

*Mission Universitarisation des formations
paramédicales et de maïeutique*

Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation

Rapport à Madame la ministre des Solidarités et de la
Santé et à Madame la ministre de l'Enseignement
supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

Stéphane Le Bouler

Février 2018

1

Table des matieres

RESUME OPERATIONNEL 5

MISE EN PLACE DE LA MISSION ET BILAN AU BOUT DE CINQ MOIS 9

I. INITIATIVES 9

II. BILAN INTERMEDIAIRE 9

FINALITES DE L'INTEGRATION UNIVERSITAIRE 11

I. REVOIR L'APPROCHE DES METIERS 11

II. DEVELOPPER DE NOUVEAUX CHAMPS DE RECHERCHE 15

III. HARMONISER LES DROITS DES ETUDIANTS 17

IV. CONFORTER LA REGULATION TERRITORIALE 18

QUELQUES REGLES DE CONDUITE 20

I. PRECISER LES OBJECTIFS EN TERMES DE CONDUITE DE L'ACTION PUBLIQUE 20

1. Il nous faut clarifier les cibles 20

2. Il nous faut distinguer les avancées collectives, les avant-gardes et les solutions locales 21

3. Il nous faut des cibles claires mais il faut aussi décrire des trajectoires réalistes et soutenables 22

II. QUELS SONT LES GARDE-FOUS? 22

1. La compétence des régions 22

2. L'autonomie des universités 23

3. La préservation du caractère professionnalisant des formations 24

4. L'ouverture sociale des formations 25

5. La présence territoriale des formations 25

6. Le respect global de la contrainte budgétaire 27

III. QUELS SONT LES MOTEURS POUR LA CONDUITE DE PROJET? 27

1. Les autres réformes à l'œuvre dans l'Enseignement supérieur 27

2. La meilleure prise en compte de la dimension territoriale des politiques de santé 28

3. Le potentiel du numérique en matière d'apprentissage 29

4. Le parti pris de la simplification 31

PROPOSITIONS POUR LA SUITE DE LA MISSION DE CONCERTATION 32

I. UNIVERSITARISATION ET MONTEE EN COMPETENCES RAISONNEE 32

- 1. Reprendre la question de la réingénierie 32**
- 2. Intégrer pleinement à l'Université les formations au-delà de la licence 35**
- 3. Favoriser la constitution d'un vivier d'enseignants-chercheurs 41**

II. CONSOLIDATION DES PARCOURS ETUDIANTS 42

- 1. Revoir le recrutement au sein des filières paramédicales 43**
- 2. Consolider les droits des étudiants dans le cadre universitaire 46**
- 3. Simplifier la délivrance des titres 48**

III. POLITIQUE DE SITE ET GOUVERNANCE 50

- 1. Stimuler les initiatives des acteurs du territoire 50**
- 2. Mettre en place les outils d'un dialogue de gestion efficace 52**
- 3. Renforcer l'évaluation 54**

ANNEXES 56

Annexe 1 - Lettre de mission 56

Annexe 2 - Entretiens conduits dans le cadre de la mission 59

Annexe 3 - Résumé des propositions 62

Annexe 4 - Départements universitaires et intégration à l'Université : expériences et projets 64

Resume operationnel

Au-delà des remerciements d'usage aux commanditaires d'une mission, je voudrais saluer ici les conditions dans lesquelles les ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur m'ont confié le travail de concertation, objet du rapport intermédiaire que je livre aujourd'hui : une vision, des objectifs précis et une grande liberté quant à la façon de recueillir les préoccupations et les projets des acteurs.

Je voudrais reconnaître aussi la chance que l'on a parfois de participer à un processus de transformation de l'action publique. C'est le cas ici, certes sur un périmètre limité, mais avec un très large panel d'acteurs publics et privés, une dynamique territoriale certaine et un parti pris toujours constructif.

Par rapport à la situation prévalant il y a un petit nombre d'années, la principale différence de ton, d'ambiance sur ce dossier est qu'aujourd'hui le changement ne fait plus peur ; il est appelé de leurs vœux par la grande majorité des acteurs ; l'Université est revendiquée désormais comme vecteur d'une transformation nécessaire.

Mesurons le chemin parcouru.

Les finalités de ce changement font largement consensus.

Plus personne ne conteste qu'il faille revoir l'approche des métiers en approfondissant à la fois les caractéristiques propres à chaque profession, dans le cadre d'une division du travail toujours plus forte, et les possibilités de transversalité et de coopération ; il faut donc changer de paradigme de formation et l'Université apparaît le lieu approprié pour organiser cette évolution, en lien étroit avec les entités de formation existantes.

Plus personne ne conteste l'idée que la recherche doive se déployer sur de nouveaux champs mobilisant les compétences des professionnels et des étudiants du monde paramédical et de maïeutique ; il en va de la qualité de l'enseignement mais aussi de la qualité des pratiques dans un monde du soin en pleine transformation ; l'Université est naturellement au cœur de cette évolution, qui nous rapprochera d'ailleurs des pays qui ont compris de longue date tout le bénéfice qui pouvait être retiré, en termes de pertinence et d'efficience, d'une participation plus large de l'ensemble des soignants aux activités de recherche.

Personne ne conteste non plus que les étudiants de ces formations sont de plain-pied dans l'Enseignement supérieur, qu'ils doivent bénéficier des droits afférents, en termes de services et en termes de participation à la gouvernance, et que les réformes à l'œuvre dans l'Enseignement supérieur les concernent au même titre que les autres étudiants.

Il est de plus en plus clair enfin que le changement doit être porté par les acteurs du territoire et qu'il faut tirer aujourd'hui tout le parti de trois transformations majeures intervenues au cours de la décennie 2000 : le transfert de la compétence aux régions, les progrès de l'autonomie des universités et des politiques de site, le lancement du processus d'universitarisation ; les avancées dans la régulation publique de ce secteur de la formation passeront d'abord par la consolidation des coordinations locales et par l'impulsion des initiatives des acteurs rassemblés autour de l'Université.

Si l'on s'entend sur ces quatre finalités, le processus d'intégration à l'Université prend tout son sens. Réaffirmer les finalités est aussi la meilleure façon de traiter un certain nombre d'inquiétudes ou de visions erronées. C'est un objet essentiel d'un processus de concertation de prendre en charge ces

éléments.

L'intégration à l'Université ne saurait altérer la présence territoriale des formations. Il y a un maillage particulier de ce réseau d'écoles et d'instituts. La densité de cette présence territoriale est

5

importante pour la connaissance de contextes d'exercice diversifiés et le fonctionnement des services en question (hospitaliers, en ville ou médico-sociaux). Les partenariats renforcés avec l'Université doivent permettre d'organiser mieux cette présence territoriale et de mobiliser auprès de l'ensemble des instituts les moyens nécessaires à une pédagogie moderne, notamment les moyens numériques mais aussi les conditions d'un encadrement efficace en stage. Pour autant, le tissu d'écoles et d'instituts n'a aucune raison de rester figé ; il y a des restructurations à conduire, en particulier pour les formations au-delà de la licence, pour s'assurer des conditions de qualité et d'efficacité de la formation. Les régions, les universités, les rectorats d'académie, les agences régionales de santé et les partenaires hospitaliers sont en première ligne pour conduire ces évolutions, en lien avec les étudiants et les formateurs.

L'intégration à l'Université n'est pas antagoniste de la dimension professionnelle, bien au contraire. Un des traits importants de la professionnalité est aujourd'hui la capacité à coopérer entre professions : l'évolution vers plus de transversalité dans un cadre universitaire doit y concourir. La mobilisation de nouvelles compétences en recherche consiste avant tout à revendiquer l'expertise professionnelle dans la formation et les pratiques de soin. L'organisation des ressources au sein de l'Université sous forme de départements universitaires (de soins ou de sciences infirmier(ère)s, de réadaptation, de maïeutique) permet notamment de travailler la question de l'encadrement en stage, comme cela a pu se faire en médecine générale. Alors bien sûr, nous ne sommes pas naïfs et nous avons entendu aussi une forme d'insatisfaction diffuse quant à l'évolution des conditions de la formation et à une perte d'expertise professionnelle mais ces critiques ne sauraient être faites à l'universitarisation. Elles concernent bien plus l'équilibre trouvé – ou pas – entre savoirs « académiques » et savoirs « professionnels » au sein des référentiels de formation et à la faveur de l'implémentation de ceux-ci. L'Université a les ressources pour gérer au mieux la question de la professionnalité... Au demeurant, l'expérience ainsi développée dans le champ de la santé lui sera bénéfique.

Autre inquiétude : l'avenir des personnels en place dans les établissements de formation paramédicaux ou de maïeutique. Il faut être clair : l'intégration à l'Université conduira à une évolution très substantielle des conditions d'encadrement pédagogique. La place des enseignants chercheurs sera de plus en plus forte dans la formation mais aussi dans la gouvernance et la conduite de projets. Tout simplement parce que c'est ainsi que l'Université fonctionne et qu'on ne peut pas vouloir tout et son contraire. La montée en charge des équipes de recherche, la structuration progressive de composantes universitaires paramédicales et de maïeutique, la délivrance des formations, l'encadrement pédagogique mobiliseront de plus en plus de personnels enseignants chercheurs à temps plein ou à temps partiel. Mais, compte tenu de la progressivité de la montée en charge, il n'y a pas lieu de craindre une substitution des personnels en place. Il est même essentiel de mieux organiser la mixité des expertises professionnelle et académique : cela suppose de promouvoir la double appartenance (clinique et formation) ; cela suppose aussi de travailler mieux la dimension professionnelle de certaines formations et les conditions dans lesquelles celle-ci pourra s'exprimer le mieux ; cela concerne en particulier les écoles de spécialité infirmière. Le modèle de la

formation en alternance mérite d'être travaillé.

Précisons enfin que les règles en vigueur, en particulier en matière de gouvernance, ne sauraient freiner le processus d'intégration universitaire. Elles doivent donc évoluer en conséquence.

Nous avons tenté de promouvoir à la faveur de cette concertation une vision raisonnée et pragmatique de l'intégration universitaire. Il faut dire aussi ce qu'elle n'est pas de notre point de vue.

L'intégration à l'Université ne vaut pas augmentation de la durée des études pour l'exercice d'une profession. Le processus d'universitarisation supposait que soient conduits des travaux dits de « réingénierie ». Ces travaux étaient nécessaires en soi et ils furent précurseurs en ce qu'ils permettaient de travailler simultanément les dimensions métier, compétences et formation. Mais ils étaient aussi particulièrement utiles au moment de concourir au rapprochement des formations avec

6

l'Université. Actualiser un référentiel de formation ne débouche pas pour autant sur une augmentation de la durée des études et le fait de situer les formations paramédicales dans un registre « LMD » ne signifie pas que le master devient l'horizon commun aux différentes formations. Le niveau licence correspond à un niveau de responsabilité intermédiaire, le niveau master à des prérogatives en matière de management. Au-delà des préoccupations, au demeurant légitimes, des professions de s'affirmer les unes par rapport aux autres, il est de la responsabilité du régulateur de positionner de façon pertinente les durées de formation, en tenant compte des besoins sanitaires mais aussi de l'attractivité des professions et de leur accessibilité pour les étudiants.

Tenir la promesse de construire des possibilités de « carrière étudiante » LMD complète ne requiert pas de situer les formations sur des paliers supérieurs en termes de durée de formation pour l'obtention de diplômes valant autorisation d'exercice. Cette question de la durée des études nous fait également regarder avec circonspection les idées de « première année commune » souvent vues par les parties prenantes comme le risque de « perdre un année ». Il apparaît plus intéressant d'explorer systématiquement les possibilités de transversalité dans les formations. Le recours très répandu, dans bien des filières, à des années de préparation à l'entrée en formation, et en l'espèce à des concours, peut être vu également comme une forme de déviance et traité comme tel.

L'universitarisation, l'intégration à l'Université a pour objet de rapprocher les règles et les standards de fonctionnement entre les mondes de la formation paramédicale et de maïeutique et l'Université. Pour renforcer cette coopération, cette coordination, il faut des règles communes et il faut des espaces de dialogue. Bien entendu, il s'agit pour les institutions de formation paramédicale et de maïeutique de se rapprocher de l'Université, de faire mouvement vers elle, d'adopter un certain nombre de règles, d'assimiler des dispositions en vigueur (en matière d'évaluation par exemple) mais ce chemin n'est pas unilatéral et l'Université a aussi à gagner en regardant un certain nombre de pratiques en vigueur dans les formations paramédicales. Il y a des aspects organiques à l'intégration universitaire et tous les projets consistant à intégrer à l'Université ou dans l'espace universitaire des instituts et des écoles jusque-là séparés sont les bienvenus. Mais il est bien d'autres façons de consolider les liens avec l'Université : constituer des départements universitaires pour travailler avec des entités juridiquement distinctes de l'Université, insérer des composantes paramédicales dans la gouvernance des facultés de santé ou des

collegiums santé, bâtir des projets de recherche en commun ou élaborer des outils d'ingénierie pédagogique partagés, travailler sur l'articulation des cursus paramédicaux ou universitaires... tout cela participe de l'universitarisation et mérite d'être soutenu.

Compte tenu des finalités assignées au processus d'universitarisation, compte tenu des projets en germe sur le territoire, compte tenu enfin des attentes légitimes des acteurs, il semble fructueux d'impulser et d'accompagner ce processus de transformation en organisant les travaux techniques et la poursuite de la concertation autour de douze chantiers :

1. La relance des travaux de réingénierie et l'actualisation des référentiels de formation, dans le but de fabriquer davantage de transversalité, de faciliter l'intégration universitaire et ce, sous réserve d'inventaire, sans engendrer d'augmentation générale de la durée des études ; il importe aussi de renforcer l'articulation des cursus universitaires et paramédicaux pour faciliter les poursuites ou les reprises d'études au niveau M voire D pour les étudiants et professionnels de ces filières. Ces travaux pourraient être conduits sous l'égide d'une commission des études homologue de la CNEMMOP1 pour les formations paramédicales ;
2. Un travail spécifique sur l'évolution des métiers de l'encadrement et les conditions de leur formation dans un cadre clairement universitarisé ;
3. Un travail spécifique sur les étapes restant à franchir pour la pleine intégration à l'Université de la filière maïeutique ;

1 Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie

7

4. Un travail spécifique en vue d'une meilleure intégration à l'Université de la filière de masso-kinésithérapie ; ce travail pourra préfigurer les évolutions des autres métiers de la réadaptation ;
5. L'élaboration d'un cadre précis pour la qualification et le recrutement d'enseignants chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique ;
6. La transformation des concours d'accès aux formations paramédicales, à commencer par le concours d'accès aux IFSI, dans le cadre des réformes conduites en ce qui concerne les parcours étudiants ;
7. La reconnaissance des droits des étudiants paramédicaux à travers leur inscription pleine et entière à l'Université ;
8. Un travail spécifique sur les conditions de vie en stage, le bien être étudiant et la prévention des risques psycho-sociaux ;
9. La simplification des conditions de délivrance des titres par le biais de la reconnaissance des diplômes d'Etat comme diplômes nationaux de l'enseignement supérieur, susceptibles d'être délivrés par les présidents d'Université ;
10. La mise en œuvre d'un accord-cadre entre les ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur, la Conférence des présidents d'université et Régions de France en vue de stimuler et de donner

d'avantage de visibilité aux projets de site concourant à une meilleure intégration à l'Université ;

11. L'élaboration d'un cadre nouveau de dialogue de gestion entre les partenaires de la formation (région, université, centres hospitaliers et écoles ou instituts) de façon à assurer une meilleure traçabilité des financements et à conforter par-là les coopérations ;

12. La mise en œuvre de l'évaluation des formations et la consolidation de l'intégration universitaire par le biais de l'évaluation.

Un treizième chantier sous forme de vœu pour l'issue de ce processus : que l'on ne parle plus demain d'« auxiliaires médicaux » et qu'on modifie les textes en conséquence.

8

Mise en place de la mission et bilan au bout de cinq mois

I. Initiatives

La mission de concertation a été mise en place début septembre 2017 sur le fondement d'un courrier des ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur en date du 29 août 2017 (cf. annexe 1)

Les auditions ont commencé sans délai, à partir des sollicitations des parties prenantes, informées par le communiqué de presse des ministres en date du 31 août 2017.

A fin décembre 2017, et au-delà des nombreuses réunions avec les cabinets, les services et les opérateurs de la régulation, ce sont plus de soixante organisations qui ont été rencontrées dans des réunions bilatérales (cf. annexe 2). Un certain nombre de réunions ont en outre été organisées en cercle élargi, afin d'évoquer les termes de la mission devant des panels plus larges que les seuls représentants des organisations et de recueillir ainsi questionnements et suggestions. Des invitations à des congrès, colloques, tables rondes et séminaires ont permis de démultiplier les occasions de débat. Des déplacements ont en outre été organisés à l'invitation des acteurs locaux (Universités, régions et ARS) pour s'enquérir sur place de l'avancement des politiques de site concourant à l'universitarisation et travailler sur les projets émergents (déplacements à Versailles-Saint-Quentin, Nice, Amiens, Nancy, Marseille, Bordeaux, etc.). Un certain nombre de projets de renforcement de l'intégration universitaire ont par ailleurs été adressés à la mission. Les parties prenantes lui ont fourni quantité d'éléments pour compléter son information. Qu'elles en soient ici remerciées.

J'ai par ailleurs été amené à participer aux travaux du groupe de travail organisé par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, sur l'accès aux études de santé (sous l'égide de Jean-Paul Saint-André), au comité élargi de la mission sur la réforme du deuxième cycle des études médicales (sous l'égide de Jean-Luc Dubois-Randé et de Quentin Hennion-Imbault) et à la réflexion sur le bien être des étudiants (sous l'égide de Donata Marra).

De premiers travaux techniques ont été engagés de façon informelle sur un certain nombre de sujets : l'organisation de certains concours, l'utilisation des référentiels de formation, par exemple.

II. Bilan intermédiaire

Pour qui a connu quelques épisodes antérieurs du long processus d'intégration à l'Université des formations paramédicales et de maïeutique, l'évolution des termes du débat est assez spectaculaire.

Cela concerne tout d'abord le niveau de consensus qui s'exprime sur le sujet de l'intégration à l'Université. Même si les interprétations peuvent être différentes, même si la pédagogie est essentielle en

ces matières et constitue une part non négligeable du travail de la mission, il ne s'est guère trouvé d'interlocuteurs pour contester le principe de l'intégration universitaire, ce qui représente en soi un changement majeur par rapport à la situation prévalant il y a seulement quelques années. Incontestablement, l'affirmation d'options gouvernementales fortes à la faveur de la Grande conférence de la santé de février 2016 a constitué une étape cruciale. Le partenariat Etat- régions conclu au printemps 2016 a permis de partager les objectifs et les orientations de la Grande conférence de la santé avec les acteurs régionaux. De même, le rapport de l'IGAS et de l'IGAENR2,

2 <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>

9

rendu public fin août 2017, a permis de renforcer l'impression d'ancrage du processus dans la décision publique et de décrire un grand nombre d'options pour y parvenir.

Alors que longtemps se sont exprimées de nombreuses craintes quant aux conséquences d'un tel mouvement vers l'Université, compte tenu des caractéristiques de la formation (et notamment son caractère fortement professionnel) et des situations individuelles (notamment celles des corps enseignants), ce sont avant tout les opportunités qui sont vues aujourd'hui, assorties bien souvent de l'idée qu'il s'agit de ne pas manquer le rendez-vous de l'intégration universitaire et qu'il importe même d'être à l'avant-garde pour en tirer parti.

Qu'il s'agisse des étudiants, des formateurs, des représentants des Instituts, des ordres, des syndicats professionnels, des sociétés savantes, cette volonté de ne pas subir un processus dicté de l'extérieur mais au contraire de le porter en tant que corps intermédiaires est un moteur puissant pour bâtir des solutions concrètes et pragmatiques.

Le fait est que l'idée même d'«universitarisation» ou d'intégration à l'Université apparaît désormais plus distinctement par rapport à des processus connexes tels que la «réingénierie» des formations. Même si le processus dit d'«universitarisation» a pu longtemps être assimilé à ce dispositif de réingénierie, même si une partie des revendications des acteurs a toujours trait (et de façon légitime) à l'achèvement de ce processus, force est de constater que la discussion est plus ouverte et que ce processus de réingénierie peut être plus facilement situé dans un espace plus large de discussion, où il est question d'organisation des formations, de partenariats réels et concrets avec l'Université, d'enjeux de territoires, etc.

La dimension territoriale, l'innovation portée par les acteurs sur le territoire est sans doute la marque la plus vive de l'évolution de la situation. Le processus d'intégration à l'Université est aujourd'hui porté par les acteurs du territoire, par les politiques de site, par le dialogue des autorités de régulation territoriales. Qu'il s'agisse d'ingénierie pédagogique, d'usage du numérique, de simulation, de construction des parcours croisés entre les instituts paramédicaux et les universités, d'insertion des parcours étudiants à l'Université, de règles en matière de gouvernance, de projets organiques d'insertion au sein de l'Université, d'arrimage aux composantes universitaires, les initiatives sont nombreuses, foisonnantes même... mais discrètes et peu partagées à l'échelle nationale.

Cette prise en main des enjeux de l'universitarisation par les acteurs du territoire est le moteur des évolutions à consolider. Elle exprime à la fois l'autonomie et la responsabilité des acteurs, chacun en ce qui le concerne (Université, rectorat, région, agence régionale de santé, CHU, CROUS), aux côtés des

étudiants et des formateurs, mais aussi la volonté qui est la leur au niveau des sites de bâtir des projets ensemble pour mieux maîtriser les enjeux partagés de l'aménagement du territoire, de la coordination des soins, de la recherche en santé... Pour la mission, cet engagement des acteurs est une chance à saisir à plusieurs égards : il concrétise le processus d'intégration dans des projets ; il fournit des solutions pragmatiques, y compris sur des sujets durablement bloqués au plan national ; il peut être stimulé à travers la diffusion des bonnes pratiques et l'émulation entre les sites. En somme, chaque fois que les acteurs de la régulation sur le territoire coopèrent, ils fabriquent une partie des solutions dont on a besoin... Ce processus doit donc être consolidé, stimulé, quand bien même il heurte parfois certaines habitudes de conduite des projets au niveau central.

Finalités de l'intégration universitaire

L'intégration à l'Université de formations importantes en termes d'effectifs et d'utilité sociale, privilégiées en termes de débouchés et diversifiées en termes de profil social des étudiants, apparaît légitime a priori. Elle est dans l'intérêt de l'institution universitaire, dans celui du système de santé (en termes de transversalité et de mobilisation de la recherche) et dans celui des ressortissants du système de formation (personnels enseignants et étudiants). Elle s'inscrit dans le processus d'harmonisation européen et correspond aux aspirations à la mobilité des professionnels. Elle ouvre la possibilité de poursuivre des études en master et en doctorat pour une partie des effectifs en formation et des professionnels, en désenclavant les formations concernées.

Il est par ailleurs rationnel de rapprocher les systèmes de formation de professions que l'on prétend voir coopérer, de les placer sous un même régime de gouvernance académique et de revoir la formation de professions destinées à se déployer sur des paliers intermédiaires entre les positions « auxiliaires » traditionnelles et les fonctions médicales.

S'agissant d'un processus engagé depuis un certain nombre d'années maintenant, il n'est pas inutile cependant de rappeler précisément le sens de l'action publique, ses finalités. Cela permet d'éclairer les décisions du passé mais aussi de refonder cette action pour l'avenir.

Quelles sont donc les finalités, c'est-à-dire les motifs d'intérêt général qui doivent guider l'action publique sur ce dossier?

On en distinguera quatre principales :

- revoir l'approche des métiers de la santé, et donc la formation, pour assurer une meilleure couverture des besoins de santé de la population ;
- développer de nouveaux champs de recherche pour consolider les pratiques des professionnels et les conditions de formation ;
- améliorer les conditions d'études des étudiants des formations paramédicales et de maïeutique, en rapprochant leurs droits et devoirs de ceux des autres étudiants ;
- rendre plus performante la régulation publique en matière d'organisation des études et d'allocation des ressources professionnelles sur le territoire, en revoyant les conditions de gouvernance et l'organisation de ce secteur de formation.

I. Revoir l'approche des métiers

Une part croissante des soins est dorénavant susceptible d'être assurée en ambulatoire, y compris au domicile des patients, sous l'effet de plusieurs évolutions conjuguées : une nouvelle donne démographique et épidémiologique (vieillesse de la population et poids croissant des maladies chroniques et des polyopathologies) ; le développement, avec le progrès médical et technique, de nouvelles modalités de prise en charge des patients (interventions moins invasives et plus courtes autorisant un retour rapide à domicile, nouveaux traitements pouvant être dispensés en ville) ; le renforcement des

attentes sociales en matière de développement des possibilités de prise en charge des patients sur les lieux de vie ; la recherche de gains d'efficacité du système de santé, les prises en charge les moins coûteuses devant être privilégiées à qualité égale.

Anticiper et faciliter l'adaptation des missions, des métiers et des compétences des professionnels de santé est dès lors un chantier-clé.

Une des difficultés concerne le développement insuffisant des coopérations entre les professionnels dans les territoires, lesquelles conditionnent l'efficacité de la réponse ambulatoire. L'adaptation des formations – initiale et continue – aux besoins constatés (interconnaissance et travail

11

interprofessionnels, identification de compétences communes, déploiement de formations aux pratiques avancées et à de nouvelles fonctions telles que la coordination des parcours) tout comme l'adaptation des conditions de rémunération des professionnels afin de faciliter et de valoriser les coopérations interprofessionnelles, sont ici des leviers essentiels.

Inter-professionnalité et formation

L'interprofessionnalité recoupe toute une gamme d'aspirations : satisfaire le besoin de dialogue, de coordination voire de coopération entre les acteurs professionnels, se départir de la vision hiérarchique des professions, revoir les fonctionnements traditionnels dans un cadre d'organisation plus collectif voire assurer plus de fongibilité entre les activités des professionnels et renforcer par-là l'efficacité allocative, pallier les déséquilibres sur le territoire en améliorant les conditions d'exercice, etc.

L'inter-professionnalité, le travail en équipe sont en vogue. Il faut bien voir cependant que si ces développements semblent converger avec les intérêts du système de santé, ils n'en contredisent pas moins le mouvement très fort de division du travail, d'affirmation professionnelle, de construction identitaire forgée par les différentes professions du soin.

C'est cette contradiction qu'il nous faut aujourd'hui gérer. L'intégration à l'Université des formations n'est que l'expression institutionnelle d'un mouvement profondément souhaitable mais pour partie antagoniste des histoires professionnelles.

La division du travail professionnel, processus continu des sociétés contemporaines, mais aussi la complexité des situations à prendre en charge et le fait de devoir assurer cette prise en charge dans la durée et dans des environnements variés, démultiplient les acteurs du soin auprès des patients et donc les interdépendances à gérer (partage de tâches au sein d'un épisode de soin ou d'un parcours, transmission de l'information, coordination auprès du patient, etc.).

Les organisations changent elles aussi et avec elles les métiers et les compétences : des collectifs de travail s'organisent « en ville » sous la forme de pôles ou de maisons de santé notamment, des filières se structurent, de nouvelles missions apparaissent ou des missions anciennes se renforcent, qu'il s'agisse d'éducation thérapeutique ou de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire).

Ces développements collectifs et pluriprofessionnels se font en même temps que l'affirmation des professions à travers des institutions de représentation, un cadre réglementaire... et des formations

séparées.

La constitution de filières de formation en silos, la quête de l'entre soi dans le temps des études (et ce dès les premiers moments de la formation), la revendication légitime de la dimension professionnelle des formations, le souci de disposer de formateurs issus de la profession, celui d'une diplomation voire d'une recherche ancrées dans des logiques professionnelles, tout cela participe de ce processus d'affirmation professionnelle. Il est légitime mais insuffisant. Il faut à la fois consolider sa profession et s'ouvrir aux autres, affirmer son identité professionnelle et travailler en transversalité, trouver sa place dans une organisation des soins plus complexe et bâtir le collectif.

L'Université incarne ces valeurs de transversalité et de brassage des savoirs. C'est en cela que la thématique de l'universitarisation donne le sens du mouvement qu'il convient d'accomplir mais le processus va bien au-delà de la dimension institutionnelle : les référentiels de métiers, de compétences et de formation doivent rendre compte de cette double dimension (affirmation professionnelle et transversalité) ; il convient de développer de nouveaux champs de recherche mais sans les enfermer dans des logiques professionnelles ; il faut trouver en permanence l'équilibre entre approfondissements théoriques et expertise pratique, entre science et professionnalité, d'où l'importance de développer de nouveaux champs de recherche comme « passeurs » en quelque sorte.

12

Ce travail de conciliation a pu occuper une part importante du temps de concertation, pour travailler les notions et les processus, aller au bout des préoccupations et des revendications des parties prenantes. Les orientations présentées dans la suite de ce document s'efforcent de traduire et cette concertation et cet équilibre.

Le travail fondateur sur les compétences

La notion de compétences met en avant la capacité à agir, la nécessité de mobiliser des capacités diversifiées, en les adaptant à un contexte donné, les acquis de l'expérience, qui ne portent pas seulement à la reproduction mais permettent l'adaptation au changement ; les compétences sont aussi synonymes de performance dans les organisations de par leur adaptabilité.

On a assurément besoin de renforcer l'effort de définition des compétences pour améliorer les objectifs, les conditions et l'organisation de la formation. De ce point de vue, le travail dit de « réingénierie » réalisé sur le champ des métiers paramédicaux mérite d'être salué en tant qu'il a été précurseur dans le champ de la santé. Travailler les métiers, les compétences associées, les besoins de formation et les conditions de l'évaluation est une exigence de bon aloi. On ne peut que souhaiter que ce travail aille à son terme (cf. infra)

Dans les débats courants, l'utilisation de la notion de compétences ne se réfère pas spontanément aux éléments rappelés ci-dessus mais bien plus à une division institutionnalisée et stable des tâches entre des professions, reconnues dans un périmètre juridique donné.

Il y a une logique économique à cette division du travail institutionnalisée : elle induit un partage de l'activité et une protection de celle-ci en situation d'innovation. Cette situation n'est pas propre au

domaine de la santé. Il y a néanmoins une spécificité des professions de santé, à savoir le fait que tout le corpus juridique s'ordonne autour du « privilège » du médecin : lui seul est autorisé à porter atteinte au corps humain, les autres professions ne recevant ce droit que par « délégation », sur prescription ou sous le contrôle du médecin. Les (professions) auxiliaires de santé ont certes un domaine propre mais elles sont avant tout définies à la faveur d'un périmètre d'actes³.

Le besoin de compétences intermédiaires dans le système de santé

Pour les professionnels de santé, développer les compétences nécessaires à l'exercice de leurs activités quotidiennes est d'abord une exigence déontologique, inscrite comme telle dans leurs codes de déontologie respectifs. Pour les autorités sanitaires, garantir que les professionnels de santé développent leurs compétences tout au long de leur parcours professionnel est une responsabilité majeure. En dépendent la qualité, la sécurité, la pertinence et l'efficacité des soins délivrés par chaque professionnel à ses patients. (cf. infra la question du DPC)

Au-delà de cette approche individuelle, faire évoluer le partage des compétences entre professionnels médicaux et non médicaux est un levier d'amélioration globale de l'accessibilité et de la qualité des soins, et comme tel, de progrès du système de santé.

Les pratiques avancées

Il existe aujourd'hui différentes possibilités d'évoluer dans son métier pour un professionnel, en particulier l'expertise dans un domaine (par exemple infirmier hygiéniste), la spécialisation (IADE, IBODE, puériculteur/trice), l'accès aux fonctions d'encadrement. A l'étranger, dans différents pays

3 D'où l'importance distinctive, pour certaines professions, de se repositionner au sein ou auprès des professions médicales, fût-ce avec des compétences délimitées : cela vaut notamment pour la profession des masseurs-kinésithérapeutes et cela induit un certain nombre de revendications dans le champ de la formation initiale : accès privilégié par la voie de la première année commune des études de santé (PACES), refus de formations resserrées sur les professions paramédicales, volontarisme en matière de rapprochement avec l'Université...

13

comme l'Angleterre, les Etats-Unis, le Canada, les infirmières peuvent accéder à un exercice en pratique avancée après une formation complémentaire.

Les pratiques avancées visent à ouvrir aux professionnels paramédicaux, pour améliorer la réponse à des besoins identifiés de prise en charge, la possibilité d'accéder, au-delà de leur métier socle, à des compétences élargies relevant habituellement des prérogatives médicales (prescription, suivi de patients, coordination de parcours). Les éléments d'évaluation disponibles concernant les prises en charge en pratique avancée à l'étranger sont favorables, qu'il s'agisse de la satisfaction des patients ou de la qualité des soins délivrés (meilleure observance, baisse des ré-hospitalisations notamment). La proportion de professionnels concernés demeure néanmoins relativement faible dans ces pays.

L'espace de ces professions dans la division du travail soignant existe (en particulier à la faveur des nouvelles modalités de prise en charge, pluriprofessionnelles, graduées...).

Les perspectives ne sont certes pas les mêmes pour l'ensemble des professions : toutes peuvent sans doute prétendre, moyennant une formation spécifique, effectuer utilement certains actes aujourd'hui réservés

aux médecins mais seules quelques-unes semblent aujourd'hui en mesure d'accéder à un développement global de leurs compétences au-delà du métier socle dans les champs du diagnostic, du suivi et de la prescription à l'image des « nurse practitioners » des pays anglo-saxons. Par ailleurs, pour les professions les plus concernées, il conviendra de tracer la frontière entre le suivi spécifique dédié de certains types de patients – qui n'appelle pas nécessairement d'élargissement global des compétences au-delà du métier socle – et l'exercice en pratique avancée proprement dit.

Le développement des pratiques avancées est en tout cas assurément un aspect important de l'intégration universitaire des formations paramédicales et ce à plusieurs titres :

- Il revient aux universités de délivrer ces formations⁴ ;
- Les pratiques avancées donnent une profondeur de champ à certaines professions, à côté des spécialisations « classiques » ; elles participent donc de l'attractivité des professions et des formations concernées, ce qui n'est pas sans importance au moment de leur insertion à l'Université ;
- La distinction entre formation socle et compétences élargies, pour répondre à des besoins sanitaires identifiés, est un argument important de régulation de la durée des études ; c'est aussi une façon d'autoriser des organisations différenciées de la formation, les compétences élargies ayant vocation à être constituées en milieu universitaire ;
- Les formations universitaires en pratique avancée, au niveau master, constituent de fait un des éléments possibles de la filière complète LMD à organiser dans le cadre universitaire pour les ressortissants des professions paramédicales.

De nouveaux métiers

Au-delà de la question du développement de la pratique avancée, se font jour de nouveaux besoins qui appellent en retour la mise en place de nouveaux métiers. Ces nouveaux besoins ont trait notamment à la complexité des parcours de soins de certains patients affectés de pathologies chroniques lourdes, a fortiori dans un contexte où leur prise en charge devrait se faire de façon croissante en ambulatoire : métiers de coordination mais aussi nouveaux besoins d'ingénierie pour la mise en œuvre de dispositifs pluri-professionnels ou d'évaluation et de suivi de l'activité en

4 Des universités ont été à l'avant-garde en la matière Aix-Marseille Université, Versailles Saint-Quentin, Paris Diderot, etc. Cf. infra. La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise le cadre de développement de la pratique avancée en son article 119 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913702&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>

14

ambulatoire. Ainsi des « facilitateurs », professionnels de santé en capacité d'aider leurs collègues à se structurer en équipe sur leur territoire, des « animateurs qualité », professionnels de santé qui aident les équipes à s'auditer, des DIM, délégués à l'information médicale, intervenant auprès des équipes pour les aider à progresser dans l'utilisation de leur système d'information, etc.

La formation tout au long de la vie

La formation tout au long de la vie occupe désormais une place majeure dans l'économie et dans la cité.

Et cela sera encore plus vrai demain.

D'une part, tous les professionnels de santé en exercice, libéraux et salariés, médicaux et paramédicaux sont soumis à une obligation de développement professionnel continu (DPC). L'obligation est personnelle et déontologique. Elle porte sur l'actualisation des connaissances et des compétences et l'amélioration des pratiques. Elle est encadrée par le législateur tant en ce qui concerne sa définition que son cadre de mise en œuvre.

La formation professionnelle occupe d'autre part une place majeure en termes de perspectives de carrière. On évoquera plus loin la question de l'ouverture sociale des formations et le fait que, dans certaines filières, la validation des acquis professionnels et les dispositifs de formation complémentaire occupent une place importante. C'est particulièrement vrai de la profession infirmière : celle-ci est alimentée par des personnels en évolution professionnelle (notamment les aides-soignantes) mais les sorties « par le haut » existent aussi pour une fraction non négligeable de la profession, qu'il s'agisse des spécialisations, des fonctions d'encadrement ou des « futures » pratiques avancées.

Les propositions en matière d'universitarisation doivent naturellement tenir compte de cette caractéristique des formations paramédicales, pour ce qui est de la formation infirmière en particulier, qu'il s'agisse de la constitution de filières LMD complètes, de l'exigence de périodes d'activité en amont de certaines formations, de l'organisation des formations en pratique avancée, du recrutement sur certaines compétences en matière de recherche ou d'ingénierie pédagogique, etc. De ce point de vue, ces formations sont de beaux modèles pour le développement de l'alternance.

II. Développer de nouveaux champs de recherche

Le progrès médical n'est pas un gisement qu'il suffirait d'exploiter et de diffuser dans les meilleures conditions. Il est le fruit de toute une gamme de recherches (fondamentale, clinique, translationnelle, en sciences sociales...) qu'il s'agit de promouvoir et de diffuser.

L'organisation de la protection sociale, la régulation économique de l'accès aux innovations, la conduite du changement dans les organisations ont un rôle majeur en matière de progrès en santé mais la dimension professionnelle est elle aussi cruciale : les formations aux professions de santé, l'organisation de la carrière des professionnels qui se consacrent à la recherche, l'environnement de travail des chercheurs, la programmation de la recherche sont autant de dimensions essentielles.

La formation en santé illustre bien l'importance d'une formation à et par la recherche. En même temps, le déroulement des études ne permet pas toujours de lui faire une large place. Les travaux de réingénierie des formations (cf. infra) ont permis de réaliser des progrès substantiels en la matière.

Au-delà de l'initiation à la recherche, il faut aussi développer des parcours dédiés à la recherche pour une partie des professionnels de santé, qui doivent trouver au niveau M et au niveau D des formations adaptées et les débouchés afférents (en matière de recherche et de formation).

Le développement de nouveaux champs de recherche dans les domaines des soins infirmiers, de la réadaptation, de la maïeutique, de l'appareillage, etc. est de fait un enjeu-clé du processus d'intégration universitaire de ces formations. Cela vaut à plusieurs titres :

- l'Université est, aux côtés des organismes de recherche, et particulièrement de l'INSERM dans le champ de la santé, le creuset de la recherche ; c'est donc au sein de l'Université et, à tout le moins, en lien très étroit avec elle, qu'il est possible d'envisager le développement de travaux de recherche mobilisant les professionnels paramédicaux et de maïeutique et les étudiants ressortissant de ces formations ;
- le recrutement des enseignants chercheurs, sous des statuts diversifiés, est la pierre angulaire de cet effort en matière de recherche ; il ne se conçoit pas en dehors de l'Université ; celle-ci aura donc un rôle primordial à travers la constitution d'équipes mobilisant des chercheurs issus de formations paramédicales ou de maïeutique, dans le cadre des procédures courantes de constitution des équipes doctorales, de qualification des chercheurs et de recrutement de ceux-ci ; à travers notamment le rôle des départements de médecine générale des facultés de médecine, l'Université a développé une expérience utile de mobilisation de terrains de stage et de maîtrise de stage universitaire qu'il est intéressant de croiser avec les expériences des instituts paramédicaux ;
- la constitution d'équipes d'enseignants chercheurs est importante en termes de production de recherches mais aussi en termes d'organisation du réseau des instituts de formation ; d'une part, la dissémination des lieux de formation paramédicaux appelle une forme de hiérarchisation dont l'Université est naturellement la clé de voûte : il ne saurait être question de disperser ou de saupoudrer des moyens de recherche par définition assez limités ; au-delà, l'effort de concertation et de structuration qui s'organise sur le territoire à travers des « départements universitaires » est amené à prospérer : ces départements exercent leur mission à la fois en matière de formation et de recherche et concourent par ailleurs à l'intégration des enseignants des formations paramédicales au sein de l'Université et au milieu des pairs enseignants-chercheurs, des domaines santé ou des autres domaines ;
- la recherche est à considérer pour son apport à l'amélioration des pratiques soignantes mais aussi en termes d'investissement pédagogique ; à l'intersection de ces deux dimensions, la recherche est essentielle au développement d'une pratique davantage réflexive en matière de formation et donc à l'articulation formation académique-formation pratique ; elle est donc fondamentalement un argument-clé de la dimension professionnelle des formations.

Recherche infirmière 5

S'adapter c'est positionner ses pratiques sur un socle de connaissances à la fois solide et en constante évolution. C'est-à-dire s'appuyer sur la recherche. La recherche dans le domaine de la santé est souvent associée à la recherche en sciences médicales ou encore en pharmacologie. Les progrès, réalisés dans ces champs de recherche depuis le XIX^{ème} siècle, ont conduit à l'obtention d'une augmentation significative de l'espérance de vie de notre population. Mais tous les professionnels de la santé doivent asseoir leurs pratiques sur les connaissances. En effet, "dans un système de santé en profonde mutation, il est essentiel que chaque groupe professionnel asseye ses références de pratique de manière à contribuer sur des bases identitaires solides à la construction de dispositifs de dispensation des soins pluri-professionnels et au développement de travaux de recherche sur les services de santé montrant leur apport et les conditions de leur fonctionnement en partenariat avec les personnes soignées". La recherche est dès lors importante pour tous les professionnels de la santé et non pas réservée à un corps professionnel. La profession infirmière est un exemple où la recherche a fait évoluer, dans le monde, à la fois la profession et la santé de la population. En effet, les sciences infirmières ont été instituées en discipline académique depuis des décennies dans nombre de

pays, les États-Unis ayant été précurseurs dans ce domaine depuis la fin des années quarante. Dans les pays qui ont fait ce choix, on a pu assister à un développement de la capacité de recherche dans ce domaine, d'autant plus marquée qu'elle était couplée à une universitarisation de l'appareil de formation en soins infirmiers. Cette évolution a favorisé l'émergence et l'affirmation d'une culture scientifique au sein du groupe professionnel tout entier. Mais faire de la recherche ne s'invente pas. Et les infirmières comme les autres professionnels de la santé doivent s'organiser, apprendre et se faire aider.

5 Monique Rothan-Tondeur, titulaire de la chaire Recherche infirmière AP-HP Paris 13, Améliorer la qualité des projets de recherche infirmière, rapport pour l'AP-HP, 2016. On aurait bien entendu pu développer d'autres champs que les sciences infirmières...

16

On ne part pas de rien. Des universités ont été préfiguratrices, à travers des initiatives dans le champ de la maïeutique, des sciences infirmières ou de la réadaptation. Nombre d'universités ont des projets en la matière aujourd'hui. Il faut clairement que cela devienne un standard du développement de celles-ci, comme c'est le cas dans un grand nombre de pays comparables au nôtre. Il y a des verrous à lever, notamment celui de la qualification par le Conseil national des universités, les recrutements qui se sont faits jusqu'à présent ont emprunté des voies indirectes faute de possibilité d'être qualifié en sciences infirmières ou en maïeutique. Au-delà, on peut compter sur les dynamiques de site pour porter des projets nouveaux.

En tout état de cause, si l'apport d'enseignants chercheurs issus des formations paramédicales et de maïeutique est aujourd'hui indispensable, si la constitution de nouveaux champs de recherche est nécessaire en termes de pédagogie et de pratiques de soin auprès des populations, tout cela se fera de façon progressive et ne saurait être assimilé à une menace pour les équipes en place.

III. Harmoniser les droits des étudiants

Par rapport au temps de la Grande conférence de la santé, on touche sans doute ici une des évolutions les plus spectaculaires du débat sur l'universitarisation : il ne fait plus guère de doute pour personne que les étudiants des formations paramédicales et de maïeutique doivent disposer des mêmes droits – et rendre compte des mêmes devoirs – que les étudiants des autres formations. C'est une finalité en soi pour l'action publique mais c'est aussi un objectif au service d'un projet : en termes de régulation de l'enseignement supérieur et de régulation professionnelle, il est souhaitable de développer davantage d'homogénéité, de raisonner sur des populations disposant des mêmes droits, susceptibles de réagir aux mêmes incitations en termes de carrière (sans trop de biais).

La "Feuille de route" de la Grande conférence de la santé avait consacré plusieurs dispositions à cet effort de normalisation, notamment à travers l'alignement des bourses gérées par les régions sur les critères nationaux mais aussi en s'intéressant concrètement à l'accès aux services universitaires.

Le fait que les bourses soient gérées par les régions ne fait pas obstacle en tant que tel à la normalisation. De fait, beaucoup de régions se sont investies de longue date dans l'amélioration des droits sociaux des étudiants, avec à la clé l'organisation de services dédiés pour des prestations qui concernent tout à la fois les étudiants des formations paramédicales et ceux du travail social. Il importe d'en tenir compte.

Des partenariats ont été bâtis sur le territoire, sous des formes différentes, pour dispenser, au-delà des aides en espèces, des services aux étudiants, en tenant compte à la fois de la spécificité des formations de santé (notamment pour ce qui est de la place des stages) et de l'implantation des lieux de formation (théorique et pratique), dans certains cas proches des autres concentrations étudiantes mais parfois très éloignées.

Un certain nombre d'étudiants de ces formations bénéficieront de ces droits par le truchement de l'intégration universitaire pleine et entière (le fait pour telle école ou tel institut de devenir une composante de l'université) mais il est clair qu'on ne peut limiter le bénéfice de l'ensemble des droits afférents à la condition d'étudiant à ces populations. Il faut que cela concerne tous les étudiants quel que soit le statut de l'établissement.

Parmi les caractéristiques de ces formations, il en est auxquelles les étudiants se montrent très attachés, notamment pour ce qui concerne le taux d'encadrement de proximité, au sein des IFSI notamment, qui ne ressortit clairement pas des standards universitaires. La refonte des formations à la faveur de la mise en œuvre des nouveaux référentiels ou de l'actualisation de référentiels existants doit être l'occasion de poser la question de l'équilibre à trouver entre encadrement au sein des instituts, au sein de l'Université et sur les lieux de stage.

Il est une autre question qui contraint fortement la condition de certains étudiants de ces formations : le coût des études. Cela ne concerne ni toutes les formations, ni tous les territoires. Cela

17

concerne parfois le temps de formation en institut ou école paramédicale mais parfois aussi le temps amont, à travers les périodes de préparation ou le coût des concours.

Quelques principes d'action méritent d'être posés en la matière : les étudiants des formations paramédicales doivent rejoindre leurs homologues des autres formations en termes d'orientation, d'accès études et de capitalisation des temps de formation.

Certains concours ont généré une activité de préparation qu'il n'apparaît souhaitable de conserver que pour autant qu'elle corresponde à une consolidation des acquis nécessaires aux études (plutôt que de satisfaire aux seules exigences ponctuelles des épreuves de concours) ; ils génèrent aussi des frais non négligeables pour les candidats... et des flux financiers pour le fonctionnement des écoles et instituts, situation pas forcément satisfaisante en soi et en tout cas pas destinée à conditionner l'évolution des modalités d'accès aux études ; enfin, dans les filières de réadaptation en particulier, les frais d'études peuvent atteindre des sommes très importantes...

Cette question des frais d'études illustre bien l'importance de la gestion concertée au plan local : certaines solutions de déploiement en termes d'offre de formation peuvent être moins coûteuses a priori pour tel ou tel acteur de la régulation mais à partir de moment où elles renforcent les problèmes financiers d'accès aux études, ces solutions sont problématiques en soi et peuvent avoir un retentissement en termes d'attractivité de certains statuts d'emploi : difficile on le sait d'attirer des étudiants des formations de réadaptation en établissement hospitalier ou médico-social lorsque la première préoccupation, légitime au demeurant, est de rembourser le coût des études.

L'intégration à l'Université peut produire des solutions collectives plus efficaces (notamment par des effets d'économies d'échelle et par la mutualisation de certains temps de formation) et c'est dans cette voie qu'il importe de travailler.

IV. Conforter la régulation territoriale

En matière professionnelle, la régulation va chercher la bonne allocation des ressources entre les métiers et les spécialités, l'efficacité allocative (ajuster au mieux les compétences aux besoins), une répartition territoriale équilibrée, compte tenu d'un maillage approprié et la capacité du système à se déformer dans le temps de façon à suivre l'évolution de la demande, ce qui interroge notamment le modèle de formation. Cette régulation est produite par un ensemble d'instances, à articuler : les pouvoirs publics centraux, les représentants professionnels, les sociétés savantes et les responsables du système de formation, les collectivités locales et les services de l'Etat sur le territoire, les financeurs, etc.

Les principaux acteurs de la régulation - Université, rectorat, région, ARS - ont destin et compétences liées dans cette affaire. La maîtrise des enjeux sanitaires et des enjeux de formation, l'affirmation des dynamiques territoriales en termes de réponses aux besoins et d'attractivité, la transformation des éléments de gouvernance pour traduire les compétences dans les faits, tout plaide pour une consolidation des outils à la main des acteurs et des outils partagés. Organisation des composantes universitaires, initiatives d'intégration organique à l'Université, planification stratégique en matière de ressources humaines, initiatives pour stabiliser les professionnels sur le territoire, outils partagés pour faciliter la programmation et le dialogue de gestion... La philosophie est à la fois au renforcement des outils de régulation et à l'affirmation de l'autonomie des acteurs... C'est le sens même d'une régulation moderne. Avec des opérateurs en surplomb de type Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES).

L'hypothèse faite ici est que les conditions de la régulation doivent évoluer, que chacun doit s'efforcer de consolider son cœur de métier. Cela concerne les opérateurs comme les acteurs de la régulation des formations. Dans un environnement « universitarisé », les instituts et écoles doivent consolider leurs atouts en termes de professionnalité (ce qui justifie de travailler la bi-appartenance

6 Bilan recettes/dépenses qu'il importera d'objectiver.

des formateurs entre formation et pratique et l'articulation des lieux de formation - théorique et pratique). Les universités doivent travailler leurs avantages comparatifs.

Une offre nouvelle de formation peut être bonne pour un territoire (en termes d'activité et d'accès aux formations pour les ressortissants du territoire) sans être pour autant pertinente à une échelle plus large, sans apparaître non plus adaptée en termes de (diversité de) terrains de stage ou d'accès aux services de la vie étudiante.

Autrement dit, la qualité de la régulation ressortit nécessairement d'un travail collaboratif des différents acteurs dépositaires de prérogatives de tutelle, d'organisation ou de financement, en l'occurrence l'Université, le rectorat, la Région, l'Agence régionale de santé et le monde hospitalier. La qualité de la régulation est une finalité d'intérêt général car il en va de la répartition des ressources professionnelles sur le territoire, mais aussi de la qualité et de l'efficacité des prises en charge ou encore, on l'a dit, de l'équité en termes d'accès aux études.

La régulation concertée ne se segmente pas dans le temps : il y a besoin d'un travail collectif en matière de prospective des métiers et des formations, de constitution de l'offre territoriale, de management des formations, de conditions d'accueil, dans les lieux de formation comme sur les terrains de stage, de constitution des équipes de formation et d'animation de la recherche. Il ne s'agit pas remettre en cause l'un quelconque des acteurs publics de la régulation mais plutôt de les repositionner : l'Université a la charge de l'encadrement pédagogique et de la recherche, la région est la collectivité organisatrice, l'ARS et le monde hospitalier (comme d'ailleurs le monde libéral) doivent assumer l'expression des besoins sanitaires et faire part de leurs exigences en tant que financeurs de la formation (notamment via les indemnités de stage) et en tant qu'utilisateurs des compétences ainsi constituées.

Quelques regles de conduite

Le processus dit « d'universitarisation » est engagé depuis un certain nombre d'années.

Il recouvre un ensemble d'éléments, en termes de référentiel de formation, de diplomation, de gouvernance des formations (et de financement), de droits des étudiants, de statut des personnels formés, de statut des enseignants, de débouchés..., qui n'ont pas progressé au même rythme globalement, selon les filières et selon les territoires.

A ce moment du processus d'« universitarisation », plusieurs questions se posent : quels bénéfices peut-on d'ores-et-déjà revendiquer du processus accompli sur ces différents registres? Est-il possible de rester au milieu du gué ? Sinon quelles sont les étapes primordiales à franchir ? La voie suivie jusqu'à présent est-elle la bonne ou faut-il des inflexions ou des sauts qualitatifs et si oui dans quels domaines ?

I. Préciser les objectifs en termes de conduite de l'action publique

1. Il nous faut clarifier les cibles

« LMDisation », « universitarisation »... On a créé des néologismes pour approcher une réalité et un processus complexes. Il est important de bien discerner les différentes dimensions de cette question des rapports des professions paramédicales à l'Enseignement supérieur et à l'Université.

Un certain nombre d'éléments méritent d'être rappelés :

- On n'a pas conçu le « processus de Bologne » d'harmonisation des diplômes pour les formations paramédicales et de maïeutique. Cela signifie que les problèmes posés ont une part générique (à toutes les filières de formation) et une part spécifique et qu'il est important de bien distinguer les choses ;
- Il ne s'agit pas de recréer une hiérarchie des diplômes ou des carrières à l'intérieur des professions mais de permettre aux étudiants et professionnels qui le souhaitent de participer sans entrave excessive – et avec des formes de reconnaissance professionnelle – à des cursus de formation master (M) et doctorat (D). Il convient donc de favoriser les entrées en M en formation initiale et dans le cadre de la formation tout au long de la vie. Il convient aussi de reconnaître spécifiquement les projets de recherche bénéficiant de l'apport des professionnels paramédicaux ;
- Les exemples étrangers fournissent non pas des modèles à copier mais un référentiel par rapport auquel se situer, en termes d'organisation, de construction des cursus, de diplomation. Un certain nombre de problèmes qui se posent en France quant aux processus à conduire n'ont en effet pas forcément de spécificité nationale ;
- La dimension professionnelle de la formation, l'importance du compagnonnage ne sont pas là encore spécifiques aux formations paramédicales et de maïeutique : d'autres systèmes de formation ont été constitués dans un registre professionnel et ont été amenés à évoluer dans leurs rapports à l'Université (écoles d'ingénieurs, d'architecture, d'arts...);

- En ce qui concerne l'appartenance au système d'enseignement supérieur, il ne saurait y avoir la moindre ambiguïté : les formations paramédicales et de maïeutique sont de plain-pied dans l'Enseignement supérieur et, depuis la loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche de 2013, il est prévu que le ministère de l'Enseignement supérieur assure, conjointement avec les autres ministères concernés, la tutelle des établissements de formation, qu'il participe à la

20

définition de leur projet pédagogique et soit associé aux accréditations et habilitations de ces établissements. Il n'y a ici aucune spécificité des filières paramédicales.

Au fil du temps et de façon symptomatique, on l'a dit, les mots ont « flotté » : on a parlé de « LMDisation », qui signifiait à la fois la prise en compte d'un processus général initié dans le cadre européen et la promotion de « l'intégration par le diplôme » ; on a parlé d'« intégration à l'Université », processus pouvant laisser entrevoir une prise en charge complète, y compris sur le plan organique, juridique et financier, perspective difficile à envisager globalement même si l'intégration sur le plan organique définit une cible pertinente pour certains projets ou certaines filières. Parler d'« universitarisation » est de ce point de vue une forme de compromis, davantage centré sur le process et sur les dynamiques propres à l'institution universitaire.

« Universitariser » les formations paramédicales et de maïeutique, c'est tendre vers un certain nombre de standards universitaires (en termes de construction des formations, de rapport à la recherche, de transversalité... tout en ne perdant pas les ancrages professionnels pertinents), concourir à plus d'homogénéité des droits et mieux insérer les formations dans leur territoire, dans un triangle Université-Région-Agence régionale de santé, essentiel en termes de régulation collective.

Le fait d'avoir parfois assimilé « universitarisation » et réingénierie ou « universitarisation » et augmentation générale de la durée de formation a pu amener à confondre les objectifs : la réingénierie régulière des formations est un process nécessaire en soi ; c'est un process utile à l'insertion des formations paramédicales dans le cadre LMD mais la réingénierie ne saurait résumer l'ensemble des dimensions de l'intégration universitaire ; de la même façon, le fait que certains travaux de réingénierie aient pu conduire à une augmentation de la durée des études dans certaines filières ne rend pas cet objectif souhaitable en soi et il n'y a pas lieu de confondre « universitarisation » et augmentation de la durée des études ; il nous faut conduire le processus d'intégration à l'Université au nom de finalités précises (développer de nouveaux champs de recherche, renforcer la transversalité entre les professions pour une meilleure prise en charge sanitaire, améliorer la condition étudiante, consolider la capacité de régulation collective) et c'est à l'aulne de celles-ci que pourront être évaluées les dispositions opérationnelles ; en particulier, il faudra juger de la pertinence des évolutions proposées en termes de réponse aux besoins de santé : l'universitarisation n'est pas une course aux diplômes de niveau supérieur et ne doit pas donner lieu à une compétition inter-professions en la matière.

2. Il nous faut distinguer les avancées collectives, les avant-gardes et les solutions locales

Si on veut bien considérer que l'intégration à l'Université des formations paramédicales est un processus

aux multiples dimensions, où la diversité est de mise compte tenu de l'hétérogénéité des filières, de leur histoire (plus ou moins proche / lointaine de l'Université), des profils de populations enseignantes et étudiantes (en particulier dans leurs liens avec l'Université), mais aussi de l'autonomie des acteurs, il faut naturellement faire la part des avancées à conduire au plan national, des solutions d'avant-garde ou pilotes ayant vocation à être largement diffusées et des solutions locales tenant compte de la réalité du terrain. Cette distinction est essentielle à la fabrication de solutions adaptées : il est des situations où les principes d'équité ou de sécurité ou encore le souci de permettre la mobilité des personnes imposent des solutions nationales ; il en est d'autres où les territoires vont aider à élaborer des solutions, les mettre au banc d'essai dans le but de choisir la plus adaptée ; il en est d'autres enfin où la qualité de la solution ne vient que de l'adaptation aux caractéristiques locales et où il serait vain de chercher à transférer cette solution. Il est essentiel de pouvoir revendiquer des règles générales, des avancées collectives tout en encourageant la diversité ; les solutions nationales doivent viser à plus d'homogénéité (au lieu de fabriquer des solutions catégorielles en silos) tout en laissant s'exprimer une grande diversité sur le terrain.

21

3. Il nous faut des cibles claires mais il faut aussi décrire des trajectoires réalistes et soutenables

Un exemple illustrera notre propos : une partie des réticences en matière d'intégration à l'Université a longtemps tenu à l'inquiétude des équipes enseignantes actuelles quant à leur avenir, qu'il s'agisse de la crainte d'être confrontées à un univers professionnel différent (universitaire en l'occurrence), aux règles méconnues ou de voir demain s'affirmer la prééminence des enseignants-chercheurs. Ce type de crainte est doublement infondé : d'une part, il ne s'agit pas de fondre deux univers professionnels mais de travailler sur les bonnes articulations entre professionnalité et recherche, mais aussi entre pratique professionnelle et participation à la formation ; d'autre part, s'agissant de mobiliser des équipes d'enseignants chercheurs dans ces filières et, compte tenu du vivier disponible, la montée en charge sera nécessairement progressive et les enseignants chercheurs trouveront leur place auprès des équipes traditionnelles, non en se substituant brutalement à elles.

Autrement dit, il faut des cibles claires mais la crédibilité des trajectoires et leur soutenabilité (en termes sociaux, en termes financiers, en termes de responsabilités des acteurs) sont une dimension essentielle de la conduite du changement.

II. Quels sont les garde-fous?

1. La compétence des régions

Les régions ont été rendues responsables des formations paramédicales – et du travail social – en 2004, ainsi que des aides aux étudiants (par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux collectivités locales, entrée en vigueur le 1er janvier 2005 pour les bourses et le 1er juillet 2005 pour ce qui est des formations)⁷.

Cela a créé une situation atypique, notamment quant aux conséquences que cela emportait pour ce qui concerne les liens avec les formations connexes (dont les formations médicales et pharmaceutiques) et n'a pas concouru spontanément à la normalisation de ces formations au sein de l'Enseignement supérieur.

Certains interlocuteurs de la mission ont pu critiquer l'attitude de telle ou telle région (en ce qui concerne la gestion des bourses en particulier) mais, dans l'ensemble, la compétence régionale ne fait pas débat et la plupart des interlocuteurs voient très bien le parti qu'il est possible aujourd'hui de tirer de la pleine implication des régions auprès des autres acteurs de la régulation au plan local. C'est clairement cette vision que revendique la mission : autrement dit, « universitarisation » et régionalisation ont partie liée ; l'intégration des formations paramédicales au sein de l'Université passe par le raffermissement des liens Région-Université-Rectorat-ARS et la consolidation des politiques de site, expression de l'ancrage des politiques d'enseignement supérieur et de recherche au sein des enjeux de territoire (dont l'enjeu de couverture des besoins sanitaires) et auprès de ses acteurs.

7 A la différence des formations du travail social, l'article 73 de la loi du 13 août 2004 transfère aux régions une liste précise et exhaustive des professions sanitaires. Sont ainsi concernées l'ensemble des formations préparant à 21 professions paramédicales ou sanitaires, à savoir : - les professions paramédicales visées au code de la santé publique (11) : infirmiers ; masseurs-kinésithérapeutes ; pédicures-podologues ; ergothérapeutes ; psychomotriciens ; orthophonistes ; orthoptistes ; manipulateurs d'électroradiologie médicale ; audioprothésistes ; opticiens-lunetiers ; diététiciens ; - ainsi que les professions suivantes : aides-soignants ; auxiliaires de puériculture ; ambulanciers ; techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale ; sages-femmes ; puéricultrices ; infirmières anesthésistes et de bloc opératoire ; cadres de santé ; préparateurs en pharmacie hospitalière.

22

8 Le transfert de compétence aux régions pour ce qui est des formations Le rapport des inspections de 2008, destiné à disposer d'une évaluation fiable des charges transférées aux régions, pointait le fait que ces compétences avaient été transférées aux régions « dans un environnement en pleine évolution », marqué notamment par la croissance des effectifs. « Les compétences transférées par la loi LRL (article 73) concernent les charges de fonctionnement et d'équipement des écoles publiques mentionnées à l'article L.4383-3 du code de la santé publique. Les régions peuvent également participer aux charges d'équipement et de fonctionnement des écoles privées. Dans ce cas, l'obligation des régions est limitée au montant des dépenses engagées par l'Etat avant le transfert. Le transfert concerne près de 950 structures de formation régies par le code de la santé publique, ainsi que deux formations régies par le code de l'éducation (sages-femmes et préparateurs en pharmacie hospitalière). En revanche il ne s'applique pas à des formations identiques assurées par les établissements de l'Education nationale (STS) et de l'Enseignement supérieur (orthophonistes, orthoptistes...). [...] L'Etat a conservé d'importantes prérogatives. En effet, nombre des éléments techniques qui fondent les dépenses mises à la charge des régions, tels que l'organisation des formations transférées (conditions d'accès, programmes, modalités d'études et d'évaluation des étudiants, délivrance des diplômes) et les effectifs (« quotas » par type de profession, nationaux et régionaux) demeurent fixés réglementairement. »

Le rapport IGAS-IGAENR de 2017 a souligné la situation singulière de certaines formations, sous la responsabilité des régions de par la loi mais pour lesquelles le financement régional et la compensation n'ont pas été organisés : « 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 santé⁹. 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 crédits constants 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. »*

2. L'autonomie des universités

C'est là un autre principe cardinal pour la mission. Il y a quantité de domaines où l'on pourrait être tenté de déployer des solutions uniformes, décidées au niveau national et rendant compte d'une forme de volontarisme : qu'il s'agisse de bâtir des formations nouvelles, d'impulser des recrutements, de mettre en place des organisations innovantes...

8 Inspection générale des finances, Inspection générale de l'administration, Inspection générales des affaires sociales, Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages-femmes et des aides aux étudiants, janvier 2008 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000339/>

9 Parmi ces formations, on compte une partie des psychomotriciens, 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 audioprothésistes, auxquels on peut ajouter les formations sanctionnées par un BTS : opticiens lunetiers, 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).

23

En ces matières, le principe d'autonomie des universités est un guide, un garde-fou pour la mission. A rebours des solutions uniformisantes ou « descendantes » (top down), il est essentiel de voir l'autonomie des universités non pas comme une contrainte mais comme une ressource en termes d'innovations pédagogiques, de partenariat, de gouvernance, de conduite de projet. Le foisonnement des initiatives le montre.

Les compétences régionales étaient déjà constituées, le passage aux responsabilités élargies des universités entamé lorsque le processus d'universitarisation a été amorcé à la fin des années 2000 mais ce n'est que quelques années plus tard que celui-ci a pris tout son sens. C'est aujourd'hui qu'il commence à s'exprimer pleinement. Cela a évidemment un certain nombre de conséquences en termes de conduite de projet. En doctrine, il est question d'équité et de justice, d'égalité et de diversité, de règlement et de régulation, de verticalité et d'initiatives des acteurs. Ces questions ont été très présentes dans le dialogue avec les parties prenantes.

Il faut préciser enfin que l'intégration à l'Université des formations paramédicales est un mouvement qui concerne l'ensemble de l'Université et pas seulement les composantes-santé. Celles-ci ont un rôle

important, de plus en plus moteur, mais en termes de champs de formation et de recherche, en termes de gouvernance et de partenariat, en termes de financement, l'intégration des formations paramédicales implique nécessairement toute l'Université.

3. La préservation du caractère professionnalisant des formations

C'est un argument souvent entendu à rebours des discours favorables à « l'universitarisation » : la dimension professionnelle ne saurait être « sacrifiée » sous couvert d'universitarisation. Cela vaut pour le passé et la critique parfois faite à l'évolution de la formation infirmière, depuis sa réingénierie, mais cela vaut aussi pour le futur « universitarisé ». En vérité, ce discours est sans doute moins prégnant que par le passé. Il ne recèle pas forcément une connaissance approfondie des rapports de l'Université à la professionnalisation ou des possibilités de l'alternance mais plutôt une impression d'ensemble et la défense d'un certain modèle de formation.

A cet égard, il faut affirmer très clairement que l'universitarisation ne saurait entamer le caractère professionnel des formations, qu'il faut au contraire progresser en termes d'ingénierie des formations et d'encadrement pédagogique pour consolider les apprentissages en situation, que l'Université doit avoir une place éminente en ces matières, aux côtés notamment des centres hospitaliers et que l'aspiration à plus de transversalité dans les formations est précisément un aspect de la professionnalité, celui de la coordination et du travail en équipe.

Réciproquement, l'intégration de ces formations à l'Université doit être l'occasion pour celle-ci de développer son approche de la professionnalité, de l'articulation avec les enjeux sectoriels et les dynamiques professionnelles, du management du volet pratique de la formation et de la structuration des terrains de stage et de l'encadrement des stagiaires. C'est un domaine clé pour le développement de la formation en alternance.

A terme, la question se posera de l'articulation entre diplômes nationaux universitaires, grades universitaires et diplômes d'Etat. La réforme élaborée à la fin des années 2000 a consisté à superposer diplôme d'Etat et grade universitaire, en l'occurrence en commençant par le grade licence pour ce qui est des soins infirmiers. La réingénierie de la formation et l'effort de consolidation des relations entre instituts de formation et universités ont permis d'accompagner cette évolution et de délivrer effectivement le grade universitaire sous couvert d'un dispositif conventionnel ad hoc. On n'a pas pour autant rapproché à cette occasion les catégories en vigueur : un diplôme d'exercice d'une part délivré dans le ressort et sous la responsabilité du ministère sectoriel (en l'occurrence à travers l'intervention des préfets - DRJSCS), un grade universitaire d'autre part délivré au nom du président de l'Université.

24

Les progrès de l'intégration universitaire, les efforts de consolidation des relations au sein de « départements universitaires » (cf. infra) ou toute autre formule homologue mais aussi l'évolution des référentiels de formation (et en l'espèce leur rapprochement des standards universitaires) amèneront demain à reprendre ces questions.

4. L'ouverture sociale des formations

Il y a plusieurs façons de considérer l'ouverture sociale des formations.

On peut le faire à partir des profils scolaires des étudiants à l'entrée en formation : on distinguera ici les formations recrutant de façon privilégiée des titulaires de bac S (dans les filières masseur-kinésithérapeute ou sage-femme, à hauteur de 95% ; dans une moindre mesure, pour les techniciens de laboratoire, les pédicures-podologues, les psychomotriciens ou les ergothérapeutes, avec des pourcentages de 70 à 87%) et des formations où la répartition des baccalauréats d'origine est beaucoup plus diversifiée : pour les infirmiers en particulier, la série S représentait près de 32% des inscrits en 1ère année en 2015, par rapport à près de 6% pour la série L, plus de 16% pour la ES, près de 7% pour la série STMG et plus de 26% pour la série ST2S.

Autre façon de lire cette diversité : la part des néo-bacheliers, éventuellement avec une année de préparation complémentaire, par rapport à la part des étudiants en reconversion à l'issue d'un parcours d'études ou d'une activité professionnelle : les néo-bacheliers hors année de préparation sont seulement 17,4 % chez les inscrits en première année d'IFSI mais on compte près de 30% d'inscrits en première année ayant déjà eu une activité professionnelle (dont aide-soignant) ou à la recherche d'un emploi. Ces profils sont en proportion marginale dans les filières à première année universitaire (MK et maïeutique notamment), ils sont 8% chez les techniciens de laboratoire par exemple.

Les origines sociales des inscrits sont très disparates selon les filières : 19,7% de parents cadres et profession intellectuelle du supérieur chez les inscrits en première année d'IFSI, 39% pour les sages-femmes, 42% pour les masseurs-kinésithérapeutes, 16% pour les techniciens de laboratoire médical, 41,5 % pour les pédicures podologues ou encore 25% pour les opticiens lunetiers et 46% pour les orthophonistes.

Le coût des formations (coût direct des frais d'études ou coût des préparations et des inscriptions aux concours) est évidemment très discriminant en termes d'ouverture sociale mais le poids des aides (bourses, salaires maintenus pour les personnels en reconversion ou aide pour les chômeurs) est une autre variable clé, qui pondère certaines difficultés : pour les formations d'infirmiers(ères), les coûts seront concentrés sur les préparations, l'inscription au concours et un certain nombre de dépenses inhérentes aux périodes de stage, un tiers des étudiants ne bénéficiant d'aucune aide financière ; pour les étudiant(e)s sages-femmes, les frais sont circonscrits mais ce sont près des deux tiers des étudiants qui ne bénéficient d'aucune aide ; pour les masseurs kinésithérapeutes, les frais peuvent être très élevés en termes de coûts de formation or ce sont près de 68% des étudiants qui ne bénéficient d'aucune aide.

Le souci de préserver l'ouverture sociale des formations devra donc s'exprimer sur plusieurs tableaux : celui des coûts de formation (directs ou indirects), celui des aides (aides sociales, aides liées à la reconversion professionnelle ou aide destinée à renforcer l'attractivité de tel ou tel territoire ou filière) mais aussi celui des modalités d'insertion dans les formations (concours ou pas, avec ou sans préparation, jusqu'à présent formations présentes sur APB ou pas) et celui de la durée des formations (la durée d'étude pouvant être un discriminant social important).

5. La présence territoriale des formations

Les instituts de formation paramédicaux et les universités n'ont pas la même implantation territoriale, la même maille ; cela concerne en particulier les instituts de formation en soins infirmiers

25

(au nombre de 327 selon les derniers décomptes de la DREES, 2015) ; les autres entités de formation sont beaucoup moins nombreuses, la plupart du temps présentes dans les métropoles régionales sièges d'universités mais parfois aussi dans des villes moyennes ou petites, disposant ou non d'antennes universitaires, avec ou sans présence d'autres populations étudiantes.

L'ancrage territorial des formations est un gage important en termes de présence future sur le territoire des professionnels de santé (nonobstant la mobilité étudiante) mais aussi en termes de fonctionnement présent des structures (hôpitaux ou EHPAD en particulier). Il permet aussi de prendre en compte la diversité des métiers, des structures et des modes d'exercice, etc. à condition de valoriser cette diversité en termes de repérage des terrains de stage, d'affectation des étudiants, d'encadrement, de conditions matérielles...

Cette présence sur le territoire doit être préservée et la crainte d'une restructuration drastique sous couvert d'universitarisation apparaît infondée. Pour autant, pour des raisons de masse critique, de coûts ou de qualité des formations, le tissu d'établissements ne saurait rester figé ; il faut en particulier consolider la mise en réseau des structures de formation, notamment pour accéder dès à présent à certains outils d'ingénierie pédagogique mais aussi pour bénéficier demain du concours d'enseignants chercheurs et participer à des projets de recherche. Cela concerne, sous des formes diversifiées, le réseau des IFSI qui doit continuer de se structurer en lien avec l'Université ; cela concerne aussi le tissu relativement dense d'écoles de spécialités infirmières ou de cadres ou encore les écoles de maïeutique.

La question est posée du rôle des organisations intermédiaires du type groupement de coopération sanitaire (GCS) ou groupement hospitalier de territoire (dont une des missions aux termes de la Loi de modernisation de notre système de santé de 2016 consiste à organiser le tissu des organismes de formation initiale et continue¹⁰).

De longue date, les GCS ont permis de travailler à la conciliation de deux objectifs antagonistes : la présence territoriale de grande proximité des IFSI d'une part, la nécessaire mutualisation d'un certain nombre de moyens et de fonctions d'autre part. Les GCS, combinés à des efforts de structuration universitaire (de type département universitaire de soins infirmiers ou de réadaptation¹¹), ont permis de fait une consolidation du tissu d'établissements et une montée en compétences, en termes de moyens d'enseignement ou de dispositifs d'évaluation par exemple (efforts d'homogénéisation des pratiques en matière d'évaluation...).

Le rôle nouveau des GHT peut très bien recouvrir l'organisation existante de type GCS lorsque le périmètre couvert est le même, un des aspects essentiels étant la pérennité des partenariats universitaires constitués. Lorsque le périmètre du GHT regroupe des filières de formation dont les relations avec l'Université sont différentes (des formations de niveau 1 ou 2 et des formations de niveau 4 ou 5 par exemple) ou des établissements dont les partenariats universitaires de travail sont distincts, la plus grande

circonspection est de mise quant au développement de la mission formation des GHT concernés.

Le rapport IGAS-IGAENR invitait d'ailleurs à une approche raisonnée en matière d'organisation territoriale : « *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 sanitaire (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.* » GCS étendus ou GHT : il importe en tout état de cause de travailler l'articulation avec l'Université de ces regroupements.

10 Précisément « 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 groupement » (Article L.6132-3 I-4° du CSP).

11 Cf. en annexe 4 les structures existantes et les projets.

26

6. Le respect global de la contrainte budgétaire

L'« universitarisation » ne saurait se traduire par une dérive des coûts de formation, d'une part compte tenu de la contrainte qui s'attache globalement à la soutenabilité de la dépense publique, d'autre part et surtout parce qu'à partir du moment où les durées de formation ne dérivent pas, il n'y a pas de raisons de voir les budgets augmenter, si ce n'est pour couvrir des besoins nouveaux, en particulier en ce qui concerne le développement de nouveaux champs de recherche. Derrière ce respect global de la contrainte budgétaire, il y a lieu de considérer un certain nombre de sujets d'intérêt. La transversalité dans les formations est un gage important en termes de connaissance des professions entre elles ; c'est aussi un gage de plus grande efficacité ; a contrario les moyens en termes d'ingénierie et d'encadrement pédagogique méritent d'être renforcés dans certains secteurs de l'offre de formation, théorique ou pratique.

Compte tenu des frais d'inscription dans certaines filières, en particulier dans le champ de la réadaptation, on ne saurait regarder la contrainte budgétaire publique sans considérer la soutenabilité des dépenses et les effets induits pour les étudiants. De la même façon, l'organisation des formations ou celle des concours ne sont pas sans incidence sur les dépenses des étudiants. Autrement dit, sous couvert de respect global de la contrainte budgétaire, l'« universitarisation » doit avoir un certain nombre de traductions concrètes en termes de performance et de soutenabilité des frais d'études pour les étudiants et c'est aussi cela le travail de la régulation publique, au plan national comme au niveau local.

III. Quels sont les moteurs pour la conduite de projet?

1. Les autres réformes à l'œuvre dans l'Enseignement supérieur

L'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique est avant tout un effort pour rapprocher les usages sur les plans de la formation et de la recherche et pour « normaliser » la situation des étudiants. Les formations paramédicales et de maïeutique doivent donc être pleinement parties prenantes des réformes en cours dans l'ensemble de l'Enseignement supérieur pour ne pas recréer de

distorsions au moment où l'on entend intégrer pleinement ces formations.

Les évolutions à l'œuvre sont nombreuses.

Il y a tout d'abord la réforme de l'accès aux études, qui comprend un certain nombre de volets relatifs à l'orientation, au recueil des souhaits des lycéens, aux modalités d'accès aux études, à l'accompagnement des étudiants, aux conditions de formation...

La diversité des métiers de santé, la méconnaissance qu'en ont les lycéens et leurs familles justifient qu'un effort particulier soit fait pour renforcer la visibilité des métiers et éclairer les choix des lycéens.

La pleine insertion au sein de l'Enseignement supérieur suppose que l'ensemble des formations partagent à terme les mêmes outils (dont Parcoursup). Le travail sur l'articulation entre le lycée et l'enseignement supérieur suppose en particulier de revoir les conditions concrètes d'accès (notamment certains concours) pour garantir la maîtrise des acquis, s'assurer de la justesse de l'orientation et du choix de filière, tout en préservant l'ouverture sociale de ces études (en particulier pour ce qui concerne les soins infirmiers).

Autre réforme en cours qu'il convient d'articuler avec le processus d'intégration universitaire et avec l'évolution des référentiels de formation (cf. infra les développements sur la réingénierie) : la mise en

27

place du service sanitaire¹². Cette réforme qui rassemble dans un même projet l'ensemble des étudiants en santé participe du souci de renforcer la transversalité entre les formations ; elle le fait en prenant en considération la dimension populationnelle et territoriale de la formation ; elle est en outre susceptible de participer au décloisonnement des organisations pour bâtir des initiatives communes en matière de prévention et de promotion de la santé ; elle amène enfin à considérer les conditions matérielles de la formation « hors les murs » (de l'Université ou de l'institut de formation) et les nécessaires partenariats afférents.

La dimension professionnelle des formations et le souhait de consolider celle-ci dans un environnement universitarisé, mais aussi la diversité-même de l'organisation des formations, en particulier la mobilisation au sein d'une même filière de formations au sein des Instituts universitaires de technologie (IUT) ou des sections de technicien supérieur (STS) et au sein d'instituts de formation paramédicale, justifient que les formations paramédicales soient au cœur des réflexions en cours sur les filières professionnelles, aussi bien au niveau du lycée qu'au sein de l'enseignement supérieur (réforme des études au sein des IUT par exemple). Une des caractéristiques de ces formations paramédicales (même si certaines situations peuvent être plus compliquées) est l'employabilité et la qualité de l'insertion professionnelle. C'est évidemment un atout à préserver¹³.

2. La meilleure prise en compte de la dimension territoriale des politiques de santé

La Stratégie nationale de santé a mis en avant quatre priorités : la prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, la nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins, l'innovation.

L'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique est un atout important dans la perspective de cette transformation.

Le propre de l'évolution des sciences et des techniques, la logique d'affirmation des professions poussent à une division du travail toujours plus fine. Ce processus oblige à travailler les interactions, à tisser du réseau, à façonner les coopérations. Par rapport à des modèles de formation en tuyaux d'orgue, l'Université permet de promouvoir le croisement des savoirs, en lien avec les interactions pratiques en stage. C'est pour l'essentiel au sein de l'Université que doivent se déployer les formations au-delà du niveau licence. C'est donc au sein de l'Université que l'on doit développer les formations aux métiers intermédiaires dont le système de santé a besoin.

L'Université a la masse critique pour organiser avec ses partenaires un certain nombre d'innovations, en matière d'ingénierie pédagogique (dans le domaine de la simulation par exemple). Elle a donc un rôle fédérateur pour des instituts de formation parfois dispersés. Le monde universitaire a également constitué à une échelle large des outils dans le domaine du numérique (cf. infra l'expérience UNESS).

12 Objet d'une mission pilotée par le Professeur Loïc Vaillant. <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/bientot-un-service-sanitaire-pour-les-etudiants-en-sante>

13 La situation peut se dégrader dans certaines filières en cas de défaut de régulation quantitative : c'est le cas en particulier dans la filière des opticiens-lunetiers ; la très forte croissance du nombre de points de vente dans les années 2000, couplée à la valorisation de ces formations en termes de coûts des études dans certaines écoles, avait conduit à démultiplier le nombre de sortants de formation, situation qui n'a pas manqué de générer des problèmes d'insertion professionnelle, d'autant plus dommageables que les études étaient parfois coûteuses. On peut aussi évoquer la situation des techniciens de laboratoire d'analyse médicale dans un contexte de profonde mutation de l'organisation économique du secteur. L'évolution de l'officine pharmaceutique amène elle aussi à s'interroger sur les conditions de formation des préparateurs en pharmacie.

28

L'Université est le lieu où se fait la Recherche et la constitution de nouveaux champs de recherche paramédicale suppose l'intrication des formations avec l'Université.

En même temps, on l'a dit, les partenaires de la régulation des formations sont attachés à l'ancrage territorial de celles-ci, à la ressource que constitue la proximité en termes d'attractivité des formations. Dans un contexte sanitaire de plus en plus marqué par les questions de présence des professionnels de santé sur le territoire, il importe de renforcer les capacités de régulation collective. Cela concerne les travaux de prospective des métiers et des qualifications, l'analyse des flux d'étudiants et de professionnels, la constitution des nouveaux métiers et des nouvelles compétences, leur affectation concrète sur le territoire et les conditions de celle-ci (en considérant au plus près les moteurs et les freins de cette implantation)... Sur tous ces sujets, la pleine collaboration des responsables universitaires, des élus et des responsables du champ sanitaire auprès des opérateurs de formation, des étudiants et des professionnels de terrain est un atout essentiel. L'universitarisation permet de boucler la boucle en quelque sorte en consolidant le triangle territoire- métiers-formation.

3. Le potentiel du numérique en matière d'apprentissage

La problématique du numérique en santé est générale, évolutive et doit être intégrée dans tous les champs de la formation, des compétences et de l'exercice des métiers de la santé.

Le champ des possibles est très large en matière de formation :

- les formations présentielle et à distance ;
- l'évolution des méthodes d'évaluation et de docimologie en santé en généralisant la création d'e.portfolios tout au long de la carrière, études comprises ;
- les pédagogies numériques actualisées et adaptées aux meilleures technologies pédagogiques ;
- les innovations numériques et en simulation, permettant de modéliser les situations de soin dans les conditions les plus proches possibles de la réalité mais en totale sécurité, et qui renouvellent largement les approches de compagnonnage (mannequins de simulation, apprentissage numérisé de gestes techniques, jeux de rôles, jeux sérieux, etc.) ;
- le télé-tutorat inter-étudiants en s'appuyant sur les meilleures pratiques éprouvées dans les universités ;
- l'émergence d'un corps professoral ad hoc reconnu pour ses qualités et son investissement en pédagogie et sa recherche en pédagogie numérique ;
- le développement de nouveaux métiers intermédiaires et transversaux en santé grâce au numérique autour de la prévention, de l'innovation en robotique, en domotique, en simulation, en jeux sérieux, etc.

SimUSanté 14

Ouvert en Janvier 2016, cet espace de 4000 m², comprend 51 salles de simulation, permettant de reproduire l'ensemble des situations de soins depuis le domicile jusqu'au plateau technique hospitalier. Un dispositif performant audiovisuel de recueil de signal (images, sons, signaux des mannequins) permet les débriefings et analyse a posteriori des séances de formation. L'année universitaire 2016-2017, première année de plein exercice, a vu 5304 passages d'étudiants médicaux et non-médicaux (3193 étudiants des instituts, 2111 étudiants UFR Santé). La contribution à l'universitarisation repose sur : - la contextualisation des situations d'apprentissage apportant une maîtrise plus éthique des conditions

14 Porté par la CHU d'Amiens Picardie en partenariat avec l'Université Picardie Jules Verne (UPJV), le GCS IFSI Picardie et l'Institut Faire Faces, SimUSanté a été labellisé IDEFI (Initiative d'excellence en formation innovante) en 2012 par l'ANR.

29

d'apprentissage pour le patient et l'étudiant ; - la mise en œuvre lors des séances de simulation de débriefings supports de réflexion et d'analyse de la pratique professionnelle ; - le décloisonnement des filières par la mise en œuvre de séquences pluri-professionnelles représentatives de l'exercice professionnel ; - la mise en œuvre de situations ou UE optionnelles de formation entre pairs : des étudiants de différentes filières se forment ensemble au travers de connaissances et compétences acquises par chacun (étudiants IFSI, manipulateurs, étudiants en médecine) ; - l'accès facilité pour l'ensemble des enseignants et formateurs ; - la mise en œuvre d'une plateforme d'enseignement ouverte à l'ensemble des étudiants des membres du

consortium.

Dans le champ des formations paramédicales, pour des raisons à la fois de compétences et de niveau d'investissement, l'appui sur les structures de développement numérique et d'innovation pédagogique de l'Université est à la fois logique et indispensable. De longue date d'ailleurs, la contribution de l'Université à l'enseignement paramédical utilise les supports numériques, sous des formes plus ou moins abouties. Un des enjeux de la coopération entre les partenaires est clairement, d'une part, l'actualisation des outils pédagogiques de première génération, d'autre part, la mobilisation au service des formations paramédicales des technologies nouvelles susceptibles de rendre compte d'un certain nombre d'objectifs et d'enjeux de l'évolution de ces formations : l'articulation des savoirs académiques et pratiques, les possibilités de mobiliser la recherche au service des pratiques et de la formation, la transversalité et le travail en équipe, la consolidation des pratiques docimologiques, l'idée de formation tout au long de la vie (et l'intérêt d'un portefeuille de compétences), mais aussi le souci d'efficience pour des formations disséminées sur le territoire.

La dynamique collective de l'UNESS.fr 15

au service des formations paramédicales et de maïeutique Il existe de nombreux points favorables à l'ouverture de l'espace UNESS à l'ensemble des formations paramédicales et de maïeutique : - Le rapprochement de toutes les formations de santé autour d'un outil pédagogique partagé tout en respectant leurs spécificités est cohérent avec une vision moderne du soin, basée sur le travail en équipe et l'interdisciplinarité ; - Les contenus de formation sont facilement partagés, mutualisés et harmonisés entre toutes les filières. L'interaction autour des contenus est une valeur ajoutée et un élément structurant pour les futurs professionnels de santé ; - L'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique prend une forme concrète à travers le partage d'un même espace numérique de formation. L'intégration de ces filières dans l'université doit passer par la création d'une véritable identité afin de se créer une place dans ce nouvel espace. Le numérique permet à la fois de définir une reconnaissance identitaire à chaque formation tout en développant les échanges avec les autres. Cela a été démontré avec la solution SIDES en médecine ; - La performance économique de la prestation ; - L'UNESS est organisée en composantes. Il existe quatre composantes aujourd'hui (Médecine, Pharmacie, Odontologie et STAPS). Il est assez simple de mettre en place de nouvelles composantes : une composante de maïeutique, une composante de soins infirmiers, une composante de kinésithérapie.... Cela donne d'emblée une place équivalente à chacune de ces filières ; - L'UNESS, déjà bien positionnée, serait renforcée par l'inclusion de tous ces étudiants. Son rôle d'opérateur national serait consolidé, ainsi que son financement, afin d'offrir des services toujours plus performants.

15 Contribution d'Olivier Palombi, vice-doyen de la faculté de médecine de Grenoble, directeur du Comité de pilotage de l'UNESS. L'Université Numérique en Santé et Sport (UNESS.fr) est un GIP porté par 36 universités françaises et par la Conférence des présidents d'Université (CPU). Toutes les universités françaises qui proposent une formation en Santé et/ou STAPS sont impliquées. L'UNESS joue le rôle d'opérateur national numérique en offrant un environnement de formation en ligne à tous les étudiants en formation initiale de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de STAPS (potentiel de 243.000 milles étudiants). A titre d'exemple la plateforme d'évaluation SIDES, portée par l'UNESS, permet depuis 2013 à toutes les facultés de médecine (80.000 étudiants) de réaliser leurs examens sur tablettes. Aujourd'hui l'UNESS est financée par les universités membres. De par son statut de GIP, l'UNESS ne peut fournir des services qu'à ses membres. L'adhésion au GIP (cotisation annuelle) est de 9€ par étudiant et par an.

Pour aller plus loin... EPIONE EPIONE,

futur campus Santé numérique, constituera un Environnement Partagé, Innovant, Ouvert, Numérique et Evolutif. Il répond à la volonté de réussir la transformation numérique, mais aussi le décloisonnement entre filières et la promotion d'un continuum des formations et diplômes. EPIONE a été labellisé par l'ANR en 2017, dans le cadre de l'appel à projets Nouveaux Coursus Universitaires. Initié par l'équipe de SimUSanté, il est porté par l'Université Picardie Jules Verne en partenariat avec le CHU d'Amiens Picardie. De nombreux acteurs ont apporté leur soutien : le rectorat, les associations étudiantes... EPIONE est construit autour de trois objectifs : - Dynamiser la transformation des apprentissages par les outils numériques et proposer des méthodes participatives, personnalisées et transversales (autoformation, simulation, pédagogie inversée, intergénérationnelle...); - Favoriser le décloisonnement pour l'ensemble des publics, par la mutualisation pour les étudiants du champ santé, mais aussi l'ouverture aux autres champs disciplinaires, en facilitant le continuum avec l'enseignement secondaire, en développant la formation tout au long de la vie et la formation citoyenne ; - Identifier l'émergence de nouveaux cursus issus de compétences récentes liées à l'évolution des besoins en santé et à la structuration des coopérations interprofessionnelles.

4. Le parti pris de la simplification

On a évoqué supra la question de la superposition diplôme d'Etat / grade universitaire. Cette question est assez exemplaire des changements qui peuvent et doivent être opérés.

Cette dissociation conduit aujourd'hui à une délivrance des titres en deux phases, avec parfois des délais importants, qui ne vont pas sans poser de problèmes, pour le démarrage de l'exercice professionnel par exemple.

Dans leur rapport, l'IGAS et l'IGAENR assumait le parti pris de la simplification au service de l'étudiant. « 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. »

Plutôt que de faire subir aux étudiants les complications issues de la dissociation diplôme d'Etat – diplôme national de l'enseignement supérieur et la complexité de l'organisation administrative de la puissance publique, la mission IGAS-IGAENR proposait donc de considérer l'importance qui s'attache à l'appartenance à un même système d'information (universitaire en l'occurrence) et faisait valoir les précédents qui avaient conduit à traiter comme diplômes nationaux de l'enseignement supérieur les diplômes d'Etat des formations médicales (dont la maïeutique) et des formations paramédicales dispensées à l'Université (audioprothèse), ainsi que des certificats de capacité d'exercice (pour l'orthophonie ou l'orthoptie) permettant leur délivrance par le président d'université.

Cette approche pragmatique mérite d'être explorée plus avant en tant qu'elle apparaît assez exemplaire :

elle matérialise doublement l'appartenance à l'Université (par l'insertion dans une base de données commune et la délivrance de titres de diplomation) ; elle résout un problème matériel posé aux étudiants sans considérer en première intention, comme trop souvent, l'organisation administrative existante ou les contraintes juridiques d'adaptation des textes et sans surévaluer la justification de l'intervention du préfet (DRJSCS) dans ce process.

Propositions pour la suite de la mission de concertation

Dans ce qui suit, nous voudrions proposer aux ministres de conduire le processus d'intégration des formations paramédicales au sein de l'Université autour de trois axes de travail : l'organisation de la formation et de la recherche, le parcours étudiant et les enjeux de gouvernance.

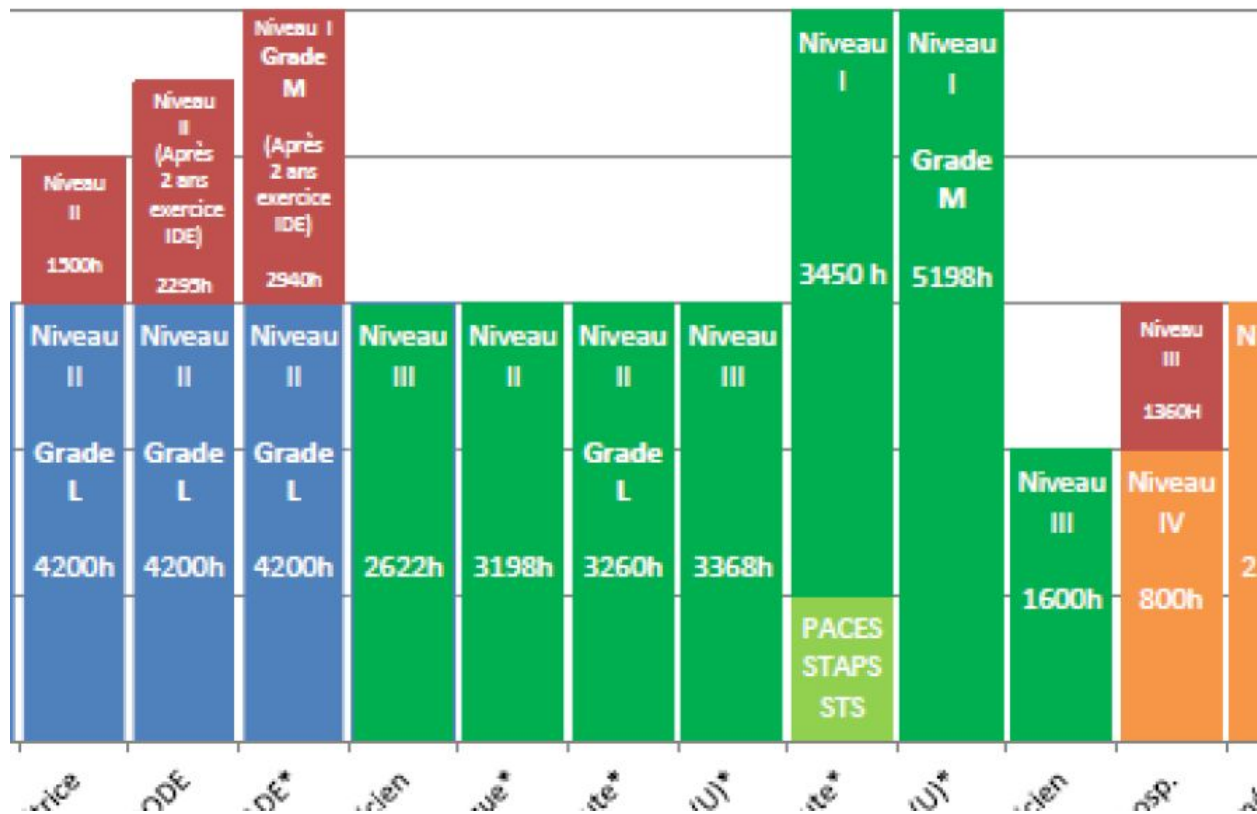
I. Universitarisation et montée en compétences raisonnée

1. Reprendre la question de la réingénierie

La plupart des interlocuteurs de la mission ont fait part de leur volonté de voir achever les travaux de réingénierie les concernant¹⁶. Cette revendication ne mobilise pas les parties prenantes pour lesquelles les travaux ont été conduits de longue date (comme en ce qui concerne les soins infirmiers) ou sont en train d'être mis en œuvre (pour les masseurs kinésithérapeutes par exemple), même si certaines professions pour lesquelles le travail de réingénierie est relativement proche peuvent réclamer un travail d'actualisation (comme dans le cas des ergothérapeutes).

Revendiquer l'actualisation des référentiels métiers-compétences et formation est légitime en soi, compte tenu de l'intérêt qui s'attache au fait de raisonner métiers et compétences et d'en inférer un besoin en termes de contenus de formation.

Document DGOS



16 Seuls sont en cours les travaux concernant deux spécialités infirmières : les infirmiers(ères) de bloc opératoire et les infirmiers(ères) puériculteurs(rices).

32

Cette revendication est aussi légitime compte tenu de l'importance d'une révision régulière de ces référentiels, en particulier dans un champ où les innovations technologiques, économiques et organisationnelles sont nombreuses et prégnantes.

Elle l'est enfin dans le contexte de l'universitarisation même si, comme nous l'avons indiqué d'emblée, le process de réingénierie ne saurait résumer les enjeux de l'universitarisation. Il est particulièrement important, au moment de se rapprocher de l'Université, de consolider l'approche métier et la définition des besoins de formation.

Travaux conduits dans le cadre de la mission sur les référentiels de formation

La mission a conduit, à la faveur de deux réunions ad hoc avec des concepteurs et des utilisateurs des référentiels de formation, une approche par les usages de ces référentiels, de façon à apprécier la flexibilité ou, au contraire, la rigidité de ces outils (en termes de définition des unités d'enseignement, de séquençage dans le temps de la formation, de prescriptions liées à l'évaluation des unités d'enseignement, etc.) et à évaluer le potentiel de mutualisation entre formations au sein d'une

même filière, entre formations paramédicales ou avec les formations médicales ou celles hors du champ santé (sciences humaines et sociales – SHS – notamment). Il ressort de cette rapide analyse que le potentiel de mutualisation est important, évidemment différent selon le moment de la formation, différent aussi selon le contexte universitaire de rattachement : selon les sites, les collaborations se feront plus volontiers entre formations paramédicales, avec les SHS ou avec les formations médicales, d'où l'importance de faire en sorte que les universités et leurs partenaires puissent exploiter leur potentiel de mutualisation, sans être entravés par des prescriptions a priori et trop rigides. Il ressort aussi de l'analyse qu'il y a, à travers les ressources numériques, un potentiel de mutualisation démultiplié dans certains champs de la formation, présents dans la plupart des maquettes (que l'on pense par exemple à la santé publique ou à l'économie de la santé). Dans les premiers temps de mobilisation des ressources universitaires au service des formations paramédicales, les universités ont souvent déployé des dispositifs vidéo (de type DVD) pour faire face à la double contrainte de la dissémination des établissements et de la rareté des ressources enseignantes disponibles. Une nouvelle génération d'outils permet aujourd'hui de concevoir différemment l'articulation entre cours (en présentiel ou à distance) et ressources pédagogiques, susceptibles d'être constituées à une échelle nationale ou régionale selon les cas. Cette conception modulaire, cette approche « par briques d'enseignement » invite évidemment à concevoir la fabrique des référentiels de formation de façon à rendre possible cette conception large de la transversalité. Ce travail a enfin été l'occasion d'étudier la situation particulière d'un certain nombre de formations des filières médico- techniques ou de l'appareillage, dont les interlocuteurs ont été par ailleurs reçus nombreux par la mission. Compte tenu de l'interruption des travaux de réingénierie, les référentiels de formation sont parfois très anciens (que l'on pense par exemple aux ortho-prothésistes et podo-orthésistes ou aux opticiens lunetiers) ; autre problème souvent rencontré : la superposition de formations en institut de formation et au sein de sections de techniciens supérieurs des lycées ou encore en IUT, produit des effets de brouillage en termes de dénombrement statistique mais aussi en termes de diplomation (diplôme d'Etat en trois ans au sein d'institut et BTS en deux ans, comme pour les techniciens de laboratoire d'analyse médicale ou BTS sanctionné par un diplôme d'Etat en deux ans pour les opticiens lunetiers, avec une poursuite d'étude en licence professionnelle bien souvent, voire à travers des « bachelors ») et de régulation des effectifs professionnels. Dans le cas de ces filières, la reprise de travaux de réingénierie apparaît donc d'autant plus légitime qu'elle permettrait, outre la nécessaire actualisation des maquettes compte tenu de l'évolution de l'environnement économique (que l'on pense à l'organisation de la biologie médicale ou au secteur de l'optique notamment), une clarification des cibles en termes de durée d'études et une revue de l'organisation des formations entre les formations relevant de l'Education nationale, celles délivrées dans des instituts séparés de l'Université et celles délivrées au sein de l'Université. On évoquera aussi les cas de la formation de diététicien (en deux ans, en STS ou en IUT) et de la formation de préparateur en pharmacie d'officine (deux ans en CFA), qui pourraient opportunément bénéficier d'un prolongement universitaire, au moins pour une partie des étudiants et dans le cadre de partenariats à bâtir avec les composantes universitaires concernées.

S'agissant de ce processus de réingénierie, un certain nombre d'inflexions semblent dès lors nécessaires :

- En termes de conception : les travaux de réingénierie ont été conduits jusque-là dans un registre d'affirmation des filières professionnelles ; ce mouvement est légitime mais il ne saurait être poursuivi en méconnaissant l'intérêt qui s'attache à la coopération entre les professions ; il est donc essentiel de tenir d'emblée les deux objectifs : la spécificité d'une profession et l'affirmation des interdépendances ; il convient donc de raisonner à une échelle plus large que profession par profession ;

33

- En termes de livrables : les référentiels métiers et compétences expriment le besoin, en l'occurrence le besoin du côté du système de santé ; ils rendent compte de la demande adressée au système de formation ; le référentiel formation devrait quant à lui donner le cadre dans lequel construire la réponse en termes d'offre de formation ; dans un contexte de consolidation du rôle de l'Université, il apparaît légitime de rapprocher la façon dont peut être conçue l'offre de formation au sein des instituts de formation

paramédicaux et à l'Université : le référentiel doit expliciter les exigences de la formation mais permettre l'expression d'une offre diversifiée, compte tenu des meilleures ressources mobilisables ; il doit notamment permettre d'exploiter au mieux les possibilités de transversalité entre formations ;

- En termes d'organisation : il est essentiel que les deux versants – l'offre et la demande de formation – soient bien pris en compte dans le process de fabrique des référentiels ; la partie universitaire doit en particulier désormais être représentée à sa juste place ;

- En termes de durée-cible des études : la conduite en « tuyaux d'orgue » des travaux de réingénierie a, de façon logique, produit une forme d'émulation entre professions sur le critère de la durée de formation et du diplôme ou du grade sanctionnant la formation. A tel point que les travaux de réingénierie ont pu être assimilés à des process dont la destination naturelle était l'augmentation de la durée des études.

Une telle interprétation n'apparaît pas pertinente pour plusieurs raisons : sous réserve d'inventaire, il n'y a pas de raisons qu'un processus bien conduit sur les métiers et les compétences débouche automatiquement sur un besoin de formation plus important en volume (la revue des référentiels de formation devrait d'ailleurs être l'occasion d'évaluer les volumes horaires, parfois hors-normes, et les effets de saturation des agendas étudiants) ; par ailleurs, un niveau de diplomation doit avant tout référer à un niveau de responsabilité ; le niveau licence apparaît approprié dans bien des cas ; enfin, la reconnaissance de la capacité d'exercer un métier à tel niveau ne borne pas forcément les études à ce niveau : il y a place pour des processus de spécialisation, des pratiques avancées mais aussi pour des poursuites d'études non sanctionnées en termes de diplôme d'exercice.

Le travail sur les référentiels de formation est un jalon important ; il doit être complété par un travail systématique quant aux exigences de la formation universitaire au niveau de la licence et du master (telles que décrites notamment par le Cadre national de formation¹⁷) permettant de proposer, en tant que de besoin, aux étudiants des formations paramédicales des compléments de formation adaptés à la poursuite d'études ; au-delà de ce travail sur les éléments de formation prévus dans les maquettes paramédicales, il importe d'identifier les destinations de niveau master qui paraissent adaptées ; contrairement à une vision en silo professionnel, il ne saurait être question de considérer l'offre de master dans les termes de la division du travail professionnel : les carrières en master et en doctorat des étudiants issus des filières paramédicales et de maïeutique doivent pour l'essentiel s'inscrire dans l'offre existante en termes de domaines et de mentions, à charge pour les étudiants de bâtir des parcours diplômants qui valorisent au mieux leurs trajectoires.

Proposition n°1 : reprendre le processus de réingénierie pour l'ensemble des métiers et par grande filière, qu'il s'agisse d'une première réingénierie ou de la reprise d'un processus déjà conduit, de façon à

- Actualiser les référentiels métiers et compétences en tant que de besoin ;

- Disposer de référentiels de formation adaptés, susceptibles de rendre compte de la nouvelle

¹⁷ Arrêté du 22 janvier 2014 fixant le cadre national des formations conduisant à la délivrance des diplômes nationaux de licence, de licence professionnelle et de master

organisation des formations en lien avec l'Université et des préoccupations de transversalité des enseignements.

Sous réserve d'inventaire, ce travail n'a pas vocation à déboucher sur une augmentation des durées d'études.

Le travail sur les référentiels de formation doit permettre de consolider l'articulation entre les cursus de formation paramédicaux et les cursus universitaires de façon à faciliter une meilleure reconnaissance des parcours et les poursuites d'études au niveau master ou au niveau doctorat.

Ces travaux pourraient être conduits sous l'égide d'une commission des études homologue de la CNEMMOP pour les études paramédicales¹⁸.

L'expérience d'Amiens L'universitarisation à Amiens bénéficie d'une antériorité significative. En effet, des expérimentations avaient été mises en œuvre dès 2003. Une licence était accessible à trois professions paramédicales (MK, Techniciens de Laboratoire Médical et Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale) qui, moyennant une double inscription, obtenaient en même temps que le Diplôme d'Etat une Licence en biologie Humaine et Technologie de la santé. Les MK très vite ont construit un parcours particulier : ils obtenaient une Licence après 3 ans de formation (PACES ou STAPS+2), leur 3ème année de MK leur donnait le M1 et ils pouvaient obtenir le master 2 Ingénierie de la rééducation du handicap et de la performance motrice. L'IFCS ayant aussi une convention avec l'université pour la délivrance de façon simultanée du diplôme cadre du M1 accompagné de 28 ECTS de M2 (Gestion et organisation des établissements sanitaires et sociaux) Toutes ces activités conduites avec l'université ont bien évidemment amené une proximité, des habitudes de travail collaboratif et une connaissance réciproque.

2. Intégrer pleinement à l'Université les formations au-delà de la licence

Un certain nombre de formations ont été reconnues au grade master à l'issue du processus de réingénierie : cela concerne les orthophonistes, les sages-femmes, les infirmiers(ères) anesthésistes ; la formation de masseur-kinésithérapeute a quant à elle été portée à un niveau bac + 5 années, sans bénéficier pour autant du grade master.

Cette situation concerne des formations intégrées à l'Université (comme l'orthophonie) ou à la périphérie de celle-ci ou des formations en institut.

Cette situation est regardée avec intérêt par d'autres professions (de la réadaptation notamment). Les différentes spécialités infirmières aspirent quant à elles à une reconnaissance au niveau master.

Plutôt que de traiter une par une ces situations, il nous semble préférable d'énoncer un principe simple : l'intégration à l'Université ou, à tout le moins, un rapprochement très substantiel avec l'Université doit désormais être la règle pour les formations au-delà du niveau licence.

Les spécialités infirmières et les formations de cadres

La réingénierie est en cours pour les spécialités IBODE et infirmier(ère)s puériculteur(trice)s. Il importe que ces travaux de réingénierie prennent bien en compte l'objectif et le contexte d'intégration universitaire, en particulier pour ce qui est de la consistance des partenariats établis avec les universités. Au-delà, c'est la question du modèle de formation en école professionnelle, avec accès par voie de concours et condition d'exercice préalable (disparate selon les filières) qui mérite d'être évaluée dans le contexte de l'intégration universitaire.

18 La Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie a été créée par le décret 2015-813 du 3 juillet 2015 (https://www.legifrance.gouv.fr/fo_pdf.do?id=JORFTEXT000030838301)

35

Effectifs Filière Nombre d'écoles en en formation en 2015 (source DGOS)

2015 (source DREES)

Effectif moyen par école

Infirmiers anesthésistes IADE 28 1289 46

Infirmiers de bloc opératoire IBODE 23 547 24

Puéricultrices 34 1595 47

Cadres de santé 41 1489 36

Ces formations à petits effectifs font aujourd'hui l'objet de nombreux projets de site, entre les partenaires universitaires, hospitaliers et régionaux. De tels projets destinés à consolider ces formations dans un cadre universitaire doivent à l'évidence être encouragés (cf.infra). Au-delà de ces initiatives, la question du modèle de formation devra être considérée à court terme, on l'a dit.

En tout état de cause, il nous semble nécessaire de prévoir sans attendre des travaux spécifiques en ce qui concerne les cadres de santé et ce pour toute une série de raisons :

- la réflexion sur les référentiels métier-compétences et formation est ancienne et inachevée ; les acteurs réclament une reprise des travaux et cela paraît légitime ;

- en termes de construction de carrière au-delà des métiers-socles, les possibilités d'accéder à des

fonctions d'encadrement sont évidemment un enjeu majeur ; - il y a lieu de traiter ici de plusieurs métiers, en termes de hiérarchie (encadrement de proximité vs encadrement supérieur, direction de soin) comme en termes de destination (encadrement dans les établissements de santé ou formation) ; le sujet est donc riche et complexe ;

- il est aussi fortement intriqué avec le processus d'intégration universitaire : les cadres de santé ont un rôle majeur dans le management des organisations hospitalières et l'évolution des celles-ci mais aussi dans l'accueil des personnels en formation pratique ; les cadres formateurs jouent évidemment un rôle clé dans le management, le fonctionnement et l'évolution des écoles et instituts de formation ; même s'il n'y a pas lieu, on l'a dit, de nourrir des inquiétudes quant au devenir individuel des personnels en place, ces corps professionnels sont évidemment impactés par les évolutions en cours ou jugées souhaitables quant au recrutement des formateurs, et en particulier la mobilisation d'enseignants chercheurs parmi ceux-ci ;

- l'organisation du tissu d'écoles de cadres mérite d'être revue dans un contexte marqué par la restructuration régionale sur une partie du territoire mais aussi par le renforcement des partenariats entre les CHU et les universités et par la consolidation des compétences régionales en matière de gestion de ces formations : ces écoles n'ont bien souvent pas la masse critique ; elles entretiennent parfois des partenariats disparates et dispersés avec l'Université ; la construction de l'articulation entre expertise professionnelle et savoirs académiques n'apparaît de fait pas optimale dans certains cas ;
- l'intégration pleine et entière de ces formations à l'Université doit aujourd'hui être étudiée de façon approfondie et résolument promue. Cela concerne la délivrance de formations dans un cadre universitaire, tout en conservant ou même en consolidant les expertises professionnelles ; cela concerne la durée des études et la diplomation ; cela concerne la position des professionnels-étudiants pendant le temps de la formation et les possibilités de l'alternance.

Des travaux ont été conduits il y a quelques années sous l'égide du ministère de la Santé¹⁹ ; ils doivent être repris résolument aujourd'hui dans le contexte de l'intégration universitaire et de

¹⁹ On évoquera en particulier la mission conduite par Chantal de Singly en 2009 (<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly>) et les travaux qui ont suivi.

36

l'approfondissement des partenariats régionaux. Les évolutions jugées souhaitables peuvent d'ailleurs être impulsées par des initiatives territoriales pilotes.

Proposition n° 2 : en ce qui concerne les spécialités infirmières et les formations de cadres, il convient d'évaluer globalement le modèle de formation (en école professionnelle, avec des durées d'exercice préalable – disparates – ou pas, avec accès par concours), de stimuler les initiatives territoriales concourant à une pleine intégration universitaire et de conduire de façon prioritaire un travail sur les fonctions d'encadrement et l'organisation des écoles de cadres

La maïeutique

La profession de sage-femme est une profession médicale. La première année de formation est universitaire, à travers la PACES. La délivrance des titres se fait par le président de l'Université, on l'a dit. La mutualisation des éléments de formation avec les autres formations médicales ou pharmaceutiques est largement pratiquée. C'est également dans le champ de la maïeutique que l'on a connu les initiatives d'intégration universitaire pleine et entière les plus précoces et les plus significatives. En termes de finalités de l'intégration universitaire, la question de la place des sages-femmes dans le système de santé est évidemment majeure : que l'on considère les questions de répartition territoriale et de compétences des soignants, les priorités en termes d'organisation des soins (en particulier autour du « virage ambulatoire »), les priorités de santé en matière de périnatalité et de lutte contre les inégalités sociales, la qualité de la prise en charge, etc.

La formation en maïeutique est donc un enjeu clé. En termes de transversalité entre les professions, de

mobilisation des travaux de recherche, dans la pratique des professionnel(le)s ou en matière de formation, cette formation a vocation à être intégrée pleinement à l'Université.

Elle partage aujourd'hui un certain nombre de traits communs avec les formations paramédicales : les régions sont responsables des écoles de sages-femmes (au même titre que pour les instituts paramédicaux) ; l'origine de ces écoles est pour l'essentiel hospitalière et, hormis les cas d'intégration pleine et entière à l'Université, cette caractéristique demeure la norme ; la mobilisation d'enseignants chercheurs dans cette filière demeure discrète, compte tenu notamment de l'absence de cadre de qualification spécifique.

Si on veut progresser dans la voie de l'intégration à l'Université, ces deux dernières questions apparaissent majeures : il faut un dispositif de qualification approprié pour les docteurs issus de la filière (cf. infra) ; il faut aussi travailler les conditions dans lesquelles l'intégration à l'Université peut être conduite sur les plans juridique et financier. Plusieurs modèles existent et ont pu être expérimentés (le modèle de l'Ecole universitaire de maïeutique à Marseille, ou ceux évoqués en encadrés ci-dessous de Versailles Saint-Quentin ou de Lille) ; il n'y a pas lieu de viser un modèle unique mais il est important d'analyser les avantages et les inconvénients des différentes formules. De nombreux projets existent aujourd'hui en la matière ; il est important de les éclairer par un travail d'évaluation collégial.

En revanche, la question de la compétence régionale n'est pas posée de notre point-de-vue. Elle ne fait absolument pas obstacle à une intégration universitaire pleine et entière ; les exemples précités le prouvent ; elle décrit simplement les conditions d'une gouvernance et d'un financement partagés entre l'Université et la collectivité régionale.

Dernière question et non des moindres : quelle structuration à termes pour le réseau des écoles de sages-femmes, au nombre de 35 aujourd'hui (pour 4055 étudiants²⁰) ? Il y a là un sujet qu'il appartient aux acteurs régionaux (Université, région, ARS et CHU) de prendre en charge, pour des questions d'efficience mais aussi pour éclairer la répartition des moyens sur le territoire, en particulier pour ce qui est des enseignants chercheurs. A l'évidence, la montée en charge sur ce plan

20 Chiffre DREES 2015

37

sera lente et les perspectives ne permettent pas s'envisager une présence diffuse dans toutes les écoles (quand bien même elle serait souhaitable).

Proposition n°3 : en ce qui concerne la formation en maïeutique, il convient d'encourager résolument les initiatives de site tendant à une intégration pleine et entière des écoles de sages-femmes au sein de l'Université.

Ces initiatives compléteront l'effort à conduire en termes de qualification universitaire et de recrutement d'enseignants chercheurs.

Département de maïeutique : l'expérience d'UVSQ (Université Versailles Saint-Quentin) L'intégration universitaire sous la forme d'un département dans une UFR Santé a induit plusieurs mutations, pour les enseignants comme pour les étudiants : -

Une amélioration de la vie étudiante, sur le

campus universitaire, - Une implication étudiante dans les réunions pédagogiques avec une collaboration étudiants-enseignants renforcée, - L'enrichissement d'une culture de soins par

une culture de la recherche, - Un élargissement et un renforcement de la collaboration interprofessionnelle au travers de la mutualisation des cours et de la participation des enseignants aux commissions de l'UFR, - Une meilleure lisibilité de la filière

maïeutique au sein des filières Santé, - La participation aux innovations pédagogiques possibles à l'Université (exemple de l'enseignement par simulation haute-fidélité), - Une participation accrue des enseignants

universitaires à la formation, - La reconnaissance du statut d'intervenant

extérieur (vacataire d'enseignement), - Une évolution des compétences du personnel administratif du travail de secrétariat vers une gestion de scolarité, - L'adossement aux services supports de l'UVSQ, spécialisés dans les affaires universitaires, comme la direction des études, de la formation et de l'insertion professionnelle ou la direction des affaires juridiques et institutionnelles.

L'école de maïeutique de Lille : intégration universitaire au sein d'une Université privée conventionnée avec l'Université Lille

II Les bénéfices de cette intégration universitaire sont de plusieurs ordres : - Mutualisation des moyens humains, matériels et financiers o Inscription des étudiants par le service commun des inscriptions

à l'ICL, o Planification des cours mutualisés et gestion des examens s'y rapportant par le secrétariat pédagogique de la Faculté de médecine et de maïeutique (FMM), o Mutualisation des missions d'accueil physique et téléphonique

et de logistique, o Gestion commune des étudiants (rémunération, accidents de

stage...), o Possibilité de remplacement de l'assistante pédagogique dédiée

à la maïeutique par une autre assistante pédagogique, o Mutualisation des moyens financiers pour le développement de la simulation : laboratoire de simulation commun pour l'ensemble des étudiants de la FMM, o Développement des échanges internationaux au sein du

département des Relations Internationales de la FMM, - Appartenance à une même « famille » étudiante o Etudiants sur le même campus, o Représentation des étudiants en maïeutique aux conseils de vie de Faculté (équivalent des CFVU) et autres instances universitaires, - Appartenance à une même « famille » enseignante o Liens renforcés entre enseignants médecins et enseignants de

différents champs disciplinaires, o Collaboration avec le Département de Médecine Générale, - Développement de la recherche o Participation à la création et utilisation du laboratoire PRISMM (Centre de Pédagogie et de Recherche par Immersion et Simulation en Médecine et Maïeutique), o Promotions d'actions de recherche : développement d'un enseignement en @learning pour l'apprentissage de l'analyse du rythme cardiaque fœtal (@ERCF), o Un 1/2 poste d'enseignant-chercheur en maïeutique financé par

la FMM, - Participation renforcée aux instances universitaires - Diminution des tâches administratives assumées auparavant

par la directrice et les enseignants en maïeutique

La formation de masseur-kinésithérapeute

La réingénierie de la filière de masso-kinésithérapie a été conduite récemment. On sait que le compromis intervenu en termes de diplomation ne satisfait pas forcément les milieux professionnels

38

ou les étudiants : la durée des études est de cinq ans et la formation reconnue en termes d'ECTS à 60 + 240 et non à 300 (permettant d'accéder au grade master).

En l'état actuel de l'organisation de cette formation, et en particulier de ses liens effectifs avec l'Université, il ne semble cependant pas possible de dépasser ce compromis. Les difficultés du

conventionnement Universités-instituts-régions reflètent assez bien la situation.

D'où l'intérêt, pour dépasser cet état de fait, de deux types de démarches : -

les travaux tendant à faciliter la reconnaissance des temps de formation en institut MK dans un registre universitaire, quitte à prévoir des éléments de consolidation des acquis pour envisager une reconnaissance en M1 et une poursuite d'étude en M2 ; -

les initiatives d'intégration organique à l'université des instituts existants²¹ ou la création de novo de nouvelles formations universitaires là où le besoin est reconnu par les partenaires régionaux. Même si l'intégration pleine et entière n'est pas la seule forme de l'intégration universitaire, comme indiqué à plusieurs reprises, il n'y a pas lieu de la repousser pour autant ; elle doit même être encouragée en tant qu'elle accomplit l'intégration universitaire sur tous les plans et qu'elle permet d'envisager de traiter par-là, au moins partiellement, des problèmes spécifiques, en termes de coût des formations en particulier. Intégrer une formation de masseur-kinésithérapeute à l'Université ne résout pas la question du coût de cette formation et de la participation régionale mais, en termes de masse critique et de possibilités de transversalité, cela permet de se situer sur des niveaux de coûts qui rendent a priori la situation davantage gérable par les partenaires régionaux.

Proposition n°4 : En ce qui concerne la filière de masso-kinésithérapie, accompagner les initiatives des partenaires régionaux par des travaux conduits à l'échelle nationale sur l'implémentation du nouveau référentiel de formation, sur l'articulation entre les cursus universitaires et MK et sur les conditions de l'intégration organique à l'Université.

Les progrès de l'intégration universitaire permettront de reprendre demain la question du niveau de diplomation (grade master).

Les évolutions de la filière de masso-kinésithérapie éclaireront les trajectoires possibles des autres métiers de la réadaptation.

21 Ainsi, en région Centre Val de Loire, on note un projet de création d'une école interuniversitaire de rééducation comme 11ème composante de l'Université d'Orléans et en fort partenariat via une convention avec l'Université de Tours. L'école interuniversitaire constituerait une nouvelle étape dans l'intégration, après l'implantation de l'IRFMK sur le campus de l'Université d'Orléans. L'Institut des Sciences et techniques de la réadaptation de l'Université Claude Bernard Lyon 1 avait été précurseur. L'ISTR relève de l'article L.713-9 du Code de l'éducation relatif aux instituts et écoles internes et, à ce titre, est référencé dans l'arrêté du 25 septembre 2013 (relatif aux instituts et écoles internes ainsi qu'aux regroupements de composantes des EPSCP relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur). L'ISTR, créé par décret du 26 novembre 1985, assure la formation initiale et continue pour les formations paramédicales de la réadaptation au sein des six départements suivants : masso-kinésithérapie (après une année de PACES), ergothérapie (après une année de PACES), psychomotricité, orthophonie, orthoptie, audioprothèse.

39

L'Ecole nationale de kinésithérapie et de rééducation (ENKRE – Les Hôpitaux de Saint Maurice) L'ENKRE recrute ses étudiants à partir d'une première année universitaire validée (PACES-L1 STAPS) depuis 2005 et développe avec l'Université Paris Sud, depuis novembre 2013, une initiative d'universitarisation de la formation à travers : - l'inscription de tous les étudiants (430 en septembre 2018) à l'université pour le suivi de scolarité, l'accès à l'ensemble des ressources pédagogiques et documentaires, la médecine préventive et la vie étudiante de l'UFR ; - la création par l'UFR de Médecine du Kremlin-Bicêtre d'un Département Universitaire de Formation en Kinésithérapie/Physiothérapie (DUFKP) pour la co-validation du projet de

formation et du règlement d'études, la mutualisation de 250 heures d'enseignements médicaux fondamentaux pour la professionnalisation en kinésithérapie, le développement en inter-professionnalité d'apprentissages par la simulation au sein de LabForSims ; - un partenariat d'enseignement et de recherche avec l'UFR STAPS Orsay pour renforcer les compétences didactiques (des étudiants et des tuteurs de formation clinique) et pour développer au sein du Laboratoire CIAMS des projets de recherche sur le mouvement humain ; - l'obtention de titres universitaires pour les formateurs (Masters diversifiés) et pour les enseignants (doctorats) ; - l'organisation de séminaires universitaires de réflexion pédagogique pour le DPC des enseignants et l'initiation de

pratiques innovantes de formation initiale en kinésithérapie ; - l'expérimentation d'une émergence de la fonction enseignant-chercheur bi-appartenant avec l'ARS IDF, les Hôpitaux

de Saint Maurice et l'Université Paris Sud.

Le projet de l'UCA (Université Côte d'Azur)

Ce projet consiste notamment en la création d'une certification nationale UCA permettant aux étudiants en masso-kinésithérapie, voire aux rééducateurs, d'intégrer un cursus universitaire. A la faveur d'un travail sur le cursus MK et de l'identification des besoins de consolidation des prérequis universitaires (à réaliser en 1, 2 ou 3 ans sous forme de e-learning), en vue d'obtenir la certification au niveau M1, il est possible de mettre en place un cursus M2 Ingénierie de la santé en 4ème année d'IFMK ou à l'issue de cette 4ème année. Cela suppose de travailler sur les choix d'UE de master (ont été identifiés les masters Santé Publique, Qualité et Gestion des risques, Organisations et risques en soins primaires, Données, Décision Système et e-santé, Ingénierie du vieillissement et autonomie, Pédagogies et Simulations en santé, Génie Biomédical, Recherche Interventionnelle en santé), sur l'articulation des stages MK et M2 et sur le calendrier de soutenance.

40

3. Favoriser la constitution d'un vivier d'enseignants-chercheurs

La constitution de nouveaux champs de recherche faisant appel à l'expertise des étudiants et des professionnels issus des filières paramédicales, l'enrichissement des champs de recherche existants par la mobilisation de ces compétences, la consolidation des formations par le recours à davantage d'enseignants chercheurs et l'utilisation des recherches sur la didactique au sein de ces filières, tout cela ne fait pas, ne fait plus débat. Ce qui est en soi un changement significatif.

Il faut donc constituer ou ouvrir des enceintes dédiées à la recherche pour mobiliser les compétences des acteurs paramédicaux et de maïeutique et il faut recruter des enseignants chercheurs dans ces filières.

Quelques précisions préalables :

- des recrutements ont déjà été conduits, en petit nombre certes et par des voies de qualification « opportunistes » (qu'il s'agisse des sciences de l'éducation, de la santé publique ou de la pharmacie...) ; il faut saluer ces démarches pionnières, tout en reconnaissant l'importance de mettre en place des modalités de qualification et de recrutement plus directes ;

- ces recrutements se font légitimement dans un contexte de demande locale, pour organiser une filière de formation au sein de l'Université ou développer un champ de recherche. S'adosser à la demande des acteurs universitaires est évidemment essentiel ; il faut pouvoir compter sur un vivier de docteurs issus des filières paramédicales et de maïeutique mais les progrès significatifs en matière de recrutements reposeront sur l'expression d'une demande locale et sur l'idée que, demain, constituer des ensembles

dédiés aux sciences infirmières, à la maïeutique et aux sciences de la réadaptation, sans parler des autres filières, fera partie des standards pour les universités ;

- il ne saurait être question de négliger la dimension professionnelle en matière de recherche paramédicale et de maïeutique ; il est même essentiel de mobiliser des enseignants chercheurs ayant un pied dans la pratique ; les formules de recrutement permettant cette bi-appartenance, cette mixité clinique-formation-recherche sont donc souhaitables en elles-mêmes ; il n'y a pas lieu cependant de se focaliser sur le modèle hospitalo-universitaire des médecins ; à l'évidence, il importe d'examiner un ensemble de solutions plutôt qu'une seule et il y a lieu d'envisager des recrutements d'enseignants chercheurs mono-appartenants dans certains cas, bi-appartenants dans d'autres cas ;

Dans ces conditions et compte tenu des objectifs rappelés ci-dessus, il paraît souhaitable de conduire un ensemble de travaux techniques, avec les principaux acteurs intéressés sur trois registres :

- les voies de qualification pour les ressortissants des différentes filières : quel rattachement pour une sous-section maïeutique? Faut-il une section générique « paramédicale » ou identifier d'emblée une section ou une sous-section « sciences infirmières »? En ces matières, la symbolique est importante mais il faut aussi mesurer a priori le rendement des différentes formules ;

- les statuts sous lesquels procéder à ces recrutements : cela concerne les temps plein mais aussi les professionnels ayant une activité en libéral ou à l'hôpital par ailleurs ; pour ce qui est des temps plein, il faut explorer plus avant les voies de recrutement de mono-appartenants et les statuts sous lesquels recruter des bi-appartenants ; pour ce qui est des professionnels en exercice, susceptibles de consacrer une partie de leur activité à la recherche et à la formation, il est fait recours d'ores-et-déjà à des statuts de professeurs ou de maîtres de conférences associés ; l'intrication des organisations hospitalière et universitaire dans un environnement en transition offre également un certain nombre de solutions temporaires par le biais des mises à disposition. Une des mesures de la « Feuille de route » de la Grande conférence de la santé consistait à promouvoir la mixité de l'exercice, pour les professionnels de la réadaptation en particulier,

41

entre l'hôpital et la ville, de façon à consolider l'attractivité des postes hospitaliers ; l'idée d'organiser mieux la mixité pourrait être étendue à la reconnaissance de temps dédiés à la formation et à la recherche dans l'exercice des professionnels ;

- le troisième chantier concerne le financement de ces moyens dédiés à la recherche paramédicale et de maïeutique et au recrutement de personnels en conséquence. La mobilisation de doctorants et de chercheurs issus de ces filières doit tout d'abord ressortir des financements ordinaires de la recherche. Il y a par ailleurs d'ores et déjà des moyens dédiés d'animation de la recherche²². Au-delà, la consolidation dans un cadre universitaire de moyens dédiés à la formation et à la recherche dans les filières paramédicales et de maïeutique pose la question de la mobilisation des financements régionaux : il ne s'agit pas de raisonner seulement sur des besoins nouveaux mais sur une restructuration de l'offre de formation dans un cadre universitaire, ce qui suppose de bien mesurer l'impact financier pour les partenaires de ces nouveaux dispositifs de formation et de renforcer le dialogue de gestion afférent (cf.infra).

Proposition 5 : conduire des travaux techniques et de concertation en vue de favoriser les recrutements d'enseignants-chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique autour de trois axes de travail : les voies pertinentes de la qualification, les statuts appropriés, le financement des moyens dédiés à la recherche compte tenu des spécificités de ces filières.

II. Consolidation des parcours étudiants

Les formations paramédicales sont à la fois attractives, méconnues et atypiques.

Attractives, elles le sont de par la vocation et la reconnaissance sociale et symbolique du « prendre soin » mais aussi compte tenu des débouchés en termes d'insertion professionnelle.

Ces formations sont aussi méconnues pour une part d'entre elles : les métiers sont nombreux, la division du travail intense ; la diversification des publics et des contextes d'exercice des professions renforce encore les difficultés d'appréhension de ces métiers.

Ces formations sont enfin atypiques, en termes de gouvernance, de contextes territoriaux de déploiement, de conditions d'encadrement, de statut pour les étudiants.

Les conditions étaient donc réunies pour que se créent un certain nombre de situations que l'on peut considérer comme insatisfaisantes pour ce qui est de la condition des étudiants, situations qui appellent donc des efforts d'intégration, de « normalisation ».

Il nous semble possible de rassembler ces progrès à conduire autour de trois axes :

- les modalités de recrutement dans les formations : l'occasion de rapprocher les situations à la *faveur de la mise en œuvre de la Loi sur l'orientation et la réussite des étudiants* ;
- les droits des étudiants : l'occasion de revendiquer à plein les bénéfices de l'intégration universitaire ;
- les conditions de la délivrance des titres : l'occasion de mettre en œuvre un programme de simplification.

22 On évoquera notamment le PHRIIP : le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI) a été mis en place par le Ministère de la Santé et des Sports fin 2009. Il a été élargi l'année suivante aux autres professions paramédicales (PHRIIP). On évoquera aussi une initiative récente de l'ARS Ile-de-France, à savoir un appel à candidatures pour le projet d'«Accompagnement vers l'émergence d'enseignants-chercheurs bi-appartenants» diffusé le 5 juillet 2017. 14 projets ont été déposés ; 3 ont été retenus à l'issue du processus de sélection.

42

1. Revoir le recrutement au sein des filières paramédicales

Les conditions d'accès au sein des filières de formation paramédicale sont assez disparates. Se rencontrent

en effet :

- des accès par l'intermédiaire d'une première année universitaire (qu'il s'agisse de PACES, de STAPS ou de biologie), voies exclusives ou pas, l'accès à certains instituts pouvant se faire dans certains cas via une première année universitaire ou par concours (souvent précédé d'une préparation dans ce cas) ;
- des accès par concours ou examen d'accès, comme c'est le cas pour les IFSI ou les écoles d'orthophonie ou d'audioprothèse ou encore pour les formations de pédicure-podologue ;
- des accès classiques de filières « sélectives », des lycées (STS) ou des IUT.

Le rapport IGAS-IGAENR avait fourni une description résumée de la situation.

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

Profession	Diplôme ⁴³	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

Le Projet de loi relatif à l'orientation et à la réussite des étudiants, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 19 décembre 2017 dispose notamment que « Art. L. 612-3-2. – L'inscription dans une formation du premier cycle de l'enseignement supérieur dispensée par un établissement

43

privé sous contrat d'association ou par un établissement d'enseignement supérieur privé d'intérêt général ou l'inscription dans toute formation conduisant à la délivrance d'un diplôme national de

l'enseignement supérieur ou d'un titre ou diplôme de l'enseignement supérieur délivré au nom de l'État dans les conditions prévues à l'article L. 335-6 est précédée de la procédure nationale de préinscription prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 612-3. L'établissement définit, dans le respect du cadrage national arrêté par le ministre chargé de l'enseignement supérieur, les caractéristiques de chaque formation, qui sont portées à la connaissance des candidats au cours de cette procédure. »

Il dispose par ailleurs que « les établissements mentionnés au I de l'article L. 612-3 et à l'article L. 612-3-2 du code de l'éducation dont les formations du premier cycle de l'enseignement supérieur n'étaient pas répertoriées dans la procédure de préinscription en première année d'une formation post baccalauréat à la date de promulgation de la présente loi inscrivent ces formations dans la procédure nationale de préinscription prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 612-3 du même code au plus tard le 1er janvier 2020. »

Ces dispositions, si elles sont confirmées dans la suite de la procédure législative, engagent un changement majeur pour l'accès à un certain nombre de formations, qui échappaient jusque-là à la procédure Admission post-bac (APB). Une telle situation créait une distorsion dommageable entre les formations paramédicales (selon qu'elles prévoyaient une première année universitaire ou pas) et entre les formations exclues d'APB jusque-là et les autres.

Cela avait plusieurs inconvénients : cette distorsion isolait un certain nombre de filières du lot commun de l'orientation et de l'affectation dans l'Enseignement supérieur ; elle créait ce faisant des biais en termes d'attractivité ; elle constituait des filières de deuxième recours : certaines filières pouvaient être en situation de recruter après le déroulement de la procédure d'affectation ordinaire et tablaient donc pour partie sur le désarroi des postulants n'ayant pas vu leurs choix premiers satisfaits dans ce cadre.

L'initiative du législateur concerne l'inscription dans les formations. Elle ne prescrit pas les procédures d'admission dans les filières, en particulier celles soumises à régulation quantitative : concours à l'entrée (avec écrit et/ou oral), examen des dossiers...

Au-delà de l'insertion sur Parcoursup, il est cependant légitime pour la mission – et c'est un avis partagé par nombre d'interlocuteurs – de revoir de fond en comble les procédures de recrutement dans certaines filières, à commencer par la filière infirmière, de façon à mieux identifier les compétences à tester à la faveur de ces procédures et à adapter celles-ci en conséquence.

L'évolution possible des modalités d'entrée en IFSI

On rentre aujourd'hui en IFSI sur concours, encore organisé à raison de deux sessions par an dans certains territoires (la première en mars pour une entrée en octobre, la seconde en octobre pour une entrée en mars). Ce concours comprend des épreuves écrites et un oral d'admission.

La DREES recense en 2015 plus de 186.000 candidatures pour un potentiel d'environ 31.000 places en IFSI. Nous ne connaissons pas le nombre de personnes qui se présentent au concours, puisqu'elles peuvent se présenter dans plusieurs IFSI. Le taux de sélectivité n'est donc pas connu mais il est à l'évidence variable suivant les territoires, suivant l'attractivité des IFSI. Cette question de dénombrement devra être traitée en priorité²³.

Parmi les nouveaux inscrits en première année d'IFSI, on compte assez peu de néo-bacheliers (17 %) alors qu'ils sont plus de 34 % à avoir fait une préparation au concours (et près de 30 % à venir d'un

emploi du secteur sanitaire, social ou médico-social, d'un autre secteur d'activité ou du chômage).

23 La session 2018 des concours devra être mise à profit pour améliorer la connaissance statistique du recrutement dans ses formes actuelles... de façon à calibrer au mieux le dispositif futur.

44

Compte tenu de cette situation, si l'on veut faire évoluer les formes d'admission, il peut être pertinent de procéder en deux étapes : une première étape mixte et transitoire ; une deuxième étape en régime stable.

La première étape (fin 2018 – 1er semestre 2019) pourrait juxtaposer une affectation via Parcoursup (cf. encadré ci-dessous) et un recrutement habituel par concours pour les étudiants ayant suivi une préparation au concours pendant l'année 2018-2019.

Déroulement possible de l'affectation en IFSI via la plateforme Parcoursup

Pour ce qui est de l'affectation via Parcoursup et conformément à la procédure générale, courant décembre 2018, les élèves feraient connaître leurs souhaits de poursuite d'étude et auraient donc la possibilité d'évoquer le choix IFSI à cette occasion ; ces souhaits seraient examinés par le premier conseil de classe de Terminale au mois de décembre et feraient l'objet d'un premier avis. Les élèves déposeraient leurs vœux sur le portail de fin janvier à mi-mars 2019. Pour les élèves désirant entrer en IFSI, dont les résultats sembleraient insuffisants, il pourrait leur être conseillé d'émettre un vœu vers une formation de consolidation des acquis. Le conseil de classe du second trimestre se prononcerait sur chaque vœu à travers la fiche Avenir. Au cours du mois d'avril et jusqu'à la mi-mai, les IFSI examineraient les dossiers des postulants et convoqueraient les postulants retenus à des oraux de motivation professionnelle ; ils positionneraient alors les candidats sur « OUI », « NON », « EN ATTENTE ». Les élèves se prononceraient alors sur le « OUI » de leur choix ; s'ils n'obtenaient pas de « OUI » et s'ils souhaitaient intégrer une formation IFSI, ils pourraient choisir sur le portail la Remise à niveau / Parcours Consolidé qui aura dit « OUI ».

En tout état de cause, il conviendra d'organiser les procédures de façon à préserver les différentes voies de recrutement vers la profession infirmière : la voie post-bac (opportunément délestée de l'année de préparation au concours), la voie de réorientation en cours d'études et la voie de la formation continue (dont on a dit toute l'importance pour la filière). Cela peut se faire en contingentant les places des différentes voies²⁵.

Par ailleurs, on l'a dit, les préparations au concours jouent aujourd'hui un rôle important. La question de leur repositionnement dans le paysage de la formation est donc un sujet à considérer. Ces préparations sont aujourd'hui dispensées par des écoles en contrat d'association avec l'Etat, par des écoles privées hors contrat et par certains IFSI eux-mêmes en tant que préparation intégrée. Ces préparations poursuivent aujourd'hui trois objectifs : la remise à niveau, l'accompagnement des étudiants dans la finalisation de leur projet et la préparation effective aux épreuves du concours²⁶.

Nul doute qu'une partie de l'offre se repositionnera sur la préparation de l'oral d'admission.

Pour le reste, l'offre de formation est destinée à évoluer vers des dispositifs de consolidation des acquis, compte tenu des attendus de la formation d'étudiant en soins infirmiers. Il s'agit d'accueillir des étudiants ayant une forte motivation pour le métier d'infirmier(ère) mais dont le niveau sur un certain nombre de domaines, notamment scientifique ou de communication orale, pourrait être source de difficultés dans le parcours de trois années amenant au grade licence. Il est à noter que les équipes pédagogiques au sein des

préparations ont développé une large expertise des attendus des IFSI.

Ces structures de consolidation pourraient être conventionnées avec un EPSCP afin que la formation ouvre droit aux ECTS.

24 Il y aurait lieu de se prononcer sur l'autorisation ou non d'un élève à postuler dans les deux dispositifs lors de cette année de transition (concours et examen de dossier via la procédure Parcoursup). A priori, s'agissant de deux parcours différents au moins en sortie de bac, l'idée pourrait être d'en faire deux vœux distincts.

25 Il est aussi possible de fixer des objectifs quantifiés pour les différents profils de lycéens.

26 Les étudiants accueillis dans ces parcours de formation ont de fait des origines très diversifiées : néo- bacheliers de séries générales ou technologiques (ST2S), dont certains ont pu avoir échoué au concours, bacheliers professionnels et diverses situations.

45

Proposition 6 : compte tenu d'une part de l'échéance fixée par la loi en ce qui concerne l'inscription dans le dispositif commun d'affectation des étudiants, compte tenu d'autre part de la nécessité de faire évoluer les modalités d'entrée dans les formations, à des fins de simplification et de réduction des coûts pour les étudiants, il est proposé de mettre en place un groupe technique destiné à organiser l'évolution des concours d'accès aux IFSI dès 2019.

Ce dispositif de travail devra traiter notamment les points suivants :

- les attendus de la formation au sein des IFSI ;
- le calibrage du dispositif en termes de sélectivité ;
- l'organisation des épreuves orales d'admission ;
- l'impact financier de l'évolution des conditions de recrutement et les coûts pour les étudiants ;
- l'évolution du dispositif de préparation ;
- la gestion de l'année de transition.

A l'issue de ce travail, les autres filières de formation paramédicale seraient prises en charge avec deux voies possibles : une transformation des concours existants sur le modèle des dispositions nouvelles d'accès aux IFSI²⁷ ; une suppression des concours actuellement organisés dans certaines filières en parallèle de l'accès par la première année universitaire et le recentrage sur cet accès par la première année universitaire.

2. Consolider les droits des étudiants dans le cadre universitaire

On a affirmé plus haut que la « normalisation » des conditions de vie et des droits des étudiants des formations paramédicales était une finalité en soi mais aussi que le consensus sur ce point se faisait plus unanime désormais.

A la suite de la Grande conférence de la santé, les barèmes de bourses ont été harmonisés à l'échelle nationale. Comme tout processus de changement, cela a pu conduire à des interrogations sur la situation de telle ou telle catégorie d'étudiants. Mais globalement, il s'est agi d'un effort concerté de l'Etat et des

régions dans le sens du progrès social.

L'alignement des barèmes amène certaines régions à se poser la question de l'exercice de cette compétence ; certaines avaient d'ailleurs choisi de déléguer la gestion à des opérateurs externes, dont les CROUS. Le rapport IGAS-IGAENR suggérait d'explorer plus avant cette voie ou celle d'un portail unique.

Dans un souci de simplification, il nous semble que deux voies de travail sont prioritaires :

- la reconnaissance pleine et entière des étudiants des formations paramédicales comme ressortissants de l'Université partenaire de leur institut ou école ;
- le travail entre les acteurs du territoire sur l'amélioration concrète de la condition de ces étudiants et la prise en compte de certaines difficultés spécifiques (en matière de logement et de transport notamment).

Ces deux voies doivent d'ailleurs être explorées simultanément et les projets de site (cf. infra) sont une façon appropriée de prendre en charge les problèmes.

Un certain nombre d'étudiants obtiendront leur carte d'étudiant de l'Université par le truchement de l'intégration de leurs instituts ou écoles à l'Université. Ils seront de plus en plus nombreux.

27 Cela concerne par exemple les filières pédicure-podologie et audioprothèse très désireuses de voir évoluer les modalités d'accès.

46

D'autres l'obtiendront pas voie conventionnelle, que l'accord concerne une université avec tel ou tel établissement ou mieux un territoire, voire une région entière.

Le rapport IGAS-IGAENR évoque différentes expériences en la matière ; elles sont de fait elles aussi de plus en plus nombreuses.

Une carte d'étudiant de l'Université, c'est plusieurs choses : l'inscription dans une base de données (ce qui permet de repérer et de prendre en charge l'étudiant aux différentes étapes de son parcours d'études), l'accès aux locaux de l'Université et à un certain nombre de services universitaires, l'accès aux œuvres universitaires et la possibilité de participer à la gouvernance des composantes, voire des conseils centraux de l'Université.

L'accès aux œuvres universitaires peut être organisé par voie conventionnelle et de fait les étudiants des formations paramédicales sont censés bénéficier par-là des mêmes droits que leurs homologues, quand bien même ils n'ont pas la carte d'étudiant de l'Université.

De nombreux exemples montrent cependant que le fait de disposer de cette carte d'étudiant constitue un progrès substantiel. Il est donc légitime, comme le recommandaient déjà l'IGAS et l'IGAENR, d'examiner concrètement les conditions dans lesquelles une telle diffusion apparaît possible.

Il y a tout d'abord des conditions matérielles et logistiques : les universités doivent « absorber » dans leurs bases de données ces nouveaux publics. Il ne semble pas que cette question puisse être dirimante. Il faut bien entendu que les dispositifs de saisie soient compatibles entre universités et instituts pour ne pas dupliquer les opérations : cela n'apparaît pas insurmontable même si cela requiert de la coordination²⁸.

Vu les ambitions que l'on est en droit d'avoir en matière d'insertion du parcours étudiant à l'Université, de

réforme de l'accès aux études ou de régulation d'ensemble, la gestion de l'information sur les flux apparaît comme un bien collectif et doit être prise en charge comme telle, à la bonne échelle.

Il y a aussi à considérer le versement des droits d'inscription. L'inscription à l'Université ne saurait correspondre au paiement d'un droit supplémentaire. Il faut donc qu'il y ait un juste partage des ressources provenant de l'inscription à l'université entre les différents établissements dont l'étudiant est ressortissant (l'université et l'institut ou l'école). Cette question a été souvent soulevée par les interlocuteurs de la mission. Elle doit trouver une solution dans l'enrichissement du dialogue de gestion que nous appelons de nos vœux (cf.infra). Elle ne saurait en tout cas faire obstacle à ce progrès que constitue la délivrance de la carte d'étudiant.

Sur quel périmètre ? On ne peut à l'évidence détacher cette question de celle de la consistance des relations entre instituts ou écoles et université. Il appartient à l'évidence à chaque université en lien avec la Région de poser les conditions, le cahier des charges de la délivrance de la carte d'étudiant...

Les projets de site (cf.infra) sont un dispositif approprié pour définir et sceller un tel cahier des charges.

Proposition 7 : consolider les droits des étudiants des formations paramédicales en les faisant bénéficier de la carte d'étudiant de leur université de rattachement

Au-delà des droits formels concrétisant l'appartenance à une communauté et matérialisés par la carte d'étudiant, les conditions de vie et d'étude des étudiants des formations paramédicales et de maïeutique sont évidemment impactées par un certain nombre de conditions particulières à ces

28 Les établissements de formation paramédicale ne sont pas livrés à eux-mêmes ; ils appartiennent à un dispositif de régulation précis, qu'il s'agisse des prérogatives de la région, de celle de l'université ou encore de l'ARS.

47

études. Le poids des stages dans la formation, parfois leur précocité dans les cursus, font de ce temps en stage une donnée cruciale de la vie étudiante. C'est aussi une dimension essentielle de la qualité de la formation : la diversité des lieux et des contextes d'exercice apparaît ici cruciale. Les étudiants dont les écoles ou instituts sont situés dans les métropoles universitaires doivent pouvoir connaître de l'exercice en cabinet libéral ou dans de petits établissements hospitaliers ou médico-sociaux. A l'inverse, les étudiants des établissements de formation situés dans de petites villes doivent pouvoir faire l'expérience de l'exercice dans des services spécialisés des grands centres urbains.

Ce n'est pas là une contrainte qu'il revient aux étudiants de gérer ; c'est une responsabilité collective, c'est un pan essentiel de la régulation des études et il appartient à l'ensemble des acteurs de cette régulation d'y travailler : région, université, hôpital/ARS, instituts, CROUS. Bien entendu, ces acteurs trouvent en permanence des solutions en matière de logement, de restauration, de transport mais il est essentiel, dans une logique de territorialisation, de renforcer cette action concertée. La discussion des projets de site doit permettre ce dialogue et la définition de solutions concrètes, nonobstant ce qui peut être fait à travers des dispositifs génériques et singulièrement via l'intégration des formations paramédicales dans les schémas

directeurs en faveur de la qualité de la vie étudiante.

Il paraîtrait même légitime que la question de la condition étudiante en stage figure systématiquement comme socle des projets de site.

Proposition 8 : renforcer de façon concertée la qualité des conditions d'accueil en stage et faire du bien être étudiant et de la prévention des risques psycho-sociaux une priorité de la régulation des formations.

3. Simplifier la délivrance des titres

On a évoqué supra la proposition de l'IGAS et de l'IGAENR de simplifier drastiquement la délivrance des titres des formations paramédicales. Les recommandations 11 et 12 du rapport déclinent cette proposition autour de deux volets :

- « *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* » ;
- « *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.* »

Proposition détaillée de la mission IGAS-IGAENR relative à la délivrance des diplômes des formations paramédicales

«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 master²⁹

²⁹ 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.

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 [débouchant sur un] 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. 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. »

Cette proposition de la mission IGAS-IGAENR rend compte d'un certain nombre d'objectifs de l'intégration universitaire :

- en insérant la diplomation dans le parcours universitaire et en se donnant les moyens de recentrer les prérogatives de délivrance des titres sur le président d'université, la mesure correspond à un progrès concret pour les usagers ; elle renforce donc l'appétence pour l'Université de la part des étudiants paramédicaux ;
- il s'agit d'habiliter le président d'université à assumer ce rôle, sans préjudice des conditions posées par ailleurs en termes de qualité du partenariat entre université et institut de formation ou en termes d'accréditation³⁰ ;
- elle homogénéise les situations des formations paramédicales et médicales, jusque-là fort dispersées ;
- cette mesure n'altère pas les critères qualité de la certification. Comme l'écrivent encore l'IGAS et l'IGAENR, « 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 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. »

Proposition 9 : étudier les conditions pratiques et juridiques dans lesquelles pourrait être mise en œuvre sans délai la proposition de l'IGAS-IGAENR relative à la délivrance des diplômes d'Etat des formations paramédicales réingéniées comme diplômes nationaux de l'enseignement supérieur par le Président d'université.

Une fois les conditions juridiques traitées au plan national, des sites ou des formations (réingéniées)

pourraient être désignés pour mise en œuvre à la première diplomation disponible.

Décharger les DRDJSCS de leurs tâches de certification pour ce qui est des formations sanitaires concernées par l'universitarisation pose la question de la pérennité de ce rôle vis-à-vis des formations sanitaires de niveau V et des formations sociales (dont le rapprochement avec l'Université vient d'être engagé) mais aussi de l'exercice de leurs missions en matière de

30 Le dispositif liant la possibilité de délivrer tel ou tel grade, dans les formations réingéniées, à la conclusion de conventions tripartites université-région-institut sur tout le territoire est apparu assez peu opératoire. L'intégration universitaire, telle qu'évoquée dans ce rapport, est une façon de pallier les insuffisances de ce modèle conventionnel.

49

reconnaissance des diplômes. A cette fin, une étude d'impact quant au volume d'activité concerné par les formations sanitaires « universitarisées » et à l'évolution des missions de ces services mériterait d'être conduite.

Focus sur l'intervention de la DRDJSCS31

Organisation matérielle des sessions : envoi d'un calendrier organisationnel et d'un tableau de notes saisi par les instituts et vérification par les services de la DR dans des délais très restreints. C'est un travail lourd et fastidieux au regard du nombre de candidats, parfois du manque de rigueur de certains organismes de formation (délai de transmission des notes non respecté, erreurs de saisie voire erreurs dans les rangs de présentation) ;

Rôle de contrôle de conformité des dossiers par échantillonnage pour les admis et intégralement pour les candidats ajournés, en lien avec l'ARS, avec un retour assuré auprès de instituts lors de la réunion de bilan ;

Constitution et présidence des jurys : recherche des membres de jurys, composition des sous-commissions, animation du jury ;

Etude des recours gracieux et contentieux. Réponse circonstanciée aux recours gracieux, rédaction des mémoires lors des recours devant le tribunal administratif ;

Le coût financier est peu élevé car ne sont pris en compte que les frais du jury final.

Perspectives

Les diplômes de niveau infra-bac : la légitimité des DRDJSCS en tant que certificateur reposait jusqu'alors sur une compétence et une expertise reconnue concernant l'ensemble des professions paramédicales quel que soit le niveau du diplôme, et s'inscrivait dans une logique de filière professionnelle. La détermination du certificateur en fonction du niveau bac questionne cette logique et conduit à s'interroger sur la légitimité de la DRDJSCS à continuer de certifier des professionnels de niveau 5, tels les aides-soignants par exemple (métier en tension dont les cohortes de candidats sont importantes).

Les commissions régionales d'autorisation d'exercer qui relèvent des compétences des DRDJSCS et de la DRDJSCS Ile-de-France (carte professionnelle et saisie par voie électronique) nécessitent pour les DRD de développer une fonction d'expertise des contenus de formation afin de pouvoir, avec les membres de la commission régionale, établir si la formation du demandeur est voisine de celle enseignée en France et, en cas de différence substantielle, de déterminer des mesures compensatoires. Cette expertise est en lien direct avec la certification des diplômes. Rompre ce lien conduit donc à terme à une perte de compétence.

III. Politique de site et gouvernance

1. Stimuler les initiatives des acteurs du territoire

Depuis des années, les acteurs sur le territoire ont multiplié les initiatives tendant à approfondir la politique d'intégration des formations paramédicales et de maïeutique à l'Université³² : à travers la

création d'écoles ou d'instituts universitaires, à travers l'insertion d'écoles hospitalières dans l'enceinte de l'Université, à travers les liens noués entre les entités extérieures à l'Université et les composantes universitaires, à travers des partenariats ambitieux dans le domaine de la formation ou de la recherche, à travers des initiatives en matière d'ingénierie pédagogique transcendant les frontières traditionnelles entre les champs paramédical et médical (dans le domaines du numérique et de la simulation notamment).

31 Eléments communiqués à la mission par les DRJSCS

32 On évoque en annexe 4 un certain nombre d'expériences de « département universitaire » et des projets nouveaux en la matière. Ces exemples sont notamment tirés des rencontres sur site organisées à l'initiative des acteurs universitaires, des responsables régionaux ou des responsables d'Agence régionale de santé. Ce n'est là qu'un échantillon. Il en existe bien entendu quantité d'autres sur le territoire.

50

On peut dresser un inventaire des initiatives en la matière, constituant une sorte de « liste positive » des projets à promouvoir comme concourant à l'objectif d'intégration universitaire³³ :

En matière de pédagogie et de recherche

- les initiatives tendant à plus de transversalité dans les formations (paramédicales et médicales, voire au-delà des formations de santé) ;
- l'usage du numérique et des outils de simulation au-delà des frontières entre les formations ;
- les cursus articulés entre formations paramédicales et universitaires ;
- le développement de mentions ou de parcours de master accessibles aux étudiants des formations paramédicales et de maïeutique, dans le cadre des procédures d'homologation en vigueur ;
- les initiatives tendant à renforcer l'accessibilité des écoles doctorales pour les étudiants des formations paramédicales et de maïeutique ;
- les initiatives tendant à faire évoluer le tissu d'écoles professionnelles, en lien avec l'Université ou au sein de celle-ci ;
- le recrutement de personnels enseignants-chercheurs sous des statuts adaptés ;

En ce qui concerne les droits des étudiants et leur parcours :

- la délivrance d'une carte d'étudiant et l'insertion dans les bases de données de l'Université afin de faciliter l'accès aux services ;
- l'accès aux services universitaires et aux œuvres sociales, en considérant notamment l'accès aux services de restauration universitaire et au logement, y compris pendant les périodes de stage ;
- les initiatives concourant à une gestion plus homogène des bourses (délégation de gestion au CROUS, portail de gestion commun...) ;
- la participation des étudiants à la gouvernance (au-delà de ce que prescrivent les textes réglementaires existants) ;

En matière de gouvernance

- les travaux régionaux concertés sur les outils de régulation quantitative des effectifs (élaboration des quotas, allocation...);
- les développements universitaires « organiques » : création d'écoles universitaires, transformation d'écoles hospitalières en écoles universitaires, insertion sur site universitaire...
- la mise en œuvre de formes d'« arrimage » pertinentes aux composantes universitaires de façon à faciliter le dialogue entre personnels universitaires et non-universitaires en matière de recherche et de pédagogie : création de départements universitaires, évolution des UFR santé, etc.;
- les avancées en termes de gouvernance des instituts et écoles, de façon à diffuser progressivement le corpus de règles universitaires au sein du système de formation paramédical ;
- les travaux en vue de clarifier les financements dans un souci de meilleure coopération entre les acteurs : traçabilité des financements ...

33 Il serait aisé de dresser une « liste négative » en la matière, recensant les initiatives susceptibles d'éloigner l'objectif d'intégration universitaire.

51

Proposition 10 : élaborer un accord-cadre entre la ministre des Solidarités et de la Santé, la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Régions de France et la Conférence des Présidents d'Université, à décliner sur le territoire sous forme de projets de site.

Il s'agit par-là de stimuler les initiatives en matière d'intégration universitaire, de concourir à leur déploiement, de leur donner davantage de visibilité, de faciliter l'échange d'expériences et l'évaluation.

Quelques caractéristiques possibles du dispositif Accord-cadre national – projets de site

Périmètre Un projet mis en œuvre au titre de l'accord-cadre peut être conclu à l'échelle d'une région ou d'un site universitaire. Il doit nécessairement être validé par le Président de l'université concernée, le recteur, le Président de région et le Directeur général de l'ARS, après consultation des parties prenantes (notamment les représentants des étudiants et des formateurs). Les signataires peuvent être rejoints par d'autres acteurs du territoire. Les partenaires de l'accord au niveau des sites universitaires conviennent du dispositif de suivi qu'ils entendent mettre en œuvre. **Plate-forme commune** En vue de concourir à la visibilité des projets, une plate-forme numérique les recense sur la base d'une charte de présentation commune. **Comité de pilotage national** Un comité de pilotage rassemblant les représentants des parties à l'accord-cadre est chargé d'animer le dispositif, de faciliter l'émergence de projets, d'examiner le cas échéant les obstacles soulevés par les acteurs du territoire en vue de leur résolution. **Evaluation** En lien avec le HCERES, les Universités parties à l'accord pourront développer – sur la base du volontariat – un travail d'évaluation de ce processus d'intégration des formations paramédicales et de maïeutique, qui leur permettra d'étayer leur dossier d'évaluation périodique. (cf. infra)

2. Mettre en place les outils d'un dialogue de gestion efficace

Entre le moment où les formations paramédicales et de maïeutique ont été confiées aux régions et aujourd'hui, la situation a évolué dans des proportions très importantes :

- l'offre de formation était pour une bonne part hospitalière (à travers en particulier le tissu d'IFSI), dans une moindre mesure privée non lucrative et dans des proportions très faibles commerciale ; le tissu a évolué depuis, avec une diversification des filières et un renforcement de l'offre commerciale, particulièrement dans le champ de la réadaptation ;
- la problématique de la participation de l'Université à la formation ne se posait guère en 2004- 2005 et de façon symptomatique la question de la compétence régionale n'a pas abouti précisément pour les formations intégrées à l'Université (orthophonie, orthoptie et audioprothèse) ;
- les régions et les hôpitaux ont bâti entre eux des outils de dialogue de gestion appréciés de part et d'autre ;
- le concours des universités s'est renforcé, démultiplié et diversifié, jusque recouvrer dans certains cas un rôle gestionnaire. Les universités ont apporté des enseignements et prêté la contribution de leur personnel aux instituts de formation ; elles ont partagé un certain nombre d'outils (en particulier dans le domaine numérique) et l'accès à certains services universitaires ; à travers les initiatives d'intégration immobilière, elles ont partagé des fonctions support.

Hors les cas d'intégration sous forme d'école universitaire ou de composante, les modalités d'identification de la participation universitaire sont relativement disparates : certaines contributions ne sont tout simplement pas retracées, d'autres le sont sous forme de facturation

52

plus ou moins détaillée ; dans le cas d'associations support d'instituts de formation intégrés, le dialogue avec l'Université se fait par l'intermédiaire du budget de la structure en question.

Les observations de l'IGAS-IGAENR

« Il résulte des dispositions de l'article L.4383-5 du code de la santé publique 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. 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 encore la construction d'un espace numérique de travail étaient payées directement aux universités par les régions. Le système actuel de financement des universités présente de nombreux inconvénients, liés essentiellement à sa complexité et à son manque de transparence. 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. 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. »

Compte tenu du poids croissant de l'Université dans la conduite et la mise en œuvre des formations paramédicales et de maïeutique, il apparaît indispensable de consolider les conditions du dialogue de gestion entre les principaux opérateurs, en l'occurrence la région comme financeur, l'hôpital comme

partenaire ou gestionnaire, l'Université en tant que partenaire, prestataire ou gestionnaire et l'institut ou école de formation paramédicale. Il convient de le faire en tenant compte de l'évolution globale de l'organisation de la formation (pas sûr qu'un financement par le truchement des instituts soit encore approprié) et des outils déployés aujourd'hui à l'Université en matière de comptabilité³⁴.

Proposition 11 : étudier les conditions et les outils d'un dialogue de gestion renouvelé entre la région, l'Université, l'hôpital et les instituts ou écoles, en travaillant particulièrement la contribution de l'Université à partir des outils comptables désormais disponibles.

Un groupe technique mobilisant des agents comptables d'universités, des Directeurs généraux des services ou responsables des services financiers, des responsables administratifs dans les composantes, aux côtés des partenaires des instituts, des directions financières des hôpitaux et des responsables de services régionaux devrait permettre de faire rapidement des propositions opérationnelles.

Au-delà de la valorisation et de la meilleure traçabilité des concours universitaires, il paraît important de progresser dans deux domaines :

- les formations insérées à l'Université et non financées par les régions : compte tenu de l'ancrage de la compétence régionale en matière de formation paramédicale, compte tenu des enjeux de transversalité et donc d'homogénéité de traitement entre filières, il importe de corriger la situation qui veut que les formations historiquement installées à l'Université ne bénéficient pas du financement régional (orthoptie, audioprothèse, orthophonie et une partie de la psychomotricité). Il faudra ici faire la balance entre les charges effectivement supportées par les universités pour ces formations et la subvention pour charge de service public que celles-ci génèrent. Un tel travail relève globalement du Comité consultatif d'évaluation des charges

34 A la faveur du développement des financements sur projets, l'Université a développé au fil du temps des outils pour rendre compte de façon fine des moyens mobilisés en matière de recherche (au sein des composantes ou au niveau des fonctions supports).

53

transférées et pourrait être grandement éclairé par la meilleure traçabilité des concours universitaires que la mission appelle de ses vœux ;

- si on raisonne sur une réorganisation de l'offre de formation (à la fois à travers l'intégration pleine et entière à l'Université dans certains cas, à travers la restructuration du tissu d'écoles, à travers la mutualisation des ressources pédagogiques, à travers la mobilisation de nouveaux profils enseignants, etc.), il paraît important de développer des travaux de prospective financière sur ces sujets, ce d'autant plus qu'on se situe dans un cadre de financement original et complexe (ne serait-ce qu'en considération du nombre d'acteurs concernés). Qui dit évolution du paysage de la formation ne dit pas forcément coût global accru... Il est important de faire valoir les possibilités en termes de gains d'efficience.

3. Renforcer l'évaluation

La question d'étendre l'évaluation aux établissements de formation paramédicale faisait encore débat au moment, pas si ancien, de la Grande conférence de santé. Même si l'objectif figurait déjà dans les textes, même si l'AERES35 (prédécesseur du HCERES) avait déjà travaillé sur un référentiel d'évaluation des formations en soins infirmiers, force est de constater que l'idée de soumettre ces formations au dispositif commun de l'évaluation de l'Enseignement supérieur ne faisait pas l'unanimité, pour des questions de logistique et de coûts mais surtout pour des raisons plus profondes de déni quant à l'appartenance pleine et entière de ces formations à l'Enseignement supérieur.

Pour sceller les avancées en la matière, la « Feuille de route » de la Grande conférence de santé avait confirmé l'objectif de cette extension de l'évaluation. La mesure 14 prévoyait en effet d'« étendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux ». L'objectif était ainsi défini : «développer l'évaluation dans le domaine des formations paramédicales, en tenant compte des caractéristiques propres de ces formations, de façon à renforcer leur ancrage dans l'enseignement supérieur ». Il s'agissait à cette fin de 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 devant faire l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (organisations étudiantes, représentants des organismes de formation, Régions de France, ordres...).

Le partenariat Etat-Régions de l'été 2016 a lui aussi pleinement endossé l'objectif de développer l'évaluation et le HCERES a effectivement travaillé avec la DGOS et la DGESIP, en lien avec les parties prenantes, à un référentiel d'auto-évaluation désormais disponible et prêt à être diffusé.

Le climat a donc, sur cette question de l'évaluation aussi, radicalement changé. L'évaluation dans le champ des formations paramédicales ne fait plus débat.

Le fait que de nouvelles formations, de nouveaux instituts ou écoles, intègrent l'université les inclura de facto dans le périmètre de l'évaluation universitaire.

L'évaluation en tant que telle des formations, qu'elles soient délivrées au sein de l'Université ou dans des instituts séparés, est un progrès essentiel et conduit naturellement à revoir la répartition des tâches évaluation ex ante / ex post et le partage des compétences entre acteurs. (cf. infra)

La dissémination du réseau d'instituts de formation doit conduire à des solutions adaptées mais l'essentiel est qu'il soit bien clair que, aux côtés de l'ensemble des règles entourant l'accréditation, la fixation des quotas, la diplomation, la gouvernance interne des établissements, l'évaluation prendra désormais toute sa part dans le dispositif de régulation des formations et des établissements.

Au-delà de ces questions classiques quant à l'accréditation qualité des formations et des établissements, l'effort d'évaluation mérite d'être porté sur le processus d'intégration à l'Université

35 Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur.

lui-même. Si l'on croit aux finalités de l'intégration que l'on a mises en exergue dans ce rapport, si l'on considère la dimension territoriale de la régulation et les politiques de site comme essentielles, alors il y a

lieu de porter une attention particulière en termes d'évaluation à ce processus lui-même.

Certains aspects importants de l'intégration universitaire des formations paramédicales sont pris en charge spontanément par l'évaluation des établissements universitaires (qu'il s'agisse de l'organisation des composantes, de la vie étudiante, de l'effort en matière numérique...) mais il faut bien entendu aller au-delà et considérer à la fois la stratégie déployée par l'Université et ses partenaires et l'ensemble des processus concrets concourant à l'intégration à l'Université de composantes jusque-là extérieures.

Dans cette optique, il semble pertinent d'aider les universités engagées dans des projets d'universitarisation à porter une démarche d'auto-évaluation de leur stratégie et de leurs initiatives en la matière en lien avec les partenaires des projets de site et avec le soutien méthodologique du HCERES. Cette auto-évaluation pourrait être valorisée par les universités dans les dossiers d'évaluation périodique des établissements et des coordinations territoriales.

L'universitarisation des formations paramédicales peut aussi être considérée comme un cas d'école intéressant, un démonstrateur des politiques de site, de l'intérêt de l'insertion des universités au milieu de leurs partenaires territoriaux ou économiques, de l'importance d'une prise en charge concertée des enjeux de la régulation territoriale. En cela aussi, le fait de pousser assez loin l'évaluation des politiques de site en la matière pourrait être fort utile.

Proposition 12 : mettre en œuvre résolument l'évaluation des formations paramédicales sous l'égide du HCERES et conforter les politiques de site en matière d'universitarisation à partir des éclairages de l'évaluation partenariale

Enfin, il importe de considérer globalement les conditions de la régulation des formations à l'échelle régionale. L'intervention de l'Université dans l'encadrement pédagogique des formations et dans la promotion des activités de recherche, le rôle à venir de l'évaluation des formations et des établissements mais aussi la consolidation au fil du temps de la compétence des régions créent un cadre nouveau pour l'action des agences régionales de santé.

Il ne s'agit pas de considérer que l'expression des préoccupations sanitaires doit refluer, bien au contraire. Si à l'évidence, certaines missions de tutelle sont aujourd'hui exercées – ou ont vocation à être exercées demain – par d'autres intervenants (que les conseillers pédagogiques des ARS), il y a en revanche à renforcer la définition stratégique des besoins de formation sur les territoires (en lien avec l'exercice de la compétence régionale en la matière) ; il y a aussi à gérer de façon plus soutenue le volet pratique de la formation (aussi bien en ce qui concerne la mobilisation et l'accréditation de terrains de stage diversifiés que pour ce qui est de la qualité de l'encadrement pédagogique des stages) et le recours aux outils modernes d'ingénierie pédagogique ; nul doute aussi, qu'en lien avec ses partenaires universitaires et régionaux, l'ARS a un rôle particulier à jouer dans l'évolution raisonnée du tissu de formation, en particulier en ce qui concerne les écoles hospitalières.

Annexe 1 - Lettre de mission

56

57

58

Annexe 2 - Entretiens conduits dans le cadre de la mission

Les multiples interlocuteurs rencontrés lors des déplacements sur site (à Nice, Versailles-Saint- Quentin, Nancy, Bordeaux, Marseille, Amiens) ou à la faveur de manifestations (colloques, séminaires, congrès) ne sont pas recensés ici.

Pouvoirs publics – opérateurs publics – collectivités locales

- Présidence de la République – conseillère santé et conseiller enseignement supérieur-recherche
- Cabinet du Premier ministre – conseillers santé, conseillère éducation-enseignement supérieur
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation – cabinet de la ministre, services de la DGESIP
- Ministère des Solidarités et de la santé – cabinet de la ministre, DGOS, secrétariat général des ministères sociaux, directeurs des DRJSCS
- IGAS – IGAENR (mission sur l'intégration à l'université des formations paramédicales)
- Haut Conseil de l'évaluation de l'enseignement supérieur et de la recherche (HCERES) – présidence, département Evaluation des établissements, département Evaluation des formations
- Régions de France – Commission Santé et formations sanitaires et sociales
- Conférence des présidents d'université (CPU) – Commission des questions de santé
- Conseil national des universités – CNU santé
- Centre national des œuvres universitaires et scolaires (CNOUS)
- Cour des comptes

Ordres professionnels

- Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- Ordre des infirmiers
- Ordre national des pédicures-podologues

Hôpitaux – Fédérations hospitalières

- Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – DRH et hôpital Robert Debré
- Conférence des Directeurs généraux de CHU
- Fédération hospitalière de France
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)

Représentants professionnels

- Association des optométristes de France
- Association française des diététiciens nutritionnistes

- Association française des directeurs de soins
- Association nationale des cadres infirmiers et médico-techniques

59

- Association nationale des préparateurs en pharmacie hospitalière
- Association nationale française des ergothérapeutes
- Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômés et des étudiants
- Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)
- Fédération française des psychomotriciens
- Fédération nationale des opticiens de France
- Rassemblement des opticiens de France
- Syndicat national des infirmiers anesthésistes
- Syndicat national des professionnels infirmiers – CFE-CGC
- Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)
- Syndicat national de l'orthopédie française
- Union nationale des associations d'infirmier(e)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'Etat (UNAIBODE)
- UNSAF – Syndicat national des audioprothésistes

Organisations étudiantes

- Fédération des associations générales étudiantes (FAGE) et fédérations du domaine santé (réunions collectives). En bilatéral :
- Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPPF)
- Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF)
- Fédération nationale des étudiants en audioprothèse (FNEA)
- Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK)
- Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO)
- Fédération nationale des étudiants en ostéopathie
- Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)
- Union nationale des associations d'étudiants en ergothérapie (UNAEE)

Représentants des formateurs, sociétés savantes, collèges professionnels

- Académie des sciences infirmières
- Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales (ANDEP)

- Collège des centres de formation universitaire en orthophonie
- Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation
- Collège infirmier français
- Collège national des opticiens de France
- Collège national des sages-femmes de France
- Collège national professionnel de l'ergothérapie
- Collège national professionnel des techniciens de laboratoire médical

60

- Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance
- Comité d'entente des écoles d'IADE
- Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC)
- Comité de liaison national des centres de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière
- Comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
- Conférence des doyens des facultés de médecine
- Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMA)
- Fédération française de nutrition
- Fondation pour la recherche en psychomotricité
- Société française de médecine physique et de réadaptation
- Syndicat national des instituts de formation en pédicurie-podologie
- Syndicat national des instituts de formation en ergothérapie française
- Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie

Etablissements de formation

- Ecole nationale de kinésithérapie et de rééducation – Saint-Maurice
- Ensemble Montplaisir (lycée des métiers, institut supérieur, CFP) – Valence
- Fédération nationale de l'enseignement privé
- Institut de formation des techniciens de laboratoire médical – Lyon
- Institut national de podologie – Paris
- Institut régional de formation en masso-kinésithérapie du CHR d'Orléans
- ISRP, Institut de Formation en psychomotricité
- Réseau RENASUP

- Université Paris-Diderot – doyen médecine, DUSIR
- Université Paris XIII – chaire recherche sciences infirmières
- Université Versailles-Saint-Quentin – doyen
- Sorbonne Université – doyen médecine

Divers

- Berger-Levrault

Annexe 3 - Résumé des propositions

Mesure Modalités de travail proposées

Durée

1 Reprendre le processus de réingénierie pour l'ensemble des métiers et par grande filière, qu'il s'agisse d'une première réingénierie ou de la reprise d'un processus déjà conduit, de façon à

- Actualiser les référentiels métiers et compétences

en tant que de besoin ;

- Disposer de référentiels de formation adaptés, susceptibles de rendre compte de la nouvelle organisation des formations en lien avec l'Université et des préoccupations de transversalité des enseignements.

Sous réserve d'inventaire, ce travail n'a pas vocation à déboucher sur une augmentation des durées d'études.

Le travail sur les référentiels de formation doit permettre de consolider l'articulation entre les cursus de formation paramédicaux et les cursus universitaires de façon à faciliter une meilleure reconnaissance des parcours et les poursuites d'études au niveau master ou au niveau doctorat.

Ces travaux pourraient être conduits sous l'égide d'une commission des études homologue de la CNEMMOP pour les études paramédicales.

Travaux interministériels en lien avec les parties prenantes.

La configuration des groupes, la présence de la partie universitaire, la question des livrables méritent d'être travaillés.

12 mois ?

Travaux avec des équipes ad hoc de formateurs en instituts et d'universitaires.

Mise en place rapide d'une commission préfiguratrice

2 En ce qui concerne les spécialités infirmières et les formations de cadres, il convient d'évaluer globalement le modèle de formation (en école professionnelle, avec des durées d'exercice préalable – disparates – ou pas, avec accès par concours), de stimuler les initiatives territoriales concourant à une pleine intégration universitaire et de conduire de façon prioritaire un travail sur les fonctions d'encadrement et l'organisation des écoles de cadres.

Groupe de travail avec les principaux partenaires

3 mois pour décrire un schéma d'action global

3 En ce qui concerne la formation en maïeutique, il convient d'encourager résolument les initiatives territoriales tendant à une intégration pleine et entière des écoles de sages-femmes au sein de l'Université.

Ces initiatives compléteront l'effort à conduire en termes de qualification universitaire et de recrutement d'enseignants chercheurs.

Groupe de travail restreint

3 mois

4 En ce qui concerne la filière masso-kinésithérapie, accompagner les initiatives des partenaires régionaux par des travaux conduits à l'échelle nationale sur l'implémentation du nouveau référentiel de formation, sur l'articulation entre les cursus universitaires et MK et sur les conditions de l'intégration organique à l'Université.

Groupe de travail restreint

3 mois

62

5 Conduire des travaux techniques et de concertation en vue de favoriser les recrutements d'enseignants-chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique autour de trois axes de travail : les voies pertinentes de la qualification, les statuts appropriés, le financement des moyens dédiés à la recherche compte tenu des spécificités de ces filières.

Travaux administratifs sur les options disponibles sur chaque axe (deux mois) et concertations dans la foulée. Textes réglementaires à prendre.

Pour recrutements septembre 2019

6 Compte tenu d'une part de l'échéance fixée par la loi en ce qui concerne l'inscription dans le dispositif commun d'affectation des étudiants, compte tenu d'autre part de la nécessité de faire évoluer les modalités d'entrée dans les formations, à des fins de simplification et de réduction des coûts pour les étudiants, mettre en place un groupe technique destiné à organiser l'évolution des concours d'accès aux IFSI dès 2019.

Groupe technique avec les principaux interlocuteurs de la filière soins infirmiers (3 mois) pour mise en œuvre fin 2018. Textes réglementaires à prendre

Autres filières : concertations à partir de l'été 2018

7 Consolider les droits des étudiants des formations paramédicales en les faisant bénéficier de la carte d'étudiant de leur université de rattachement

Groupe technique et concertation (3 mois)

A travailler en lien avec l'accord cadre et les projets de site

8 Renforcer de façon concertée la qualité des conditions d'accueil en stage et faire du bien être étudiant et de la prévention des risques psycho-sociaux une priorité de la régulation des formations.

A instruire en lien avec l'accord cadre (cf. infra) et avec les travaux conduits par Donata Marra

9 Etudier les conditions pratiques et juridiques dans lesquelles pourrait être mise en œuvre sans délai la proposition de l'IGAS-IGAENR relative à la délivrance des diplômes d'Etat des formations paramédicales (réingéniées) comme diplômes nationaux de l'enseignement supérieur par le Président d'université.

Groupe technique (deux mois). Première diplomation : été 2019 pour les filières à effectifs restreints ou les sites pilotes

Texte réglementaire à prendre (cf. IGAS-IGAENR)

10 Elaborer un accord-cadre entre la ministre des Solidarités et de la Santé, la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Régions de France et la Conférence des Présidents d'Université, à décliner sur le territoire sous forme de projets de site.

Il s'agit par-là de stimuler les initiatives en matière d'intégration universitaire, de concourir à leur déploiement, de leur donner davantage de visibilité, de faciliter l'échange d'expériences et l'évaluation.

Elaboration de l'accord cadre et des supports (3 mois)

Signature : été 2018

Premiers projets de site signés à cette même échéance

11 Etudier les conditions et les outils d'un dialogue de gestion renouvelé entre la région, l'Université, l'hôpital et les

instituts ou écoles, en travaillant particulièrement la contribution de l'Université à partir des outils désormais disponibles.

Travaux techniques (3 mois).

Dispositif à implémenter à travers l'accord-cadre sous forme de pilote.

Diffusion par voie réglementaire à l'issue de cette période test.

12 Mettre en œuvre résolument l'évaluation des formations paramédicales sous l'égide du HCERES et conforter les politiques de site en matière d'universitarisation à partir des éclairages de l'évaluation partenariale

Diffusion sous deux mois du référentiel d'évaluation HCERES

Annexe 4 - Départements universitaires et intégration à l'Université

Expériences et projets nouveaux

Exemple de Paris Diderot

Dès 2009, dix Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) établissent un partenariat avec l'UFR de médecine de l'Université Paris Diderot. Ils sont rejoints en 2012 par l'Ecole des Infirmiers Anesthésistes (IADE) du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière et en 2014 par deux instituts de Formation en Pédiatrie-Podologie (IFPP). Ce qui représente près de 3.000 étudiants.

En application de l'article 4 des statuts de l'UFR, le Département universitaire de sciences infirmières et rééducation (DUSIR)³⁶ constitue une des structures de pilotage pédagogique de l'UFR ; le DUSIR fait partie intégrante de l'UFR de Médecine Paris Diderot.

Le DUSIR a pour mission principale d'assurer la conception, l'organisation et l'évaluation de la formation des étudiants infirmiers (et désormais en pédicurie-podologie) dans les disciplines universitaires. Il a vocation à étendre sa mission de formation en santé à l'ensemble du cursus LMD.

Dans ce cadre, le DUSIR est plus particulièrement chargé :

- de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des unités d'enseignement (UE) des sciences contributives conduisant aux diplômes d'Etat des différents instituts partenaires conférant les grades de licence et de master ;
- de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des unités d'enseignement (UE) de masters en sciences infirmières et rééducation ;
- du développement de la coopération et de la mobilité européenne et internationale des étudiants, en étroite collaboration avec différentes structures internes à l'UFR, à l'université (écoles doctorales de Paris Diderot, Bureau des Relations Internationales de Paris Diderot) et relevant de l'Université Sorbonne Paris Cité (USPC) ;
- de la mise en place et du fonctionnement de la commission de suivi pédagogique prévue dans les conventions de partenariat.

Le DUSIR a également pour mission de développer la recherche disciplinaire et pédagogique. Dans ce cadre, la dimension pluri professionnelle constitue un élément majeur de cette mission.

L'expérience d'Aix-Marseille Université

Créé en 2012 à la Faculté de Médecine de Marseille, le Département Universitaire de Sciences Infirmières (DUSI), est dirigé par le Professeur Philippe BERBIS, Vice-doyen aux professions paramédicales, responsable de la mention de Master sciences cliniques infirmières, chargé de mission auprès du Président de l'Université.

36 Le Département Universitaire de Sciences Infirmières (DUSI) a été créé par délibération du conseil de gestion de l'UFR de médecine Paris Diderot en date du 29 septembre 2011 en application de l'article 4 de ses statuts. La création du DUSI s'inscrivait dans la mise en œuvre de la convention de partenariat relative à l'organisation de la formation en sciences infirmières signée le 29 août 2011 (27/02/2016) entre l'université Paris Diderot, la région Ile-de-France, l'AP-HP et le groupement de coopération sanitaire réunissant les établissements publics de santé, supports des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Des conventions ont également été signées avec l'école d'IADE (25/11/2013) et des IFPP (17/10/2013), ce qui explique l'évolution des statuts du DUSI.

Les missions de ce département sont :

- de coordonner les enseignements universitaires dans le cadre de la licence infirmière en collaboration avec le GCS des Instituts de formation en sciences infirmières de l'Académie d'Aix- Marseille (16 IFSI) ;
- de permettre aux infirmiers de compléter leur formation dans le domaine des pratiques avancées et de développer des compétences en recherche clinique.

AMU a renforcé la structuration pédagogique de ce département avec la création en 2017 d'un premier poste de Maître de conférences infirmier, enseignant-chercheur en sciences infirmières au sein du DUSI, Monsieur Sébastien Colson. Son profil de poste associe des activités d'enseignement (enseignement en Master, encadrement d'étudiants en thèse) et des activités de recherche au sein de l'unité de recherche de santé publique de la faculté de médecine de Marseille (EA 3279 SPMC (Santé Publique et Maladies Chroniques) : Pr Pascal AUQUIER).

AMU assure pour ce département le recrutement pluriannuel d'attachés temporaires d'enseignement et de recherche (ATER) : deux actuellement.

Le Département Universitaire des Sciences Infirmières bénéficie de la collaboration active depuis 2009 de Madame Chantal EYMARD, infirmière, MCU en sciences de l'éducation à AMU, titulaire d'une HDR. Madame Chantal Eymard a encadré les thèses d'Université de trois sage-femmes et de huit infirmières dans le domaine des sciences de l'éducation et de la santé publique et encadre actuellement une sage-femme et quatre infirmières. Elle a de plus pendant deux ans exercé à temps partagé entre Aix-Marseille Université et la direction des soins du CHU de Marseille pour conseiller des équipes paramédicales soignantes dans la structuration et le développement de projets de recherches paramédicales translationnelles.

L'expérience d'Amiens

Le fait de travailler ensemble, renforce les orientations pédagogiques innovantes et démarches d'optimisation :

- Mutualisation d'enseignements

o Certaines UE sont partagées par différentes formations (manipulateurs et techniciens de Laboratoire Médical, IADE-IBODE) les étudiants bénéficient des mêmes enseignements et mêmes évaluations ;

o Certaines thématiques font l'objet de groupes de travail pour individualiser les briques d'enseignement déjà communes et construire les outils de partage (ENT), y compris avec les filières des UFR de médecine et pharmacie : anatomie, santé publique, biologie, langue ;

o La construction de situations professionnelles simulées interprofessionnelles : toutes les filières ont intégré ces démarches, sur des thèmes très diversifiés ;

- Gradation des apports entre les différentes formations : recherche, sémiologie clinique ...

o Réflexion pour mettre en place un continuum des apports entre les filières identifiées grade de Licence et celles identifiées grade Master ;

o Prendre en compte les appétences individuelles pour favoriser les accès à des connaissances

complémentaires ;

- Mutualisation des ressources humaines

- o Recours aux compétences et expertises

Les formateurs mettent en place des échanges inter filières ;

65

- o Des formateurs universitaires et professionnels réalisent ensemble des UE dans les filières soignantes. La participation de formateurs paramédicaux à certaines UE médicales se met en place progressivement ;

- Optimisation des équipements (locaux et matériels pédagogiques)

- o Les réflexions sur les méthodes pédagogiques et les équipements pertinents sont sources à la fois de l'identification de la diversité nécessaire des équipements pour permettre la professionnalisation efficace mais aussi de la capacité de mutualisation de ces équipements entre les différents parcours, et donc in fine de l'optimisation ;

- o Mise en œuvre de projets structurant cette démarche de professionnalisation et d'optimisation, réponse aux AAP ANR IDEFI et NCU

Un projet de structuration d'un Campus des sciences de la santé est défendu par l'UPJV et le CHU Amiens Picardie. Une première étape est engagée au travers de la mise à disposition de locaux et la programmation d'un bâtiment technique pour la biologie médicale et l'anatomie.

Le projet de département universitaire de sciences infirmières de l'Université d'Angers

Le projet est d'aboutir à une intégration des IFSI au sein de l'université avec la création d'un département universitaire en sciences infirmières (DUSI) dans la faculté de santé, qui viendrait donc rejoindre le département médecine, le département pharmacie et le département pédagogique de maïeutique.

Le DUSI repose sur la conservation de la structure actuelle des IFSI, de leurs équipes de direction et du maillage territorial actuel (sites d'Angers, Cholet et Saumur). [...]

Le DUSI associe les trois IFSI de Maine-et-Loire et l'Université d'Angers dans une structure d'expertise destinée à :

- l'élaboration et à l'évaluation pédagogique communes des formations,

- assurer la validité de la licence délivrée sous la responsabilité de la Faculté de Santé de l'Université d'Angers,

- et conduire la politique de recherche en soins infirmiers sur le territoire.

Missions du département

- le partage de ressources d'enseignement entre l'Université d'Angers et les trois IFSI du Maine-et-Loire,

- le partage d'expériences en vue d'une harmonisation des pratiques,

- le développement de la politique des stages sur le territoire,
- l'organisation de procédures d'évaluation partagées et harmonisées,
- la mise en place de modalités de sélection des étudiants en soins infirmiers mutualisées et sécurisées,
- le développement de formations interprofessionnelles,
- la validation de la compétence des cadres de santé-formateur,
- le développement de la recherche en soins infirmiers intra-hospitalière et extrahospitalière (ambulatoire) et de la formation à et par la recherche des étudiants en soins infirmiers. Il s'agit notamment de développer les collaborations avec les écoles doctorales de l'université d'Angers pour favoriser l'entrée des étudiants en soins infirmiers dans les parcours de Master-Doctorat,

66

- le développement de la formation tout au long de la vie pour les professionnels infirmiers, par la création de diplômes universitaires (DU), en particulier dans le domaine des pratiques avancées,
- la recherche de collaborations avec d'autres universités pour favoriser la mobilité internationale des étudiants.

L'accès des étudiants en soins infirmiers aux services nécessaires à leurs parcours de formation et à leur vie étudiante est assuré dans le cadre du département universitaire.

Projet d'Aix Marseille

La gouvernance actuelle de l'universitarisation des professions paramédicales nécessite la mobilisation de nombreux acteurs de différentes instances (université, GCS des IFSI, ARS, conseil régional) et il n'y a pas de points de gestion commune entre les différents instituts. [...]

Il est apparu à Aix-Marseille Université que le regroupement sur un même campus de l'ensemble des instituts de formation paramédicale était une nécessité.

Ce projet est en cours d'élaboration et prévoit une localisation sur le campus Nord actuel de la faculté de médecine de Marseille, destiné à être réhabilité. Il regroupera les trois IFSI de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, l'institut de formation en masso-kinésithérapie, les instituts de formation des IADE, IBODE, cadres de santé, manipulateurs radio, les écoles d'ergothérapie, d'orthophonie, d'orthoptie, de maïeutique.

Parallèlement, l'UFR de médecine d'Aix-Marseille Université prévoit à très court terme de réviser ses statuts pour devenir UFR de sciences médicales et paramédicales comportant quatre écoles : École de Médecine, Ecole de Sciences Infirmières, Ecole de Sciences de la Réadaptation, Ecole de Maïeutique. Cette nouvelle gouvernance favorisera l'interdisciplinarité (acculturation professions médicales – professions paramédicales, acculturation des professions paramédicales entre elles). La mutualisation des ressources pédagogiques et la simplification de la gestion des structures de scolarité et de recherche sont des objectifs de cette restructuration.

Projet toulousain

Les représentants des institutions (Conseil Régional, CHU, Université) ont la volonté commune de travailler à l'universitarisation des professions para-médicales [...] Tous sont volontaires pour un projet pilote au sein de l'ancienne région Midi-Pyrénées, avec, au-delà d'une réorganisation des formations, le besoin d'afficher une ambition nouvelle pour ces professions.

La réflexion a déjà porté sur la création d'un département universitaire de formation aux métiers de la santé (DUFMS) rassemblant les instituts de formation engagés dans le processus LMD. Le département universitaire de formation aux métiers de la santé a une première mission de gouvernance pédagogique.

Pour ce faire, en coordination avec les instituts de formation partenaires, le département universitaire de formation aux métiers de la santé s'appuiera sur plusieurs commissions :

- une commission Pédagogique transversale dont l'objectif est de favoriser la mutualisation des enseignements au sein des différents instituts inscrits dans le système LMD ;
- une commission des stages hospitaliers et extra hospitaliers ;
- une commission Formation médicale continue qui conseille les étudiants des différents instituts sur les formations complémentaires de l'université pour favoriser l'entrée des étudiants dans les filières de Master ;

67

- une commission Relations internationales qui favorisera et recensera les collaborations avec d'autres universités pour développer la mobilité des étudiants en Europe comme à l'international ;
- une commission Recherche afin de favoriser la mise en relation des étudiants de ces instituts avec les différents laboratoires de recherche de la région et de favoriser l'accès aux Masters de recherche. Cette commission recherchera des collaborations avec d'autres écoles doctorales des universités toulousaines.

Ce département universitaire de formation aux métiers de la santé s'appuiera sur un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens rassemblant l'ensemble des Instituts de formations de la Région, universitarisés ou pas.

Projets au sein de la région Grand Est

Trois axes de travail ont été identifiés par les partenaires (région, universités, ARS)

- offrir une égalité sur l'ensemble du territoire du Grand Est
- o développer l'enseignement par simulation
 - développer l'offre de manière structurée sur l'ensemble du territoire régional ;
 - permettre à l'ensemble des instituts d'avoir accès à des centres de simulation de niveau 3 ;
- o améliorer l'offre de formation universitaire
 - renouveler l'offre sur les plateformes d'enseignement ;
 - développer la collaboration entre les universitaires et les équipes pédagogiques dans la construction des

UE (modèle pharmaco Strasbourg) ;

- adapter les référentiels de formation, notamment pour les formations en cours de réingénierie

(IBODE et puéricultrice, IADE) ;

- proposer l'intégration à l'Université pour les métiers comportant des formations comptant de petites promotions et pour lesquelles la démarche d'universitarisation est fortement engagée (exemples : maïeutique, IBODE, IADE, puéricultrice).

68