



Avenirs pour la formation paramédicale en France

Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à l'horizon 2020.

INTERFACE – Conseil, Etudes & formation -

2012



Sommaire :

<i>Introduction</i>	3
<i>Cadrage de l'étude</i>	14
<i>I. Panorama général des métiers et des formations paramédicales</i>	18
<i>II. La réforme de la formation paramédicale semble passer à court terme par des questions d'ordre institutionnel et gestionnaire.</i>	38
<i>III. L'évolution des acteurs actuels de la formation paramédicale.</i>	47
<i>IV. L'avenir des instituts paramédicaux, dans la continuité de grands mouvements de réforme institutionnelle à l'œuvre</i>	54
<i>V. L'évolution de la formation paramédicale devrait répondre, à long terme, à des mouvements de fond en matière pédagogique, de santé publique et d'évolution des métiers paramédicaux</i>	68
<i>Eléments de conclusion</i>	79

Scénarii d’avenir pour les établissements de formation paramédicale

Prospectives sur les missions, l’environnement et le cadre futurs des établissements de formation paramédicale

Introduction

Les métiers paramédicaux ont connu un développement exceptionnel depuis leur apparition au milieu du XIX siècle. Alors qu’une poignée à peine de métiers et quelques milliers de professionnels étaient recensés il y a un siècle, plus d’un million cent mille professionnels paramédicaux exercent aujourd’hui en France plus d’une vingtaine de professions¹, mais c’est à partir des années 1950–1960 que s’est particulièrement accru le nombre de métiers et de professionnels. Depuis cette période, un nouveau métier ou spécialité émerge en France tous les 5 ans environ.

Initialement, les premières professions paramédicales se sont articulées de manière générique autour de la mission « d’assistance générale » au médecin ; d’où l’appellation atavique de professions « paramédicales »². Elles se sont diversifiées par la suite en investissant les domaines de la *prise en charge globale du patient*, des *gestes et pratiques quotidiens de soins* puis, plus largement, des *services de santé et de l’accompagnement du patient*.

L’évolution de la filière paramédicale en France a été ainsi caractérisée par une forte diversification³ des métiers, mais aussi par leur forte spécialisation⁴ (traduite, à son tour, par une importante technification et formalisation des pratiques).

Aujourd’hui, les métiers paramédicaux constituent une filière professionnelle particulièrement riche et diverse, mais aussi particulièrement réglementée, complexe et éclatée en termes de compétences ; au point que certains experts puissent douter de sa cohérence et unité. Cette complexité impacte fortement la formation paramédicale.

Aujourd’hui, le panorama des établissements de formation ressemble en France à un archipel hétéroclite de formations et de pratiques, de cadres normatifs et d’établissements. Cette hétérogénéité de la formation paramédicale (qui certes témoigne de sa richesse et diversité) est toutefois aussi un reflet de la complexité des professions paramédicales elles-mêmes.

¹ Le Code de la Santé Publique ne reconnaissant encore que 13 métiers.

² Le rôle propre de l’infirmière, Extraits du mémoire de Sylvie Delon, école des Cadres, 1997.

Cf. <http://papidoc.chic-cm.fr/544rolepropinfirm.html>

³ Comprise ici comme la démultiplication et distinction des métiers et spécialités.

⁴ Comprise ici comme l’augmentation du rôle des outils et des techniques formalisées dans l’exercice des métiers paramédicaux.

Au delà de sa complexité, le système de formation paramédicale français confronte, depuis quelques décennies, plusieurs défis de fond. Ses principaux défis : 1) la construction d'une véritable filière pédagogique (avec une mise en cohérence de l'architecture des formations), 2) la bonne adaptation de la formation à l'évolution des pratiques paramédicales et 3) l'adaptation de la formation aux besoins des territoires en matière de santé publique.

Il demeure, en effet, surprenant que la filière paramédicale existe au niveau professionnel (étant reconnue explicitement dans le CSP), mais n'existe pas formellement en tant que filière pédagogique. De ce fait, la formation paramédicale est aujourd'hui un ensemble de formations souvent cloisonnées. De l'importance accordée à la construction d'une filière paramédicale de formation cohérente et articulée dépendront, en partie, les formes qu'adoptera l'architecture institutionnelle de la formation paramédicale dans les années à venir.

L'hypothèse de création d'un établissement unique de formation paramédicale regroupant l'ensemble des filières et des niveaux (L, M, D) en son sein (à l'image des grandes écoles d'ingénieur) a été ainsi émise dès 2005. Cependant, dans le contexte actuel de décentralisation et de « rationalisation budgétaire et institutionnelle », un seul établissement de formation aurait (de l'avis d'experts académiques et des pouvoirs centraux), beaucoup de difficultés pour assumer la charge de l'ensemble des formations, tout en se mettant en place. Sa création serait, par ailleurs, trop coûteuse.

Ainsi, du moins à moyen terme, le maintien de la qualité de la formation paramédicale en France dépendra vraisemblablement d'une bonne articulation entre plusieurs types d'établissement de formation. Une architecture institutionnelle cohérente et articulée deviendra ainsi une condition primordiale pour garantir, à moyen terme, la qualité de la formation paramédicale en France.

Cette vraisemblable multiplicité d'établissements et d'acteurs à moyen terme pose, à son tour, plusieurs questions. D'abord, celle des règles et de la gouvernance du système. Ensuite, celle de la cohérence et de l'articulation entre formations et établissements. Egalement, la question de l'homogénéité entre territoires et établissements. Finalement, celle de la capacité du système à s'adapter à la diversité et à l'évolution rapide et des métiers paramédicaux, dont l'avenir est une clé pour le développement des systèmes de soins en France et dans le monde.

La filière paramédicale, secteur clé pour le développement des systèmes de santé

Malgré la complexité de la filière paramédicale (dont la France ne détient pas le monopole), l'OCDE considère que le développement des professions paramédicales constitue une condition essentielle pour l'évolution des systèmes de santé dans les pays

développés (comme partout dans le monde)⁵. Elle affirme à ce sujet que les professionnels paramédicaux constituent un vivier important pour améliorer la qualité des soins, le fonctionnement des systèmes de santé, et notamment la couverture territoriale des politiques de santé.

En appui à cette position, l'OCDE avance une série d'arguments : du fait de leur niveau élevé de qualification et de leur proximité avec les patients, les professionnels paramédicaux constitueraient d'abord un vivier privilégié pour rendre plus efficaces les politiques de santé (surtout épidémiologiques et de prévention). Ensuite, pour répondre à d'importants besoins futurs en matière de santé publique : impulser la recherche, implémenter des parcours de soins personnalisés, accompagner le vieillissement, les maladies chroniques, assister les professionnels de la dépendance, créer une continuité entre les soins et les services à la personne...

De nombreux rapports suggèrent également que, dans la dimension organisationnelle et économique, les métiers paramédicaux constituent une réserve sous-exploitée en termes d'économies et de compétences. Autrement dit que, par rapport au médecin (figure autour de laquelle ont été historiquement articulés les systèmes de santé), les paramédicaux constituent aujourd'hui un vivier de compétences particulièrement qualifié, ainsi qu'un potentiel d'économies en matière salariale.

Valoriser les professions paramédicales (et donc leurs formations respectives, en amont) semble ainsi un enjeu clé pour l'évolution du systèmes de santé en France. Cela, ne sera possible, toutefois, qu'à condition de garantir, d'abord, l'évolution du cadre et du périmètre d'exercice des professions paramédicales.

Pour faire évoluer la formation paramédicale, il conviendrait cependant de faire évoluer d'abord le périmètre d'exercice des professions paramédicales...

Il existe un relatif consensus sur le fait que les formations paramédicales sont assez cloisonnées en France. Ce cloisonnement constitue un problème important, d'un point de vue institutionnel, professionnel, pédagogique ou économique. De nombreux experts constatent que ce cloisonnement répond en miroir à celui des métiers paramédicaux eux-mêmes (motivant, par là, l'article 51 de la loi HPST, Cf. infra).

Bien qu'ayant un système de soins internationalement salué, la France accuse depuis quelques décennies un retard dans l'évolution du périmètre d'activités de plusieurs

⁵ DELAMAIRE Marie-Laure, & LAFORTUNE Gaetan, *Les pratiques infirmières avancées*
Editions OCDE (2010)
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5km4hv77vw47.pdf?expires=1340008473&id=id&accname=guest&checksum=B1C6AC9B92F8FB89849D93E622EB8B14>

professions paramédicales par rapport à d'autres pays (comme les Etats-Unis, l'Allemagne ou l'Angleterre). Ce retard concerne surtout les infirmières, aides-soignants, orthoptistes et masseurs-kinésithérapeutes. La difficulté actuelle de mise en œuvre des « pratiques avancées » en France découle en partie de ce retard.

Faire évoluer la formation paramédicale nécessite surtout l'évolution des paradigmes et des cultures de travail...

Une explication possible du retard d'adaptation des périmètres de compétences des paramédicaux découlerait du cloisonnement des cultures professionnelles paramédicales et de santé. Ces dernières ont de identités corporatives fortes. A ce sujet, Mme. Marisol Touraine -Ministre des Affaires Sociales et de la Santé- affirmait le 5 octobre dernier (au sujet de la reprise des réformes de la formation paramédicale) « *Il y a des évolutions qui se font d'abord dans les attentes et les mentalités* ».

Le périmètre d'activités (matérialisé souvent par les décrets d'acte) constitue un repère essentiel de la culture et de l'identité des professions de santé. Les professionnels de santé en France demeurent ainsi fortement attachés à leurs périmètres de compétences et attentifs à leur stabilité juridique. De cette manière, pour décloisonner les différentes formations paramédicales, il conviendrait d'abord de décloisonner en amont les « relations psychologiques » de travail entre les différents métiers de santé (condition essentielle, , pour le développement concret des coopérations et des pratiques avancées). Dépasser, donc, les cultures corporatives, hiérarchisantes, le « reflexe réglementaire » et les paradigmes « étatique » et « médico-centré », à l'origine d'une partie de ces cloisonnements.

Dans cet ordre d'idées, le lien de subordination au corps médical (que trahit l'expression même d'«auxiliaire médical ») est d'ores-et-déjà fortement décrié par l'ensemble des corps paramédicaux comme étant contraire à la logique de complémentarité, de coopération et de coordination –qui devrait aujourd'hui prévaloir à la logique hiérarchique traditionnelle de l'organisation des soins.

Mais en cherchant à proscrire l'expression de « professions paramédicales », les professionnels paramédicaux risquent toutefois de supprimer également le principal lien qui les unit encore « en droit » (et qui demeure, par ailleurs, constitutif de la dénomination même de leur filière professionnelle). Malgré le caractère atavique de l'expression, ils pourraient en avoir toutefois besoin pour mieux implémenter, à l'avenir, les dispositifs de coopération et des pratiques avancées (dans leur dimension de délégation).

Au delà du cloisonnement des cultures professionnelles, et pour mieux comprendre le retard d'adaptation du périmètre d'activité des professions paramédicales, il convient également de rappeler que la filière paramédicale constitue, avant tout, une filière éminemment réglementée.

L'évolution de la formation paramédicale est surtout une question de droit

A partir des années 1980-1990, l'évolution des périmètres d'activité des professions paramédicales semble être devenue de plus en plus laborieuse. La responsabilisation juridique et individuelle des professionnels de santé en est certainement une raison de ceci. Mais, en réalité, la difficulté pour faire évoluer les périmètres de compétences (et concrètement les décrets d'acte) découle plus largement du caractère rigide et systémique du cadre réglementaire. En effet, les métiers paramédicaux ont connu à partir des années 1950 un développement exponentiel de leur encadrement administratif, réglementaire et juridique (fortement lié au développement administratif du système public de santé).

Ainsi fait-on référence aujourd'hui en France aux métiers paramédicaux comme à des professions éminemment « réglementées » ; toute réforme impliquant, par là, un passage par la norme (souvent au niveau national). Le renforcement de ce caractère réglementé de la filière a ainsi ralenti progressivement l'adaptation spontanée des périmètres d'activités entre métiers lesquels, historiquement se répartissaient de manière plus ou moins « spontanée » les gestes et tâches sous l'autorité médicale.

Du fait de l'approfondissement de la réglementation, au fur et à mesure que de nouveaux besoins, compétences ou spécialités de santé sont apparus, la France a opté de plus en plus souvent (à partir des années 1960) par la création nouvelles filières professionnelles au lieu, par exemple, de procéder à une déréglementation de la filière ou de favoriser la ramification des corps professionnels existants en spécialités (les trois spécialités infirmières faisant toutefois exception à cet égard –ayant été créées respectivement en 1945, 1971 et 1988⁶).

Aujourd'hui, plusieurs experts prônent un assouplissement des périmètres d'exercice des professions paramédicales, à l'image des Etats-Unis, de l'Allemagne ou de l'Angleterre.

Mise en perspective de la première vague de réforme de la formation paramédicale (2004–2010)

Une première vague de réforme de la formation paramédicale a été lancée en France en 2004 et semble avoir été suspendue entre 2010 et 2012. De l'avis des autorités centrales, cet arrêt a fait suite aux importants bouleversements introduits par la loi HPST en 2009 (Cf. infra). Cette première vague de réforme (2004 – 2010) a été menée, en effet,

⁶ Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture ; décret n° 71-388 du 21 mai 1971 modifié portant création d'un diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire ; Décret n° 88-903 du 30 août 1988 modifié créant un diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

dans un contexte institutionnel particulier. Elle a coïncidé avec une période de grandes réformes institutionnelles en France, à la fois du système de santé et de la formation. La première vague de réforme de la formation paramédicale a ainsi coïncidé avec les réformes :

- de l'hôpital (2003, 2006)
- du système national de santé (2004),
- de la régionalisation des politiques publiques (acte II de la décentralisation, 2004),
- de la formation professionnelle (lois des 2 et 19 février 2007),
- de l'université (loi LRU, 2007)
- du système territorial de santé (Loi HPST, 2009).

Le périmètre de ces réformes, à l'évidence, dépassait largement celui de la formation paramédicale. En conséquence, pendant cette vague, la réforme de la formation a été parfois traitée (à tort) comme une réforme subsidiaire ou « corollaire » de ces réformes « macro », et non comme une réforme en soi.

Cinq formations paramédicales (Aide-Soignante – au niveau V-, Infirmier, Masseur-Kinésithérapeute, Pédiacre-Podologue et Orthophoniste) – parmi plus d'une vingtaine de professions connues- ont ainsi été réformées (ou amorcées) à partir de 2005. Ce processus de réforme a été le plus souvent connu sous le label de « réforme LMD », « d'universitarisation », « d'européanisation » mais aussi « de réforme par approche par compétences ». Malgré ces étiquettes –en apparence générales- il est toutefois possible d'affirmer que le processus de réforme de la formation paramédicale n'a pas été, en réalité, ni unitaire ni homogène, car chaque formation a été réformée de manière plutôt séquentielle et indépendante.

Les logiques derrière les premières réformes de la formation paramédicale

Les pouvoirs centraux ont opté à partir de 2004 par la voie d'une réforme « formation par formation », fondée sur la concertation et le compromis. De ce fait, les considérations institutionnelles et statutaires ont progressivement pris une place prépondérante dans les négociations (par rapport, parfois à d'autres considérations de fond). Le résultat des réformes a été notablement caractérisé par une démultiplication des autorités, tutelles et acteurs de la formation paramédicale.

Cette logique de réforme concertée et « formation par formation » (cela est, profession par profession) répondait, selon les pouvoirs centraux, à plusieurs nécessités. D'abord, à celle de garantir la faisabilité de la réforme. En segmentant la réforme « formation par formation », les pouvoirs publics réussissaient à limiter le nombre d'interlocuteurs et, par là, des intérêts potentiellement divergents. Il s'agissait, également, de rendre possible la réforme dans un laps court (ce qu'une réforme globale de la formation paramédicale

aurait rendu plus difficile). Finalement, la logique de réforme « formation par formation » avait pour objectif de garantir une cohérence entre l'architecture des formations et les besoins de chaque profession sur le terrain en termes de compétences.

Mais cette même logique de réforme « formation par formation » a eu aussi des effets indésirables. D'une part, elle a empêché de concevoir de manière articulée la réforme des formations paramédicales -inhibant d'emblée de nombreuses « mutualisations » et synergies possibles entre formations et entre établissements de formation.

Cette logique de réforme a favorisé également que des considérations économiques, institutionnelles, statutaires et corporatives puissent avoir pris souvent le pas, dans les arbitrages, à de nombreuses considérations d'ordre pédagogique, d'équilibre territorial ou de santé publique. Un exemple de cette « surreprésentation » des considérations institutionnelles et corporatives est que « l'universitarisation » des formations de niveau I, II et III a progressivement concentré l'attention et les débats, souvent au dépens de l'avenir des formations déjà universitaires, ou des formations de niveau IV et V.

Les discussions autour de la réforme des formations paramédicales en France sont ainsi demeurées majoritairement portées sur des problématiques d'ordre institutionnel, statutaire et corporatif ; le principal débat demeurant encore aujourd'hui celui des maquettes institutionnelles possibles pour la formation paramédicale (universitarisation, grandes écoles, UFR de santé, etc.). Cette relative « fixation » a eu à son tour des effets secondaires sur le processus de réforme lui même, et notamment un certain « empressement » dans la mise en place de réformes. Ainsi, la CPU reconnaissait dès 2009 « *le caractère un peu précipité qui a procédé à la mise en place de l'universitarisation*⁷ ».

Malgré l'existence de quelques repères et caps communs de réforme (comme la mise en place des référentiels, l'impulsion de la recherche et la valorisation statutaire), il est ainsi possible d'affirmer que la première vague de réforme de la formation paramédicale semble avoir été dépourvue d'un cadre général permettant une évolution articulée des formations paramédicales.

Lors de sa visite du salon infirmier mercredi 24 octobre 2012⁸, Mme. Marisol Touraine a désormais marqué le lancement d'une nouvelle vague de réformes, en rupture apparente avec ces logiques de réforme en vigueur entre 2004 et 2010. Dans son discours, elle a ainsi mis en exergue l'importance de l'articulation des formations de santé. Plus précisément, elle a annoncé le développement des formations communes entre professionnels de santé, en faisant de celui-ci l'un des trois axes prioritaires de son « *pacte de confiance pour l'hôpital* » dans son volet « coopération ». A cette occasion, elle a souhaité, plus expressément :

⁷ Cf. Lettre d'information de la CPU (conférence des présidents d'université) 17 septembre 2009 - n°16
http://www.cpu.fr/Lettre_d_information_du_17_sep.887.0.html

⁸ <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/25eme-anniversaire-du-salon,15312.html>

- La poursuite de l'universitarisation
- Le décloisonnement des formations paramédicales, et de santé (plus largement), avec notamment des temps communs de formation entre personnel médical et non médical
- La construction de parcours de formation articulés autour d'un socle commun de connaissances
- Le développement de la recherche et des doctorats en sciences infirmières

La réforme de la formation paramédicale et ses écueils

Réformer la formation paramédicale en France n'est pas une tâche aisée. Avant tout par la complexité et le caractère multiforme de la filière mais, aussi, car le législateur et le gouvernement arbitrent sous pression : sous pression par rapport à l'efficacité des politiques publiques, mais également sous pression par rapport à des équilibres budgétaires que l'on sait contraints. La difficulté de réformer vient également de la complexité et la lourdeur du cadre juridique du monde paramédical en France –dont nous parlions-, autant que des cultures corporatives de la filière et de la multiplicité des acteurs.

Ces difficultés s'accroissent si l'on considère que la formation paramédicale se situe à la charnière entre la formation initiale et supérieure, professionnelle et continue, entre le secteur privé et public, entre les professions salariées, cadres et libérales....

Par ailleurs, la volonté de réforme se heurte sur le terrain au caractère hétérogène des établissements et formations : les nombreux rapports intervenus pendant la dernière décennie n'ont pas manqué de souligner d'importantes disparités territoriales, administratives, budgétaires, pédagogiques, qualitatives et quantitatives qui subsistent entre régions comme entre instituts de formation, rendant difficile toute généralisation sur la situation actuelle ou sur la dimension institutionnelle de la formation paramédicale en France.

Or, cette hétérogénéité et cette complexité ne semblent guère se résorber actuellement, mais semblent être plutôt attisées par les forces actives de la régionalisation, de la spécialisation des professions paramédicales, de l'autonomie des universités et du principe de libre conventionnement régissant les GCS.

Il convient de préciser en outre que les réformes engagées depuis 2004, en cherchant le compromis, ne semblent pas avoir apporté des beaucoup de gages de cohérence à ce système. D'abord, car elles ont démultiplié les acteurs administratifs de la formation paramédicale (en créant, par exemple les ARS et DRJSCS), et ensuite car elles ont créé parallèlement des rôles supplémentaires pour les Universités et les Régions.

Par ailleurs, ces réformes semblent avoir complexifié les rapports des établissements de formation avec leurs interlocuteurs et tutelles préexistants –et en particulier avec les établissements de santé / autorités de gestion.

Ce foisonnement d'interlocuteurs et de tutelles s'exerçant actuellement sur les instituts de formation est aujourd'hui vécu par de nombreux directeurs comme un vecteur de contrôle et de bureaucratie, davantage que comme un levier de qualité, de bonne gestion ou de qualité pédagogique.

Il semblerait toutefois que, malgré la prévalence de ces fortes disparités, la décentralisation de la formation professionnelle en 2004 ait globalement accru les moyens financiers à disposition des instituts de formation paramédicale (Cf. rapport Le Taillandier, 2010⁹), tout en préservant les disparités préexistantes.

Ainsi, de l'avis de nombreux directeurs d'institut, la diversité territoriale de la formation paramédicale serait aujourd'hui davantage liée aux conditions administratives régionales et aux conditions économiques des instituts qu'à un véritable souci d'adaptation pédagogique des instituts aux besoins des territoires.

Les principaux enjeux pour la réforme paramédicale

Après deux ans de relative accalmie sur le front des réformes, une deuxième vague semble se lever aujourd'hui. Le 05 octobre 2012, puis le 24, la Ministre des affaires sociales et de la Santé confirmait ainsi vouloir relancer le processus de réforme, et en particulier celui de « l'Universitarisation ». Face à cette volonté de remise en marche des réformes, les différents acteurs se repositionnent aujourd'hui.

Dans ce contexte, trois enjeux centraux semblent se dessiner pour la réforme de la formation paramédicale dans les années à venir. Le premier est celui d'accorder une autonomie de gestion aux établissements de formation, compatible avec les objectifs institutionnels d'universitarisation, de régionalisation, d'eupéanisation et de rationalisation des formations. A ce propos, Mme. la Ministre a affirmé que l'un des objectifs de la réforme serait de « *la valorisation des compétences de l'ensemble des professionnels, en garantissant l'autonomie de chaque acteur* »¹⁰. Cet enjeu d'autonomie est important dans la mesure où il permettra aux établissements d'anticiper sur les besoins des territoires, de s'adapter à leur environnement institutionnel régional et de relever les défis pédagogiques qu'ils confrontent par rapport à l'évolution des métiers paramédicaux.

Le deuxième enjeu serait de dépasser la logique de réforme « formation par formation », pour donner plus de cohérence à l'architecture des différentes formations et valoriser les synergies possibles.

⁹ Rapport *Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes*

LE TAILLANDIER DE GABORY Vincent, Ministère de la Santé, avril 2010

¹⁰ http://www.dailymotion.com/video/xu4n2l_discours-de-marisol-touraine-ministre-de-la-sante-aux-liberaux-de-sante_news

Le troisième enjeu serait d'éviter, lors de la nouvelle vague de réforme qui semble s'enclencher aujourd'hui, que les considérations institutionnelles et corporatives n'éclipsent les arguments d'ordre pédagogique, professionnel et de santé publique dans les réflexions de réforme. Ainsi, la circulaire N° DGOS/RH1/2012/317 du 9 août 2012¹¹ invitait les instituts de formation paramédicale à prendre en compte les plans de santé publique en vigueur dans la formation initiale des étudiants.

Il convient de rappeler à ce sujet que l'architecture institutionnelle des formations paramédicales ne saurait constituer, à elle seule, une garantie de qualité de la formation paramédicale en France ; qualité qui sera évaluée, en revanche (selon les interlocuteurs de ce rapport), par rapport aux réponses que les réformes à venir sauront apporter en matière de :

1. Qualité et homogénéité pédagogique,
2. Adaptation aux besoins des territoires en matière de santé publique
3. Cohérence des formations avec l'évolution des métiers paramédicaux.

Pour mettre ces priorités au cœur de la réforme, il demeure essentiel aujourd'hui de dépasser les considérations institutionnelles et remettre des arguments de fond au centre de la réforme de la formation paramédicale.

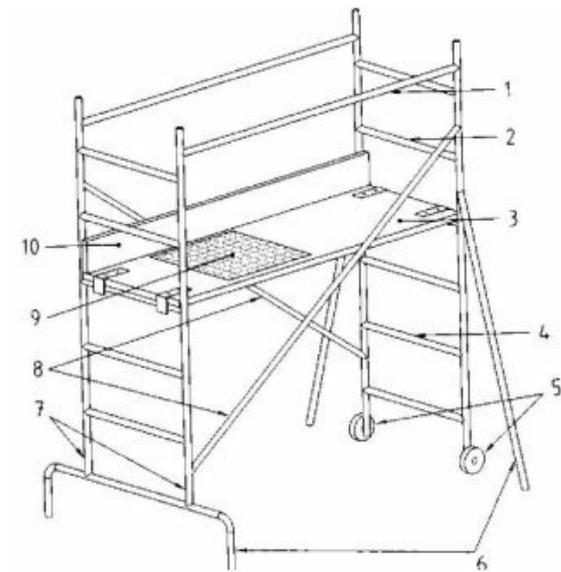
Conscients et porteurs de l'ensemble de ces questionnements et défis, les directeurs d'institut de formation ont pourtant exprimé dans nos entretiens un sentiment d'avoir été, jusqu'à présent, relativement peu entendus par les pouvoirs centraux dans le cadre de leur propre réforme.

Ils sont conscients que leur principal handicap à cet égard est leur difficulté pour se fédérer et pour se coordonner. Ils ont attribué cette difficulté à quatre grands facteurs : 1) les différences de taille et d'activité des instituts de formation entre eux, 2) les différences des pratiques administratives d'une région à une autre, 3) les différences du cadre juridique entre formations et 4) l'éloignement des métiers paramédicaux eux-mêmes, avec des cultures corporatives fortes et cloisonnées.

C'est pourquoi l'ANDEP a commandité cette étude, dont l'objectif est de donner des éléments de prospective et de fond aux directeurs d'institut de formation pour la nouvelle vague de réforme qui semble se lever aujourd'hui.

¹¹ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/08/cir_35671.pdf

Cadrage de cette étude



Cadrage de l'étude

1. Structure de cette étude :

La structure de cette étude est la suivante : après avoir effectué en première partie un **survol général des métiers paramédicaux et de la structure institutionnelle actuelle des formations paramédicales (partie I)**, cette étude évoque quelques **questions concrètes qui se posent aujourd'hui et à court terme pour définir l'avenir des formations paramédicales (partie II)**. Elle traite ensuite de **l'évolution possible des rôles des différents acteurs de la formation paramédicale en France (partie III)**. En quatrième partie, cette étude appréhende les **tendances lourdes d'évolution à moyen terme de la formation paramédicale en France (universitarisation, européanisation, régionalisation)** -à horizon 5 ans, partie IV -. A long terme (et finalement - **partie V**), **cette étude survole les phénomènes de fond en matière de santé publique, d'évolution des métiers paramédicaux et d'évolution pédagogique** qui devraient guider la structure institutionnelle de la formation paramédicale à long terme.

Nous osons espérer que l'identification des ces moteurs d'évolution, à l'œuvre aujourd'hui, nous aura permis de déduire, sinon les formes institutionnelles exactes que prendra la formation paramédicale à l'avenir, du moins les principaux éléments du *cahier de charges* auquel ces dernières devront répondre à l'avenir ; en espérant que les réformes futures chercheront à répondre à ces besoins exprimés.

2. Méthodologie employée dans cette étude

Etendue sur 6 mois, cette étude s'est d'abord fondée sur un examen documentaire important. Par la nature réglementée des professions et de la formation paramédicale, la première source documentaire de cette étude a été le cadre normatif, et en particulier les textes conformant le Code de la Santé Publique (CSP).

Cette même nature explique que les études et rapports commandés ou effectués par les pouvoirs publics décisionnaires et régulateurs (IGAS, DREES, Ministères...) constituent la deuxième source documentaire primordiale pour ce rapport. Ainsi, ont précédé et alimenté le présent, de nombreux rapports comme celui de M. Berland en 2002¹² et 2007¹³, de M. Debouzie en 2003¹⁴, de MM. Morelle, Veyret et Lesage en 2008¹⁵ et de

¹² Rapport de la mission *Démographie des professions de santé* - Novembre 2002

Présidé par M. le Professeur Yvon BERLAND

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//024000643/0000.pdf>

¹³ Rapport *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*

Présidé par M. le Professeur Yvon BERLAND – 2007

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf

¹⁴ Rapport de la *Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé* - Juillet 2003

Présidé par M. Domitien DEBOUZIE – ministères de la jeunesse, de l'éducation nationale, et de la recherche, la santé, de la famille, et des personnes handicapées.

MM. Hénart, Berland et de Mme Cadet en 2011¹⁶, sans oublier celui de Mme. de Singly en 2009¹⁷ et de M. De Taillandier en 2010¹⁸ ou encore ceux du CEFIEC, par exemple. Le lecteur pourra trouver, au fur et à mesure de sa lecture, les sources documentaires de cette étude en note de pied de page.

L'information de terrain qui constitue la matière vive de ce compte-rendu est composée par une trentaine d'entretiens, effectués auprès d'une vingtaine d'experts représentatifs des différents acteurs de la formation paramédicale en France. (CF. liste annexe). Le choix des interlocuteurs a été effectué de manière à couvrir un panel représentatif des acteurs présents dans le monde de la formation paramédicale. Ainsi, les entretiens se sont adressés en grande majorité à des acteurs du secteur public (très majoritaire dans le secteur).

Le caractère politique et actuel du thème a également focalisé notre attention sur des experts « professionnels », d'avantage qu'académiques. Ces experts, ont par ailleurs recouvert l'ensemble de la hiérarchie décisionnaire administrative : depuis les ministères jusqu'aux directeurs d'établissement de formation, en passant par des directeurs d'établissement de soins et des représentants de conseils régionaux, des DRJSCS, de la Croix-Rouge et des experts académiques, sans oublier quelques étudiants en entretien informel. Ces entretiens ont été semi-directifs et sur guide d'entretien ouvert. Nous tenons à remercier d'emblée l'ensemble de nos interlocuteurs, d'horizons très divers, de la qualité de leurs perspectives, de la clarté de leur positionnement et simplement d'avoir rendu cette étude possible.

Pour dépasser leur posture officielle (incertaine et peu éloquente en période électorale), les interlocuteurs ont été interpellés non pas en tant que représentants de leurs respectives fonctions et structures, mais bien en tant qu'experts. Ainsi, les propos recueillis dans le cadre de cette étude ne sauraient engager les organismes de nos interlocuteurs. Dans cet ordre d'idées, l'anonymat des propos a été également garanti aux interlocuteurs contactés pour cette étude, et le lecteur ne trouvera guère de citations en provenance des entretiens oraux effectués, dont les compte-rendus ont été conservés exclusivement par INTERFACE.

http://www.educpros.fr/uploads/media/9682_Rapport_Debouzie.pdf

¹⁵ Rapport *Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales* - septembre 2008 MORELLE Aquilino, VEYRET Jacques, LESAGE Gérard, ACKER Dominique et NOIRE Dominique – IGAS, l'IGAENR, l'IGF et CGES

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//084000641/0000.pdf>

¹⁶ Rapport *relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire*

HENART Laurent, BERLAND Yvon et CADET Danielle - 2011

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

¹⁷ Rapport de la mission *cadres hospitaliers*

De SINGLY, Chantal

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf

¹⁸ Rapport *Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes*

LE TAILLANDIER DE GABORY Vincent, Ministère de la Santé, avril 2010,

INTERFACE est un cabinet indépendant. Cette étude est avant tout une enquête d'analyse et non un argumentaire.

3. Contexte de réalisation de l'enquête

La principale difficulté de cette étude a résidé probablement dans sa période de réalisation, correspondant à l'hiver 2011- printemps 2012. Cette période d'enquête a coïncidé avec l'état de suspension (ou de fort ralentissement, du moins) de la première vague de réformes de la formation paramédicale, initiée en 2004. Selon nos entretiens, une nouvelle vague de réformes devrait se lever à partir de 2012, à laquelle participeront probablement des considérations différentes à celles qui ont déterminé la vague 2004 – 2010.

Le contexte de cette étude a été avant tout caractérisé par une période électorale présidentielle et législative longtemps incertaine en France ; expliquant la réticence de plusieurs interlocuteurs à répondre d'un point de vue officiel à cette étude, ou à être nommément cités.

Cette étude s'est également déroulée à un moment où l'attention des acteurs demeurait fortement concentrée autour des enjeux de « l'universitarisation ». De ce fait, il est important de noter une relative surreprésentation de cette question dans les entretiens . Elle a été plus citée, par exemple, que des questions autrement cruciales (en matière de financement et de santé publique), comme celles du rallongement progressif des études paramédicales, de l'accompagnement par la formation des « pratiques avancées » ou de la généralisation du niveau Bac+3 (L) et bac +5 (M). L'universitarisation a été également citée davantage que l'impact de la valorisation statutaire des formations de catégorie II et III (la promotion en catégorie A des infirmières), par exemple.

Mais cette étude s'est inscrite également dans un contexte :

- de crise économique (surtout du secteur public), qui amplifie l'importance accordée par les acteurs publics aux questions de financement, de rationalisation du nombre d'instituts, des activités et de coûts.
- de consolidation de la régionalisation du système de santé (acte II de la décentralisation – 2004 / loi HPST de 2009), qui privilégie l'échelon régional comme cadre de réflexion.
- de réforme de la formation supérieure (Loi LRU de 2007), qui incite les universités à vouloir s'impliquer davantage dans la formation paramédicale, mais qui permet également à chaque université d'avoir une position individuelle sur le sujet.
- de sédimentation de la réforme de la formation professionnelle (Acte II de la décentralisation en 2004), qui soulève la question de l'appartenance de la formation paramédicale à la sphère de la formation professionnelle et/ou à celle de l'enseignement supérieur.



I. Panorama général des métiers et des formations paramédicales

I. Panorama général des métiers et des formations paramédicales

1. Quelques données de base sur les professionnels paramédicaux en France

1. Les paramédicaux en volumes :

En 2010 et 2011, on décomptait en France plus d'un million cent mille personnes exerçant une profession paramédicale (variant selon les sources), soit une personne active sur 28. On dénombre ainsi aujourd'hui en métropole quelque 534.378 infirmiers (dont 11.095 puéricultrices), 330.000 aides-soignants, 70.780 masseurs-kinésithérapeutes, 35.000 ambulanciers, 28.753 manipulateurs en électroradiologie médicale (ERM), 23.307 opticiens-lunetiers, 19.963 orthophonistes, 11.579 pédicures-podologues, , 7.819 psychomotriciens, 7.535 ergothérapeutes, 7.168 diététiciens, 6.000 auxiliaires de puériculture, 3.396 orthoptistes, 2.437 audio-prothésistes, 1.057 orthopédiste-orthésistes, 477 podo-orthésistes et 36 ophtalmologistes en exercice¹⁹.

Stricto sensu, le CSP ne reconnaît cependant aujourd'hui que 13 professions paramédicales ²⁰ : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthoptistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, prothésistes, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, orthésistes et diététiciens ; laissant ainsi de côté, notamment, les formations « d'auxiliaire ».

¹⁹ Données compilées par INTERFACE. Sources: estimations DRESS et organisations professionnelles dont SICART Daniel, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011*
DREES document de travail n° 158 – juillet 2011 <<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat158-3.pdf>>
et dossier « Les métiers du paramédical » (05/12/2011) du site www.lesmetiers.net

Cf. http://www.lesmetiers.net/orientation/p1_195880/les-metiers-du-paramedical?dossiercomplet=true

²⁰ Le code de la santé publique répartit, dans les titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie, les auxiliaires médicaux en professions ou groupes de professions :

Titre Ier -Profession d'infirmier ou d'infirmière (articles L4311-1 à L4314-6)

Titre II - Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue

- Masseur-kinésithérapeute (articles L4321-1 à L4321-21)

- Pédicure-podologue (articles L4322-1 à L4322-14)

Titre III - Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien

- Ergothérapeute (articles L4331-1 à L4331-5)

- Psychomotricien (articles L4332-1 à L4332-5)

Titre IV – Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste

- Orthophoniste (articles L4341-1 à L4341-6)

- Orthoptiste (articles L4342-1 à L4342-4)

Titre V - Manipulateur d'électroradiologie médicale (articles L4351-1 à L4353-2)

Titre VI - Professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésistes et d'orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées

- Audioprothésiste (articles L4361-1 à L4361-8)

- Opticien-lunetier (articles L4362-1 à L4362-11)

- Prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (article L4364-1)

Titre VII Profession de diététicien (articles L4371-1 à L4372-2)

Il existe ainsi en France aujourd'hui bien plus de professionnels paramédicaux que de professionnels médicaux, le nombre d'infirmiers doublant aujourd'hui -à lui seul- celui de tous les professionnels médicaux réunis (les médecins étant 212.000, les pharmaciens 75.000 et les sages-femmes 19.200 en 2011)²¹. Malgré l'existence de simulations, il n'existe cependant pas aujourd'hui -à notre connaissance- des estimations solides sur le volume ou la répartition géographique de l'ensemble des professionnels paramédicaux à horizon 2020. Cependant, il est courant de transposer des estimations ou des simulations corrélées au comportement des populations infirmières, avec un pondérateur de 2,2²². On considère, selon ce patron, que la France devrait compter plus de 1.300.000 professionnels paramédicaux en 2020, pour quelques 600.000 infirmier(e)s, avec un fort tropisme littoral et urbain -notoirement métropolitain.

Malgré des intitulés officiels masculins, les métiers paramédicaux sont exercés à plus de 82% par des femmes -à l'exception notable du métier de Masseur-Kinésithérapeute. Et bien qu'ils puissent, pour leur plupart, être exercés en *libéral* (cela est, à titre personnel ou en dehors d'un établissement), les professionnels paramédicaux sont très majoritairement salariés, à 85,4%²³. Parmi ces derniers, 71,5% travaillent aujourd'hui dans les hôpitaux et cliniques, en centre médico-social, maison de retraite, cabinet médical, ou en centre d'imagerie médicale ou laboratoire d'analyse.

Ainsi, la grande majorité des infirmiers travaillent aujourd'hui dans des établissements de santé publics ou privés (à 72,7%), et à 12,9% dans des établissements extrahospitaliers -notamment dans des maisons de retraite, dans des entreprises ou encore dans des associations à caractère humanitaire. Seulement 14,2% exercent dans le secteur libéral²⁴ et plus de 200.000 professionnels paramédicaux (17%) exercent leur métier en Île-de-France²⁵.

Cette forte préférence des paramédicaux pour le salariat et pour les bassins métropolitains pose aujourd'hui problème, alors que deviennent pressants les besoins en paramédicaux libéraux, ruraux et fortement mobiles (exerçant en dehors des établissements de santé) : par les phénomènes du vieillissement, par la réduction de l'hospitalisation, la désertification hospitalière de certaines zones rurales, par l'essor de la dépendance, et par l'explosion des soins à domicile et des soins palliatifs. De l'avis des experts universitaires consultés pour cette étude, des réflexions sont aujourd'hui menées à ce sujet, notamment au sujet de la figure des maisons de santé²⁶ ; et des réflexions émergent aujourd'hui

²¹ BARLET Muriel & CAVILLO Marie, *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030, un exercice de projections aux niveaux national et régional*, Etudes et résultats (DREES) N° 760 • mai 2011

²² Cf. Tableau 1 in BARLET Muriel & CAVILLO Marie, *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030, un exercice de projections aux niveaux national et régional*, Op.Cit

²³ Document de travail de la DREES - *La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles*
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud101-2.pdf>

²⁴ Cf. <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-metiers/Les-metiers-soignants/Infirmier-IDE>

²⁵ Etude OREF (observatoire régional de l'emploi et de la formation) Ile-de-France - 2011

²⁶ Les maisons de santé (aujourd'hui encore inexistantes, à notre connaissance) sont censées être constituées par des professionnels de santé mais peuvent associer des personnels médico-sociaux. Elles assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention, d'éducation pour la

également au sujet d'une possible itinérance des professionnels rattachés à des établissements des soins.

Les métiers paramédicaux sont divers, et diversement rémunérés. Ainsi, un directeur des soins de 1ère classe (échelon fonctionnel 8 – indice majoré 783) reçoit une rémunération de 3.607,44 euros brute, un cadre infirmier supérieur (indice majoré 642, échelon 6) reçoit dans le secteur public un traitement de 3.017 euros brut. Une IDE perçoit à l'échelon 1 une rémunération de 1.513 euros (indice 335), et de 2.500 euros au onzième échelon (correspondant à l'indice 566). Une aide-soignante de classe normale ou une auxiliaire de puériculture de classe normale débutante (échelle 4 - échelon 1 – indice majoré 325) gagnent aujourd'hui 1.504,75 euros bruts. Ces écarts s'accroissent si l'on tient en compte des conditions d'exercice en établissement privé ou en libéral, et sont particulièrement importants concernant les masseurs-kinésithérapeutes.

Les professions paramédicales sont aujourd'hui parmi les plus valorisées dans l'estime des français. Ainsi, dans l'enquête Ipsos – France Soir de février 2011, les infirmières étaient les seules à recueillir l'unanimité parmi une vingtaine de professions, avec 99% d'opinions positives²⁷.

2. Caractériser les métiers paramédicaux au delà des textes

Les métiers paramédicaux sont des professions éminemment réglementées, ayant comme principal repère juridique le Code de la Santé Publique (CSP), qui les dispose en trois catégories : 1) les professions médicales (médecins, sages-femmes et chirurgiens - dentistes) ; 2) les professions de la pharmacie (pharmaciens et préparateurs en pharmacie) et 3) les *professions d'auxiliaires médicaux*. Les métiers paramédicaux constituent cette troisième catégorie de métiers de santé, définie donc par le CSP.

Le caractère réglementé des métiers paramédicaux est dit *global* : il recouvre, métier par métier, depuis la définition des missions attribuées (ou domaines d'acte), aux conditions d'exercice. Il s'étend amplement à la formation, des programmes aux modalités d'enseignement et au recrutement. Ainsi les concours (voie primordiale d'accès aux principales formations) sont réglementés sur les contenus comme sur leurs modalités, et l'accès à la formation est régulé par un quota (*numerus clausus* en 2010 entre parenthèses) pour quatre professions : infirmier (30.629), masseurs-kinésithérapeutes (2.139), orthophonistes (790) et psychomotriciens (563).

santé et à des actions sociales. La loi HPST a ajouté désormais un nouvel alinéa à cette définition : « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434 2 [schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico sociale]

Cf. <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/loi-hpst-des-dispositions-importantes-en-lien-avec-les-maisons-de-sante>

²⁷ l'enquête Ifop - France Soir du 1^{er} février 2011, sondage « Le classement des métiers préférés des Français » http://www.ifop.com/media/poll/1396-1-study_file.pdf

Parmi les professions reconnues par le CSP, une majorité est encadrée par un décret d'exercice codifié (aussi appelé « décret d'acte » ou « de compétences ») qui décline strictement et de manière plutôt exhaustive le périmètre des gestes autorisés et des compétences dévolues et à ces professions. C'est le cas pour une dizaine de professions (correspondant strictement aux premiers titres du livre III du CSP).

Lesdits décrets sont souvent décriés pour leur rigidité, pour leur manque de logique systémique, pour leur caractère d'inventaire ou à cause du besoin de les adapter continuellement. La fin des décrets d'acte a été ainsi souvent invoquée à plusieurs reprises dans les entretiens par des professionnels et par des experts académiques ; invoquée au profit de normes d'application logique. Il convient toutefois de rappeler que les organisations professionnelles se montrent souvent très opposées à un changement de nature de ces textes.

Au delà des professions explicitement reconnues dans les titres du CSP, d'autres sont encadrées par des textes législatifs et/ou réglementaires de premier ordre : il s'agit là des aides-soignants, aides médico-psychologiques, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, conseillers en génétique, ostéopathes, préparateurs en pharmacie hospitalière, psychothérapeutes et techniciens en analyse biomédicale.

Ainsi, la notion de « professions paramédicales » ne constitue pas une catégorie homogène en droit, ou dont le périmètre puisse être circonscrit de manière satisfaisante par la norme seule. Leur recensement des métiers *par les textes* ne saurait ainsi être exhaustif, d'abord par leur nature changeante, mais aussi par le flou de leurs frontières. C'est pourquoi, de manière générale, on s'accorde à dépasser une caractérisation juridique des métiers et à regrouper les métiers paramédicaux en 4 grandes familles :

- 1. Métiers de soins** (très majoritaires, avec plus d'un million d'effectifs estimés) : Infirmier (dont 3 spécialités : anesthésiste /de bloc opératoire / puéricultrice²⁸), Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture,.
- 2. Métiers de la rééducation et de la relation corps-environnement** : Diététicien, Ergothérapeute, Masseur-kinésithérapeute, Orthophoniste, Orthoptiste, Podologue et Psychomotricien.
- 3. Métiers de la prothèse et de l'appareillage** : Ortho-Prothésiste, Orthopédiste-Orthésiste et Podo-Orthésiste²⁹, Prothésiste dentaire, Audio-prothésiste et Opticiens-lunetiers.

²⁸ Seule la profession d'infirmier reconnaît, en sus, trois spécialités : infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE), l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) et la puéricultrice diplômée d'Etat. Ces 3 spécialités sont inscrites dans le décret d'exercice des infirmiers et sous l'angle de la formation, mais ne font pas l'objet d'un titre spécifique dans le CSP

²⁹ Dans cette première famille, Il existe trois niveaux de qualification :

L'ouvrier qualifié travaillant en atelier est titulaire du CAP orthoprothésiste

Le technicien responsable d'atelier est titulaire du diplôme de technicien prothésiste-orthésiste

Le technicien supérieur est titulaire du BTS prothésiste-orthésiste.

4. **Métiers de l'assistance médico-technique** : Ambulancier, Manipulateur en électroradiologie médicale et Techniciens en analyses biomédicales (laborantin) et Oculariste³⁰
5. **Une tendance forte pour l'avenir des formations paramédicales est l'émergence actuelle de la compétence de recherche et d'assistance à la recherche et aux études bio-médicales, (constituant d'ores-et-déjà une compétence cœur dans le nouveau référentiel de compétences des infirmiers, par exemple).**

Il est ainsi fort possible que dans les années à venir **une cinquième famille** de métiers paramédicaux émerge de cette activité, et devienne ainsi une cinquième famille à laquelle feraient partie, par exemple, les techniciens en analyses biomédicales (profession existante). Cette nouvelle famille est fortement encouragée par l'émergence des masters et des doctorats en sciences paramédicales, ainsi que par l'émergence de métiers naissants de l'analyse bio-chimique et génétique, particulièrement dans les domaines de la neurologie, cardiologie, et myologie. Il est fort possible aussi que l'on assiste ainsi, dans les années à venir à l'émergence d'une nouvelle (ou de nouvelles) formation(s) ou spécialités à mi-chemin entre les soins et la recherche (dont le développement volontariste des doctorats).

Pour le moment et en synthèse, le secteur paramédical regroupe une vingtaine de métiers phares. Ils sont plus ou moins stabilisés et demeurent assez éloignés les uns des autres en termes de compétences et de pratiques. D'autres métiers (plus récents, moins exercés, moins représentés ou dont à reconnaissance individuelle récente - notamment dans le répertoire ADELI³¹), sont également associés à la famille des professions paramédicales. Il s'agit là, avant tout, du titre *d'ostéopathe* (employé par environ 6.000 professionnels, dont 5.817 Masseurs-kinésithérapeutes), mais aussi de celui de *chiropraticien* (ou kiropraticien), formé en établissement privé, et dont l'exercice a été légalisé par le Décret n°2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropratique³². La « sophrologie » ou « thérapie respiratoire » est également une pratique candidate depuis quelques décennies au label paramédical.

³⁰ depuis le décret du 10 Aout 2005

³¹ ADELI est une base de données nationale sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. Le numéro ADELI figure sur la Carte de professionnel de santé (CPS) pour des professionnels relevant du code de la santé publique
<http://www.sante.gouv.fr/repertoire-adel.html>

³² Cf. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023387301&categorieLien=id>

3. Des métiers fortement attractifs dans leur ensemble :

Les métiers paramédicaux bénéficient d'une image de « valeur refuge » sur le marché de l'emploi et d'une attractivité importante au regard des jeunes français. Cela s'explique par quelques raisons essentielles:

- L'excellent taux d'emploi pour la plupart des professionnels, dans un marché d'emploi réglementé et relativement protégé au niveau de l'entrée. Dans un contexte économique morose et malgré une grande diversité (de statuts, de métiers et de conditions d'exercice), il est possible d'affirmer que l'emploi des professionnels paramédicaux demeure aujourd'hui exceptionnel en France³³, notamment pour les professionnels des soins et de rééducation (avec un taux de chômage entre 2% et 6% - inférieur au chômage naturel)³⁴.
- La valorisation sociale des métiers (Cf. supra),
- La durée relativement courte des formations (souvent même rémunérées)
- Le caractère appliqué et professionnalisant des formations, caractérisées par l'expérience pédagogique de terrain directement en formation initiale (formations appliquées et stages)
- Une relative facilité pour trouver un emploi stable à la sortie immédiate des études - y compris dans le secteur public et dans le bassin d'emploi de son choix-, tout en conservant la mobilité possible et la possibilité de partir « en libéral »
- Du fait de la mobilité des professionnels paramédicales qui favorise relativement, les reconversions professionnelles (dans le secteur des services en milieu sanitaire et social, dans celui des « services à la personne »...)
- Enfin, le secteur paramédical demeure aujourd'hui relativement protégé à ce niveau en France – bien qu'étant ouvert, depuis 2004 à l'exercice pour des ressortissants communautaires (qualifiés et agréés)³⁵.

³³ Dans les cinq premières années d'exercice infirmier, par exemple, le taux de chômage est l'un des plus faibles de toutes les formations de même niveau : 0,7%

³⁴ En début de carrière...

Diplôme et spécialité de formation	Part des femmes parmi les actifs (%)	Taux de chômage BIT (%)	Part d'emplois à temps partiel (%)	Part des cadres et professions intermédiaires (%)	Salaire médian (euros 2009)
Dip. paramédical et social de niveau CAP-BEP (Cf. aides-soignantes...)	93	6	15	2	1 350
Diplôme santé, niveau bac+2 (Cf. infirmières avant LMD)	84	2	16	98	1 680

In MARTINELLI Daniel et PROST Corinne, division Emploi, INSEE

Le domaine d'études est déterminant pour les débuts de carrière

Insee Première N°1313 - octobre 2010

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1313

³⁵ « La liste des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux mentionnée à l'article L. 4311-3 du code de la santé publique, délivrés conformément aux obligations communautaires par les Etats membres de l'Union européenne (...)

Ouvrent droit à l'exercice en France de la profession d'infirmier aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne (...)

In Arrêté du 10 juin 2004 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux délivrés par les Etats membres de l'Union européenne ou autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, mentionnée à l'article L. 4311-3 du code de la santé publique

2. Panorama général de la formation des professions paramédicales en France

1. Des formations fortement attractives dans leur ensemble :

Les atouts des professions constituent une partie importante du capital-attractivité des formations paramédicales elles-mêmes. Pourtant, dans certains départements ruraux (en particulier du centre de la France et en Champagne-Ardenne) certaines formations paramédicales peinent à recruter (infirmier, auxiliaire de puériculture, manipulateur en électroradiologie médicale...) et quelques employeurs à conserver durablement les professionnels (surtout dans les petites structures de soins)³⁶.

L'attractivité des formations paramédicales est ainsi bonne dans son ensemble ; cependant, elle peut être améliorée. Les principales causes de cela semblent tenir autant à des raisons « externes » (comme l'attractivité territoriale) qu'à des irrégularités dans l'attractivité des métiers paramédicaux eux-mêmes, qui souffre de quelques maillons fragiles. Il s'agit là surtout des contraintes liées à :

- La rémunération (salaires relativement contraints, peu évolutifs, parfois même plafonnés)
- Aux conditions de travail (horaires et charges de travail importantes, contraintes psychologiques importantes, sous-effectifs)
- Aux perspectives de carrière limitées
- Au sentiment de subordination à l'égard du corps médical.

Il demeure toutefois, concernant les études infirmières, qu'une part de ces fragilités d'attractivité est d'ores-et-déjà mitigée par la récente valorisation statutaire, ainsi que par l'existence des 3 spécialités infirmières et des pratiques émergentes (comme celle de stomatérapeute). Par contraste, la consolidation de la recherche paramédicale (Cf. *supra*) reste une dimension à développer pour augmenter l'attractivité des filières paramédicales.

L'amélioration de l'attractivité des formations paramédicales dépendra en bonne mesure de la valorisation académique des formations, ainsi que de la capacité des professionnels d'investir le cadre des coopérations, de la délégation et des pratiques avancées dans un futur proche. Selon les entretiens effectués auprès des directeurs d'institut de formation, l'attractivité des formations paramédicales demeure pourtant une véritable question et, au fond, un véritable enjeu de santé publique pour les années à venir.

³⁶ Cf. Programme *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales*
http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/attractivite_fidélisation_pro_paramed-9.pdf

2. Données essentielles sur les instituts paramédicaux:

Il est difficile d'établir avec exactitude le nombre des instituts paramédicaux, en bonne partie car ils sont souvent regroupés de fait autour d'un IFSI, d'un lycée ou d'un centre de formation dépendant d'un établissement de santé. On estime cependant aujourd'hui à environ 1.000 établissements de formation paramédicale (tous métiers confondus), dont 70% seraient adossés à des établissements publics de santé. Celui-ci est, cependant, un recensement juridique, et non un recensement de sites. On recense ainsi 450 instituts d'aides-soignants, 350 IFSI, 90 d'auxiliaires de puériculture, 39 de kinésithérapie, 18 de manipulateurs en électroradiologie, 8 d'ergothérapeutes, 6 de psychomotriciens et 4 de techniciens d'analyse biomédicales³⁷.

L'INSEE estime aujourd'hui à 136.164 le nombre des étudiants dans les « écoles paramédicales et sociales »³⁸, dont 108 601 seraient des étudiants paramédicaux. Plus des deux tiers d'entre eux se préparant au métier d'infirmier, et 17% à celui d'aide-soignant³⁹. Ainsi, par rapport aux professionnels en exercice, le taux de renouvellement des professions paramédicales est de l'ordre de 10%. Ce renouvellement annuel demeure cependant contraint (par numerus clausus réglementé au niveau national) pour la majorité des étudiants paramédicaux –infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes essentiellement.

3. Des instituts divers et nombreux, pourtant dépourvus d'autonomie juridique

Malgré le fait que les instituts de formation aux aides-soignant(e)s soient plus nombreux, ces derniers souvent articulés autour d'un IFSI, pouvant également accueillir, au demeurant, de nombreux autres établissements et instituts dédiés à d'autres professions paramédicales (aide-soignant, spécialités infirmières, cadre de santé...). Le principal acteur de la formation paramédicale en France demeure ainsi aujourd'hui le réseau des quelques 350 IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) ; rattachés soit à un hôpital public, soit à une clinique privée, soit à l'association de la Croix-Rouge française. Aujourd'hui, 86% des IFSI sont rattachés à des hôpitaux publics, 4,7% à des établissements de santé privés à but non lucratif et 9% dépendent de la Croix-Rouge Française. On recense un seul IFSI relevant du privé lucratif : l'IFSI de l'Association Educative pour l'Hospitalisation Privée (AEHP) en Languedoc-Roussillon⁴⁰.

³⁷ Rapport Berland *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, 2008, Op. Cit
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf

³⁸ INSEE - Étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur public et privé en 2010-2011
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF07113

³⁹ DANTAN Sophie et MARQUIER Rémy, *Les étudiants en formations paramédicales en 2004*
Etudes et résultats – DREES - N° 540 • novembre 2006
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er540.pdf>

⁴⁰ CF. VIEZ, Marie-Claire, *Le financement des Instituts de formation en soins infirmiers*

FHP – Fédération de l'hospitalisation privée, direction des ressources documentaires - Septembre 2010

Les instituts de formation paramédicale, en général, n'ont pas de personnalité juridique propre (exceptés certains instituts privés ou comme ceux dépendant d'un GIP). Ils sont en général rattachés à un établissement de santé (CHRU, Clinique...) qui constitue leur centre de gestion, ou à un centre hospitalier de formation. On simplifie souvent, à tort ou à raison, en affirmant que les directeurs d'IFSI demeurent majoritairement subordonnés à la direction du centre hospitalier de gestion.

Les instituts de formation paramédicale participent à formation initiale, à la spécialisation, à la réorientation et à la formation continue des professionnels de santé.

4. La complexité de l'accès aux instituts de formation paramédicale :

Indépendamment de la durée d'études, la plupart des diplômes paramédicaux « post-bac » est homologuée en niveau III (selon la classification interministérielle des qualifications professionnelles), correspondant à un bac+2. « L'universitarisation » progressive est amenée à changer toutefois cet état de fait : ainsi, la promotion d'étudiants infirmiers 2009 -2012, s'est vue attribuer, pour la première fois, un diplôme d'Etat reconnu au grade de licence (bac +3) –niveau II– que les infirmiers n'atteignaient auparavant qu'au travers des trois spécialisations.

L'accès à la plupart de filières paramédicales est réservé aux titulaires du bac. Il se fait plus souvent par le moyen de concours (après une préparation éventuelle), les formations post-baccalauréat du secteur paramédical regroupant ainsi 83% des étudiants, notamment dans les métiers des soins et de la rééducation. Pour certaines filières, il est possible aussi d'intégrer les formations après avoir effectué une année d'études supérieures, tels les instituts de formation en masso-kinésithérapie, qui recrutent les étudiants après une PACES (première année commune aux études de santé). Les formations ouvertes aux titulaires du baccalauréat sont aussi ouvertes aux titulaires d'un titre admis en équivalence, ou d'une attestation de succès à un examen spécial d'entrée à l'Université, ou d'un diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU).

Cinq formations paramédicales sont cependant directement accessibles sans condition de diplôme, et n'exigent donc pas d'être bachelier. Les étudiants de niveau 3^{ème}, BEP ou CAP peuvent ainsi préparer plusieurs diplômes menant à trois métiers de soins (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, préparateur en pharmacie) et à deux métiers de la prothèse (prothésiste dentaire, orthoprothésiste). Des dérogations aux prérequis de diplôme sont prévues pour des épreuves d'admissibilité à de nombreuses autres formations sur condition de détention d'un diplôme homologué au niveau IV au répertoire national de certification professionnelle, ou d'un diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V, délivré dans le système français de formation initiale ou continue.

<http://documentation.fhp.fr/documents/16414S.pdf>

Dans le cadre de la rationalisation des formations de santé, est aujourd'hui contemplé la possibilité d'ouvrir la possibilité d'une voie d'accès aux formations paramédicales de soins après la PACES⁴¹, à l'instar d'une partie importante des instituts de masseurs-kinésithérapeutes, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, de manipulateurs d'électroradiologie médicale, de pédicures-podologues et de techniciens en analyses médicales.

Nous savons, par nos entretiens, que la sélectivité des formations varie de manière importante entre régions et entre instituts, mais nous manquons de statistiques consolidées au niveau national. D'après l'AURIF et l'OREF⁴², en Ile-de-France, il y aurait en IFSI une place pour deux postulants. Dans les formations d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, ce rapport est d'une place pour quatre à cinq postulants. Il est de moins d'une place pour dix candidats dans les filières de rééducation.

5. La formation paramédicale, un secteur réglementé

Les instituts paramédicaux (tout comme les professions auxquelles ils forment) sont réglementés au niveau national, en particulier par l'**Arrêté du 21 avril 2007** (modifié et codifié dans le CSP) **relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux**. Cependant, la plupart des diplômes paramédicaux relèvent également des articles L335-5 et 6 du Code de l'éducation (étant des diplômes à finalité professionnelle et en majorité « post-bac »).

6. La diversité des contenus, expression de la diversité de métiers :

Malgré une forte diversité, les formations paramédicales reposent essentiellement sur un socle de contenus double : d'une part, 1) des **contenus cliniques ou appliqués** (très variables, en fonction du métier), dont une partie essentielle est apprise en stage. D'autre part, des **contenus académiques**, portant sur des 2) des « sciences dures/exactes » (sciences médicales, biologie, chimie, physique...) ou sur 3) des « sciences humaines » (épidémiologie, psychologie, sociologie, économie, droit...). La part de ces domaines varie considérablement selon les familles de métiers et les formations.



⁴¹ http://www.letudiant.fr/metiers/avenir-sante/les-etudes-medicales_3/pcem1--passer-le-cap-de-la-premiere-annee.html

⁴² C. de BERNY-RICHE, L. THEVENOT et N. ROY (OREF Île-de-France) - *Regards croisés sur les métiers et formations du secteur sanitaire et social en Île-de-France*, février 2007

Notes rapides population – modes de vie N° 424 - IAURIF (Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Ile-de-France) et OREF (observatoire régional de l'emploi et de la formation)

http://www.oref-idf.org/docs/etudes/note-rapide-424_iaurif-oref_sanitaire-social_fev-2007.pdf

7. La durée d'études :

Le nombre d'heures de formation dans les programmes est fort variable d'une profession à l'autre. Il peut varier de 1 900 environ à plus de 4 000 heures. Les enseignements théoriques occupent entre 593 heures (audioprothésistes) et 2240 heures (infirmiers) avec une moyenne de 1 500 heures de formation théorique pour la majorité de formations.

Les écarts de durée de formation restent également importants et vont de un an (pour les aides-soignants, les ambulanciers et les auxiliaires de puériculture) à 4 ans d'études (pour les spécialités infirmières)⁴³, ou plus si l'on considère les cadres de santé, directeurs de soins, et actuels masters en pratiques avancées⁴⁴. Il existe en général un rapport direct entre le niveau des formations (dans la nomenclature ministérielle) et la durée des études.

Malgré cette diversité, quelques généralisations sont possibles : la plupart des cursus prennent encore 2 ans (BTS opticien-lunetier, BTS diététique, etc.) ou 3 ans (audioprothésiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue...). Les cinq formations « sans prérequis de diplôme » ont toutes une durée d'une année et la majorité des professionnels sont formés en trois ans d'études (D.E infirmier, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, audioprothésiste, psychomotricien, pédicure-podologue, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien en analyses biomédicales, technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, d'orthophoniste, d'orthoptiste)⁴⁵.

Concernant plus particulièrement les infirmiers (largement majoritaires dans la filière paramédicale), le programme renouvelé des études infirmières s'échelonne sur trois ans et comprend 750 heures de cours magistraux (CM), 1050 heures de travaux dirigés (TD) et 300 heures de travail accompagné ; soit 2100 heures de charges d'enseignement et 2100 heures de stage.

Le programme d'enseignement est divisé en 6 modules : 3 peuvent être sous la responsabilité des universités et 3 sous celle des IFSI (recommandation de la DGOS, 2009). Au total, la charge universitaire en CM peut représenter 407 heures et en TD 306 heures soit 713 heures c'est-à-dire 39% de l'ensemble CM/TD (34% des 2100 heures d'enseignement). Pour la première année, les universités peuvent être mobilisées à hauteur d'environ 228 heures en CM et 119 heures en TD.

⁴³ Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE), formation de 24 mois, 700 heures d'enseignement, et 2450 heures de stage ; infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE), formation de 18 mois, 900 heures d'enseignement et 1395 heures de stages ; Puéricultrice diplômée d'Etat, formation de 12 mois, 780 heures d'enseignement, et 710 heures de stage

⁴⁴ Il existe aujourd'hui 40 instituts de formation de cadres de santé (IFCS) en France. La très grande majorité des instituts est rattachée à un hôpital public et à un IFSI. La formation est réalisée sur 10 mois à temps complet en continu, ou sur 18 à 24 mois en discontinu.

⁴⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000409833&dateTexte=>

8. La complexité des diplômes:

Si le Ministère de la Santé est considéré comme le ministère de référence au niveau des contenus pour l'ensemble des formations paramédicales, il se partage en réalité la tutelle dite « de certification » avec le Ministère de l'enseignement supérieur. Si la plupart des formations demeure sous la tutelle administrative d'un ministère de référence, il existe cependant trois diplômes en « co-tutelle » :

- 1) *psychomotriciens* : diplôme d'Etat délivré par le Ministère de la santé / textes normatifs cosignés par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur / structures de formation situées dans les universités ;
- 2) *orthophonistes* et 3) *orthoptistes* : diplôme d'Etat délivré par l'enseignement supérieur / textes concernant les textes normatifs cosignés par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur.

La question des tutelles demeure étroitement liée au cadre (universitaire, ou non) de formation. Il existe, par exemple, deux voies de formation et deux diplômes d'exercice pour certaines professions. C'est le cas des manipulateurs d'électroradiologie médicale, dont l'une des voies dépend du Ministère de la santé (et prépare au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale) et l'autre, relève du Ministère de l'enseignement supérieur (conduisant au diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique).

Mis à part ces cas particuliers, les formations paramédicales relèvent le plus souvent d'une tutelle ministérielle primordiale. Placées sous la tutelle du Ministère de la Santé, les sept formations les plus importantes en termes d'effectifs conduisent à la délivrance de diplômes d'Etat (par le préfet de région au travers des DRJSCS) et sont, à ce titre, énumérées directement dans le CSP. Leur durée est fixée à trois ans d'études :

- Diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière (Art. D. 4311-16) ;
- Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (Art. D. 4321-14) ;
- Diplôme d'Etat de pédicure-podologue (Art. D. 4322-2) ;
- Diplôme d'Etat d'ergothérapeute (Art. D. 4331-2) ;
- Diplôme d'Etat de psychomotricien (Art. D. 4332-2) ;
- Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale (Art. D. 4351-7) ;
- Diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales (Art. R.4383-19).

Sous l'autorité du Ministère de la Santé, délivrant également des diplômes d'Etat, se trouvent les **diplômes dépourvus de conditions d'accès sur diplôme** (diplômes dits « sans bac », durée : 1 an) :

- Diplôme d'Etat d'aide-soignant (Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant)⁴⁶ ;
- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (Arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture)⁴⁷ ;
- Diplôme d'Etat d'ambulancier (Arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier)⁴⁸.

Les formations paramédicales conduisant à la délivrance de diplômes nationaux de l'enseignement supérieur (relevant à ce titre avant tout de la tutelle du Ministère chargé de l'Enseignement Supérieur) sont, en général, disposées en deux grandes catégories :

1) Six formations effectuées dans les universités (certificats et DUT essentiellement):

- Certificat de capacité d'orthophoniste (3 ans) – (Arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste)⁴⁹ ;
- Certificat de capacité d'orthoptiste (3 ans) – (Arrêté du 26 avril 2005 modifiant l'arrêté du 16 décembre 1966 modifié relatif aux programmes d'enseignement et modalités des examens en vue du certificat de capacité d'orthoptiste)⁵⁰ ;
- Diplôme d'Etat d'audioprothésiste (3 ans) – (Décret n° 2005-988 du 10 août 2005 relatif aux professions de prothésistes et d'orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), publié au J.O n° 188 du 13 août 2005)⁵¹ ;
- Diplôme universitaire de technologie en génie biologique, option diététique ;
- Diplôme universitaire de technologie en génie biologique, option analyses biologiques et biochimiques (courte) ;
- Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique⁵² (courte).

2) Six formations post-secondaires, effectuées dans les lycées, d'autre part.

- Brevet de technicien supérieur podologie-orthésiste ;
- Brevet de technicien supérieur opticien lunetier ;
- Brevet de technicien supérieur analyses de biologie médicale ;
- Brevet de technicien supérieur bio-analyses et contrôles ;
- Brevet de technicien supérieur biotechnologies ;
- Brevet de technicien supérieur diététique.

⁴⁶ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>

⁴⁷ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000457507&dateTexte=>

⁴⁸ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000635229>

⁴⁹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000500646&dateTexte=>

⁵⁰ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000424571&categorieLien=cid>

⁵¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449468&dateTexte=>

⁵² La profession de manipulateur d'électroradiologie médicale est également accessible aux titulaires d'un diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale délivré par le préfet de région.

La formation paramédicale est ainsi un univers varié, tant au niveau juridique que des métiers structures, diplômes, durée, contenus ou voies de préparation.

9. La complexité des tutelles

Cette complexité extrinsèque des formations est doublée d'une deuxième complexité, toute particulière : celle des tutelles et des autorités administratives qui interviennent dans la formation paramédicale (au delà des instituts). Cette complexité des tutelles est bien représentée par la diversité dans les conseils pédagogiques des instituts de formation, auxquels participent, en plus du directeur de l'institut de formation :

- **De droit (regroupant, de fait, plusieurs tutelles parmi celles qui s'exercent sur l'institut de formation)**
 - L'agence régionale de santé (présidant le conseil) ;
 - Le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire
 - Le président du conseil régional ou son représentant le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional
 - Le directeur des soins, coordonnateur général ou son représentant, directeur des soins
 - Un professionnel de la formation exerçant dans le secteur libéral
 - Un enseignant de statut universitaire désigné par le président d'université conventionnée avec l'institut de formation

- **En tant que membres élus :**
 - Plusieurs représentants des étudiants, souvent à raison de deux par promotion.
 - Plusieurs enseignants permanents de l'institut de formation ;
 - Deux professionnels chargés de fonctions d'encadrement dans un service de soins (tantôt public, tantôt privé)
 - Un médecin.

Les tutelles qui s'exercent aujourd'hui sur les instituts de formation paramédicale siègent ainsi majoritairement et de droit dans les conseils pédagogiques ; tutelles auxquelles il convient d'ajouter toutefois les DRJSCS et les ministères (absents de ces derniers), mais qui ont à leur charge, respectivement, la certification des étudiants à l'issue de leur diplôme et la réglementation générale.

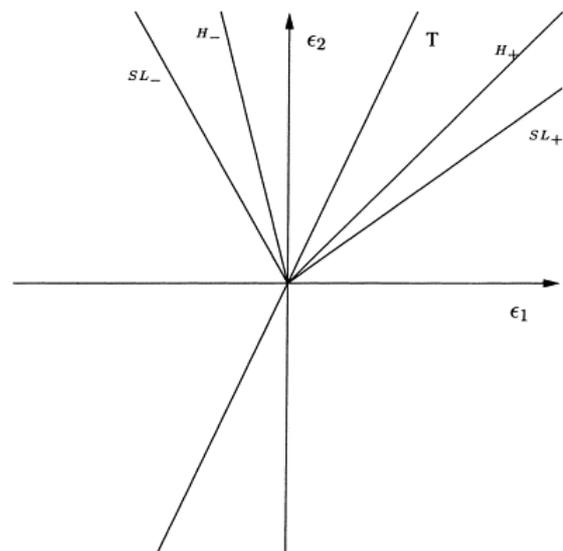
Ainsi, il est aisé de remarquer que pas moins de 6 « autorités » s'exercent ou interagissent avec les instituts de formation : 1) les ministères (Santé / Enseignement Supérieur et de la Recherche – réglementation générale), 2) les conseils régionaux (financement), 3) les ARS (pédagogie), 4) les DRJSCS (certification des diplômes), 5) les centres hospitaliers et

établissements de santé (autorité de gestion / terrains de stage) et 6) les universités (partenaires pédagogiques et certificateurs de grade).

De la sorte, chaque directeur d'établissement de formation paramédicale est confronté à ces nombreux interlocuteurs, dont les intérêts et la *stratégie* sont variables.

L'avenir institutionnel de l'école paramédicale en France se joue ainsi, à court terme, dans le jeu d'acteurs parmi ces derniers. A long terme, il dépend toutefois d'évolutions qui leur échappent : il s'agit là essentiellement des évolutions en matière de santé publique, des évolutions des métiers paramédicaux et des évolutions pédagogiques.

II. L'avenir proche de la formation paramédicale semble déterminé à court terme par des questions éminemment institutionnelles et gestionnaires



Eléments de conclusion

1. Principales tendances d'évolution de la formation paramédicale aujourd'hui

A 20 ans, l'architecture institutionnelle de la formation paramédicale sera probablement très différente de l'actuelle. Bien que nous ne puissions connaître les formes institutionnelles exactes qu'elle prendra à ce terme, son évolution à moyen terme devrait être éminemment progressive, et devrait se construire à partir des structures existantes, et dans la continuité des tendances à l'œuvre aujourd'hui

De nombreux directeurs d'institut de formation se posent aujourd'hui des questions sur la pérennité de leurs établissements, notamment au regard de l'universitarisation. La crainte de l'absorption des instituts par les universités demeure un sentiment prégnant pour nombre d'entre eux.

Les conclusions de cette étude à ce propos sont ambivalentes. Le nombre d'établissements semble, en effet, être amené à être rationalisé progressivement. L'université semble, en contrepartie, être amenée à jouer un rôle croissant dans la formation paramédicale dans les années à venir (surtout au niveau M et D). Ainsi, la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, Mme. Touraine, affirmait récemment *« L'universitarisation des filières paramédicales me semble positive. Le processus engagé par le précédent gouvernement sera donc, dans la concertation, mené à terme. »*

Cependant, ces tendances ne devraient pas être assimilées nécessairement à une disparition des instituts de formation tels qu'on les connaît aujourd'hui. Au contraire, le processus d'universitarisation pourrait être mené de manière complémentaire et compatible avec une certaine logique d'autonomisation des instituts de formation.

Il semble hasardeux toutefois de s'avancer au delà de ce point, sur les formes institutionnelles exactes que devrait prendre la formation paramédicale à horizon 20 ans. Cette étude n'a permis de dégager à cet égard qu'une vue à moyen terme (5-10 ans) et de confirmer, auprès des administrations centrales, que la réforme des établissements de formation devrait se faire de manière « progressive ». Elle ne devrait donc pas, en principe, subir de « révolution radicale » à court terme, mais bien une évolution concertée, inscrite dans le cadre des acteurs institutionnels existants (Universités incluses, bien entendu), tout en suivant quelques tendances importantes, à savoir :

1. La régionalisation
2. L'europanisation
3. L'universitarisation
4. La valorisation statutaire des diplômés

Au delà de ces quatre tendances de long terme, cette étude en a révélé une cinquième : la forte volonté au niveau ministériel, qui souhaite aujourd'hui **l'articulation, mise cohérence et rationalisation du système de formation paramédicale**.

Ainsi, Mme. la Ministre affirmait très récemment (visite du 25ème salon infirmier qui se tenait à Paris du 24 au 26 octobre 2012) vouloir « *rompre l'isolement des formations, tout en renforçant leur qualité* »⁵³.

Cette volonté d'articulation devrait ainsi devenir une tendance forte et supplémentaire de la réforme paramédicale dans les années à venir. Par rapport à la nouvelle vague de réformes qui semble s'amorcer en 2012, les autorités centrales se disent ouvertes à la concertation et aux propositions « constructives » de la part de l'ensemble des acteurs de la formation paramédicale, et en particulier des directeurs des instituts de formation. Quels seraient, dans cet esprit, les critères de « recevabilité » des propositions ?

De notre point de vue, le principal critère qui déterminera la « recevabilité » des propositions aux yeux des autorités nationales sera la compatibilité des propositions avec les cinq tendances citées au dessus. Autrement dit, les propositions seront jugées à l'aune de leur compatibilité avec les mouvements d'universitarisation, de régionalisation, d'eupéanisation, de valorisation statutaire, de rationalisation et de mise en cohérence de la formation paramédicale.

Au delà de ces cinq tendances de moyen terme, quelques objectifs concrets de court terme sont ressortis également de cette enquête comme étant assez partagés par l'ensemble des acteurs de la formation paramédicale en France :

1. Continuer et conclure la convergence des formations de niveau III dans la maquette LMD (processus de Bologne / universitarisation)
2. Accompagner et concrétiser, par la réforme, la mise en place des pratiques avancées et de la coopération (art. 51 Loi HPST)
3. Renforcer et mieux encadrer le lien entre les universités et les instituts de formation (dans le cadre des GCS)
4. Simplifier et clarifier le cadre de gestion, le fonctionnement et l'architecture institutionnelle des organismes de formation (et notamment leur régime de tutelles)

⁵³ Discours de Marisol Touraine, mercredi 24 octobre 2012, au 25ème anniversaire du salon infirmier - <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/25eme-anniversaire-du-salon,15312.html>

2. Les questions en suspens du futur institutionnel de la formation paramédicale

La réalisation de cette enquête, dans un contexte d'incertitude politique, a soulevé une douzaine de questions clés dont la réponse permettrait de définir plus précisément les formes institutionnelles que pourrait adopter l'école paramédicale en France. Ces questions sont, à savoir :

1. Comment surmonter les écueils pour construire une véritable filière de formation paramédicale ?
2. Quels critères pour fixer le nombre et la répartition géographique des établissements de formation paramédicale ?
 - a. Quels critères socio-économiques et démographiques ?
 - b. Quel lien entre la répartition nationale des quotas et le nombre d'établissements par formation et par région ?
 - c. Quels critères pour définir l'implantation des établissements de formation selon le niveau des formations qu'ils hébergent ?
3. Quels critères pour déterminer les quotas (numerus clausus à l'entrée des instituts) au niveau national et régional, mais également entre formations ?
4. Quel régime de gouvernance pour les établissements futurs de formation ?
5. Serait-il possible d'envisager un établissement unique regroupant l'ensemble des filières paramédicales ou nous dirigeons-nous vers différentes catégories d'établissement possibles (en fonction, par exemple du type ou des différents niveaux de formation (D.U / certificats / D.E / master...)) ?
6. Comment apaiser et améliorer l'encadrement des relations entre les instituts de formation, les établissements de soins et les universités (dans le cadre des GCS) ?
7. Quelle réforme possible pour les décrets d'acte ?
8. Comment garantir un meilleur encadrement des stages ?
9. Comment clarifier les modalités de financement des écoles ?
10. Comment améliorer l'autonomie juridique, budgétaire et administrative des écoles ?
11. Comment rationaliser le régime de tutelles s'exerçant sur les écoles ?
12. Comment homogénéiser les critères de convergence des formations dans la maquette LMD ?
13. Comment faire évoluer le corps enseignant dans les écoles ?

3. Réserve importante : malgré ces tendances et les vœux généralisés de mise en concordance, nous manquons de garanties sur la cohérence future des formations paramédicales.

L'IGAS affirmait dès 2008 qu'il demeurerait incertain que les formations paramédicales aillent suivre nécessairement une voie d'évolution institutionnelle cohérente : « *On retiendra que la réforme est susceptible de prendre tout ou partie de diverses formes, avec des degrés d'adhésion à l'enseignement supérieur variables.* »⁵⁴

La babélisation institutionnelle de la formation paramédicale demeure ainsi un scénario possible, du fait de la régionalisation, de l'autonomie des universités, du caractère de libre conventionnement régissant les GCS et de la diversité de formations paramédicales elles-mêmes. Scénario plausible, donc, que seule la tradition, le cadre réglementaire national (et l'existence de diplômes d'état) endiguent aujourd'hui.

Il demeure possible ainsi, par exemple, qu'une formation donnée soit assurée par plusieurs types d'établissement d'une région à l'autre : des formations de niveau III pourraient être, par exemple, effectuées à l'université dans une région et, dans une autre, au sein un institut paramédical dédié.

Malgré ce risque, l'ensemble des acteurs de la formation paramédicale souhaiterait pourtant (à l'instar des pouvoirs publics centraux) une certaine mise en cohérence de l'architecture et du maillage territorial de la formation paramédicale.

⁵⁴ Ainsi l'affirme le rapport IGAS / IGAENR « *Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales* » (N°RM2008-081P / IGAENR 2008-068), Op. Cit, p. 40
« *On retiendra que l'universitarisation est susceptible de prendre tout ou partie de diverses formes, avec des degrés d'adhésion à l'enseignement supérieur variables. Quant au dispositif LMD, on distinguera l'architecture en trois niveaux (sans notion de durée imposée d'études) et l'harmonisation de l'organisation pédagogique* »

II. La réforme de la formation paramédicale semble prioriser à court terme des questions d'ordre institutionnel et gestionnaire.

Représentative d'une relative incertitude ambiante, cette étude a relevé beaucoup d'opinions mais très peu de concordances véritables quant à la direction que devrait prendre la réforme des formations paramédicales à court terme. Deux pistes recueillent néanmoins un certain consensus : d'abord, 1) la nécessité de simplifier et de rationaliser l'architecture institutionnelle et la gestion des instituts. Ensuite, 2) une souhaitable mise en cohérence des formations. Dans cet esprit, trois principes possibles se sont dégagés des entretiens pour orienter la réforme à court terme de la formation paramédicale :

1. Rationalisation :

- a. Du nombre d'établissements**
- b. De leur répartition géographique**
- c. Du mode d'attribution des quotas**

2. Mise en cohérence :

- a. Des relations entre établissements de formation (encadrement des GCS)**
- b. De la rationalité et portée des décrets d'acte**
- c. Des critères de convergence des formations dans le format LMD**

3. Simplification :

- a. Des tutelles s'exerçant sur les instituts de formation**
- b. Du système de financement**

1. Rationnaliser le nombre et la répartition géographique des établissements de formation (regroupement) :

En 2011 on recensait en France environ 1000 établissements de formation aux professions paramédicales. Ce chiffre (qui représente un recensement juridique et non un nombre de sites distincts, Cf. *supra*) représente en moyenne un établissement pour à peine 100 étudiants et 38 établissements par région (toutes formations confondues). Ces chiffres (qu'il convient d'appréhender non individuellement mais bien dans leur contexte institutionnel et régional), sont considérés néanmoins trop élevés par les administrations centrales. Par exemple, on comptabilise 450 instituts d'aides-soignants pour 330.000 professionnels en exercice, alors qu'on comptabilise 350 IFSI pour 534.378 infirmiers en exercice (ces derniers accueillant souvent les premiers). Il convient de préciser à cet égard que les populations d'aides-soignants sont toutefois moins mobiles que les infirmiers.

Hormis les critères géographiques, il est difficile aujourd'hui de trouver une cohérence dans les indicateurs de gestion et de performance des instituts paramédicaux (Cf. rapport le Taillandier). En termes de coûts de gestion, une moyenne de 250 - 300 étudiants par établissement de formation initiale est souvent préconisée (cela est, hormis les spécialités). Ce ratio préconisé impliquerait, dans les années à venir, une diminution nette pouvant réduire entre un tiers et un quart le nombre d'établissements (à effectifs d'étudiants constant) ; autrement dit, un mouvement de concentration des instituts de formation.

Cependant, ces critères de volume sont à mettre en perspective avec les besoins en couverture territoriale, en particulier des zones rurales reculées. Par ailleurs, les pouvoirs centraux estiment à cet égard que, selon les formations et les régions, entre 1 et 8 établissements par région et par formation (hors Île-de-France) devrait être suffisant pour assurer une qualité, une adaptabilité et une couverture territoriale équilibrées.

Il importerait néanmoins de clarifier ces critères de concentration et de corriger les biais générés par les métropoles.

2. Repenser les critères de distribution des instituts de formation

Si l'échelon régional semble se confirmer actuellement comme l'échelon géographique de référence; une répartition par bassins et densité de population sont également (de l'avis d'experts académiques et des pouvoirs centraux) deux critères supplémentaires et possibles pour un éventuel regroupement physique des établissements de formation. Une logique par familles de métiers pourrait constituer également un socle de critères pertinents pour définir le nombre et la répartition territoriale des instituts .

Malgré tout, il convient de rappeler que l'ancrage territorial des professionnels reste une question de fond, et ne répond que marginalement à la distribution territoriale des instituts paramédicaux.

3. Réformer le régime d'attribution des numéros clausus (quotas)

Malgré l'ouverture régulée de l'exercice des métiers paramédicaux aux professionnels communautaires (par le filtre des DRJSCS), la régulation du marché de l'emploi paramédical subsiste en France, en grande partie, par le système de quotas nationaux à l'entrée en institut paramédical. Le pilotage de la démographie des professionnels de santé a été par ailleurs confié par la loi du 21 juillet 2009 (HPST) aux ARS. Elles ont pour mission de participer à la définition des quotas, en lien direct avec les conseils régionaux, et d'émettre un avis sur l'autorisation des écoles de formation⁵⁵. L'accès à la formation est, de la sorte, limité par un quota pour quatre professions : infirmier (30.629), masseurs-kinésithérapeutes (2.139), orthophonistes (790) et psychomotriciens (563) - *numerus clausus* annuel national pour 2010 entre parenthèses. Ces numéros clausus sont fixés au niveau national par arrêté ministériel, puis distribués parmi les régions, dont les conseils régionaux s'occupent de l'attribution par établissement.

Actuellement, les Régions formulent une demande annuelle au Ministère de la santé (avec avis des ARS) d'ouverture du nombre de places qu'elles considèrent adapté à leurs besoins. Après arbitrage, le niveau central compose la distribution interrégionale des quotas pour ces formations.

De l'avis de plusieurs directeurs d'institut paramédical et de quelques responsables dans les régions, ce mécanisme annuel de centralisation des quotas est parfois perçu comme étant laborieux et inefficace ; eu égard aux besoins croissants et divers en professionnels paramédicaux des régions et des établissements de santé. Il est également perçu comme étant inadapté dans un contexte de décentralisation.

Les conseils régionaux et les hôpitaux sont aujourd'hui des porteurs de ce questionnement autour de la pertinence de fixer au niveau national ou régional les quotas d'étudiants. Un transfert décentralisé (au profit des régions), encadré par des ratios de référence (nationaux) par rapport à la population, aux familles de métier et aux populations paramédicales existantes, pourrait permettre le transfert aux régions de la compétence de fixer les numéros clausus, et semblerait cohérent avec leur compétence en tant que principaux financeurs des instituts.

⁵⁵ Cf. Instruction DGOS/RH1 N°2010-228 du 11 juin 2010 relative à la répartition des missions relatives à la formation initiale et à l'exercice des professionnels de santé et de certaines missions relevant de la fonction publique hospitalière, dans le cadre des agences régionales de santé et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0125.pdf

4. Réformer et articuler les décrets d'acte :

Les experts académiques semblent être les principaux porteurs de ce questionnement : si l'ensemble des 13 professions reconnues par le CSP dans sa partie législative ont un périmètre d'activités défini dans la normativité, les décrets d'acte (codifiés en premières sections et premiers chapitres des titres du livre III du CSP) ont la particularité de définir de manière plus ou moins précise les actes autorisés de la majorité des professionnels (soit plus de 900 000 professionnels). A ce titre, ils réglementent (de manière plus ou moins extensive) les actes des infirmiers⁵⁶, masseurs-kinésithérapeutes⁵⁷, manipulateurs d'électroradiologie médicale⁵⁸, pédicures-podologues⁵⁹, orthoptistes⁶⁰, orthophonistes⁶¹ et, dans une moindre mesure, des ergothérapeutes⁶² et des psychomotriciens⁶³. Ces décrets d'acte concernent ainsi la quasi-totalité des effectifs en exercice. Codifiés dans le CSP, ils réglementent non seulement le périmètre d'activité mais les gestes et actes autorisés aux professionnels, de manière plus ou moins précise et restrictive par rapport au périmètre élargi du médecin.

Les décrets d'acte, fortement défendus par les organisations professionnelles, sont cependant souvent décriés de fait par les experts, et cela pour plusieurs raisons :

- d'abord, du fait de ne pas concerner la totalité des professions paramédicales de soins,
- ensuite car leur niveau de précision et de rigueur est fort variable d'une profession à une autre, d'une thématique à une autre
- également à cause de leur rigidité,
- ainsi que pour leur manque de logique systémique,
- pour leur caractère d'inventaire
- ou par la nécessité de les adapter continuellement.

La fin des décrets d'acte « inventoriés » est ainsi souvent invoquée au profit de normes à application logique, mais les organisations professionnelles se montrent souvent opposées à un changement de nature de ces textes.

⁵⁶ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte>

⁵⁷ Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195448>

⁵⁸ Décret n°97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie

Cf. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000202676&dateTexte=>

⁵⁹ Décret n° 2009-983 du 20 août 2009 relatif aux actes professionnels accomplis par les pédicures-podologue
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020985627&dateTexte=&categorieLien=id>

⁶⁰ Décret n°2007-1671 du 27 novembre 2007 fixant la liste des actes pouvant être accomplis par des orthoptistes
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000158440>

⁶¹ Décret no 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste
<http://orthophonistesgironde.files.wordpress.com/2010/05/decret-actes-orthophoniste-2002.pdf>

⁶² CSP, Article R4331-1

⁶³ CSP, Article R4332-1

Cependant, il existe un fort argument brandi aujourd'hui contre les décrets d'actes : le développement des pratiques avancées. Ces dernières effectueront, de manière dérogatoire mais de plus en plus récurrente, une extension et diversification des compétences des paramédicaux, remettant sans cesse en cause les décrets d'acte de ces professions.

5. Renforcer l'encadrement des stages :

L'une des remarques récurrentes parmi les étudiants paramédicaux est l'inégalité dans la qualité de l'encadrement des stages, ainsi que la difficulté pour en trouver. Par ailleurs, l'une des conséquences du regroupement des services de soins (intervenu depuis 2004) a été la raréfaction relative des viviers de stages. Ainsi, plusieurs directeurs d'institut paramédical ont affirmé devoir chercher plus de la moitié des stages pour leurs étudiants en dehors de leurs établissements de rattachement. Cela rend difficile l'organisation des stages, et augmente leurs coûts pour les étudiants comme pour les collectivités (frais de déplacement...).

La réglementation de l'encadrement des stages apparaît ainsi comme une priorité pour les instituts comme pour les étudiants. Le renforcement du rôle évaluateur/formateur du maître de stage et la généralisation de la figure du tuteur/accompagnateur supplémentaire sont aujourd'hui évoquées comme des pistes utiles.

Par ailleurs, le tandem *institut paramédical / établissement de santé* lie parfois la formation des étudiants aux spécialités exercées dans les respectifs centres de soins. De cette manière, les étudiants infirmiers ayant accès à des formations dans de grands centres hospitaliers ont un spectre d'activités pédagogiques sensiblement différent de celui des étudiants d'instituts de formations rattachés à de petites structures.

Ainsi, le tandem classique *institut paramédical / établissement de santé*, sans être amené à disparaître, semble montrer des limites en tant que structure garantissant l'accès à un spectre diversifié de stages et, plus largement. Ce tandem montre également des faiblesses quant à la bonne adaptation des stages à l'évolution des métiers paramédicaux eux-mêmes.

6. Simplifier les voies de financement des instituts :

L'une des principales demandes de la part des directeurs d'institut paramédical est de simplifier leurs voies de financement. Plus exactement, d'avoir un financeur unique au niveau local pour la partie de fonctionnement et d'investissement.

En effet, aux termes de l'article L. 4383-5 du code de la santé publique (article 73 de la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004) « *La région a la charge du fonctionnement et de l'équipement*

des instituts et instituts mentionnés à l'article L. 4383-3 lorsqu'ils sont publics. Elle peut participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés. La subvention de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement aux organismes qui gèrent ces instituts et instituts ; les dépenses et les ressources de ces établissements sont identifiées dans un budget spécifique (...) Les personnels des écoles et instituts relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les écoles et instituts privés recrutent, gèrent et rémunèrent leurs personnels ». La dotation de l'Etat envers la formation paramédicale a atteint 565,64 millions d'euros en 2010.

Dans le rapport de 2010 qui porte son nom⁶⁴, M. Le Taillandier a en effet révélé d'importants écarts de financement (entre les instituts de formation couverts par l'article 73 susvisé) pouvant aller de un à quatre, entre les établissements privés et publics, mais également entre établissements publics. Il propose en outre d'étudier la faisabilité d'unifier le financement des instituts de formation publics et privés

La simplification et homogénéisation du fonctionnement budgétaire des instituts serait, dans les faits, un premier pas vers l'autonomie des instituts. Or, si l'autonomie juridique des instituts (impliquant l'obtention d'une personnalité juridique propre – individuelle ou collective) n'est encore soulevée que de manière timide par quelques directeurs d'institut paramédical, en revanche, celle de leur autonomie budgétaire par rapport aux centres de gestion est souvent posée d'une manière plus franche.

Aujourd'hui le budget de fonctionnement des instituts paramédicaux apparaît comme une annexe spécifique au budget de leur établissement de rattachement. De nombreux directeurs d'institut de formation paramédicale considèrent aujourd'hui que leur gestion budgétaire (au mains de leur autorité de gestion) n'est parfois pas optimale, et tient peu compte de leur contraintes et de leur saisonnalité. De nombreux instituts paramédicaux revendiquent ainsi leur capacité d'assumer, seuls, leur gestion administrative et budgétaire.

7. Simplifier la gouvernance pédagogique des instituts

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les instituts de formation paramédicale sont confrontés à de nombreuses tutelles et autorités qui participent à leurs décisions et gestion. Ces dernières (à l'exception des DRJSCS) sont souvent représentées dans leurs conseils pédagogiques. Mais les tutelles normatives (les ministères et le parlement), décisionnaires in fine du cadre normatif, du fonctionnement général et de l'architecture administrative et institutionnelle de la formation paramédicale, y sont également absents.

⁶⁴ LE TAILLANDIER DE GABORY Vincent, *Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes*, Rapport, Ministère de la Santé, avril 2010, p. 16.

Les conseils pédagogiques sont devenus parfois des théâtres de jeux politiques locaux, parfois au détriment de la performance de la gestion des écoles ; parfois même des vecteurs de bureaucratie.

De l'avis de nos interlocuteurs (directeurs d'institut mais également ARS et Conseils régionaux) il ressort que cette quantité d'interlocuteurs est trop importante pour permettre une bonne gestion quotidienne. Les conseils pédagogiques sont devenus parfois les théâtres de jeux politiques locaux (parfois au détriment de la performance de gestion des écoles) ; et parfois même des vecteurs de bureaucratie. La réduction et simplification des conseils pédagogiques (et des tutelles) demeure ainsi une piste importante, souvent évoquée par les directeurs d'institut paramédical.

8. Harmoniser les critères de mise en conformité à la maquette LMD des formations paramédicales.

Dans une question au gouvernement en juillet 2011, la députée Mme Marie-Hélène Des Esgaulx (Gironde - UMP) interpellait le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche sur les préoccupations des masseurs-kinésithérapeutes à l'égard du retard pris par « l'universitarisation » de leur diplôme. Elle soulevait notamment que cette démarche (encore inaboutie en juillet 2011) devait initialement prendre fin en 2010, et dénonçait surtout « l'injustice inacceptable (à l'époque) que constitue la reconnaissance d'un diplôme à bac + 2 alors qu'il nécessite quatre années d'études »⁶⁵.

Dans sa réponse du 13 octobre 2011, le Ministère se limitait pourtant à répondre : « La question de la reconnaissance d'un niveau universitaire aux masseurs-kinésithérapeutes ne pourra être examinée qu'à l'issue de ces travaux de réingénierie. Cette formation relevant de la compétence du ministère chargé de la santé, il appartiendra à ce département ministériel de proposer, sur la base de ces travaux, le niveau auquel il souhaite voir reconnaître cette formation et de décider d'un éventuel allongement de la formation »⁶⁶.

La fin de non recevoir que semble constituer cette réponse contraste pourtant avec la déclaration faite conjointement (et à peine quelques jours plus tard, le 28 octobre 2011), par les ministères chargés de la santé et de l'Enseignement supérieur, selon laquelle les formations initiales des professions d'orthophoniste et de Masseur-Kinésithérapeute étaient désormais reconnues au niveau Master 1, complétée par la reconnaissance d'une formation en pratiques avancées en Master 2 au terme d'une année universitaire complémentaire (ce niveau de master 2 permettant ensuite l'exercice de deux nouvelles

⁶⁵ Cf. Question écrite n° 19455 de Mme Marie-Hélène Des Esgaulx (Gironde - UMP) publiée dans le JO Sénat du 14/07/2011 - page 1852
<http://www.senat.fr/questions/base/2011/qSEQ110719455.html>

⁶⁶ Cf. Question écrite n° 19455 de Mme Marie-Hélène Des Esgaulx (Gironde - UMP) publiée dans le JO Sénat du 14/07/2011 - page 1852
<http://www.senat.fr/questions/base/2011/qSEQ110719455.html>

professions : kinésithérapeute-praticien et orthophoniste-praticiens). L'objectif étant que la rentrée 2012 se déroule sur la base de nouveaux programmes de formation.

Au delà de sa dimension anecdotique, ce *quid pro quo* illustre bien des lacunes de coordination au niveau ministériel, mais également celles de mise en cohérence des formations paramédicales de niveau IV et III. L'universitarisation a été ainsi menée de manière hétéroclite et avec un calendrier délétère. La CPU a avait également reconnu dès 2009 « *le caractère un peu précipité qui a procédé à la mise en place de l'universitarisation*⁶⁷ ». Fin 2010, elle faisait encore état d'une « *une impérieuse nécessité d'organiser une rencontre des différents acteurs impliqués dans cette réforme*⁶⁸ ».

La mise en conformité des formations dans la maquette LMD s'est faite donc, jusqu'à présent, formation par formation, et de manière plutôt laborieuse. La manière dont elle a été réalisée jusqu'à présent ne semble pas favoriser les regroupements d'établissements ni les synergies initialement escomptés ; elle risque, par ailleurs, de se solder par un rallongement des études (par rapport aux maquettes « avant LMD »), et donc par leur renchérissement. Ainsi, de nombreux directeurs d'institut paramédical souhaiteraient une clarification sur les critères communs de réingénierie des formations dans le cadre de leur convergence LMD.

Au cours d'un entretien est surgie la possibilité de réfléchir par famille de métiers et avec une notion de parcours de soins peut être aujourd'hui une piste de mise en cohérence pour la continuation et mise en concordance du processus LMD. Cette possibilité a été émise par INTERFACE auprès des instances ministérielles, qui se sont montrées ouvertes à son étude.

Le niveau ministériel, prudent, tient cependant à préciser qu'il s'agit-là encore de pistes de réflexion et discussion, et qu'aucune décision n'a été prise encore, en attente de discussion ouverte sur les mesures et leurs modalités d'application. Mis à part ces pistes qui se dessinent clairement, il serait hâtif d'avancer aujourd'hui des prédictions concernant l'avenir institutionnel des instituts, tant celui-ci demeure empreint d'incertitudes. Les décideurs eux-mêmes expriment actuellement des doutes sur leur positionnement, ainsi que sur la pertinence de prolonger les logiques qui ont inspiré les réformes de l'institut paramédical entre 2004 et aujourd'hui.

⁶⁷ Cf. Lettre d'information de la CPU (conférence des présidents d'université) 17 septembre 2009 - n°16
http://www.cpu.fr/Lettre_d_information_du_17_sep.887.0.html

⁶⁸ Cf. Actualités de la CPU : « *Universitarisation des professions de santé : un chantier considérable* », décembre 2010
http://www.cpu.fr/Actualites.240.0.html?&no_cache=1&actu_id=289

III. L'évolution des acteurs de la formation paramédicale



III. L'évolution des acteurs actuels de la formation paramédicale.

1. Le rôle futur de l'Etat dans la formation paramédicale :

L'Etat central et l'Assemblée Nationale sont les décisionnaires historiques des normes régissant la formation paramédicale. Depuis 2004, cependant, leur rôle a été redéfini par deux processus importants : 1) la déconcentration et la 2) décentralisation. Ces deux processus se sont notamment matérialisés par la création des DRJSCS (dans le cadre de la REATE) et des ARS, ainsi que par la consolidation du rôle des conseils régionaux en matière de formation paramédicale. Ces phénomènes transformé le rôle de l'Etat central dans la matière, sinon en tant qu'autorité réglementaire et administrative, du moins en tant que régulateur de la formation paramédicale (surtout au niveau déconcentré). L'Etat sera ainsi amené progressivement à jouer de plus en plus un rôle de régulateur-stratège / co-financeur et moins de tutelle.

Nombre d'étudiants et de directeurs d'institut paramédical (comme par ailleurs les organisations professionnelles) souhaiteraient cependant un retour en force de l'Etat en matière de gouvernance des formations paramédicales (la défense de « diplômes d'Etat » et des décrets d'acte étant l'expression la plus claire de cela). D'autres directeurs, en revanche, remarquent que, depuis 2004, (avec la décentralisation - régionalisation) leurs ressources (et leur autonomie) se sont parfois améliorées.

Depuis cette date, en effet, le rôle de l'Etat s'est réduit progressivement. Mise à part son autorité de certification des diplômes d'Etat –par le biais des DRJSCS, le rôle direct de l'Etat central se limite essentiellement aujourd'hui à la réglementation et à la conception de l'architecture institutionnelle globale de la formation paramédicale, dont il régule les relations et qu'il cofinance.

Dans le cadre de la régionalisation, à partir de 2004, l'Etat a ainsi progressivement décentralisé et déconcentré ses facultés de gouvernance, de gestion et d'administration des formations paramédicales au profit d'organismes régionaux ou locaux, notamment des ARS et des conseils régionaux. De l'avis des représentants des ARS et des DRJSCS, il est fort probable ainsi que, dans les années à venir, l'Etat (au travers de ses ministères) ne conserve que ce rôle éminemment réglementaire et régulateur. A ce titre, il conservera probablement le monopole réglementaire général et continuera à définir les conditions d'accès aux formations des professionnels de santé. Il est fort probable aussi que les programmes de formation, l'organisation générale des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou étudiants continueront à être fixés de manière unitaire par l'Etat au niveau national.

Selon des représentants de l'administration centrale, l'Etat continuera probablement aussi à être le garant des diplômes des formations à diplôme d'Etat, et à ce titre fixera les conditions de ces diplômes (et participera à une partie des financements de manière directe ou indirecte). L'Etat restera ainsi responsable de la compensation financière

résultant du transfert territorial du fonctionnement des instituts des professions paramédicales et de sages-femmes qui, en 2010, montait à 565,64 millions d'euros.

2. Le rôle des ARS : de la co-tutelle pédagogique à une possible compétence en matière de cohérence des formations paramédicales

La création des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) en 2009 a nécessité une clarification des compétences dans les domaines relatifs à la formation initiale et à l'exercice des professionnels de santé. Les relations entre les deux institutions n'étant pas toujours faciles, la circulaire DGOS/RH1 N°2010-228 du 11 juin 2010⁶⁹ a eu pour objet de préciser la répartition de compétences dans ces matières. L'article L. 1431-2 du CSP (article 118 de la loi du 21 juillet 2009 précitée) dispose que les ARS « *contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé* ». En application de celui-ci également, les ARS sont chargées du suivi pédagogique des formations paramédicales (Cf. circulaire); à ce titre, elles sont compétentes pour exercer les missions suivantes (en fonction des spécificités des instituts) :

- assurer le contrôle et le suivi des programmes et de la qualité de la formation proposée dans chaque établissement ou institut de formation paramédicale ;
- nommer les médecins conseillers scientifiques des instituts de formation ;
- contrôler la mise en œuvre par les directeurs d'institut des modalités d'admission des étudiants dans les instituts de formation ;
- participer aux jurys de délivrance des diplômes et de validation des acquis de l'expérience ;
- présider les conseils pédagogiques et de discipline des instituts de formation ; ce dispositif fera l'objet à court terme d'une procédure d'évaluation afin de déterminer l'opportunité de conserver le directeur général de l'ARS ou son représentant à la présidence de ces conseils ou de la confier aux directeurs d'institut.

L'une des principales critiques à l'égard des réformes précédentes –formulées par des interlocuteurs de cette étude (médecins notamment) - est que ces dernières ont eu jusqu'à présent un ancrage insuffisant en matière de santé publique. Autrement dit, qu'elles ont davantage répondu à des considérations statutaires et institutionnelles qu'à des besoins sociaux (présents et futurs) de santé. De ce point de vue, renforcer le rôle des ARS au sein de la formation paramédicale prendrait un sens particulier, celui de garantir que la formation paramédicale (dans un cadre régional) soit en accord aux besoins sanitaires des populations et des territoires.

⁶⁹ http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0125.pdf

A été ainsi évoquée à plusieurs reprises dans nos entretiens la possibilité que leur mission de contrôle et suivi des programmes et de la qualité de la formation se voit doublée, dans les années à venir, de la compétence « régaliennne » de certification des diplômes d'Etat (en lieu et place des DRJSCS). Cette hypothèse serait cohérente, par ailleurs, avec leur compétence de contrôle des établissements de formation agréés en application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des. Toutefois, elle remettrait en cause la représentation des services déconcentrés de l'Etat.

Le rôle des ARS sera ainsi probablement croissant dans les années à venir, car elles seront tenues garantes de la cohérence des formations paramédicales, entre elles mais aussi vis-à-vis des besoins des territoires en matière de santé publique.

3. Le rôle futur des conseils régionaux : renforcer la cohérence pédagogique et institutionnelle des formations paramédicales dans le cadre de la convention régionale avec l'Université.

Avec la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, toute création d'un institut de formation paramédicale doit être désormais autorisée par le président du conseil régional (après avis du directeur général de l'agence régionale de santé). Il revient également au président du conseil régional d'agréer les directeurs des instituts de formation.

Selon cette même loi, les régions ont également acquis la compétence d'attribution des aides aux étudiants, de répartition des quotas et des capacités d'accueil des instituts régionaux de formation, d'agrément et nomination des directeurs des établissements assurant des formations sanitaires.

Enfin, cette loi a confié aux régions la responsabilité de la gestion et du financement des instituts de formation. Avant l'entrée en vigueur des dispositions prévues par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, le mode de financement des instituts de formation en soins infirmiers reposait sur les budgets de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Avec la décentralisation et la réforme de la formation professionnelle, le rôle des conseils régionaux est ainsi devenu prépondérant dans la formation paramédicale en France.

Cette dimension financière est essentielle, car, couplée à la diversité régionale et aux différences public/privé, elle comporte des risques importants de fortes différences de niveau de qualité des formations et entre régions. Cette différence de financement entre les instituts de formation a été questionnée en avril 2010 dans le rapport Le Taillandier *relatif au financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-*

femmes, qui a recommandé d'étudier la faisabilité d'unifier le financement des instituts de formation⁷⁰.

Aujourd'hui, la régionalisation du financement des instituts de formation apparaît comme une limite importante pour le processus d'universitarisation. En effet, l'universitarisation est parfois assimilée par les conseils régionaux à un processus d'intégration des formations paramédicales dans l'enseignement supérieur universitaire (sortant ainsi du cadre de la formation professionnelle régionale).

Le 12 octobre 2009 a été signé l'accord cadre (convention cadre de coopération⁷¹) entre l'ARF et la CPU prévoyant, dans la mise en place de schémas régionaux de l'enseignement supérieur et de la recherche, des contrats pluriannuels passés entre les universités et leur région. C'est dans ce cadre de rapprochement entre l'université et sa région que va se jouer sur le terrain (de l'avis des représentants des Conseils Régionaux) l'avenir concret de l'universitarisation.

4. Le rôle des DRJSCS :

Dans le domaine paramédical, les DRJSCS incarnent la représentation territoriale de l'Etat (surtout du Ministère de la santé dans ce domaine), mais n'interviennent dans la pratique qu'en aval de la formation paramédicale. Elles exercent deux missions primordiales : 1) l'autorisation d'exercice pour les professionnels communautaires non détenteurs de diplômes Français et 2) la certification des diplômes pour toutes les professions paramédicales et les diplômes de cadre (conformément au décret N° 2009-1540 du 12 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale). Par délégation du préfet de région, leurs directeurs désignent et président les jurys des diplômes d'Etat et sont compétents pour délivrer les diplômes. En effet, les DRJSCS sont essentiellement chargées de la certification, c'est-à-dire de l'autorisation de délivrance des diplômes. Elles ont également en charge la procédure de reconnaissance des qualifications professionnelles pour les diplômés de l'Union européenne et de l'espace économique européen (dans le cadre de l'Européanisation). Dans le cadre de la régionalisation, a été évoquée dans nos entretiens la possibilité que la prérogative de certification passe (par délégation et en expérimentation éventuellement) aux ARS.

⁷⁰ LE TAILLANDIER DE GABORY Vincent, *Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes*, Rapport, Ministère de la Santé, avril 2010, p. 16.

⁷¹ CF. http://www.cpu.fr/fileadmin/fichiers/actu/Convention_ARF.pdf

5. Le rôle des établissements de santé, autorités de gestion des instituts de formation paramédicale :

Dans le domaine paramédical, les établissements de soin (CH, CHU, CHRU notamment) sont les autorités de gestion les plus fréquentes des instituts de formation paramédicale. Dans la pratique (et de l'avis des directeurs d'établissement de santé et d'institut paramédical), l'engagement qualitatif des établissements de rattachement (au delà de leur responsabilités gestionnaires) est fort inégal en France, ce qui plaide pour une redéfinition et une homogénéisation des relations entre les instituts de formation et leurs centres de gestion.

Face au caractère fort évolutif des métiers paramédicaux et des établissements de santé , le tandem classique *institut paramédical /établissement de santé* semble montrer aujourd'hui quelques limites d'adaptabilité, par exemple, concernant la capacité des centres hospitaliers à garantir un nombre et un encadrement suffisants des stages.

De l'avis des directeurs d'institut paramédical, les centres hospitaliers et les universités (privilegiant la formation des médecins) ont parfois du mal aujourd'hui à faire mobiliser suffisamment des intervenants de manière constante pour enseigner aux étudiants paramédicaux des techniques thérapeutiques innovantes. Plus impactant encore, de nombreux instituts de formation disent avoir pâti depuis plusieurs années d'un déficit relatif d'investissement dans les infrastructures et moyens pédagogiques à disposition des instituts paramédicaux par leurs centres de gestion.

En effet, si les conseils régionaux ont en charge aujourd'hui les dépenses de fonctionnement et d'équipement de ses instituts, c'est aux centres de gestion des instituts paramédicaux (en général des centres hospitaliers), qu'il revient d'assumer les dépenses d'investissement⁷².

Les directeurs d'institut de formation sont souvent considérées (tacitement) comme étant hiérarchiquement placés sous l'autorité des directeurs des établissements de santé. Il est aujourd'hui question d'explicitier la position et l'autonomie du directeur d'institut de formation dans l'Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Les directeurs d'institut souhaiteraient également l'explicitation des modalités de nomination du directeur de l'Institut et son rôle en matière budgétaire⁷³. De nombreux directeurs d'institut paramédical souhaiteraient l'accroissement de l'autonomie des instituts de formation par rapport aux établissements de santé.

⁷² Regarder, à ce sujet, le rapport de M. LE TAILLANDIER DE GABORY, relatif au *financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes*
Cf. < <http://gazette-sante-social.fr/items/pdf/rapport-taillandier-avril2010.pdf>>

⁷³ Tel que le signale André ROUSSET dans son Mémoire de l'Institut Nationale de la Santé Publique – 2007
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEQQFjAD&url=http%3A%2F%2Fressources.ensp.fr%2Fmemoires%2F2007%2Fds%2Frousset.pdf&ei=r5qiT5DBGMTT4QSVvNjqCA&usg=AFQjCNER_62-XuRBSPzr82J4L8kkSa9M7g

6. L'encadrement des GCS

Les figures des GCS (qui regroupent les différents acteurs de santé dans chaque région) demeurent des figures conventionnelles faiblement encadrées. Une remise à plat du régime de conventionnement au sein des GCS est ainsi aujourd'hui une proposition généralement considérée comme positive. Par ailleurs, la diversité des GCS exprime bien le fait que les politiques de formation paramédicale restent fort inégales entre régions, et des questions de péréquation nationale se posent au bénéfice des régions rurales.

Si un encadrement plus important des instances interinstitutionnelles (notamment des GCS) semble aujourd'hui à plat, il n'est pourtant pas aisé de déterminer avec fiabilité les formes institutionnelles futures qu'adoptera la formation paramédicale en France. En revanche, il est plus facile d'établir les grandes tendances d'évolution qui se dessinent aujourd'hui concernant le rôle des principaux acteurs de la formation paramédicale.

III. L'avenir à moyen terme des instituts paramédicaux, dans la continuité de grands mouvements de réforme institutionnelle à l'œuvre.



IV. L'avenir des instituts paramédicaux, dans la continuité de grands mouvements de réforme institutionnelle à l'œuvre.

Entre le moment où ces lignes ont commencé à être écrites et le moment où elles ont été finies, la réforme de la formation paramédicale est passée d'un état de suspension à un état de relance. Ainsi, au delà du répit ponctuel attribuable au calendrier politique et électoral, nous étions, en réalité, entre deux vagues distinctes de réforme. Différentes, car il est fort probable que la vague de réformes à venir suive d'autres logiques et propose d'autres modalités de réforme pour les instituts paramédicaux. Cela, de l'avis des administrations centrales, mais également de bon nombre de directeurs d'institut. La première vague (2004 – 2010) aura désormais été caractérisée par des logiques éminemment institutionnelles et statutaires.

De cette première vague, quatre tendances primordiales demeureront toutefois : la *régionalisation*, l'*européanisation*, l'*universitarisation* et la *valorisation statutaires des diplômes*. L'avenir de la formation paramédicale, se jouera probablement dans la continuité de ces mouvements, qui restent pourtant à encadrer et dont les modalités, désormais, à redéfinir. C'est, du moins, la position actuelle des administrations centrales, qui se disent ouvertes « à toute proposition constructive ».

1. La régionalisation, entre décentralisation et déconcentration

La décentralisation a défini de manière pérenne le cadre régional comme périmètre territorial de référence pour la formation paramédicale. En contrepoint à la tradition jacobine de l'administration française, la régionalisation est un mouvement fort aujourd'hui en matière d'évolution des politiques publiques en France, qui dépasse le domaine de la formation paramédicale.

La régionalisation de la formation paramédicale est issue d'un double processus : de décentralisation de la formation professionnelle (auprès, notamment des conseils régionaux) et de la déconcentration des politiques de santé (au travers des ARS et des DRJSCS).

En ce qui concerne la formation paramédicale, le processus de régionalisation est matérialisé d'abord par la régionalisation de la formation professionnelle (Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite acte II de la décentralisation), qui confère la responsabilité de la formation professionnelle aux régions⁷⁴. Il tient, ensuite, de la régionalisation de la politique de santé, matérialisée par la loi dite HPST, n°2009-879 du 21 juillet 2009, créatrice des ARS. La régionalisation de la formation paramédicale est ainsi la conséquence à la fois de la régionalisation de la

⁷⁴ Et notamment son Chapitre III,

Cf. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804607&dateTexte=>

politique de santé et de la régionalisation de la formation professionnelle. De leur fait, l'avenir de la formation paramédicale en France sera très probablement un avenir régional.

Cette hypothèse implique d'assumer dorénavant les possibles disparités régionales dans l'avenir dans la formation paramédicale, devant lesquelles l'Etat sera probablement amené à jouer un rôle de régulateur et d'encadrement, mais guère de prescripteur.

En 2004 ont été transférées aux régions 16 formations sanitaires énumérées dans l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, à savoir : sage femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier, diététicien, préparateur en pharmacie hospitalière, aide soignant, auxiliaire de puéricultrice, technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale et ambulancier.

Afin de renforcer le rôle des instances régionales, une rationalisation des tutelles serait probablement nécessaire au profit de ces dernières et non des établissements ni des autorités nationales. Ainsi, la régionalisation devrait se solder par le renforcement du rôle des ARS et des conseils régionaux en tant qu'interlocuteurs privilégiés des instituts paramédicaux.

2. La revalorisation statutaire des diplômes

La revalorisation statutaire ne concerne directement que les professionnels paramédicaux titulaires du secteur public (cependant très majoritaires, Cf. supra). Elle n'a été actée pour le moment que pour les infirmières, à l'issue de l'accord du 2 février 2010 *relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales et aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités*⁷⁵. Il est important de préciser qu'auparavant, seuls les professionnels cadres de santé ou directeurs de soins appartenait à la catégorie A de la fonction publique hospitalière. Ainsi, la convergence dans le cadre LMD du diplôme d'Etat a été une condition pour la valorisation statutaire des professionnels fonctionnaires. La revalorisation, au delà d'être une revendication statutaire ancienne parmi les métiers paramédicaux, doit être comprise aujourd'hui comme un premier pas vers les pratiques avancées, et surtout comme un moyen futur d'économies potentielles sur les pratiques médicales.

⁷⁵ Protocole d'accord du 2 février 2010 *relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales, aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière*. Ce protocole n'a cependant été signé dans son intégralité que par un seul syndicat, le Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH). Les quatre autres syndicats ayant refusé de signer les trois premiers volets (droit d'option et suppression du droit à partir à la retraite à 55 ans pour les infirmiers faisant le choix de passer en catégorie A).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Protocole_d_accord_sur_le_passage_des_infirmiers_a_la_categorie_A.pdf

C'est par le décret du 23 septembre 2010 qu'est reconnu le grade de licence à la profession infirmière, conformément à la réforme LMD. Deux décrets parus au Journal officiel du 30 septembre 2010 ont fixé les conditions du passage en catégorie A des infirmiers et de leur avancement, ainsi que les nouvelles grilles s'appliquant aux professionnels faisant le choix de rester en catégorie B.

L'ouverture d'un droit d'option y a été disposé : ouvert pendant une période de six mois, (jusqu'à fin mars 2011) il a permis aux infirmières d'opter pour le passage en catégorie A sous condition d'accepter un alignement de leurs conditions de retraite sur le droit commun. Les nouvelles mesures de rémunération ont été appliquées à partir du 1er décembre 2010, à titre rétroactif. Pour les infirmiers de bloc opératoire, les puéricultrices et les infirmiers anesthésistes, le décret précise que le droit d'option a été ouvert pour une période de six mois à compter du 1er janvier 2012.

Un nouveau corps d'infirmiers, quatre grades

Le corps des infirmiers comprend désormais quatre grades, dont les trois premiers comportant chacun 11 échelons et le quatrième 7. Les infirmiers en soins généraux feront carrière dans les deux premiers grades, les infirmiers de bloc opératoire et les puéricultrices font carrière dans le deuxième et troisième grade, seuls les infirmiers anesthésistes feront carrière dans les troisième et quatrième grades.

Le décret précise que les infirmiers recrutés dans le nouveau corps seront classés, lors de leur nomination, au 1er échelon du premier, deuxième ou troisième grade. Toutefois, les infirmiers qui avaient, avant leur nomination, la qualité de fonctionnaire d'un corps ou d'un cadre d'emploi de catégorie A, B et C, ou de même niveau, "*seront classés dans leur grade à l'échelon comportant un indice égal, ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui qu'ils détenaient dans leur grade d'origine*"⁷⁶.

Le décret fixe également une durée moyenne du temps passé dans chacun des échelons des grades du corps proportionnel au numéro d'échelon. Il sera ainsi de un an pour le premier échelon du premier grade, de deux ans pour le deuxième échelon, de trois ans pour le troisième et le quatrième échelon...

La revalorisation statutaire ne concerne cependant que la revalorisation les formations qui ont convergé dans le cadre LMD. A moyen terme, il est possible que la revalorisation s'étende à l'ensemble des formations de soins post-bac de niveau III)⁷⁷.

⁷⁶ Cf. <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/les-conditions-de-passage-des-infirmieres-en-categorie-a-fixees-par-deux-decrets.html>

⁷⁷ Cf. CPU – Conférence des présidents d'université

Lettre d'information du 17 septembre - n°16

http://www.cpu.fr/Lettre_d_information_du_17_sep.887.0.html

3. L'eupéanisation des diplômes et des formations :

L'eupéanisation de la formation paramédicale constitue le troisième mouvement institutionnel de fond dans la réforme. Elle comporte deux volets, créateurs de droits. Le premier est celui de l'ouverture du marché de travail aux professionnels communautaires et de l'harmonisation des formations au niveau européen. Le deuxième est la mise en cohérence du système de formation dans le cadre LMD (processus de Bologne), avec la reconnaissance des grades universitaires, étroitement lié au processus d'universitarisation.

L'ouverture du marché de travail aux professionnels communautaires :

De l'avis généralisé des directeurs d'institut et de nos interlocuteurs universitaires, les instituts paramédicaux ont longtemps joué (au delà de leur rôle de formation) un rôle clé dans la régulation « en amont » du *marché* de l'emploi paramédical en France. Les instituts exerçaient ce rôle, d'une part, car ils étaient un passage obligé pour les professionnels voulant exercer en France et, d'autre part (encore plus en amont), du fait d'être l'unité d'application concrète des quotas pour l'accès aux professions paramédicales.

En effet, jusqu'en 2004, seuls les professionnels paramédicaux détenteurs d'un diplôme français (donc formés dans les instituts français) avaient formellement le droit d'exercer en France⁷⁸. Pour ces deux raisons, les instituts paramédicaux bénéficiaient eux-mêmes d'un statut protégé.

Avec l'arrêté du 10 juin 2004 (concernant les infirmiers) ce panorama a commencé une profonde mutation. Généralisé par l'ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 et par le décret n°2010-334 du 26 mars 2010, ce premier arrêté a entamé l'ouverture du marché de l'emploi paramédical aux professionnels communautaires ; les instituts paramédicaux français ne bénéficiant désormais plus (en principe) du monopole intégral de la formation des paramédicaux exerçant en France.

Désormais, l'ouverture régulée du marché de travail aux professionnels communautaires est devenue une réalité (régulée par les DRJSCS en tant que responsables de la procédure de reconnaissance des qualifications professionnelles / RAEP / VAE pour les diplômés de l'Union européenne et de l'espace économique européen (dans le cadre de l'Eupéanisation). Aujourd'hui, il est possible d'affirmer que l'ouverture du marché de l'emploi paramédical en France reste un phénomène peu important et contrôlé par l'Etat

⁷⁸ Processus dit de Bologne, Déclaration de Bologne – 19 juin 1999

Décision no 2241/2004/CE du Parlement européen et du Conseil *instaurant un cadre communautaire unique pour la transparence des qualifications et des compétences (Europass)* - 15 décembre 2004

Décret n°2002-529 du 16 avril 2002 *pour l'application des articles L. 613-3 et L. 613-4 du code de l'éducation et relatif à la validation d'études supérieures accomplies en France ou à l'étranger*

Décret n°2002-590 du 24 avril 2002 *pour l'application du premier alinéa de l'article L. 613-3 et de l'article L. 613-4 du code de l'éducation et relatif à la validation des acquis de l'expérience par les établissements d'enseignement supérieur*

(par le biais des DRJSCS, qui conserveront probablement ce rôle). Il n'existe pas de risque véritable d'*invasion* de professionnels paramédicaux communautaires.

Ainsi, des expériences comme le dispositif de recrutement de professionnels de santé espagnols (mis en œuvre en France entre 2002 et 2004) le bilan dressé apparaît d'une ampleur limitée : au total, 848 agents avaient été recrutés (dont 643 infirmiers, 200 masseurs kinésithérapeutes et 5 manipulateurs radio). En 2010, la grande majorité de ces agents sont revenus en Espagne⁷⁹.

L'eupéanisation de la formation paramédicale est ainsi une tendance lourde quant à la convergence des diplômes. Il est donc possible, à long terme, que l'on assiste à une homogénéisation « à minima » des contenus de formation au niveau européen (Cf. programme TUNING⁸⁰ /position soutenue par la FINE).

4. L'universitarisation, catalyseur des tensions institutionnelles dans le monde de la formation paramédicale.

A l'occasion de la journée de rentrée du Centre National des Professions de Santé (CNPS) le 5 octobre 2012, Mme. la Ministre de la Santé affirmait "*Je sais qu'il y a des interrogations sur le dispositif LMD et l'universitarisation de la formation pour les professions paramédicales. Je crois que ce processus d'universitarisation, déjà engagé, est une chose plutôt positive et donc je ne crois pas qu'il soit souhaitable de le remettre en cause*". Cette position confirme le maintien du cap, mais n'a pas la vertu de rassurer quant aux « interrogations » évoquées.

L'universitarisation est diversement comprise, parfois au sein d'une même profession. Une de ces interrogations concerne le fait que l'universitarisation ne soit qu'une initiative d'origine exclusivement institutionnelle ou technocratique. Or, selon un sondage sommaire mené dans le cadre d'un mémoire de recherche à l'UPMC en 2009⁸¹, 100% des étudiants en soins infirmiers interrogés se sont dits sensibilisés au processus d'universitarisation, et 73% d'entre eux le trouvaient adapté à leurs besoins professionnels.

A contrario, les infirmiers diplômés étaient moins sensibilisés (83%) à cette réforme et seulement 60% d'entre eux y voyaient une réforme adaptée à leurs besoins

⁷⁹ Guillaume PAJOT, *L'intégration des infirmières espagnoles a rarement été durable* in La Croix (journal),09/03/10

http://www.la-croix.com/Actualite/S-informer/France/L-integration-des-infirmieres-espagnoles-a-rarement-ete-durable-_NG_-2010-03-09-602260

⁸⁰ <http://www.syndicat-infirmier.com/LMD-projet-europeen-TUNING.html>

⁸¹ OUATTARA, Amour, *Réformes de l'Université : de la Loi L1 Santé au Processus d'Universitarisation de la Formation en Soins Infirmiers*

http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/Memoires_2009_PDF/Memoire_Amour_Ouattara_2009.pdf

professionnels. Globalement, environ 2/3 des élèves et 1/2 des titulaires considéraient que cette réforme allait rendre la profession plus attractive. 40% des élèves ayant fait le choix des études paramédicales à la suite d'un premier cursus (médical ou non) pensaient qu'ils se seraient orientés d'emblée vers cette formation si la loi LMD avait été effective à cette époque ; cette proportion étant moindre chez les infirmiers titulaires, groupe dans lequel seulement 13% des personnes auraient fait ce choix d'emblée. Au total, 1/4 des personnes aurait choisi ce cursus d'emblée du seul fait de l'universitarisation de la formation.

1. Une certaine cacophonie entoure le processus d'universitarisation

Le mouvement d'universitarisation, lancé en 2004, avait initialement un triple objectif : d'abord, de reconnaître les diplômés à leur véritable niveau et durée d'études. Ensuite, de mettre en conformité les formations paramédicales dans le cadre européen (réforme LMD – processus de Bologne) -initialement avec la reconnaissance du grade Licence pour les infirmières. Finalement, de permettre la valorisation statutaire des professionnels, en permettant l'accès à la catégorie A aux infirmières titulaires dans le secteur public (non cadres). Ces deux réformes ont convergé dans l'accord du 2 février 2010 *relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales et aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités*⁸².

Cette démarche étaient, à ses débuts, réservée en principe aux infirmières. La réforme LMD et la valorisation statutaire des infirmières répondait à des besoins spécifiques (notamment la mise en place des pratiques avancées), besoins qui ne concernaient cependant pas l'ensemble des professions paramédicales.

Progressivement, cependant, les autres professions de niveau III participant au processus LMD ont elles aussi réclamé un traitement analogue de valorisation statutaire et de « nivellement par le haut ». Face à la divergence de solutions d'universitarisation proposées par les ministères, les autres formations ont exprimé donc depuis 2010 leur mécontentement du fait de connaître un traitement différent à celui des infirmiers.

L'universitarisation, en tant que passage obligé de la valorisation statutaire (et comprise ici largement comme le rapprochement de la formation paramédicale et de l'université), est devenue ainsi le processus qui concentre aujourd'hui une grande partie des préoccupations des directeurs d'établissement de formation. Cependant, l'universitarisation est une notion qui regroupe, en réalité, quatre phénomènes distincts :

⁸² Protocole d'accord du 2 février 2010 *relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales, aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière*
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Protocole_d_accord_sur_le_passage_des_infirmiers_a_la_categorie_A.pdf

- 1) la convergence progressive des filières de formation paramédicale I, II et III vers des maquettes compatibles avec le système LMD, avec la respective reconnaissance des grades universitaires aux détenteurs de diplômes d'Etat,
- 2) l'inclusion de personnel à statut universitaire dans les conseils pédagogiques des instituts de formation, ainsi que dans les cursus et l'évaluation
- 3) l'intégration des formations paramédicales dans les universités
- 4) La valorisation statutaire des professionnels paramédicaux exerçant dans la fonction publique (Cf. supra).

L'universitarisation est ainsi un terme « panier », et non un phénomène unitaire, ce qui rend difficile les discussions à ce sujet et un accord sur ses objectifs et modalités. Malgré ce manque d'unité thématique, les critiques avancées à l'égard du processus d'universitarisation sont nombreuses, et soulignent le manque d'encadrement et de cohérence du processus d'universitarisation tel qu'il a été mené jusqu'à présent.

L'appétit des universités ne saurait pourtant résoudre les doutes existants quant aux capacités de ces dernières pour assurer concrètement la prise en charge globale de formations paramédicales et d'assumer efficacement leurs spécificités pédagogiques.

Par ailleurs, la volonté de la CPU de s'investir davantage dans les formations paramédicales ne saurait cacher le caractère très inégal du processus d'universitarisation à ce jour entre régions et entre universités. Ce dernier tient avant tout au manque d'encadrement des conditions de rapprochement entre les instituts paramédicaux et les universités au niveau local et régional. En effet, c'est un cadre conventionnel indirect (au travers les CGS⁸³) qui a été choisi pour ce rapprochement. De manière prévisible, les conventions entre les instituts de formation et les universités s'avèrent aujourd'hui fort hétéroclites et inégales, tant en termes d'intégration que de modalités de participation.

Pourquoi les universités (initialement réticentes à la reconnaissance de grade à des étudiants extérieurs au système universitaire) sont-elles devenues prestement demandeuses de ce mouvement d'*universitarisation* à partir de 2009 ?

Les universités ont aujourd'hui de nombreuses raisons pour vouloir s'investir dans la formation paramédicale. La première est d'incorporer des formations fortement professionnalisantes et dont le taux d'emploi à leur issue est exceptionnel. Cet argument est fortement apprécié par l'AERES, principale instance d'évaluation universitaire. La deuxième raison est l'éventualité de pouvoir récupérer des ressources financières en

⁸³ dans le cadre d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), le groupement de coopération sanitaire (GCS - à structure interne très souple pour les coopérants), a été la structure juridique choisie pour le rapprochement Ecoles paramédicales – centres hospitaliers – universités. En principe, le schéma retenu est celui d'un GCS par région regroupant l'ensemble des établissements et leurs IFSI. Toutefois, certaines grandes régions comptent plus d'un GCS, et à contrario des schémas inter-régionaux sont aujourd'hui envisagés dans certaines régions à faible densité démographique.

Cf. http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/344_expliquer_les_groupements_de_coo.pdf

provenance des Régions (responsables aujourd'hui du financement de la part fonctionnement et équipement de la formation professionnelle).

Mais les universités ont en réalité tout intérêt à faire de l'universitarisation un processus progressif. En effet, elles manquent aujourd'hui des moyens et de l'organisation nécessaire pour absorber ou participer à des formations fort exigeantes et spécifiques.

2. Genèse et transformation du processus de l'universitarisation

L'universitarisation est un processus impulsé officiellement à partir de 2008, conjointement par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur. Elle doit ainsi être comprise comme étant inscrite d'abord dans le cadre de la réforme Licence Master Doctorat (LMD), dont la principale conséquence prévisible sera l'augmentation en grade des diplômes paramédicaux enregistrés dans les systèmes de classification de 1967 et 1969 en niveau III, ce qui correspond à des niveaux de technicien supérieur ou d'institut universitaire de technologie (IUT), alors que leurs durées souvent égalaient ou dépassaient celles des Licences.

Les ministères chargés de la Santé et de l'enseignement supérieur en lancés en 2008 trois groupes de travail en vue du lancement du processus d'universitarisation⁸⁴ : 1) le premier a porté sur les cursus de formation, et s'est scindé par la suite en deux sous-groupes distincts : « l'universitarisation de la formation initiale » et la « poursuite du cursus universitaire ». 2) Le deuxième groupe de travail a porté sur le conventionnement entre les établissements de santé, les IFSI et l'Université. 3) Le troisième, sur la vie étudiante.

Ces groupes de travail ont stipulé que la reconnaissance par le Ministère de l'enseignement supérieur des grades universitaires se ferait dans le cadre de conventions passées entre les établissements hospitaliers et leurs IFSI, d'une part, et des universités de santé, d'autre part. Par ailleurs, les groupes de travail ont également postulé que les universités devraient participer dans la plupart des formations paramédicales, notamment par le biais de la mise en place d'enseignements universitaires, de leur participation aux jurys d'examens ainsi qu'aux conseils pédagogiques et à l'évaluation des dispositifs de formation dispensés par les IFSI. Ces dispositions ont été actées par la loi HPST.

Cependant, dans une perspective de regroupement progressif des instituts de formation, il a été prévu que ces derniers passent convention collectivement (et non individuellement) avec l'université. C'est la raison pour laquelle les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur ont redéployé un dispositif permettant d'instaurer une coopération régionale entre les établissements de santé, les IF (instituts de formation), l'université et les régions pour la mise en place du LMD. Cette coopération devait se matérialiser par une structure juridique régionale, associant ces différents partenaires

⁸⁴ Cf : <http://www.syndicat-infirmier.com/Soins-cadres-special-pedagogie-ou.html>

pour la réalisation de cette mission. La structure choisie a été celle des groupements de coopération sanitaire (GCS, créés en 1996 et transformés par l'ordonnance du 4 septembre 2003).

Les GCS, dont nous parlions, sont des structures souples de coopération, qui peuvent être publiques ou privées, et potentiellement habilitées pour être prestataires de services de soins (sous la forme de GCS – « établissements de santé »). Cette souplesse a favorisé la coopération, dans les régions, mais aussi une certaine babélisation des GCS entre les régions, car leurs contenus et conditions varient fortement d'un territoire à l'autre.

Avec la mise en place des GCS entre 2009 et 2010, l'universitarisation a progressivement concentré, à tort ou à raison, de nombreuses incertitudes parmi les directeurs d'institut paramédical, se matérialisant à leurs yeux par l'ouverture dans les universités de formations paramédicales. Ce phénomène n'est, pour le moment, qu'une réalité isolée à quelques régions, formations et universités. Désormais, nous assistons à l'ouverture des masters en pratiques infirmières avancées, ainsi qu'à de nombreux partenariats, comme celui concernant le diplôme cadre de santé passé entre l'Institut régional de formation sanitaire et sociale Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse avec l'Université de Nice-Sophia-Antipolis qui valide simultanément la formation cadre de santé et un diplôme Master 2 à cette université.

3. L'universitarisation, au delà de la réforme LMD, doit être comprise dans le cadre du processus d'autonomisation des universités

Parallèlement à la réforme LMD, l'universitarisation doit être comprise désormais dans le cadre de l'autonomisation des universités (Loi dite LRU, n° 2007-1199 du 10 août 2007). Cette loi a permis à l'université de s'intéresser aux formations paramédicales, d'une part en lui permettant de percevoir des ressources en provenance d'autres pouvoirs publics que l'Etat (et donc, potentiellement des régions) ; en la soumettant, ensuite, à des critères d'évaluation dans lesquels excellent les formations paramédicales (professionnalisation, employabilité...) aux yeux des l'AERES. Grâce à cette loi, l'universitarisation s'est transformé progressivement, à partir de 2007, d'un simple accord de reconnaissance de grade L pour les infirmières en éventuelle incorporation de formations paramédicales dans les universités.

4. Futur proche du processus d'universitarisation

Les infirmières ont été pionnières à entrer dans le processus d'universitarisation en 2009 (Cf. JO 7 août 2009) mais n'ont vu le résultat de ce processus qu'à partir juillet 2012, avec la reconnaissance du grade Licence. Les ergothérapeutes sont également entrés dans ce mouvement à partir de la rentrée 2010, qui leur permettra en principe de

voir leur diplôme reconnu au niveau licence en 2013. Quant aux sages-femmes (profession médicale), le grade de licence leur a été enfin reconnu en août 2011 par l'arrêté relatif au régime des études de sage-femme en vue de l'obtention du « *diplôme de formation générale en sciences maïeutiques* », publié au Journal officiel du 10 août 2011. Ce diplôme, qui sanctionne la première phase du cursus, est également reconnu au grade de licence.

Des projets de master 2 en ostéopathie (pour lesquelles des conventions ont été signées entre des établissements de formation à l'ostéopathie et des universités) attendent toujours une validation du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, alors que le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ont donné leur avis favorable à une reconnaissance des formations d'orthophoniste et de masseur-kinésithérapeute au niveau Master 1⁸⁵.

Aujourd'hui semble encore laborieuse (et donc lointaine) l'éventualité d'une absorption rapide des formations paramédicales niveau L dans les universités. Ce ralentissement concerne également aujourd'hui les 3 spécialités infirmières (infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire et puéricultrices), qui étaient censés connaître la réforme (« Masterisation ») en 2011, ainsi que les diplômés de pédicure-podologue et de manipulateur en électroradiologie. Les masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens orthophoniste devaient entamer le processus en 2012, ainsi que les psychomotriciens et les métiers de l'appareillage. Au 9 mars 2012, la réforme semble se distiller lentement, formation par formation, à plusieurs vitesses. D'après la DGOS, « *la réforme des IADE devait prendre effet en septembre 2012. Pour les autres formations d'infirmiers spécialisés, les discussions sont en cours* ».

Concernant les infirmiers anesthésistes, un arrêté de réforme semble avoir été rédigé, et devrait être soumis bientôt à l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) pour son avis. La première promotion devrait en bénéficier à partir de la rentrée d'octobre 2012. Ce projet d'arrêté prévoirait une durée de formation stable (24 mois) avec une réduction de la période de stages (de 65 à 55 semaines).

En ce qui concerne les IBODE, les référentiels métier et formation ont été élaborés dès 2006 afin de préparer la transition de la préparation vers la figure des « pratiques avancées ». Début 2011, le Ministère de la santé ne s'était pourtant pas prononcé encore, et le cabinet du ministre sollicitait l'avis de spécialistes concernant la délégation d'actes. Toujours sans cadrage en octobre 2011, les associations professionnelles ont adressé un courrier au ministre, puis au Président de la République, constatant le manque de cadrage officiel du processus d'universitarisation, notamment au niveau des habilitations des instituts.

⁸⁵ Cf. http://www.osteopathe-syndicat.fr/index.php?option=com_flexicontent&view=items&id=160:luniversitarisation-des-professions-paramedicales

A l'heure actuelle, les puéricultrices n'ont pas (non plus) de cadrage officiel de leur processus de convergence LMD et ignorent les modalités ainsi que la date éventuelle de rentrée avec le nouveau référentiel de formation, ou encore la durée potentielle des études. En novembre 2011, les représentants de la profession demandaient un positionnement au gouvernement pour finaliser les travaux de ré-ingénierie du diplôme au niveau Master, sans réponse.

Une démonstration de l'état de suspension dans lequel se trouve la réforme est que l'ANPDE - Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes-affirme également : « nous avons adressé une copie du courrier à tous les députés, sénateurs, président de conseils généraux et régionaux et aux directeurs généraux des ARS. Nous n'avons pas encore reçu les réponses à ces questions⁸⁶»...

Le 28 octobre 2011, le ministère du travail, de l'emploi et de la santé et le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont déclaré la mise en chantier de la convergence LMD des formations masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes. A ce titre, est envisagé que ces deux professions pourront exercer leur profession à l'issue d'une formation initiale reconnues au niveau M1.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, cette formation comprendra une première année de préparation et de sélection à l'université. Cette première année (déjà prévue par de nombreux instituts de formation), sera progressivement généralisée.

Pour les orthophonistes, la formation (qui se déroule déjà à l'université) sera rénovée de façon à être également reconnue en M1. La rénovation devrait également harmoniser les modalités de formation dans l'ensemble des instituts universitaires préparant au certificat de capacité en orthophonie. L'universitarisation, telle qu'elle a été réalisée jusqu'à aujourd'hui, n'est pas un processus unitaire et cohérent, mais bien un processus complexe et séquentiel (« formation par formation »).

5. Principales critiques faites à l'universitarisation

Malgré un relatif consensus sur l'importance du rôle des universités dans la formations paramédicale à venir, de nombreuses critiques sont formulées à l'égard du processus d'universitarisation tel qu'il a été mené jusqu'à aujourd'hui. En voici les principales :

- 1) La babélisation croissante du système de formation, à la quelle le processus d'universitarisation n'a pas su donner de cohérence, par le système de libre conventionnement dans le cadre de GCS
- 2) La difficulté des universités, dans un contexte de réforme importante (concentration et autonomisation), de pouvoir prendre en charge, aujourd'hui, les formations paramédicales

⁸⁶ Cf. Desmichelle Stéphane, Réforme LMD : où en sont les Masters infirmiers ?
<http://www.actusoins.com/10768/reforme-lmd-ou-en-sont-les-masters-infirmiers.html>

- 3) La capacité limitée des universités, aujourd'hui, d'intégrer physiquement et d'organiser les formations paramédicales en leur sein, ainsi que les difficultés des universités, au niveau de leurs services de scolarité, d'intégrer les spécificités des formations paramédicales
- 4) Les insuffisances des réseaux universitaires pour encourager la nécessaire couverture territoriale des formations et des professionnels paramédicaux, cruciale en matière de santé publique
- 5) La difficulté des universités pour assurer ou accompagner la bonne organisation des stages, essentiels dans les formations paramédicales
- 6) Le manque actuel de maîtrise du rallongement moyen des études paramédicales que l'universitarisation induit, ainsi que les incertitudes sur son coût et financement
- 7) Les complexités croissantes que l'universitarisation a induit au niveau du financement, déjà aujourd'hui problématique, des formations paramédicales
- 8) La démultiplication des interlocuteurs et tutelles des instituts paramédicaux, que l'universitarisation ne semble pas avoir aidé à simplifier
- 9) Les difficultés d'articulation, au sein du système global universitarisé, des formations de catégorie IV, V et sans bac.
- 10) Le risque persistant de « théorisation » des formations paramédicales, au détriment des savoir-faire cliniques
- 11) Le risque de création hâtive de « socles communs » de formation initiale

6. L'impact incertain du processus d'universitarisation à long terme

Davantage que le processus d'*universitarisation* en soi, c'est le manque de maîtrise et de cohérence des modalités de sa mise en œuvre qui demeurent aujourd'hui fortement contestés. Des doutes forts subsistent, par exemple, quant à l'impact de l'universitarisation en matière de cohérence, d'efficacité, de gouvernance et d'adaptabilité pédagogique de la formation paramédicale en France, mais également en matière de santé publique. Autrement dit, mis à part les arguments institutionnels et statutaires, aujourd'hui nous manquons de clarté sur les modalités, objectifs ou l'impact que poursuit l'universitarisation en matière de santé publique, mais aussi sur la qualité des formations ou sur les bénéfices de l'Universitarisation en termes pédagogiques, de service public ou de gestion de la formation paramédicale en France.

7. L'universitarisation : entre processus mal encadré et bouc émissaire facile pour la résistance au changement

Malgré ces critiques, il convient de rappeler que bien avant le processus d'universitarisation, en 2008, la formation paramédicale était déjà en France une filière particulièrement complexe et relativement désarticulée. En effet, la formation

paramédicale a été traditionnellement une filière avec des modes de fonctionnement intriqués, tant d'un point de vue réglementaire qu'institutionnel. Aujourd'hui encore, la formation paramédicale en France souffre d'une trop grande complexité institutionnelle.

Face à cette complexité, le processus d'universitarisation s'est présenté à ses débuts comme une opportunité de simplification et de mise en cohérence. Cependant, il n'est pas possible d'affirmer aujourd'hui que l'universitarisation, en l'état, ait répondu à cet objectif. Ainsi, afin de faire de l'universitarisation un vecteur de simplification de la formation paramédicale, il faudrait effectuer une remise à plat des critères d'universitarisation et de mise en convergence des formations dans la maquette LMD.

De la même manière, le processus d'universitarisation en tant que possible solution d'envergure pour l'ensemble des formations paramédicales se trouve fortement remis en cause, simplement, par la question de la place des formations paramédicales de niveau IV et V (« sans-BAC » et par définition étrangères au monde universitaire).

Or, aujourd'hui, la majorité des étudiants de ces formations est formée dans des instituts articulés autour des IFSI et dans les lycées. Que deviendront-elles dans le processus d'universitarisation ?

De nombreuses incertitudes empêchent aujourd'hui de déterminer une logique cohérente et vraisemblable pour l'avenir institutionnel de la formation paramédicale. Il semble ainsi impossible de déterminer aujourd'hui avec confiance si la plupart des formations paramédicales post bac sont vouées à être absorbées par les UFR dans les universités, si l'autonomie des instituts est imaginable dans la figure des Grandes Ecoles, ou si le *statu quo* avec une simple reconnaissance de grade universitaire pourrait être une option de long terme.

IV. L'évolution de la formation paramédicale devrait répondre, à long terme, à des mouvements de fond en matière pédagogique, de santé publique et d'évolution des métiers paramédicaux



V. L'évolution de la formation paramédicale devrait répondre, à long terme, à des mouvements de fond en matière pédagogique, de santé publique et d'évolution des métiers paramédicaux

Le caractère fortement évolutif des professions paramédicales, que les instituts ont d'ores-et-déjà parfois du mal à suivre, va probablement s'accroître dans les années à venir, par l'extension du domaine du « paramédical » lui-même. Cette extension estompera, d'abord, les frontières entre la pratique paramédicale et la pratique médicale, mais aussi des pratiques paramédicales par rapport à la pratique sociale et à la pratique de l'accompagnement individuel des personnes avec des besoins physiques particuliers ('nursing cares' en anglais / services à la personne).

Cette évolution est entamée d'ores-et-déjà dans les textes par l'exemple des *pratiques avancées*, de *coopération* et de *délégation*, qui cherchent à mettre à portée des professionnels paramédicaux tantôt des pratiques auparavant réservées aux médecins, tantôt des pratiques relevant du « hors-thérapeutique » (services à la personne, suivi social...)

Le mouvement de réforme engagé depuis 2009 cherche à doter chaque formation paramédicale d'un référentiel de compétences validé nationalement et complété d'une cartographie des activités associées à la fonction.

1. L'évolution des métiers paramédicaux ne se limitera à la mise en place des dispositifs de pratiques avancées et de coopération, mais la formation paramédicale devra s'y adapter de manière prioritaire

Le premier critère de qualité des instituts paramédicaux demeure leur capacité à s'adapter à l'évolution constante des métiers paramédicaux. Or, de l'avis de leurs propres directeurs, les instituts ont aujourd'hui parfois du mal « à suivre ». Autrement dit, les métiers évoluent et se spécialisent plus rapidement que leurs formations respectives.

Cette limite qu'ont les instituts de formation aujourd'hui à suivre la spécialisation et diversification des métiers paramédicaux est aujourd'hui l'un des principaux arguments brandis par les partisans de l'universitarisation. Ces derniers considèrent que l'université serait une meilleure garante de l'actualisation scientifique et technique des contenus. Cependant, cela reste à prouver, ainsi que la capacité des universités à pourvoir une meilleure qualité pédagogique (installations, méthodes, équipement et personnel enseignant).

Ainsi, indépendamment du sort de l'universitarisation, l'un des objectifs de la réforme de la formation paramédicale serait de donner une plus grande adaptabilité pédagogique et scientifique aux établissements de formation.

1. Les pratiques avancées

Tandis qu'aux États-Unis⁸⁷, au Canada et au Royaume-Uni les pratiques infirmières avancées sont apparues dans les années 1960, Les pratiques avancées se généralisent en Europe continentale depuis les années 80, en Suède, au Danemark et en Finlande. Leur reconnaissance est encore à ses débuts en France (comme par ailleurs en Belgique, République tchèque, Pologne, ou encore Japon).mais aussi aux Pays Bas et en Allemagne. Cette extension du périmètre des pratiques paramédicales n'est ainsi pas innovatrice.

Si les professions paramédicales (et plus largement les professions de santé) sont traditionnellement caractérisées par leur caractère évolutif (surtout au niveau technique), la question en France dépasse aujourd'hui celle de l'évolution des protocoles, des techniques et des pratiques. Elle concerne désormais l'expansion du domaine de compétences en lui même.

Ainsi, depuis 2003 il est question en France de permettre à des professionnels paramédicaux (dûment autorisés), d'exécuter des gestes et pratiques auparavant réservés au corps médical : c'est la figure des pratiques avancées. Les pratiques avancées sont aujourd'hui une réalité, encadrée sous le nom de « coopération » par l'article 51 de la loi HPST de 2009.

Las pratiques avancées ne font pas l'objet d'une autorisation simple, mais bien conditionnée, en France, à l'obtention d'un diplôme, voire d'un diplôme de master. Nous assistons ainsi depuis 2010 à la mise en place de quelques masters en pratiques avancées (à notre connaissance) : le premier par l'EHESP et l'Université de Marseille Méditerranée (2010, avec un M1 se déroulant à Paris), ensuite par la faculté de médecine de Nancy (2011), et de Paris-Ouest (en création).

Compte-tenu de la profusion de littérature à ce sujet, nous n'en dédions pas une place prépondérante dans ce compte-rendu, malgré sa grande importance. Limitons-nous à affirmer que le développement des pratiques avancées répond en France à de nombreuses rapports et expertises, entre autres l'étude du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (2007) « *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 1 : Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics* »⁸⁸. Il s'agit là également du rapport d'Yvon Berland (actuel président de l'université Aix-Marseille), « *Cooperation des professions de sante : le transfert de taches et de*

⁸⁷On reconnaît aux Etats-Unis quatre types de pratiques avancées :

Sage femme -Certified Nurse Midwife (CNM) / Infirmière anesthésiste -Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)

Infirmière praticienne -Nurse practioner (NP) / Infirmière clinicienne spécialisée -Clinical Nurse Specialist (CNS)

Cf. <<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.html>>

⁸⁸ Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (2007). Editions de l'ENSP

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/facteurs_rh_ssms-2.pdf

compétences » (Op. Cit⁸⁹) d'octobre 2003, la revue de Fabienne Midy « *Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires* » CREDES de février 2003⁹⁰, le rapport Y. Bourgueil (et al.) « *La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec* » DREES/IRDES en 2005⁹¹.

Mais le chemin que suivent les pratiques avancées est ancien. Le Décret n°99-426 du 27 mai 1999⁹² a habilité toute personne qualifiée à effectuer des aspirations endo-trachéales (après une formation comprenant deux jours de théorie suivis de trois jours passés dans un service prenant en charge des patients trachéotomisés). Cette nouvelle habilitation ayant été essentiellement valorisée par des infirmières fait office informel d'acte de naissance atypique des pratiques avancées en France.

Par ailleurs, les infirmières ont, par exemple, d'ores-et-déjà l'autorisation, en milieu lycéen, de prescrire des moyens de contraception. Plus largement les pratiques avancées sont d'ores-et-déjà réalisées en France, dans certaines conditions : ainsi le décret 2004-802 du 29/07/04 affirme « *En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin* »⁹³

Des évaluations de l'OCDE affirment que les soins avancés pratiqués par des infirmières sont considérés (outre le fait d'être plus économiques) comme étant au moins de qualité équivalente à ceux effectués par des médecins. Ils apportent toutefois (par la relation infirmière-patient) plus de satisfaction aux patients tout en améliorant l'accès aux services –et en réduisant, notamment, le temps d'attente.

Cependant, l'introduction des pratiques avancées n'a pas eu systématiquement l'impact escompté au niveau de la limitation des coûts. En effet, lorsqu'il y a substitution des tâches, les économies réalisées grâce au niveau inférieur du salaire des infirmiers (par rapport à celui des médecins) sont parfois neutralisées par une augmentation du temps de consultation, des réorientations plus fréquentes des patients vers d'autres professionnels et, parfois, des demandes d'examen plus nombreuses

Les pratiques avancées ont néanmoins pour impact certain de désengorger le corps médical d'une partie des pratiques communes, standardisées et considérées de soin médical « de protocole ». Il s'agit, également, de réduire les coûts en faisant effectuer les mêmes gestes par des professionnels moins payés.

⁸⁹ http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/textes/rapport_berland.pdf

⁹⁰ MIDY Fabienne, *Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires*, revue de littérature (1970-2002), Document de travail, février 2003, CREDES
< <http://sideralsante.fr/repository/references/000001b5.pdf>>

⁹¹ Y. BOURGUEIL, A. MAREK & J. MOUSQUES, *La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada*, in Etudes et résultats, N° 406 • juin 2005, DRESS,
<<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er406.pdf>>

⁹² Cf. <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000378169&fastPos=1&fastReqId=1123391942&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>>

⁹³ Cf. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>

2. La coopération

La coopération, définie par l'article 51 de la loi HPST, est le cadre large de développement des pratiques avancées. Les pratiques avancées (qui attribuent, sous condition de diplôme, autonomie et responsabilité sur son geste au professionnel paramédical habilité) ne sont pas les seules formes qu'adopte cet élargissement progressif des compétences paramédicales. Au cela de ces dernières, la coopération est une faculté de réorganisation des soins entre un collectif de travail. Son institutionnalisation en 2009 répond à la loi HPST.

La figure institutionnelle de la *coopération* a été créée l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) définit ainsi la coopération entre professionnels de santé « *par dérogation aux conditions légales d'exercice* », les professionnels de santé pouvant s'engager, « *à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ». ⁹⁴

La coopération est une démarche de transferts d'activités ou d'actes de soins entre professionnels de santé, voire une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients (ouvrant par là la réflexion aux « premiers recours »).

Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ; qui peut concerner tous les professionnels de santé et quel que soit le secteur et cadre d'exercice (salarié, public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri-professionnelle...) ⁹⁵.

La procédure de coopération est précisée par l'Arrêté du 31 décembre 2009 : elle doit s'inscrire dans le cadre de protocoles soumis à l'ARS par les établissements ou groupements intéressés. Ceux-ci doivent motiver et préciser l'objet et la nature de la coopération, le lieu d'exercice et le champ d'intervention des professionnels concernés. Le directeur général de l'ARS autorise sa mise en œuvre après que les services de l'ARS vérifient la pertinence du protocole par rapport aux besoins de santé de la région ou du bassin. L'ARS vérifie par ailleurs que le demandeur bénéficie d'une garantie assurantielle sur son champ et transmet le protocole validé à la Haute autorité de santé (HAS) qui le valide par avis conforme.

Les professionnels s'engagent, dès lors, pendant douze mois à suivre la mise en œuvre du protocole : le patient doit en être, dès lors, informé. La HAS peut, le cas échéant, étendre

⁹⁴ Protocoles de coopération et développement professionnel continu (DPC)

Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 *relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé* (NOR : SASH1019064D) paru au JORF n°0238 du 13 octobre 2010 Cf. <http://www.syndicat-infirmier.com/Protocoles-de-cooperation-et.html>

⁹⁵ Cf. La coopération entre professionnels de santé

Ministère de la santé et des Sports, fiches pédagogiques HPST > Professionnels de santé
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf

un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, l'ARS autorise sa mise en œuvre par arrêté. L'ARS peut décider de mettre fin à un protocole. Elle en informe alors les professionnels de santé concernés et la HAS.

2. La diversification des métiers paramédicaux

Au delà de l'extension du domaine des pratiques paramédicales, l'évolution des métiers paramédicaux est également quantitative : on reconnaît aujourd'hui plus d'un million de professionnels paramédicaux en France, et plus de vingt professions paramédicales là où l'on reconnaissant moins d'une poignée il y a un siècle. La diversification se situe ainsi parmi les plus importantes tendances d'évolution des métiers paramédicaux.

Le rythme soutenu de cette diversification empêche clairement qu'un nouveau type d'institut de formation (spécialisé dans chaque nouveau métier émergent) ne puisse voir le jour toutes les 7 ans. C'est pour cela qu'une logique ouverte par famille de métiers (soins, rééducation, appareillage, assistance médico-technique) semble être un éventuel critère pertinent pour le regroupement ou rationalisation progressive des établissements de formation paramédicale.

Il convient également La diversification des métiers paramédicaux s'opère souvent en parallèle et en assistance à la spécialisation des spécialités en médecine. Ainsi, les progrès de l'ophtalmologie ont progressivement engendré les métiers d'opticien lunetier ou d'oculariste ; ceux de la chirurgie ont permis l'émergence de la spécialité d'infirmière de bloc opératoire ; le progrès de l'orthopédie ont permis l'émergence de la kinésithérapie et des disciplines paramédicales liée aux prothèses mécaniques ; celui de l'ORL a permis l'apparition des métiers de la prothèse auditive.....

Mais la diversification des métiers paramédicaux ne s'opère pas simplement en réponse à l'évolution des spécialités médicales. Une logique « interne » de diversification existe également, issue de la progressive spécialisation des métiers paramédicaux eux-mêmes. Ainsi, le métier d'auxiliaire de puériculture est né de la saturation fonctionnelle du métier de Puéricultrice (une des spécialités infirmières).

L'effacement progressif des frontières entre les métiers paramédicaux « de soins », les services à la personne et les métiers médicaux

Il est aujourd'hui généralement reconnu que les professionnels paramédicaux ont les compétences nécessaires pour effectuer de nombreux actes aujourd'hui réservés aux médecins. Il s'agit-là d'actes routiniers qui sont aujourd'hui amplement balisés en matière de protocole, stables d'un point de vue scientifique et technologique et qui sont, dans les faits, souvent assistés par des personnels paramédicaux. Les notions de pratiques avancées, de coopération et de délégation cherchent à ouvrir (en les encadrant

strictement) les possibilités d'exécution de ces actes à des professionnels de soins dûment autorisés.

La dynamique des pratiques avancées, de la coopération et de la délégation étendent ainsi progressivement le domaine d'exercice des métiers paramédicaux dits « de soins ». Toutefois, cette dynamique est, pour l'instant, fortement conditionnée : ainsi, les candidats à pouvoir effectuer des pratiques avancées, ou à bénéficier de délégations d'acte, seront tenus d'être agréés par les ARS et leurs respectifs établissements, sous candidature soutenue par le corps médical. Il est fort probable qu'à l'avenir les prérequis minimaux pour pouvoir accéder à des pratiques avancées soient réglementés, et qu'ils comportent des prérequis de formation. Ainsi, les instituts paramédicaux (surtout au niveau de leur missions de formation continue et de spécialité) devra nécessairement répondre à ces prérequis de formation (le plus souvent de formation spécialisée) que formuleront les démarches de pratique avancées.

Il semble légitime d'imaginer que les spécialités des métiers de soins (aujourd'hui réservées au corps infirmier) pourraient correspondre, ou du moins répondre en partie, aux spécialités de médecine desquelles proviendraient les pratiques avancées et les délégations autorisées aux paramédicaux.

L'extension du domaine de pratiques des professionnels paramédicaux dits « de soins » par leur spécialisation pose par ailleurs une deuxième interrogation : si les pratiques avancées et les délégations étaient appelées à comporter des prérequis de spécialisation, il est fort probable que ces derniers soient directement « formulés en langage LMD ». Ainsi, il est vraisemblable que pour accéder à la pratique de gestes avancés en matière de spécialités médicales, les professionnels aient progressivement besoin de justifier être titulaires d'un diplôme de master (ou de la reconnaissance de grade). C'est d'ores et déjà en état de réflexion pour des pratiques avancées possibles pour l'infirmière urgentiste (trachéotomie), en matière d'orthopédie (pose d'atèles) ou encore d'oncologie et gynécologie (prolongement des prescriptions)....

De cette manière, l'extension du domaine d'exercice des professions paramédicales de soins semble pouvoir impliquer à terme (sous pression possible des universités « de santé ») la « masterisation » tant des spécialités infirmières que celle des prérequis nécessaires pour l'accès des pratiques avancées. Cette masterisation hypothétique se solderait, de fait, par une intégration des spécialités paramédicales dans les universités.

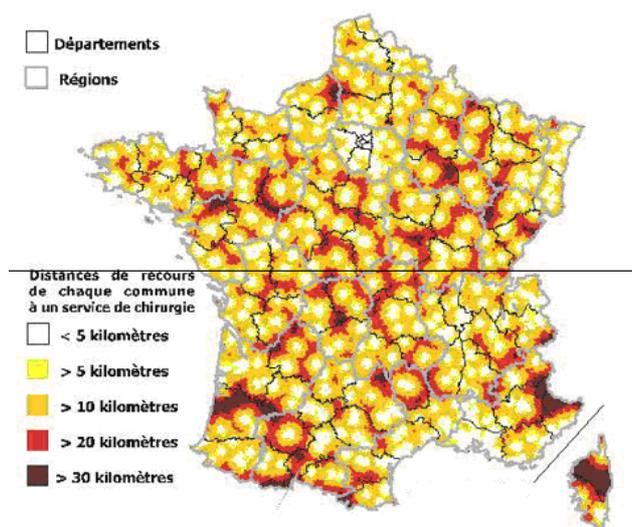
3. Les tendances qualitatives d'évolution des métiers paramédicaux

Les métiers paramédicaux se spécialisent, comme l'ensemble des métiers de santé. Cette spécialisation se traduit par l'augmentation de l'expertise technique des professionnels mais également par la réduction de leur périmètre d'exercice (et non de compétences). Cette spécialisation est un phénomène touchant l'individu au fur et à

mesure qu'il accroît son expérience et expertise, mais concerne également les professions paramédicales au niveau collectif : ainsi, la spécialisation des métiers paramédicaux est à la source de la diversification des métiers paramédicaux, au fur et à mesure que de nouveaux domaines thérapeutiques émergent, que des métiers abandonnent l'exercice de certaines pratiques où que ces métiers se distinguent les uns des autres.

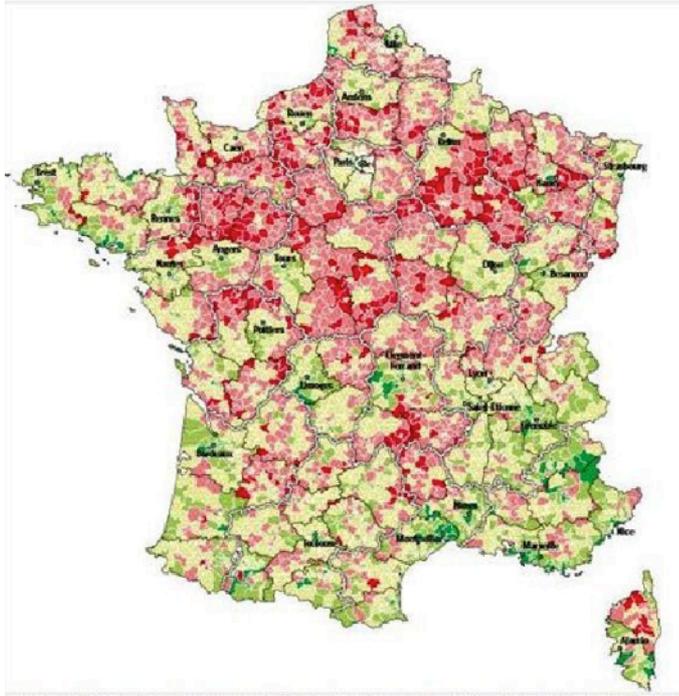
1. **Redéfinition de la segmentation entre catégories de métiers** (changement des périmètres d'action et de compétence des professionnels)
2. **Technification et évolution technologique des métiers** (accroissement de l'importance –voire du caractère normatif- des techniques et protocoles cliniques, ainsi que de la dépendance des professionnels vis-à-vis des instruments et technologies)
3. **Insertion de la pratique paramédicale dans une logique de parcours de soins** (au delà de la thérapie)
4. **Renforcement de la coopération inter professionnelle** (accroissement des interfaces, du besoin de travailler en équipe et de manière coordonnée sur le parcours de soin du patient)
5. **Accroissement de la responsabilité individuelle du professionnel paramédical** (là où en première instance se voyaient engagées la responsabilité de l'établissement et du médecin)
6. **La redistribution géographique des professionnels paramédicaux⁹⁶ :**

La démographie paramédicale est d'une certaine manière, corrélée à la démographie médicale. En effet, les professionnels paramédicaux libéraux ont tendance à suivre les migrations des médecins, car ils dépendent en partie des prescriptions médicales pour travailler. D'autre part, les professionnels paramédicaux salariés ont également tendance à suivre le mouvement de concentration des établissements de santé , privilégiant des logiques urbaines.



source : l'expansion - l'express *La vérité sur le désert médical français*
 Stéphanie Benz - publié le 28/09/2010⁹⁷

⁹⁶ CF. http://lexpansion.lexpress.fr/economie/la-verite-sur-le-desert-medical-francais_239661.html



source : l'expansion - l'express *La vérité sur le désert médical français*
Stéphanie Benz - publié le 28/09/2010⁹⁸

⁹⁷ Cf. http://lexpansion.lexpress.fr/economie/la-verite-sur-le-desert-medical-francais_239661.html

⁹⁸ Cf. http://lexpansion.lexpress.fr/economie/la-verite-sur-le-desert-medical-francais_239661.html

4. Evolution pédagogique des instituts paramédicaux :

Les instituts paramédicaux devront anticiper également plusieurs phénomènes qui pourront avoir un fort impact pédagogique :

1. **L'augmentation du niveau des connaissances scientifiques** (impliquant un fort développement de la recherche en sciences paramédicales)
2. **L'expansion constante du « socle minimum de connaissances » exigé aux étudiants**
3. **La reconfiguration des contenus transversaux à différentes formations paramédicales** (tant en socle commun qu'en spécialité)
4. **L'homogénéisation des mécanismes de VAE et de RAEP⁹⁹**
5. **Le renforcement de la formation continue**
6. **La diversification des disciplines et matières** enseignées aux étudiants (sciences humaines, éthique, management, méthodologie, recherche, enjeux de société, langues, statistique, santé publique/ épidémiologie...)
7. **La diversification des profils du corps enseignant** dans les instituts (enseignants à temps complet / praticiens / diversification des origines professionnelles et des diplômes des intervenants)
8. L'appel croissant à de **nouvelles technologies de diffusion de la connaissance et de l'information** (meilleur emploi des NTIC : e-learning, travail collaboratif)
9. **L'ancrage des pédagogies par simulation** (utilisation de modèles mécaniques, de mannequins, de modèles informatiques...)¹⁰⁰
10. **La raréfaction** des viviers de stages en milieu hospitalier
11. Le besoin accru de **former davantage les étudiants en environnement de travail libéral / à domicile, ou dans d'autres structures que les hospitalières**
12. L'appel croissant à un **meilleur encadrement des stages** (suivi de l'étudiant et définition des objectifs et modalités des stages)
13. L'évolution des conditions de recrutement des étudiants (réforme du système de quotas, des concours, PACES, homogénéisation des voies de recrutement).
14. L'amélioration du cadre matériel et technique d'enseignement
15. Le questionnement sur le rôle des instituts paramédicaux vis-à-vis de la formation thérapeutique des patients et des citoyens
16. L'implication croissante des élèves dans la gestion et la politiques des instituts

⁹⁹ RAEP : Reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle

¹⁰⁰ ELMER-HAERIG Vincent, *La simulation informatique dans le cadre de l'urgence*, mémoire de spécialité et Ecole des infirmier anesthésistes de Strasbourg, 2006

Cf <http://www.infirmiers.com/pdf/memoire-vincent-elmer.pdf>

5. Anticiper les phénomènes futurs de santé publique :

Finalement, nous avons pu relever des entretiens que les instituts paramédicaux devront anticiper les phénomènes de santé publique de leurs territoires d'implantation, mais anticiper également les phénomènes généraux suivants :

- 1. Le vieillissement** (augmentation de l'âge moyen de la population)
- 2. L'augmentation relative de la prévalence des maladies chroniques et poly-pathologiques** (augmentation de la part des patients atteints de maladies chroniques et des poly-pathologies au sein du total des patients)
- 3. La diminution de l'hospitalisation / accroissement de la part de soins à domicile ou en ambulatoire**
- 4. Le renchérissement des soins**
- 5. La désertification de certaines zones rurales** (pour les zones avec solde migratoire négatif, tant au niveau des populations que de la démographie médicale)
- 6. L'augmentation du phénomène de dépendance des patients**
- 7. Le changement des paradigmes de soins** (développement des thérapies alternatives, paradigmes de soins globaux, développement des soins palliatifs...)

Conclusions



Eléments de conclusion

LES CONFIGURATIONS INSTITUTIONNELLES POSSIBLES POUR L'AVENIR DE LA FORMATION PARAMÉDICALE

Cinq configurations se démarquent aujourd'hui comme des options d'organisation institutionnelle possible pour la formation paramédicale:

1. Le « tout à l'université » :

L'université constitue aujourd'hui une plateforme d'opportunités pour le développement des formations paramédicales. A cet égard elle compte sur plusieurs atouts. Le premier est celui d'une grande expérience dans la recherche, condition nécessaire pour le développement intégral des disciplines paramédicales. L'université constitue également un lieu propice à la mutualisation et articulation des savoirs. Elle offre, par là, une opportunité de décloisonnement des formations paramédicales entre elles, et avec les formations médicales aussi. Elle est également une source de moyens pédagogiques importants, et une garantie de reconnaissance académique pour les étudiants. L'université constitue, enfin, une ouverture pour les formations paramédicales vers les autres professions, en particulier par la voie des Masters et Doctorats.

En revanche, l'université comporte des risques : de théorisation ou académisation des cursus, d'abord, mais aussi de rallongement des études, de maillage territorial insuffisant des formations, de faible encadrement des stages (essentiels dans les formations professionnelles) et de « médicalisation » des cursus.

Au regard de ces opportunités et de ces risques, les directeurs d'école paramédicale appellent simplement aujourd'hui à un encadrement sérieux du processus de rapprochement. Leurs craintes se concentrent principalement sur la partie institutionnelle de l'universitarisation ; et plus particulièrement autour d'une possible absorption des formations paramédicales de niveau III par les UFR des universités de santé. Or, les universités semblent (de l'aveu même de la CPU) encore dans un processus prenant d'autonomisation, qui remettrait en cause leurs capacités concrètes pour assurer en leur sein les formations paramédicales, surtout des niveaux initiaux (de niveau L).

Les directeurs d'institut considèrent ainsi que la coopération avec les universités est essentielle (notamment pour le développement stratégique des formations M et D). ils considèrent toutefois qu'une absorption des formations de niveau L dans les UFR de santé serait une initiative précipitée. Par ailleurs, ils appellent à ne pas oublier l'évolution des formations déjà universitaires ou de niveau V.

En amont, il convient de préciser qu'une universitarisation globale des formations paramédicales exigerait d'emblée la consolidation d'une véritable filière de formation paramédicale *stricto sensu*, inexistante encore aujourd'hui. Les directeurs d'institut

considèrent ainsi que leur rapprochement avec l'université ne doit pas se faire dans la perspective d'une intégration totale à cette dernière, mais peut être compatible avec l'autonomie des instituts de formation –même au sein de structures universitaires, le cas échéant.

En outre, l'intégration universitaire ouvrirait de nombreuses questions et inconnues. La première serait celle de la nature même des formations : s'agira-t-il toujours de formations professionnelles ? D'autres questions s'ouvrent, comme celles de la gouvernance des formations, mais aussi des relations entre les formations et les établissements de santé, les ARS et les Conseils Régionaux. Ces questions s'étendent à des questions plus organiques, comme celle du statut des formateurs actuels, autant que celle des directeurs.

2. Les « Grandes écoles » :

Une deuxième option, envisagée depuis 2005, serait la création de structures de formation autonomes vis-à-vis de l'université (et davantage indépendantes par rapport aux établissements de santé) sur le modèle des « Hautes Ecoles de Santé » suisses.

Cette option permettrait théoriquement le regroupement de l'ensemble des niveaux et des formations dans un seul et même institut, favorisant par là la continuité des cursus et la mutualisation d'enseignements. La création d'une grande école serait, également, une opportunité de « rationalisation » et de restructuration des formations.

Cependant, la création de grandes écoles de santé impliquerait une révolution profonde du cadre juridique, et ne saurait résoudre la question des équivalences de diplômes, par exemple. En outre, une grande école ne saurait garantir nécessairement (du fait de son caractère monolithique) la couverture territoriale, ni satisfaire les spécificités pédagogiques des différentes formations.

Il demeure toutefois difficile de prévoir les risques et opportunités d'une telle configurations institutionnelle, tant elle reste à construire.

3. Les Instituts d'études de santé (IES) :

Cette étude propose (en annexe) une voie institutionnelle de réforme possible mais encore inexplorée : la figure encore inédite d'un institut d'études de santé (IES), autonome mais à rattachement universitaire, à mi chemin entre les grandes écoles et le universités. L'image des IEP (instituts d'études politiques) de province. A ces sujets, le niveau ministériel législatif se dit aujourd'hui ouvert à toutes les propositions compatibles avec la convergence LMD, confirmant que les modalités de consolidation de l'universitarisation ne sont pas encore décidées.

4. Le statu quo :

Un relatif statu quo (dans les conditions actuelles de fonctionnement et de financement) demeure également une option imaginable, bien qu'improbable et peu souhaitable. Peu souhaitable, car elle se soldera probablement par la babélisation des pratiques entre régions, mais également entre formations.

5. Un « mix » :

Il demeure également possible qu'on n'assiste pas à une homogénéisation des structures institutionnelles de la formation paramédicale, et que plusieurs types de structures coexistent, parmi les formes antérieurement citées.

Dans une conjoncture de relance au niveau des réformes, une dernière précision s'impose : l'avenir de la formation paramédicale reste empreint d'incertitudes. Les scénarii, tendances et phénomènes évoqués plus haut ne constituent que des perspectives envisageables dans le contexte actuel.

Des établissements à la recherche d'un cap pour leur réforme

La réforme de la formation paramédicale a été lancée à partir de 2004 à l'interface de réformes bien plus larges et structurelles, dépassant de loin la question de la formation paramédicale : il s'agit là de la décentralisation, de la réforme du système institutionnel de santé dans sa globalité, de la réforme de la formation professionnelle et de la réforme de l'enseignement supérieur en France.

Aujourd'hui, une nouvelle vague de réforme se lève, avec une nouvelle perspective. Cette nouvelle perspective (souhaitée par les administrations centrales) semble chercher deux objectifs. D'abord, chercher une architecture articulée entre formations.

Poursuivre trois processus prédominants et déjà à l'œuvre : 1) la *régionalisation* de la politique de santé et de formation en France, 2) L'*européanisation* (entendue doublement comme mise en conformité au cadre LMD et ouverture de l'exercice des métiers paramédicaux en France à des professionnels communautaires autorisés) et, finalement, 3) l'*universitarisation* (autrement dit le rapprochement de la formation paramédicale et des universités).

Ces trois processus concomitants présentent aujourd'hui des bilans inégaux. Les deux premiers (*régionalisation* et *européanisation*) ont recueilli un relatif consensus et semblent avoir été plutôt bien assumés par les instituts de formation. Ils ont, de plus, répondu à des besoins importants en matière d'adaptation territoriale, professionnelle et institutionnelle du système de formation. Nous assistons cependant aujourd'hui à la relance de l'*universitarisation*, qui ouvre une opportunité importante pour redéfinir les critères de la réforme de la formation paramédicale.

L'universitarisation a été menée jusqu'à présent formation par formation, au gré de décisions politiques et de négociations intersectorielles, dans lesquelles les directeurs et directrices d'instituts paramédicaux ont eu jusqu'à présent la sensation de peser peu. La première vague de réforme de la formation paramédicale en France est ainsi, avant tout, le fruit d'un processus *institutionnel* faisant des instituts paramédicaux (dépourvus de personnalité juridique) un enjeu plus qu'un acteur de sa propre réforme. L'universitarisation a ainsi été impulsée jusqu'à présent essentiellement par des critères de type *institutionnel* (concordance avec d'autres réformes, distribution de compétences...) et *corporatif* (protection des professions, revalorisation statutaire des fonctionnaires...).

Dans ce contexte, cette étude a identifié quatre moteurs prioritaires d'évolution qui semblent se conjuguer aujourd'hui pour définir l'avenir de la formation paramédicale en France :

- 1. Les dynamiques structurelles lancées par les réformes institutionnelles depuis 2004 (européanisation, universitarisation, régionalisation)** qui déterminent le jeu d'acteurs, la dimension normative et l'architecture institutionnelle actuels. Cette dimension institutionnelle définira le fonctionnement, l'organisation et les

participants de la formation paramédicale, ainsi que les modalités de financement et de contrôle. Elle déterminera également (par le biais des *numerus clausus*) l'offre quantitative et la distribution territoriale de la formation paramédicale en France. Elle définira, enfin, les éventuels regroupements de structures de formation, mais également toute la dimension statutaire des établissements et des professionnels paramédicaux.

Les critères institutionnels, statutaires et corporatifs ont impulsé jusqu'à aujourd'hui l'essentiel des réformes passées (valorisation statutaire, convergence LMD...). Cependant, plusieurs facteurs interrogent aujourd'hui la pertinence de ces critères, et ont mis en exergue des limites importantes des réformes récentes ; avant tout en matière de cohérence et de qualité de la formation paramédicale à venir.

Si la une architecture institutionnelle articulée constituera indéniablement une condition pour la performance de la formation paramédicale à terme, ce sera à l'aune de critères « de fond » (qui échappent donc aux réformes institutionnelles), que la qualité de la formation paramédicale sera jugées à l'avenir. C'est pourquoi cette étude invite à dépasser la vision institutionnelle, professionnelle, statutaire et corporative pour s'ouvrir à trois sources de demande auxquelles la formation paramédicale devra répondre, à savoir :

2. **Les besoins futurs de la France en matière de santé publique**, qui incluent les phénomènes épidémiologiques, mais également des dynamiques sociologiques, démographiques, technologiques, et culturelles de la société française à terme, ou encore les attentes de la société française en matière de soins. Ces phénomènes définiront à long terme la demande future de la société en pratiques et professionnels paramédicaux tant au niveau qualitatif que quantitatif.
3. **L'évolution des pratiques paramédicales**, qui inclut l'élargissement du périmètre des pratiques paramédicales (e.g. pratiques avancées / coopération) tout comme leur évolution qualitative. Cette évolution recouvre les processus de spécialisation, de diversification et de technification des métiers paramédicaux et, par là, la dimension qualitative de l'offre en matière de pratiques paramédicales.
4. **L'évolution pédagogique de la formation paramédicale**, qui inclut l'adaptation des programmes et des moyens pédagogiques, des technologies d'enseignement, le cadre de formation et de stages, ainsi que les programmes

Les critères de réforme privilégiés jusqu'à présent ont ainsi abouti à des issues institutionnelles essentiellement de « compromis ». Cette précaution s'est soldée par la démultiplication des tutelles et des autorités qui s'exercent sur les instituts paramédicaux, aboutissant ainsi à une certaine cacophonie institutionnelle.

La surpondération des critères institutionnels, statutaires et corporatifs dans la réforme a certes été nécessaire pour que les réformes puissent « passer ». Cependant, elle semble

avoir négligé l'impact possible de cette complexité au niveau de la qualité et de la couverture territoriale des formations. Nous manquons aujourd'hui, à cet égard, de réponses certaines sur l'impact prévu des réformes sur le renchérissement, le rallongement, l'articulation, la diversification et la spécialisation des études paramédicales.

Garantissant l'acceptabilité des réformes successives, la logique de réforme « formation par formation » (hégémonique pendant la première vague de réforme) n'a pourtant pas réussi à construire une cohérence entre les réformes, ni entre formations ni au niveau territorial. A ce sujet, les directeurs d'institut paramédical plaident aujourd'hui pour une rationalisation et simplification de l'architecture institutionnelle des formations paramédicales qui passerait, avant tout, par celle de leurs tutelles.

Il convient également de noter que les réformes récentes (et l'universitarisation en particulier), ont été menées jusqu'à sans véritable vision d'ensemble. Au delà des objectifs de « convergence LMD », de « mise en route de la coopération et des pratiques avancées » et d'une potentielle « valorisation statutaire », nous manquons encore aujourd'hui de schéma directeur commun pour la réforme.

Cette absence de cap et de logique de fond clairs comporte ainsi d'abord un risque d'incohérence et de babélisation (territoriale et entre formations). Elle a surtout, rendu opaques les mutualisations et les économies possibles, tout en renforçant les logiques corporatistes.

Indépendamment des formes institutionnelles qu'adopteront les formations paramédicales à l'avenir, la réforme de la formation paramédicale convergera inexorablement avec le développement de mécanismes de 'coopération' et avec la mise en application des pratiques avancées. Cette convergence se soldera, très probablement, par le rallongement moyen de la durée des études paramédicales et par leur spécialisation (ou par une éventuelle mais improbable démultiplication de filières). Ce rallongement restera certes inégal parmi les formations (concernant quelques 7% des diplômés des formations initiales) et ne représentera peut être que quelques mois en moyenne, mais signifiera à terme un renchérissement de l'offre de formation paramédicale dû au rallongement mais aussi à la technification des études. Or, les modalités de financement sont déjà source de polémiques entre les différents acteurs. Par ailleurs, la réforme LMD pose la question cruciale de la frontière et de la cohérence entre la formation professionnelle et l'enseignement supérieur. C'est pourquoi les directeurs d'instituts de formation plaident également pour une discussion sérieuse sur leur champ d'action, sur leur structure de financement et, plus largement, sur le financement de la formation paramédicale.

Concernant plus particulièrement le processus d'universitarisation, de nombreux acteurs (et non seulement les directeurs d'institut de formation) considèrent aujourd'hui que le processus d'universitarisation reste globalement trop légèrement encadré et trop diversement compris au niveau national, et demeure une voie encore incertaine d'amélioration de la qualité des formations (sinon au niveau scientifique, du moins au niveau appliqué et clinique). Les universités semblent, en effet, manquer aujourd'hui des capacités matérielles, techniques et logistiques pour assurer la formation paramédicale.

L'universitarisation comporte aussi un risque obstiné de « théorisation » et de « rigidification » des études paramédicales. Nous méconnaissons, de plus, l'impact à terme de l'universitarisation sur la capacité de la formation paramédicale à anticiper et répondre aux défis futures de santé publique. Subsiste, enfin, dans l'universitarisation, le risque de laisser de côté les formations « sans bac » (niveau V).

Les logiques suivies par le processus d'universitarisation jusqu'à aujourd'hui présentent des risques et limites importantes : 1) difficulté pour dupliquer les logiques d'universitarisation d'une formation à l'autre, 2) difficulté à générer des synergies et des mutualisations entre formations, 3) manque de maîtrise des réformes au niveau des coûts et de cohérence au niveau national, mais aussi 4) incertitude sur l'impact de l'universitarisation en matière de santé publique à long terme.

Il est semble ainsi possible d'affirmer que les différentes réformes depuis 2004 ne semblent guère constituer une garantie de concorde budgétaire, de qualité pédagogique ou d'économies d'échelle. De cette manière, il semble important de donner de nouveaux repères nationaux de cohérence au processus de réforme, et en particulier à celui d'universitarisation.

1. Construire un argumentaire dépassant la dimension institutionnelle pour proposer une perspective de fond et de long terme à la réforme de la formation paramédicale

Cette étude va au delà des considérations institutionnelles aujourd'hui prégnantes: la réforme des instituts paramédicaux devra s'adapter, à long terme, à des phénomènes de fond. Ces phénomènes de fond sont les tendances, dès aujourd'hui à l'œuvre, en matière: 1) de progrès des pédagogies paramédicales, 2) d'évolution des métiers paramédicaux et de 3) santé publique.

1. Faire progresser les instituts au niveau pédagogique

Aujourd'hui il est en question, d'abord, d'une nécessaire *modernisation* pédagogique de la formation paramédicale en France. Cette modernisation se traduit par une exigence d'adaptation constante des pédagogies, du cadre matériel de formation, des technologies d'apprentissage, des cadres de formation et de stage, ainsi que des programmes de formation. Par cet impératif de modernisation pédagogique, on cherche ainsi à ce que la formation paramédicale puisse suivre les processus de *diversification*, *spécialisation*, *réglementation* et *technification* croissantes des pratiques paramédicales. Or, l'évolution pédagogique peut exiger un certain niveau d'autonomie institutionnelle, en particulier sur les disciplines appliquées et techniques.

2. Préparer aux pratiques paramédicales d'avenir

Un deuxième impératif de fond pour la réforme future des instituts paramédicaux est la nécessité de faire de la formation paramédicale une formation tournée vers l'avenir des pratiques paramédicales. Il s'agit là, en essence, de prendre en compte, dès la formation, de la spécialisation et de l'élargissement progressifs du périmètre des pratiques paramédicales.

Les figures émergentes des *pratiques avancées*, de la *coopération* et de la *délégation* matérialisent d'ores-et-déjà cette évolution : il s'agit donc là de figures que les instituts paramédicaux doivent intégrer dès aujourd'hui pour former aux pratiques de demain. Comment préparer, dès la formation initiale, à davantage de pratiques nouvellement ouvertes aux professions paramédicales ? Faut-il conserver les corps professionnels actuels en optant par la *spécialisation progressive* des métiers en spécialisations (suivant le modèle des infirmières spécialisées) ? Faut-il, au contraire, créer de nouveaux métiers (suivant le modèle des professions médico-techniques) ?

3. Préparer les besoins futurs de la société française en matière paramédicale

Une troisième priorité de fond est la nécessaire anticipation d'importantes évolutions de la société française en matière de santé publique. Il est question là de phénomènes épidémiologiques, sociologiques, démographiques, culturels et technologiques ; comme le vieillissement des populations, l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques, la *sédentarisation* des populations (par la tertiarisation de l'économie), la

« *malbouffe* » ou encore l'essor de la *dépendance* dans le quotidien de nombreux français (phénomènes qui impactent également, par ailleurs, les professionnels paramédicaux en tant que population).

C'est également le cas de phénomènes relativement plus éloignés de l'univers de la santé comme la *désertification* démographique des bassins ruraux ou l'hégémonie des *NTIC*, en tant que phénomènes de société avec un fort impact en santé publique.

Au delà de ces phénomènes « objectifs », les instituts paramédicaux doivent également tenir compte dès aujourd'hui de l'évolution la manière dont la société française et les professionnels de santé se représentent (ou souhaitent) les conditions futures de soins. C'est le changement des paradigmes thérapeutiques qu'a favorisé, par exemple, l'essor des soins palliatifs et homéopathiques, des thérapeutiques dites *alternatives*, ou le renforcement des soins à domicile (et la conséquente justification du déclin de l'hospitalisation pour certaines pathologies). Dans cette ligne d'idées nous assistons aujourd'hui au rapprochement tacite entre certaines pratiques paramédicales et la notion de *services à la personne*. C'est aussi le cas de l'essor du rôle de l'éducation thérapeutique, de la prévention ou de l'individuation des parcours de soins...

Ces phénomènes sociétaux (tant « objectifs » que « subjectifs ») détermineront *in fine*, mais structurellement et à long terme, la demande future de la France en matière de pratiques, de professionnels et de technologies paramédicales. Pour cette raison, les instituts paramédicaux devront également les prendre en compte dans leur processus de réforme.

Une partie importante de l'avenir de la formation paramédicale en France se jouera ainsi sur la capacité qu'auront les instituts à faire preuve d'adaptabilité pédagogique, d'anticipation du périmètre futur des pratiques paramédicales et de proposition quant aux besoins futurs de la société française en matière de soins et services paramédicaux.

2. Dégager des principes pour une réforme réussie de la formation paramédicale

1. Dépasser les logiques institutionnelles et statutaires

Les logiques qui ont guidé l'universitarisation et la réforme de la formation infirmière ont montré des limites importantes. Ces limites concernent surtout la cohérence territoriale, mais aussi leur potentiel de « transposabilité » aux autres formations. Des difficultés de mise en cohérence qui sont particulièrement sensible en ce qui concerne la réforme des formations paramédicales « sans BAC » (de catégorie IV et V) et de mise en cohérence avec les formations de catégorie II et III.

Au delà de la construction des référentiels, la manière dont les formations infirmière, de masseur-kinésithérapeute et d'orthophoniste ont été rapportées à la maquette LMD ne sont guère comparables et ne sont pas transposables aux autres formations en attente. Cela, car la logique suivie pour la réforme LMD de ces formations a été très attentive aux considérations institutionnelles et statutaires. Or, ce genre de logiques varie grandement d'une formation et d'une profession à une autre (et dépend, en grande partie du positionnement des organisations professionnelles, fortement corporatistes). Concernant ces modalités, nous voyons comment l'universitarisation de la formation infirmière a été globalement *casuistique* (et non globale pour l'ensemble des formations de soins), *négociée* et relativement *peu encadrée*.

Si la réforme LMD continuait à se faire de la manière dont elle a été réalisée avec ces trois premières formations, les raisonnements institutionnels, statutaires et corporatifs (privilegiés jusqu'aujourd'hui) risquent de favoriser la babélisation –déjà importante- des formations sans favoriser les mutualisation ou les économies possibles. Par ailleurs, ces critères ne sont guère pertinents pour répondre de manière cohérente aux impératifs de santé publique qui, à long terme détermineront la demande en professionnels paramédicaux. Par exemple, les retombées du processus d'*universitarisation* des formations infirmières en matière de santé publique semblent avoir été assez peu évalués ou estimés à ce jour. Cette logique hégémonique semble ainsi montrer dès aujourd'hui ses limites expliquant en partie le fait que le processus de réforme et d'universitarisation des formations paramédicales se trouve aujourd'hui suspendu.

La logique institutionnelle et statutaire semble montrer également des limites quant à son impact concret sur l'efficience et l'efficacité des instituts (du moins au niveau de leur gestion) : contrairement à ce que l'on pourrait souhaiter, les directeurs d'instituts paramédicaux ont aujourd'hui le sentiment que les réformes ont complexifié la gestion des instituts à plusieurs égards. Par exemple, les établissements de formation accusent les difficultés du fait que les autorités de certification des diplômes (les DRJSCS) soient différentes des autorités de contrôle de la qualité des formations (les ARS). Par ailleurs, ils constatent des inconsistances du fait que les conseils régionaux financent leur fonctionnement et les centres de gestion (les centres hospitaliers, majoritairement) leurs

investissements. Ils questionnent, également l'utilité d'avoir trois autorités différentes pour la tutelle pédagogique (les ARS), le conseil pédagogique (les Régions) et la délivrance des diplômes d'Etat (les DRJSCS).

Enfin, les logiques institutionnelles et statutaires ont montré aussi des limites au niveau de la cohérence du système dans son ensemble : du fait de la régionalisation et de l'autonomie des universités, le panorama de la formation paramédicale en France est entrain de devenir aujourd'hui bien plus contrasté institutionnellement et qualitativement dans les territoires qu'il ne l'était par le passé.

2. Eviter la babélisation territoriale et entre formations paramédicales

L'hétérogénéité régionale dans la formation paramédicale est d'ores-et déjà sensible grâce aux différentes formes que l'universitarisation a prise selon les régions. Dans la région Alpes Côte-d'Azur, par exemple, L'EHESP et l'Université de Marseille Méditerranée ont ouvert en 2010 un master sciences cliniques infirmières (1er master de pratiques avancées) l'universitarisation est aujourd'hui comprise de manière homogène comme une intégration progressive des formations paramédicales dans l'université. En Ile-de-France, le rapprochement entre les instituts de formation et les universités est varié en fonction des GCS.

Cette importante hétérogénéité territoriale est essentiellement conséquence d'un modèle d'évolution institutionnelle fondé sur le principe de libre *conventionnement*¹⁰¹. En effet, dans le cadre des GCS¹⁰² l'universitarisation se fait grâce à des conventions multilatérales et relativement peu encadrées entre les différents acteurs régionaux de la formation paramédicale (on en compte aujourd'hui plus de 350 IFSI pour à peine 27 régions, alors qu'un seul GCS par région était prévu). Sous la présidence de l'ARS, les GCS réunissent l'administrateur du groupement, le médecin inspecteur régional ou le conseiller technique et/ou pédagogique, le président du conseil régional (ou son représentant), les présidents des universités ainsi que des directeurs d'IFSI et des représentants des étudiants élus parmi les représentants des étudiants des IFSI membres. Les principaux participants au

¹⁰¹ Selon l'expérience instituée par la circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD) relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers

Cf. < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_202_090709.pdf>

¹⁰² Au 30 juin 2010, 347 GCS étaient recensés. Le GCS (Groupement de coopération sanitaire) est le cadre de coopération privilégié dans les territoires en matière de politique de santé : c'est le cas entre le secteur public et privé, mais également entre les collectivités et les établissements. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des structures de ville (centres de santé, maisons de santé, etc), des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. Cf. décret n°2010-862 relatif aux groupements de coopération sanitaire / arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

GCS sont aujourd'hui les Régions, les centres de soins (en tant que EPS et qu'organismes « support » des instituts de formation), les ARS et les instituts paramédicaux¹⁰³.

Le caractère conventionnel et local des GCS a permis certes une meilleure prise en compte des réalités de terrain. Cependant, en tant que système, il ne garantit guère la cohérence nationale du système de formation ni sa capacité de répondre (en volume ou en qualité), à l'évolution globale des besoins sociaux en matière paramédicale, ou à l'évolution des métiers paramédicaux eux-mêmes.

Au delà de la figure conventionnelle, la réforme de la formation paramédicale (telle qu'elle a été menée jusqu'à aujourd'hui), s'est ainsi soldée par la démultiplication des interlocuteurs et des « tutelles » sur les instituts paramédicaux sans pour autant baliser les conditions ni la manière dont ces tutelles sont exercées¹⁰⁴.

Face à ces limites, les acteurs de la réforme de la formation paramédicale semblent être aujourd'hui davantage attentifs à d'autres arguments, au delà des logiques institutionnelles et statutaires. Des arguments 1) pédagogiques, 2) de santé publique ou 3) d'évolution des métiers paramédicaux sont, notamment aujourd'hui, davantage audibles comme des critères pertinents pour façonner l'avenir de l'institut paramédical français.

¹⁰³ La reconnaissance par le ministère chargé de l'enseignement supérieur du grade de licence a impliqué que l'ensemble des établissements de santé publics et privés, supports d'un IFSI et les IFSI dotés de la personnalité juridique passent une convention au sein de chaque académie, dans le cadre de GCS, avec la région et les universités, ces dernières étant coordonnées par une université disposant d'une composante de formation en santé. Cf. Circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers

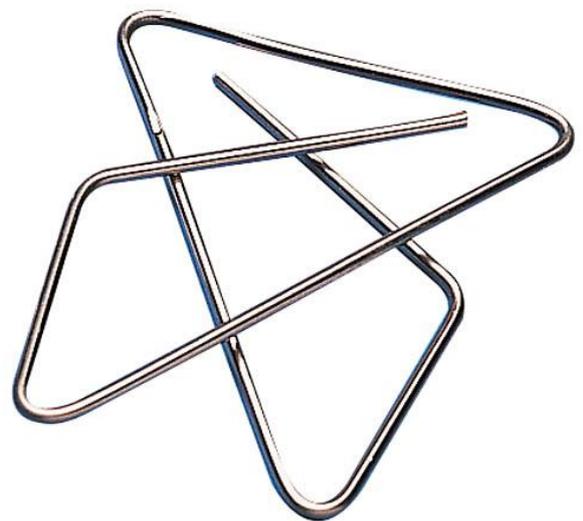
¹⁰⁴ Ainsi, le rapport *relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire*, de 2011 (Op.Cit) affirme

Le transfert aux régions du financement des formations initiales et l'inscription des diplômes dans le processus LMD.

« L'interaction des deux réformes amène à quelques interrogations, complémentaires mais de nature différente. D'une part, en dépit de réels aspects positifs, il n'est pas certain que l'ajout d'un interlocuteur supplémentaire, de surcroît composé de 26 régions autonomes dans leurs décisions, éclaire le champ des formations avec l'instauration de compétences croisées entre plusieurs décideurs. Le phénomène est aggravé par l'arrivée des universités (dorénavant autonomes) et du Ministère de l'enseignement supérieur, dans le paysage, du fait de l'inscription des diplômes paramédicaux dans le processus LMD. D'autre part, l'extension programmée du dispositif LMD à l'ensemble des diplômes paramédicaux ne va pas sans susciter des difficultés d'ordre technique mais aussi culturel. La démarche LMD implique une réingénierie en profondeur des formations paramédicales selon un schéma global et cohérent en termes de calendrier, de contenu et de niveaux de qualification. Faute certainement d'une clarification de leurs rôles respectifs et d'un véritable travail en commun sur la question, les deux ministères (Santé et Enseignement Supérieur) peinent à faire connaître une ligne visible à l'ensemble des acteurs concernés. »

Cf. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf>, p.7

Annexes



Annexe 1 : liste des principaux interlocuteurs de cette étude

NOM, Prénom	Etablissement	Fonction
Mme. GIRARD, Florence	ANDEP	Directrice
Interlocuteur Politiques		
Dr. DOMERGUE Jacques	APHST	Député UMP
Ministères / administrations centrales et déconcentrées		
M. JOLLY Claude	MINISTERE CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR > Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle	Adjoint au chef du service de la stratégie de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
Mme. CONTENSSOU, Lucie	DRJSCS Midi-Pyrénées	Responsable unité formations paramédicales
Mme. Michèle LENOIR-SALFATI	DGOS	adjointe à la sous-direction ressources humaines du système de santé, DGOS
Conseils Régionaux		
Mme. MIGNON Séverine	CRIF	Ile de France
ARS		
Mme Marie-Jeanne RENAUT	ARSIF	Directeur des soins - Conseillère pédagogique régionale
Professionnels des soins		
M. BARTHES, Richard	CHU Toulouse, Centre de Formation Continue des Professions de santé	Directeur, Expert GPEEC santé, Formation, Accompagnement et Projets Structurants
VASSEUR, Roselyne	AP-HP	Directrice des Soins et des Activités Paramédicales
M. Dubus, Christian	CHU Lille	Directeur Adjoint en charge notamment des Instituts de formation paramédicale
Mme. RIOU, Annick	CHIMM - Centre Hospitalier Intercommunal Meulan les Mureaux	Directeur des Soins / Coordonnateur des formations paramédicales
M. DURAND, Luc	CHU BORDEAUX	Coordonnateur général des soins
Universités		
Pr. de KORWIN, Jean-Dominique	FMC - EPP - Université - Association nationale des responsables universitaires de formation médicale continue	Président
M. VAILLANT, Loïc	Université de Tours / CPU	Président de l'université de Tours / Président de la commission santé de la CPU
Directeurs d'établissement de formation paramédicale		
M. BOUTROY, Michel	Ecole Kiné	Directeur
Mme. Martine FONTAINE	IFSI PONTOISE	Directrice
Mme. Catherine MERCADIER	IFSI MONTAUBAN	Directrice
M. GERARDI, Jean Luc	Direction de la formation en soins infirmiers de l'IRFSS CRF de Limoges	Directeur

Mme. Dominique COQUILLARD	École régionale d'infirmiers anesthésistes, Hôpital intercommunal de St germain en Laye	Directrice
Mme. Marie Jeanne VAUGOYEAU	Croix Rouge	Directrice / Directeur

Experts

Mme. FERMON, Béatrice	Univ Paris Dauphine	Economiste de la santé, responsable Master Économie de la santé
M. BERGEAU, Alain	Président de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS)	Président

Annexe 2 :

Le positionnement de l'ANDEP face aux figures institutionnelles possibles de la formation paramédicale .

I. L'assimilation des formations des niveaux 3 et 4 dans l'université

L'universitarisation, comprise comme l'intégration des formations paramédicales de niveau 3 et 4 aux UFR universitaires, a été impulsée par quelques arguments importants et de fond :

- 1) La recherche d'une plus grande qualité académique et scientifique des formations
- 2) Le rapprochement entre enseignement supérieur et formation professionnelle
- 3) Le regroupement de l'ensemble des formations de santé sous la bannière universitaire, afin d'en faciliter les passerelles et la mise en place de « tronc communs », et surtout,
- 4) La valorisation statutaire des diplômes paramédicaux, notamment au niveau des spécialités, amis aussi avec la reconnaissance de grades universitaires aux diplômes d'état.

Cependant, si l'ANDEP reconnaît l'importance d'avoir des diplômes et des spécialités paramédicales en partenariat avec l'université (et notamment concernant les diplômes des pratiques avancées), l'option du tout à l'université lui semble hâtive et risquée. L'université présente plusieurs points de doute importants à l'égard de sa capacité pour assurer de manière efficace les formations paramédicales :

- 1) Les universités connaissent encore peu le domaine de la formation paramédicale que parfois elles abordent avec la même optique des formations médicales
- 2) Les universités vivent aujourd'hui un contexte de réforme importante de concentration et d'autonomisation, qui risque de compromettre leur capacité concrète actuelle de pouvoir prendre en charge, aujourd'hui, la complexité, les particularités, la gestion et les exigences formations paramédicales de niveau III et IV avec des critères satisfaisants de qualité, tant au niveau de la scolarité, que de leurs capacités matérielles, administratives et académiques
- 3) Très spécifiquement, les universités risquent d'avoir d'importantes difficultés pour organiser ou accompagner la bonne organisation des stages, pilier essentiel des formations paramédicales
- 4) Les universités ne semblent guère pourvoir garantir, en l'état, un socle stable et suffisant de financement des formations paramédicales
- 5) Les formations paramédicales à l'université risquent de renforcer le tropisme urbain et métropolitain des professionnels de santé (déjà important)

- 6) Les réseaux universitaires semblent aujourd'hui insuffisants pour garantir la nécessaire couverture du territoire pour assurer l'assise territoriale à des formations dont la proximité est l'une des clés.
- 7) Une universitarisation mal maîtrisée risque de provoquer également un rallongement plus ou moins important des études paramédicales (du fait de la gestion des crédits et des redoublements et du rajout progressif de contenus), ainsi que des incertitudes sur le coût et financement de ce rallongement
- 8) L'universitarisation risque de créer une dichotomie entre les formations « à l'université » et celles de catégorie V
- 9) Dans le « tout à l'université » subsiste également un risque persistant de « théorisation » des formations paramédicales, au détriment des savoir-faire cliniques et appliqués : rapprocher les formations paramédicales de la recherche est un objectif louable, mais ne doit pas devenir le critère primordial
- 10) L'universitarisation comporte, finalement, la tentation de création hâtive de « socles communs » de formation initiale (pour faire des économies) sans prendre en compte que chaque profession a une approche différente possible des mêmes problématiques.

De cette manière, de nombreuses questions semblent subsister quant à la pertinence de remettre aux universités la complexité des formations paramédicales.

II. Les grandes écoles de santé.

Une deuxième option souvent évoquée est, à l'image des grandes écoles suisses, la création de grandes écoles paramédicales, plus ou moins indépendantes du système universitaire. Cette option aurait la grande vertu de reconnaître la spécificité et l'articulation des formations paramédicales dans un cadre d'indépendance, mais comporte également des risques difficiles à appréhender toutefois du fait du caractère encore virtuel de ces éventuelles structures. Ces craintes concernent :

- 1) D'importantes incertitudes concernant les coûts, le financement et la gestion de ces éventuelles écoles
- 2) Des questions concernant les relations entre ces écoles et l'université
- 3) Des questionnements concernant le caractère « fourre-tout » de ces éventuelles structures, dépourvu de logique de métier
- 4) Des questions concernant un cadre nécessaire pour l'articulation des différentes formations en leur sein
- 5) La nature et les caractéristiques des diplômes délivrés par ces écoles
- 6) La gouvernance de ces écoles
- 7) La place des responsables de chaque formation dans la gouvernance des écoles

III. Une nouvelle option est ouverte : l'institut d'études de santé

L'ANDEP souhaite proposer une troisième option, quelque part entre la figure « grande école » et le « tout à l'université ». Cette figure est celle d'un éventuel « institut d'études paramédicales et de santé » (« IES »), inspirée de la structure des IEP (Instituts d'études politiques) de province.

1. Configuration juridique possible

A l'image des IEP, les éventuels « IES » pourraient être des établissements publics d'enseignement supérieur à caractère administratif, sans pour autant être intégrés dans les UFR médicales des universités de santé.

Les « IES », à l'image des IEP de province, pourraient être des établissements autonomes, rattachés à l'université par une convention la coopération pédagogique et scientifique et la représentation mutuelle des établissements dans leurs conseils respectifs.

Leur budget intègrerait à ce titre la rémunération de l'intégralité des personnels qui leur sont affectés, ainsi que les charges de leur gestion administrative et financière.

Les directeurs des IEP sont autonomes, mais répondent à un conseil d'administration (à l'image des conseils pédagogiques des établissements de formation paramédicale aujourd'hui

L'idée essentielle serait de conserver une double tutelle : Santé (tutelle pédagogique, au travers des ARS) et « Enseignement Supérieur » (tutelle de certification, au travers des universités et de l'AERES)

L'idée serait également de conserver un ancrage universitaire important pour les formations paramédicales (et le grade universitaire pour les diplômés) tout en conservant une autonomie pédagogique et de gestion des formations paramédicales, ainsi que des marges possibles de mutualisation pédagogique et administrative avec l'université (mutuelle, bibliothèques, services informatiques....)

2. Financements possibles

Les conseils régionaux pourraient, dans cette hypothèse, continuer à être les principaux partenaires et financeurs des ces « IEPS ». Ainsi, des conventions peuvent aujourd'hui lier les IEP et les Conseils Régionaux. Par exemple, ces derniers accordent de nombreuses subventions de fonctionnement aux IEP pour des rubriques définies (investissement, recherche et formation continue, notamment), mais des conventions globales sont également possibles entre les IEP et les Conseils Régionaux au sein de schémas régionaux. Les IEP, bénéficiant de l'autonomie par prolongement des dispositions relatives aux universités, peuvent également lever des financeurs publics privés, ainsi qu'articuler des fondations.

3. Articulation possible des différentes formations et diplômes paramédicaux au sein des éventuels « IEPS »

L'une des problématiques les plus importantes concernant l'universitarisation est celle de l'articulation des différentes formations paramédicales et des diplômes.

La conservation de diplômes d'état et des grades universitaires semble une priorité importante pour les professions, que les éventuels IEPS pourraient conserver.

A cet effet, les « IEPS » pourraient :

1. être spécialisés par formation (« IEPS – sciences infirmières » / « IEPS – MK »),
2. être spécialisés par familles de métier (« IEPS rééducation » / « IEPS appareillage », « IEPS soins infirmiers »...)
3. ou pourraient être des organismes génériques multi-diplômes (« Diplôme IEPS » mention MK....)

4. Les relations entre les éventuels « IEPS » et les établissements des soins

Dans le cadre des GCS, les IEPS pourraient continuer à avoir des relations privilégiées (mais désormais redéfinies, non hiérarchiques et sans lien de rattachement direct) avec des établissements de soins, concernant l'aspect pédagogique, les stages.... Les directeurs des établissements des soins conventionnés avec les IEPS auraient, naturellement, une voix importante au sein des conseils pédagogiques des éventuels IEPS au même titre que les universités de rattachement, les Conseils Régionaux et les ARS.

Annexe 3 : guide d'entretien



Guide d'entretien

Scénarii d'avenir pour les établissements de formation paramédicale
Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à horizon 2020
2012.

L'enjeu principal de cette mission est de donner aux directeurs d'école paramédicale des éléments pour anticiper les évolutions à venir, pour se positionner et adapter les établissements à leur environnement institutionnel futur.

VI. Information générale

Nom de l'interlocuteur :

Formation :

Etablissements de rattachement (exercice) :

Direction / bureau :

Responsabilités :

Participation à des organisations relatives au monde paramédical :

Fonctions dans ce cadre :

1. Quels établissements de formation paramédicale (ou types d'établissement) sont concernés par votre action ? Quel est votre rôle à leur égard ?

I. Questions relatives à l'impact de l'évolution de la société :

2. Quelles sont, selon vous, les principaux phénomènes sociaux / démographiques à l'œuvre qui détermineront les besoins futurs de la France en matière paramédicale ?

3. Comment considérez-vous que ces tendances sociales pourraient-elles affecter la formation paramédicale et ses écoles dans les années à venir ?

II. Questions d'ordre général :

4. Comment évoluent, selon vous les pratiques paramédicales en France (tous métiers confondus ou un en particulier, préciser), notamment par rapport aux pratiques médicales ?

5. Comment croyez-vous que cette évolution peut influencer la formation paramédicale et les écoles ?

6. Quelles sont, selon vous, les principales tendances / forces / phénomènes auxquelles les écoles devront s'adapter dans les années à venir ?

7. Que devront faire, selon vous, les écoles paramédicales à l'avenir pour mieux former face aux besoins futurs ?

8. Quels seront pour vous, schématiquement, les acteurs de la formation paramédicale en 2020 et comment se répartiront-ils « le travail » ? (principales caractéristiques du paysage institutionnel à horizon 2020)

9. Comment pensez-vous que pourrait évoluer la tutelle des écoles paramédicales (quelles institutions de tutelle pour les écoles à horizon 2020) ?

10. Si vous imaginiez les écoles de formation paramédicale d'ici 10 ans, quelles seraient, pour vous, leurs principales différences par rapport aux écoles paramédicales aujourd'hui ?

11. Comment voyez-vous le parcours-type de formation d'un paramédical d'ici 10 ans ? (tous métiers confondus ou un en particulier, préciser), dans quels types d'établissement se déroulera-t-il ?

12. Comment percevez-vous l'évolution du statut des professionnels paramédicaux ? Comment croyez-vous que cette évolution va influencer la formation paramédicale et les écoles ?

13. Quelles sont, selon vous, les principaux points de bifurcation / décision que les directeurs d'école paramédicale devraient être amenés à confronter **collectivement** dans les années à venir ?
14. Comment pensez-vous que les écoles paramédicales devraient se positionner à 10 ans concernant les dimensions de la formation initiale et continue ?

III. Questions d'ordre institutionnel et réglementaire:

15. Quelles sont, selon vous, les principales réformes qui affecteront les écoles paramédicales dans les années à venir ? Quel sera l'impact de ces réformes?
16. Considérez-vous que ces réformes convergent vers des phénomènes / tendances en particulier? Lesquels ? Comment ces tendances affecteront-elles les écoles paramédicales ?
17. Comment voyez-vous l'évolution de la réglementation en matière de pratiques et professions paramédicales ? Comment va-t-elle affecter la formation paramédicale?
18. Comment envisagez-vous l'impact de la réforme LMD écoles paramédicales à horizon 2020 ? Croyez-vous à la généralisation de cette dernière à l'ensemble des métiers paramédicaux ? Comment pensez-vous que pourraient évoluer leurs relations avec les universités dans ce cadre?
19. Comment pensez-vous que vont évoluer les relations des écoles paramédicales avec les Centres hospitaliers ? Sous quels effets ? (loi LRU...)
20. Comment percevez-vous l'impact de la **régionalisation** sur les écoles paramédicales ?
21. Comment voyez-vous l'évolution de la relation entre les écoles paramédicales et leur double casquette « santé » et « social » ?

IV. Questions relatives aux professions paramédicales et à leur marché professionnel :

22. Comment croyez-vous que l'évolution des pratiques paramédicales va faire évoluer les besoins en formation ?
23. Comment voyez-vous l'impact de *l'Europe* sur les métiers paramédicaux à 10 ans? Quelles conséquences pour les écoles ?

24. Comment croyez-vous que la **diversification** des métiers paramédicaux peut affecter les écoles paramédicales ? (+ de métiers paramédicaux)
25. Croyez-vous à la thèse de la **spécialisation** progressive des métiers paramédicaux ?
Comment affecte-t-elle les écoles paramédicales ?
26. Comment croyez-vous que la **technification** (+ de technologies et d'instruments) des métiers paramédicaux pourrait affecter la formation paramédicale?