traitement des vœux, dans le but de donner satisfaction au vœu de meilleur rang possible au sein du classement effectué par le candidat.

5 – un pilotage collectif du portail : celui-ci est assuré par un comité de pilotage placé sous la présidence et l'autorité du directeur général de l'enseignement supérieur et au sein duquel les différentes filières de formation et les différents types d'établissements sont représentés. Une coordination est par ailleurs assurée au niveau académique autour du recteur, chancelier des universités, avec l'ensemble des partenaires.

Les établissements participant à la procédure Admission-Postbac adhèrent aux principes rappelés ci-dessus et respectent les règles de fonctionnement du portail, en particulier le calendrier des différentes opérations : recensement des formations, recueil des vœux, constitution des dossiers, traitement des candidatures, phases d'admission et procédure complémentaire.

Conformément aux principes rappelés ci-dessus,

Chaque établissement d'origine :

- veille à donner toutes les informations nécessaires aux élèves de classe de terminale avant la date du début de recensement des vœux. Ces informations pratiques et pédagogiques permettent aux élèves de procéder à leur inscription sur le portail en toute connaissance de cause. L'établissement leur rappelle notamment qu'ils sont tenus de classer leurs vœux par ordre de préférence et que toutes les formations, sans exception, peuvent être interclassées entre elles **et qu'ils doivent respecter strictement le calendrier de la procédure et les différentes phases** ;

- ne doit pas demander aux élèves la communication de l'ordre de leurs vœux.

.../...

Chaque établissement d'accueil :

- ne doit pas afficher sur le portail des formations non encore habilitées/accréditées sans l'accord de la maîtrise d'ouvrage ;
- ne doit pas demander aux candidats l'ordre de classement de leurs vœux, ni à plus forte raison conditionner une admission au fait que le vœu correspondant soit placé en tête ;
- ne procède pas à des admissions parallèles de candidats pour lesquels le recrutement est prévu dans la procédure Admission Post-Bac ;
- ne demande pas aux candidats d'autres éléments de dossiers que ceux qui sont définis et affichés dans la procédure pour la formation considérée ;
- veille à ce que l'usage des coordonnées des candidats transmises aux formations procédant à des entretiens et/ou à des épreuves de sélection soit exclusivement limité à ces fins ;
- ne demande pas à un candidat appelé mais encore en attente d'une autre réponse (oui mais) qu'il anticipe son choix définitif, y compris pour l'internat en classes préparatoires ;
- ne prononce pas d'admissions avant les phases d'admission prévues dans le calendrier d'Admission-Postbac ni ne réclame d'acompte sur les éventuels frais de scolarité à venir (établissements privés et formations d'ingénieurs) avant que le candidat ait répondu oui définitif dans le portail ;
- garantit une place à tout élève ayant répondu oui définitif ou oui mais.
- ne prévient pas les candidats qui ne sont pas retenus avant les phases d'admission prévues dans le calendrier d'Admission Post-Bac.
- doit saisir dans le portail APB les contrats d'apprentissage conclus entre les candidats et les employeurs.
- précise les frais de scolarité et, le cas échéant, les frais de dossier ou de concours.

Par son « clic », le chef d'établissement signifie qu'il a pris connaissance de la charte, qu'il y adhère et qu'il veillera à ce qu'elle soit respectée dans son établissement.

Je m'engage à :

- ✓ Lire l'ensemble des informations concernant la procédure (espace d'informations, guide du candidat...).
- ✓ Respecter le calendrier fixé pour la session 2017 (inscription électronique, validation des candidatures, réponses aux propositions).
- ✓ Effectuer mon inscription électronique sur le site et en particulier :
 - sélectionner les formations présentes sur APB sur lesquelles je souhaite candidater,
 - établir ma liste de vœux, c'est-à-dire classer mes vœux par ordre de préférence,
 - imprimer en temps utile mes fiches de candidature (une fiche par candidature) lorsque cela est demandé par la formation,
 - transmettre le cas échéant mes dossiers-papier, comprenant chacun la fiche de candidature ainsi que les pièces demandées, et m'assurer que mes dossiers électroniques sont complets.
- ✓ Respecter les règles et le calendrier des différentes phases d'admission, c'est-à-dire :
 - consulter la proposition qui m'est faite,
 - respecter le délai de réponse qui m'est imposé, sous peine d'élimination automatique de la procédure,
 - répondre à la proposition d'admission (une seule proposition me sera faite, la meilleure possible par rapport à ma liste de vœux préférentielle), sachant que les vœux moins bien classés que celui qui m'est proposé s'annuleront automatiquement.
- ✓ Effectuer l'inscription administrative dans l'établissement que j'ai accepté, en suivant les instructions données par ce dernier.

J'ai le droit de :

- ✓ Classer mes vœux en toute liberté sans subir une quelconque pression, sachant que les établissements d'origine et d'accueil n'ont jamais connaissance de ma liste ordonnée de vœux.
- ✓ Classer, pour une formation CPGE avec internat, un vœu avec internat et un vœu sans internat.
- ✓ Intercaler comme je le souhaite, dans ma liste de vœux, les différents types de formations demandées (L1, CPGE, BTS, DUT, Formations d'ingénieurs, ...).
- ✓ Choisir, sans subir une quelconque influence extérieure, de répondre « oui mais » et non « oui définitif » à la proposition d'admission qui m'est faite, dans le cas où je souhaiterais attendre une proposition mieux classée dans ma liste de vœux.
- ✓ Contacter par « Contact/Mes messages » le service de gestion des admissions, en cas de litige avec un établissement.

Toute fraude ou tentative de fraude dans les renseignements saisis ou documents fournis pourra entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à l'annulation du dossier et au retrait de la proposition éventuelle d'admission, sans préjuger des poursuites qui pourraient être engagées.

Signature électronique du candidat

Mise à jour des données sur les formations par les établissements d'accueil :

Du mercredi 9 novembre au vendredi 25 novembre 2016 au plus tard

Ouverture pour les candidats du site d'information version 2017 : **le jeudi 1er décembre 2016**

Remontée des données SIECLE par les établissements d'origine vers APB et remontée OCEAN par les rectorats (Inscription au Bac) : **début décembre et obligatoirement avant le 13 janvier 2017**

Remontée des notes et appréciations du 1er trimestre ou 1^{er} semestre de terminale par les établissements volontaires : **dans les jours qui suivent les conseils de classes de terminale et avant le 20 février 2017**

Formulation des candidatures par les candidats :

Du vendredi 20 janvier au lundi 20 mars 18h.

Récupération des coordonnées des candidats pour les formations devant établir des convocations :

Le mardi 21 mars

Phase d'orientation active :

A partir du 20 janvier (avis de l'université avant le 20 mars autant que possible)

Saisie en ligne des notes et appréciations par les enseignants et proviseurs (fiche pédagogique) :

Du mercredi 1er mars au samedi 1^{er} avril (recommandé après le lundi 20 mars)

Remontée des notes du 2eme trimestre et mise à disposition des bulletins aux élèves :

Au plus tard le samedi 25 mars

Date limite de modification des dossiers (saisie de notes, lettres de motivation,...), de confirmation et d'impression des fiches de candidature : **le dimanche 2 avril**

Confirmation automatique des candidatures complètes : **le lundi 3 avril**

Saisie des capacités par les établissements d'accueil : **du lundi 3 avril au samedi 29 avril**

Récupération des listes des candidats inscrits (pour les Commissions d'admission) : **le vendredi 7 avril**

*Congés de printemps : **Du 2 avril au 1er mai***

Date limite du traitement des demandes de dérogation de secteur par les SAIO : **le mercredi 3 mai**

Saisie du nombre de places à pourvoir : **à partir du mardi 16 mai et avant le 27 mai**

Retour des classements par les commissions d'admission et de saisie des données d'appel de la simulation du 1^{er} juin (les données d'appel peuvent ensuite être modifiées lors des simulations suivantes) :

Au plus tard le samedi 27 mai

Classement des vœux par les candidats : **du vendredi 20 janvier au mercredi 31 mai**

Consultation des fiches pédagogiques par les élèves : **à partir du jeudi 1^{er} juin**

Dates du baccalauréat 2017 :

- épreuves du 15 au 22 juin
- résultats du 1^{er} groupe : 5 juillet
- résultats du 2nd groupe : 8 juillet (au plus tard)

PHASES D'ADMISSION :

- Première phase : jeudi 8 juin 14h

Simulations du 2 au 6 juin (2 simulations par jour les 2, 3 et 6 juin)

Réponse des candidats **avant le mardi 13 juin 14h**

Démission des candidats sans réponse le **jeudi 15 juin 14h**

- Deuxième phase : lundi 26 juin 14h

Simulations du 17 juin au 23 juin,

Réponse des candidats **avant le samedi 1^{er} juillet 14h**

Démission des candidats sans réponse le **lundi 3 juillet 14h**

- Troisième phase : vendredi 14 Juillet 14h

Simulations du 8 au 12 juillet,

Réponse des candidats **avant le mercredi 19 juillet 14h**

Démission des candidats sans réponse le **vendredi 21 juillet 14h**

Saisie des inscriptions administratives : **Lors de l'inscription administrative des élèves.**

PROCEDURE D'ADMISSION COMPLEMENTAIRE :

Saisie des vœux : **du mardi 27 juin 14h au lundi 25 septembre minuit**

Fin de l'affichage des propositions et de la gestion des listes d'attente : **le vendredi 29 septembre minuit**

Réponses des candidats : **au plus tard le samedi 30 septembre minuit**

Délais de réponse des candidats :

- 1 semaine jusqu'au dimanche 20 août
- 72 heures du dimanche 20 août au jeudi 31 août
- 24 heures à partir du vendredi 1^{er} septembre (dès le 17 août pour l'académie de la Réunion).

Saisie des présents à la rentrée : **Dans la semaine suivant la rentrée**

PREPARATION DE LA SESSION 2018

Remontée SIECLE des élèves de première : **A partir du 15 mai et jusqu'à fin septembre**

Remontée des notes et appréciations des trois trimestres ou des deux semestres de première :

Après la remontée SIECLE, après le dernier conseil de classe de première et avant fin septembre.

Pas de possibilité de remonter les notes de première en même temps que les notes de terminale.

A-5 L'APPRENTISSAGE DANS APB

De nombreuses formations proposent aux candidats de suivre une ou plusieurs de leurs formations par la voie de l'apprentissage, nous utiliserons ici les termes formation à temps plein et formation par apprentissage pour les distinguer. La gestion des admissions en apprentissage est soumise à des règles spécifiques. Toutefois, compte tenu du nombre d'élèves concernés et du recoupement des candidatures avec des formations à temps plein, il est nécessaire de permettre leur gestion au sein d'APB, sans créer de contrainte supplémentaire par rapport à une gestion hors APB. L'introduction dans APB de ces formations permet également de connaître les vœux réels des candidats.

Deux éléments importants sont à prendre en compte pour la gestion de ces formations :

- L'admission dans une formation en apprentissage nécessite que le candidat ait signé un contrat avec une entreprise, **ces contrats doivent être enregistrés dans APB dès leur signature et jusqu'à la fermeture du site.**
- Un candidat à une formation en apprentissage l'est en général également en formation initiale, **à partir de 2017 la liste des vœux en apprentissage sera distincte de la liste des vœux des formations à temps plein, les candidatures en apprentissage pourront être déposées du 20 janvier au 25 septembre.**

Pour le candidat, une formation par apprentissage donne lieu à un vœu et à un dossier propre comme pour une formation à temps plein.

1. MODE DE GESTION

Une formation par apprentissage n'est proposée à un candidat qu'après obtention du contrat de travail. Les formations ont toutefois la possibilité d'examiner les dossiers reçus pour la voie de l'apprentissage et de choisir entre deux formules :

- a. Pas d'examen de dossiers, ni de classement des candidats. Tous les candidats à la formation seront « en recherche de contrat ».
- b. Examen préalable des dossiers et classement des candidats. Pour tous les candidats classés sera affiché « en recherche de contrat », pour les candidats non classés : « refusé par l'établissement ».

La formule a correspond parfaitement à la réglementation en invitant tous les candidats à rechercher un contrat d'apprentissage avec un employeur. La formule b invite seulement certains candidats à rechercher un tel contrat ; **cependant tout candidat, même « refusé », qui se présente avec un contrat doit être pris dans la limite des places disponibles.**

Du 20 janvier au 29 septembre, l'établissement enregistre les contrats dès qu'ils lui parviennent signés ; les propositions sont faites immédiatement avec envoi de mail au candidat, le candidat peut répondre à la proposition « immédiatement ».

A la rentrée, un candidat sans contrat de travail ayant reçu une proposition sur une formation sous statut scolaire pour laquelle il aura répondu « oui mais » devra rejoindre la formation à laquelle il est affecté. Il gèrera ensuite son départ éventuel vers une formation en apprentissage avec l'établissement.

2. INTEGRATION DES FORMATIONS PAR APPRENTISSAGE DANS APB

Dans le cadre de la recommandation du MENESR de généraliser l'intégration des formations par apprentissage dans Admission Post-Bac (<http://www.education.gouv.fr/cid155/se-former-par-l-apprentissage.html>) se pose immédiatement la question de l'établissement auquel rattacher la formation par apprentissage dans APB.

Il appartient aux Recteurs d'apprécier localement le bien-fondé d'entrer telle ou telle formation par apprentissage dans APB. Les SAIO doivent éviter de créer, à cette occasion, de faux UAI afin de paramétrer des Unités de Formation par Apprentissage (UFA) rattachés aux CFA.

Pour cela APB offre la possibilité de faire apparaître à la fois le nom du CFA et celui de l'établissement support de l'UFA lorsque la formation n'est pas assurée directement par le CFA lui-même.

- Si le **CFA assure lui-même directement la formation dans ses murs**, le CFA doit être créée sur APB avec son UAI et les formations par apprentissage concernées doivent être rattachées au CFA. L'administrateur APB du CFA aura alors les droits complets pour ces formations. Si, pour élargir son offre de formation, le CFA à recours par ailleurs à une UFA, les formations de cette UFA seront gérées selon les modalités exposées dans le paragraphe suivant.
- S'il s'agit d'un **CFA dit « sans murs »** qui n'assure pas lui-même directement la ou les formations mais fait appel à un établissement d'enseignement (EPL, Lycée, IUT, ..) pour la création par convention d'une ou plusieurs **UFA**, nous recommandons que la formation par apprentissage soit rattachée à l'établissement d'enseignement et que, pour l'affichage aux candidats, cette formation apparaisse comme étant offerte par : « CFA xxxx Lycée yyy » ou « CFA xxxx IUT zzz ». Dans ce cas c'est l'administrateur APB du lycée (ou de l'IUT) qui possède initialement les droits APB pour la formation et ouvre évidemment tous les droits APB sur cette formation au directeur du CFA ou/et à la personne désignée par lui. Ces droits donnés au CFA lui permettront en particulier de connaître les candidatures au fil de l'eau dès le 20 janvier.

Les CFA pourront ainsi jouer pleinement leur rôle de conseil et d'aide éventuelle à la recherche d'un employeur sans attendre les phases de propositions. Cette délégation des droits pourrait tout à fait être prévue dorénavant dans les conventions de création de l'UFA ou être ajoutée par avenant aux conventions existantes.

En pratique, après avoir paramétré la formation correspondant à une UFA, il conviendra d'adresser par « contact » le nom souhaité pour l'affichage aux candidats (par exemple : CFA xxxx Lycée yyy) pour chaque formation en apprentissage, c'est le SAIO qui effectuera la saisie.

3. APPRENTISSAGE COMMENCANT EN DEUXIEME ANNEE DE STS OU D'IUT

Une nouvelle case à cocher est ajoutée au paramétrage lors de la **création** d'une formation dans APB pour le cas particulier où la première année de formation est sous statut scolaire et la deuxième année par apprentissage.

Pour les formations de ce type **déjà présentes dans APB**, merci de les signaler à la maîtrise d'œuvre pour que la modification soit faite.

1. LES CANDIDATURES

Depuis la session 2016, le nombre maximum de candidatures émises par les candidats ne peut pas excéder 24 au lieu de 36 les années précédentes.

Le COPIL du 7 novembre 2016, confirme le nombre maximum de 12 candidatures formulées par grandes familles de formations y compris sans restriction pour les CPGE et les MANAA.

Dans tous les cas il faut inciter les candidats à faire un nombre de candidatures raisonnable, y compris en L1 et à ne pas pratiquer d'autocensure. Il est fortement recommandé aux élèves de terminales technologiques de faire des candidatures en IUT et aux élèves de terminales professionnelles en STS.

2. DEMATERIALISATION DES DOSSIERS APB

A partir de 2017, tous les dossiers sont dématérialisés. Aucune pièce annexe n'est transmise par courrier à l'exception des chèques lorsque le paiement n'est pas effectué électroniquement (Carte bancaire, PayPal, ..). La certification de la situation de boursier est faite à partir des données SIECLE dans la plupart des cas pour les élèves de terminales et par le CROUS pour les élèves du supérieur.

3. TRAITEMENT AUTOMATISE CRITERISE POUR LES LICENCES

Le terme « Traitement automatisé critérisé » remplace le terme de « Tirage aléatoire ». Ce terme reflète la réalité de l'algorithme utilisé pour le classement des candidats à des L1 à capacité insuffisante. En effet cet algorithme tient compte de priorités d'accès liées au secteur (habituellement l'académie) et au rang du vœu dans la liste ordonnée des vœux du candidat avant de procéder à un tirage aléatoire en dernier ressort.

Un dialogue entre les universités et les recteurs est conduit à plusieurs reprises au cours de la session pour tenter de ne pas avoir à recourir au tirage aléatoire.

4. MENTIONS DE LICENCES NON OFFERTES DANS TOUTES LES ACADEMIES

Les candidats seront, pour toutes leurs candidatures en L1 non-sélectives, traités comme candidat du secteur dès lors que la mention, **ou au moins une des mentions connexes**, qu'ils sollicitent n'existe pas dans leur académie.

5. VŒUX GROUPES

Les vœux groupés introduits en 2016 pour maximiser les chances d'obtenir la mention souhaitée dans un périmètre donné, habituellement l'académie, sont maintenus. Par contre les sous-vœux d'un vœu groupé pourront être interclassés avec les autres vœux du candidat.

6. NOTIFICATION D'ALERTE SUR SMARTPHONE

Constatant que la messagerie interne APB et l'envoi de courriels ne sont pas assez efficaces et l'envoi de SMS trop coûteux, le développement d'une application de notification sur smartphones est en cours. L'idée est de proposer un média adapté aux usages des jeunes pour leur rappeler les éléments clés de la procédure en complément de la messagerie APB et des courriels.

7. RAPPEL FIN DE LISTE : FIN DE L'OBLIGATION DE REPENDRE « OUI DEFINITIF » LE 14 JUILLET

Les candidats en liste d'attente en fin de procédure normale (phase du 14 juillet) ne seront plus obligés de répondre « oui définitif », ils pourront répondre « oui mais » s'ils souhaitent bénéficier d'un « rappel fin de liste ». Ils seront d'ailleurs informés de leur rang en liste d'attente afin d'estimer s'ils ont une chance de pouvoir bénéficier d'un tel rappel.

8. SIMPLIFICATION DE LA PROCEDURE COMPLEMENTAIRE

Tous les candidats qui auront obtenu une proposition en procédure normale (PN) et qui l'auront acceptée en « oui mais » ou en « oui définitif » pourront formuler de nouveaux vœux en procédure complémentaire (PC) sur toutes les formations disponibles en PC (sans restriction) autres que celles sur lesquelles ils auraient été refusés précédemment tout en conservant provisoirement la proposition acceptée en PN.

La possibilité de répondre « oui mais » introduite en PC pour la session 2016 est maintenue en 2017.

La gestion des groupes en PC a été mise au point et sera donc possible pour les formations sélectives sur la base des groupes définis en PN.

ANNEXE 2 : MODIFICATIONS PROPOSEES DES CODE DE L'EDUCATION ET DE LA SANTE PUBLIQUE

DISPOSITIONS DU CODE DE L'EDUCATION ET DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE A MODIFIER

[1] CODE DE L'EDUCATION	
Dispositions réglementaires	
Texte actuel	Texte modifié
<p>Article D.612-32-2</p> <p>Le grade de licence est conféré de plein droit aux titulaires :</p> <p>1° D'un diplôme de licence ;</p> <p>2° D'un diplôme de licence professionnelle ;</p> <p>3° Des diplômes de formation générale en sciences médicales, en sciences pharmaceutiques, en sciences odontologiques et en sciences maïeutiques et en sciences de la rééducation ;</p> <p>4° Des diplômes relevant du code de la santé publique mentionnés à l'article D. 636-69 dans les conditions fixées par les articles D. 636-70 à D. 636-72 ;</p> <p>4-1° Du diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique ;</p> <p>[...].</p> <p>Ces diplômes font l'objet d'une évaluation nationale périodique.</p>	<p>Article D.612-32-2</p> <p>Le grade de licence est conféré de plein droit aux titulaires :</p> <p>1° D'un diplôme de licence ;</p> <p>2° D'un diplôme de licence professionnelle ;</p> <p>3° Des diplômes de formation générale en sciences médicales, en sciences pharmaceutiques, en sciences odontologiques et en sciences maïeutiques ;</p> <p>4° Du diplôme de formation générale en sciences de la rééducation ;</p> <p>5° Des diplômes relevant du code de la santé publique mentionnés à l'article D. 636-69 dans les conditions fixées par les articles D. 636-70 à D. 636-72 ; Du diplôme d'État d'infirmier ;</p> <p>6° Du diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale ;</p> <p>7° du certificat de capacité d'orthoptiste ;</p> <p>8° du diplôme d'État d'audioprothésiste ;</p> <p>9°⁴ Du diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique ;</p> <p>[...].</p> <p>Ces diplômes font l'objet d'une évaluation nationale périodique.</p>
<p>Article D.612-34</p> <p>Le grade de master est conféré de plein droit aux titulaires :</p> <p>1° D'un diplôme de master ;</p> <p>2° D'un diplôme d'études approfondies ou d'un diplôme d'études supérieures spécialisées ;</p> <p>[...]</p> <p>5° Des diplômes de santé suivants :</p> <p>a) D'un diplôme de formation approfondie en sciences médicales à l'issue de l'année universitaire 2015-2016 ;</p> <p>b) D'un diplôme de formation approfondie en sciences</p>	<p>Article D.612-34</p> <p>Le grade de master est conféré de plein droit aux titulaires :</p> <p>1° D'un diplôme de master ;</p> <p>2° D'un diplôme d'études approfondies ou d'un diplôme d'études supérieures spécialisées ;</p> <p>[...]</p> <p>5° Des diplômes de santé suivants :</p> <p>a) D'un diplôme de formation approfondie en sciences médicales à l'issue de l'année universitaire 2015-2016 ;</p> <p>b) D'un diplôme de formation approfondie en sciences</p>

<p>pharmaceutiques à l'issue de l'année universitaire 2014-2015 ; c) D'un diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques à l'issue de l'année universitaire 2014-2015; d) D'un diplôme d'État de sage-femme à l'issue de l'année universitaire 2014-2015 ; e) Du certificat de capacité d'orthophoniste à l'issue de l'année universitaire 2017-2018.</p>	<p>pharmaceutiques à l'issue de l'année universitaire 2014-2015 ; c) D'un diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques à l'issue de l'année universitaire 2014-2015; d) D'un diplôme d'État de sage-femme à l'issue de l'année universitaire 2014-2015 ; e) Du certificat de capacité d'orthophoniste à l'issue de l'année universitaire 2017-2018-; f) Du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ; g) Du diplôme d'État d'ergothérapeute ; h) Du diplôme d'État de psychomotricien ; i) Du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste ; j) Du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière de bloc opératoire ; k) Du diplôme d'État de puériculteur ou de puéricultrice.</p>
<p>Article D.613-7</p> <p>[...] Les grades ou titres universitaires des disciplines de santé sont conférés par les diplômes nationaux suivants : 1° Certificat de capacité d'orthoptiste ; 2° Certificat de capacité d'orthophoniste ; 3° Diplôme d'État d'audioprothésiste ; 4° Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique ; 5° Diplôme de formation générale en sciences médicales ; 6° Diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques ; 7° Diplôme de formation générale en sciences odontologiques ; 8° Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ; 9° Diplôme d'État de sage-femme [...].</p>	<p>Article D.613-7</p> <p>[...] Les grades ou titres universitaires des disciplines de santé sont conférés par les diplômes nationaux suivants : 1° Certificat de capacité d'orthoptiste ; 2° Certificat de capacité d'orthophoniste ; 3° Diplôme d'État d'audioprothésiste ; 4° Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique ; 5° Diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière ; 6° Diplôme d'État de pédicure-podologue ; 7° diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale 8° Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ; 9° Diplôme d'État d'ergothérapeute ; 10° Diplôme d'État de psychomotricien ; 11° Diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste ; 12° Diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière de bloc opératoire ; 13° Diplôme d'État de puériculteur ou de puéricultrice ; 14^{5°} Diplôme de formation générale en sciences médicales ; 15^{6°} Diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques ; 16^{7°} Diplôme de formation générale en sciences odontologiques ; 17^{8°} Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ; 18° Diplôme de formation générale en sciences de la rééducation ; 19^{9°} Diplôme d'État de sage-femme [...].</p>
<p>Chapitre VI : Les autres formations de santé</p> <p>[...]</p>	<p>Chapitre VI : Les autres formations de santé</p> <p>[...]</p>

<p>Section 5 : Les formations relevant du ministre chargé de la santé</p> <p>Sous-section 1 : Dispositions relatives aux formations</p> <p>Article D.636-68</p> <p>Les règles relatives aux formations conduisant aux diplômes des disciplines de santé suivantes sont fixées :</p> <p>1° Pour le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière, par les articles D. 4311-16 à D. 4311-23 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Pour le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière de bloc opératoire, par les articles D. 4311-42 à D.4311-44 du même code ;</p> <p>3° Pour le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste, par les articles D. 4311-45 à D. 4311-48 du même code ;</p> <p>4° Pour le diplôme d'État de puériculteur ou de puéricultrice, par les articles D. 4311-49 à D. 4311-51 du même code ;</p> <p>5° Pour le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, par les articles D. 4321-14 à R. 4321-26 du même code ;</p> <p>6° Pour le diplôme d'État de pédicure-podologue, par les articles D. 4322-2 à R. 4322-13 du même code ;</p> <p>7° Pour le diplôme d'État d'ergothérapeute, par les articles D. 4331-2 à R. 4331-8 du même code ;</p> <p>8° Pour le diplôme d'État de psychomotricien, par les articles D. 4332-2 à R. 4332-8 du même code ;</p> <p>9° Pour le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, par les articles D. 4351-7 à R.4351-13 du même code ;</p> <p>10° Pour le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical, par les articles D. 4352-1 à D. 4352-6 du même code ;</p> <p>11° Pour les diplômes d'État d'orthoprothésiste, podorthésiste, d'oculariste, d'épithésiste et d'orthopédiste-orthésiste, par les articles D. 4364-7 à D. 4364-10 du même code.</p>	<p>Section 5 : Les formations relevant du ministre chargé des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur</p> <p>Sous-section 1 : Dispositions relatives aux formations menant à un diplôme national de l'enseignement supérieur</p> <p>Article D.636-68</p> <p>Les règles relatives aux formations conduisant aux diplômes des disciplines de santé suivantes sont fixées :</p> <p>1° Pour le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière, par les articles D. 4311-16 à D. 4311-23 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Pour le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière de bloc opératoire, par les articles D. 4311-42 à D.4311-44 du même code ;</p> <p>3° Pour le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste, par les articles D. 4311-45 à D. 4311-48 du même code ;</p> <p>4° Pour le diplôme d'État de puériculteur ou de puéricultrice, par les articles D. 4311-49 à D. 4311-51 du même code ;</p> <p>5° Pour le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, par les articles D. 4321-14 à R. 4321-26 du même code ;</p> <p>6° Pour le diplôme d'État de pédicure-podologue, par les articles D. 4322-2 à R. 4322-13 du même code ;</p> <p>7° Pour le diplôme d'État d'ergothérapeute, par les articles D. 4331-2 à R. 4331-8 du même code ;</p> <p>8° Pour le diplôme d'État de psychomotricien, par les articles D. 4332-2 à R. 4332-8 du même code ;</p> <p>9° Pour le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, par les articles D. 4351-7 à R.4351-13 du même code.→</p> <p>10° Pour le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical, par les articles D. 4352-1 à D. 4352-6 du même code ;</p> <p>11° Pour les diplômes d'État d'orthoprothésiste, podorthésiste, d'oculariste, d'épithésiste et d'orthopédiste-orthésiste, par les articles D. 4364-7 à D. 4364-10 du même code.</p> <p>Article D.636-68-1</p> <p>Sauf lorsque la formation est entièrement assurée par l'université, l'organisme agréé en application de l'article L.4383 du code de la santé publique chargé d'assurer la formation menant aux titres ou diplômes mentionnés au 4° à 8° de l'article D.612-32-2 et au 5° e) à k) de l'article D.612-34, ou une personne morale mandatée par lui à cet effet, conclut une convention avec une ou plusieurs universités de l'académie et la région.</p> <p>Lorsqu'il n'y a qu'une université dans l'académie, la convention est signée avec cette université.</p>
--	--

<p>Sous-section 2 : Délivrance du grade de licence et de master</p> <p>Article D.636-69</p> <p>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 et dont la liste est la suivante :</p> <p>1° Diplôme d'État d'infirmier (disposition applicable 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) ;</p> <p>2° Diplôme d'État d'ergothérapeute (disposition applicable aux étudiants ayant entrepris leurs études à compter de la rentrée de septembre 2011) ;</p> <p>3° Diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale (disposition applicable aux étudiants ayant entrepris leurs études à compter de la rentrée de septembre</p>	<p>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'examens. 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.</p> <p>Article D.636-68-2</p> <p>Les formations conduisant aux titres ou diplômes mentionnés au 4° à 8° de l'article D.612-32-2 et au 5° e) à k) de l'article D.612-34 font l'objet d'une évaluation nationale périodique à l'occasion de l'évaluation, par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, de l'université ayant signé la convention. L'évaluation est transmise au président du conseil régional et au directeur général de l'agence régionale de santé aux fins de mise en œuvre, le cas échéant, des dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L.4383-3 du code de la santé publique.</p> <p>Article D.636-68-62</p> <p>Les montants des droits annuels d'inscription exigés des candidats aux titres ou diplômes mentionnés à l'article D.612-32-2 et à l'article D.612-34 sont fixés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.</p> <p>Sous-section 2 : Délivrance du grade de licence et de master Dispositions relatives aux autres formations</p> <p>Article D.636-69</p> <p>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 et dont la liste est la suivante :</p> <p>1° Diplôme d'État d'infirmier (disposition applicable 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) ;</p> <p>2° Diplôme d'État d'ergothérapeute (disposition applicable aux étudiants ayant entrepris leurs études à compter de la rentrée de septembre 2011) ;</p> <p>3° Diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale (disposition applicable aux étudiants ayant</p>
---	--

<p>2012).</p> <p>Article D.636-69-1</p> <p>Le grade de master est conféré de plein droit aux titulaires des titres ou diplômes de santé suivants :</p> <p>1° Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste à compter de septembre 2014.</p> <p>Article D.636-70</p> <p>L'organisme chargé d'assurer la formation menant aux titres ou diplômes mentionnés à l'article D. 636-69 et à l'article D.636-69-1, 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'examens. 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.</p> <p>Article D.636-71</p> <p>Les formations conduisant aux titres ou diplômes mentionnés à l'article D.636-69 et à l'article D.636-69-1 font l'objet d'une évaluation nationale périodique à l'occasion de l'évaluation, par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, de l'université ayant signé la convention.</p> <p>Article D.636-72</p> <p>Le grade de licence et de master est conféré au nom de l'État par le recteur, chancelier des universités de</p>	<p>entrepris leurs études à compter de la rentrée de septembre 2012).</p> <p>Les règles relatives aux formations conduisant aux diplômes des disciplines de santé suivantes sont fixées :</p> <p>1° Pour le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical, par les articles D. 4352-1 à D. 4352-6 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Pour les diplômes d'État d'orthoprothésiste, podoprothésiste, d'oculariste, d'épithésiste et d'orthopédiste-orthésiste, par les articles D. 4364-7 à D. 4364-10 du même code.</p> <p>Article D.636-69-1</p> <p>Le grade de master est conféré de plein droit aux titulaires des titres ou diplômes de santé suivants :</p> <p>1° Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste à compter de septembre 2014.</p> <p>Article D.636-70</p> <p>L'organisme chargé d'assurer la formation menant aux titres ou diplômes mentionnés à l'article D. 636-69 et à l'article D.636-69-1, 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'examens. 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.</p> <p>Article D.636-71</p> <p>Les formations conduisant aux titres ou diplômes mentionnés à l'article D.636-69 et à l'article D.636-69-1 font l'objet d'une évaluation nationale périodique à l'occasion de l'évaluation, par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, de l'université ayant signé la convention.</p> <p>Article D.636-72</p> <p>Le grade de licence et de master est conféré au nom de l'État par le recteur, chancelier des universités de</p>
---	--

<p>l'académie dans le ressort de laquelle est délivré le titre ou diplôme y donnant droit, concomitamment à cette délivrance.</p>	<p>l'académie dans le ressort de laquelle est délivré le titre ou diplôme y donnant droit, concomitamment à cette délivrance.</p> <p>Article R.719-56-1</p> <p>Le budget annexe des formations paramédicales retrace, en recettes et en produits :</p> <p>1° La subvention versée par le conseil régional au titre desdites formations ;</p> <p>2° Les droits de scolarité acquittés par les étudiants desdites formations ;</p> <p>3° Tous autres recettes ou produits liés à l'activité de formation paramédicale.</p> <p>Il retrace, en dépenses et en charges :</p> <p>1° Les dépenses de personnels liés aux formations paramédicales ;</p> <p>2° Les dépenses de fonctionnement liées auxdites formations.</p> <p>3° Tous autres dépenses ou charges liés à l'activité de formation paramédicale.</p>
---	---

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dispositions législatives

Texte actuel	Texte modifié
<p>Article L.4383-5</p> <p>La région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts mentionnés à l'article L.4383-3 lorsqu'ils sont publics. Elle peut participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés.</p> <p>La subvention de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement aux organismes qui gèrent ces écoles et instituts ; les dépenses et les ressources de ces établissements sont identifiées dans un budget spécifique.</p> <p>Les personnels des écoles et instituts relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les écoles et instituts privés recrutent, gèrent et rémunèrent leurs personnels.</p> <p>Lorsque l'école ou l'institut relève d'un établissement public mentionné au titre Ier ou au titre IV du livre VII du code de l'éducation, les dispositions du présent article et du dernier alinéa de l'article L. 4383-2 du présent code font l'objet d'une convention entre la région et l'établissement public, laquelle tient lieu de l'autorisation et de l'agrément prévus à l'article L. 4383-3 du présent code.</p>	<p>Article L.4383-5</p> <p>La région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts mentionnés à l'article L.4383-3 lorsqu'ils sont publics. Elle peut participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés.</p> <p>La subvention de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement aux organismes qui gèrent ces écoles et instituts ; les dépenses et les ressources de ces établissements sont identifiées dans un budget spécifique.</p> <p>Les personnels des écoles et instituts relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les écoles et instituts privés recrutent, gèrent et rémunèrent leurs personnels.</p> <p>Lorsque l'école ou l'institut relève d'un établissement public mentionné au titre Ier ou au titre IV du livre VII du code de l'éducation, les dispositions du présent article et du dernier alinéa de l'article L. 4383-2 du présent code font l'objet d'une convention entre la région et l'établissement public, laquelle tient lieu de l'autorisation et de l'agrément prévus à l'article L. 4383-3 du présent code.</p> <p>Une subvention est versée annuellement aux universités</p>

	<p>au titre des formations qu'elles assurent en application de l'alinéa précédent ainsi qu'à celui des dépenses qu'elles exposent en application des conventions passées avec les instituts de formation mentionnés à l'article L.4383-3 du présent code.</p> <p>Ces droits sont versés à l'université ayant une composante de santé qui a signé la convention avec l'institut préparant aux titres ou diplômes mentionnés à l'alinéa précédent.</p>
Dispositions réglementaires	
Texte actuel	
<p>Article D.4311-16</p> <p>Le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière et ayant validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4311-17</p> <p>La durée des études préparatoires au diplôme est fixée à trois ans.</p> <p>Les conditions dans lesquelles peuvent être accordées des dispenses partielles ou totales d'enseignement sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>Article D.4311-16</p> <p>Le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière et ayant validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4311-17</p> <p>La durée des études préparatoires au diplôme est fixée à trois ans.</p> <p>Les conditions dans lesquelles peuvent être accordées des dispenses partielles ou totales d'enseignement sont fixées par arrêté du ministre chargé des ministres chargé de la santé et de l'enseignement supérieur.</p>
<p>Article D.4311-42</p> <p>Le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière qui ont suivi un enseignement et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Ce diplôme peut être délivré dans les mêmes conditions aux personnes titulaires du diplôme d'État de sagefemme.</p> <p>Ce diplôme peut être obtenu par la validation des acquis de l'expérience dont les modalités d'organisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Article D.4311-43</p>	<p>Article D.4311-42</p> <p>Le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière qui ont suivi un enseignement et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Ce diplôme peut être délivré dans les mêmes conditions aux personnes titulaires du diplôme d'État de sagefemme.</p> <p>Ce diplôme peut être obtenu par la validation des acquis de l'expérience dont les modalités d'organisation sont fixées par arrêté du ministre chargé des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.</p> <p>Article D.4311-43</p>

<p>La durée totale de l'enseignement est fixée à dix-huit mois. L'enseignement comporte une partie théorique et des stages. Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :</p> <p>1° Les conditions d'admission des étudiants ;</p> <p>2° Le programme et l'organisation des études [...].</p>	<p>La durée totale de l'enseignement est fixée à dix-huit mois. L'enseignement comporte une partie théorique et des stages. Sont fixés par arrêté du ministre chargé des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur :</p> <p>1° Les conditions d'admission des étudiants ;</p> <p>2° Le programme et l'organisation des études [...].</p>
<p>Article D.4311-45</p> <p>Le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession ou aux personnes titulaires du diplôme d'État de sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession qui, après réussite à des épreuves d'admission, ont suivi un enseignement et ont validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4311-47</p> <p>La durée des études préparatoires à la délivrance du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est de deux années.</p> <p>Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :</p> <p>1° Les conditions d'admission des étudiants ;</p> <p>2° Le programme et l'organisation des études [...].</p>	<p>Article D.4311-45</p> <p>Le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession ou aux personnes titulaires du diplôme d'État de sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession qui, après réussite à des épreuves d'admission, ont suivi un enseignement et ont validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4311-47</p> <p>La durée des études préparatoires à la délivrance du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est de deux années.</p> <p>Sont fixés par arrêté du ministre chargé des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur :</p> <p>1° Les conditions d'admission des étudiants ;</p> <p>2° Le programme et l'organisation des études [...].</p>
<p>Article D.4311-49</p> <p>Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré par le préfet de région aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme validés pour l'exercice de la profession en France qui ont réussi aux épreuves du concours d'admission, suivi une formation et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4311-50</p> <p>Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :</p> <p>1° Les conditions d'admission des étudiants ;</p> <p>2° La durée des études, le programme de la formation, l'organisation de l'enseignement [...].</p>	<p>Article D.4311-49</p> <p>Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré par le préfet de région aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme validés pour l'exercice de la profession en France qui ont réussi aux épreuves du concours d'admission, suivi une formation et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4311-50</p> <p>Sont fixées par arrêté du ministre chargé des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur :</p> <p>1° Les conditions d'admission des étudiants ;</p> <p>2° La durée des études, le programme de la formation, l'organisation de l'enseignement [...].</p>
<p>Article D.4321-14</p> <p>Le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est délivré par le préfet de région aux personnes qui, sauf dispense, ont suivi l'enseignement préparatoire au diplôme d'État et validé les enseignements théoriques et pratiques</p>	<p>Article D.4321-14</p> <p>Le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est délivré par le préfet de région aux personnes qui, sauf dispense, ont suivi l'enseignement préparatoire au diplôme d'État et validé les enseignements théoriques et pratiques</p>

<p>ainsi que les stages constitutifs de la formation. La composition du jury d'attribution du diplôme d'État est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.</p> <p>Article D.4321-22</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>ainsi que les stages constitutifs de la formation. La composition du jury d'attribution du diplôme d'État est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.</p> <p>Article D.4321-22</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>
<p>Article D.4322-2</p> <p>Le diplôme d'État de pédicure-podologue est délivré par le préfet de région aux personnes qui ont validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation. La composition du jury d'attribution du diplôme d'État est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Article D.4322-5</p> <p>Le diplôme d'État de pédicure-podologue correspond à 180 crédits européens :</p> <p>1° 141 crédits européens pour les unités d'enseignement dont les unités d'intégration ;</p> <p>2° 39 crédits européens pour l'enseignement en formation clinique.</p> <p>Le référentiel de formation incluant les unités d'enseignement et les stages, ainsi que leur contenu, est défini par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Article D.4322-9</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État de pédicure-podologue effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>Article D.4322-2</p> <p>Le diplôme d'État de pédicure-podologue est délivré par le préfet de région aux personnes qui ont validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation. La composition du jury d'attribution du diplôme d'État est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.</p> <p>Article D.4322-5</p> <p>Le diplôme d'État de pédicure-podologue correspond à 180 crédits européens :</p> <p>1° 141 crédits européens pour les unités d'enseignement dont les unités d'intégration ;</p> <p>2° 39 crédits européens pour l'enseignement en formation clinique.</p> <p>Le référentiel de formation incluant les unités d'enseignement et les stages, ainsi que leur contenu, est défini par arrêté du ministre chargé de la santé des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.</p> <p>Article D.4322-9</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État de pédicure-podologue effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>
<p>Article D.4331-2</p> <p>Le diplôme d'État d'ergothérapeute est délivré par le préfet de région aux personnes qui ont suivi une formation et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation. Ce diplôme peut être obtenu par la validation des acquis de l'expérience dont les modalités d'organisation</p>	<p>Article D.4331-2</p> <p>Le diplôme d'État d'ergothérapeute est délivré par le préfet de région aux personnes qui ont suivi une formation et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation. Ce diplôme peut être obtenu par la validation des acquis de l'expérience dont les modalités d'organisation</p>

<p>sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Article D.4331-3</p> <p>La durée de l'enseignement est de trois ans. Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé : 1° Le programme et le déroulement des études [...].</p> <p>Article D.4331-5</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État d'ergothérapeute effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>sont fixées par arrêté du ministre chargé des ministres chargé de la santé et de l'enseignement supérieur.</p> <p>Article D.4331-3</p> <p>La durée de l'enseignement est de trois ans. Sont fixés par arrêté du ministre chargé des ministres chargé de la santé et de l'enseignement supérieur : 1° Le programme et le déroulement des études [...].</p> <p>Article D.4331-5</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État d'ergothérapeute effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>
<p>Article D.4332-2</p> <p>Le diplôme d'État de psychomotricien est délivré par le préfet de région aux personnes qui, après avoir suivi, sauf dispense, une formation, ont subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement.</p>	<p>Article D.4332-2</p> <p>Le diplôme d'État de psychomotricien est délivré par le préfet de région aux personnes qui, après avoir suivi, sauf dispense, une formation, ont subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement.</p>
<p>Article D.4351-7</p> <p>Le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale est délivré par le préfet de région aux personnes qui, sauf dispense, ont suivi une formation et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4351-8</p> <p>La durée de l'enseignement préparatoire au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale est de trois ans. Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé : 1° Les conditions d'admission des étudiants ; 2° Le programme et le déroulement des études [...].</p> <p>Article D.4351-10</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>Article D.4351-7</p> <p>Le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale est délivré par le préfet de région aux personnes qui, sauf dispense, ont suivi une formation et validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation.</p> <p>Article D.4351-8</p> <p>La durée de l'enseignement préparatoire au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale est de trois ans. Sont fixées par arrêté du ministre chargé des ministres chargé de la santé et de l'enseignement supérieur : 1° Les conditions d'admission des étudiants ; 2° Le programme et le déroulement des études [...].</p> <p>Article D.4351-10</p> <p>Le montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale effectuant leurs études dans un institut de formation relevant d'un établissement public de santé est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>

**ANNEXE 3 : RECENSEMENT CEFIEC DES
PARTENARIATS UNIVERSITAIRES IFCS ET
LEUR NIVEAU M1/M2**

NOM	VILLE	ETABLISSEMENT SUPPORT	MASTER 1	MASTER 2	INFO COMPLEMENTAIRE	UNIVERSITE PARTENAIRE 1	LIBELLE 1	MENTION COMPLEMENTAIRE 1	UNIVERSITE PARTENAIRE 2	LIBELLE 2	MENTION COMPLEMENTAIRE 2	UNIVERSITE PARTENAIRE 3	LIBELLE 3	UNIVERSITE PARTENAIRE 4	LIBELLE 4
IFCS AIX-EN-PROVENCE	AIX-EN-PROVENCE	CHU AIX-EN-PROVENCE		M2		AIX MARSEILLE UNIVERSITE	Encadrement dans le secteur sanitaire et sociale	Parcours cadre de proximité							
IFCS AMIENS	AMIENS	CHU AMIENS	M1		M1 et M2 partiel (60 + 26 ECTS)	UNIV D'AMIENS	Master SHS Gestion et organisation des institutions sanitaires et sociales								
IFCS ANGERS	ANGERS	CHU ANGERS		M2	Attestation Universitaire de formation à la simulation en santé en partenariat avec la Faculté de Médecine d'Angers	UNIV DE DROIT-ECONOMIE-GESTION D'ANGERS	Master Management Administration des Entreprises	Secteur santé							
IFCS BESANCON	BESANCON	CHU BESANCON													
IFCS BORDEAUX (fusion)	BORDEAUX	CHU BORDEAUX	M1			UNIV DE BORDEAUX - INSTITUT DE SANTE PUBLIQUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE DEVELOPPEMENT	Master Santé publique	Option Cadre de santé paramédical							
IFCS BREST	BREST	CHU BREST			Master en cours de négociation										
IFCS CAEN	CAEN	CHU CAEN	M1			UNIV DE CAEN NORMANDIE - IAE DE CAEN	Master Management du social et de la santé	Parcours management de l'économie sociale et solidaire							
IFCS CLERMONT-FERRAND	CLERMONT-FERRAND	CHU CLERMONT-FERRAND		M2		UNIV D'AUVERGNE - ECOLE UNIVERSITAIRE DE MANAGEMENT	Management stratégique	Parcours management des organisations sanitaires et médico-sociales							
IFCS CROIX ROUGE & CHU NICE	NICE	CROIX ROUGE et CHU NICE		M2 (au choix)		INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES DE L'UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS	Le MAE - Master Administration et Entrepreneuriat	Spécialité: Encadrement des établissements de la santé et du social	Institut d'Administration des Entreprises de l'Université de Nice-Sophia-Antipolis	Le MAE - Master Administration et Entrepreneuriat	Spécialité : Action sociale, intervention, formation et intégration				
IFCS CROIX ROUGE BOIS-LARRIS	BOIS-LARRIS	INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE CROIX ROUGE FRANCAISE	M1			UNIVERSITE DE CERGY	Management des établissements, services et organisations de santé								
IFCS CROIX ROUGE DOUAI	DECHY	INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE CROIX ROUGE FRANCAISE		M2		UNIV D'ARTOIS - FACULTE ECONOMIE GESTION ADMINISTRATION ET SCIENCES SOCIALES	Master Management sectoriel	Parcours cadre du secteur sanitaire et médico-social							

IFCS CROIX ROUGE PARIS	PARIS	INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE CROIX ROUGE FRANCAISE			Diplôme "Responsable de gestion (Niveau II). Pour valider le Master 2, il restera une mission (soit transversale d'organisation, soit de management dans son unité) de 4 mois dans son institution d'appartenance avec un rapport de mission et la réalisation d'un mémoire.	CNAM PARIS	Responsable de gestion (Niveau II)									
IFCS DAUMEZON	SAINT ANDRE LEZ LILLE	CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON		M2 (au choix)		UNIV LILLE 1	Master ingénierie de formation		UNIV LILLE 2	Master ingénierie et management en santé	Spécialité cadre de secteur sanitaire et médico-social					
IFCS DIJON	DIJON	CHU DIJON	M1			UNIV DE BOURGOGNE - FRANCHE COMTE : Unité de formation et de recherche de science économique et de gestion AGROSUP : Département sciences de la formation et de la communication	Management et Formation dans les Etablissements de Santé (MFES)									
IFCS ECOLE SUPERIEURE MONTSOURIS	CRETEIL	GIP ECOLE SUPERIEURE MONTSOURIS	M1			UNIV PARIS EST CRETEIL VAL DE MARNE IAE GUSTAVE EIFFEL	Management des organisations soignantes									
IFCS GRENOBLE	GRENOBLE	CHU GRENOBLE				INSTITUT POLITIQUE DE GRENOBLE	Certificat d'établissement en politiques publiques de santé									
IFCS LILLE	LILLE	CHU LILLE		M2 (au choix)		UNIV LILLE 2 - FACULTE LILLOISE D'INGENIERIE ET MANAGEMENT EN SANTE (ILIS)	Master Management sectoriel	Parcours cadre du secteur sanitaire et médico-social	UNIV LILLE 1	Master Sciences humaines et sociales - mention sciences et métiers de l'éducation, de l'enseignement et de la formation	Spécialité sciences de l'éducation et de la formation des adultes parcours ingénierie de la formation (quota de 10 %)					
IFCS LIMOGES	LIMOGES	CHU LIMOGES	M1			IAE de LIMOGES	Management des établissements de la santé et du social									

IFCS DU TERRITOIRE LYONNAIS (fusion)	LYON	CHU LYON et CH LE VINATIER	M1 (au choix)			INSTITUT DES SCIENCES ET PRATIQUES D'EDUCATION ET DE FORMATION (ISPEF) - UNIV LUMIERE LYON 2	Sciences humaines et sociales	Sciences de l'éducation	ECOLE UNIVERSITAIRE DE MANAGEMENT (IAE) - UNIV LYON 3	Master management et administration des entreprises (MAE)		FACULTE D'ANTHROPOLOGIE ET SOCIOLOGIE - UNIV LYON 2	Master sociologie et développement des organisations (possibilité d'intégrer la 2ème année à l'issue de la formation IFCS)	ECOLE UNIV DE MANAGEMENT (IAE) & INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE SUR LES ORGANISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES (IFROSS) - UNIV LYON 3	Master conduite de changement dans les territoires, établissements et réseaux sanitaires et médico-sociaux - CTERSAMS (possibilité d'intégrer la 2ème année à l'issue de la formation IFCS si obtention du M1 MAE)
IFCS MARSEILLE	MARSEILLE	AP-HM		M2		FACULTE D'ECONOMIE ET DE GESTION - AIX MARSEILLE UNIVERSITE	Master Economie et gestion - Mention Ressources humaines	Mention Gestion des compétences et des ressources humaines							
IFCS MONTPELLIER	MONTPELLIER	CHU MONTPELLIER	M1		Attestation de formation à la prévention des risques professionnels en partenariat avec la Carsat	CNAM PARIS	Analyse du travail et développement des compétences								
IFCS NANCY (fusion)	NANCY	CPN LAXOU	M1		Diplôme CNAM + DU Droit et Responsabilités des professions paramédicales + accès de droit en M2 Sciences de l'éducation	UNIV LORRAINE - IAE DE METZ	Management des organisations des secteurs sanitaire et social								
IFCS NANTES	NANTES	CHU NANTES	M1			UNIV PARIS DAUPHINE	Management, gestion et économie de la santé	Parcours économie et gestion des établissements de santé							
IFCS PAU	PAU	CHU PAU	M1			UNIV DE PAU ET DES PAYS DE L'ADOUR	Administration territoriale, sanitaire et sociale	Parcours cadre du secteur sanitaire et médico-social							
IFCS POITIER	POITIER	CHU POITIER	M1		Certificat de spécialisation	CNAM POITOU CHARENTES	Droit, économie et gestion	Management spécialité gestion des services de santé (voie professionnelle)							
IFCS REIMS	REIMS	CHU REIMS		M2		UNIV REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE	Master Administration Economique et Sociale	Parcours Encadrement des unités de soins							
IFCS RENNES	RENNES	CHU RENNES	M1 (au choix)			UNIV RENNES 2	Recherche, conduite du changement et conduite de projet en éducation		UNIV RENNES 1	Gestion ressources humaines, management, gestion, finances et budget					

IFCS ROUEN	ROUEN	CHU ROUEN			Accès en M2 dans les 5 ans après diplôme cadre à 1 des masters	UNIV DE ROUEN - UFR SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIETE	Master conseil et ingénierie en formation Master ingénierie en éducation à la santé et éducation thérapeutique Master recherche en Sciences de l'Education		UNIV DE ROUEN - IAE	Master management des organisations sanitaires et médicosociales						
IFCS SAINT ANNE	PARIS	HÔPITAL SAINT ANNE	M1 (au choix)			UNIV PARIS OUEST NANTERRE LA DEFENSE	Sciences de l'éducation	Cadres d'intervention en terrains sensibles	UNIV PARIS EST MARNE LA VALLEE	Economie sociale et solidaire	Santé et médico-social					
IFCS SAINT ETIENNE	SAINT ETIENNE	CHU SAINT ETIENNE	M1			UNIV JEAN MONNET DE SAINT ETIENNE - IAE & INSTITUT UNIVERSITAIRE PROFESSIONNALISANT DE MANAGEMENT DES ENTREPRISES INDUSTRIELLES	Management des organisations de santé									
IFCS SALPETRIERE	PARIS	AP-HP	M1			UNIV PARIS-DAUPHINE	Economie et Gestion de la santé	Parcours Economie et gestion des établissements de santé								
IFCS STRASBOURG	STRASBOURG	CHU STRASBOURG		M2		INSTITUT DE PREPARATION A L'ADMINISTRATION GENERALE	Master en Management public									
IFCS TOULOUSE	TOULOUSE	CHU TOULOUSE	M1 (au choix)			UNIV PAUL SABATIER - TOULOUSE III	Master professionnel de santé publique, gestion des institutions et services de santé		UNIV JEAN JAURES - TOULOUSE II	Master en sciences humaines et sociales - Sciences de l'éducation et de la formation	Parcours formation de formateur en santé					
IFCS TOURS	TOURS	CHU TOURS	M1 (au choix)			UNIV DE TOURS	Promotion et gestion de la santé		UNIV DE TOURS	Sciences de l'éducation et de la formation						
IFCS UNIVERSITE CATHOLIQUE LILLE	LOMME	INSTITUT DE FORMATION EN SANTE MEMBRE DE L'UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE		M2		INSTITUT UNIVERSITAIRE SANTE SOCIAL	Master Sciences humaines et sociales - Mention Actions et activités de la santé et du social	Spécialité Handicap et Dépendance : enjeux sanitaires et sociaux - Parcours Ingénierie pédagogique des formations de santé								
IFCS VILLE EVRARD	NEUILLY SUR MARNE	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE VILLE EVRARD	M1		DU Ethique soignante et hospitalière à PARIS VIII	UNIV PARIS EST DE MARNE LA VALLEE - INSTITUT ANNAH ARENDT	Sciences de l'éducation	Dynamique éducative des sujets et des institutions : formation et encadrement								

ANNEXE 4 : STATUT DES DIRECTEURS D'INSTITUTS ET FORMATEURS

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

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

NOR : SASH0930750A

La ministre de la santé et des sports,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé ;
Vu l'arrêté du 20 mai 1968 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;
Vu l'arrêté du 22 février 1972 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice ;
Vu l'arrêté du 23 juin 1972 modifié relatif au fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie ;
Vu l'arrêté du 4 juillet 1972 modifié relatif au fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de laborantin d'analyses médicales ;
Vu l'arrêté du 17 mai 1982 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;
Vu l'arrêté du 24 septembre 1990 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en ergothérapie ;
Vu l'arrêté du 2 octobre 1991 modifié relatif aux conditions d'agrément et de fonctionnement des instituts de formation en pédicurie-podologie ;
Vu l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers ;
Vu l'arrêté du 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé ;
Vu l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire. ;
Vu l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste ;
Vu l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant ;
Vu l'arrêté du 16 janvier 2006 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;
Vu l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'Etat d'ambulancier ;
Vu l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 3 juin 2009 ;
Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes du 30 juillet 2009,

Arrête :

Article 1^{er}

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux instituts de formation des professionnels mentionnés aux titres I à VII du troisième livre de la quatrième partie du code de la santé publique, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers, des techniciens de laboratoires d'analyses de biologie médicale, ainsi que des cadres de santé.

Article 2

Le présent arrêté s'applique sous réserve des dispositions spécifiques relatives à l'organisation de la formation des professions visées à l'article 1^{er}.

Article 3

Les missions des instituts mentionnés à l'article 1^{er} sont les suivantes :

- 1° La formation initiale des professionnels pour lesquels l'institut est autorisé ;
- 2° La formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation ;
- 3° La formation continue des professionnels incluant la formation d'adaptation à l'emploi ;
- 4° La documentation et recherche d'intérêt professionnel.

Article 4

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.

Article 5

Lorsque le nombre d'instituts par filière professionnelle ne permet pas un conventionnement direct de chacun avec l'université, les instituts de formation se regroupent.

Les regroupements d'instituts de formation publics prennent la forme de groupement de coopération sanitaire.

Les regroupements d'instituts de formation organisent la coordination de leurs activités sur le plan pédagogique.

Article 6

Les instituts de formation visés à l'article 1^{er} sont dirigés par un directeur responsable de :

1. La conception du projet pédagogique ;
2. L'organisation de la formation initiale, préparatoire et continue ;
3. L'organisation de l'enseignement théorique et clinique ;
4. Le contrôle des études ;
5. L'animation et de l'encadrement de l'équipe pédagogique ;
6. La recherche d'intérêt professionnel conduite par l'équipe pédagogique.

Il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans les instituts de formation susmentionnés, de la délivrance des diplômes ou certificat sanctionnant la formation dispensée dans ces instituts.

Sous l'autorité du directeur de l'organisme gestionnaire ou de son représentant légal lorsque l'institut de formation n'a pas la personnalité juridique, il participe également à la gestion administrative et financière ainsi qu'à la gestion des ressources humaines de l'institut qu'il dirige.

Article 7

Pour être agréés, les directeurs des instituts de formation doivent être titulaires d'un titre permettant l'exercice d'une des professions visées par le présent arrêté à l'exception des titres permettant l'exercice des professions d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et d'ambulanciers.

En sus des obligations mentionnées à l'article R. 4383-4 du code de la santé publique, les directeurs des instituts de formation doivent :

1. Être titulaire du diplôme de cadre de santé ou d'un des certificats de cadre auxquels ce diplôme s'est substitué ;
2. Justifier d'une expérience en management et/ou pédagogie appréciée sur la base d'un *curriculum vitae*, titres et travaux ;
3. Ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire national.

Un directeur d'institut de formation peut être agréé pour diriger plusieurs instituts visés à l'article 1^{er}.

Un titre universitaire de niveau II dans les domaines de la pédagogie ou de la santé est recommandé.

Article 8

Pour être agréé, le directeur d'un institut de formation d'ambulanciers doit avoir une expérience de deux ans dans le secteur du transport sanitaire et :

1. En milieu hospitalier, être titulaire du diplôme de cadre de santé ;
2. En milieu extrahospitalier, justifier de compétences managériales et de gestion validées, équivalentes aux compétences d'un cadre de santé.

Il doit en outre ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire national.

Article 9

L'équipe pédagogique de l'institut de formation comprend des enseignants formateurs permanents et des intervenants extérieurs. Les formateurs permanents contribuent, sous l'autorité du directeur, à la réalisation des missions de l'institut. Le rapport entre le nombre d'enseignants permanents et celui des étudiants ou élèves doit être tel qu'il permette un enseignement et un encadrement adaptés aux exigences de la formation.

Article 10

Les formateurs permanents des instituts susmentionnés, à l'exception des instituts de formation d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et d'ambulanciers, doivent être titulaires :

1. D'un titre permettant l'exercice des professions pour lesquelles l'institut est autorisé ;
2. Du diplôme de cadre de santé ou d'un des certificats de cadre auxquels ce diplôme s'est substitué ou d'un diplôme reconnu équivalent ;

Les formateurs permanents des instituts de formation d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et d'ambulanciers doivent être titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier.

Un titre universitaire de niveau II dans les domaines de la pédagogie ou de la santé est recommandé.

Article 11

Les instituts doivent disposer de personnels administratifs, et éventuellement de personnels techniques, permettant à l'institut d'accomplir sa mission dans les meilleures conditions.

Article 12

Le projet pédagogique de l'institut, dont le contenu est fixé en annexe II, prend en compte :

1. Les différentes voies d'accès aux diplômes visés par le présent arrêté ;
2. La conception de la formation ;
3. Le contexte de l'offre de soins ;
4. Le contexte de l'offre de formation environnante.

Article 13

Les lieux de stages sont choisis par le directeur de l'institut de formation. Il peut supprimer de la liste des terrains choisis ceux qu'il n'estime pas suffisamment formateurs. Dans les deux cas, le conseil pédagogique est consulté.

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, les services, les unités fonctionnelles et autres structures internes cliniques et médico-techniques relevant des établissements publics de santé et des établissements de santé privés, les éléments permettant d'apprécier leur activité et la qualité des modalités d'encadrement doivent être fournis : discipline du service, nombre de lits ou places, principales pathologies traitées, soins les plus couramment dispensés, nombre d'étudiants de la même formation accueillis simultanément en stage, convention d'encadrement.

Pour les structures extrahospitalières ou les cabinets libéraux, les éléments permettant d'apprécier leur activité et la qualité des modalités d'encadrement doivent être fournis : principales missions, soins et activités les plus couramment réalisés, nombre d'étudiants accueillis.

Article 14

Les instituts de formation doivent disposer de locaux et de matériels techniques, informatiques et pédagogiques adaptés à l'enseignement ainsi qu'au diplôme préparé.

Ces locaux peuvent être affectés exclusivement à l'institut ou être partagés avec d'autres instituts ou structures de formation.

Article 15

La décision d'autorisation précise le nombre maximum d'étudiants ou élèves que l'établissement est autorisé à accueillir chaque année par session de formation.

Ce nombre est déterminé, notamment, en fonction des besoins spécifiques de formation dans la région ou l'interrégion, des terrains de stage disponibles, de la capacité des locaux, du matériel mis à la disposition ainsi que de l'effectif des formateurs.

Article 16

Le représentant légal des instituts de formation visés à l'article 1^{er} transmet au président du conseil régional qui sollicite l'avis de l'autorité compétente déconcentrée un dossier de demande d'autorisation dont la composition est fixée par l'annexe I.

Article 17

En cas de non-renouvellement de l'autorisation, les étudiants ou élèves en cours de formation sont redéployés au sein des structures existantes sur la base des schémas régionaux des formations sanitaires. Les effectifs de formateurs sont redéployés en fonction des évolutions démographiques.

Article 18

Par dérogation aux dispositions des articles 7, 8 et 10 les enseignants et les responsables qui étaient en fonctions dans un institut de formation des professions mentionnées à l'article 1^{er} du présent arrêté, peuvent le demeurer même s'ils ne répondent pas à l'ensemble des conditions requises pour exercer les fonctions d'enseignant et de directeur, sous réserve de se mettre en conformité avec les dispositions du présent arrêté dans un délai de quatre ans.

Article 19

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux apprentis des instituts de formation visés à l'article 1^{er}, nonobstant les règles définies au titre I^{er} du livre I^{er} du code du travail.

Article 20

Sont abrogés la première phrase de l'article 2 et l'article 5 de l'arrêté du 20 mai 1968 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, l'arrêté du 1^{er} septembre 1971 relatif aux conditions d'agrément des instituts de formation en ergothérapie, la deuxième phrase de l'article 1^{er}, l'article 2 et l'article 6 de l'arrêté du 22 février 1972 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, l'arrêté du 22 février 1972 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, l'arrêté du 23 juin 1972 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie, la deuxième phrase de l'article 1^{er}, le premier alinéa de l'article 2 et l'article 5 de l'arrêté du 23 juin 1972 modifié relatif au fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie, l'arrêté du 4 juillet 1972 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de laborantin d'analyses médicales, la deuxième phrase de l'article 1^{er} et le premier alinéa de l'article 2, les alinéas 5, 6 et 7 de l'article 5 et l'article 6 de l'arrêté du 4 juillet 1972 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de laborantin d'analyses médicales, la deuxième phrase de l'article 1^{er} et l'article 2 de l'arrêté du 10 mai 1974 relatif à l'équipement technique et au matériel pédagogique minimum en vue de l'obtention de l'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de laborantin d'analyses médicales, la deuxième et la troisième phrase de l'article 1^{er}, les articles 2 à 5 de l'arrêté du 17 mai 1982 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, les articles 1^{er}, le deuxième, troisième et quatrième alinéa de l'article 4 de l'arrêté du 24 septembre 1990 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en ergothérapie, l'article 1^{er}, le premier alinéa de l'article 2, les articles 3 à 5, les articles 9, 11 et 12 de l'arrêté du 2 octobre 1991 modifié relatif aux conditions d'agrément et de fonctionnement des instituts de formation en pédicurie-podologie, les articles 3, 5, 6, 7 et 9 de l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des centres de formation en soins infirmiers, les articles 1^{er}, 2 et 3 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé, l'article 12 de l'arrêté du 21 août 1996 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales, l'article 2, les alinéas 1, la deuxième phrase de l'alinéa 8 et l'alinéa 9 de l'article 3, et l'article 4 de l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire, les articles 2 et 3, les alinéas 1 et 9 et la deuxième phrase de l'alinéa 8 de l'article 4, l'article 5 de l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, les articles 32, 33 et 34 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, la deuxième phrase de l'article 1^{er}, les articles 33, 34 et 35 de l'arrêté du 16 janvier 2006 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, les articles 33 et 34 de l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'Etat d'ambulancier.

Article 21

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé.

Fait à Paris, le 31 juillet 2009.

Pour la ministre et par délégation :
*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

ANNEXE I

COMPOSITION DU DOSSIER D'AUTORISATION EN VUE DE LA CRÉATION OU DU RENOUVELLEMENT
D'AUTORISATION DES INSTITUTS DE FORMATION

Pièces	Dans le cadre d'une demande initiale ou d'un renouvellement
1. Les informations générales relatives à l'institut de formation	
a) Dénomination sociale de l'organisme.	A fournir
b) Adresses du site principal et le cas échéant des sites annexes.	A fournir
c) Les plans détaillés précisant la répartition et l'affectation des locaux (dont l'accessibilité aux personnes handicapées, le service de restauration, l'internat, les espaces de convivialité, etc.).	A fournir
d) Description des activités.	A fournir
e) Organigramme administratif et fonctionnel.	A fournir
f) Nom des personnes engageant la responsabilité de l'organisme.	A fournir
g) Attestation d'assurance en vigueur au titre de la responsabilité civile couvrant les activités de contrôle entrant dans le champ d'application de la demande d'autorisation.	A fournir
h) L'avis favorable de la commission départementale de sécurité et d'accessibilité (dernier en date).	A fournir
2. Gouvernance de l'institut de formation	
a) Les missions du directeur et de l'équipe de direction, le cas échéant.	A fournir
b) Le projet pédagogique de l'institut.	A fournir
c) Les membres des instances représentatives (conseil pédagogique et conseil de discipline, cf arrêté du 21 avril 2007).	A fournir
d) Rapport d'activité – (conformément à l'annexe V de l'arrêté du 21 avril 2007).	A fournir
e) Tableau de suivi des indicateurs du rapport d'activité sur les 5 dernières années.	A fournir le cas échéant
f) L'engagement dans une démarche qualité de dispositifs de formations professionnelles supérieures.	A fournir
g) Développement d'une stratégie de communication interne.	A fournir
h) La mise en place d'un dispositif d'évaluation à travers des indicateurs types.	A fournir le cas échéant
i) Les ressources financières : le compte de résultat prévisionnel annexe (art. R. 6145-12 du code de la santé publique) pour les établissements publics et l'état des prévisions des recettes et des dépenses ou les comptes certifiés par le commissaire aux comptes (art. L. 6161-3 et R. 6161-9 et suivants du code de la santé publique), les tableaux de suivi d'affectation des ressources ; la mise en place d'indicateurs de suivi.	A fournir

3. Ressources humaines et matérielles	
a) Liste nominative des membres de l'équipe pédagogique, technique et administrative et leurs qualifications professionnelles (CV et titres de formation).	A fournir
b) Le centre de ressources multimédia et documentaire : ordinateurs, accès internet, appareils multimédias, matériels de travaux pratiques.	A fournir
c) Les matériels pédagogiques : ordinateurs, accès internet, appareils multimédias, matériels de travaux pratiques.	A fournir
4. La place de l'institut dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales	
a) le positionnement de l'institut dans l'environnement territorial au regard des besoins de la population et des professionnels formés.	A fournir
b) le positionnement de l'institut dans l'environnement économique et social de la région.	A fournir
c) le positionnement de l'institut dans les démarches de partenariat et de réseaux interprofessionnels.	A fournir
d) la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire (GCS) dont les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) adossés à un établissement public de santé font partie. Pour les instituts de formation en soins infirmiers non adossés à un établissement public de santé, la convention constitutive, le cas échéant, de la structure juridique de regroupement. Cette pièce doit être fournie au plus tard le 30/06/2010 .	A fournir
e) la convention entre l'institut ou la structure juridique de regroupement des IFSI et l'université ou le groupement d'universités sur la base d'une convention type établie au niveau national par le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'enseignement supérieur. Cette pièce doit être fournie au plus tard le 30/06/2010.	A fournir

ANNEXE II

Projet pédagogique

Le projet pédagogique des instituts comporte :

- les orientations de la formation ;
- la conception générale de la formation et les choix pédagogiques en lien avec les métiers préparés : les valeurs, les finalités visées avec le profil attendu et les compétences pour exercer le métier ;
- les objectifs d'apprentissage et de professionnalisation ;
- l'individualisation des parcours ;
- la planification de l'alternance ;
- la liste des lieux et places de stage négociés en lien avec les obligations réglementaires ;
- les modalités d'encadrement et de tutorat négociées avec les responsables des structures d'accueil ;
- les prestations offertes à la vie étudiante ;
- les indicateurs d'évaluation du projet.



LE DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL

Madame la Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins
Ministère de la Santé et des Sports
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07

Paris, le 4 novembre 2009

N. Réf: GV/HVB/ALC- 09 -~~0507~~

Dossier suivi par : Pôle Ressources Humaines

Objet : Agrément des directeurs des instituts de formation.

Madame La Directrice,

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation aux professions paramédicales précise en son article 7 les conditions d'agrément des directeurs de ces instituts.

Il est notamment indiqué dans le 2^{ème} alinéa que « *en sus des obligations mentionnées à l'article R. 4383-4 du code de la santé publique, les directeurs des instituts de formation doivent :*

1. *Etre titulaire du diplôme de cadre de santé ou d'un des certificats de cadre auxquels ce diplôme s'est substitué ;*
2. *Justifier d'une expérience en management et/ou pédagogie appréciée sur la base d'un curriculum vitae, titres et travaux ;*
3. *Ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation inscrite au bulletin n°2 du casier judiciaire national. »*

Cet article ne mentionne donc que des conditions de diplôme et non de grade et laisse a priori penser qu'il n'est pas nécessaire d'être directeur des soins pour diriger un institut de formation.

Toutefois, l'article R.4383-4 du code de la santé publique précise dans son 2^{ème} alinéa que « *l'agrément des directeurs des instituts ou écoles relevant d'un établissement public de santé est délivré dans le respect des dispositions statutaires régissant les personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires et des dispositions légales et réglementaires s'appliquant aux agents publics* ». Cela renvoie donc explicitement aux dispositions statutaires. Or si l'on se réfère au statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière (décret 2001-1375 du 31 décembre 2001) la fonction de directeur d'institut n'est pas mentionnée dans l'énumération des fonctions que peuvent exercer les cadres de santé (article 4) et les cadres supérieurs de santé (article 5).

Tel n'est pas le cas en revanche du statut particulier des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière (décret n°2002-550 du 19 avril 2002) qui prévoit explicitement au 2° de l'article 3 que les directeurs de soins peuvent être chargés « *de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé* ».

Il semble donc, que seuls les personnels appartenant au corps des directeurs de soins puissent exercer la fonction de directeur d'institut de formation aux professions paramédicales.

En effet, l'article 18 de l'arrêté du 31 juillet 2009 paraît abonder dans ce sens lorsqu'il précise que « *par dérogation aux dispositions des articles 7, 8 et 10 les enseignants et les responsables qui étaient en fonctions dans un institut de formation des professions mentionnées à l'article 1..., peuvent le demeurer même s'ils ne répondent pas à l'ensemble des conditions requises pour exercer les fonctions d'enseignant et de directeur, sous réserve de se mettre en conformité avec les dispositions du présent arrêté dans un délai de quatre ans* ».

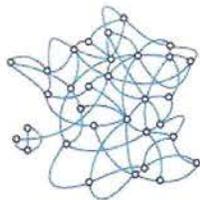
Je vous saurais gré de me préciser si cette interprétation peut être retenue ou si tel n'est pas le cas, m'indiquer les modalités d'interprétation de cet arrêté.

Je vous prie de croire, Madame la Directrice, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Gérard VINCENT

ANNEXE 5 : COURRIER CONFERENCE DG DE CHU



CHU FRANCE
DIRECTEURS GÉNÉRAUX

Le Président

Paris, le 7 février 2017

Monsieur Jean DEBEAUPUIS
Inspecteur général des affaires sociales
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

Monsieur Frédéric THOMAS
Inspecteur général de l'administration de l'éducation
nationale et de la recherche
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
110 rue de Grenelle
75357 Paris SP 07

Objet : position de la conférence des directeurs généraux de CHU/mission universitarisation des professions paramédicales

Monsieur l'Inspecteur général,

Vous avez bien voulu nous consulter dans le cadre de la mission qui vous a été confiée concernant les modalités d'universitarisation des professions paramédicales, et nous vous en remercions.

La décision d'inscrire les formations paramédicales dans le schéma Licence-Master-Doctorat a été prise dès 2006. Dix ans après le démarrage de cette réforme, il apparaît utile de faire le point quant à sa mise en œuvre, mais aussi quant à la prospective en matière d'universitarisation des métiers de la santé dans un contexte pour lequel les modalités de gouvernance de ces derniers sont impactées non seulement par la mise en œuvre des grandes régions mais aussi par la mise en place des GHT.

Alors même que la gouvernance des instituts nécessite déjà d'articuler plusieurs acteurs : conseil régional, université, établissements de santé et services de l'Etat (DRCJCS et ARS), la mise en œuvre des réformes territoriales vient encore complexifier une gouvernance éclatée. En effet, la mise en œuvre des grandes régions, tout comme celle des groupements hospitaliers de territoire engendre une série de questions : articulation entre GCS IFSI au sein d'une même grande région alors même que les universités ne fusionnent pas ? Articulation avec les tutelles autour des grandes régions qui nécessiteront une harmonisation des pratiques entre services ? Articulation avec les groupements hospitaliers de territoire qui devront se saisir du sujet de la formation initiale ?

L'organisation actuelle de la gouvernance constitue un véritable obstacle à la mise en place d'une dynamique de formation qui doit permettre de faire face aux défis portés non seulement par l'universitarisation des métiers de la santé, mais aussi par les diverses réformes du système de santé.

Pour faire des instituts un outil au service des prises en charge les plus adaptées, amenant à un niveau de compétence correspondant à celui attendu de formations professionnalisantes, il conviendra de respecter les prérogatives de chacun et de coordonner les acteurs autour d'une structure qui favorise l'interface entre université, tutelles et établissements, développe des complémentarités entre les acteurs, et impulse une dynamique d'innovation au sein des instituts en fédérant autour de lui des expertises.

Ce cadre général étant posé, nous souhaitons dans un premier temps énoncer les points auxquels la Conférence est et demeurera très attachée:

- Nous sommes pleinement favorables à la valorisation universitaire des enseignements et diplômes dispensés, pour l'ensemble des professions paramédicales (à l'exception des formations d'AS, d'APE, de conducteur ambulancier et d'auxiliaire de vie qui n'entrent pas dans le champ visé). Cette meilleure valorisation devra notamment permettre d'augmenter et de diversifier les offres de formation accessibles au terme de la PACES, et d'ouvrir les passerelles entre les études paramédicales et médicales.
- Les IFCS constituent des écoles de management qui dispensent tout à la fois la formation débouchant sur le grade de cadre de santé, et de la formation continue pour les cadres en fonction. La plupart des IFCS dispose d'une convention avec l'Université, celle-ci permettant de compléter les enseignements dispensés et débouchant sur l'attribution d'un master de management, ou de gestion des établissements de santé. Si cette formule nous semble indispensable, nous serons très vigilants sur les évolutions de ces instituts dont la formation prépare les acteurs du management hospitalier.

- Les étudiants des écoles paramédicales ont déjà accès à un certain nombre de prestations sociales, qui pourraient leur être encore plus largement ouvertes, en pleine équité avec les étudiants de médecine, de pharmacie ou de dentaire et de maïeutique.
- Les instituts de formation paramédicale constituent des écoles professionnelles, au sein desquelles la formation alternant les temps de formation délivrés en cours et les temps de formation pratique acquise sur le terrain durant les stages, encadrés par des professionnels soignants, permettent de préparer les étudiants à des prises de fonctions très opérationnelles auprès du patient. La construction de la posture professionnelle des futurs soignants ne peut se faire que par la prise de recul et l'analyse des situations vécues en stage par les formateurs connaissant le métier et permettant à l'étudiant de réfléchir sur ses comportements et structurer son exercice à venir. Ce travail d'analyse des situations professionnelles, qui passe par un suivi pédagogique individuel des étudiants est et doit demeurer un point clé des formations paramédicales.
- Pour ce faire, nous souhaitons voir conserver, auprès des enseignants universitaires qui interviennent d'ores et déjà, à des niveaux variables selon les instituts, un pilotage par un coordonnateur général de soins, directeur d'institut. La pédagogie doit impliquer très étroitement des soignants. La très grande majorité des directeurs et enseignants des écoles paramédicales sont d'ores et déjà titulaires d'un master et cette évolution doit se poursuivre. Bien entendu, le niveau d'intervention et de responsabilité des enseignants universitaires de la faculté de médecine dans ces formations pourra être renforcé.
- L'organisation des stages est un axe majeur qui tient tout à la fois compte de manière pragmatique et indispensable des capacités d'accueil et d'encadrement de chacun des établissements, et de la volonté d'enseigner sur tous les types de pratique, en CHU, comme dans les établissements de taille moins importante, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social, voire demain dans les maisons de santé polyvalentes. Les CHU seront très vigilants sur l'organisation de la politique de stage, dont ils doivent être des acteurs majeurs.
- Les crédits apportés par la Région, qui ne suffisent pas toujours à répondre à l'ensemble des besoins et que nous complétons ponctuellement doivent être sanctuarisés, s'il advenait qu'ils soient gérés par un autre acteur que le CHU.
- Les instituts sont des acteurs impliqués dans le développement de la formation continue. Ils permettent d'accompagner les développements professionnels individuels et d'accompagner les évolutions institutionnelles. Nous sommes très attachés au maintien et au développement continu de ce partenariat.

De ces points clés découle l'affirmation que les CHU souhaitent demeurer des acteurs engagés dans la gouvernance, la définition des contenus et des modalités d'enseignement et la politique de stage, des instituts de formation paramédicale.

Pour ce faire deux formules organisationnelles et juridiques nous apparaissent possibles :

1. Un adossement renforcé à l'Université, par l'établissement d'une convention passée entre l'établissement support de GHT coordonnateur des écoles et l'Université, permettant de démultiplier les enseignements mutualisés, de partager au mieux les supports d'enseignement (simulation, espace numérique de travail) (Collegium mis en place en Région Centre Val de Loire). Le CHU demeure en charge de la gestion financière et de la GRH des équipes des instituts. Il doit dans ce cadre demeurer étroitement associé à la définition des enseignements et à la politique de stage.
2. La structuration au niveau régional, ou infra régional, selon la couverture universitaire des régions, d'un GCS de moyens, ou d'un GIE. Dans cette hypothèse deux solutions de gestion sont possibles :
 - a. Le CHU continue à être directement gestionnaire des budgets des écoles et être l'interlocuteur de la région, le GCS (ou le GIE), est le lieu régional de concertation sur la définition des stratégies pédagogiques.
 - b. Le GCS reçoit les crédits de la région. Dans ce cas, nous considérons que le CHU doit en être administrateur, ce qui n'est pas nécessairement compatible avec le mode électif de désignation de l'administrateur. L'ensemble des établissements supports de GHT de la région (où pour les régions où existent plusieurs CHU, de la circonscription d'internat), les instituts publics et privés en sont membres. La région et l'ARS en seraient invitées permanents.

Cette formule faciliterait la gestion :

- des coûts inhérents au processus d'universitarisation (BU, inscriptions, cartes étudiants, diplômes, frais de mission et d'enseignement des formateurs, hospitaliers et universitaires,...),
- des coûts d'ingénierie pédagogique commune (plateformes de simulation, serveurs d'échanges dématérialisés, modules e-learning/serious games/MOOC, dispositif de jeux de rôle,...),

- les équipements et les postes partagés au niveau du territoire, en lien avec les GHT,
- identifier des pôles d'expertise sur la région en lien avec le Conseil Régional et l'ARS => développer des complémentarités,
- répondre aux appels à projets, y compris dans le domaine de la formation continue.

Dans un premier temps, nous privilégions la convention. Elle pourrait déboucher sur un dispositif plus intégré, qui serait expérimenté rapidement dans des régions volontaires.

En tout état de cause les CHU souhaitent rester gestionnaires des Instituts et insistent sur le fait que les formules de coopération renforcée avec l'université, par convention ou structuration d'un groupement, devront permettre de :

- Accompagner le processus d'universitarisation et notamment :
 - poursuivre le travail engagé au sein des IFSI pour les UE contributives en optimisant les interventions universitaires (développement des cours filmés et autres plateformes de partage de données),
 - donner accès à tous les étudiants aux savoirs et aux outils universitaires (BU, plateformes, congrès/séminaires, formations pluridisciplinaires,...) et garantir l'égal accès aux savoirs des étudiants, quel que soit leur lieu principal d'enseignement,
 - renforcer une approche mutualisée de la politique de stage au sein des structures hospitalières,
 - accompagner les autres professionnels de santé dans cette dynamique (formation cadre, écoles de spécialité,).
- Fédérer les instituts autour de projets communs dans le cadre de moyens mutualisés :
 - Développer les complémentarités autour de plateformes communes spécialisées et d'ingénierie pédagogique partagées pour l'ensemble des métiers de la santé au-delà des IFSI:
 - plateforme d'échange internet, e-learning, MOOC,
 - plateforme de simulation haute-fidélité,
 - scénarii communs basse fidélité (jeux de rôle, cours filmés mis en ligne,...),
 - développement de pôles d'expertise.
 - Mettre en place des postes et équipements partagés
 - Développer l'innovation pour mieux accompagner les mutations des métiers de la santé :
 - Faire face aux nouveaux défis du management des politiques de santé et mettre en place un véritable Institut hospitalo-universitaire du Management dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire et en lien avec l'université,
 - Développer une offre de formation hospitalo-universitaire continue pour accompagner l'émergence de nouveaux métiers : bed managers, infirmière clinicienne, nouvelles spécialités,
 - Poursuivre le développement les liens avec la formation continue pour développer une offre de formation adaptée aux besoins des acteurs,
 - Favoriser les partenariats extérieurs (ERASMUS, coopération internationale, mission Egalité des Chances, politique Mécénat,...).

Nous demeurons à votre disposition pour poursuivre cette réflexion à laquelle les CHU attachent la plus haute importance, et vous prions d'agréer, Monsieur l'Inspecteur général, nos plus cordiales salutations



Jean-Pierre DEWITTE

ANNEXE 6 : DONNEES SUR GHT ET IFSI

Tableau 5 : répartition des IFSI par GHT selon la présence ou non d'un CHU/CHR

	GHT hors IDF avec CHU/R	GHT hors IDF sans CHU/R	GHT en IDF	total national
nombre de GHT	29	91	15	135
IFSI publics gérés dans GHT	89	115	25	229
IFSI publics gérés hors GHT	16		23	39
IFSI privés	47		12	59
IFSI totaux	267		60	327

GHT sans IFSI	0	14	0	14
GHT avec 1 IFSI	2	49	4	55
GHT avec 2 IFSI	9	22	8	39
GHT avec 3 IFSI	11	4	2	17
GHT avec 4 IFSI	3	2	1	6
GHT avec 5 IFSI	2	0	0	2
GHT avec 6 IFSI	1	0	0	1
GHT avec 9 IFSI	1	0	0	1
Total des GHT	29	91	15	135

ANNEXE 7 : CARTOGRAPHIE DES COUTS LIES AUX FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES A L'UNIVERSITE

La cartographie succincte établie ci-dessous doit servir de cadre à la construction du budget annexe. Elle est naturellement liée à la capacité des universités à faire émerger des coûts réels et donc dépendante du degré d'avancement de leurs systèmes d'information. Elle doit enfin servir de cadre de discussion entre les universités et les régions sur les modalités de prise en compte des coûts supportés au titre de l'universitarisation des formations paramédicales.

1 DEFINITION

La cartographie est destinée à permettre à l'université d'avoir une représentation de l'ensemble des moyens dédiés à l'universitarisation des formations paramédicales, afin notamment de permettre un dialogue transparent avec la région qui, dans le schéma préconisé par la mission, versera directement la subvention à l'université sans passer par le budget des instituts de formation.

Condition sine qua non, l'ensemble des dépenses et recettes liées aux formations paramédicales devra s'inscrire dans un budget annexe. La cartographie est un outil qui doit permettre de mesurer le poids des activités liées aux formations paramédicales au sein de l'université et de vérifier l'adéquation entre ces dépenses et les recettes liées aux frais d'inscription des étudiants et à la subvention versée par la région.

La cartographie regroupe l'ensemble des moyens dédiés à l'activité de formation des professionnels paramédicaux, quelle que soit la composante qui les supportent.

2 PERIMETRE DE LA CARTOGRAPHIE

Le périmètre de la cartographie recouvre :

- les formations paramédicales déjà présentes au sein de l'université (orthophoniste, orthoptiste et audioprothésiste ainsi que toute autre formation développée en propre au sein de l'université) ;
- les formations paramédicales faisant l'objet d'une convention entre l'université et les instituts de formation publics ou privés.

3 PREREQUIS

La réalisation de la cartographie implique qu'un certain nombre de prérequis soient remplis :

- tous les étudiants entrant dans le champ de la cartographie tel que défini *supra* doivent être inscrits pédagogiquement et identifiés par l'université ;
- les prestations fournies doivent être clairement identifiées et justifiées ;

- la part des charges communes supportée par l'université au titre des formations paramédicales doit faire l'objet d'une clé de répartition claire.

4 REGLES DE PRESENTATION DES CHARGES ET PRODUITS

Charges :

a) dépenses de personnel :

Les règles de calcul en matière de dépenses de personnel, calculées pour chaque université, sont les suivantes :

- Personnel enseignant :
 - Les dépenses liées aux personnels enseignants correspondent :
 - aux activités d'enseignement directement devant les étudiants, que ce soit en présentiel ou en distanciel¹³³ ;
 - à la réalisation de supports de cours, quelle que soit leur forme (DVD, visio, etc.), à destination des instituts de formation ;
 - à la fabrication et la correction des sujets d'examen ;
 - aux déplacements et à la participation aux réunions de coordination et différents conseils des instituts de formation¹³⁴.
 - Les dépenses liées aux activités d'enseignement et à la réalisation de supports de cours sont évaluées sur la base du temps effectivement consacré à ces activités.
 - Les enseignants-chercheurs sont considérés comme consacrant la moitié de leur service à la formation.
 - La valorisation des dépenses de personnel enseignant correspond pour l'université au nombre d'heures équivalentes travaux dirigés (HETD) consacrées à la formation des professionnels paramédicaux multiplié par le coût moyen chargé de l'heure, en partant du coût moyen d'un enseignant intégrant le traitement et le cas échéant les heures complémentaires calculé comme suit :

¹³³ Ainsi que précisé *supra*, dans la mesure où ces dépenses sont, par définition, individualisées, il appartiendra à l'université de déterminer, en concertation avec ses partenaires, si elles figurent dans le budget annexe ou si elles font l'objet d'une facturation directe aux instituts. Il convient en revanche d'éviter que les instituts rémunèrent directement sous forme de vacations les intervenants universitaires afin que l'université ait une vision claire du coût de de formations paramédicales. En outre, l'impossibilité pour les personnels bi-appartenants de percevoir des heures complémentaires ne saurait signifier que le temps consacré par ces personnels à ces formations ne doit pas être valorisé.

¹³⁴ *Idem*.

Enseignants	Masse salariale (1)	Heures complémentaires (2)	HETD effectives (3)	Coût moyen horaire (1+2) / 3
PRAG et PRCE				
MCF et PR (50 %) mon-appartenants				
MCU et PU-PH (50 %) bi-appartenants				
Autres personnels (vacataires)				

- Les aménagements des obligations de service accordés au titre de l'encadrement et/ou de la coordination des formations paramédicales sur la base du référentiel enseignant de l'université intégratrice sont valorisés en HETD.
- Personnel BiATSS :
 - La quotité de travail des BiATSS, notamment des secrétariats impactés par l'universitarisation, est valorisée à hauteur du temps effectivement consacré aux formations paramédicales.

b) dépenses de fonctionnement :

- Les dépenses de fonctionnement exposées par l'université sont calculées :
 - o pour l'espace numérique de travail, au prorata du nombre des étudiants des formations paramédicales inscrits à l'université ;
 - o pour les fluides et les contrats de maintenance, au prorata des surfaces en m², hors locaux affectés à la recherche, attribuées aux formations paramédicales intégrées à l'université ;
 - o pour les autres dépenses de fonctionnement¹³⁵, au prorata du nombre des étudiants des formations paramédicales inscrits à l'université.
- Les dépenses de fonctionnement exposées par les instituts de formation facturées à l'université.
- Les dépenses liées à l'évaluation des formations paramédicales.
- Les amortissements liés aux dépenses d'investissement réalisées par l'université au titre des formations paramédicales sont également pris en compte.

¹³⁵ Le coût que représente l'accès direct à la bibliothèque universitaire devra être valorisé sur la base du nombre d'étudiants des formations paramédicales en mesure de s'y rendre effectivement : étudiants des formations déjà intégrées à l'université et étudiants des instituts de formation situés sur le site ou à proximité immédiate de l'université (par exemple, IFSI du CHU ou IFMK).

Produits :

Les ressources comprennent :

- les droits de scolarité ;
- la subvention versée par la région ;
- toutes autres ressources.

ANNEXE 8 : PROJET DE REFERENTIEL HCERES

HCERES

Haut conseil de l'évaluation de la recherche
et de l'enseignement supérieur

Évaluation des formations
paramédicales

Référentiel
pour l'évaluation externe
d'une formation

**Propositions d'adaptation du référentiel pour
l'évaluation des formations paramédicales (HCERES – DGOS – DGESIP)**

Introduction

Le HCERES a construit son processus d'évaluation sur la base d'un ensemble d'objectifs dont doit se doter une formation de licence, licence professionnelle et master d'un établissement du supérieur. Cet ensemble est présenté ici sous la forme de références (objectifs à atteindre) et critères (actions à mener) qui permettent à un établissement de se construire un référentiel propre.

Ces objectifs et critères sont à considérer en tenant compte du niveau et des objectifs de la formation.

Cette présentation utilise 4 domaines du management de la qualité dans une formation :

- Sa finalité.
- Son positionnement dans l'environnement.
- Son organisation pédagogique.
- Son pilotage.

Le référentiel d'évaluation des formations paramédicales

Domaine 1 : Finalité de la formation

Référence 1-1 : Les objectifs de la formation en matière de connaissances et de compétences à acquérir sont explicites.

Un projet pédagogique est formalisé. Il comporte :

- Les orientations de la formation.
- La conception générale de la formation et les choix pédagogiques en lien avec les métiers préparés : les valeurs, les finalités visées avec le profil attendu et les compétences pour exercer le métier.
- Les objectifs d'apprentissage et de professionnalisation.
- L'individualisation des parcours.
- La planification de l'alternance.
- La liste des lieux et places de stage négociés en lien avec les obligations réglementaires.
- Les modalités d'encadrement et de tutorat négociées avec les responsables des structures d'accueil.
- Les prestations offertes à la vie étudiante.
- Les indicateurs d'évaluation du projet.

Référence 1-2 : Les débouchés en matière de métiers et de poursuite d'études sont explicites.

- Les informations en matière de métiers, d'insertion professionnelle et de poursuite d'études sont portées à la connaissance des étudiants et autres parties prenantes.
- Il existe une fiche pour la formation au répertoire national de la certification professionnelle (RNCP). Celle-ci est renseignée conformément aux recommandations de la Commission nationale de la certification professionnelle (CNCP).

Domaine 2 : Positionnement de la formation

Référence 2-1 : La formation indique son positionnement au niveau des institutions d'enseignement supérieur, dans un espace local, régional, national ou international, selon les cas.

- La formation est positionnée le cas échéant dans l'offre globale de formation de l'école ou de l'institut et de l'université.
- La formation est positionnée dans la carte régionale des établissements supérieurs de formation. Cela inclut le positionnement vis-à-vis d'autres écoles et instituts (IUT, BTS, DTS, lycées professionnels, universités, autres).
- La formation est positionnée dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales, éventuellement à l'international.
- La formation a identifié ses partenariats académiques actuels ou en devenir.

Référence 2-2 : L'articulation entre la formation et la recherche est clairement établie.

- Le positionnement vis-à-vis du monde de la recherche est explicité.

Les laboratoires (à titre d'exemples : partenariat avec les Unités de Recherche Clinique [URC], collaboration avec des départements universitaires, des établissements de santé pour des projets de recherche ou la participation à des recherches cliniques des étudiants...), les écoles doctorales, et autres établissements du supérieur, éventuellement internationaux, en appui de la formation, sont clairement recensés.

- L'intervention d'enseignants-chercheurs et/ou de chercheurs associés permet une bonne articulation formation-recherche.
- L'articulation formation-recherche est mise en avant par l'intervention d'enseignants issus de la profession, de la recherche médicale, paramédicale, en sciences humaines ou de l'éducation..., mais aussi industrielle ou plus généralement de la recherche du monde socio-économique.
- Il existe des éléments de formation par la recherche ou près de la recherche : présentations de recherches paramédicales, de Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP), de Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC), de recherches des professionnels doctorants, projets ou stages en laboratoire, séminaires, etc.

Référence 2-3 : La formation explicite ses relations/ partenariats avec les associations et autres partenaires industriels ou culturels, éventuellement internationaux.

- Il existe des conventions ou accords de partenariat entre l'école ou l'institut et des entreprises, des associations ou institutions exerçant une activité en lien avec la formation, à titre d'exemples : interventions d'associations de patients, de bénévoles, lors de la formation des étudiants.
- Il existe, le cas échéant, des accords-cadres avec des branches professionnelles, ou des structures représentant un secteur d'activité. Les liens d'intérêts éventuels sont explicités.

Référence 2-4 : La formation explicite la valeur ajoutée de ses partenariats avec des établissements d'enseignement supérieur étrangers.

- Des accords de coopération ou des partenariats (concernant des diplômes ou non) sont conclus avec des établissements étrangers et adaptés à la finalité de la formation, à titre d'exemple : programme ERASMUS.
- Des mécanismes favorisant la mobilité des étudiants, des enseignants et des personnels administratifs sont mis en œuvre.

Domaine 3 : Organisation pédagogique de la formation

Référence 3-1 : La structure de la formation est adaptée aux différents parcours étudiants.

- La formation comprend un ensemble d'unités d'enseignement cohérent avec les objectifs définis.
- La formation est structurée autour d'un tronc commun formant un socle de connaissances.
- La formation est déclinée en spécialités ou parcours-type permettant une spécialisation progressive des étudiants (à titre d'exemples : autres formations dont les spécialisations : Infirmiers Anesthésistes (IADE), Infirmiers de Bloc Opératoire (IBODE), Infirmiers puériculteurs (IPDE), dosimétristes pour les Manipulateurs en Electroradiologie Médicale (MERM)...et évolution vers des formations de cadres de santé et de directeurs des soins).
- Il existe des modules optionnels permettant aux étudiants d'adapter la formation à leur projet personnel.
- La formation offre des parcours individualisés, selon les diplômes de l'étudiant.
- La formation met en place un cursus de formation adaptée pour les étudiants ayant des contraintes particulières (situation de handicap, sportifs de haut niveau, salariés, etc.).
- La formation a pris en compte les enjeux liés à la formation tout au long de la vie et aux nouvelles formes d'enseignement à distance.

Référence 3-2 : Le contenu de la formation est en cohérence avec le cadre national des formations.

- La formation présente l'environnement professionnel. La formation comporte des éléments dédiés à la connaissance du monde de la recherche et de ses résultats.
- La formation comporte des éléments de mise en situations professionnelles des étudiants et/ou d'évaluation des compétences.
- La formation comporte des éléments d'enseignement d'au moins une langue étrangère.

Référence 3-3 : Les projets et stages forment une modalité pédagogique essentielle qui est spécifiquement accompagnée.

- Une politique de stage est définie, en partenariat entre l'institut ou les instituts de formation et les établissements d'accueil :
 - Définitions des modalités de partenariat, dont le calendrier de réunions communes, du rôle des acteurs : maîtres de stage, tuteurs de stage, professionnels de proximité, formateurs référents en institut...
 - L'équipe pédagogique veille à ce que les étudiants aient un parcours de stage qualifiant :
 - ✓ le parcours de stage permet à l'étudiant d'acquérir l'ensemble des compétences requises par le référentiel de formation ;
 - ✓ le parcours de stage permet de répondre aux évolutions de la prise en charge des patients et de la pratique professionnelle (différents secteurs de stages sont proposés : ambulatoire, établissement de santé, prévention, libéral, coordination des parcours etc.).
 - ✓ l'évolution de l'acquisition des compétences des étudiants et leur projet professionnel sont pris en compte dans le parcours de stages.
 - Formalisation des procédures de préparation aux stages des étudiants, de leur suivi et de leurs évaluations.
 - Existence : d'une convention de stage, d'une charte d'encadrement, de procédures conjointes entre l'institut et l'établissement d'accueil (exemple : si un étudiant fait des soins dangereux, la conduite à tenir est précisée...).
 - Formalisation et utilisation d'outils et de moyens pédagogiques de suivi de l'étudiant en stage : portfolio, réunions de bilans intermédiaires de stages...
- Une structure, ou un dispositif permet d'accompagner les étudiants dans le processus de recherche de stages et dans l'élaboration de leur projet professionnel (à titre d'exemple : il existe un professionnel coordonnateur des stages au sein de l'institut ou un/des formateurs référents de stages et de suivi pédagogique, qui permettent à l'étudiant de construire progressivement son projet professionnel et notamment de choisir ses stages....).

Référence 3-4 : La formation permet à l'étudiant d'acquérir des compétences additionnelles utiles à son insertion professionnelle ou sa poursuite d'études.

- Des compétences additionnelles sont proposées et leurs modalités de suivi et de validation ou de certification sont portées à la connaissance des étudiants.
- Les compétences additionnelles acquises figurent dans l'annexe descriptive au diplôme ou supplément au diplôme.

- Des modules de connaissance de l'entreprise et d'initiation à l'entrepreneuriat, y compris sous la forme de travaux pratiques, sont disponibles pour les étudiants (à titre d'exemple : création ou gestion d'un cabinet libéral).

Référence 3-5 : La formation accorde une place spécifique au numérique dans l'enseignement et à d'autres innovations pédagogiques.

- Les étudiants bénéficient d'un apprentissage aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, ainsi que dans l'E-santé.
- La formation fait bénéficier les étudiants d'un environnement numérique de travail.
- Les pratiques pédagogiques font appel aux outils numériques interactifs (exemples : cours et exercices en ligne, outils collaboratifs, E-Learning avec l'accompagnement d'un formateur ou d'une personne ressource, simulation en santé....).
- L'enseignement fait appel à des pratiques pédagogiques innovantes (exemples : pédagogie par projet, jeux sérieux, amphithéâtres actifs, tableaux numériques interactifs [TNI], tablettes pour l'apprentissage et les évaluations...).

Référence 3-6 : La formation propose des dispositifs spécifiques d'aide à la réussite.

- Il existe des enseignements de mise à niveau pour les étudiants entrant dans la formation, ainsi que pour le parcours personnalisé en stages de l'étudiant.
- Les étudiants bénéficient d'un suivi individuel/suivi pédagogique (par un enseignant référent ou via un autre dispositif). Le suivi pédagogique est décliné dans le projet pédagogique.
- La formation met en œuvre des outils d'aide à la réussite (à titre d'exemple : tutorat entre étudiants).
- Il existe des passerelles vers d'autres formations pour une réorientation avec conservation de tout ou partie des crédits européens acquis.
- La formation prépare les étudiants à leur futur exercice professionnel.

Référence 3-7 : La formation prépare les étudiants à l'international.

- L'apprentissage d'une ou plusieurs langues étrangères est clairement identifié dans le cursus.
- Certains modules d'enseignement se font dans une langue étrangère.
- La formation favorise la mobilité entrante et sortante des étudiants grâce à ses partenariats internationaux.
- L'acquisition de crédits européens dans le cadre d'échanges internationaux fait l'objet d'un processus formalisé et connu des étudiants.

Référence 3-8 : La formation pratique la validation d'acquis totale ou partielle.

- Nombre d'étudiants intégrés dans votre centre de formation par la Validation d'acquis de l'expérience (VAE), par la Validation d'acquis professionnels (VAP) ou par la Validation d'études supérieures (VES).

Domaine 4 : Pilotage de la formation

Référence 4-1 : La formation est mise en œuvre par une équipe pédagogique formellement structurée et identifiée

- La formation est pilotée par un responsable pédagogique, qui peut être directeur de l'institut, ou de l'école, directeur des soins, professionnel de la filière ou de la formation.
- Il travaille avec une équipe pédagogique, dont les effectifs (formateurs permanents et intervenants extérieurs habilités) sont adaptés au nombre d'étudiants.
- La formation est assurée par des professionnels de la filière et autres professionnels compétents dans le domaine de la formation.
- Les moyens pédagogiques, administratifs, logistiques sont suffisants : secrétariat, salles de TD et TP comprenant tout le matériel pour les enseignements pratiques, bibliothèques/salles multimédias, salles informatiques, etc.
- La liste des intervenants permanents et des intervenants extérieurs, ainsi que leur qualité (CV diplômés...) est connue des étudiants et plus généralement des publics concernés. La part des intervenants extérieurs doit être adaptée à la formation.
- Le rôle et les responsabilités des membres de l'équipe pédagogique sont clairement définis, notamment via des fiches de poste.
- La part des enseignements confiés à des intervenants extérieurs issus du monde de la santé, industriel ou socio-économique ou encore culturel est en accord avec la finalité de la formation. Leur niveau de compétence et de responsabilité est en cohérence avec la formation.

Référence 4-2 : Les modalités de pilotage de la formation reposent sur une organisation planifiée à laquelle contribuent les étudiants et les acteurs de la formation.

- Les modalités de réunion de l'équipe pédagogique, leur objet et leur périodicité sont bien établis.
- Il existe des organes de concertation (ou instances : conseil pédagogique ou conseil technique, conseil disciplinaire...), réunissant l'ensemble des acteurs de la formation (enseignants, étudiants, administratifs).
- Il existe un conseil de perfectionnement ou une organisation équivalente, permettant de structurer d'une part la gouvernance des instituts, et d'autre-part l'analyse des situations des étudiants d'un point de vue pédagogique et disciplinaire. La liste et la qualité des membres sont précisées. Ce conseil ou ces instances peuvent être spécifiques à la formation ou communs à un ensemble de formations.

Commentaire [n1]: Le conseil de perfectionnement existe dans les universités et non comme exprimé dans le groupe de travail (GT) « plutôt dans les CFA ». C'est un organe de dialogue chargé, entre autre :

- d' éclairer l' équipe pédagogique sur la situation actuelle et prospective de L' emploi dans le champ couvert par le(s) diplôme(s) ou ceux auxquels il prépare,
- de faciliter la communication entre le(s) responsable(s) du diplôme et le tissu économique ou associatif concerné par les diplômés, en particulier par des supports spécifiques,
- d' aider à mettre en place une démarche compétences et de participer à la constitution du référentiel de formation du diplôme.

Il contribue au processus d' amélioration continue de la formation.....

Nous proposons de laisser ce terme, puisque ensuite est fait mention d'une « organisation équivalente».

Référence 4-3 : L'évaluation des connaissances est pratiquée selon des modalités précisément établies et connues des étudiants.

- La constitution, le rôle, et les modalités de réunions des différents jurys sont définis et connus des étudiants.
- Les modalités de contrôle des connaissances sont explicites et en accord avec les attendus de la formation.
- Une charte des évaluations est formalisée, intégrée au projet pédagogique, servant de support et de référence pour l'organisation des évaluations. Elle est transmise aux étudiants.
- Les règles de validation des compétences sont clairement établies.
- Les règles d'attribution des crédits européens sont explicitées et respectent les réglementations ou directives nationales et européennes.

Référence 4-4 : Le suivi de l'acquisition de compétences est une obligation de la formation.

- La formation est déclinée à partir d'une démarche métier, qui permet de formaliser : un référentiel d'activités de la profession, un référentiel de compétences permettant de définir le référentiel de formation.
- La formation utilise un portefeuille/portfolio de compétences (ou un outil similaire) pour aider les étudiants à formaliser leurs compétences acquises.
- Les formateurs et le jury final contrôlent l'acquisition des compétences pour le passage d'un semestre à l'autre et la diplomation finale.
- L'équipe pédagogique vérifie la conformité du parcours de l'étudiant en regard de la réglementation avant le jury final.
- L'équipe pédagogique est formée et mobilisée sur l'expression en compétences des enseignements et des unités de mise en situation professionnelle.

Référence 4-5 : Les effectifs de la formation et les différents régimes d'inscription des étudiants sont clairement identifiés.

- Les effectifs de la formation sont régulièrement suivis, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs.
- Le recrutement et l'attractivité de la formation sont analysés au regard des candidatures et du contexte.
- Les flux d'étudiants étrangers sont connus et analysés.

Référence 4-6 : La formation dispose d'une information complète sur le devenir de ses diplômés.

- L'école ou l'institut met en place un suivi de cohortes des diplômés à l'issue de leur formation.
- Les modalités et résultats d'enquêtes auprès des diplômés pour recenser leur situation sont définis et mis en œuvre par l'établissement et/ou la formation.
- Les taux de réussite et de poursuite d'études, ainsi que les taux d'insertion professionnelle sont connus des parties prenantes. Ils sont régulièrement mis à jour et publiés.

Référence 4-7 : La qualité de l'insertion et du devenir des diplômés est analysée.

- Les taux de diplômés en emploi ainsi que la durée moyenne de recherche d'emploi sont connus.
- Les emplois occupés par les diplômés sont analysés en termes de niveau d'emploi et de secteur d'activité.
- La poursuite d'études est analysée au regard des objectifs de formation aussi bien qualitativement que quantitativement (taux et nature des poursuites d'études).

Référence 4-8 : Qualité, éthique et déontologie

- La formation s'inscrit dans une démarche de certification.
- Les modalités d'évaluation des enseignements par les étudiants, leur analyse ainsi que les actions qui en résultent dans le pilotage de la formation sont explicitées.
- L'évaluation de la formation par les étudiants et les diplômés est prise en compte dans le dispositif d'autoévaluation et dans l'adaptation des enseignements (UE) et du projet pédagogique.
- La formation a défini et mis en place des mesures anti-fraude et/ou anti-corruption.

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANNEXE 9 : ESTIMATION DES DROITS A COMPENSATION ASSOCIES AUX RECOMMANDATIONS

MONTANT DES COMPENSATIONS A OPERER AU PROFIT DES REGIONS

Préconisations de la mission	Impact budgétaire	Compensation
<p>Allongement de la durée de certaines formations d'une année</p>	<p><i>Le calcul du montant de la compensation se fait sur la base d'un montant moyen de subvention observé par la mission pour les formations paramédicales de 5 000 €/an (données ATIH tous instituts gérés par des EPS toutes formations).</i></p> <p>Psychomotricien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allongement de la durée : 12 mois - Nombre d'étudiants : 856 - Coût : 4 280 000 € - Financement à 100% d'une quatrième année (nombre des instituts publics et privés concernés ne sont pas financés à ce jour) <p>Ergothérapeute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allongement de la durée : 12 mois - Nombre d'étudiants : 714 - Coût : 3 570 000 € <p>Puéricultrice :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allongement de la durée : 12 mois - Nombre d'étudiants : 1 421 - Coût : 7 105 000 € x 50% = 3,5 M€ - Financement à 50% par les régions en formation initiale, les autres étudiants sont en promotion professionnelle financés par leurs employeurs 	<p style="text-align: center;">Montant maximal à terme 11,5 M€</p>
<p>Compensation des formations déjà implantées à l'université (avant et après 2004)</p>	<p>Formations exclusivement universitaires :</p> <p>Audioprothésiste (3 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'étudiants : 600 - Coût : 3 000 000 € <p>Orthoptiste (3 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'étudiants : 1 221 - Coût : 6 105 000 € <p>Orthophoniste (5 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'étudiants : 4 205 - Coût : 21 025 000 € 	<p style="text-align: center;">A court terme 10 M€ A moyen terme, selon les budgets présentés par les universités, montant maximal 40 M€</p>

	<p>Formations partiellement universitaires de rééducation (Masseurs-kinésithérapeute, Ergothérapeutes, Psychomotriciens et Podiatres-podologues) dans 11 instituts de formation universitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'étudiants : 2000 - Coût : 10 M€ 	
<p>Compensation du transfert à l'université du montant des frais d'inscription</p>	<p><i>Le montant de la compensation est calculé forfaitairement sur la base de 50% d'un droit annuel de 184 € (la part des niveaux master – droit annuel 256€ - est négligée car très minoritaire, de l'ordre de 6%). Il peut être estimé que 50 % des ressources ainsi retirées aux instituts et versées aux universités ne correspondent pas à des charges administratives diminuées, et appellent donc droit à compensation par l'État.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations paramédicales <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'étudiants : 114 000 - Coût : environ 10 M€ 	<p>Montant provisionnel avant optimisation des charges et enquête nationale 10 M€</p>
<p>Compensation accrue pour les instituts privés</p>	<p>Estimation avant inventaire avec régions, ARS et instituts</p>	<p>Montant provisionnel 10M€</p>
<p>Compensation pour un financement en capital des investissements</p>	<p>Estimation avant inventaire avec régions, ARS et instituts</p>	<p>Montant provisionnel 20 M€</p>
<p>Montant total estimé avec montée en charge progressive</p>		<p>60 à 90 M€</p>

ANNEXE 10 : COMPARATIF EUROPEEN – CONTRIBUTION DAEI

Le tableau suivant dresse une comparaison, sur divers aspects, de l'état des lieux de l'organisation des formations paramédicales en Allemagne, Espagne, Finlande, à partir des contributions des conseillers sociaux des postes diplomatiques concernés, *via* la délégation des affaires européennes et internationales (DAEI) du ministère en charge des affaires sociales. Lesdites contributions sont reproduites dans la présente annexe, et résumées dans le tableau de synthèse ci-dessous.

	Allemagne	Espagne	Finlande	Royaume-Uni
<i>1) Où se déroulent les formations ?</i>	Les formations se déroulent dans des instituts de formation indépendants de l'université, en lien avec l'établissement de santé. A titre dérogatoire, les <i>Länder</i> peuvent intégrer certaines de ces formations au système universitaire ¹³⁶	Les formations se déroulent exclusivement à l'université, à l'exception des professions médico-techniques, qui ont lieu dans des centres publics ou privés de formation.	Le système est dual, comprenant des écoles polytechniques organisées par les communes pour les infirmiers et spécialités et des universités de sciences appliquées pour les autres professions ¹³⁷ .	Les formations paramédicales (infirmiers et spécialités, rééducateurs, médico-techniques), de même que les professions médicales, se déroulent en principe à l'université, qui dispose d'une réelle autonomie. Les universités sont associées à un ou plusieurs hôpitaux au sein desquels se déroulera la partie pratique de la formation
<i>2) Autorité administrative responsable</i>	La compétence est « décentralisée », au niveau des <i>Länder</i> . Les règles en matière de formations et d'examen dépendent au niveau fédéral du ministère en charge de la santé, à titre	Ministère de l'Education. S'agissant des formations médico-techniques, les centres de formation sont homologués au niveau décentralisé	Ministère de l'Education	En Angleterre, sont concernés les Ministères de la santé (<i>Department of Health</i>) et de l'Education (<i>Department for Education</i>) ainsi que le <i>National Health Service</i> . Les organismes

¹³⁶ Aide-soignant en gériatrie, d'infirmier, de sage-femme, de psychomotricien, de logopède et de physiothérapeute

¹³⁷ Technicien de laboratoire biomédical, infirmière d'urgence ou de santé publique, assistant(e) et technicien dentaire, sage-femme, ergothérapeute, chiropraticien, ostéopathe, kinésithérapeute, infirmière de santé publique, radiologue, optométriste, prothésiste.

	principal.	(communautés autonomes).		régulateurs, qui reconnaissent les formations sont des conseils (<i>councils</i>) organisés par profession.
3) <i>Mode d'accès</i>	Pas de règles sélection, hormis l'achèvement des études secondaires. Les <i>Länder</i> ou instituts peuvent décider de critères additionnels.	Sélection au niveau de l'université, sous couvert du ministère de l'Education, prenant en compte la note du baccalauréat et un examen spécifique.	Sélection à l'entrée gérée par les établissements	La procédure administrative d'entrée à l'université passe le plus souvent par l'UCAS (<i>Universities and Colleges Admissions Service</i>), système de gestion centralisé des demandes. Les procédures sélectives dépendent de l'université. Au plan national, un test commun à toutes les formations du secteur de la santé, le <i>Values based recruitment</i> , vise à s'assurer que les candidats adhèrent aux valeurs du NHS. Des réformes visant à l'accession de la profession d'infirmiers par la voie de l'apprentissage sont en cours.
4) <i>Possibilité de passerelle avec les professions médicales</i>	Pas de façon généralisée	Les cursus médicaux sont distincts	Non	Il existe quelques départements universitaires conjoints aux professions médicales et des passerelles, mais en faible nombre. Le développement de possibilités de progression de carrière pour les

				infirmiers est soutenu par le gouvernement.
5) <i>Conformité de ces formations avec le système LMD et, le cas échéant, grade sanctionnant l'achèvement des études</i>	Les formations paramédicales ne donnent pas lieu à la délivrance d'un grade, à l'exception de celles intégrées à l'université de façon dérogatoire (cf. 1)	Délivrance d'un diplôme de niveau licence (4 ans). Titre professionnel pour les médico-techniques, en deux ans.	Licence en trois ou quatre ans d'études	Ces formations débouchent sur une licence (<i>Bachelor</i>) ou un master. Il y a ainsi une licence et un master de sciences infirmières.
6) <i>Nature du diplôme délivré</i>	Diplôme d'Etat, à l'issue d'un examen d'Etat	Diplôme universitaire de l'université ou titre professionnel	Diplôme universitaire ou diplôme des écoles polytechniques permettant l'accès à l'université	Diplôme universitaire.
7) <i>Poursuite d'études jusqu'au cursus doctoral</i>	Les passerelles étant limitées, hors formations universitarisées, il a été préconisé la mise en place de filières scientifiques spécifiques à l'issue des formations paramédicales.	Possible	Possible mais pas d'écoles doctorales spécifiques aux professions paramédicales.	Possibilité d'un cursus doctoral, et une forte tradition doctorale dans les cursus infirmiers, avec des débouchés professionnels au sein du système de santé.
8) <i>Statut des personnels enseignants</i>	Professionnels avec une formation complémentaire, à l'exception des formations universitarisées délivrées par des maîtres de conférences. Des adaptations en fonction des <i>Länder</i> sont possibles.	Trois catégories d'enseignants : professeurs d'université, intervenants professionnels qui détiennent un doctorat et intervenants professionnels homologués	Professionnels disposant d'un master	Professeurs d'université ou professeurs d'université – praticiens. En pratique, une majorité de titulaires d'un doctorat.



Ambassade de France

en

République fédérale d'Allemagne

*La conseillère pour les affaires sociales
par intérim*

Affaire suivie par Delia Roling

Berlin, le 02 mai 2017

<p>Note à l'attention de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR)</p>

Objet : Universitarisation des professions paramédicales

Question 1 : *Les formations paramédicales (infirmiers et spécialités, rééducateurs, médico-techniques), se déroulent-elles à l'université dans une composante en dépendant administrativement et pédagogiquement ou dans des centres de formation extérieurs à celle-ci, le cas échéant en lien avec les professionnels employeurs ? De quelle autorité administrative dépendent-elles ? Santé ou enseignement supérieur ? Quel est le mode d'accès : admission libre, sur dossier ou titres, examen, concours ?*

- Lieu et organisme de formation

En Allemagne, **17 professions paramédicales sont réglementées** (cf. liste des professions en *annexe*). Cela signifie que l'entrée dans ces professions est conditionnée à l'obtention d'un examen d'État qui atteste des compétences professionnelles, pratiques et théoriques nécessaires pour pouvoir porter le titre de la profession et l'exercer. L'État fédéral, par le biais de **lois sur les différents métiers paramédicaux (Berufsgesetze)**, exerce sa compétence réglementaire pour définir les conditions d'obtention du titre ainsi qu'un cadre général pour la formation (*Ausbildungs- und Prüfungsverordnung*). Néanmoins, le contenu et l'organisation spécifiques des formations relèvent de la compétence des *Länder* (Loi fondamentale allemande, Art. 7.1).

Les formations paramédicales constituent une formation spécifique qui ne correspond ni au système de formation duale (où la formation se déroule à mi-temps dans une entreprise et à mi-temps dans une école professionnelle), ni aux formations professionnalisantes dans d'autres secteurs d'activité.

L'enseignement comporte des cours théoriques et pratiques, qui se déroulent dans des **écoles spécialisées agréées par l'État fédéral allemand** (par exemple dans une école pour les sages-femmes ou une école pour les logopèdes) ainsi que d'une formation pratique. La **formation pratique se déroule normalement dans un hôpital** ou une autre institution de santé appropriée et liée à l'exercice de la profession à laquelle l'élève est formé.

Souvent, l'école de formation spécialisée est rattachée administrativement à l'hôpital ou à l'institution de santé. Quand ce n'est pas le cas, l'école établit une convention avec un hôpital pour y envoyer ses apprentis lors des phases d'apprentissage pratique. Néanmoins, l'école reste le premier responsable de la formation et en définit les objectifs et le contenu.

Ces formations se déroulent donc dans des **centres de formation extérieurs à l'université et en lien avec les professionnels employeurs**.

Cependant, des exceptions existent telles les formations d'aide-soignant en gériatrie, d'infirmier, de sage-femme, de psychomotricien, de logopède et de physiothérapeute : selon les dispositions des lois fédérales réglementant ces professions, les *Länder* peuvent décider d'expérimenter de nouvelles formes de formation. Entre autres, les **projets pilotes (Modellvorhaben)** permettent **l'inclusion des formations susnommées au système universitaire**. Selon les *Länder*, il y a la possibilité de suivre des cours à l'université en parallèle ou suite à l'obtention de l'examen d'État autorisant l'exercice de la profession. Une autre option est constituée par les **cursus universitaires à qualification professionnelle (grundständiger oder berufsqualifizierender Studiengang)** qui délivrent automatiquement un grade universitaire ainsi que l'autorisation à exercer la profession.

Il faut d'ailleurs noter qu'après de longues discussions, les deux partis politiques de la coalition gouvernante actuelle (parti conservateur de la CDU/CSU et parti social-démocrate du SPD) se sont entendus sur une **nouvelle loi pour les métiers de soin (Pflegeberufsgesetz, PflBG)** le 06 avril 2017. Cette loi prévoit le regroupement des formations d'aide-soignant en gériatrie, d'infirmier et d'infirmier spécialiste : après deux années généralistes, les élèves pourront choisir de suivre une année de formation de spécialité (gériatrie ou pédiatrie) ou de continuer en parcours généraliste en dernière année. De plus, une formation universitaire d'infirmier/ère diplômé/e devrait être proposée. Les nouvelles dispositions devraient être effectives en 2019.

- Autorité administrative responsable : santé ou enseignement supérieur ?

La responsabilité pour le **contenu et l'organisation des formations paramédicales** incombe en premier lieu aux **centres et écoles de formation** spécialisées, puis aux différents *Länder*. L'autorité administrative dépend donc de l'organisation au sein des ministères des *Länder*, mais ce sont souvent les ministères sociaux qui comprennent, du moins en partie, l'enseignement, qui sont en charge. À niveau fédéral et en fonction de chaque formation paramédicale, le **ministère fédéral de la santé (Bundesministerium für Gesundheit, BMG)** s'entend soit avec le **ministère fédéral de la famille, des seniors, des femmes et des jeunes (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ)** soit avec le **ministère fédéral de l'éducation et de la recherche (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF)** sur les règlements de formation et d'examen.

- Mode d'accès

En règle générale, un **diplôme sanctionnant le premier cycle d'enseignement secondaire** (*Sekundarbereich I*) et correspondant à 9 années d'étude à l'école est suffisant pour commencer les formations paramédicales. Il est aussi possible d'intégrer une formation paramédicale après 10 ans d'école ; en Allemagne, cela correspond à un *Hauptschulabschluss* suivi de deux ans de formation professionnelle.

La seule exception constitue la formation de Masseur/ Masseur kinésithérapeute/ Balnéothérapeute médical, qui peut être intégrée par toute personne ayant fait 9 années d'études à l'école ou présentant un *Hauptschulabschluss*.

Néanmoins, les *Länder* ou les organismes de formation peuvent décider de critères de sélection additionnels qui conditionneraient l'accès aux formations.

Question 2 : *Les départements universitaires / les centres de formation sont-ils distincts des organismes de formation des autres formations de santé, en particulier les médecins, ou existe-t-il des liens / des passerelles entre ces professions, si oui à quels moments et à quels niveaux des cursus ?*

- Relation/ organisation avec autres formations de santé (médecins)

Il n'y a **pas de relation particulière** avec les autres formations de santé ou, en particulier, les médecins. Étant donné que la formation paramédicale se déroule en partie dans un hôpital ou une institution de santé, les élèves y entrent en contact avec d'autres apprentis, élèves ou stagiaires. Mais il n'y a pas de centre de formation commun pour plusieurs professions paramédicales ou de santé.

- Passerelles entre différentes formations : à quels niveaux ?

En Allemagne, la formation de médecin est un cursus universitaire accessible après le baccalauréat (*Abitur*) et dont le critère de sélection principal est la moyenne globale obtenue au baccalauréat. Comme le *numerus clausus* pour les études de médecine est souvent très élevé et pour permettre une plus grande diversité des étudiants, quelques universités allemandes proposent de critères de sélection qui mettent en valeur certaines formations (para)médicales. Une personne ayant commencé ou, mieux encore, achevé une formation (para)médicale peut donc augmenter ses chances d'intégrer le cursus d'études médicales. Mais ce n'est pas un dispositif généralisé ; chaque université décide de manière autonome des formations qu'elle accepte et de la manière dont elle les fait valoir sur la candidature pour l'accès aux études de médecine.

Question 3 : *Ces formations donnent-elles lieu à la délivrance d'un grade (niveaux d'études attestés) de licence ou de master ? Si oui, pouvez-vous indiquer le grade correspondant à chaque profession et la durée de ces formations ? Donnent-elles lieu à la délivrance d'un diplôme (attestation de la réussite à une formation donnant droit à accéder à un niveau supérieur de formation) délivré par l'université ? Les formations peuvent-elle déboucher sur un cursus doctoral ? Si oui, s'effectue-t-il au sein d'écoles doctorales spécifiques à ces professions, telles que, par exemple, des écoles doctorales en sciences infirmières ?*

- Grade et durée des formations

La **plupart des formations paramédicales ne donnent pas lieu à la délivrance d'un grade**. Seules les formations suivantes, intégrées au système universitaire, permettent d'accéder au grade de licence : aide-soignant en gériatrie, infirmier, sage-femme, psychomotricien, logopède et physiothérapeute. Les formations universitaires duales délivrent un diplôme d'État ainsi qu'un grade universitaire de licence, alors que les formations universitaires intégrées et basales (*grundständiges oder berufszulassendes Bachelorstudium, Modellvorhaben*) intègrent l'examen d'État de formation aux examens qui sont passés à l'université.

La durée des formations est définie par la loi fédérale réglementant chaque profession paramédicale (*Berufsgesetz*). Toutes les formations durent habituellement 3 ans mais s'étaler sur 5 ans si elles sont suivies à mi-temps ou parallèlement à l'exercice d'une profession.

Les exceptions sont les formations de préparateur-assistant en pharmacie et de masseur kinésithérapeute/balnéothérapeute médical, qui ne durent que 2 ans et 6 mois (les 6 mois correspondent à un stage d'exercice pratique obligatoire) et la formation de podologue qui dure 2 ans.

- Diplôme ?

En Allemagne, les formations paramédicales donnent lieu à la délivrance d'un **diplôme d'État** attestant du succès de la formation et autorisant le port du titre et l'exercice de la profession (*Berufszulassung*). Les professions paramédicales étant réglementées, il est nécessaire de passer un **examen d'État** pour la reconnaissance officielle des compétences. Cet examen consiste en une partie pratique ainsi qu'une partie théorique.

Dans le cas du *Modellvorhaben* (cursus de formation universitaire), l'examen d'état est inclus dans les examens que le cursus universitaire requiert pour délivrer le grade de licence.

- Débouchée sur un cursus doctoral ?

Concernant les formations paramédicales offertes en cursus universitaire ou cursus dual, qui donnent lieu à la délivrance d'un grade universitaire, un cursus doctoral peut être un débouché. Pour ce faire, il est nécessaire de continuer les études universitaires pour obtenir un grade de master, lequel ouvre la possibilité d'entreprendre différents cursus doctoraux.

Les passerelles entre le monde professionnel et académique étant actuellement encore très restreintes en Allemagne, le Conseil pour la science (*Wissenschaftsrat*, organe de conseil pour le gouvernement fédéral et les *Länder* sur les questions de développement structurel de la science et de l'enseignement) préconise le **développement de parcours scientifiques universitaires à l'issue des formations paramédicales**.

Question 4 : Quel est le statut des personnels enseignants : professeur d'université ? Intervenants professionnels ? Statut mixte tel que les professeurs d'université / praticiens hospitaliers ? L'accès aux emplois de professeurs est-il conditionné, au-delà des titres académiques, expériences d'enseignement et travaux de recherche, à la validation par un organe national ?

- Statut des personnels enseignants

Les professeurs des formations paramédicales dispensées dans les écoles spécialisées sont souvent des **professionnels qui disposent d'une formation complémentaire** leur procurant les compétences pédagogiques et organisationnelles nécessaires.

Pour les formations intégrées au cursus universitaire, les professeurs ont le statut de maître de conférences (*Dozent*) ou un statut supérieur, suivant leur parcours professionnel.

- Accès aux emplois de professeurs : conditionné ? nécessaire validation par un organe national ?

L'accès aux emplois de professeurs dans les écoles professionnelles et les écoles spécialisées pour les formations paramédicales est soumis en Allemagne à la **législation de chaque Land**. Les conditions d'accès et d'exercice de la profession diffèrent donc beaucoup. En règle générale, une formation initiale et le diplôme d'État de la profession que l'on souhaite enseigner sont requis ainsi qu'une certaine période d'exercice professionnel.

À titre d'exemple, en Bavière, les professeurs doivent nécessairement disposer du diplôme d'État attestant d'une formation paramédicale initiale ainsi que d'une formation continue et de 2 à 3 ans d'exercice professionnel. La formation continue peut consister en un cursus universitaire (*Bachelor* ou *Master* de Pédagogie ou Pédagogie médicale par exemple) ou une formation proposée par des écoles ou institutions de formation continue. La fin de la formation est marquée par un examen de qualification, qui est la condition pour pouvoir enseigner.

En comparaison, le *Land* de Mecklembourg-Poméranie-Occidentale distingue entre les enseignants théoriques et les enseignants pratiques dans les écoles spécialisées de formation paramédicale. En ce qui concerne les enseignements théoriques, ils sont dispensés par des professeurs disposant d'un diplôme d'études pédagogiques les professeurs des enseignements théoriques ne disposent que de leur qualification professionnelle et d'une formation pédagogique complémentaire.

Suivant les *Länder*, un comité de l'inspection de l'enseignement atteste des compétences des professeurs et leur confère un titre qui leur permet d'enseigner. Ainsi, dans les *Länder* de Rhénanie-Palatinat, de Berlin, de Sarre et de Thuringe, les professeurs portent le titre d'enseignant reconnu par l'État.

Christine JACOB

Conseillère par intérim pour les Affaires Sociales

Annexe 1 : Liste des professions paramédicales réglementées en Allemagne ainsi que leur appellation en allemand :

1. Aide-soignant/e en gériatrie (*Altenpfleger/in ou Altenpflegehelfer/in*)
2. Diététicien/ne (*Diätassistent/in*)
3. Sage-femme (*Hebamme/ Entbindungspfleger*)
4. Infirmier/ère (*Gesundheits- und Krankenpfleger/in*)
5. Infirmier/ère spécialiste en pédiatrie (*Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in*)
6. Aide-soignant/ Ambulancier (*Notfallsanitäter*)
7. Psychomotricien/ne (*Ergotherapeut*)
8. Kinésithérapeute/ Masseur- Kinésithérapeute (*Physiotherapeut/in ou Krankengymnast/in*)
9. Orthophoniste/ Logopède (*Logopäde/in*)
10. Orthoptiste (*Orthoptist/in*)
11. Manipulateur d'électroradiologie médicale/ Radiologue (*Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in*)
12. Préparateur-assistant en pharmacie-technicien en pharmacie (*Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in*)
13. Masseur/ Masseur kinésithérapeute/Balnéothérapeute médical (*Masseur – medizinische/r Bademeister/in*)
14. Podologue (*Medizinische/r Fußpfleger/in*)
15. Technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale (*Medizinisch -technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik*)
16. Assistant/e technique médical (*Mediznisch-technische/r Laboratoriums-Assistent/in*)



AMBASSADE DE FRANCE
EN ESPAGNE

Madrid le 8 mai 2017,

Réponse au questionnaire

sur l'universitarisation des professions paramédicales

1. Les formations paramédicales (infirmiers et spécialités, rééducateurs, médico-techniques), se déroulent-elles à l'université dans une composante en dépendant administrativement et pédagogiquement ou dans des centres de formation extérieurs à celle-ci, le cas échéant en lien avec les professionnels employeurs? De quelle autorité administrative dépendent-elles ? Santé ou enseignement supérieur ? Quel est le mode d'accès : admission libre, sur dossier ou titres, examen, concours ?

Les formations paramédicales (infirmiers et spécialités et professions de la rééducation) se déroulent dans un cadre purement universitaire (université publique ou privée). L'accès à ces cursus (*estudios de Grado*) est organisé sur la base d'une note couperet fixée par chaque université sous couvert du Ministère de l'Éducation. Le calcul de la note obtenue par chaque candidat correspond à la moyenne entre la note globale obtenue au bac et celle obtenue à la *selectividad*. Les universités privées sont libres de fixer d'autres critères de sélection, en plus de celui de la note couperet, si elles le jugent opportun.

Dans le cas des **professions médico-techniques**, il s'agit de modules supérieurs (*ciclos formativos de grado superior*), qui donnent le titre de technicien supérieur et non d'un cursus universitaire. L'obtention de ce titre, qui doit être obtenu dans un centre de formation public ou privé homologué, permet un accès direct aux formations socio-sanitaires à l'université. Pour accéder aux cycles de formation des instituts publics, il convient de passer des épreuves de sélection (*Pruebas de acceso a ciclos formativos de formación profesional*). Les centres privés payants sont libres, eux, de fixer leur mode de sélection (le coût de la formation en est déjà un...). L'âge minimum pour les formations de *grado superior* est fixé à 19 ans.

L'organisation des cursus en université dépend du Ministère de l'Éducation (secrétariat général des Universités et Conseil des Universités). Dans le cas des centres de formation, si le contenu des formations est fixé au niveau national, l'homologation des centres dépend elle des communautés autonomes (*Consejerías de Educación*).

2. Les départements universitaires / les centres de formation sont-ils distincts des organismes de formation des autres formations de santé, en particulier les médecins, ou existe-t-il des liens / des passerelles entre ces professions, si oui à quels moments et à quels niveaux des cursus?

En Espagne, ces cursus sont totalement distincts. Pour être médecin, il faut entrer en faculté de médecine.

Il existe des passerelles entre formations paramédicales, à partir du moment où l'on détient déjà un titre (d'infirmier, de kiné, d'ergo, etc.). Le dispositif prévoit la possibilité de faire reconnaître certains cours communs afin de réduire la durée d'étude du second cursus de 4 à 3 ans.

3. Ces formations donnent-elles lieu à la délivrance d'un grade (niveaux d'études attestés) de licence ou de master ? Si oui, pouvez-vous indiquer le grade correspondant à chaque profession et la durée de ces formations ? Donnent-elles lieu à la délivrance d'un diplôme (attestation de la réussite à une formation donnant droit à accéder à un niveau supérieur de formation) délivré par l'université ? Les formations peuvent-elle déboucher sur un cursus doctoral ? Si oui, s'effectue-t-il au sein d'écoles doctorales spécifiques à ces professions, telles que, par exemple, des écoles doctorales en sciences infirmières ?

Les formations paramédicales donnent lieu à la délivrance d'un titre émis par l'université au nom du Roi d'Espagne (*título expedido en nombre del Rey xxx*). Chaque diplôme fait référence à un numéro de registre national et à un numéro de registre propre à l'université qui émet ce titre. Il s'agit d'un titre qui valide une formation type licence de 4 ans (*Grado*). L'obtention de ce titre ouvre ensuite la possibilité de suivre un master ou un cursus doctoral. Les cursus doctoraux sont organisés dans le cadre des universités.

Dans le cas des formations médico-techniques, il s'agit d'un titre émis par la communauté autonome où a été suivie la formation au nom du Roi d'Espagne (*título expedido en nombre del Rey xxx*). Chaque diplôme fait référence à un numéro de registre autonome. En Espagne, il s'agit de cursus qui se réalisent en deux ans (titre de technicien supérieur ; en principe, 2000 heures théoriques et 410 heures de stage pratique).

4. Quel est le statut des personnels enseignants : professeur d'université ? Intervenants professionnels ? Statut mixte tel que les professeurs d'université / praticiens hospitaliers ? L'accès aux emplois de professeurs est-il conditionné, au-delà des titres académiques, expériences d'enseignement et travaux de recherche, à la validation par un organe national ?

Il existe trois catégories d'enseignants : professeurs d'université, intervenants professionnels qui détiennent un doctorat et intervenants professionnels homologués.

L'accès aux emplois de professeurs des universités publiques est régulé par la Loi Organique des Universités (LOU) et un décret royal d'application. Dans ce cadre, il est prévu qu'une commission nationale d'accréditation se réunisse pour procéder à la sélection du personnel enseignant. Il

existe une commission nationale par branche d'enseignement (dans le cas présent pour la branche *Ciencias de la Salud*).

Pj : annexe 1 , Schéma d'organisation de la formation

Document réalisé par Pierre Pérard, relu et validé par Jean-François Renucci





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AMBASSADES DE FRANCE

DANEMARK, FINLANDE, NORVÈGE et SUÈDE

SERVICE RÉGIONAL AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

FORMATION PARAMÉDICALES DANS LE CADRE UNIVERSITAIRES FINLANDAIS

5 mai 2017

Rédactrice(s) : Lucie Gauthiot, Dominique Acker,

Commanditaires : IGAS/IGAENR

1. Les formations paramédicales (infirmiers et spécialités, rééducateurs, médico-techniques), se déroulent-elles à l'université dans une composante en dépendant administrativement et pédagogiquement ou dans des centres de formation extérieurs à celle-ci, le cas échéant en lien avec les professionnels employeurs? De quelle autorité administrative dépendent-elles ? Santé ou enseignement supérieur ? Quel est le mode d'accès : admission libre, sur dossier ou titres, examen, concours ?

Les formations paramédicales finlandaises sont dispensées de deux manières :

- Les **écoles polytechniques** forment des infirmières. Cet enseignement professionnel du deuxième cycle est organisé **par les municipalités sous la direction et avec le soutien financier du ministère de l'Éducation**. En Finlande, les programmes généraux et spécialisés en soins infirmiers ont été combinés: les étudiants ont une formation commune en soins infirmiers en général, complétés par une formation de spécialité de leur choix (chirurgie et médecine interne, pédiatrie, anesthésie, psychiatrie).
- Les **universités de sciences appliquées (UAS)** finlandaises ont également des programmes destinés aux futurs paramédicaux qui conduisent à des licences et des masters. Ces programmes forment à des **carrières administratives, éducatives et scientifiques**. Les universités sont **publiques, mais autonomes**. La formation comprend une formation clinique approfondie dans les hôpitaux et dans l'environnement réel. Le diplôme permet d'accéder aux emplois suivants : technicien de laboratoire biomédical, infirmière d'urgence ou de santé publique, assistant(e) et technicien dentaire, sage-femme, ergothérapeute, chiropracticien, ostéopathe, kinésithérapeute, infirmière de santé publique, radiologue, optométriste, prothésiste.

Les deux voies sont gérées par le Ministère de l'éducation qui est chargé de réglementer et de superviser la formation des professionnels de santé. Les gestionnaires de ces formations coopèrent avec les centres de santé et les hôpitaux de la municipalité puisque l'apprentissage requiert des apports pratiques approfondis. Le ministère de l'Éducation consulte également le Ministère de la Santé et des Affaires sociales afin de connaître le nombre d'étudiants requis dans les différents secteurs.

Tous les candidats doivent faire leur demande dans le système électronique de candidature. Les écoles polytechniques ainsi que les universités organisent généralement des tests d'entrée. Il existe donc une sélection dans l'accès à la formation des professionnels du milieu paramédical, dépendant de la politique de l'établissement concerné.

2. Les départements universitaires / les centres de formation sont-ils distincts des organismes de formation des autres formations de santé, en particulier les médecins, ou existe-t-il des liens / des passerelles entre ces professions, si oui à quels moments et à quels niveaux des cursus?

Les départements universitaires / les écoles polytechniques sont distincts des organismes de formations des autres formations de santé, notamment ceux dédiés aux médecins.

Certains modules de formation – tels que ceux concernant la prise en charge aux urgences - peuvent rassembler les étudiants des différentes filières (paramédicale / médicale) sur une même période. Cela n'est pas obligatoire et dépend de l'organisation des formations au niveau local, de la coordination des différents départements entre eux.

3. Ces formations donnent-elles lieu à la délivrance d'un grade (niveaux d'études attestés) de licence ou de master ? Si oui, pouvez-vous indiquer le grade correspondant à chaque profession et la durée de ces formations ? Donnent-elles lieu à la délivrance d'un diplôme (attestation de la réussite à une formation donnant droit à accéder à un niveau supérieur de formation) délivré par l'université ? Les formations peuvent-elle déboucher sur un cursus doctoral ? Si oui, s'effectue-t-il au sein d'écoles doctorales spécifiques à ces professions, telles que, par exemple, des écoles doctorales en sciences ,infirmières ?

La formation paramédicale fournie dans un **contexte universitaire** conduit dans un premier temps à une **licence équivalent à 3 ou 4 ans d'études** (donnant entre 210 et 270 ects), en fonction de la profession visée. Par exemple, le programme de formation pour les infirmières en santé publique dure trois ans et demi et celui pour les sages-femmes dure quatre ans et demi.

La législation finlandaise sur l'enseignement supérieur dispose du principe de reconnaissance de l'apprentissage antérieur, ce qui signifie qu'un établissement de l'enseignement supérieur a le droit de reconnaître une formation antérieure afin d'adapter la formation demandée au parcours précédent de l'individu. Par exemple, une infirmière qui souhaite se spécialiser n'aura pas forcément à repasser tous les modules généraux qui lui ont déjà été dispensés pour avoir le titre d'infirmière générale. Le diplôme des écoles polytechniques – l'enseignement professionnel dispensé par les municipalités - permet d'accéder à l'enseignement supérieur universitaire.

Quelle que soit la profession visée, à partir de 180 ECTS acquis (3 ans d'études), l'étudiant a le droit de travailler en tant qu'infirmier(e) dans les ambulances.

Le diplôme en santé sociale et soins de santé donne à l'élève le droit / la possibilité de poursuivre son enseignement supérieur. Avec une licence Universitaire de Science Appliquées et en justifiant d'une expérience professionnelle dans le domaine (de 3 ans), il est possible de faire un master (90 ects) axé sur le management et le développement.

A l'issue des deux types de formations (professionnelle ou universitaire), pour pouvoir exercer, le praticien doit disposer d'une licence qui lui a été délivrée par l'autorité nationale de surveillance pour le bien-être et la santé (*Valvira*). Cette autorité est responsable de l'octroi de licences, de l'enregistrement et - avec les bureaux provinciaux de l'État - de la supervision du personnel de santé. Elle entreprend également des procédures disciplinaires (99 procédures en 2006) concernant le personnel de santé.

La mission n'a pas identifié d'écoles doctorales spécifiques aux professions paramédicales.

4. Quel est le statut des personnels enseignants : professeur d'université ? Intervenants professionnels ? Statut mixte tel que les professeurs d'université / praticiens hospitaliers ? L'accès aux emplois de professeurs est-il conditionné, au-delà des titres académiques, expériences d'enseignement et travaux de recherche, à la validation par un organe national ?

Les enseignants de l'enseignement professionnel du deuxième cycle du secondaire sont hautement qualifiés. Ils ont un statut mixte car ils doivent disposer d'un master ainsi que d'une expérience en tant que professionnel de terrain de santé. Les professeurs dispensant la formation clinique à l'hôpital sont tous des professionnels de santé. L'accès aux emplois de professeurs n'est pas conditionné à la validation par un organe national.



Ambassade de France au Royaume-Uni
Service des Affaires Sociales

Londres, le 25 mai 2017

Objet : IGAS - IGAENR – Formations universitaires (LMD) des professions paramédicales – Le cas du Royaume-Uni

* * *

Annexe : Présentation de *Health Education England (HEE)*

Question 1

Les formations paramédicales (infirmiers et spécialités, rééducateurs, médico-techniques), se déroulent-elles à l'université dans une composante en dépendant administrativement et pédagogiquement ou dans des centres de formation extérieurs à celle-ci, le cas échéant en lien avec les professionnels employeurs ?

Au Royaume-Uni, les formations paramédicales (infirmiers et spécialités, rééducateurs, médico-techniques) se déroulent en principe à l'université¹³⁸.

Les établissements universitaires disposent d'une réelle autonomie, du moment que la formation dispensée est reconnue par l'organisme régulateur compétent.¹³⁹

Ils sont associés à un ou plusieurs hôpitaux au sein desquels se déroulera la partie pratique de la formation (*placements*).

Le *Department of Health* et le *National Health Service NHS* (le plus gros employeur), sont impliqués¹⁴⁰.

Le système est en cours de réforme : outre les questions de financement, la réforme porte sur les modalités d'accès à ces professions, avec la promotion de l'apprentissage, ce qui renforce le lien avec les employeurs (le gouvernement a annoncé, en 2016, la création de 100 000 postes d'apprentis au sein du NHS d'ici 2020).

¹³⁸ <http://www.universitiesuk.ac.uk/policy-and-analysis/Pages/health.aspx>

¹³⁹ <http://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/section-29/section-29-general/which-professions-are-regulated.pdf?sfvrsn=4>

¹⁴⁰ D'après l'une de nos sources, en dehors de l'Université, des écoles proposent des formations de *paramedics* (ambulanciers) formations sanctionnée par un certificat et non un diplôme.

Organisme régulateur	Professions réglementées
<i>General Medical Council</i>	Médecins généralistes et spécialistes
<i>General Dental Council</i>	Dentistes et professions dentaires (techniciens, infirmières, hygiénistes, orthodontistes, etc)
<i>Nursing and Midwifery Council</i>	Infirmières et sages-femmes
<i>General Pharmaceutical Council</i>	Pharmaciens en Grande-Bretagne
<i>Pharmaceutical Society Northern Ireland</i>	Pharmaciens en Irlande du nord
<i>Health and Care Professions Council</i>	Art-thérapeutes (<i>arts-therapists</i>), Chercheurs biomédicaux (<i>biomedical scientists</i>), Podologues (<i>chiropodists, podiatrists</i>), Chercheurs cliniciens (<i>clinical scientists</i>), Diététiciens, Fournisseurs d'aides auditives (<i>hearing aid dispensers</i>), Ergothérapeutes (<i>occupational therapists, operating department practitioners</i>), Orthoptistes, Ambulanciers (<i>paramedics</i>), Kinésithérapeutes, Psychologues (<i>practitioner psychologists</i>), Prothésistes, Orthésistes, Orthophonistes (<i>speech and language therapists</i>), Radiographes (<i>radiographers</i>)
<i>General Optical Council</i>	Opticiens
<i>General Osteopathic Council</i>	Ostéopathes
<i>General Chiropractic Council</i>	Chiropracteurs

A noter : l'introduction d'une nouvelle profession réglementée, par le *Nursing and Midwifery Council*, des *Nursing Associates* (Cf. ci-dessous).

De quelle autorité administrative dépendent-elles ? Santé ou enseignement supérieur ?

La compétence en matière de santé est dévolue aux nations constitutives du Royaume-Uni (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse et Irlande du Nord). De manière générale, le système écossais se distingue assez nettement des systèmes anglais et gallois ainsi que de l'Irlande du Nord.

En Angleterre, la formation des personnels de santé relève à la fois du *Department of Health*, du NHS, du ministère de l'Enseignement (*Department for Education*) et de l'administration des Finances (*Treasury*), compte tenu des implications budgétaires.

Le système de santé anglais (*NHS England*), confronté à une pénurie chronique de personnel, est en cours de réforme, notamment en matière de planification, nombre de places dans les universités, modalités et financement des formations.

La réforme en cours affectera le partage (particulièrement complexe) des responsabilités entre autorités administratives et aussi le rôle de l'agence *Health Education England (HEE)*, qui fait l'objet d'une présentation en annexe.

D'après l'association *Universities UK*, les évolutions concernent particulièrement le personnel infirmier. L'un des objectifs est en effet de permettre le recrutement, par le NHS, de quelque 1 000 infirmières/ infirmiers supplémentaires chaque année.¹⁴¹

A compter de la prochaine rentrée scolaire (septembre 2017), la plupart des étudiants infirmiers seront soumis au système de droit commun des frais de scolarité¹⁴² (un emprunt, d'un montant d'environ 9000 £ par an, remboursable à partir du moment où l'étudiant, diplômé, dispose d'un revenu égal ou supérieur à 21 000 £ par an), en lieu et place de l'ancien système de bourse financé par le NHS, c'est-à-dire sur le budget de l'Etat.

Du point de vue du gouvernement, ce transfert de la charge financière vers l'étudiant a permis d'augmenter le nombre de places disponibles au sein des universités. Le nombre de candidats à quant à lui chuté (baisse de 23% des candidatures pour les études d'infirmier dans la perspective de la rentrée 2017), mais cela serait sans incidence sur le nombre d'étudiants infirmiers, tant les candidatures étaient nombreuses, excédant le nombre de places disponibles.

Le gouvernement veut aussi élargir le vivier en développant l'apprentissage, avec la possibilité, pour des professionnels, d'accéder à la formation à différents stades en fonction de leurs qualifications et de leur expérience, tout en conservant leur emploi pendant la durée de leurs études¹⁴³. L'intérêt est d'offrir davantage de perspectives et de flexibilité, notamment à ceux qui souhaiteraient s'engager dans une reconversion professionnelle¹⁴⁴.

A noter, toutes les modalités de la réforme n'avaient pas encore été tranchées au printemps 2017. Nos interlocuteurs se demandaient en particulier quelle serait l'autorité / département ministériel qui devrait financer sur son budget le coût des placements professionnels des étudiants (partie pratique de la formation).

Quel est le mode d'accès : admission libre, sur dossier ou titres, examen, concours ?

La procédure administrative d'entrée à l'université passe le plus souvent par l'UCAS (*Universities and Colleges Admissions Service*), système de gestion centralisé des demandes¹⁴⁵. Un étudiant peut également s'adresser directement à l'université de son choix pour une demande d'admission, mais c'est plus rare.

Les conditions d'admission peuvent différer selon les universités¹⁴⁶ (dossier administratif, souvent suivi d'un test de niveau et/ou d'un entretien individuel). Dans les faits, les critères de sélection sont cependant

¹⁴¹ <https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-providers-annual-conference-keynote-speech>

¹⁴² <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-bursary-reform/nhs-bursary-reform>

¹⁴³ <https://www.rcn.org.uk/professional-development/become-a-nurse>

¹⁴⁴ <http://www.thetimes.co.uk/article/student-nurses-can-qualify-without-a-degree-v7kj78gdw>

¹⁴⁵ <https://www.ucas.com/ucas/undergraduate/getting-started/ucas-undergraduate-entry-requirements>

¹⁴⁶ <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/adult-nurse/entry-requirements-adult-nursing>

assez proches car les universités doivent respecter les standards fixés pour que la formation / le diplôme soient reconnus et permettent d'exercer au RU.

En principe, un diplôme de fin d'études secondaires (5 *GCSEs* et 2 ou 3 *A levels* – baccalauréat - ou diplômes de niveau équivalent¹⁴⁷ – level 3) est requis. Il existe aussi des modalités d'accès permettant de valoriser des cursus parallèles / expériences professionnelles.

Par ailleurs un test commun à toutes les formations du secteur de la santé, le *Values based recruitment*, vise à s'assurer que les candidats adhèrent aux valeurs du NHS¹⁴⁸ (ce test a été introduit à la suite du scandale de l'hôpital de Stafford : entre janvier 2005 et mars 2009, de 400 à 1200 patients de cet établissement sont décédés, faute de soins adéquats. Un rapport commandité par le gouvernement - *Francis report* - a pointé du doigt la question des ressources humaines - pénurie, formation - et débouché sur plusieurs réformes, dont celle-ci).

Question 2

Les départements universitaires / les centres de formation sont-ils distincts des organismes de formation des autres formations de santé, en particulier les médecins, ou existe-t-il des liens / des passerelles entre ces professions, si oui à quels moments et à quels niveaux des cursus?

En général, les départements universitaires sont distincts, mais il existe quelques établissements joints (*joint faculties*).

Selon *Universities UK*, il existe peu de passerelles. En particulier, l'accès à la profession médicale est « strictement gardé ». Il existe quelques rares formations « accélérées » pour les personnes déjà titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, mais ce diplôme peut être sans lien aucun avec la médecine ou les sciences.

Toutefois, l'idée d'une progression de carrière pour les professions paramédicales, notamment les infirmiers, est très en vogue, soutenue par le gouvernement : les experts du secteur évoquent le « *skills escalator* » : possibilité d'accéder, à partir d'une formation de base, à des fonctions plus diversifiées et à davantage de responsabilités¹⁴⁹.

Annonce de mesures destinées à favoriser le recrutement et à améliorer les parcours professionnels des personnels (discours du ministre de la Santé J. Hunt le 30 novembre 2016)

- Développement d'un *skills escalator* – « escalator des compétences » passant par l'apprentissage, pour permettre aux employeurs de faire progresser leurs employés, d'un niveau de formation de base à des formations d'infirmier en apprentissage, le rôle de *nursing associate* constituant une étape intermédiaire (entrée en vigueur – septembre 2017)

¹⁴⁷ <https://www.gov.uk/what-different-qualification-levels-mean/list-of-qualification-levels>

¹⁴⁸ <https://www.hee.nhs.uk/our-work/attracting-recruiting/values-based-recruitment>

¹⁴⁹ <http://www.nhsemployers.org/news/2016/11/jeremy-hunt-workforce-announcements>

- Possibilité pour tous ceux impliqués dans la prise en charge des patients d'accéder facilement à une formation d'infirmier, sans devoir quitter leur emploi pour étudier à temps plein à l'université. Les mêmes standards seront bien sûr requis pour devenir infirmier diplômé (*registered nurse*), mais cette nouvelle voie de l'apprentissage permettra de briser le plafond de verre qui empêche actuellement des personnes qualifiées et dévouées (les *health care assistants*) de progresser dans leur carrière.

Ces objectifs passent par les étapes suivantes (dont certaines ont déjà été franchies) :

- Approbation par le ministère de l'Éducation (*Department for Education*), en novembre 2016, du parcours (standards) d'apprentissage pour devenir infirmier. Les premiers apprentis (personnels déjà en place ou nouveaux entrants) démarreront leur formation en septembre prochain

- Définition de standards d'apprentissage pour la catégorie intermédiaire des *nursing associates*, très prisés par les employeurs (le ministère de la Santé – *Department of Health* a déjà doublé le nombre de places de formation qui est passé de 1000 à 2000)

- Réglementation de la profession de *nursing associate* (le *Nursing and Midwifery Council* – Conseil des infirmiers et sages-femmes a accepté de s'atteler à cette tâche)

- Elaboration par le ministère de la Santé, en collaboration avec le *Royal College of Nursing* et d'autres acteurs clé, d'un plan de carrière clair pour les infirmiers, afin d'atteindre le niveau de pratique avancé (« *Advanced Level Practice* ») et au-delà. Il s'agit de leur permettre de développer leur champ de compétence de manière innovante afin de répondre aux besoins de plus en plus complexes des patients.

- **Lancement d'un travail de réflexion par les instances compétentes (*General Medical Council, Royal College of Nursing, National Midwifery Council et Health Education England*), afin d'examiner la possibilité de créer un plan de carrière clairement balisé pour le petit nombre d'infirmiers praticiens (*nurse practitioners*) souhaitant devenir médecins, avec prise en compte adéquate de leur expérience et qualifications déjà acquises.**

Question 3

Ces formations donnent-elles lieu à la délivrance d'un grade (niveaux d'études attestés) de licence ou de master ? Si oui, pouvez-vous indiquer le grade correspondant à chaque profession et la durée de ces formations ? Donnent-elles lieu à la délivrance d'un diplôme (attestation de la réussite à une formation donnant droit à accéder à un niveau supérieur de formation) délivré par l'université ?

Les formations en université délivrent un grade, *Bachelor* (licence) et ensuite un master, si l'étudiant poursuit son cursus.

Le *Bachelor* s'obtient à l'issue de 3 ou 4 ans d'études et le master correspond à la quatrième / cinquième année d'études. Par exemple le *Bachelor of Science Nursing* (BSN) correspond à une licence d'infirmière, le *Master of Science in Nursing* (MSN) correspond au master d'infirmière accessible après la licence.

Ces formations donnent lieu à la délivrance d'un diplôme reconnu au niveau national par l'université. Ce diplôme, qui est nécessaire pour exercer, ouvre aussi l'accès à un niveau supérieur de formation.

Le ministre de la Santé, J. Hunt a récemment annoncé un partenariat entre le NHS et des universités de premier rang afin d'offrir à des « *senior professionals* » du NHS la possibilité de faire un « *NHS MBA* ». Le but est d'améliorer les capacités managériales au sein du système de santé. Les premiers étudiants devraient démarrer leur cursus à compter de septembre prochain. Ce cursus sera organisé de manière à permettre aux médecins et aux infirmiers de concilier ces études avec la poursuite de leur activité professionnelle.

Nos interlocuteurs ont aussi précisé que, dans certains cas, la formation est sanctionnée par un certificat et non un diplôme : les « *support workers* » se voient attribuer un *Care certificate*, attestant qu'ils possèdent le niveau de compétence requis, conforme aux standards établis à l'échelle nationale. Depuis avril 2015, tous les fournisseurs de soins chapeautés par la *Care Quality Commission*¹⁵⁰ doivent se conformer aux standards du *Care certificate*.

Enfin, le métier de technicien de laboratoire (*medical laboratory assistant*) ne correspond pas à un diplôme spécifique et il n'est pas nécessaire d'avoir suivi une formation particulière pour l'exercer. La formation est assurée par l'employeur en fonction du poste à pourvoir¹⁵¹.

Les formations peuvent-elle déboucher sur un cursus doctoral ? Si oui, s'effectue-t-il au sein d'écoles doctorales spécifiques à ces professions, telles que, par exemple, des écoles doctorales en sciences infirmières ?

Les formations peuvent déboucher sur un cursus doctoral, lequel s'effectue dans les universités au même titre que toutes les formations doctorales¹⁵². Chaque université est libre d'organiser son école doctorale comme elle le souhaite.

D'après *Universities UK*, il existe une forte tradition doctorale parmi les étudiants infirmiers, lesquels accèdent par la suite à de prestigieux postes de responsabilité au sein du système de santé (parmi les personnels paramédicaux, les infirmiers et physiothérapeutes sont les plus susceptibles de poursuivre leurs études jusqu'au doctorat).

Question 4

Quel est le statut des personnels enseignants : professeur d'université ? Intervenants professionnels ? Statut mixte tel que les professeurs d'université / praticiens hospitaliers ? L'accès aux emplois de professeurs est-il conditionné, au-delà des titres académiques, expériences d'enseignement et travaux de recherche, à la validation par un organe national ?

Les personnels enseignants sont souvent professeurs d'université ou alors praticiens et professeurs d'université : les intéressés peuvent exercer ces deux métiers en alternance au long de leur carrière ou alors mener les activités de front. Ils doivent être qualifiés dans leur domaine d'enseignement mais le niveau de qualification peut varier selon l'université où ils enseignent.

¹⁵⁰ Agence indépendante du gouvernement chargé de contrôler la qualité des soins dans les structures du système de santé et de *care* anglais

¹⁵¹ <https://www.stepintothenhs.nhs.uk/careers/medical-laboratory-assistant>

¹⁵² <https://www.healthcareers.nhs.uk/i-am/looking-course>

En pratique, ils sont souvent titulaires d'un doctorat et d'une qualification complémentaire d'enseignant / pédagogique, mais si un profil correspond aux besoins, la question du niveau de diplôme n'est pas déterminante.

Au RU, le Research Excellence *Framework* est le cadre qui permet de juger de l'excellence académique de travaux de recherches, mais ce cadre est facultatif. L'accès aux emplois de professeurs n'est donc pas conditionné à la validation par un organe national. Les universités sont libres d'accorder un poids plus ou moins important aux travaux de recherches lors de du recrutement des personnels enseignants.

Par ailleurs, les étudiants bénéficient, à l'occasion de leurs stages, de la formation prodigués par les personnels hospitaliers.

Personnes interrogées :

- Pr Nick Bosanquet, *Emeritus Professor of Health Policy, Imperial College London*
- Pr Peter Griffiths, *Chair of Health Services Research, University of Southampton*
- John de Pury, *Assistant Director of Policy, Universities UK*
- Samuel Roseveare, *Policy Researcher, Universities UK*

ANNEXE 11 : DENSITE DE DIPLOMES PAR FORMATION ET REGION

Tableau 6 : Nombre et densité de diplômés par régions (2015) : formations infirmières et spécialités

Région	IDE		IBODE		IADE		PUER	
	Nombre de diplômés	Densité de diplômés						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 266	41	31	0,4	61	1	126	2
Bourgogne-Franche-Comté	1 126	39	13	0,4	18	1	60	2
Bretagne	1 048	31	19	1	29	1	30	1
Centre-Val de Loire	932	35	20	1	10	0,4	41	2
Corse	110	33	-	-	-	-	-	-
Grand-Est	2 464	43	27	0,5	39	1	111	2
Guadeloupe	125	31	-	-	11	3	19	5
Guyane	49	19	-	-	-	-	9	4
Hauts-de-France	2 911	48	23	0,4	39	1	106	2
Ile-de-France	4 654	38	42	0,3	121	1	218	2
La Réunion	198	23	-	-	13	2	26	3
Martinique	62	16	7	2	-	-	-	-
Normandie	1 347	39	9	0,3	16	0,5	44	1
Nouvelle-Aquitaine	2 334	39	27	0,4	43	1	40	1
Occitanie	1 952	33	26	0,4	43	1	120	2
Pays de la Loire	1 032	27	15	0,4	19	1	62	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 251	44	15	0,3	49	1	77	2

Tableau 7 : Nombre et densité de diplômés par régions (2015) : rééducation - réadaptation

Région	Masseurs-kinésithérapeutes		Ergothérapeutes		Psychomotriciens		Pédicures-podologues	
	Nombre de diplômés	Densité de diplômés	Nombre de diplômés	Densité de diplômés	Nombre de diplômés	Densité de diplômés	Nombre de diplômés	Densité de diplômés
Auvergne-Rhône-Alpes	259	3	54	1	53	1	-	-
Bourgogne-Franche-Comté	126	4	-	-	-	-	-	-
Bretagne	94	3	65	2	-	-	40	1
Centre-Val de Loire	77	3	25	1	-	-	-	-
Corse	-	-	-	-	-	-	-	-
Grand-Est	201	4	66	1	19	0,3	-	-
Guadeloupe	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyane	-	-	-	-	-	-	-	-
Hauts-de-France	282	5	88	1	71	1	55	1
Ile-de-France	467	4	139	1	406	3	382	3
La Réunion	20	2	17	2	21	2	-	-
Martinique	21	5	-	-	-	-	-	-
Normandie	134	4	42	1	-	-	-	-
Nouvelle-Aquitaine	236	4	69	1	60	1	30	0,5
Occitanie	165	3	76	1	52	1	21	0,4
Pays de la Loire	122	3	-	-	-	-	39	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	201	4	43	1	143	3	32	1

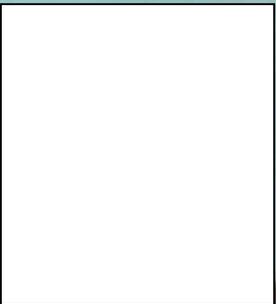
Tableau 8 : Nombre et densité de diplômés par régions (2015) : médico-techniques

Région	Techniciens de laboratoire médical		Manipulateur d'électroradiologie	
	Nombre de diplômés	Densité de diplômés	Nombre de diplômés	Densité de diplômés
Auvergne-Rhône-Alpes	27	0,3	102	1
Bourgogne-Franche-Comté	-	-	-	-
Bretagne	-	-	22	1
Centre-Val de Loire	17	1	27	1
Corse	-	-	-	-
Grand-Est	-	-	51	1
Guadeloupe	-	-	-	-
Guyane	-	-	-	-
Hauts-de-France	26	0,4	27	0,4
Ile-de-France	22	0,2	106	1
La Réunion	-	-	-	-
Martinique	-	-	-	-
Normandie	-	-	24	1
Nouvelle-Aquitaine	-	-	70	1
Occitanie	-	-	67	1
Pays de la Loire	-	-	25	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-	-	24	0,5

ANNEXE 12 : MODELE DE CARTE ETUDIANT ET DE DIPLOMES



ETUDIANT
IFSI Ussel



MARTIN
Françoise

16/17



N° INE : 2806001666 |
N° étudiant : 20165973



DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINESITHÉRAPEUTE DÉLIVRÉ EN CONVENTION AVEC UN AUTRE ÉTABLISSEMENT

(Diplôme d'après le modèle P des diplômes annexés à la circulaire n° 2014-0018 du 23 octobre 2014)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (dénomination officielle)

en convention avec NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION EN CONVENTION

**DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINESITHÉRAPEUTE
GRADE DE MASTER - MASTER'S DEGREE**

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L. 636-1, D. 612-34, D. 613-7 et D. 636-68-1 ;

Vu l'arrêté du relatif à l'accréditation de (établissement) l'habilitant à délivrer le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, en convention avec..... ;

Vu la convention en date duavec

Vu le(s) procès-verbal (verbaux) du jury attestant que (prénom, NOM patronymique) né(e) le à
a satisfait à l'ensemble des obligations prévues pour la délivrance du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute,

Le **diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute**, en convention avec.....

est délivré, au titre de l'année universitaire/....., à Mme ou M.... (prénom, NOM patronymique)

à qui est conféré le **grade de master**.

Le titulaire,

Le président de l'université,

Le recteur d'académie, chancelier des universités,

Fait le.....

N° d'enregistrement :

MODÈLE P : DIPLÔME D'INGENIEUR DÉLIVRÉ EN CONVENTION AVEC UN AUTRE ÉTABLISSEMENT

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (dénomination officielle)

en convention avec NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EN CONVENTION

DIPLÔME D'INGÉNIEUR

GRADE DE MASTER - MASTER'S DEGREE

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L. 642-1, D. 612-34, D. 613-3 et D. 642-1 ;

Vu l'arrêté du relatif à l'accréditation de (établissement) l'habilitant à délivrer le titre d'ingénieur diplômé de, en convention avec..... ;

Vu la convention en date duavec

Vu le(s) procès-verbal (verbaux) du jury attestant que (prénom, NOM patronymique) né(e) le à
a satisfait à l'ensemble des obligations prévues pour la délivrance du diplôme d'ingénieur,

Le **titre d'ingénieur diplômé** de, en convention avec.....
est délivré, au titre de l'année universitaire/....., à Mme ou M.... (prénom, NOM patronymique)
à qui est conféré le **grade de master**.

Fait le.....

Le titulaire,

Le chef d'établissement
(Président, ou directeur, ou directeur général),

Le recteur d'académie, chancelier des universités,

N° d'enregistrement :

MODELE U : FILIÈRES DE SANTÉ ET LES FORMATIONS PARAMÉDICALES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement
supérieur et de la recherche

ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (dénomination officielle)

NOM DU DIPLÔME

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L. 613-1 et D.613-7 ;

Vu (*référence au texte pédagogique afférant – voir en annexe*) ;

Vu l'arrêté du 22 janvier 2014 relatif au cahier des charges de l'accréditation ; (*lorsque l'établissement sera accrédité*)

Vu l'arrêté du relatif à l'accréditation de (établissement).....l'habilitant à délivrer des diplômes nationaux ;

Vu les pièces justificatives produites par (Mme ou M.) (prénom, NOM patronymique)....., né(e) le à....., en vue de son inscription au (nom du diplôme)
..... ;

Vu les procès-verbaux du jury attestant que l'intéressé(e) a satisfait au contrôle des connaissances et des aptitudes prévus par des textes réglementaires ;

le **(NOM DU DIPLÔME)**....,

est délivré à (Mme ou M.)(prénom, NOM patronymique).....

au titre de l'année universitaire,

et confère le grade de(*le cas échéant*)

pour en jouir avec les droits et prérogatives qui y sont attachés.

Fait à ..., le ...

Le titulaire

Signature du chef d'établissement (ou des chefs d'établissement, le
cas échéant)

Le recteur d'académie,
chancelier des universités

Numérotation du Diplôme

SIGLES UTILISES

APB	Admission post-baccalauréat
ARF	Association des régions de France
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
BTS	Brevet de technicien supérieur
CESER	Conseil économique social et environnemental régional
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNOUS	Centre national des œuvres universitaires et scolaires
CNU	Conseil national des universités
CPER	Contrat de plan État-région
CRF	Croix rouge française
CROUS	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
DE	Diplôme d'État
DEPP	Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance
DGARS	Directeur général de l'ARS
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGRH	Direction générale des ressources humaines
DREES	Direction de la recherche évaluation études et statistiques
DRJSCS	Direction régionale jeunesse et sports cohésion sociale
DTS	Diplôme de technicien supérieur
DUSI	Département universitaire en sciences infirmières
DUT	Diplôme universitaire de technologie
ECTS	European credit transfer system
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
ENT	Espace numérique de travail
EPS	Établissement public de santé
EPSCP	Etablissement public à caractère scientifique culturel et professionnel
FPH	Fonction publique hospitalière

GCS	Grande conférence de santé et Groupement de coopération sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRETA	Groupement
HCERES	Haut conseil pour l'évaluation de la recherche et e l'enseignement supérieur
IADE	Infirmière anesthésiste diplômée d'État
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IDE	Infirmière diplômée d'État
IFAP	Institut de formation d'auxiliaire de puériculture
IFAS	Institut de formation d'aide-soignant
IFCS	Institut de formation de cadre de santé
IFMK	Institut de formation pour masseur-kinésithérapeute
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGF	Inspection générale des finances
JORF	Journal officiel de la république française
LMD	Licence-Master-Doctorat
MCU	Maitre des conférences
MEM	Manipulateur d'électroradiologie médicale
MENESR	Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur
MESR	Ministère de l'enseignement supérieur
MK	Masseur-kinésithérapeute
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACES	Première année commune des études de santé
PDE	Puéricultrice diplômée d'État
PPH	Préparateur en pharmacie hospitalière
PPI	Programme pluriannuel d'investissement
PH	Praticien hospitalier
PU	Professeur des universités
RdF	Régions de France
SIDES	Système
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

SVT	Sciences de la vie et de la terre
TD	Travaux dirigés
TLM	Technicien de laboratoire médical
UE	Unité d'enseignement
UFR	Unité de formation et de recherche
UNES	Université numérique en santé
UNF3S	Université numérique francophone en sciences de la santé et du sport
UVSQ	Université de Versailles-Saint-Quentin
VAE	Validation des acquis de l'expérience