



Ressources humaines et statuts des encadrants et enseignants-chercheurs dans les formations paramédicales universitarisées



Rapport



Hélène MOULIN-RODARIE
Anne-Marie ROMULUS
Pierre VAN DE WEGHE

Nadiège BAILLE
Françoise ZANTMAN
Jean DEBEAUPUIS

**Membres de l'Inspection générale
de l'éducation, du sport et de la
recherche**

**Membres de l'inspection générale
des affaires sociales**



N°22-23 001A



N°2023-017R

SYNTHESE

[1] Initiée en 2009 avec la formation infirmière, l'universitarisation des professions paramédicales est engagée dans un processus continu de refonte des formations paramédicales pour les inscrire dans l'architecture de formation de l'enseignement supérieur, Licence Master Doctorat, tout en répondant aux enjeux d'attractivité, étudiante et professionnelle, et de transformations des métiers.

[2] Après un premier temps qui a permis la reconnaissance du grade licence ou master pour 95 % des étudiants paramédicaux, une deuxième ère s'est ouverte à compter de 2018 avec le développement de la pratique avancée, la création des sections du Conseil national des universités (CNU) santé, 91 pour les sciences de la rééducation et de la réadaptation et 92 pour les sciences infirmières, et le recrutement des premiers enseignants-chercheurs paramédicaux. Des expérimentations ont été autorisées permettant aux universités de proposer de nouveaux schémas de formation facilitant « *le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche* ». Ces évolutions entraînent des transformations profondes dans les organisations de formation. Elles font émerger le besoin de nouvelles compétences et amènent à interroger les impacts sur les ressources humaines des acteurs impliqués dans le large champ des formations paramédicales.

[3] Dans cette dynamique, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et la prévention ont confirmé leur volonté de mener à son terme l'universitarisation des formations paramédicales et ont confié une mission d'accompagnement opérationnel au Pr Christine Ammirati avec une attention spécifique sur quatre volets : diplomation et ingénierie, conventionnel, droits des étudiants, recherche et encadrement.

[4] Pour instruire ce dernier volet, recherche et encadrement, les ministres ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR), par lettre de mission en date du 22 février 2023, d'établir un état des lieux et de formuler des préconisations sur les statuts des personnels encadrants des structures de formation et des enseignants-chercheurs dans le cadre de l'universitarisation des formations paramédicales. Des temps d'échanges mensuels ont été organisés avec le Pr Ammirati afin d'alimenter les réflexions mutuelles.

[5] L'état des lieux établi par la mission recouvre l'ensemble des professions paramédicales réglementées par les titres I à VII du livre III de la IVème partie du code de la santé publique. Ces professions peuvent être schématiquement réparties en trois groupes :

- les infirmiers diplômés d'État, dont les trois spécialités infirmières (infirmières anesthésistes, de bloc opératoire et puéricultrices), et les infirmiers de pratique avancée ;
- les professions de la rééducation et de la réadaptation qui comprennent principalement les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les audioprothésistes et les diététiciens ;

- les professions médico-techniques parmi lesquelles les manipulateurs d'électroradiologie, les techniciens de laboratoire médical.

[6] Aucune étude n'avait été conduite jusqu'au présent rapport sur l'état des lieux des ressources humaines, formateurs, encadrants et enseignants-chercheurs paramédicaux.

[7] La mission a commencé par une première étape de stabilisation du périmètre qui l'a amenée à prendre en compte des données de différentes natures, non consolidées au plan national ou régional, du fait de l'hétérogénéité même des instituts et structures de formation, de statuts juridiques différents, nombreux, irriguant le territoire national. Les déplacements et entretiens dans six régions métropolitaines et une région ultra-marine, complétés d'une enquête organisée par la mission, ainsi que les nombreuses rencontres ont permis d'appréhender plus finement les niveaux de formation des équipes encadrantes, les enjeux de transformation des métiers, les besoins de nouvelles compétences pour accompagner notamment le développement de la recherche paramédicale qui sous-tend l'intégration du dispositif LMD. L'état des lieux a également porté sur les leviers et difficultés à traiter au plan statutaire pour accompagner les évolutions en cours entre universités et instituts de formation et développer le vivier des enseignants-chercheurs.

[8] Le rapport dresse, dans sa première partie, la cartographie des formations paramédicales qui sont distinguées en deux catégories selon la nature du diplôme délivré :

- les formations conduisant à un diplôme national de l'enseignement supérieur délivré par les universités, ou pour les lycées comptant des sections de techniciens supérieurs,
- les formations conduisant à un diplôme d'État délivré par le préfet de région, assurées par des instituts, gérés par un établissement public de santé, ou par un gestionnaire privé. Ces instituts de formation publics et privés relèvent des compétences d'autorisation et financement transférées par l'État aux conseils régionaux depuis la loi de décentralisation de 2004.

[9] Après rapprochement de différentes sources, la mission a pu établir à 5 000 le nombre des formateurs encadrant près de 140 000 étudiants paramédicaux. En nombre d'instituts, comme en effectifs étudiants, le réseau des instituts de formation en soins infirmiers est de loin le plus étendu, avec plus de 300 IFSI et 95 000 étudiants inscrits en 2021. Il est complété par les spécialités infirmières. La deuxième filière en effectifs est celle de la réadaptation-rééducation, avec plus de 30 000 étudiants, puis la filière médico-technique avec 10 000 étudiants.

[10] Les constats portés sur les encadrants mettent en évidence une population en voie d'évolution avec des parcours universitaires hétérogènes et partiellement armée pour répondre aux enjeux universitaires. Les instituts publics de formation sont encore majoritairement dirigés par des directeurs de soins au nombre de 184 début 2022, en décroissance depuis dix ans. Statutairement formés à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) mais sans reconnaissance universitaire (master ou doctorat), la mission s'est interrogée sur l'évolution de leur formation.

[11] Les encadrants en sciences infirmières sont encore au milieu du gué en termes de niveau de formation, avec 55 % de titulaires d'un master 2. Pour autant, la mission a également relevé un tendanciel positif ces dernières années, malgré la crise sanitaire et grâce au couplage qui se généralise de la formation cadre de santé avec un master 2 mais aussi au recrutement de titulaires

de master 2 ou doctorat non-cadres. La reconnaissance statutaire pour ces derniers est également abordée par la mission.

[12] S'agissant des aspects recherche et nomination d'enseignants-chercheurs, la mission établit des constats mitigés qu'il faut cependant mettre en perspective du contexte encore récent de la création des sections CNU 91 et 92 et des mesures d'accompagnement du développement de la recherche paramédicale. La mission a recensé trente nominations dans les sections 91 et 92 après trois campagnes de recrutement auxquelles s'ajoutent douze recrutements en cours au titre de 2023. Les enseignants-chercheurs rencontrés interrogent le statut mono-appartenant en cumul avec une activité de soins, qui répond mal à des problématiques de rémunération pour les plus anciens d'entre eux, mais aussi à leurs attentes de conditions d'exercice satisfaisantes pour réaliser l'ensemble de leurs missions. Le positionnement de la France est encore faible, malgré la dynamique de la recherche paramédicale que la mission a pu étayer au niveau national avec le programme hospitalier de recherche paramédicale, et son relais régional, ou en établissement. La France occupe la 30^{ème} place mondiale en nombre de publications dans le domaine des sciences infirmières par exemple, et l'accompagnement des parcours recherche n'y est pas encore structuré de manière lisible, ni financé.

[13] Enfin, le rapport pointe les freins statutaires qui existent entre les instituts de formation et les universités dans les nombreux projets de collaboration qui accompagnent les transformations en cours des formations paramédicales. La mise à disposition demeure le seul outil facilement mobilisable par défaut par les institutions mais pose question pour porter à large échelle des collaborations renforcées. La non-éligibilité des personnels mis à disposition pour percevoir le complément de traitement indiciaire issu des accords du Ségur de la santé rend par ailleurs moins attractive cette position pour les personnels concernés.

[14] Au regard de ces constats, le rapport formule, dans sa deuxième partie, 24 recommandations pour répondre aux enjeux d'attractivité des formations et des métiers par la structuration de filières d'enseignants-chercheurs paramédicaux et l'accompagnement des dynamiques partenariales et territoriales dans les transformations en cours des formations paramédicales.

[15] Pour améliorer l'attractivité du statut d'enseignant-chercheur et favoriser la constitution d'un vivier par un accompagnement précoce par et pour la recherche, la mission propose de :

- prévoir une base légale spécifique pour les enseignants-chercheurs paramédicaux titulaires et non titulaires ouvrant un statut bi-appartenant clinique attractif et mixte, hospitalier ou ambulatoire, plusieurs recommandations précisant les modalités de gestion accompagnant la création de ce nouveau statut ;
- créer un statut d'enseignant clinique universitaire (ECU) à l'image des chefs de clinique universitaires ;
- faciliter les orientations précoces vers la poursuite d'un cursus master puis doctorat avec des mesures ciblées aux différents niveaux de parcours ;
- étendre le statut d'étudiant hospitalier dont bénéficient actuellement les étudiants des filières médicales en second cycle hospitalier aux étudiants paramédicaux également en second cycle, en formation initiale ou en continuité d'études ;

- mettre en place des contrats doctoraux dans le cadre de programmes pluriannuels pilotés et financés par les ministères.

[16] Le rapport formule ensuite des recommandations pour accompagner la poursuite de l'universitarisation et favoriser l'indispensable complémentarité et le besoin de diversité des compétences par des réponses statutaires adaptées :

- la mise en place d'un programme national 2024-2030 prévoyant notamment le recrutement de 136 enseignants-chercheurs titulaires, soit 4 enseignants-chercheurs (deux pour chacune des sections 91 et 92) pour 34 universités à composante santé ;
- l'accompagnement des équipes pédagogiques pour généraliser la diplomation en master 2 des encadrants et accompagner les parcours de doctorants. À cette fin, une actualisation du référentiel métier devra également intégrer les nouveaux attendus d'organisation pédagogique. L'adaptation de la formation des directeurs de soins est proposée dans ce cadre.
- des évolutions statutaires pour reconnaître tous les professionnels qui se sont engagés dans un parcours de diplomation universitaire et se voient confier des missions d'animation de recherche ou de formation ;
- selon les choix effectués localement, certaines collaborations université-instituts de formation prendront la forme d'une intégration organique et risquent de se trouver confrontées à des difficultés pour proposer un statut d'accueil assurant le maintien de la rémunération hospitalière. Plusieurs options statutaires sont formulées, avec entre autres, l'ouverture de l'accès aux fonctions d'ingénieurs et personnels techniques de recherche et de formation.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	Pour un statut bi-appartenant clinique attractif pour les paramédicaux			
2	Rappeler aux nouvelles sections l'intérêt de communiquer sur le site dédié du CNU les critères d'évaluation des dossiers de candidatures à la qualification et d'analyse des dossiers de candidatures aux différentes procédures de gestion de carrière relevant de leur compétence.	2	MESR	2023
3	Préciser les conditions d'application des possibilités fixées par le législateur d'exercice d'une profession libérale pour ce qui concerne les enseignants-chercheurs des disciplines des sciences de la rééducation et de la réadaptation (91), des sciences infirmières (92) et de maïeutique (90).	2	MESR/MSP	2023
5	Prévoir une base légale spécifique pour les enseignants-chercheurs paramédicaux titulaires et non titulaires ouvrant un statut bi-appartenant clinique attractif et mixte, hospitalier ou ambulatoire.	1	MESR/MSP	2023
6	Faire évoluer les sections 91 et 92 afin qu'elles deviennent des sections composées de manière mixte d'enseignants-chercheurs mono et bi-appartenants au sein du CNU santé.	2	MESR/MSP	2024
7	Engager chaque année un dialogue dans le cadre de la révision des effectifs pour l'ouverture de postes d'enseignants-chercheurs relevant des disciplines paramédicales et ainsi s'inscrire dans le droit appliqué aux sections du CNU santé.	1	MESR/MSP	2023
8	Dans le cadre des travaux statutaires à engager, définir les modalités de suivi des temps de service d'enseignement des futurs enseignants-chercheurs bi-	1	MESR/MSP	2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	appartenants cliniques, soit en fixant un nombre d'heures, soit en envisageant une contractualisation du temps de travail, soit suivant une hypothèse mixte.			
9	Ouvrir l'accès au recrutement CNU des sections 91 et 92 aux fonctions de maître de conférences bi-appartenant clinique aux candidats possédant un diplôme de master comme pour les autres disciplines relevant du CNU santé.	1	MESR/MSP	2024
10	Créer un statut d'enseignant clinique universitaire (ECU) non-titulaire à l'image des chefs de clinique universitaires.	1	MESR/MSP	2024
11	Prévoir dans le décret statutaire des dispositions transitoires spécifiques pour les enseignants-chercheurs mono-appartenants déjà nommés à l'ouverture du statut bi-appartenant clinique.	2	MESR/MSP	2024
	Pour favoriser les parcours recherche et développer le vivier des futurs enseignants-chercheurs paramédicaux			
12	Étudier pour les étudiants paramédicaux de second cycle en formation initiale ou continuité d'études, hors formation professionnelle continue, l'extension du statut d'étudiant hospitalier tel qu'appliqué à ce jour aux étudiants de second cycle en maïeutique.	1	MSP/MESR	2024
13	Mettre en place deux programmes de contrats doctoraux pluriannuels dès 2024 sur financement du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) et du ministère de la santé et de la prévention (MSP). Le premier serait à destination des étudiants engagés dans un parcours linéaire de formation et le second pour les formateurs et les professionnels en exercice clinique hospitalier.	1	MESR/MSP	2024
14	Créer la base légale prévoyant une maîtrise de stage universitaire paramédicale de deuxième et troisième cycle, financée sur l'ONDAM de ville.	1	MSP/MESR	2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
15	Ouvrir le deuxième grade des corps paramédicaux de niveau licence aux titulaires d'un master par un nouveau concours sur titres.	1	MSP/MESR	2023
16	Ouvrir l'accès au grade de cadre supérieur paramédical de santé de la FPH aux non-cadres titulaires d'un doctorat.	1	MSP/MESR	2023
17	Encourager les universités avec composante santé à créer des spécialités du diplôme national de doctorat en lien avec les dénominations des sections 91 et 92.	1	MESR/MSP	2024
	Pour un pilotage coordonné de l'universitarisation			
1	Étudier avec les ARS la généralisation à l'ensemble des régions et instituts de la collecte de données réalisée par l'ARS Île-de-France auprès de ses instituts avec une synthèse annuelle sous forme de rapport d'activité des instituts. Le système d'information de l'Île de France pourrait être adapté et partagé avec l'ensemble des agences.	2	MSP	2023
4	Mettre en place un pilotage coordonné entre les deux ministères, les régions, et tous les acteurs des formations en vue notamment d'une connaissance beaucoup plus fine des ressources consacrées aux formations et des résultats obtenus, impliquant les deux services statistiques ministériels concernés.	1	MSP/MESR	2023
18	Mettre en place un programme pluriannuel (sur sept ans) de recrutement d'enseignants-chercheurs cliniciens titulaires et associés, ainsi que d'ECU, pour les sections 91 et 92.	1	MESR/MSP	2024
19	Mettre en place un adossement universitaire de la formation de directeur des soins par un parcours dans une équipe de recherche pour les candidats déjà titulaires d'un master.	1	MESR/MSP	2024
20	Construire un dispositif national et régional d'accompagnement des directeurs et formateurs dans l'intégration pédagogique à l'université par de nouvelles organisations des équipes et une	1	MSP/MESR	2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	compémentarité des missions entre expertises en soin, enseignement et recherche.			
21	Finaliser l'adossement au master 2 en management ou pédagogie des formations de cadre de santé des instituts et actualiser le référentiel de formation de 1995 en conséquence.	1	MSP/MESR	2024
22	Discuter dans chaque région entre ARS et conseil régional dans le cadre du protocole État-Régions de 2022 un plan de formation et d'évolution des directeurs et formateurs en instituts en cohérence avec l'intégration pédagogique des instituts autour des départements paramédicaux.	1	MSP/MESR	2024
23	Faire évoluer les textes statutaires de la FPH, particulièrement pour les cadres de santé paramédicaux, mettant en cohérence les différentes évolutions statutaires proposées et laissant les chefs d'établissement, dans leur autonomie de gestion, confier la responsabilité de diriger un institut de formation soit à un directeur des soins soit à un cadre supérieur titulaire d'un doctorat.	1	MSP	2023
24	Corriger la LFSS relative au complément de traitement indiciaire dit Ségur pour supprimer l'exclusion des personnels mis à disposition des instituts de formation intégrés à l'université.	1	MSP	2023

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	13
1 LA CONSTRUCTION CONTINUE DE L'UNIVERSITARISATION DES FORMATIONS PARAMEDICALES IMPACTE EN PROFONDEUR LES RESSOURCES HUMAINES	14
1.1 LES TRANSFORMATIONS STRUCTURELLES ET FONCTIONNELLES DE L'OFFRE DE FORMATION PORTENT DE FORTS ENJEUX SUR LES RESSOURCES HUMAINES	14
1.1.1 <i>L'universitarisation a été menée en France depuis les années 2000 en deux phases principales</i>	14
1.1.2 <i>Les effectifs et statuts actuels des directeurs, responsables pédagogiques et formateurs dans les filières en voie d'universitarisation restent mal connus</i>	22
1.1.3 <i>Des formateurs majoritairement titulaires d'un master 2 et rarement d'un doctorat, plus fréquent cependant en rééducation</i>	30
1.1.4 <i>Le bilan des nominations d'enseignants-chercheurs mono-appartenants reste modeste et mitigé</i>	34
1.1.5 <i>La recherche paramédicale se développe depuis peu mais reste émergente</i>	42
1.2 L'INTEGRATION UNIVERSITAIRE DES INSTITUTS ET LA STRUCTURATION INTERNE DES UNIVERSITES ET FACULTES DE SANTE TRADUISENT TROIS STADES PRINCIPAUX D'ORGANISATION ET LA DIVERSITE DES SITUATIONS LOCALES.....	50
1.2.1 <i>Le socle actuel est l'intégration pédagogique par convention tripartite avec ses enjeux RH</i> ..	50
1.2.2 <i>L'intégration fonctionnelle autour d'un département universitaire et par la diplomation renforce les enjeux RH</i>	53
1.2.3 <i>Les choix locaux d'intégration organique à l'université posent des questions RH et statutaires, peu anticipées, et non résolues</i>	56
1.2.4 <i>L'état des lieux sur les ressources humaines renforce la nécessité d'un pilotage coordonné de l'universitarisation</i>	59
2 DE NOUVELLES PERSPECTIVES DOIVENT ETRE DONNEES AUX PROFESSIONNELS ET ETUDIANTS IMPLIQUES DANS LA FORMATION ET LA RECHERCHE PARAMEDICALES	62
2.1 LE STATUT BI-APPARTENANT CLINIQUE DOIT ETRE ATTRACTIF POUR LES PARAMEDICAUX	62
2.2 L'ACCOMPAGNEMENT PAR ET VERS LA RECHERCHE MERITE D'ETRE STRUCTURE SANS DELAI POUR PREPARER LES VIVIERS D'ENSEIGNANTS-CHERCHEURS DE DEMAIN.....	70
2.2.1 <i>Les parcours doctoraux paramédicaux doivent être soutenus financièrement et organisés ..</i>	70
2.2.2 <i>Reconnaitre les compétences des paramédicaux assurant des missions d'enseignement ou d'activité de recherche après un parcours master et doctorat dans les établissements publics de santé ..</i>	73
2.2.3 <i>Créer une maîtrise de stages universitaire pour les soins paramédicaux ambulatoires et valoriser le tutorat hospitalier ..</i>	73
2.2.4 <i>Assurer la visibilité du doctorat par la création de mentions en lien avec les sections 91 et 92 du CNU ..</i>	75
2.3 LA DIVERSITE ET LA COMPLEMENTARITE DES PROFILS ET DES STATUTS DOIVENT REONDRE AUX ENJEUX DE LA POURSUITE DE L'UNIVERSITARISATION.....	76
2.3.1 <i>La mixité des profils doit être construite autour d'un programme volontariste de recrutements d'enseignants-chercheurs ..</i>	76
2.3.2 <i>Des statuts universitaires adaptés à l'accueil des formateurs doivent être proposés dans le cas d'une intégration organique ..</i>	77

2.3.3 Des évolutions sont indispensables pour les futurs parcours de formation des directeurs et formateurs.....	79
2.3.4 Il faut mettre en cohérence la procédure d'agrément et les missions des directeurs d'instituts avec les progrès de l'universitarisation	80
2.3.5 Le versement du complément de traitement indiciaire doit être sécurisé et étendu aux formateurs en mise à disposition	80
LISTE DES ANNEXES.....	83
ANNEXE 1 : REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES	84
ANNEXE 2 : DONNEES DE L'ENQUETE MENEES PAR LA MISSION.....	89
ANNEXE 3 : ESTIMATION BUDGETAIRE DES MESURES PROPOSEES.....	94
1/ EVALUATION DU COUT DE L'EXTENSION DU STATUT ETUDIANT HOSPITALIER AUX ETUDIANTS PARAMEDICAUX.....	94
2/ SIMULATION BUDGETAIRE POUR LES CONTRATS DOCTORAUX.....	95
3/ TRAJECTOIRE BUDGETAIRE POUR LES POSTES D'EC, PAST/MAST ET ECU	98
ANNEXE 4 : DEPARTEMENTS PARAMEDICAUX AU SEIN DES FACULTES DE SANTE	100
ANNEXE 5 : FOCUS SUR LES EXPERIMENTATIONS RENCONTREES EN REGION	102
ANNEXE 6 : DONNEES SUR LES INSTITUTS ET STRUCTURES DE FORMATION PARAMEDICALE	110
ANNEXE 7 : AGREMENT DES DIRECTEURS D'INSTITUTS.....	111
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	123
SIGLES UTILISES	138
LETTRE DE MISSION	141

RAPPORT

Introduction

[17] Par lettre de mission en date du 22 février 2023, les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) d'établir un état des lieux et de formuler des préconisations sur les statuts des personnels encadrants des structures de formation et des enseignants-chercheurs dans le cadre de l'universitarisation des professions non médicales. Afin d'alimenter sur ce volet encadrement et recherche les travaux de la mission d'accompagnement opérationnel plus large confiée depuis le 7 octobre 2022 au Pr Christine Ammirati sous l'égide des deux ministères, il était demandé à la mission d'avoir avec elle des échanges d'information fréquents, qui ont été fixés à un rythme mensuel, et de rendre compte aux cabinets régulièrement.

[18] La mission a donc été informée par le Pr Christine Ammirati des trois autres volets sur lesquels elle n'est pas intervenue, relatifs à la diplomation et l'ingénierie, aux volets conventionnel et droits des étudiants. Le choix des cinq filières de formation potentiellement concernées par un changement de diplomation ou une réingénierie d'ici la rentrée 2024, à savoir les filières infirmières, puéricultrices, orthophonistes, audioprothésistes et psychomotriciens, a ensuite été confirmé.

[19] La mission a recueilli par des données nationales et en région les informations disponibles sur les filières de formation paramédicales au sens du code de la santé publique, en lien avec ses interlocuteurs universitaires et acteurs de la formation publics et privés, qu'elles soient ou non dans le champ de la loi de régionalisation de 2004. Les formations de type brevet de technicien supérieur (BTS) dispensées dans les sections de technicien supérieur (STS) en lycée et de type bachelor universitaire de technologie (BUT) en institut universitaire de technologie (IUT) dans les universités n'ont été approchées que par les données publiques de la sélection Parcoursup ; les professions de santé correspondantes (diététicien et technicien de laboratoire médical) n'ont pas été abordées dans les entretiens en région.

[20] Après une phase de cadrage de la mission, d'entretiens avec les cabinets commanditaires et administrations centrales concernées, la mission a rencontré les principales représentations nationales des acteurs universitaires et des instituts de formation paramédicaux, professionnels et étudiants. Elle s'est déplacée dans six régions métropolitaines (Bretagne, Grand-Est, Île-de-France, Normandie, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur) sur plusieurs sites, en associant à chaque fois les groupements d'instituts de formation ; elle a mené en complément une visioconférence avec une région ultramarine (La Réunion). Le rapport présente dans sa première partie un état des lieux des problématiques de ressources humaines et des approches statutaires, thématique qui n'a pas été abordée dans les précédents rapports des inspections générales sur l'universitarisation des formations paramédicales. La mission précise le périmètre et les principales caractéristiques des formations paramédicales en partie 1.1.2. Elle formule en seconde partie des recommandations, tant sur l'accès des paramédicaux à la formation par et pour la recherche, au niveau master et doctorat, condition de leur nomination aux postes d'enseignants-

chercheurs, que sur l'évolution largement souhaitée d'un statut mono-appartenant vers un statut bi-appartenant clinique.

1 La construction continue de l'universitarisation des formations paramédicales impacte en profondeur les ressources humaines

[21] À l'inverse d'autres pays européens et anglo-saxons, où les formations paramédicales ont d'emblée été créées à l'université, la France transforme son modèle historique d'écoles professionnelles séparées des universités dans le contexte européen des années 2000.

1.1 Les transformations structurelles et fonctionnelles de l'offre de formation portent de forts enjeux sur les ressources humaines

1.1.1 L'universitarisation a été menée en France depuis les années 2000 en deux phases principales

[22] L'universitarisation des professions paramédicales s'inscrit dans le processus initié par les accords de Bologne de 1999. Les 46 pays membres, dont les 27 pays membres de l'union européenne,¹ ont décidé de constituer un espace européen de l'enseignement supérieur doté d'objectifs et d'outils communs pour harmoniser le dispositif de l'enseignement supérieur et faciliter les mobilités des étudiants.

1.1.1.1 2009 - 2015 : l'intégration progressive dans le schéma LMD de sept formations paramédicales concerne 95 % des étudiants

[23] Les accords de Bologne ont amené à organiser la convergence des dispositifs de formation par leur structuration en crédits européens² qui identifient pour chaque étape de validation, les compétences attendues et la charge de travail associée à un programme ou charge d'enseignement. La transposition en France de ce nouveau cadre européen pour la structuration de l'enseignement supérieur a été finalisée en 2002 par l'adoption d'une nouvelle architecture en trois grades : licence, master, doctorat, le dispositif LMD.

[24] Cette transposition s'appuie sur la distinction entre grade et diplôme opérée par l'article D 613-1 du code de l'éducation : « *Les grades correspondent aux principaux niveaux de référence définis dans l'Espace européen de l'enseignement supérieur* » ; le diplôme national de

¹ La fédération de Russie ayant été exclue du conseil de l'Europe en mars 2022, ses droits sont suspendus, et les pays membres du processus de Bologne hors Union européenne comprennent principalement le Royaume-Uni, les six états des Balkans candidats à l'Union, la Suisse, l'Ukraine, la Moldavie, l'Arménie, la Géorgie, le Kazakhstan, la Turquie.

² Système européen de transfert de crédits ou European Crédit Transfer and accumulation System (ECTS) : chaque semestre de formation est crédité de 30 ECTS.

l'enseignement supérieur ne peut être délivré que par les seules universités habilitées à cet effet par le ministre en charge de l'enseignement supérieur.

[25] Tous les types de formation ou d'enseignement peuvent être intégrés dans le dispositif LMD. La décision d'intégrer les formations paramédicales dans le dispositif LMD a été prise en 2006 par les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur.

[26] Les professions paramédicales sont visées aux titres I à VII du livre III de la IVème partie du code de la santé publique.³ Elles peuvent être schématiquement réparties en trois groupes :

- les infirmiers diplômés d'état, dont les trois spécialités infirmières (infirmières anesthésistes, de bloc opératoire et puéricultrices), et les infirmiers de pratique avancée ;
- les professions de la rééducation et de la réadaptation qui comprennent les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les audioprothésistes, les diététiciens, les podo-orthésistes et les prothésistes-orthésistes, ainsi que les opticiens-lunetiers ;
- les professions médicotechniques parmi lesquelles les manipulateurs d'électroradiologie, les techniciens de laboratoire médical, et une profession relevant de la pharmacie (livre II), les préparateurs en pharmacie hospitalière.

[27] Les formations paramédicales peuvent aussi être distinguées en deux catégories selon que la formation conduit soit à un diplôme national de l'enseignement supérieur délivré par les universités (infirmiers de pratique avancée, orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes), les IUT (BUT génie biologique pour certains parcours) ou les lycées comptant des sections de techniciens supérieurs (diplôme de technicien supérieur (DTS) imagerie médicale et radiologie thérapeutique (IM.T), BTS analyses de biologie médicale ou BTS diététique), soit à un diplôme d'État (DE) délivré par le préfet de région. Dans ce deuxième cas, les formations sont assurées par des instituts, gérés par un établissement public de santé, ou par un gestionnaire privé. Ces instituts de formation publics et privés relèvent des compétences d'autorisation et financement transférées par l'État aux conseils régionaux depuis la loi de décentralisation de 2004.⁴ Certaines professions, les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les diététiciens, sont accessibles par deux, voire pour les techniciens de laboratoire médical, trois types de formation.

[28] Au plan pédagogique, les travaux de réingénierie des formations conduisant à un diplôme d'État pour préparer l'intégration dans le schéma LMD ont mobilisé les équipes pédagogiques des écoles et les unités de formation et de recherche (UFR) de santé des universités⁵ pour une révision

³ Les formations de niveau baccalauréat ne sont pas concernées par le processus d'intégration dans le système licence-master-doctorat. Il s'agit des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et des ambulanciers.

⁴ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000804607>. Sans autre précision, la référence à la loi de 2004 visera cette loi.

⁵ Les 33 universités à composante santé sont celles qui assurent les formations en médecine, odontologie, pharmacie et disposent d'au moins une composante (UFR ou faculté) de santé ou de médecine, et le cas échéant plusieurs avec la pharmacie et l'odontologie. Il en existe six en Île-de-France, 25 en métropole hors Île-de-France, et deux en Outre-mer (Antilles et La Réunion). Depuis la fusion des deux UFR de médecine

du contenu de la formation et une répartition des unités d'enseignement entre celles assurées par les universités, pour les savoirs fondamentaux, et celles assurées par les instituts ou écoles pour les enseignements « cœur de métier » et les stages.

[29] Ce processus d'intégration dans le schéma LMD est intervenu après la loi de 2004 qui donne compétence aux conseils régionaux en matière de formation professionnelle et pour les formations sanitaires et sociales. En application de ses articles relatifs aux professions paramédicales, l'État fixe les conditions d'accès aux formations, leur organisation et leur contenu ainsi que les quotas pour les professions concernées.⁶ Les diplômes d'État sont délivrés par les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). Le contrôle de la qualité pédagogique, de l'adéquation de l'offre de formation avec les besoins de santé est confié depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST) aux agences régionales de santé (ARS). Le conseil régional assure la gestion de l'offre de formation dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires,⁷ autorisant la création des instituts pour une durée de cinq ans. Il agréé les directeurs après avis du directeur général de l'ARS. Les régions financent obligatoirement le fonctionnement et l'équipement des instituts publics. Elles peuvent également participer au financement des formations délivrées par les instituts privés et à l'investissement nécessaire dans l'ensemble des instituts.

[30] Un conventionnement⁸ tripartite entre instituts de formation, université à composante santé et le conseil régional précise les interventions universitaires sur les unités d'enseignement qui lui sont attribuées (la moitié des unités théoriques ou un tiers de l'ensemble des unités d'enseignement en tenant compte des stages), ainsi que la mobilisation des outils pédagogiques communs, notamment numériques ou de simulation. Pour faciliter ce conventionnement et les mutualisations, les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), les plus nombreux, ont été rapprochés au sein de groupements de coopération sanitaire (GCS) autour de chaque université référente, sauf organisation spécifique notamment en Île-de-France : en 2021, il y a ainsi 321 IFSI pour 33 universités à composante santé, soit en moyenne une dizaine d'instituts publics et privés par groupement⁹. Le groupement francilien est spécifique et répartit l'ensemble des instituts entre les six universités franciliennes ; le nombre des GCS (26) n'a pas été modifié depuis 2009 ni

toulousaines, seule l'université Claude Bernard Lyon-I dispose de deux UFR de médecine, Lyon-Est et médecine et maïeutique à Lyon Sud.

⁶ Articles L4383-1 à 5 du code de la santé publique. L'État peut en application de l'article L4383-2 du code de la santé publique fixer des capacités régionales de formation, mais ce n'est qu'une faculté, exercée depuis l'origine pour trois formations avec financement régional (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens), que le conseil régional répartit alors entre les instituts présents, et depuis 2015 pour trois formations universitaires hors compétence régionale (orthophonistes, orthoptistes et audioprothésistes).

⁷ Schéma régional des formations sanitaires prévus à l'article L.214-13 du code de l'éducation, après avis du directeur général de l'ARS.

⁸ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n° 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des IFSI avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus LMD. Sans autre précision, la référence à la circulaire de 2009 visera cette circulaire.

⁹ Selon les données de l'enquête DREES 2021. En 2021, 2022 et 2023, le nombre des IFSI dans la sélection Parcoursup passe de 331 à 337 et 338, selon une nomenclature *a priori* peu différente où apparaît cependant Monaco.

à l'occasion de la réforme territoriale de 2015 : leur périmètre correspond donc aux anciennes régions.

[31] Afin de visualiser l'actuel maillage territorial des IFSI sur le territoire national, la mission a établi une carte à partir des données Parcoursup de l'année universitaire 2022 et transposé les localisations sur une carte Google Maps en y faisant figurer les universités à composante santé.¹⁰

Carte 1 : Carte des IFSI en 2022 et des UFR de médecine en France métropolitaine.



Source : Données Parcoursup 2022, retraitement par la mission, les universités à composante santé sont en rouge et chaque région administrative a sa couleur pour les IFSI.

[32] Inaugurée pour la profession infirmière avec l'arrêté du 31 juillet 2009 et le décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 conférant le grade de licence aux titulaires du diplôme d'État infirmier à compter de l'été 2012, l'universitarisation des formations paramédicales concerne en 2021 plus de 140 000 étudiants paramédicaux, dont 10 à 20 % sont exclusivement universitaires ; plus de

¹⁰ La carte intégrale est visible à l'adresse suivante : <https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1HYe-GuO3EPWZqAUy7lanReTYs1e4qvU&usp=sharing>

95 % d'entre eux bénéficient en 2023 d'ECTS délivrés en lien avec l'université partenaire, auprès de laquelle ils sont inscrits et disposent du droit de vote (pour les scrutins universitaires organisés après le décret n° 2020-1467 du 27 novembre 2020), ainsi que du grade associé à leur diplôme (voir partie 1.1.2.1 et en annexe 6 les tableaux et graphiques de synthèse établis par la mission à partir des données mobilisées).

[33] L'intégration à l'université des formations paramédicales est possible si les acteurs locaux en sont d'accord, en application du dernier alinéa de l'article L4383-5 du code de la santé publique créé par la loi de 2004 : « *Lorsque l'école ou l'institut relève d'un établissement public mentionné au titre Ier ou au titre IV du livre VII du code de l'éducation, les dispositions du présent article et du dernier alinéa de l'article L. 4383-2 du présent code font l'objet d'une convention entre la région et l'établissement public, laquelle tient lieu de l'autorisation et de l'agrément prévus à l'article L. 4383-3 du présent code.* ». Certes, il s'agissait à cette date de la loi de 2004 de situations historiques en rééducation, mais elles se développent et peuvent à l'avenir concerner les formations infirmières. Cette intégration dite organique est effective à ce jour pour une vingtaine de structures de formation de rééducation, soit deux fois plus qu'observé en 2017 et lors de la décentralisation de 2004.¹¹ Elle fait apparaître des difficultés de gestion et de financement des ressources humaines qui seront analysées ultérieurement

[34] Sur cette première période, sept formations paramédicales ont été engagées dans le processus d'universitarisation, sur le modèle initié par la formation infirmière (voir les références réglementaires en encadré de l'annexe 1). Les formations ont été inscrites dans le schéma LMD, ainsi que la quasi-totalité des formations universitaires de rééducation, et, pour celles préparées en instituts de formation publics et privés dans le champ de la loi de 2004, le conventionnement tripartite avec une université à composante santé a été instauré.

[35] Certaines formations à faible effectif restent cependant en attente soit de la réingénierie d'un référentiel ancien, soit de l'inscription dans le schéma LMD et d'un adossement universitaire. Il en est ainsi notamment de certaines formations supérieures dont la durée ne permet pas l'inscription dans le schéma licence ou master, telles les infirmiers puériculteurs formés en un an après le diplôme d'État infirmier, et des formations de BTS¹² préparées en deux ans après le baccalauréat. Enfin, certaines formations en trois ans n'ont pas été réingénierées et reconnues au grade de licence, les psychomotriciens et les audioprothésistes ou encore les techniciens de laboratoire médical ; la formation de pédicure-podologue, bien qu'universitarisée en 2012 sur la base de 180 ECTS ne s'est pas vu reconnaître le grade de licence. En effectifs, ces situations demeurent très minoritaires (moins de 5 %) sur environ 140 000 étudiants paramédicaux en 2021, la quasi-totalité des étudiants bénéficiant de l'universitarisation mise en œuvre à compter de 2009, quels que soient ses succès, ses limites et difficultés.

¹¹ C'est le constat opéré par la mission dans ce rapport, détaillé plus loin, actualisant celui du rapport 2016-123 notamment page 34, qui écrivait cependant que les deux structures de rééducation de l'université de Limoges n'étaient pas financées, ce qui est inexact, puisqu'elles ont été transférées du CHU avec leur financement régional ; hormis Limoges, neuf structures étaient indiquées comme universitaires avant la loi de 2004.

¹² BTS génie biologique option analyses de biologie médicale, diététique, opticien-lunetier, podo-orthésiste et prothésiste-orthésiste.

[36] En 2013, un premier rapport conjoint d'évaluation¹³ a présenté un bilan globalement positif mais contrasté, en pointant de nombreuses questions en suspens : la complexité des relations au sein de la gouvernance, la nécessité de renforcer l'innovation pédagogique, de développer l'approche transdisciplinaire entre formations, les parcours recherche des paramédicaux, des droits des étudiants paramédicaux harmonisés. Les relations université-instituts de formation se caractérisent par une grande hétérogénéité de la nature des échanges et de l'intensité des rapprochements reflétée par le contenu des conventions. Les conventions tripartites État-Région-instituts n'étaient pas toutes signées par l'ensemble des acteurs quelques années après l'intégration dans le dispositif LMD. Pensées de façon juxtaposée, les réingénieries n'ont pas favorisé le développement de cultures professionnelles communes entre professions paramédicales, mais aussi entre formations paramédicales et formations médicales délivrées par l'université.

[37] Pour les instituts et écoles de formation, les nouveaux référentiels d'activités et de compétences pour la formation devaient constituer un point fort afin d'harmoniser la formation entre instituts et de se rapprocher des attendus universitaires, mais les synergies entre les universités et les instituts ont toutefois été de très variables.

1.1.1.2 2016 – 2022 : la reconnaissance de la pratique avancée, l'évolution des UFR, l'ouverture aux paramédicaux des postes d'enseignants-chercheurs et les expérimentations renforcent les mutualisations entre formations et les coopérations entre instituts et universités

[38] L'évolution des besoins de santé et, en particulier ceux liés à la prise en charge des maladies chroniques, a amené le législateur à définir par la loi de modernisation du système de santé,¹⁴ le cadre permettant l'exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales, sur la base des standards européens et internationaux. Faisant écho à l'innovation introduite par la loi, la grande conférence de santé de février 2016 a pointé, dans la feuille de route produite à l'issue des travaux et ses 22 mesures, la nécessité d'innover dans la formation pour favoriser le travail en équipe, développer les passerelles entre formations, médicales et paramédicales notamment, et adapter l'outil de formation aux nouveaux métiers. S'agissant des professions paramédicales, le rapprochement entre instituts de formations et université doit favoriser l'harmonisation de l'encadrement pédagogique et permettre l'accès des paramédicaux à la recherche.¹⁵

¹³ Rapport conjoints IGAS-IGESR 2013-129 de juillet 2013 « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le schéma LMD »

¹⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et article L4301-1 du code de la santé publique.

¹⁵ Voir notamment les mesures suivantes :

Mesure 4 : Favoriser les passerelles entre les études paramédicales et médicales

Mesure 9 : Développer et mieux organiser les interactions entre les étudiants des différentes formations de santé

Mesure 11 : Développer l'accès des étudiants en santé aux formations à la recherche

Mesure 13 : Confier – à moyen terme – aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales

Mesure 14 : Étendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux

Mesure 15 : Concourir à l'émergence d'un corps d'enseignants-chercheurs pour les formations paramédicales

[39] Dans la continuité de la grande conférence de santé, les pouvoirs publics préparent la mise en œuvre des mesures concernant les étudiants paramédicaux et l'application progressive des standards universitaires aux formations paramédicales, tant sur le plan de « *filières complètes de formation et de recherche, comme chez la plupart de nos voisins* », que sur le plan de l'accès aux droits et services étudiants, « *convergence des droits aux bourses* », en lien avec les présidents de région élus en décembre 2015, « *aides d'urgence, logement et bibliothèques universitaires* »¹⁶.

[40] Fin 2016, une mission conjointe IGAS-IGÉSR¹⁷ a accompagné l'harmonisation des droits aux bourses régionales sur les critères et barèmes en vigueur dans l'enseignement supérieur (mesure 5), par décret n° 2016-1901 du 28 décembre 2016 applicable en 2017, et a formulé trente recommandations concernant notamment la mise en œuvre des mesures 5, 6, 13, 14 et 15 de la grande conférence de santé, dans le rapport finalisé en juin 2017 à l'intention du gouvernement se mettant en place.

[41] Dès le 29 août 2017 les ministres confient une mission « universitarisation des formations paramédicales et de la maïeutique » à M. Stéphane Le Bouler, secrétaire général du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui mènera jusqu'à mi-2019 des travaux avec l'ensemble des acteurs de ces formations, un rapport intermédiaire étant rendu public en janvier 2018. Les deux ministres installent le comité de suivi¹⁸ en mars 2018 avec cinq objectifs : « *la simplification des modalités d'admission dans les formations, la possibilité de recruter des enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers, et réadaptation, l'établissement d'un cadre national simplifiant les relations institutionnelles et financières entre régions, instituts de formation et universités, la mise en œuvre de formations aux nouveaux métiers en débutant par les pratiques avancées infirmières dès la rentrée 2018, la reprise, enfin, d'une réflexion sur les référentiels incluant des temps de formation communs à plusieurs filières comme cela va se faire dans le cadre du service sanitaire.* »

[42] Participant des standards universitaires, et d'une meilleure attractivité des formations, la recommandation de supprimer les concours d'entrée dans les instituts paramédicaux pour les remplacer par la procédure de sélection prévue par le code de l'Éducation, dénommée alors Admission post-bac (APB) et devenue Parcoursup, est reprise et mise en œuvre par le gouvernement à la rentrée 2019 pour les instituts de formation en soins infirmiers,¹⁹ puis en 2020 pour tous les autres instituts paramédicaux.

[43] Les années suivantes, les travaux conduits par la mission Le Bouler de 2018 viennent préciser les objectifs prioritaires pour donner plus de profondeur et d'ambition au processus d'universitarisation, tout en poursuivant la simplification et le rapprochement des acteurs.

[44] Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (DE IPA) a été créé en 2018, comme diplôme national de grade master, avec plusieurs mentions possibles, exclusivement préparé et

¹⁶ Communication du Premier Ministre et de la ministre des affaires sociales du 12 février 2016 sur gouvernement.fr

¹⁷ Rapport 2016-123 de juillet 2017 « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la grande conférence de santé ».

¹⁸ Voir dossier de presse ministériel du 14 mars 2018, le comité de suivi se réunira onze fois jusque mi-2019.

¹⁹ Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier. Seuls les manipulateurs d'électroradiologie médicale étaient recrutés par APB depuis 2017 et ont basculé dans Parcoursup avec les autres professions en 2020.

délivré par les universités accréditées. L'offre de formation²⁰ par les universités à composante santé s'est développée rapidement, à partir des toutes premières diplomations à l'été 2019, et concerne en 2023 toutes ces universités, pour tout ou partie des mentions créées (cinq à ce jour).

[45] L'élargissement du conseil national des universités pour les disciplines de santé (CNU santé), compétent pour la qualification et les promotions des enseignants-chercheurs de ces disciplines est effectif fin 2019. Sont ainsi créées²¹ trois nouvelles sections compétentes pour la maïeutique (section 90), les sciences de la rééducation et la réadaptation (section 91) et les sciences infirmières (section 92), ouvrant la voie à des qualifications et recrutements d'enseignants-chercheurs mono-appartenants.

[46] Cette même année, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) introduit des possibilités d'expérimentations entre formations universitaires du premier cycle et les cursus paramédicaux. La réforme de la première année des études de santé (PASS/L.AS) en 2020 qui favorise les passerelles avec les formations paramédicales renforce encore le potentiel de transformation et de rapprochement. Vingt universités²² sont autorisées à expérimenter, dans des formats très différents d'une université à l'autre, des passerelles d'accès entre formations ou des doubles cursus de formation (diplôme d'état et diplôme national de licence, ou de master selon le niveau de formation). Le dispositif prévoit en 2026 une évaluation nationale des expérimentations et il n'est donc pas possible d'établir à ce stade la portée de transformation et de rapprochement entre acteurs. La mission a pu cependant constater que les expérimentations ont amené formateurs des instituts paramédicaux et universitaires à un travail de fond pour confronter les contenus pédagogiques et les harmoniser avec les attendus universitaires de licence (voir annexe 5).

[47] Trois autres missions²³ sont intervenues en 2022 pour dégager des orientations sur l'articulation entre pratique avancée, spécialités infirmières et protocoles de coopération ainsi que sur l'évolution de la profession et de la formation infirmières. C'est dans ce contexte que le processus de réingénierie de la formation d'infirmières de bloc opératoire (IBODE) a été repris et a abouti en 2022 avec une universitarisation de la formation qui demeure assurée par les instituts de formation publics ou privés dans le champ de la loi de 2004, et rattachés aux centres hospitaliers universitaires (CHU) sauf exceptions (21 instituts sur 25) ; le diplôme d'Etat relevant du ministère de la santé a été transformé pour la première fois en diplôme national de l'enseignement supérieur, de grade master, délivré à partir de juin 2024 par les universités accréditées.

²⁰ Voir rapport IGAS-IGÉSR 2022-010 concertation sur la pratique avancée. Sur la base des décrets de juillet 2018, toutes les universités à composante santé offrent une ou plusieurs mentions du DE IPA, l'université de La Réunion à compter de septembre 2023.

²¹ Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019.

²² Cette expérimentation a fait l'objet de deux arrêtés : arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, et l'arrêté modificatif du 26 avril 2022.

²³ Rapport IGAS 2021-051 Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, novembre 2021 ; rapport IGAS-IGÉSR 2022-010 Concertation sur la pratique avancée infirmière, août 2022 ; rapport IGAS-IGÉSR 2022-030 Évolution de la profession et la formation infirmières, octobre 2022.

[48] Enfin, tirant les leçons de la crise pandémique et sociale à l'hôpital dans le cadre du Ségur de l'hôpital, un important développement des formations clés pour le secteur sanitaire et médico-social, infirmiers et aides-soignants est programmé et financé dans le cadre d'un protocole État-Régions signé en mars 2022 entre le Premier ministre et la présidente de Régions de France. Un financement supplémentaire est programmé sur les trois exercices de la période 2023-2025 pour compenser les dépenses des conseils régionaux à ce titre et accompagner les importantes augmentations de places prévues à la rentrée 2023 et portant effet sur trois ans pour les IFSI.²⁴

[49] En termes financiers, les régions ont consacré 1,3 Md€ soit 3,7 % de leur budget de l'année 2022 aux formations sanitaires et sociales (chiffres clés Régions de France et pré-rapport 2023 de l'observatoire de gestion des finances locales). La part en investissement est de 3 %, pour 97 % en fonctionnement, bourses régionales comprises versées à 60 000 étudiants selon des conditions harmonisées avec celles des bourses d'enseignement supérieur sur critères sociaux depuis 2017 ; selon l'enquête DREES²⁵ 2021, 73 % des effectifs sont en formation sanitaire et 27 % en formation sociale. En dix ans, la dépenses des régions à ce titre a augmenté de 30% (1 Md€ en 2012) ; sa progression en 2022 est dynamique (+8 %) après avoir été quasi-stable en 2021 (+0,3 %).

1.1.2 Les effectifs et statuts actuels des directeurs, responsables pédagogiques et formateurs dans les filières en voie d'universitarisation restent mal connus

[50] À l'échelle du système de santé français, secteur médico-social compris, et de ses deux millions de professionnels, salariés et libéraux en activité, les formations paramédicales ont un caractère professionnalisant avec moitié du temps de formation en stage dans les établissements de santé ou en ambulatoire. Elles mobilisent des ressources humaines importantes mais mal connues au service des étudiants paramédicaux, dans les instituts de formation publics et privés et les universités.

1.1.2.1 Dans les filières paramédicales universitarisées, les effectifs des formateurs peuvent être estimés à près de 5 000 dont 80 % en IFSI

[51] Le recensement des instituts de formation paramédicaux et l'estimation de leurs effectifs étudiants et formateurs, et de leurs statuts, nécessitent de mobiliser des sources d'information disparates et incomplètes, selon les deux catégories précédemment évoquées : les instituts dans le champ de la loi de 2004 sont suivis par la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans son enquête annuelle sur les formations sanitaires ; les structures universitaires (IUT compris) et les sections de lycée relevant de l'enseignement supérieur et hors champ de la loi de 2004 sont suivis par le MESR et ses services statistiques.

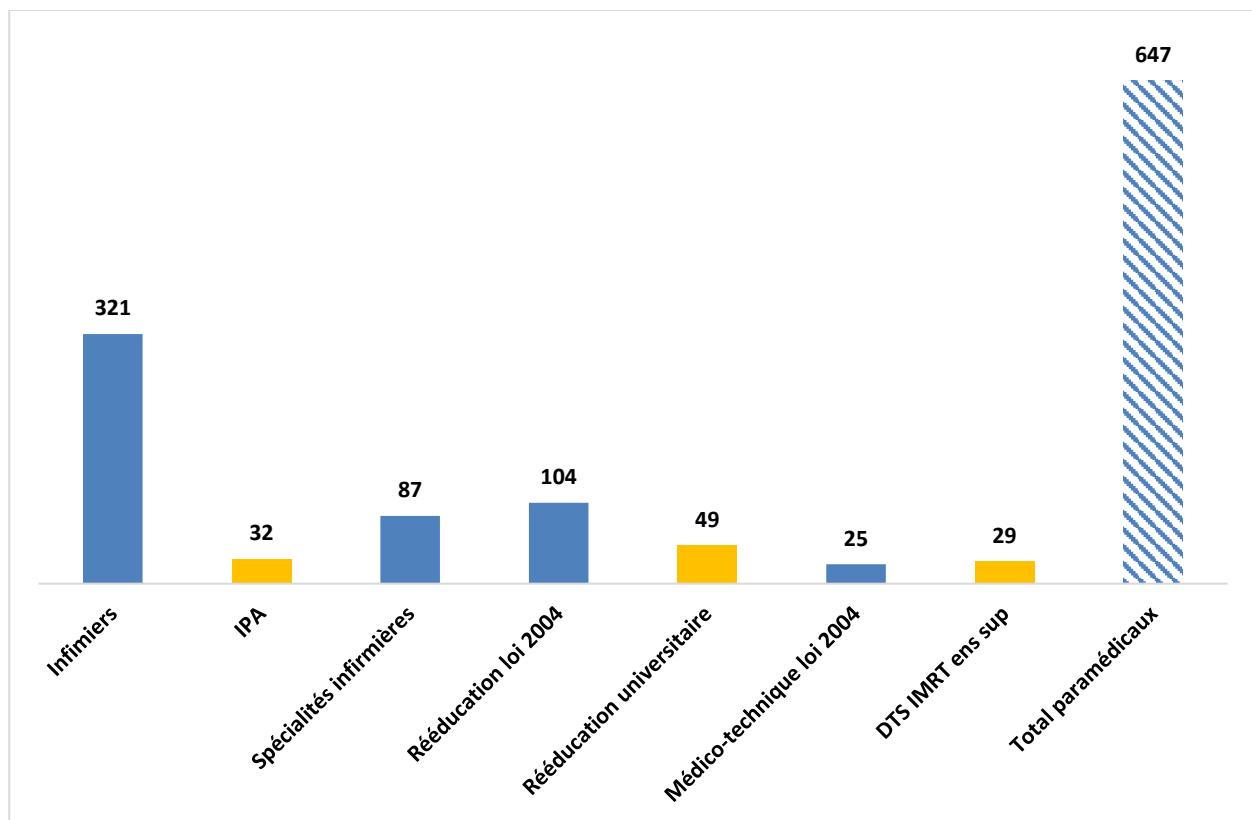
²⁴ Ces augmentations du protocole État-régions portent sur 5 870 places en IFSI (+17 %), 5 763 places en IFAS (+19 %) et 1 954 places d'Accompagnant éducatif et social (+28 %), formation sociale en un an.

²⁵ Service statistique du ministère de la santé et de la prévention, la direction de la recherche, des études, évaluations et statistiques (DREES) mène une précieuse enquête annuelle sur les formations sanitaires et sociales dont les synthèses sont publiques.

[52] Des instituts dans le champ de la loi de 2004, pour se limiter aux formations paramédicales universitarisées ou en voie de l'être, il faut exclure au niveau master les sages-femmes profession médicale, les cadres de santé exclusivement financés par la formation professionnelle continue (FPC), et au niveau licence les préparateurs en pharmacie hospitalière, également financés par la FPC dans neuf centres de formation hospitaliers en alternance, et relevant du livre II du code relatif aux professions de la pharmacie.

[53] Surtout, il convient d'exclure les formations de niveau baccalauréat²⁶ (aides-soignants, auxiliaires de puériculture), qui font l'objet d'un focus particulier (voir infra) compte tenu de leur imbrication forte avec le réseau territorial étendu des IFSI et celui plus restreint des instituts de formation de puériculture pour les auxiliaires de puériculture. La quasi-totalité des IFSI est couplée avec un institut de formation d'aides-soignants (IFAS), sous une même direction, avec une équipe de formateurs spécifique et la mise en place de certains cours et stages communs.

Graphique 1 : Nombre de structures de formation paramédicale en 2021



Source : DREES Opendata et Parcoursup, retraitement par la mission. En bleu les données DREES 2021 pour les instituts financés par les régions, en jaune les estimations pour les structures de formation relevant du MESR (« Rééducation » englobe ici les filières de la réadaptation et de la rééducation ; « DTS IMRT » : diplôme de techniciens supérieurs en imagerie médicale et radiologie thérapeutique)

²⁶ Ces formations étaient de niveau V CAP-BEP pour le RNCP et sont de niveau de niveau 4 baccalauréat avec arrêté de 2021.

[54] **Les formations paramédicales préparées dans les filières de formation universitaires ou les lycées comprenant des sections de technicien supérieur** ne sont pas détaillées dans les enquêtes et publications par le service statistique du MESR (service systèmes d'information et études statistiques SIES) ; les données sur les inscriptions, les diplômes préparés et délivrés existent et sont publiées, mais pas dans un détail permettant d'identifier ces formations paramédicales. Seules les données ouvertes Parcoursup²⁷ permettent de recenser les places offertes et admises lors de la sélection : elles ne préjugent pas des inscriptions effectives, ni *a fortiori* des suspensions en cours d'études et des diplomations effectives. Elles donnent une photo de la situation de vœux consolidés pour un engagement dans les études supérieures paramédicales.

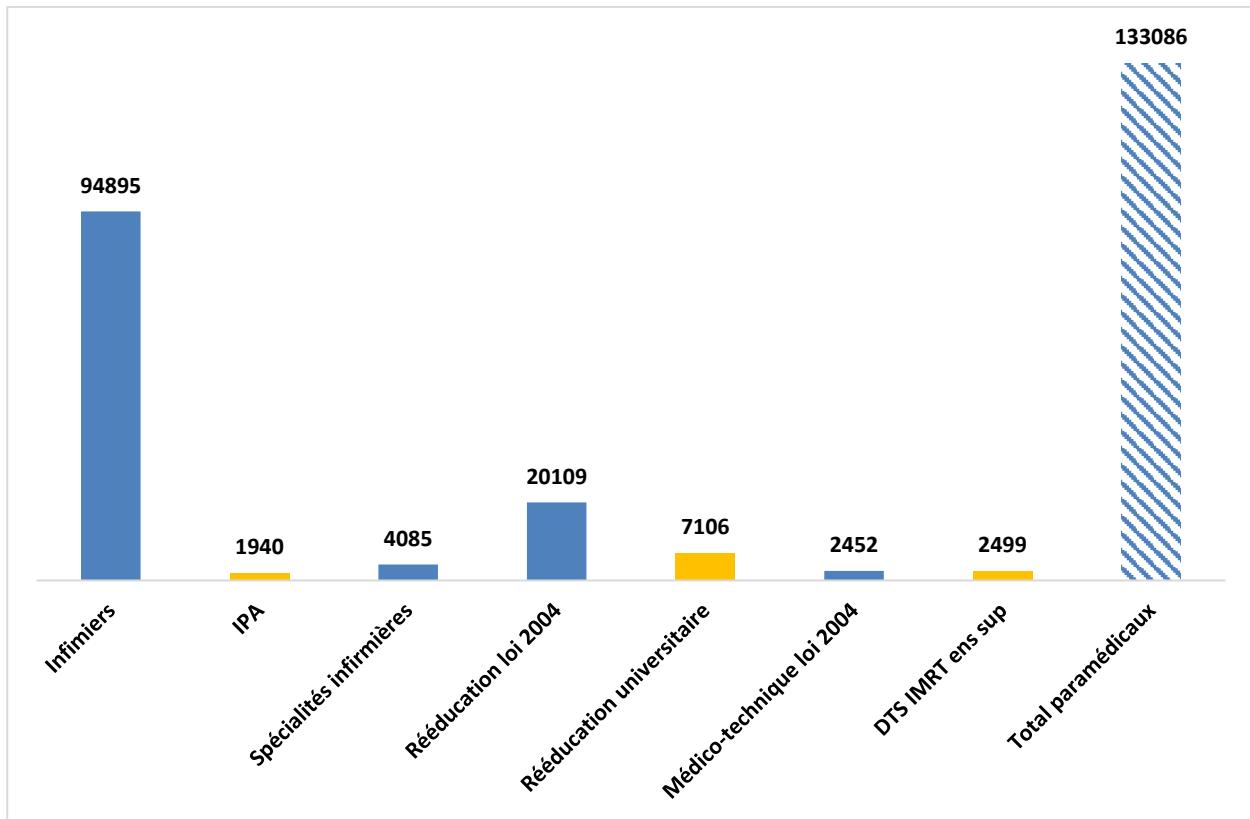
[55] À partir de ces sources DREES et Parcoursup, les trois graphiques 1, 2 et 3 illustrent le profil des instituts de formation paramédicaux : en nombre en 2021, en étudiants inscrits sur l'ensemble des années de formation, et en effectifs de formateurs estimés, sur la base d'un ratio moyen de 25 étudiants par formateur en 2021 (constat documenté par l'ARS Île de France). La part des instituts, étudiants et formateurs au sein des universités ou des lycées est estimée sans tenir compte des BTS²⁸ qui doubleraient pratiquement la part université/lycée en nombre d'instituts et en étudiants. En outre, dans le champ de la loi de 2004, 18 structures de rééducation sont par exception intégrées à l'université pour une estimation de 3 000 étudiants (voir partie 1.2.3 et en annexe 6).

²⁷ Plateforme « Open Data du MESR » :

<https://data.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pages/parcoursupdata/?disjunctive.fili>

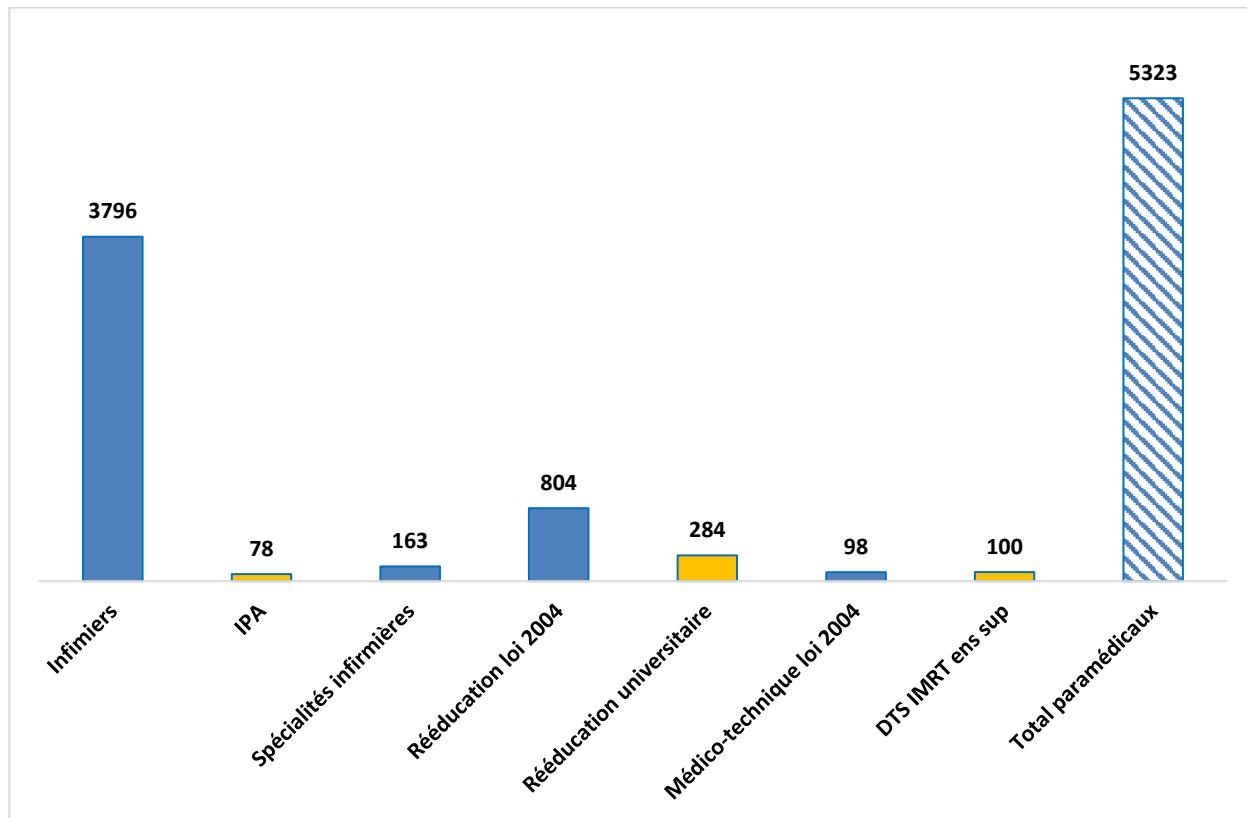
²⁸ Les BUT génie biologique, parcours diététique et nutrition, et biologie médicale et biotechnologies, les BTS diététique, analyses de biologie médicale, opticiens lunetiers, orthésistes-prothésistes et podo-orthésistes représentent 29 filières en IUT et 109 sections STS pour 1 238 admis et 2 862 admis respectivement, soit en tenant compte des deux ou trois années de formation près de 10 000 étudiants.

Graphique 2 : Effectifs étudiants dans les formations paramédicales en 2021



Source : DREES Opendata et Parcoursup, retraitement par la mission

Graphique 3 : Effectifs de formateurs dans les formations paramédicales estimés en 2021



Source : DREES Opendata et Parcoursup, retraitement par la mission

[56] Au total, on peut estimer à près de 140 000 les étudiants paramédicaux inscrits en formation en 2023, dont 10 à 20 % sont déjà à l'université ou en lycées ; les autres étudiants (80 à 90 %) sont dans le champ de la loi de 2004, avec comme évoqué une inscription et des droits universitaires effectifs (inscription, droit de vote, accès documentaires et numériques, grade, ...) pour 95 % d'entre eux environ.

[57] En nombre d'instituts comme en effectifs étudiants, le réseau des IFSI est de très loin le plus dense et le plus étendu (321 IFSI et 95 000 étudiants inscrits en 2021). Il est complété par les spécialités infirmières (87 instituts pour 4 085 étudiants) et les IPA exclusivement universitaires (environ 2 000 étudiants dans la totalité des universités à composante santé). La deuxième filière en effectifs est celle de la rééducation, avec plus de 30 000 étudiants, pour moitié présents à l'université, pour l'autre moitié dans les formations loi de 2004, où le secteur privé est majoritaire ; enfin, la filière médicotechnique représente 10 000 étudiants, majoritairement en IUT (techniciens de laboratoire médical (TLM)) et en lycée (manipulateurs d'électroradiologie médicale et TLM).

[58] Les modalités de gestion sont différentes entre instituts de formation relevant de la loi de 2004 et universités ou lycées ; les effectifs des étudiants suivis par la DREES permettent d'estimer la part d'effectifs des formateurs en secteur privé. Dans les IFSI, le secteur privé compte en 2021 57 instituts dont 37 pour la seule Croix-Rouge Française et 20 pour d'autres associations. En rééducation, les instituts associatifs ou commerciaux sont majoritaires. Près de 30 % des sections de techniciens supérieurs (9 sur 28) et des places de lycées pour le diplôme de technicien

supérieur (DTS) d'imagerie sont en lycée privé sous contrat. Environ 10 % des instituts de spécialité infirmière (soit 9 sur 87) sont associatifs. Les IPA et les formations universitaires de rééducation (orthophonie, orthoptie, audioprothèse, les deux parcours en BUT génie biologique) sont exclusivement présents dans les 33 universités à composante santé.²⁹

Focus sur le niveau baccalauréat (aides-soignants et auxiliaires de puériculture)

Ces formations initiales en un an, désormais de niveau baccalauréat depuis la révision du référentiel de 2021 (niveau 4 du RNCP, ex-niveau V et CAP) sont assurées dans plus de 700 instituts de formation selon l'enquête DREES, dont une partie assurée en lycée et en apprentissage. Les centres de formation des apprentis (CFA) sont en développement récent et priorisé dans le cadre des plans³⁰ visant à développer ces formations dans le champ de la loi de 2004, qui intéressent les employeurs du médico-social et de la petite enfance, avec des problématiques spécifiques de sélection, d'accompagnement et de recrutement des étudiants, différentes de celles rencontrées par les établissements de santé.

Les gestionnaires d'instituts publics et privés ont insisté sur le couplage et l'organisation historique entre IFSI et IFAS, ou pour la Croix Rouge Française entre formations supérieures et de niveau baccalauréat dans une organisation qui est à la fois régionale et multi-sites. Le plus souvent les IFSI publics et privés sont couplés avec un IFAS, pour environ 85 % des IFSI, soit plus de la moitié des 488 IFAS, ou avec des instituts de formation des auxiliaires puéricultures (IFAP), les relations entre les 35 instituts de formation de puéricultrices et les 141 IFAP étant pour partie similaires.

Cette organisation historique, repose sur une direction commune entre IFSI et IFAS, une équipe pédagogique, des locaux et des fonctions support communes, avec une formation en stage en binôme infirmier/aide-soignant. Elle ne fait pas obstacle à la dynamique récente de développement d'autres IFAS en apprentissage, à l'éducation nationale, et en antennes décentralisées hors IFSI, ni à l'universitarisation de la formation infirmière. Elle souligne cependant que l'hypothèse d'une intégration organique de plus de 300 IFSI, même lointaine, poserait des problèmes lourds de gestion de ressources humaines (GRH) et de gestion budgétaire et patrimoniale, analysés plus loin. Les enjeux pédagogiques tels la lutte contre le décrochage ou l'innovation et la mutualisation pédagogique entre IFSI et avec l'université sont en revanche d'une actualité aigüe.

²⁹ Toutefois deux exceptions sont notées pour la formation d'audioprothèse qui peut être préparée également au conservatoire national des arts et métiers (CNAM), établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP) placé sous la tutelle du ministre chargé de l'enseignement supérieur et dans un institut privé conventionné avec une université.

³⁰ Voir rapport de la mission El KhoM.i, plan grand âge https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khoM.i - plan_métiers_du_grand Âge.pdf ; également travaux de la filière petite enfance, et protocole État-régions de mars 2022.

1.1.2.2 Les directeurs à la tête des instituts sont en effectifs limités et décroissants

[59] Les directeurs des instituts de formation dans le champ de la loi de 2004 peuvent superviser plusieurs filières de formation, dans les instituts publics ou privés. Ceux du secteur privé, associatif ou commercial, relèvent de leur convention collective, notamment à la Croix-Rouge Française.

[60] Les directeurs des instituts de formation des établissements publics de santé relèvent de la Fonction publique hospitalière (FPH) qui ne comprend qu'un corps de direction pour l'ensemble des paramédicaux. Les directeurs de soins sont formés en un an à l'École des hautes études de santé public (EHESP) et recrutés par concours parmi les cadres de santé paramédicaux, également issus de toutes les filières paramédicales.³¹

[61] En application de leur statut,³² les directeurs des soins exercent soit comme coordonnateurs généraux des soins (ou auprès de ceux-ci) soit en institut de formation, le cas échéant en coordination de plusieurs instituts ; parfois encore, bien que le centre national de gestion des praticiens hospitaliers (CNG) ne recense pas ces situations, ils exercent en même temps des fonctions de coordonnateur général des soins ou transversales auprès de lui, et celles de direction d'un institut ou de coordination de plusieurs instituts de formation.

[62] L'effectif en institut est recensé annuellement par le CNG. Il est de 184 directeurs des soins début 2022, dont 58 en direction d'un institut et 126 en coordination d'instituts. Il représente moins de 30 % du corps, avec une diminution annuelle de 4 % sur la période 2012-2022, au lieu de 1,4 % pour les directeurs de soins en établissement hors instituts, qui ont de fait été priorisés en termes de choix de postes. La moyenne d'âge est plus élevée en institut (près de 58 ans au lieu de 56 ans). Un tiers des postes en instituts se situent dans les CHU.³³

[63] S'agissant de la formation de directeur des soins à l'EHESP, le concours est ouvert soit en externe (entre 10 % et 33 % des places pourvues) aux cadres de santé avec dix ans d'exercice comme paramédical dont cinq ans équivalent temps plein en qualité de cadre, soit en interne aux cadres de santé avec cinq ans de services effectifs comme cadre. L'âge moyen d'entrée dans le corps est stable depuis 2012 à 49 ans : ce recrutement est souvent décrit comme une troisième partie de carrière paramédicale, après un temps initial en exercice clinique, puis comme cadre de santé. Il n'y a pas de tour extérieur, et le détachement entrant à partir des autres versants de la fonction publique est exceptionnel.

[64] Une réflexion est engagée au sein du ministère pour élargir aux non-cadres et assouplir (de cinq à trois ans les services en qualité de cadre) les modalités du concours et créer un tour

³¹ À l'exception de deux filières professionnelles non représentées dans la FPH, qui ne peuvent accéder au corps de cadre de santé paramédical, les audioprothésistes et les opticiens-lunetiers ; elles peuvent cependant, en théorie et hors fonction publique hospitalière (FPH), accéder au diplôme de cadre de santé. Les prothésistes-orthésistes et les podo-orthésistes ne peuvent ni accéder au corps de cadre de santé paramédical ni au diplôme de cadre de santé (voir décret portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédical n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 et le décret relatif au diplôme cadre de santé n° 95-926 du 81 août 1995).

³² Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la FPH.

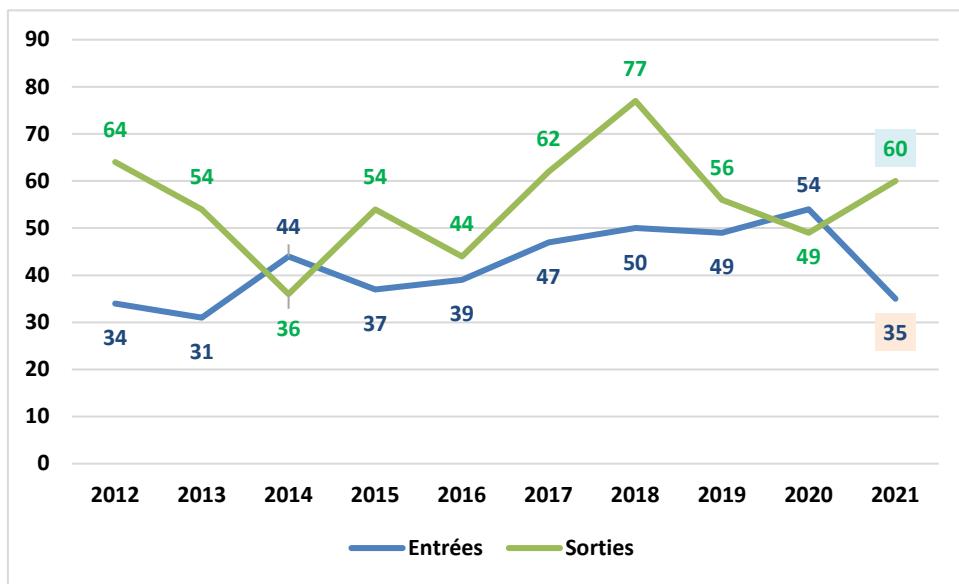
³³ Le CNG recense 64 directeurs de soins en CHU en 2021, dont 13 à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; en dehors de l'AP-HP, les CHU peuvent compter un ou deux directeurs des soins pour coordonner une dizaine de filières de formation, niveau bac compris.

extérieur afin de renforcer l'attractivité du concours, seule alimentation du corps de fait et insuffisante à son renouvellement. La formation à l'EHESP resterait ainsi bivalente, coordination ou direction des soins et instituts de formation, tant par le recrutement que pour les postes offerts et pourvus en sortie de formation, ou pour le parcours ultérieur, avec une forte composante de management utile aux deux valences.

[65] La mission a partagé plusieurs constats avec la direction de l'EHESP. Les postes et les projets professionnels en instituts sont très minoritaires pendant la formation à l'EHESP. Les effectifs de directeurs de soins décroissent régulièrement depuis 10 ans (graphique 4) et les effectifs en institut plus rapidement encore, d'un tiers sur la période. Les incertitudes sur les modalités et conséquences de l'universitarisation et ses perspectives entre formation statutaire et formation universitaire, couplés ou non, pèsent depuis 2012 sur les choix professionnels des cadres de santé et professionnels. La formation à l'EHESP n'a d'ailleurs pas pleinement intégré la généralisation quasi-effective du couplage entre master 2 (management et pédagogie) et diplôme de cadre de santé, ni l'apparition encore exceptionnelle d'un vivier de professionnels ou cadres de santé détenteurs d'un doctorat. La direction de l'EHESP envisage de poursuivre sur la décennie à venir l'offre de formation bivalente actuelle, en tablant sur un regain d'attractivité du concours. Elle ne prévoit pas à ce stade d'adossement universitaire à cette formation statutaire.

[66] L'articulation et la dynamique entre directeurs des soins en instituts de formation et enseignants-chercheurs titulaires ou associés sont discutées en partie 2. Les directeurs des soins titulaires d'un doctorat (*a fortiori* d'une habilitation à diriger les recherches (HDR)) sont à ce jour très peu nombreux en institut (voir l'enquête réalisée à la demande de la mission- annexe 2) ou dans le corps.

Graphique 4 : Évolution du nombre d'entrées et sorties des directeurs de soins



Source : CNG (DS, éléments statistiques sur les DS statutaires – situation au 1^{er} janvier 2022)

[67] L'agrément du directeur de l'institut public ou privé par le conseil régional, quand il est applicable, c'est-à-dire hors université et section de lycée, peut être délivré à une même personne pour plusieurs filières ; dans la FPH, il peut être donné à un directeur des soins coordonnateur de plusieurs instituts (voir infra).

[68] La notion de responsable pédagogique par filière, qui n'est pas soumis à l'agrément régional mais encadre effectivement l'équipe pédagogique et coordonne les enseignements, revêt une importance certaine. Dans la FPH, il s'agit donc d'un cadre supérieur paramédical ou d'un professionnel paramédical, de préférence détenteur d'un master, en position d'adjoint au directeur agréé : leur nombre peut être estimé par différence entre le nombre d'instituts relevant de la loi de 2004 soit 537 en 2021 (publics et privés) et le nombre de directeurs de soins en institut, soit 58 si l'on ne retient pas les coordonnateurs, ce qui conduit à un effectif de près de 500 responsables pédagogiques qui sont différenciés dans l'enquête de la mission sur les diplômes universitaires.

1.1.3 Des formateurs majoritairement titulaires d'un master 2 et rarement d'un doctorat, plus fréquent cependant en rééducation

1.1.3.1 Quinze ans après le début de l'universitarisation, l'objectif d'un niveau master 2 pour les formateurs n'est que partiellement atteint

[69] Comme évoqué plus haut, il n'existe pas d'étude consolidée au niveau national permettant de quantifier et de qualifier la population des formateurs en instituts paramédicaux. Le comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) a publié plusieurs enquêtes intéressantes et a accepté d'échanger avec la mission et de compléter à sa demande certaines d'entre elles. Un livre blanc sur l'activité des formateurs en institut de formation présente les résultats des enquêtes menées entre juin 2021 et juin 2022 auprès de l'ensemble des instituts adhérents et leurs directeurs ou formateurs.

[70] Le champ des adhérents du CEFIEC comprend les instituts publics et privés de formation :

- en soins infirmiers (321 dans l'enquête DREES 2021) ;
- pour les trois spécialités infirmières (IADE, IBODE et puéricultrices avec 88 instituts dont respectivement 28, 25 et 35 instituts dans l'enquête DREES 2021) ;
- des cadres de santé (IFCS au nombre de 37 dans l'enquête DREES qui ne référence pas l'institut de la Réunion) ;
- de niveau baccalauréat, formant aides-soignants et auxiliaires de puériculture (respectivement 488 et 141 instituts dans l'enquête DREES).

[71] Il ne comprend pas les instituts de formation aux professions de rééducation ou médico-technique, qu'ils soient dans le champ de la loi de 2004 ou universitaires, ni les formations d'IPA dans les 33 universités à composante de santé.

[72] Sur ce champ, le CEFIEC a obtenu un taux de réponse d'environ 50 % des formateurs, soit 1 863 réponses, avec les indications suivantes :

- les formateurs en IFSI, pour 85 % d'entre eux, ont le diplôme de cadre de santé, qu'ils exercent en privé ou en public ; dans ce dernier cas ils appartiennent au corps FPH des cadres de santé paramédicaux. Par ailleurs, 90 % ont une expérience de cadre en unité de soins ; ces taux sont un peu plus faibles en spécialité ou en instituts de formations de cadre

de santé (IFCS), selon le livre blanc, et surtout en institut de formation d'aide-soignant (IFAS) ou en instituts de formation à l'assistance aux personnes (IFAP), où la réglementation n'impose pas le diplôme de cadre de santé. Ces taux ne peuvent guère être améliorés en l'état des contraintes pesant sur les établissements et du renouvellement des équipes.

- les formateurs répondants des instituts interrogés par le CEFIEC sont en moyenne 55 % à détenir un master 2 (55 % en IFSI, et 67 % en IF de spécialité, par ailleurs 60 % en IFCS et 37 % en IFAS-IFAP). Parmi ces masters 2, 68 % relèvent du domaine des sciences de l'éducation. Par ailleurs, 1,2 % des formateurs ont un doctorat (18 dont 11 en sciences de l'éducation, soit 61 %, trois en philosophie, trois en santé publique, un en biologie cellulaire).

[73] L'ARS Île-de-France est la seule parmi les ARS rencontrées à organiser un recueil d'information structuré auprès des instituts de formation dans le cadre de leur rapport annuel d'activité, dont la production est obligatoire mais faiblement normée par l'arrêté ministériel, et à en rendre public une synthèse annuelle. Cette démarche est exemplaire et gagnerait à être généralisée à l'ensemble des régions avec un système d'information adéquat. Le rapport annuel 2021³⁴ intègre 93 % des IFSI de la région, en nombre d'instituts (54 répondants sur 58) et en étudiants. La part des seize IFSI de l'AP-HP représente 37 % des places offertes par Parcoursup en 2022. Pour les formateurs des IFSI, le taux de cadres de santé est de 85 %, dans la moyenne du CEFIEC. Le taux de formateurs en IFSI détenteurs d'un master 2 en Île-de-France est en revanche inférieur à la moyenne nationale, de l'ordre de 35 % au lieu de 55 %, ce qui pourrait être lié à l'adossement universitaire des cinq instituts de formation des cadres de santé (IFCS) franciliens.³⁵

[74] Ce rapport d'activité des instituts d'Île-de-France indique un taux d'encadrement moyen de 25 étudiants par formateur, « stable depuis 2019 » pour l'ensemble des filières de formation. Il est différencié par métier et sur sept exercices en annexe (p.100) de ce rapport d'activité. En lien avec l'augmentation des inscrits en formation³⁶ et dans le cadre du dialogue de gestion avec le conseil régional, ce ratio moyen s'est donc dégradé sur une période de sept ans. Chaque conseil régional et en principe chaque ARS, au titre de la qualité des formations, dispose de données similaires, qui guident les discussions sur les capacités de formation ou leur occupation.

[75] De la même façon, le ratio de formateurs cadres de santé, et le taux de formateurs détenteurs d'un master 2 ou d'un doctorat peuvent être comparés entre 2015, 2017 et 2021 : le premier a progressé de 87 % à 90 % puis chuté à 84 % avec la crise sanitaire, le second a continué de progresser sur six ans, de 23 % à 29 % puis 35 % malgré la crise ; enfin, le taux de formateurs ayant un doctorat fluctue de manière peu significative étant donné le faible effectif, entre 0 % et 2 %. Ces taux sont disponibles aussi par métier. Ils sont sans comparaison pour les instituts de

³⁴ Rapport d'activité des instituts de formation paramédicale en Île-de-France, 2021, ARS.

³⁵ Deux sur cinq IFCS restent en 2023 adossés à un master 1, et le troisième, le plus important, celui de l'APHP, n'a basculé en master 2 qu'à la rentrée 2021

³⁶ Le ratio pour les IFSI passe de 21 en 2015, à 22 de 2016 à 2018, puis 24 de 2019 à 2021. Le quota (la capacité de formation) en Île-de-France est resté longtemps stable à 6 540 places en IFSI, non saturé de 2011 à 2018 (données DREES publiques), où les inscrits en première année ont représenté en moyenne 87 % du quota régional (103 % hors Île-de-France). Le quota régional a augmenté modestement en 2021 seulement (+51 places), car Parcoursup a changé la donne, le taux de remplissage du quota gagnant douze points sur les trois premières années (+2 points hors Île-de-France), passant à 95,3 % en 2019, 96,3 % en 2020, et 103,2 % en 2021, première année supérieure à 100 %. En d'autres termes, compte tenu des contraintes de recrutement, les IFSI franciliens ont absorbé 10 % d'étudiants en plus à effectif de formateurs inchangé en trois ans.

formation de masseurs kinésithérapeutes (IFMK) franciliens, très majoritairement privés, avec un taux de cadres de santé passant de 48 % à 51 % puis chutant à 32 %, un taux de formateurs détenteurs d'un master 2 passant de 33 % en 2015 à 53 % en 2021, et surtout un taux de détenteurs d'un doctorat passant de 18 % à 34 % sur la même période.

Recommandation n°1 (MSP) Étudier avec les ARS la généralisation à l'ensemble des régions et instituts de la collecte de données réalisée par l'ARS Île-de-France auprès de ses instituts avec une synthèse annuelle sous forme de rapport d'activité des instituts. Le système d'information de l'Île de France pourrait être adapté et partagé avec l'ensemble des agences.

Les déplacements de la mission dans les régions Occitanie et Grand-Est ont permis de recueillir des indications complémentaires.

En avril 2023, l'ARS Occitanie recense 379 formateurs et 21 directeurs répondants sur 39 instituts de formation (25 IFSI, 6 IF IADE ou IBODE, 8 IF de rééducation). Parmi ces formateurs, l'ARS indique 75 % de cadres de santé, et 66 % de formateurs possédant un diplôme universitaire, dont un master 2 dans 75 % des cas, et un doctorat pour six formateurs. Parmi les 21 directeurs, treize ont un master et quatre un doctorat.

Pour Grand-Est, les trois GCS recensent 504 formateurs en IFSI, dont 71 % sont cadres de santé, et 50 % ont un master 2. L'enquête remonte quatre docteurs parmi les formateurs et trois parmi les directeurs pour cette région et un nombre équivalent de doctorants.

[76] Dans l'ensemble, sans pouvoir disposer de point de comparaison dans le temps, sinon en Île-de-France, ni estimer les effets de la pandémie ou de la crise sociale à l'hôpital, le taux de diplômés d'un master 2 chez les formateurs des instituts paramédicaux (hors directeurs sur lesquels la mission a procédé à une enquête spécifique avec l'aide du CEFIEC) apparaît légèrement majoritaire pour les IFSI et dans le champ CEFIEC. Toutefois, les cadres de santé formés en IFCS depuis 2016 sont tous détenteurs d'un master 1 et près de 90 % des cadres formés en 2023 ont un master 2, cette cible du master 2 en institut de formation étant connue et partagée depuis le lancement du processus en 2009.

[77] L'accompagnement vers le doctorat des professionnels motivés fait l'objet des recommandations 12 à 23 en partie 2, pour favoriser des parcours trop rares et mal reconnus à ce jour (de l'ordre de 1 % des formateurs en sciences infirmières, davantage en rééducation). Les instituts publics et privés ont aussi une problématique générale d'organisation et de gestion des compétences et des ressources humaines pour garantir, à terme, 100 % de titulaires d'un master.

1.1.3.2 La formation des nouveaux cadres de santé au niveau master 2 se généralise mais son référentiel trop ancien doit être actualisé

[78] La formation en un an au diplôme cadre de santé, dont le référentiel est défini par un arrêté de 1995, est délivrée dans 37 instituts de formation qui ont représenté 1 364 diplômes décernés selon l'enquête DREES 2021.³⁷ Cette formation est exclusivement financée par la formation

³⁷ S'ajoute l'IFCS de la Réunion placé à l'initiative du DG de l'ARS dès sa création sous forme associative en partenariat entre le CHU créé en 2012, la région et l'université de la Réunion, et qui offre un double cursus cadre de santé et master 2 management et enseignement en santé. L'Institut régional de management en

professionnelle continue des employeurs et leurs fonds de mutualisation : l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) finance ainsi 1 104 formations cadre de santé en études promotionnelles 2021 et l'AP-HP environ 10 % supplémentaires. Ce niveau est stable depuis 2016 au moins selon les données fournies par l'ANFH et l'AP-HP. Les données correspondantes pour le secteur privé (opérateur de compétences (OPCO) santé) ne sont pas disponibles.

[79] Fin 2016, comme l'avait montré le CEFIEC dans un état des lieux des IFCS³⁸, la quasi-totalité des 38 IFCS, dont plus des deux tiers (26) sont gérés par le CHU ou en lien direct avec lui, avaient engagé des partenariats universitaires pour associer en double cursus la formation de cadre de santé et un master universitaire en management et/ou formation, master 1 dans deux tiers des cas. Un tiers d'entre eux offraient fin 2016 un cursus intégré avec un master 2, une période de faisant fonction de cadre supérieure à douze mois permettant de faire jouer la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour la première année du master, cette sélection et procédure préalable garantissant une double diplomation en un an.

[80] La mission a demandé au CEFIEC si cet état des lieux datant de 2016 avait été actualisé, et, devant la réponse négative, a pu vérifier en consultant les sites publics des IFCS, qu'en 2023 l'adossement au master 2 a été généralisé dans la quasi-totalité des 38 IFCS. Seuls 15 % des instituts soit six offrent encore un master 1 (dont un seulement 50 % d'un master 1 soit 30 ECTS, situation difficilement explicable dans un CHU, même s'il prépare un partenariat visant un master 2 pour la rentrée 2024). Le rapport de 2017¹⁷ recommandait cette généralisation, aujourd'hui presque achevée.

[81] Cette généralisation lente est préjudiciable aux établissements et instituts et particulièrement à leurs formateurs : la généralisation du M2 en IFCS était inéluctable dès lors que les candidats à la formation de cadre de santé avaient le choix entre instituts offrant un master 2 ou un master 1, moyennant un éloignement géographique parfois relatif. Elle fait perdre du temps aux formateurs pour atteindre le standard du master 2 pour leur métier de formateur, d'autant qu'un nombre croissant de formations est désormais porté au niveau master, ou pour tous les cadres désireux de s'engager dans la recherche et de poursuivre jusqu'au doctorat. Ses inconvénients ne devraient pas non plus échapper aux ARS, en charge de la qualité des formations, aux régions et aux employeurs ou à l'ANFH et l'AP-HP financeurs des études promotionnelles et plans de formation.

[82] Enfin, l'absence d'IFCS public aux Antilles-Guyane force les candidats au diplôme de cadre à un parcours de formation en métropole ou dans l'IFCS commercial de Cayenne qui n'offre qu'un partenariat facultatif avec l'université de Guyane. Sur le modèle de l'institut régional de managements en santé de l'océan indien, un partenariat de niveau master 2 entre les deux CHU des Antilles, le CH associé de Cayenne, les autres établissements de ces territoires et les universités des Antilles de Guyane serait de nature à combler cette lacune.

santé de l'Océan Indien, qui compte 22 diplômés en 2023 devrait apparaître avec son historique dans l'enquête DREES.

³⁸ Voir le rapport conjoint IGAS-IGÉSR de 2017 (n°2016-123) et son annexe 3.

1.1.3.3 La formation des directeurs de soins doit également être repensée

[83] Alors que le livre blanc du Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) dresse un état des lieux de l'activité des formateurs en institut de formation, la mission a souhaité établir le profil des directeurs des instituts de formation, complétant ainsi les rares données fournies par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). Pour cela, la mission a établi un questionnaire en ligne adressé par l'intermédiaire du CEFIEC à ses instituts publics et privés adhérents, permettant de recevoir 105 réponses complètes correspondant à 80 directeurs d'instituts de formation ou responsables de formation soit un taux de réponse d'environ 25 %. Les résultats de l'enquête sont détaillés en annexe 2. Sur l'ensemble des répondants, 80 % exercent leur fonction au sein d'un institut public, et 86 % des IFSI répondants sont couplés avec un institut de formation d'aide-soignant.

[84] L'enquête montre que la majorité des directeurs d'instituts ayant répondu à l'enquête de la mission sont titulaires d'un master ou sont directeurs des soins. Seuls trois des répondants sont titulaires d'une thèse d'université, et aucun d'une habilitation à diriger les recherches (HDR). À noter que deux des répondants préparent actuellement un doctorat. Dans la description des très nombreuses activités menées par les directeurs de soins, cette absence de lien avec la recherche est confirmée ; 58 des répondants sur les 80 n'exercent pas d'activité de recherche, et une vingtaine témoigne y consacrer entre 1 et 5 % de leur temps. La très grande majorité du temps consacré à leur mission est répartie entre le pilotage de l'institut, la gestion budgétaire, financière et patrimoniale, et la gestion des ressources humaines.

1.1.4 Le bilan des nominations d'enseignants-chercheurs mono-appartenants reste modeste et mitigé

1.1.4.1 Les quatre premières campagnes de qualification ont certes permis de nommer depuis 2020 les premiers enseignants-chercheurs en sciences infirmières ou de rééducation et réadaptation

[85] Par décret³⁹ en date du 30 octobre 2019, la composition du Conseil national des universités (CNU) pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques a été modifiée afin d'intégrer les trois nouvelles filières d'enseignants-chercheurs créées dans les disciplines des sciences de la rééducation et de la réadaptation (91), des sciences infirmières (92) et de maïeutique (90). La composition et le fonctionnement de ces nouvelles sections s'inscrivent dans

³⁹ Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités (CNU) pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

le champ des enseignants-chercheurs mono-appartenants⁴⁰ au sein du groupe « pharmacie et autres sections de santé ».⁴¹

[86] Cette évolution constitue une étape majeure dans la structuration de ces disciplines et la voie d'une intégration des formations paramédicales et maïeutique aux universités. Elle vise à favoriser « *le développement d'activités de recherche dans ces domaines où de nouvelles connaissances sont indispensables à la compréhension d'enjeux comme les inégalités sociales de santé, les déterminants d'une société inclusive, le handicap, la santé de la femme, l'observance, le partenariat patient – soignant* ».⁴²

[87] Elle a pour objectif l'émergence d'équipes d'enseignants-chercheurs qui sont le creuset d'une production de recherches contribuant à l'amélioration des pratiques du soin par une démarche réflexive et une pédagogie innovante.

[88] La création de sections CNU encore récente pour ces disciplines a eu pour effet de définir des procédures et des trajectoires pour les acteurs tant à un niveau individuel - les candidats à la qualification et au recrutement - qu'institutionnel comme pour les universités qui recrutent. Elle a permis d'ouvrir des perspectives à des professionnels paramédicaux, formateurs ou en exercice hospitalier ou libéral ayant soutenu une thèse qui passaient jusqu'alors par la qualification dans d'autres sections (sciences de l'éducation, santé publique, etc.) souvent dites « sections accueillantes ».⁴³

[89] Depuis 2020, environ 40 % des dossiers qui ont été présentés à la qualification aux fonctions de maîtres de conférences et de professeurs de universités ont été acceptés. Selon les données transmises par la direction générale des ressources humaines (DGRH), à l'issue des quatre campagnes 2020 à 2023, 128 personnes sont à ce jour qualifiées aux fonctions de maître de conférences (MCF) et douze aux fonctions de professeur (PR) dans les deux sections 91 et 92 globalement.

[90] Les nominations effectives dans les mêmes sections en juin 2023 correspondent à 30 personnes, cinq professeurs et seize maîtres de conférences en section 91, un professeur et huit maîtres de conférences en section 92. Sur cet effectif, un enseignant-chercheur sur trois environ exerce dans ces disciplines après avoir changé de section et deux sur trois suite à intégration dans le corps, le tableau suivant donnant la répartition entre les deux sections et par université.

⁴⁰ Décret n° 84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences.

⁴¹ Nota : les corps des enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires, dits aussi bi-appartenants relèvent du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021.

⁴² D'après le compte rendu du Conseil des ministres du 30 octobre 2019.

⁴³ Ces sections accueillantes sont souvent en lien thématique avec les spécialités/mentions des doctorats obtenus par les candidats.

Tableau 1 : Nominations effectives en 2023 en section 91 ou 92

Grade	Nomination	91	92	91+92	91	92
Professeur (PR)	par concours	2	1	3	université Grenoble-Alpes / université de Limoges / université de Montpellier / Sorbonne université / université Versailles St Quentin	Aix Marseille université
	changement section (ou détachement intégration)	3	0	3		
	total	5	1	6		
Maitre de conférences (MCF)	par concours	10	6	16	université de Bordeaux / université de Franche-Comté /université Limoges/ université Lyon 1/ université de Montpellier x2/ université d'Orléans / université Paris cité/ université Paris Est Créteil x4/ université Paris Saclay/ Sorbonne université x2 / université Toulouse 3	université Clermont Auvergne / université de Franche-Comté /université Paris Cité x 2/ université de Sorbonne Paris nord x 2 / Sorbonne université / université Toulouse 3
	changement section (ou détachement intégration)	6	2	8		
	total	16	8	24		
PR+MCF	par concours	12	7	19		
	changement section	9	2	11		
	total	21	9	30		

Source : données de la Direction générale des ressources humaines -DGRH A2 (nota : les changements de sections étant gérés au sein des établissements, il s'agit ici des effectifs connus par la DGRH du MESR)

[91] Par établissement universitaire, les 30 titulaires sont répartis pour moitié entre les six universités franciliennes, soit quinze enseignants-chercheurs (entre un et quatre titulaires par université, et une moyenne de deux et demi) et dix universités hors Ile-de-France sur les 28 existantes, soit quinze enseignants-chercheurs (un titulaire par université pour Aix-Marseille, Bordeaux, Clermont, Grenoble, Lyon, Orléans, deux à Besançon, Limoges et Toulouse 3, et trois à Montpellier, soit une moyenne de un et demi).

[92] De plus, des recrutements sont en cours à hauteur de neuf MCF en section 91 et trois en section 92, au sein des établissements déjà cités auxquels s'ajoute l'université d'Angers. Ceci porterait l'effectif en 2023 à 42 enseignants chercheurs dont 78 % de MCF.

[93] Parmi les dossiers étudiés dans le cadre des demandes de qualification en 2021,⁴⁴ il est important de souligner la part de ceux qui ont été considérés comme « hors section »⁴⁵ en sections 91 et 92 : elle correspond à 16 % des dossiers pour la qualification MCF (soit six dossiers en section 91 et 11 en section 92) et 43 % des dossiers présentés à la qualification PR (correspondant à un dossier en section 91 et deux en 92), contre respectivement 9 % et 10 % pour l'ensemble des sections du CNU. Cette part importante de demandes de qualifications hors champ de la discipline est la preuve d'un apprentissage progressif des acteurs et d'un vivier encore restreint.

⁴⁴ Seules les campagnes de qualification 2020 et 2021 ont fait l'objet d'une analyse complète par les services de la DGRH qui publient en juin de chaque année une note d'information relative à cette procédure.

⁴⁵ « hors section » : impossibilité du CNU de se prononcer sur une candidature au motif qu'elle ne relève pas du champ disciplinaire de la section bien que le dossier ait été considéré recevable d'un point de vue administratif.

[94] Au-delà de ce constat, les entretiens que la mission a conduits avec les présidents et vice-présidents des sections concernées ont montré que les critères retenus pour l'évaluation des dossiers de candidature à la qualification comme pour les avis attendus sur les demandes de promotion ou de prime ne sont pas encore stabilisés. La mission a également constaté l'absence de publication de ces critères sur le site dédié du CNU.⁴⁶ Bien que certaines sections communiquent par l'intermédiaire d'associations professionnelles, ce défaut de communication apparaît préjudiciable à la bonne information des professionnels docteurs qui voudraient s'engager vers une carrière d'enseignant-chercheur.

Recommandation n°2 (MESR) Rappeler aux nouvelles sections l'intérêt de communiquer sur le site dédié du CNU les critères d'évaluation des dossiers de candidatures à la qualification et d'analyse des dossiers de candidatures aux différentes procédures de gestion de carrière relevant de leur compétence.

[95] Par ailleurs, il est intéressant de souligner que si le CNU a vocation à participer à la reconnaissance d'un champ de recherche, cela n'exclut pas que certains candidats à la qualification MCF disposent à l'issue de la campagne 2021 de deux qualifications dans des sections différentes. Dans les sections 91 et 92, sept étaient dans ce cas (tableau n° 2).

[96] Ceci témoigne de parcours de recherche variés et est à l'image du vivier des enseignants-chercheurs potentiels. C'est également la preuve que les nouvelles sections ne se sont pas construites sur un découpage professionnel qui aurait été réducteur pour le positionnement et le développement de ces disciplines émergentes. De plus, cela ne constitue pas une exception si l'on considère que 1 198 candidats qualifiés en 2021 étaient dans ce cas parmi les personnes qualifiées MCF.

Tableau 2 : Candidats ayant obtenu deux qualifications aux fonctions de maître de conférences par section en 2021

Section		Maïeutique	Sciences de la rééducation et de la réadaptation	Sciences infirmières
			90	91
16	Psychologie et ergonomie		2	
20	Ethnologie, préhistoire, anthropologie biologique	1		
69	Neurosciences		1	
70	Sciences de l'éducation			1
71	Sciences de l'information et de la communication			1
74	Sciences et techniques des activités physiques et sportives		2	
Total		1	5	2

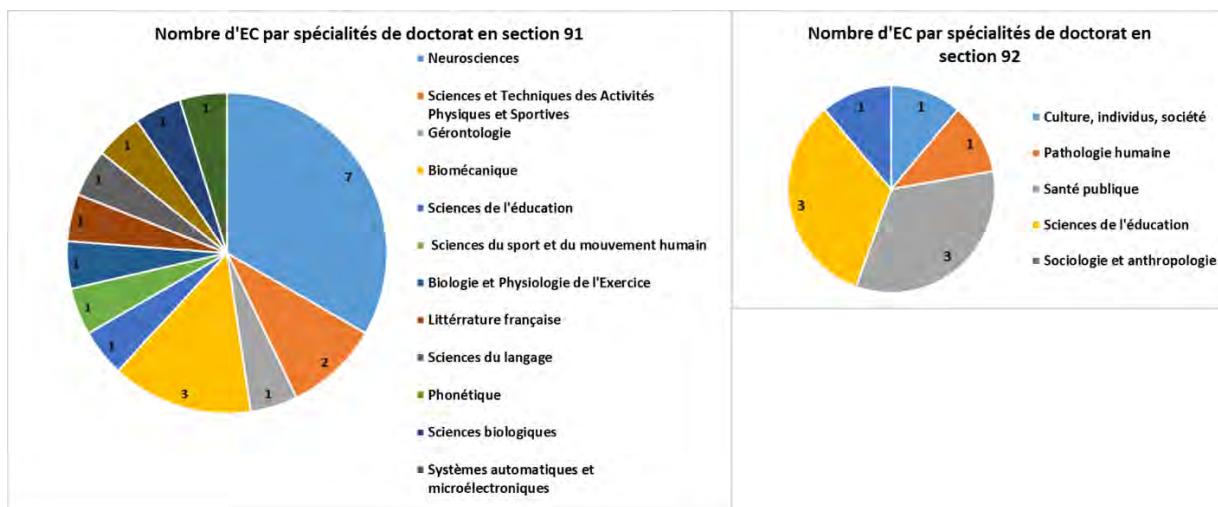
⁴⁶<https://conseil-national-des-universites.fr/cnu/#/>

Source : MESRI-DGRH A1-1, ANTARES, campagne qualification 2021, données au 15/11/2021

[97] Les données de la DGRH confirment que le niveau national a financé la quasi-totalité des postes discutés en révision générale des effectifs 2021 et 2022 et correspondant aux 30 nominations recensées effectives à la date de la mission, ainsi que six postes d'associés. Les neuf enseignants-chercheurs recrutés en sciences infirmières sont tous sauf un de formation initiale infirmière (dont trois issus des spécialités infirmières). Les 21 enseignants-chercheurs recrutés en réadaptation et rééducation se répartissent ainsi entre professions : dix masseurs-kinésithérapeutes, cinq orthophonistes, deux diplômés de sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), deux audioprothésistes, un ergothérapeute et un non-professionnel de santé.

[98] La mission s'est intéressée aux parcours des enseignants-chercheurs recrutés dans les sections 91 et 92. Elle a recherché les intitulés de leur thèse et la discipline référencée dans Hal-thèse au travers de l'intitulé de l'école doctorale de rattachement. La majorité des enseignants-chercheurs (EC) en sciences de la réadaptation et de la rééducation ont une thèse en neurosciences, biomécanique ou STAPS, et un seul en sciences de l'éducation, alors que ceux en sciences infirmières, moins nombreux, se partagent en trois tiers entre sciences de l'éducation, santé publique et autres disciplines.

Graphique 5 : Discipline de thèse des enseignants chercheurs nommés



Source : la mission

1.1.4.2 Mais le statut d'enseignant-chercheur mono appartenant en cumul avec une activité de soin laisse incertains et insatisfaits de nombreux professionnels

[99] Si les choix réglementaires qui ont été faits en faveur de la mono-appartenance en 2020 pour des personnels appelés à assurer des missions d'enseignement et de recherche tout en conservant, hors statut, une activité de soin étaient pragmatiques - au sens où il n'était pas créé

de statut particulier - mais également économiques en termes de délais de mise en œuvre⁴⁷ et d'effet salarial, ils présentent certaines limites.

[100] Afin de répondre aux attentes des professionnels qui s'engagent dans des parcours de recherche mais qui souhaitent maintenir une activité clinique, des modalités d'un exercice mixte sont ouvertes⁴⁸ légalement permettant de cumuler un emploi de titulaire et un temps clinique en établissement de santé public ou associatif. Elles supposent un employeur en comprenant l'intérêt et un accord de l'employeur principal (université). Cependant, elles ne semblent pas répondre aux attentes en termes de rémunération pour les titulaires les plus expérimentés de la FPH et introduit une négociation individuelle mal perçue.

[101] Les difficultés de mise en œuvre des possibilités de cumul d'activités tiennent au fait que :

- les activités réalisées au titre du cumul doivent être accomplies dans un établissement public ou associatif ;
- les activités de soins réalisables sous forme de vacations ou dans le cadre d'un contrat de travail à temps partiel ne relèvent pas d'une simple déclaration préalable⁴⁹ telle qu'introduite par la loi de programmation de la recherche du 24 décembre 2020 (LPR) : les activités accessoires confiées ne sont en effet pas en lien direct avec les missions du service public de l'enseignement supérieur mentionnées à l'article L. 123-3 du Code de l'éducation ;
- il demeure une incertitude dans la possibilité du renouvellement du cumul, l'autorisation annuelle dépendant de la seule décision du président de l'université ;
- les hôpitaux peuvent ne pas percevoir l'intérêt de ce cumul qui induit une adaptation de leur organisation à des temps partiels spécifiques.

[102] La mission s'est interrogée notamment lors d'entretiens avec de futurs enseignants-chercheurs en maïeutique sur le champ d'application des dispositions de l'article L123-3 du code général de la fonction publique qui fixe que « *L'agent public membre du personnel enseignant, technique ou scientifique des établissements d'enseignement ou pratiquant des activités à caractère artistique peut exercer les professions libérales qui découlent de la nature de ses fonctions* ». Dans les universités, c'est en référence à ces dispositions que les enseignants chercheurs des disciplines juridiques ou encore les enseignants-chercheurs psychologues peuvent exercer une activité libérale sans déclaration préalable ou autorisation.

[103] Cependant la question est de savoir si cette possibilité d'exercice libéral est ouverte aux EC des disciplines paramédicales, ou en d'autres termes si les activités de soin en ambulatoire peuvent être considérées comme découlant de la nature des fonctions d'un enseignant-chercheur

⁴⁷ Dix mois ont suffi pour parvenir à la publication du décret après concertation.

⁴⁸ En application des dispositions communes à tous les fonctionnaires.

⁴⁹ Circulaire du 26-9-2022 - MESR - MSP - DGRH A1-2 « Mise en œuvre du régime de déclaration préalable aux activités accessoires par les membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires » publiées en application des dispositions du L 951-5 du code de l'éducation et du décret n° 2021-1424 du 29 octobre 2021 relatif à la déclaration de certaines activités accessoires par les personnels de l'enseignement supérieur et les personnels de la recherche <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/23/Hebdo10/ESRH2227451C.htm>.

en sciences infirmières ou en sciences de la rééducation et de la réadaptation. Il conviendrait que les services du MESR en lien avec le MSP s'enquièrent d'apporter un éclaircissement sur ce point.

Recommandation n°3 (MESR/MSP) Préciser les conditions d'application des possibilités fixées par le législateur d'exercice d'une profession libérale pour ce qui concerne les enseignants-chercheurs des disciplines des sciences de la rééducation et de la réadaptation (91), des sciences infirmières (92) et de maïeutique (90).

Des risques de pertes de rémunérations considérées comme un frein

[104] La mission a cherché à objectiver les écarts de rémunération. Elle a pu, à partir de certaines situations individuelles qui lui ont été communiquées, constater que des éléments incomplets ou inexacts étaient parfois communiqués aux candidats (par exemple : nouveau régime indemnitaire des enseignants et chercheurs (RIPEC⁵⁰), confusion entre cumul hospitalier et heures complémentaires). Toutefois, si pour un directeur des soins hors classe (grade avec indice terminal en HEA3 et classe exceptionnelle en HEB3, soit l'indice terminal des MCF), une proposition de classement dans la grille MCF à indice égal est conforme aux règles générales fixées pour les titulaires par le décret n°2009-462,⁵¹ un écart important demeure lié au régime indemnitaire qui est de l'ordre de 55 % du traitement de base pour un directeur des soins, et de 40 % pour un cadre paramédical de santé. Le cumul hospitalier et la mise en place du RIPEC peuvent rendre plus attractifs les emplois d'enseignants-chercheurs et permettre d'éviter les refus de poste constatés, particulièrement pour des titulaires hospitaliers expérimentés.

D'autres statuts et positions au sein des universités offertes aux professionnels paramédicaux

[105] Lors de ses déplacements en région, la mission a constaté que la mise à disposition (MAD) est la position qui est aujourd'hui mobilisée pour accompagner les intégrations universitaires des instituts de formation maïeutique, de kinésithérapie ou encore la mise en place des masters d'IPA. Cette position est définie dans le code général de la fonction publique à l'article L 512-6 qui précise que « *La mise à disposition est la situation du fonctionnaire réputé occuper son emploi qui, demeurant dans son corps ou son cadre d'emplois d'origine, continue à percevoir la rémunération correspondante mais exerce ses fonctions hors de l'administration où il a vocation à servir* ».

[106] Dans les faits, cette possibilité n'est pas perçue comme pouvant s'inscrire dans la durée. Des interlocuteurs ont même affirmé que la durée de mise à disposition était limitée par la durée de la convention alors qu'elle est en droit renouvelable et non limitée. Quoi qu'il en soit, elle est par nature peu propice à une gestion RH en faveur des agents qui se trouvent hors de l'établissement public de santé qui les rémunère. La non-éligibilité au complément de traitement indiciaire créé par la loi de financement de la sécurité sociale 2021 confirmée par la DGOS

⁵⁰ Décret n° 2021-1895 du 29 décembre 2021 portant création du régime indemnitaire des personnels enseignants et chercheurs qui introduit trois types d'indemnités : une indemnité liée au grade revalorisée qui doit attendre 6 400 € en 2027, une indemnité liée à l'exercice de certaines fonctions ou responsabilités particulières et une troisième composante qui n'est plus uniquement une prime au mérite liée à l'excellence scientifique mais qui est appelée à reconnaître l'ensemble des missions y compris des tâches d'intérêt général ; 45 % des EC pourrait y accéder avec une trajectoire financière accompagnée par l'État.

⁵¹ Décret n° 2009-462 du 23 avril 2009 relatif aux règles de classement des personnes nommées dans les corps d'enseignants-chercheurs des établissements publics d'enseignement supérieur et de recherche relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur

entraîne un différentiel de rémunération qui rend la position moins attractive pour les professionnels relevant de la fonction publique hospitalière. Par ailleurs, même si dans le principe les conventions sont renouvelables, l'établissement d'accueil peut mettre fin à toute échéance, le fonctionnaire devant alors être réintégré dans son établissement d'origine au risque de ne plus trouver d'emploi correspondant aux compétences développées.⁵² Pour l'établissement employeur, cette position entraîne des coûts de gestion, acceptables pour des effectifs limités mais qui peuvent devenir limitants pour la gestion d'effectifs plus importants, auxquels s'ajoute le risque évoqué plus haut de devoir réintégrer des agents dont les compétences ne seraient plus adaptées aux missions hospitalières au terme d'une échéance de convention.⁵³

[107] La mise à disposition ne peut constituer une voie significative et prolongée de gestion de l'universitarisation.

[108] Les établissements ont eu recours, dans le cadre de l'universitarisation des formations paramédicales et maïeutique, à d'autres types de recrutements : certaines universités ont en effet conclu des contrats à durée déterminée (CDD) ou à durée indéterminée (CDI) pris en application des dispositions de l'article L 954-3 de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités du 10 août 2007, dite loi LRU. Elle permet aux présidents d'universités de recruter, en CDD ou CDI pour assurer des fonctions d'enseignement et/ou de recherche. Un rapport de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) datant de 2016⁵⁴ présentait un état nuancé.

[109] La mission a pu constater qu'il s'agissait majoritairement de contrats d'enseignement et que cela ne correspondait pas à une pratique généralisée dans les universités et dans l'ensemble des disciplines. Si elle permet un exercice à temps incomplet, et le maintien d'une activité de soins – si elle est autorisée en application des mêmes dispositions en matière de cumul dans la fonction publique de l'État – le recrutement sur contrat ne saurait être une autre voie unique.

[110] Enfin un autre statut est porteur davantage d'intérêts au service de l'universitarisation. Il s'agit des emplois d'enseignants-chercheurs associés.⁵⁵ Ces contrats à durée déterminée, à temps plein ou à mi-temps, sont réservés à des enseignants-chercheurs justifiant d'une expérience professionnelle autre qu'une activité d'enseignement directement en rapport avec la spécialité enseignée. Cette expérience doit être de sept ans dans les neuf dernières années pour un MCF associé (MAST) et de neuf ans dans les onze dernières années pour un PR associé (PAST). Pour les

⁵² Décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire aux agents des établissements publics de santé, des groupements de coopération sanitaire et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la fonction publique hospitalière.

⁵³ Décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire aux agents des établissements publics de santé, des groupements de coopération sanitaire et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la fonction publique hospitalière.

⁵⁴ Rapport 2016-036 - État des lieux des contractuels recrutés en application de l'article L. 954-3 du code de l'éducation

https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2016/60/6/2016-036_Contractuels_L954-3_614606.pdf.

⁵⁵ Décret n°85-733 du 17 juillet 1985 relatif aux maîtres de conférences et professeurs des universités associés ou invités – voir aussi <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/devenir-enseignants-chercheurs-associes-et-invites-past-46526>.

MCF associés (nommés par le président de l'université après avis des instances compétentes), le contrat est de six mois à trois ans, renouvelable une fois. Les PR associés sont nommés par le Président de la République, pour une période de trois à neuf ans, renouvelable. Les obligations de service de ces personnels correspondent à celles des enseignants titulaires de même catégorie.

[111] Les personnes rencontrées qu'il s'agisse des MAST eux-mêmes ou des employeurs ont toutes souligné la richesse de ce statut du fait du lien étroit qu'il est possible de conserver entre une activité d'enseignant-chercheur et des activités à l'hôpital mais aussi son caractère « prenant ». Si le MESR a précisé que six recrutements dans les sections 91 et 92 ont été financés en trois ans, la mission n'a pas pu disposer du nombre total de PAST et MAST dans ces disciplines.

1.1.5 La recherche paramédicale se développe depuis peu mais reste émergente

[112] Le monde de la santé est en mutation et désormais le concept de recherche en santé qui inclut la recherche paramédicale aux côtés de la recherche médicale et en pharmacologie fait consensus. Ce changement de paradigme s'impose certes de manière nuancée selon les histoires locales au sein des facultés de médecine (ou de santé) et suscite peu à peu la construction d'une culture de la pluriprofessionnalité. Les enjeux de la recherche sont importants si l'on considère l'évolution des besoins croissants et multiformes en santé sur l'ensemble du territoire, la nécessité de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et la montée en charge d'une politique de prévention (lutte contre les addictions, les violences, la sédentarité, etc.). C'est à cet égard que la construction de compétences et de savoirs nouveaux doit s'appuyer sur une recherche élargie bien au-delà du seul champ clinique et rassemblant des professionnels issus de spécialités différentes.

[113] Alors que dans plusieurs pays le développement de la recherche paramédicale a été couplé à un système de formation universitaire de longue date,⁵⁶ ce n'est que depuis 2009 que la France s'est engagée dans une démarche d'universitarisation en marquant la volonté de consentir un effort sensible en recherche paramédicale avec la création d'un programme national dédié présenté ci-après.⁵⁷

[114] Toutefois la mission constate que l'accompagnement à la recherche paramédicale n'est pas encore structuré à tout niveau et qu'il rencontre des obstacles malgré l'engagement de certains acteurs de terrain localement : universités, établissements de santé, agences régionales de santé (ARS).

⁵⁶ Aux États-Unis, les sciences infirmières se développent comme discipline académique dès les années 1960.

⁵⁷ Développer la recherche infirmière en France, Chaire recherche sciences infirmières, AP-HP, Paris 13, décembre 2018.

1.1.5.1 L'enseignement des « sciences infirmières » inscrit depuis longtemps dans les formations outre-Atlantique continue de faire débat en France dans son appellation et son contenu

[115] En France, le débat autour des « sciences infirmières » provoque, comme le décrit Ljiljana Jovic⁵⁸ des réactions épidermiques « *adhésion, incompréhension, contestation, négation de son existence... qui peuvent traduire la compréhension et la maîtrise du sujet, de la méconnaissance, des positions idéologiques, des stratégies de pouvoir ou des mécanismes de défense pour, selon le cas, soutenir ou réfuter leur existence* ».

[116] Ce constat est repris par d'autres chercheurs en soins infirmiers dans un article sur le développement de la recherche infirmière en France⁵⁹ « *Développer la recherche infirmière est une nécessité qu'il est pourtant encore nécessaire de justifier s'il s'agit de développer non pas la participation, effectivement indispensable, des infirmiers au développement de la recherche biomédicale, mais aussi et surtout de développer une production de connaissance sur l'exercice du soin d'un point de vue différent et complémentaire de celui encore dominant des médecins* ».

[117] De nombreuses publications sur le sujet alimentent les débats. Michel Nadot dans son article « l'enseignement des sciences infirmières : une discipline inaudible à géométrie variable » fait le constat que « *même avec des formations doctorales de très bon niveau, voire post doctorales, des chercheurs expérimentés restent encore dépendants pour la compréhension de leurs travaux, des visions dominantes, des représentations collectives et du poids du passé* ».⁶⁰

[118] À l'international, certains pays ont été précurseurs, comme les États-Unis dès les années 40, en instituant les sciences infirmières comme discipline académique. Au Royaume-Uni, il est proposé depuis de nombreuses années des formations universitaires de niveau master et de doctorat en sciences infirmières notamment au King's College à Londres (Florence Nightingale faculty of nursing and midwifery). La formation est prise en charge par l'employeur ou par le ministère de la santé. En lien avec l'augmentation du nombre de chercheurs, le nombre de demandes de financement des appels à projet est en constante augmentation. D'après les évaluations britanniques,⁶¹ la recherche en soins infirmiers a contribué à améliorer la qualité des soins aussi bien en clinique qu'en prévention. Dans ces pays, il a été constaté un développement de la capacité de recherche, cela étant aussi lié à la formation universitaire des infirmiers.

[119] Il est intéressant de pointer que dans d'autres pays européens comme la Suisse ou l'Italie, ces enseignements sont aussi intégrés dans la formation infirmière.

⁵⁸ L. Jovic, article dans RSI 2014/, n° 119, p 7, Les mots clés à fort enjeux pour les sciences infirmières : identification, visibilité, action.

⁵⁹ Article « développer la recherche infirmière en France », Monique Rothan-Tondeur, Ph D, doctorat en santé publique, HDR, Université Paris Nord, Aurore Margat, MCF, adjointe au directeur du LEPS, HDR. Université Paris Nord, David Naudin Ph D, Doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris Nord, Chaire recherche sciences infirmières AP-HP, Paris 13, 2018.

⁶⁰ M. Nadot, article dans ARSI, 2014, n°119, p75 à 84, l'enseignement des sciences infirmières : une discipline inaudible à géométrie variable.

⁶¹ Le Research Excellence Framework (REF) anciennement Research Assessment Exercise (RAE) est réalisé tous les 5 ans sur les publications des universités du Royaume-Uni, dernière édition en 2021.

[120] De l'avis des professionnels paramédicaux entendus par la mission, la recherche paramédicale est comprise en lien direct avec le patient, et elle se conjugue notamment avec la recherche clinique, la recherche en santé des populations et la recherche en sciences humaines et sociales ; la mission estime que ces ancrages solides et variés sont à encourager auprès des doctorants pour une amélioration des pratiques de soin, une transférabilité en matière de formation des étudiants et une interprofessionnalité accrue.

[121] En France, les infirmiers effectuent leur recherche dans d'autres disciplines que celles des sciences infirmières et s'appuient sur des champs disciplinaires tels que l'épidémiologie, la santé publique, la biologie, la philosophie, l'éducation pour la santé pour conduire leurs travaux.

[122] Une analyse attentive du bilan bibliographique dans la discipline en sciences infirmières a été présentée à la mission.⁶² La mission constate que la France occupe la 30^{ème} place pour son nombre de publications dans ce domaine (0,65 % des publications), les premières places étant occupées par les États-Unis, l'Australie et le Brésil.

[123] Il apparaît donc que l'inscription des sciences infirmières dans la pratique soignante ne pourra se réaliser qu'à travers la formalisation d'un cursus universitaire complet licence-master-doctorat. Il nécessite un accompagnement fort et structuré de tous les acteurs, universités, établissements notamment CHU, pour créer un écosystème favorable au portage des thématiques propres de recherche des paramédicaux et lisible pour les professionnels paramédicaux.

1.1.5.2 Depuis 2009, l'inscription de la formation infirmière dans le cursus LMD s'est accompagnée d'une démarche volontariste de développement de la recherche paramédicale

[124] Initié en 2009 par le ministère de la santé pour développer le potentiel de recherche en soins infirmiers, le programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) a été initialement dédié exclusivement aux professionnels infirmiers en soins généraux ou de spécialité salariés en établissement de santé. Doté d'un million d'euros pour sa première année, le PHRI est présenté comme un nouveau programme de recherche qui vient compléter les autres programmes hospitaliers de recherche existants financés alors par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, depuis 2010 DGOS direction générale de l'offre de soins) et notamment le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Seize premiers projets ont été sélectionnés répondant aux objectifs fixés par le programme : les travaux de recherche doivent se faire dans toutes les dimensions des soins y compris au domicile du patient. La notion de « soins » doit être comprise dans une acceptation large et dépassant les seuls soins à visée curatives pour intégrer également la prévention primaire et secondaire, ainsi que les soins à visée palliative. Les projets doivent être menés en interdisciplinarité et concernent aussi les aspects de besoins de santé, d'organisation et de management au sein des établissements ou d'évaluation du système de santé.

⁶² Travaux de Sébastien Colson, Aix-Marseille université sur la base d'une extraction de données pour la période 2016 – 2020 dans le Web of Science.

Objectifs du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale PHRIP (voir circulaire annuelle DGOS et particulièrement celle de 2015)

Fournir des connaissances scientifiques pour contribuer à l'amélioration continue des soins dispensés par les auxiliaires médicaux. Le PHRIP vise également la validation ou la comparaison entre eux d'actes innovants ou de stratégies de soins mis en œuvre par les auxiliaires médicaux, afin d'en sélectionner les plus efficaces ou efficents

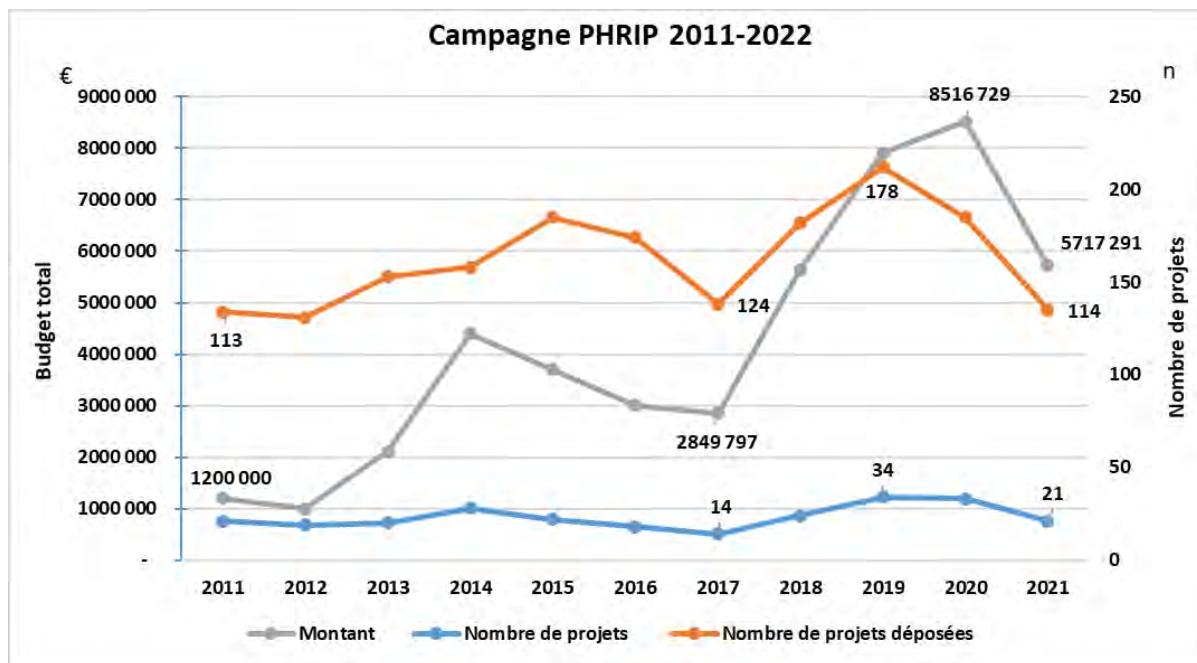
Le PHRIP a également pour objet le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins paramédicaux et la promotion de l'excellence des activités de recherche dans ce domaine spécifique.

Les projets doivent être validés par la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Le financement est assuré sur trois ans sous réserve de production de rapports intermédiaires qui conditionnent le financement par tranches successives.

[125] Le PHRI a très rapidement été ouvert aux autres professions paramédicales. Dès 2011, les auxiliaires médicaux au sens du code de la santé publique, autres que professionnels infirmiers peuvent déposer un projet en tant que porteurs. Le programme national devient le programme de la recherche infirmière et paramédicale. Les champs d'étude s'élargissent également : ouverture aux soins ambulatoires puis aux professionnels libéraux à partir de 2015.

[126] Depuis sa création, 236 projets ont été accompagnés pour un montant total de 46 millions d'euros. En moyenne, 140 projets sont déposés annuellement pour une trentaine de projets retenus. Les montants par projet sont très variables de 31 000 € à 519 445 € pour le plus important d'entre eux. La DGOS a publié un bilan détaillé en 2015 montrant la diversité des porteurs de projet. Les infirmiers sont la profession majoritaire (50 % des projets de recherche), mais orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens et ergothérapeutes ont également sollicité et obtenu des financements. Les données plus récentes sur les campagnes de 2013 à 2022 confirment la richesse des profils, les infirmiers puis les masseurs kinésithérapeutes étant les professions les plus représentées sur l'ensemble des campagnes.

Graphique 6 : Programme de recherche clinique



Source : DGOS PF4 et mission

[127] En appui de la dynamique nationale, les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI)⁶³ ont décliné et relayé la démarche en région pour accompagner l'émergence de la recherche paramédicale dans les établissements au moyen d'appels à projet plus accessibles que l'appel à projet national, par le biais également de formations, de journées thématiques ou encore de webinaires. Les initiatives régionales, comme la mise en ligne en septembre 2022 d'une carte interactive et collaborative de la recherche en soins, e-C@RES⁶⁴ montre qu'un réseau d'échanges et de compétences se structure progressivement autour de la recherche paramédicale. Toutefois, l'analyse des différents types d'appel à projet lancés par les GIRCI fait apparaître que des distinctions sont encore faites entre les paramédicaux et les personnels médicaux auxquels sont par exemple réservés les appels à projet jeunes chercheurs.

1.1.5.3 De nouveaux métiers apparaissent en établissement de santé pour développer la recherche paramédicale : le rôle de ces coordonnateurs est de mieux en mieux connu mais leurs statuts hétérogènes restent à consolider

[128] Les personnels de santé auditionnés soulignent que la recherche paramédicale dans un établissement hospitalier contribue au développement des compétences des professionnels

⁶³ Les groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI) sont des « structures ombrelles » légères et fédératives. Elles orientent les porteurs de projets et appuient les actions de recherche appliquée en santé portées par les établissements de santé ou les structures de médecine de ville. Les GIRCI sont au nombre de sept.

⁶⁴ e-C@RES (gogocarto.fr) <https://larechercheparamedicale.gogocarto.fr>.

paramédicaux, impulse une dynamique d'équipe, améliore la collaboration médico-soignante, augmente la reconnaissance des soignants et répond aux axes du projet médical et soignant.

[129] La mise en place d'une organisation structurée au sein des hôpitaux, principalement CHU, nécessite le recensement des ressources disponibles et la création d'une entité porteuse des projets. Certains établissements hospitaliers se sont dotés d'une sous-commission recherche de la commission des soins infirmiers, rééducation et médicotechniques (CSIRMT) qui représente l'ensemble des personnels paramédicaux ; ses missions sont de rechercher des thèmes et les valider, d'apporter une aide méthodologique, de communiquer sur la démarche de recherche et de faire participer les équipes à des travaux comme investigateur principal. D'autres établissements ont créé des cellules de recherche paramédicale. Dans les deux cas de figure des coordonnateurs de la recherche paramédicale ont été nommés pour animer ces entités.

[130] La mission a identifié 34 coordonnateurs de la recherche paramédicale répartis dans les 32 CHU, AP-HP comprise où exercent 11 coordonnateurs. Les profils de ces coordonnateurs de la recherche sont très différents, majoritairement ce sont des cadres de santé ou des cadres supérieurs de santé, certains sont titulaires d'un doctorat, mais la quasi-totalité sont titulaires d'une formation universitaire complémentaire à leur diplôme initial, au moins de niveau master 2. D'après les données de la commission nationale des coordonnateurs de la recherche paramédicale (CNCPR), en place depuis janvier 2015,⁶⁵ « 63 % des coordonnateurs sont titulaires d'un master 2 et 18,5 % sont titulaires d'un doctorat ou doctorants pour 11 % des coordonnateurs ; 33 % sont investigateurs de projets de recherche ».

[131] Majoritairement ces cadres sont positionnés dans des directions de soins selon la CNCPR : 81 % sont rattachés à la coordination générale des soins, les autres sont positionnés au sein des directions de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI).

[132] Le temps recherche accordé aux coordonnateurs paramédicaux est variable selon les établissements. La commission nationale donne les chiffres suivants pour 2019, 18 % sont affectés à temps plein sur cette mission, 37 % ont une affectation allant de 50 à 80 % de temps de travail ; 82 % cumulent d'autres missions au sein des directions de soins, et dans quelques CHU, le coordonnateur est assisté d'autres coordonnateurs ou professionnels de santé (AP-HP, Toulouse, Angers, Limoges).

[133] Les coordonnateurs de la recherche, quand ils sont titulaires d'une thèse, peuvent avoir bénéficié d'accompagnement financier par des bourses doctorales pendant les trois années de la thèse mais le nombre de bourses reste faible au regard des enjeux de constitution de futurs viviers d'enseignants chercheurs. Pour illustration, l'AP-HP finance trois à quatre bourses annuelles par an mais étend ses financements en 2023 aux psychologues, préparateurs en pharmacie et conseillers en génétique.⁶⁶

[134] La mission a entendu la Commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche (CNCPR) qui a pour objectif de promouvoir la recherche paramédicale, partagée avec

⁶⁵ Livre blanc de la promotion de la recherche paramédicale, CNCPR, mars 2022 : <https://www.chu-bordeaux.fr/Professionnels-recherche/Recherche-clinique-et-Innovation/Actualit%C3%A9s-recherche-clinique-et-innovation-CHU-de-Bordeaux/LE-LIVRE-BLANC-DE-LA-PROMOTION-DE-LA-RECHERCHE-PARAMEDICALE-EN-ETABLISSEMENT-DE-SANTE/>.

⁶⁶ Documents AP-HP la recherche paramédicale, enjeux et perspectives, avril 2023.

tous les établissements de santé. Par ailleurs, la CNCPR assure une animation du réseau et conduit des travaux, ses missions sont déclinées dans une charte. Elle rassemble l'ensemble des coordonnateurs de la recherche paramédicale des CHU ; actuellement 23 coordonnateurs de la recherche participent aux travaux de cette commission nationale qui est animée par un pilote et secondée par un copilote. La CNCPR a proposé une fiche métier du coordonnateur paramédical de la recherche, et qui sera intégrée par la DGOS au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

[135] Les objectifs de cette commission nationale sont de recouvrir tout à la fois l'amélioration des soins aux patients et le renforcement de l'attractivité professionnelle. Cinq axes sont proposés par la CNCPR pour promouvoir la recherche paramédicale :

- Axe 1: une politique affichée au sein du territoire de santé et de la région (GHT et groupement inter-CHU) ;
- Axe 2 : structurer l'organisation de la recherche paramédicale ;
- Axe 3: développer une structure scientifique et de recherche des professionnels paramédicaux ;
- Axe 4 : la formation initiale et continue : un levier pour développer les compétences en recherche ;
- Axe 5 : contribuer à une recherche intégrée dans le territoire.

[136] La CNCPR a réalisé différents travaux qui objectivent le développement de la recherche paramédicale et sont présentés dans son livre blanc : recensement des projets financés par le PHRIP de 2010 à 2018, état des lieux de la structuration de la recherche paramédicale au sein des CHU, recensement des formations accessibles aux professionnels paramédicaux et dédiées à la recherche, recommandations pour mettre en place une politique d'accompagnement de la recherche paramédicale.

[137] La commission inscrit son action au sein d'instances représentatives, elle est représentée à la commission Recherche et innovation de la conférence des directeurs de CHU et souhaite développer des collaborations avec les sociétés savantes et les ordres professionnels. Toutefois son influence reste modeste en termes de discussion sur la politique de ressources humaines en l'absence de contact avec les représentants des sections 91 et 92 du CNU.

[138] Les modalités d'accompagnement de l'évolution de carrière de ces coordonnateurs de la recherche restent complexes. Malgré l'absence d'une véritable reconnaissance de leur diplôme universitaire dans leur carrière hospitalière, certains hésitent à se projeter dans un statut universitaire, souvent défavorable sur la rémunération en lien avec l'avancement de leur parcours professionnel, et d'autres quittent leur établissement pour des postes plus attractifs. L'AP-HP indique que 50 % des professionnels ayant bénéficié d'une bourse doctorale ont quitté l'institution.

1.1.5.4 Mais l'accompagnement individuel des professionnels à la recherche souffre d'une absence de dispositifs d'accueil et de financement connus et lisibles

[139] Marqueur d'une effectivité de la recherche, le doctorat a du mal à attirer les professionnels paramédicaux ou les étudiants en vue d'une poursuite d'études. Plusieurs causes sont observées par la mission.

[140] D'une part, les structures d'accueil de la recherche paramédicale ont été pendant très longtemps mal identifiées, la recherche en soins étant la plupart du temps comprise comme une composante invisible de la recherche médicale. Récemment quelques facultés de santé ont créé des départements dédiés ou rebaptisés en incluant la composante paramédicale ; à cet égard la mission a observé la création ou les projets de création de départements en sciences infirmières (DUSI) dans la moitié des facultés de santé (voir partie 1.2.2). Ces départements (DUSI ou autres en lien avec les disciplines paramédicales) ont avant tout un rôle de coordination pédagogique, et pour certains offrent une animation en recherche. Pour autant, ils ne sont pas des berceaux d'accueil pour ceux qui ont vocation à effectuer de la recherche ; le laboratoire pouvant abriter les activités de recherche dans ces domaines reste donc crucial. Alors qu'à l'université de Rennes, l'ensemble des infirmiers impliqués en recherche sont regroupés au Centre d'investigation clinique de Rennes,⁶⁷ la mission a plutôt constaté que les acteurs impliqués dans la recherche paramédicale sont disséminés dans différentes équipes de recherche en lien avec leur appétence disciplinaire ou en dépendance de la mention du doctorat passé (fréquemment en sciences de l'éducation pour des formateurs en soins infirmiers par exemple).

[141] D'autre part, la trajectoire des personnels en termes d'accompagnement jusqu'à la soutenance de la thèse de doctorat et de valorisation de carrière après l'obtention du doctorat n'est pas encore attractive (cf. supra).

[142] L'accompagnement suppose d'abord des ressources humaines dédiées. Si l'apparition des sections du CNU 91 et 92 suscite une dynamique qui a vocation à s'étendre à d'autres paramédicaux, le nombre des postes de titulaires créés reste faible à ce jour. Considérant en outre les postes d'associés et de mis à disposition dont le nombre est également faible et le financement non pérenne, il apparaît que le vivier des encadrants universitaires de la recherche paramédicale est encore fragile. Certains encadrants hospitalo-universitaires qui développent une recherche clinique peuvent consentir à inclure des contributions paramédicales sans que la lisibilité de ces contributions ne soit forcément exprimée.

[143] Il appelle ensuite un financement des personnels et des étudiants désireux de poursuivre une trajectoire vers le master⁶⁸ et le doctorat. Qu'il s'agisse d'un aménagement de service

⁶⁷ Centre d'investigation clinique de Rennes – équipe recherche paramédicale : <https://www.cic-rennes.fr/recherche-paramedicale>.

⁶⁸ Après un diplôme délivrant le grade de licence (exemple des titulaires d'un DE infirmier à partir de 2009), les étudiants peuvent être candidats pour suivre une première année de master sans garantie de place cependant, à la différence d'un diplômé d'une licence nationale d'université où la poursuite d'étude est un droit. Les poursuites d'études dans les formations de spécialisations sont différentes suivant le diplôme visé : directement après le DE infirmier pour les formations infirmier puériculteur, IPA et IBODE via un processus de sélection, ou après deux ans d'exercice professionnel pour IADE. Certaines expérimentations en cours

permettant à un formateur en institut ou un cadre de santé dans une unité de soins de poursuivre une formation en master ou en doctorat, ou d'une bourse ou d'un contrat doctoral découlant d'un programme de recherche avec appel à candidature, l'information n'est pas assez diffusée dans les instituts auprès des formateurs et des étudiants.

Un exemple d'accompagnement régional

Afin d'accompagner le processus d'universitarisation, la région Grand-Est a proposé de soutenir chaque année, depuis 2020, trois parcours de thèse pour des formateurs paramédicaux ou en maïeutique salariés d'un institut financé par la région. Dans le cadre d'un appel à projet, la région accepte de couvrir les augmentations de charges de personnels des instituts liées à un doctorat (jusqu'à trois ans par parcours doctoral et par territoire universitaire pour des formateurs issus du Grand-Est). Le financement correspond à une décharge de cours de 30 % avec remplacement de 50 % dans l'institut à condition d'une réduction du temps de travail du candidat de 20 % minimum (passage en temps personnel). Par conséquent le doctorant qui est à temps plein, passe à 80 % auprès de son institut, bénéficie d'une décharge de 30 % et dispose donc de 50 % de son temps de travail pour ses recherches pour lequel il est remplacé dans son institut. Le bilan reste cependant mitigé, car depuis son lancement, seuls trois candidats ont été retenus la première année et uniquement sur le territoire de l'université de Strasbourg. Depuis aucune candidature n'a été présentée au vu des contraintes fortes de ce dispositif.

1.2 L'intégration universitaire des instituts et la structuration interne des universités et facultés de santé traduisent trois stades principaux d'organisation et la diversité des situations locales

1.2.1 Le socle actuel est l'intégration pédagogique par convention tripartite avec ses enjeux RH

[144] L'universitarisation des formations paramédicales peut recouvrir plusieurs degrés d'intégration à l'université. Elle est d'ailleurs très peu définie par les textes législatifs ou réglementaires. Ainsi pour le DE infirmier, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation paramédicaux se limite à évoquer : « *Dans le cadre de l'intégration des formations paramédicales au processus licence, master, doctorat, les instituts de formation passent une convention avec l'université déterminant les modalités de participation de l'université à la formation.* » Le nouvel arrêté du 10 juin 2021 qui s'y substitue reprend les principes jusqu'ici énoncés dans la seule circulaire interministérielle du 9 juillet 2009, en précisant que cette convention est tripartite avec le conseil régional,⁶⁹ et que : « *Les relations entre cet institut ou école de formation et la (ou les) université(s) peuvent prendre la forme d'une intégration pédagogique de*

(cf.annexe 5) visent à permettre l'obtention d'une licence en sciences de la santé concomitamment à la délivrance du diplôme d'état.

⁶⁹ « L'institut ou école chargé(e) d'assurer une formation paramédicale mentionnée à l'article premier et inscrite dans le schéma Licence Master Doctorat (LMD) conclut une convention avec une ou plusieurs universités de la région académique et le conseil régional ».

la formation, ainsi que fonctionnelle ou structurelle de l'institut ou école de formation à l'université ».

[145] Dans la continuité des travaux menés par la mission « universitarisation des formations paramédicales », l'arrêté distingue donc trois types d'intégration universitaire : l'intégration pédagogique par convention tripartite en vigueur depuis 2009, l'intégration fonctionnelle et l'intégration structurelle ou organique. Ces trois types ne préjugent pas de la situation des locaux d'enseignement, qui peuvent être mutualisés, juxtaposés ou répartis par convention entre l'université et l'institut de formation public ou privé. Dans les trois types, les étudiants bénéficient de droits sociaux et électifs définis par les textes, car ils sont inscrits à l'université, ainsi que de services numériques et de documentation définis par la convention tripartite.

[146] Sur la base estimée d'environ 140 000 étudiants universitarisés, on peut évaluer le nombre de formateurs permanents dans le champ de la loi de 2004 à environ 5 000 dont 4 000 dans les seuls IFSI (hors personnels support secrétariat ou logistique).⁷⁰ Les employeurs et gestionnaires de ces instituts sont sauf exception les établissements publics de santé, dans le cadre de la FPH, et des gestionnaires privés, associatifs, au premier rang desquels la Croix-Rouge française, ou à but lucratif pour la rééducation.

[147] Les référentiels nationaux partagent les unités d'enseignement et les crédits européens en trois parts équivalentes, les unités dites contributives relevant de l'université, les unités d'enseignement dites cœur de métier et les stages professionnels ; de forts enjeux pédagogiques depuis 2009 relèvent des outils numériques et de simulation (en principe communs pour tous les instituts conventionnés avec une université) et de l'innovation pédagogique, avec mutualisation et actualisation des contenus et supports partagée entre instituts et universitaires, formateurs et référents. Certains groupements d'instituts, rares,⁷¹ ont en outre fait le choix de mutualiser les évaluations (contrôle des connaissances) en dates, supports, outils et évaluation de certaines UE contributives (notamment pharmacologie, biologie, recherche).

[148] Le dispositif de formation est très décentralisé et marqué par l'autonomie des acteurs : régions pour leurs compétences, universités, ARS, régions académiques, établissements support et lieux de stages, associations. Les enjeux de mutualisation posés dès 2009 sont structurants mais faiblement pilotés et laissés à la convergence des acteurs : ils n'ont en outre pas de conséquence statutaire ou de ressources humaines. L'impératif devrait être partagé entre tous d'attirer les meilleurs formateurs et de mieux accompagner la réussite des étudiants. La mutualisation est possible par convention tripartite si elle est acceptée par tous, mais reste le plus souvent informelle et gracieuse, rares étant les régions formalisant une ingénierie pédagogique mutualisée au bénéfice de l'ensemble des formateurs et étudiants.

[149] Sur la base de l'instruction ministérielle conjointe de 2009, renouvelée en 2018 au moment de la création de la contribution de vie étudiante et de campus (CVEC), seul le versement d'une quote-part des droits de scolarité est prévu par les conventions tripartites au titre des services

⁷⁰ Estimation de la mission sur la base d'un taux d'encadrement d'un formateur pour 25 étudiants documenté en Ile de France. Le ratio usuel dans les dialogues de gestion avec les régions était d'un formateur pour 20 étudiants, avant une forte augmentation des quotas, mais le taux réel ne peut être documenté hors Ile de France.

⁷¹ Le GCS alsacien parmi les six régions rencontrées pour les UE pharmacologie et biologie. Les trois GCS de Nouvelle Aquitaine font de même à l'échelle de la région pour les UE formations à la recherche.

numériques (tous les étudiants ont accès à un espace numérique de travail ou ENT) et accès au service commun de documentation universitaire. Typiquement, sur 170 euros de droits de scolarité en licence (234 euros en master), versés uniquement par les étudiants non-boursiers, chaque institut reverse à l'université 50 à 60 € par étudiant inscrit.

[150] En l'absence de poste mutualisé sur un support commun (GHT ou GCS d'instituts, ou université avec facturation), chaque institut continue de gérer son budget annexe formation et ses personnels formateurs, avec reversement et facturation éventuels. Seule la région Nouvelle Aquitaine a indiqué, en entretien avec la mission, organiser un financement partiel direct des universités. Dans toutes les régions visitées, le versement du financement régional aux seuls instituts gestionnaires ne permet ni mutualisation ni construction de postes mutualisés à l'université ; seuls les directeurs d'instituts sont de plus en plus mutualisés entre instituts, au sein d'un GHT ou d'un grand établissement ou d'une association régionale type Croix-Rouge française.

[151] Qu'il y ait ou non changement d'employeur ou de statut (entre FPH et Fonction publique d'État pour les universités), le principal enjeu de compétence pour les formateurs est lié à leur parcours professionnel et de formation : celle-ci peut être universitaire, à la pédagogie et la recherche, ou de formation continue, dans le cœur de métier, ce qui suppose pratique clinique, expertise et recherche. S'agissant de la formation universitaire, la possession d'un master, souvent en sciences de l'éducation, et de compétences en management d'équipe est, depuis 2009, le standard intégré aux conditions d'autorisation. Cependant, l'attractivité des postes, leur turnover, la réticence des cadres plus anciens à s'engager, la disponibilité en temps et en financement et en offre de formation de niveau master peuvent poser problème, tant dans les territoires ruraux que dans les instituts de CHU. Comme déjà mentionné, le livre blanc du CEFIEC sur un échantillon important de formateurs établit un taux peu supérieur à 50 % de master 2 parmi les formateurs des instituts relevant du CEFIEC. Le rapport d'activité de l'ARSIF aboutit à un constat similaire.

[152] La seule possibilité de reconnaissance statutaire dans la FPH étant le concours de cadre de santé paramédical puis le concours de directeur des soins, qui permettent d'exercer des fonctions en institut avec une rémunération plus favorable ou de s'ouvrir des mobilités professionnelles, le couplage désormais quasi-généralisé entre formation de cadre de santé en un an et obtention d'un master 2 à portée recherche ou enseignement devrait pour l'avenir faciliter le socle de compétence de niveau master chez les cadres formateurs et futurs directeurs des soins.

[153] En revanche, le modèle historique du cadre de santé formateur permanent demeure encore quasi-systématique avec ses limites : coupé des unités de soins sauf par l'évaluation des stages, sans activité clinique ou d'encadrement, pour une durée longue et sans alternance organisée, le cadre de santé formateur, a fortiori s'il n'est pas engagé dans un parcours universitaire, peut difficilement maintenir son expertise des matières et gestes enseignés. Le livre blanc du CEFIEC et de nombreux professionnels rencontrés par la mission reconnaissent la nécessité de faire évoluer le modèle historique vers une organisation partagée entre clinique et formation, *a fortiori* recherche, avec ses difficultés qu'une organisation potentielle en binôme pourrait lever (disponibilité et pression des soins ou gardes, activité exclusive de consultation, disponibilité pour les étudiants). Ils proposent des modèles organisationnels en ce sens, tendant vers une bi-appartenance ou un partage d'activités au sein de la FPH entre unités de soins et formation.

1.2.2 L'intégration fonctionnelle autour d'un département universitaire et par la diplomation renforce les enjeux RH

[154] L'intégration fonctionnelle a pour objet principal une coopération pédagogique renforcée entre l'université et les instituts de formation paramédicaux dans le cadre légal et juridique actuel. Elle passe le plus souvent par la création, au sein de l'université et de sa composante santé, d'une structure interne intervenant dans certaines formations paramédicales, selon les formes prévues par le code de l'éducation. Le plus souvent, il s'agit d'un département universitaire en sciences infirmières, ou de réadaptation et rééducation, ou d'orthophonie, ou sciences de santé ou métiers de la santé, au sein d'une faculté, unité de formation et de recherche consacrée à la santé, formations et recherche paramédicales comprises. Parfois, le choix est fait d'une structure relevant de l'article L713-9 du code de l'éducation, école ou institut autonome (Lyon, Limoges, Orléans par exemple en rééducation, Brest en maïeutique, initialement Marseille). Cette structure permet de développer de façon interprofessionnelle et interdisciplinaire la recherche en santé, les outils numériques et de simulation, l'ingénierie et l'innovation pédagogique, la mutualisation entre formations et instituts de certaines unités d'enseignement.

[155] Dans ses contacts en région, la mission a constaté sauf exception que ces structurations en départements universitaires reposaient sur la coopération gracieuse des institutions et principalement des directeurs d'instituts mobilisés et des premiers enseignants-chercheurs nommés, titulaires ou plus rarement associés, sans formalisation des contributions et financements respectifs entre université, CHU et autres instituts de formation. Les moyens logistiques ou pédagogiques sont limités, parfois les locaux sont inexistant (à Strasbourg notamment), traduisant une émergence et un premier stade de développement.

[156] Deux facteurs, liés à la temporalité récente, peuvent expliquer cette situation d'émergence : l'évolution des UFR de médecine ou des UFR médicales en facultés de santé et leur structuration en départements, bien qu'établie et systématique pour la médecine générale (depuis 2008), à un moindre degré pour la maïeutique et l'orthophonie, reste encore informelle ou en devenir pour les paramédicaux, sciences infirmières et sciences de la rééducation. L'état des lieux réalisé par la mission en complément de ses déplacements en témoigne.

[157] Les départements universitaires en sciences infirmières ou de rééducation, pour les plus établis d'entre eux, recoupent le périmètre des groupements d'instituts (GCS IFSI initialement selon l'instruction de 2009 afin de simplifier le conventionnement tripartite avec l'université à composante santé), sous réserve que les instituts privés y participent, ou que les formations universitaires d'IPA ou les instituts des trois spécialités infirmières y soient associés, ainsi que les instituts de formation de rééducation, voire médico-techniques.

[158] Mais ils recoupent également leur mission principale, la coordination des outils, ressources et contenus pédagogiques entre acteurs de la formation, dans les instituts et à l'université, selon les objectifs définis par la circulaire interministérielle de 2009 : « Le GCS-IFSI doit notamment : 1. passer convention avec les universités et suivre le processus LMD infirmier ; 2. constituer le cadre d'une organisation structurée entre les IFSI de la région ou de l'académie de ... qui permette notamment l'intervention d'universitaires dans les enseignements ; 3. mutualiser les expériences des IFSI dans le domaine pédagogique ». Constitués en GCS de moyens sans budget propre, ces groupements offrent depuis 2009 une gouvernance commode pour la prise de décision entre instituts membres, au sein de son assemblée générale, et la constitution d'une personne morale,

le GCS, représenté par son administrateur. La circulaire citée a prévu la mise en place une « commission spécialisée GCS-IFSI », présidée par l'ARS, et réunissant « l'administrateur du groupement, 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 du GCS ».

[159] Par ailleurs, la constitution dans toutes les universités à composante santé d'une filière de formation IPA depuis 2018, l'apparition même limitée à ce jour d'enseignants-chercheurs titulaires ou associés dans les sections nouvelles du CNU (91 et 92 pour les paramédicaux) commencent seulement à produire leurs effets sur l'université et ses instituts partenaires liés par convention. Enfin, depuis 2019 et particulièrement lors des révisions d'effectifs hospitalo-universitaires 2021 et 2022, présentées par les doyens au nom des universités et de leurs partenaires, ont été discutés et arbitrés les projets de création de postes d'enseignants-chercheurs paramédicaux, titulaires ou associés. Le financement national par le MESR est ensuite notifié à l'université qui procède au recrutement. Ce financement a naturellement pour vertu de flécher le poste dans une discipline paramédicale sans la mettre en concurrence avec les autres disciplines, médicales ou scientifiques. Une telle démarche apparaît nécessaire en période d'émergence de nouvelles sections pour conforter la construction de filières complètes de soins, d'enseignement et de recherche dans ces disciplines. Elle manifeste en outre la cohérence des facultés de santé et le caractère transdisciplinaire de l'enseignement et de la recherche, ainsi que du parcours de soins et des équipes de soins primaires ou spécialisées. Le développement et la reconnaissance de ces nouvelles filières et disciplines ne peut se faire en dehors du soutien des facultés de santé.

[160] La perspective d'une diplomation universitaire accréditée pour tous les diplômes de santé, initiée par le décret IBODE d'avril 2022 et la première accréditation des universités à délivrer le diplôme d'État d'IBO⁷² renforce nécessairement la coordination autour de l'université, qui seule peut obtenir l'accréditation pour les diplômes nationaux de l'enseignement supérieur, inscrits sur la liste de l'article D613-7 du code de l'éducation. L'accréditation est définie comme l'habilitation pour l'université à délivrer au nom de l'État un diplôme national pour la durée de son contrat quinquennal, en lien le cas échéant avec l'institut de formation qui continue de préparer au diplôme. En régime de croisière, deux ans avant l'échéance du contrat quinquennal, l'offre de formation de l'université, dont ces diplômes en lien éventuel avec les instituts de formation, est évaluée par le haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) et, si l'évaluation est positive, sert de base au renouvellement du contrat et/ou à l'accréditation de nouvelles formations.

[161] Le développement des ressources mutualisées et coordonnées au sein des départements universitaires paramédicaux n'a jusqu'à présent, sauf exception, pas été discuté avec les conseils régionaux, financeurs des formations initiales dans le champ de la loi de 2004.

[162] Afin de faciliter le partage d'ingénierie pédagogique des professions paramédicales au sein de l'université, plusieurs établissements d'enseignement supérieur à composante santé ont commencé à structurer leur relation avec les instituts de formation en s'engageant dans la création de départements universitaires. À ce jour, la mission a relevé près d'une quinzaine de

⁷² Arrêté MESR DGESIP du 19 décembre 2022 accréditant 20 universités à délivrer ce diplôme pour un an à compter de l'année universitaire 2022-23.

départements, à des degrés d'avancement différents, soit la moitié des facultés de médecine (ou de santé).⁷³ Certaines facultés ont fait le choix de mettre en place des départements qui correspondent aux trois sections récentes du CNU (maïeutique, sciences infirmières, sciences de la rééducation et de la réadaptation) et d'autres facultés ont opté par la constitution de deux départements dont un regroupant l'ensemble des formations paramédicales (l'autre étant un département en maïeutique préparant l'intégration organique de cette formation en 2027).

[163] Suite aux observations faites par la mission, ces premiers départements intégrés au sein des facultés de médecine (ou de santé) permettent aux représentants des instituts et de l'université :

- d'engager un travail d'harmonisation des contenus et progressions pédagogiques au sein des formations entre les instituts malgré le référentiel national ;
- d'identifier et développer des enseignements mutualisés entre l'université et les formations paramédicales ;
- d'ouvrir des perspectives de développement d'activités de recherche ;
- de renforcer le lien entre des cultures et pratiques pédagogiques différentes afin de réussir le processus d'universitarisation.

[164] Par conséquent, ces départements possèdent, au-delà d'une gouvernance sous la forme d'un conseil de département, au moins une commission pédagogique et une commission scientifique (ou de recherche). À l'université de Rennes, le département universitaire en soins infirmiers (DUSI)⁷⁴ comporte également une commission budgétaire et ressources humaines avec pour buts d'assurer d'une part la gestion prévisionnelle des projets partagés et d'accompagner l'évolution des ressources humaines dans les instituts de formations. L'université de Lorraine met en place aux côtés de la commission d'expertise pédagogique et de la commission recherche, une commission dédiée aux relations entre l'université, le groupement de coopération sanitaire (GCS) des instituts de formation en santé publics et privés lorrains et les instituts de formation.

[165] La direction de ces départements paramédicaux, suivant l'université, est confiée soit à un enseignant-chercheur médecin (souvent un PU-PH) comme à l'université Versailles-Saint Quentin, ou paramédical, comme à Aix-Marseille Université (AMU), soit à un directeur d'institut mis à disposition gracieusement à temps partiel comme prévu à l'université de Rennes⁷⁵ ou comme effectif à l'université de Lorraine. Il peut également, suivant le règlement intérieur du département, être élu au sein du conseil de département. À AMU, c'est au sein de la commission

⁷³ Voir en annexe 4. Sont déjà effectifs 11 départements en sciences infirmières et 14 en sciences de rééducation et réadaptation (dont 4 sont communs sous l'appellation de formations ou études paramédicales à Créteil, Nice, Nancy, Rennes), hors le cas particulier de l'orthophonie dont les départements peuvent être séparés des autres rééducateurs (10 cas relevés sur 22), et plusieurs autres sont en discussion.

⁷⁴ Sur les quatorze IFSI bretons publics et privés, dix sont rattachés à l'université de Rennes et sont donc à ce titre membres du DUSI.

⁷⁵ Dans le cas présent, la revendication des directeurs d'instituts de formation auprès de la faculté de médecine de l'université de Rennes était double : d'une part que la direction soit confiée à un directeur d'institut de formation, et que d'autre part ce directeur d'institut soit au moins titulaire d'un doctorat d'université afin de pouvoir être reconnu par la communauté universitaire.

prospective et du conseil de gestion de la faculté de sciences médicales et paramédicales de Marseille que sont débattues les questions RH.

[166] La composition d'un conseil de faculté est le résultat d'un processus électoral fixé par le Code de l'éducation⁷⁶ et ne peut excéder 40 membres. Une attention toute particulière doit donc être accordée au statut et à la place du directeur de ce département au sein du conseil de gestion de la faculté de médecine (ou de santé) afin qu'il puisse participer pleinement aux prises de décisions en termes de gestion financière et de gestion des ressources humaines, en particulier au sujet du recrutement des enseignants-chercheurs titulaires ou associés concernant les disciplines paramédicales. La mission a noté au cours des visites en région, mais aussi lors d'entretiens, qu'un directeur de département au statut universitaire, tel un enseignant-chercheur bi-appartenant issu d'une filière paramédicale serait souhaitable afin d'être reconnu à la fois par la communauté des directeurs d'instituts de formations paramédicales et par la communauté universitaire, de surcroit lorsqu'il elle est issue du monde de la santé. Par exemple, au sein du conseil de faculté, le directeur peut être présent comme un invité permanent, sans voix délibérative cependant, comme défini par les statuts de la nouvelle faculté de médecine, de maïeutique et des sciences de la santé de l'université de Strasbourg.⁷⁷

1.2.3 Les choix locaux d'intégration organique à l'université posent des questions RH et statutaires, peu anticipées, et non résolues

[167] L'intégration structurelle ou organique est historique pour les formations de rééducation dont l'université a le monopole : celles-ci sont hors du champ de la loi de 2004 s'agissant des compétences d'autorisation, d'agrément, et de financement par le conseil régional.⁷⁸ Mais elle est également historique par exception pour certaines structures de formation en rééducation dans le champ de la loi, sur certains sites universitaires (Lyon, Marseille notamment), et à ce titre a été prévue dès la loi de 2004, la convention tripartite devenant une convention bipartite entre la région et l'université : cette formule se développe donc depuis 2009, par création directe à l'université ou par transfert d'un institut public ou privé à l'université. Dans ce schéma, l'intégration est complète, juridique et physique. L'école ou l'institut fait partie intégrante de l'université et n'a pas de personnalité juridique distincte. L'université porte le budget spécifique en recettes et dépenses, et quand il est applicable, le dialogue de gestion avec le conseil régional.

[168] Une intégration organique a naturellement des conséquences en gestion des ressources humaines et statutaires et en gestion financière et immobilière parfois lourdes. Elle est revendiquée au moins comme perspective par France Universités pour l'ensemble des formations paramédicales à ce jour dans le champ de la loi de 2004, soit plus de 120 000 étudiants, environ 5 000 formateurs et un réseau dense de plus de 300 IFSI et environ 200 autres instituts (voir

⁷⁶ Code de l'éducation : voir les articles L713-1 à 713-9 pour la constitution des composantes des universités et les articles L719-1 à 719-4 pour la composition des collèges électoraux.

⁷⁷ Statuts de la faculté de médecine, de Maïeutique et des sciences de la santé de l'université de Strasbourg adoptés par le Conseil d'administration de l'université le 18 mai 2021 :

https://med.unistra.fr/websites/medecine/Faculte/Informations_generales/Statuts_Faculte_de_medecine_maieutique_et_sciences_de_la_sante_VD.pdf.

⁷⁸ Voir les articles L4383-3 à 5 du code de la santé publique et l'arrêté du 10 juin 2021 qui liste les formations concernées par l'autorisation et agrément du conseil régional et son financement.

annexe 6). Cette intégration nécessiterait, si elle devait constituer un horizon, une anticipation de ses conséquences, en ressources humaines et financières. Au regard des difficultés constatées par la mission auprès des instituts pionniers en la matière, et des enjeux pédagogiques généraux des instituts en termes d'attractivité, de fidélisation, et d'encadrement des stages, cette perspective s'inscrit au mieux dans le très long terme, supérieur à dix ans, si des réponses fortes sont apportées aux problématiques RH et statutaires. La conférence des directeurs généraux de CHU et les directeurs généraux rencontrés par la mission s'inscrivent en revanche dans l'intégration pédagogique des instituts à l'université, sauf exception locale.

[169] La préoccupation partagée des acteurs des formations paramédicales, conseils régionaux et universités, pouvoirs publics et employeurs, demeure en faveur du maintien d'un réseau territorial étendu, bien au-delà des seuls chefs-lieux universitaires (33 universités à composante santé à ce jour pour 321 IFSI, soit en moyenne dix instituts conventionnés par université, dont deux privés). La fédération nationale des étudiants en soins infirmiers est plus favorable à un recentrage sur les sièges universitaires, perçus comme offrant une meilleure qualité de formation et des services aux étudiants plus accessibles. Une plus grande concentration des étudiants sur les sites de faculté n'est souhaité ni par les régions, ni par les gestionnaires d'instituts et employeurs. Elle se heurterait au principe de réalité et aux objectifs poursuivis par le dispositif de formation professionnaliste. Cette problématique appelle d'autres réponses et transformations.

[170] Le modèle éprouvé des 112 instituts universitaires de technologie (IUT) accueillant près de 121 000 étudiants en 2021, dont des étudiants en santé (BUT génie biologique parcours biologie médicale et biotechnologies, parcours diététique et nutrition) peut servir de référence à d'éventuels instituts universitaires en santé, ou accueillir des antennes d'équilibre territorial des facultés de santé. Cette réflexion dépasse le cadre légal actuel de la loi de 2004 et ne relève pas de la mission : en tout état de cause, elle ne pourra que bénéficier des premières approches RH et statutaires menées par la mission.

[171] L'état des lieux des structures de formation dans le champ de la loi de 2004 mais intégrées par exception à l'université avait été fait dans les rapports conjoints de 2017 et 2020, pour les paramédicaux et la maïeutique respectivement. Des difficultés de financement avaient alors été identifiées. Le volet RH et statutaire n'ayant pas été investigué, cet état des lieux a été actualisé dans le cadre de cette mission. Il est préoccupant et appelle de nouvelles recommandations, tant pour la maïeutique malgré l'orientation forte donnée par la loi du 25 janvier 2023, que pour la rééducation, où le paysage des structures de formation intégrées est en évolution rapide, que ce soit par création ou transfert.

[172] Certains freins ou difficultés sont communs à ces deux filières de formation, demain potentiellement pour les filières de sciences infirmières ou médicotechniques. La problématique commune de la mise à disposition prolongée par défaut, et de son insécurité, notamment au regard du versement du complément de traitement indiciaire (CTI) dit Ségur, fait notamment l'objet de la recommandation 24 en partie 2.

[173] L'intégration des structures de formation maïeutique en application de l'article L4151-7-1 du code a été rendue permise par la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) de 2009. La plus ancienne structure intégrée est celle d'Aix-Marseille université en juillet 2010, initialement sous la forme d'une école autonome relevant de l'article L713-9, puis plus récemment sous la forme d'un

département de maïeutique au sein de la faculté de médecine. Ont suivi en 2015 le département de maïeutique de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes pour les deux structures de formation, Versailles Saint-Quentin, Besançon, enfin Strasbourg en 2021, Nancy, Reims et Brest en 2022. Mais, même pour les intégrations les plus anciennes, les postes de directeur et formateur, voire de secrétaire, restent en 2023 en majorité mis à disposition par le CHU, *a fortiori* pour les intégrations les plus récentes.

[174] Pour les structures de rééducation relevant de la loi de 2004, sur 104 instituts de formation de kinésithérapie, ergothérapie, pédicures-podologues, et psychomotriciens, 18 sont identifiées à ce jour comme intégrées à l'université. Environ la moitié d'entre elles pré-existaient à la loi de 2004 et ne recevaient pas de financement au titre des formations sanitaires, qui n'a pas été compensé aux conseils régionaux concernés en 2004. C'est la raison pour laquelle le rapport de 2017⁷⁷ proposait de compenser ces crédits aux régions pour les mettre dans le droit commun de la loi de 2004. Sauf ajustement volontaire opéré par le conseil régional dans son enveloppe (comme à Toulouse), les problèmes financiers demeurent pour ces instituts ; ils concernent l'institut des sciences et techniques de réadaptation de Lyon-I (quatre filières), l'ergothérapie et la pédicurie-podologie à Aix-Marseille Université, l'ergothérapie à l'université de Paris Est Créteil (UPEC) et les psychomotriciens à La Pitié-Salpêtrière, Toulouse et Bordeaux.

[175] Une seconde moitié d'instituts a été intégrée à l'université depuis la loi de 2004, soit par transfert du CHU ou d'un institut public avec sa subvention (Institut limousin de formation aux métiers de la rééducation à Limoges pour kinésithérapeutes et ergothérapeutes, kinésithérapeutes à Grenoble et Orléans, ergothérapeutes à Clermont-Ferrand bien qu'un reste à charge de 2 000 € soit appliqué), soit par transfert d'un institut privé (kinésithérapeutes à Marseille) avec un important reste à charge objet d'un récent contentieux tranché par le Conseil d'État,⁷⁸ soit encore par pure création d'un institut universitaire (instituts de kinésithérapeutes de l'UPEC à Fontainebleau, et de psychomotriciens à Montpellier en 2022).

[176] Des entretiens menés par la mission, il semble que la situation RH et statutaire des structures de rééducation intégrées à l'université soit plus favorable que celle de maïeutique pour plusieurs raisons : les professions étant massivement libérales (à 80 %), les enseignants interviennent souvent sur contrat universitaire ou hospitalier à temps partiel, en gardant une activité libérale, et ne relèvent pas nécessairement et exclusivement des statuts hospitaliers ; dans les différents cas de figure, transfert ou création, la bascule ou le recrutement sur des emplois universitaires se fait sans difficulté et avec des comparaisons de rémunération plus favorables qu'en maïeutique ou sciences infirmières. La mise à disposition prolongée n'est donc pas utilisée, et la question du CTI Ségur est traitée différemment.

⁷⁷ Un arrêt du 7 octobre 2022 enjoint à l'État de fixer par arrêté les droits de scolarité en kinésithérapie, ce qui a été fait par arrêté du 27 mars 2023 au niveau des droits de scolarité universitaires. Cette décision supprime toute possibilité de reste à charge en institut public, dont le financement obligatoire du fonctionnement et de l'équipement incombe à la région. La circonstance, exacte, que certaines régions n'ont pas été compensées en 2004 pour ces structures devient relative au fur et à mesure des arbitrages effectués par les régions (notamment en Occitanie pour normaliser le financement de la structure historique puis en créer une seconde, ou en Île de France en faveur des structures de l'UPEC) et pourrait également prêter à contentieux.

[177] En tout état de cause, pour les instituts de formation qui seraient intégrés organiquement à l'université, les dispositions de la loi de 2004 sont claires et applicables selon le dernier alinéa de l'article L4383-5 du code de la santé publique : la convention tri-partite devient bipartite région/université et « *la convention tient lieu d'autorisation et d'agrément par le conseil régional* ». Il n'y a donc pas d'autorisation quinquennale de l'institut ni d'agrément individuel du directeur.

1.2.4 L'état des lieux sur les ressources humaines renforce la nécessité d'un pilotage coordonné de l'universitarisation

[178] Les déplacements en région, les nombreux entretiens confirment que les acteurs peinent à mutualiser leurs ressources notamment pédagogiques dans le territoire régional, universitaire ou même l'institut, malgré les cadres généraux posés dès 2009 et développés par les régions, pour beaucoup dans un périmètre élargi par la réforme territoriale de 2015. Ces cadres sont formellement respectés (GCS entre instituts, outils numériques partagés) mais parfois insuffisamment dynamiques, même si les instituts de formation ont été éprouvés et résilients pendant la période pandémique, et continuent de l'être en période prolongée de tension sur les effectifs de cadres et de professionnels.

[179] Les ARS, chargés par la loi de 2004 de « contrôler le suivi des programmes et la qualité de la formation » en sus de compétences sanitaires et démographiques très vastes, disposent de ressources limitées sur ce champ et sont faiblement outillées sur le plan de la qualité des formations, se limitant souvent à un contrôle régional, formel et juridique, notamment concernant les étudiants en difficulté et la qualité de vie des étudiants en santé.⁸⁰

[180] Les conseils régionaux eux-mêmes interprètent les compétences dévolues par la loi de 2004 de façon variable, certains se concentrant sur la régulation du financement régional, d'autres ayant une posture plus stratégique, certains enfin contestant leur compétence même sur certaines formations de spécialités infirmières.

[181] Les acteurs universitaires, selon leur engagement local, leur implication territoriale et avec les conseils régionaux à différents titres dans la mesure où ceux-ci ont également une compétence enseignement et recherche, multiplient les approches interprofessionnelles dans l'intérêt des étudiants, déclinant les outils les plus récents de passerelles et d'expérimentation, ce qui élargit la diversité des pratiques.

[182] Les recteurs mobilisés sur d'autres priorités, notamment les réformes des études médicales, et respectueux de l'autonomie des universités, restent peu associés au processus d'universitarisation des formations paramédicales, faute d'informations, de ressources et d'échanges avec les nombreux acteurs concernés, alors qu'ils interviennent en amont, dans la sélection Parcoursup et le recrutement par les lycées ; ils ne sont pas à ce jour impliqués pour rapprocher les sections d'enseignement supérieur des lycées, les IUT et les universités, entre lesquels sont dispersées certaines formations paramédicales. Bien qu'ils soient en revanche sensibilisés sur les droits sociaux des étudiants et les services associés, leurs droits de vote dans

⁸⁰ Voir le rapport conjoint 2022 IGAS 2022-001/IGESR 2022-120 la qualité de vie des étudiants en santé.

les universités et la qualité de vie des étudiants en santé, la mission constate que les recteurs ou les recteurs-délégués enseignement supérieur, recherche et innovation restent en retrait sur ce sujet de l'universitarisation des formations paramédicales.

En Île-de-France (IDF), des exemples du renforcement de la présence de la Région académique à côté des acteurs ARS, Région, universités, groupements hospitaliers de territoire, pour des actions d'information et de formation.

- Projet porté par la Région IDF, la Région académique IDF, l'académie de Créteil et l'université Paris Est Créteil (relevant d'un appel à projet Territoires d'innovation pédagogique) : Campus des métiers et qualifications « santé, autonomie, bien vieillir » ; des actions visant à fédérer l'ensemble des acteurs, à rénover les formations et à accompagner l'émergence de nouveaux métiers dans le domaine de la santé.
- Participation des directeurs d'IFSI aux commissions d'accès à l'enseignement supérieur des trois académies franciliennes (renforcée en 2022), aux salons régionaux en IDF.
- Partenariat académie-IFSI : immersion d'élèves lycéens de la filière sciences et technologies de la santé et du social (ST2S) en IFSI dans l'académie de Créteil.
- Dispositif de cordée de la réussite « enCORE DES soins » depuis 2021 pour 130 jeunes de ST2S, tutorat avec les formatrices IFSI.

[183] De l'ensemble des analyses en région et entretiens se dégage cependant une large convergence sur les objectifs de qualité des formations paramédicales et de facilitation de l'accès à la recherche à toutes les étapes du parcours de formation puis professionnel. Les constats d'une grande complexité du dispositif, de la multiplicité des acteurs, de l'inadaptation des systèmes d'information, d'approches GRH très spécialisées et méconnues donc peu attractives sont également partagés. Certains étudiants et formateurs jugent le dispositif et ses perspectives d'évolution peu lisibles et incertaines, ne favorisant pas les projets professionnels et les aspirations vers la formation et la recherche.

[184] Quinze ans après le début de l'universitarisation des formations paramédicales, et bien qu'aucune évaluation n'ait été faite ni sur la qualité des formations, *a fortiori* parce que celle prévue dès 2009 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) puis le HCERES n'a toujours pas démarré, ni sur le coût des formations, des gains de mutualisation demeurent possibles. Cela passe par l'innovation pédagogique, une généralisation des outils et supports numériques déjà disponibles pour les formations médicales, maïeutique comprise, ou une mutualisation plus grande des supports et contenus pédagogiques actualisés.

[185] Il est donc permis de penser, comme certains des directeurs d'instituts rencontrés, que le modèle initié en 2009 (groupements d'instituts en convention tripartite) s'essouffle, que les zones d'ombre ou d'incertitude identifiées doivent être traitées. Un dispositif de formation plus simple et plus intégré dégagerait de meilleurs résultats dans la lutte contre le décrochage constaté depuis 2019 quelles qu'en soient les raisons, multifactorielles.

[186] Les ressources humaines sont en effet rares pour la formation, la recherche de disciplines émergentes, et l'encadrement des stages dans un système de santé souffrant durablement de crises également multifactorielles. L'état des lieux RH et statuts documenté par le présent rapport ne peut constituer qu'une première approche, à approfondir en préalable à une intégration

universitaire renforcée (même pédagogique), quels que soient les scénarii envisageables ou leur déclinaison locale.

[187] La perspective d'une diplomation nationale délivrée par l'université après accréditation et évaluation et le large financement public des formations paramédicales, renforcent la nécessité d'un pilotage coordonné dans le respect des compétences de chacun. Tant dans le cadre du protocole État-Régions de 2022 qu'au sein de chaque région, l'ensemble des acteurs bénéficieraient d'une coordination renforcée, de la diffusion des meilleurs outils et pratiques, avec des résultats sur la qualité des formations et le taux de diplomation. Plusieurs recommandations sont faites en partie 2 (notamment 20 et 22), en cohérence avec la recommandation suivante pour améliorer le pilotage du dispositif. La mission note également que par le protocole de mars 2022 (point 4), État et Régions sont convenus « *de l'intérêt de bâtir un système d'information partagé pour mieux suivre et piloter l'appareil de formation sanitaire et social* ».

Recommandation n°4 (MSP et MESR) Mettre en place un pilotage coordonné entre les deux ministères, les régions, et tous les acteurs des formations en vue notamment d'une connaissance beaucoup plus fine des ressources consacrées aux formations et des résultats obtenus, impliquant les deux services statistiques ministériels concernés.

2 De nouvelles perspectives doivent être données aux professionnels et étudiants impliqués dans la formation et la recherche paramédicales

2.1 Le statut bi-appartenant clinique doit être attractif pour les paramédicaux

[188] Pour rendre attractives des carrières mixtes en santé (enseignement, recherche et clinique), il convient de définir les contours d'un statut adapté et d'aider à la construction de trajectoires d'accès à ce corps. Mieux articuler les activités de soins, d'enseignement et de recherche est un enjeu important. Pour y répondre, nombreux sont les acteurs qui appellent de leurs vœux un **statut d'enseignant-chercheur clinique**, parfois assimilé à celui des hospitalo-universitaires bi-appartenants ou d'universitaires hospitaliers ou encore de cliniciens-chercheurs.⁸¹ En raison des différences de formation, de statuts, d'organisation et de temps de travail entre les professions médicales et paramédicales, la réflexion doit veiller à ne pas reproduire chez les futurs universitaires paramédicaux les tensions et critiques déjà exprimées par les médecins hospitalo-universitaires sur leur propre situation.

[189] Ces perspectives sont à étudier à l'aune de ce qui existe pour trouver la ou les meilleures voies pour dépasser les limites actuelles du statut de mono-appartenant (cf. références réglementaires en annexe 1). Elles invitent également à inventer des modes de recrutement et de gestion de carrière susceptibles de préserver la richesse des compétences et des parcours de ces futurs enseignants-chercheurs, levier de l'amélioration des conditions de travail et d'études des étudiants formés.

[190] Une évolution vers un statut bi-appartenant clinique serait également de nature à renforcer l'attractivité du statut d'enseignant-chercheur et la légitimité de l'enseignement délivré, en consacrant le principe de son adossement à la recherche - compte tenu de l'obsolescence rapide des connaissances en santé - et à la poursuite d'une activité clinique. Elle permettrait, comme cela est le cas des enseignants-chercheurs (EC) des disciplines médicales, d'observer, d'accompagner et de former leurs étudiants au sein notamment des services hospitaliers en renforçant l'encadrement des stages.

[191] Les modalités d'un statut bi-appartenant clinique pour les enseignants-chercheurs paramédicaux devront, comme pour les autres enseignants-chercheurs, être définies par une base légale et un décret statutaire qui n'existent pas à ce jour. La bi-appartenance en santé se définit comme la possibilité statutaire d'exercer une activité universitaire d'enseignant-chercheur et une activité de soins hospitaliers ou ambulatoires, pour tout ou partie au sein du centre hospitalier universitaire (CHU).⁸² Cette situation ne s'analyse pas comme un cumul d'une activité accessoire

⁸¹ La mission mentionne que le collège national des kinésithérapeutes salariés souhaite que soit créé un statut de cliniciens chercheurs qui feraient le cas échéant, en cumul, de l'enseignement. Cette hypothèse est traitée au 2.2.3 et en recommandation n°16, en complément de la réponse principale aux besoins des formations et recherche paramédicales par un statut d'enseignant-chercheur bi-appartenant.

⁸² La création d'un CHU résulte d'une convention entre un centre hospitalier régional (CHR) et une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales (UFR), convention à laquelle

de soins en établissement public ou non lucratif, possible pour les enseignants-chercheurs mono-appartenants relevant du décret statutaire n° 84-431⁸³.

[192] Les bases légales qui peuvent servir de référence figurent aux articles L952-21, 23-1 et 23-2 du code de l'éducation (cf. annexe 1). La première disposition concerne « *les membres du personnel enseignant et hospitalier des CH&U créés en application de l'article L6142-3 du code de la santé publique et cité au L713-5* » ; « *ils exercent conjointement les fonctions hospitalières et universitaires. (...) Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut.* » Elle fonde un statut désormais unique pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques en application du décret relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires n° 2021-1645 du 13 décembre 2021.

[193] La seconde disposition est spécifique à la médecine générale : « *les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale. Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire* ». Cette base légale fonde le décret statutaire n° 2008-744. Ce décret définit les grilles universitaires applicables à ces personnels à l'identique des enseignants-chercheurs mono-appartenants du décret n° 84-431 mais les dénomme, pour les personnels titulaires, professeur des universités de médecine générale (PU-MG) et maître de conférences de médecine générale (MCU-MG), et pour les personnels non titulaires, chef de clinique des universités de médecine générale (CCU-MG).

[194] La dernière disposition, nouvelle et spécifique à la maïeutique, indique : « *Les sages-femmes titulaires d'un poste de maître de conférences ou de professeur des universités consacrent à leurs fonctions de soins en maïeutique, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Elles exercent leur activité de soins en milieu hospitalier ou en ambulatoire*⁸⁴ ».

[195] La direction générale des ressources humaines (DGRH) du MESR observe que la formulation de la loi utilise la terminologie spécifique aux mono-appartenants du décret n°84-431, « maître de conférences ou de professeur des universités » au lieu d'une terminologie qui aurait été plus adaptée « personnel enseignant et hospitalier de maïeutique » ou « personnel enseignant titulaire et non titulaire de maïeutique ». Aussi, la base légale devrait-elle être corrigée pour donner un caractère bi-appartenant et ne pas se limiter au statut actuel de mono-appartenant avec cumul.

[196] Dans l'attente d'orientation donnée par les cabinets et de l'ouverture des travaux statutaires sur la maïeutique, la mission ne peut qu'esquisser des réflexions et des pistes en tenant compte des discussions exploratoires qu'elle a eues avec les parties prenantes.

peuvent être associés d'autres établissements de santé ou organismes de recherche. L'établissement de santé CHR devient CHU.

⁸³ Ce cumul ne peut concerner une activité libérale que sous certaines conditions définies par les dispositions de l'article L123-3 du code général de la fonction publique (voir partie 1.1.4.2).

⁸⁴ Elle est issue de la loi n°2023-39 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme.

[197] La mission recommande une base légale spécifique aux paramédicaux qui fixerait que : « *Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire paramédical exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins paramédicaux. Ils consacrent à leurs fonctions de soins paramédicaux, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins paramédicaux en milieu hospitalier ou en ambulatoire* ».

[198] Le statut découlant de cette base légale peut être spécifique aux paramédicaux et mixte, en milieu hospitalier, avec des émoluments hospitaliers à définir, ou en ambulatoire, avec une activité libérale découlant des conventions spécifiques à chaque profession ou une activité ambulatoire salarié en centre de santé, comme pour la médecine générale par exception.

Recommandation n°5 (MESR/MSP) Prévoir une base légale spécifique pour les enseignants-chercheurs paramédicaux titulaires et non titulaires ouvrant un statut bi-appartenant clinique attractif et mixte, hospitalier ou ambulatoire.

[199] Au vu des effectifs et viviers limités, il apparaît adapté que les sections actuelles 91 et 92 demeurent compétentes pour les statuts mono-appartenants tant qu'ils existent et pour le statut bi-appartenant clinique quand il existera.

[200] Les sections seraient compétentes pour la qualification lorsqu'il s'agira d'accéder aux fonctions de maître de conférences ou de professeur mono-appartenant, pour la préparation des candidats, pour les promotions et les attributions indemnитaires ainsi que pour les changements de discipline. Ainsi, ces sections du CNU santé devraient fonctionner en composition mixte associant dans chaque collège (rang A professeur des universités paramédical ou rang B maître de conférences paramédical) les enseignants-chercheurs, mono et bi-appartenants clinique.

[201] Cette hypothèse serait spécifique aux sections 91 et 92 car pour mémoire :

- en médecine (hors le cas particulier de la médecine générale et celui à définir de la maïeutique), et odontologie, chaque sous-section est universitaire et hospitalière ;
- en médecine générale, les membres de la sous-section 53-03 exercent exclusivement en ambulatoire ;
- en pharmacie il existe trois sections mono-appartenantes pour 1300 enseignants-chercheurs et trois sections bi-appartenantes pour environ 400 titulaires.

Recommandation n°6 (MESR/MSP) Faire évoluer les sections 91 et 92 afin qu'elles deviennent des sections composées de manière mixte d'enseignants-chercheurs mono et bi-appartenants au sein du CNU santé.

[202] Tous les acteurs rencontrés souhaitent que les paramédicaux et médecins ne soient pas mis en concurrence sur des postes d'enseignants-chercheurs en effectifs limités. Il semble donc hautement souhaitable que soit maintenue la pratique instaurée depuis la création des sections 90, 91 et 92 d'élargir la présentation par les doyens de santé et la discussion avec les ministères des projets de postes HU (dite révision annuelle des effectifs HU) aux postes paramédicaux mono-

appartenants. Cette modalité⁸⁵ apparait comme un instrument indispensable à l'accompagnement de ces disciplines et un levier pour l'émergence d'une véritable stratégie des ressources humaines à l'échelle nationale et pour une répartition des moyens optimale, notamment dans la perspective de créations de postes. Elle pourrait permettre un pilotage renforcé au niveau national et une approche pluriannuelle des besoins et des recrutements.

Recommandation n°7 (MESR/MSP) Engager chaque année un dialogue dans le cadre de la révision des effectifs pour l'ouverture de postes d'enseignants-chercheurs relevant des disciplines paramédicales et ainsi s'inscrire dans le droit appliqué aux sections du CNU santé.

[203] La mission recommande également de poursuivre le financement ministériel national dédié de type Ségur le temps nécessaire pour porter les nouvelles disciplines à un degré de développement suffisant. Au regard de l'expérience de la médecine générale, la mission estime que ce délai nécessaire est au moins de cinq ans. La question des besoins d'EC paramédicaux, du renforcement du vivier de candidats et de rythme de nomination est abordée en partie 2.3. Du strict point de vue universitaire et du MESR, le coût du financement bi- ou mono-appartenant est identique et peut être projeté ; dans l'hypothèse d'une évolution vers un statut bi-appartenant, le financement correspondant doit être prévu par le ministère de la santé pour les valences hospitalières, les valences ambulatoires étant pour leur part financées sur l'enveloppe dite de ville.

[204] Pour les postes bi-appartenants cliniques paramédicaux, il appartient aux sections 91 et 92 de définir les critères de candidature et nomination qui pourraient être identiques à ceux de la médecine générale, soit une activité libérale ou ambulatoire de quatre demi-journées par semaine. Par ailleurs, l'ensemble des acteurs rencontrés s'accordent à souhaiter une obligation réglementaire de service de type médecine générale soit 96 heures d'enseignement annuelles pour des bi-appartenants paramédicaux. Une telle hypothèse permettrait de mieux tenir compte des attendus en termes pédagogique des formations concernées. La mission priviliege ce scénario d'un référentiel horaire tenant compte également de l'encadrement en stage – reconnu comme une charge d'enseignement.

[205] Cependant, un autre scénario pourrait être discuté suivant l'objectif d'une contractualisation de la répartition du temps de travail des personnels paramédicaux à travers un engagement pluriannuel (EC, université et hôpital le cas échéant) définissant les objectifs fixés pendant la période donnée et la part consacrée à chacune des activités (enseignement, recherche, soins et encadrement). Cela pourrait permettre aux personnels paramédicaux de moduler leurs activités en fonction des projets professionnels de chacun et potentiellement de contribuer à l'émergence plus rapide d'équipe de recherche dans ces disciplines, si une priorité au temps recherche est contractualisée pendant une période. Ce scénario permettrait également de tenir compte de responsabilités d'encadrement et de gestion que ces enseignants-chercheurs sont appelés à assurer.⁸⁶

⁸⁵ Qui pour les disciplines de santé trouve son fondement dans les dispositions du code de l'éducation à l'article L 713-4 du code de l'éducation et au dernier alinéa de l'article L 952-21

⁸⁶ À ce titre, il convient de rappeler le fonctionnement collégial qui marque l'organisation universitaire avec des responsabilités ou fonctions confiées aux EC comme la responsabilité d'unité d'enseignement ou encore de départements, à la tête desquels ils sont bien souvent élus par leurs pairs.

Recommandation n°8 (MESR/MSP) Dans le cadre des travaux statutaires à engager, définir les modalités de suivi des temps de service d'enseignement des futurs enseignants-chercheurs bi-appartenants cliniques, soit en fixant un nombre d'heures, soit en envisageant une contractualisation du temps de travail, soit suivant une hypothèse mixte.

[206] Eu égard aux faibles effectifs qui seront concernés dans les cinq à dix prochaines années, les recrutements peuvent être envisagés sur proposition d'une liste classant les candidats retenus :

- soit par un jury composé au niveau national sur la base de concours ouverts par arrêté ministériel ;
- soit par des comités de sélection organisés par chaque établissement recruteur.

[207] Quelle que soit l'option choisie par le législateur, les candidatures autorisées à concourir en vue d'un recrutement pourraient faire l'objet d'un avis motivé qui émanerait des instances universitaires (conseil de gestion des UFR santé) et hospitalières (commission des soins) dans le cas d'une activité de soin exercée à l'hôpital.

[208] La mission suggère que le recrutement des maîtres de conférences universitaires bi-appartenant cliniques dans les disciplines des sections 91 et 92 du Conseil national des universités (CNU) s'inscrive dans les mêmes conditions que pour les autres disciplines relevant des sections du CNU santé.⁸⁷ Cela implique que les détenteurs d'un master d'une discipline paramédicale ayant une pratique avérée de la recherche peuvent être candidats aux fonctions de maître de conférences sans être titulaire d'un diplôme national de doctorat. Il restera aux sections CNU 91 et 92 à définir les critères objectifs permettant aux candidats d'établir la preuve d'une activité de recherche en adéquation avec les exigences de la fonction d'enseignant-chercheur. La mission estime que les maîtres de conférences ainsi recrutés pourront par la suite présenter leurs travaux de recherche et ainsi obtenir un diplôme national de doctorat, voire une habilitation à diriger les recherches leur ouvrant la voie à l'accès aux fonctions de professeur des universités ultérieurement.

[209] Cette mesure présente plusieurs avantages :

- d'une part, placer le recrutement de maîtres de conférences bi-appartenants dans les disciplines paramédicales dans le même droit que les disciplines médicales au sein du CNU santé ;
- d'autre part, renforcer l'actuel vivier de candidats potentiels aux fonctions d'enseignant-chercheur ;
- et enfin permettre à des candidats expérimentés et très souvent déjà en fonction soit comme formateurs, soit exerçant en milieu hospitalier d'être recrutés à l'université sans à avoir à s'engager dans un parcours complexe de formation doctorale en parallèle de leur exercice professionnel.

⁸⁷ Article 45 du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires.

Recommandation n°9 (MESR/MSP) Ouvrir l'accès au recrutement CNU des sections 91 et 92 aux fonctions de maître de conférences bi-appartenant clinique aux candidats possédant un diplôme de master comme pour les autres disciplines relevant du CNU santé.

[210] **La mission préconise également la création d'un statut bi-appartenant pour enseignant clinique** universitaire (ECU) non titulaire des disciplines paramédicales. Ces postes se composeraient de trois valences : le soin, la pédagogie et la recherche.

Recommandation n°10 (MESR/MSP) Créer un statut d'enseignant clinique universitaire (ECU) non-titulaire, à l'image des chefs de clinique universitaires.

[211] Les activités de soins paramédicaux seraient exercées à mi-temps et une activité universitaire également à mi-temps partagée entre la pédagogie (participation aux enseignements des étudiants ; tutorat, accompagnement dans le cadre des stages) et la recherche. Comme pour les chefs de clinique universitaires⁸⁸, la création et le recrutement sur des emplois d'ECU feraient l'objet d'un dialogue avec les ministères dans le cadre de la révision des effectifs. Comme pour les titulaires, le CNU serait compétent pour piloter les procédures de recrutement.

[212] Enfin la mission n'exclut pas le fait que des enseignants-chercheurs mono-appartenants continuent d'être recrutés dans ces disciplines. Cependant le statut de bi-appartenant clinique étant plus attractif en ce qu'il rend les trois valences indissociables, il peut être envisagé de mettre en place une commission d'intégration pour les enseignants-chercheurs déjà en poste et éventuellement pour des directeurs de soins avec une thèse ou une expérience significative en enseignement recherche et soins.

Recommandation n°11 (MESR/MSP) Prévoir dans le décret statutaire des dispositions transitoires spécifiques pour les enseignants-chercheurs mono-appartenants déjà nommés à l'ouverture du statut bi-appartenant clinique.

⁸⁸ Ils sont soit chefs de clinique universitaires-assistants des hôpitaux soit chefs de clinique de médecine générale (CCU-AH ou CCU-MG).

De la définition des périmètres des sections 90 91 et 92 et du cas particulier des professions médico-techniques

Sur la base des intitulés retenus pour les sections de CNU créées en 2019, et des nominations effectives à la date de la mission, il ne fait pas de doute que, lorsqu'ils remplissent les conditions de nomination comme maître de conférences ou professeur des universités définies par le décret n°84-431, les personnels sages-femmes ont vocation à dépendre de la section 90 maïeutique, l'ensemble des professionnels de rééducation de la section 91 sciences de la rééducation et réadaptation, et les personnels infirmiers de la section 92 sciences infirmières. Parmi les nominations effectives (voir 1.1.4.1), la section 90 ne comprend que des sages-femmes ; la section 91 comprend, sur 21 nominations, trois enseignants-chercheurs non professionnels de santé, dont deux issus des STAPS, et la section 92 sur neuf nominations, huit infirmiers ou infirmières (spécialités incluses) et un chercheur en prévention. Toutes les professions de rééducation ne sont pas encore représentées (pédicures-podologues, orthoptistes, diététiciens, voire opticiens-lunetiers) et la mission n'a pas été en situation d'analyser par le métier d'origine l'ensemble des qualifications rendues publiques dans ces nouvelles sections, *a fortiori* dans l'ensemble des sections du CNU, car ce métier n'est ni identifié ni un critère de sélection scientifique, dès lors que le candidat entre bien dans le champ disciplinaire et scientifique de la section.

Il s'avère donc que l'identité d'une profession de santé n'est pas entièrement superposable à la construction d'une discipline scientifique, quelle que soit l'aspiration forte de la ou des professions concernées. Ne relevant pas d'une norme réglementaire, elle se construit uniquement par la pratique des sections, par les critères de qualification qu'elles produisent en principe, et par les candidatures qui leur sont présentées. Plusieurs indices en témoignent : de nombreux rééducateurs ou infirmiers sont à ce jour enseignants-chercheurs titulaires dans des disciplines qui les accueillaient jusqu'à présent (sciences de l'éducation, santé publique, informatique, neurosciences, STAPS pour ne citer que les principales). Titulaires parfois de longue date, beaucoup n'ont pas demandé à changer de section pour rejoindre les nouvelles sections 91 et 92 faute d'intérêt à agir, de perspectives claires, notamment sur les futures promotions gérées par ces sections. Pour ne citer qu'un exemple, deux filières d'audioprothésie sur les neuf existantes sont rattachées à la faculté de pharmacie (Nancy et Montpellier) : l'une dispose de deux professeurs des universités, l'un audioprothésiste, l'autre pharmacien, tous deux en section 85 sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé ; l'autre de deux titulaires nommés en section 91 par changement de section, un professeur et un maître de conférences.

Les professions hospitalières dites médicotechniques sont au nombre de trois et peuvent accéder aux corps hospitaliers de cadre de santé paramédical puis de directeur des soins : manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, et profession de la pharmacie, les préparateurs en pharmacie hospitalière. Bien que d'effectifs modestes, si certains de ces professionnels réunissent les conditions et répondent aux critères pour devenir enseignants-chercheurs, leur place au sein du découpage disciplinaire des sections du CNU n'est pas clairement définie, comme l'avait souligné le rapport IGAS de 2020 sur les manipulateurs, qui a proposé que l'intitulé de la section 92 soit élargi « sciences infirmières et du soin ». Pour les préparateurs en pharmacie, la présence de sections bi-appartenantes (81, 82, 83) et mono-appartenantes (85, 86, 87) en pharmacie fournit une piste qui n'a pas été discutée avec les doyens de pharmacie et leur conférence. Un cadre préparateur en pharmacie hospitalière ayant une thèse peut être nommé en section mono-appartenante de pharmacie, dans le statut défini par le décret n°84-431 et bénéficier du cumul de droit commun comme les pharmaciens (PH de pharmacie) : il sera alors enseignant-chercheur titulaire et, en cumul, contractuel à temps partiel comme préparateur ou plutôt cadre voire directeur des soins.

Pour les techniciens de laboratoire médical hospitaliers (de ce corps ou cadres de santé voire directeurs des soins), une piste similaire pourrait être discutée avec les sections accueillant des biologistes médicaux (hospitale-universitaire) ou pharmaciens (hospitale-universitaire ou mono-appartenants). Pour les sections mono-appartenantes de pharmacie, le cadre TLM serait ainsi contractuel à temps partiel et EC titulaire.

Pour les sections médicales ou pharmaceutiques relevant du décret n° 2021-1645, il convient de rappeler que certaines disciplines étaient et demeurent autorisées par exception à recruter des scientifiques non-médecins, disposant d'une thèse voire d'une habilitation à diriger des recherches, qui sont MCU-PH ou PU-PH sans être médecins. Ils pourraient être paramédicaux dans les conditions de l'article 46 ou de l'article 67 du décret cité, respectivement pour les MCU-PH et PU-PH : « dans les disciplines définies par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé... ». Cet arrêté ne semble pas encore avoir été pris, mais les dispositions antérieures du décret précédent (n° 84-135 article 49 et 49-1) listaient pour les MCU-PH les disciplines de biophysique médecine nucléaire/radiologie imagerie médicale (sous-sections 43-01 et 02), l'épidémiologie santé publique et les six disciplines médicales de biologie, ainsi que douze disciplines pharmaceutiques. Ainsi un manipulateur d'électroradiologie médicale disposant d'une thèse peut, comme l'ont souligné certains doyens, être recruté comme MCU-PH en section 43-02 dans les conditions générales prévues par le décret n° 2009-462 pour les agents de la FPH, sous réserve de vérifier que ses services non-médicaux peuvent être convenablement repris, et avec le régime de temps de travail des praticiens.

Un autre constat du rapport de 2020 sur les manipulateurs n'a pas évolué, l'université de Strasbourg n'a toujours pas obtenu le transfert du DTS IM.T actuellement dans une section de lycée, qui se heurte à des difficultés administratives (transfert de quatre postes de formateurs, délivrance du DTS par le recteur, absence d'accréditation de l'université) relevant du ministère de l'enseignement supérieur. Ce projet intéressant même s'il est isolé parmi les 29 DTS IM.T existants renvoie à l'harmonisation entre les deux filières de formation DTS et DE.

2.2 L'accompagnement par et vers la recherche mérite d'être structuré sans délai pour préparer les viviers d'enseignants-chercheurs de demain

2.2.1 Les parcours doctoraux paramédicaux doivent être soutenus financièrement et organisés

[213] Comme la mission a pu le constater lors des entretiens avec les sections 91 et 92 et avec des enseignants-chercheurs nommés, afin de connaître leur parcours et d'appréhender les difficultés rencontrées, le vivier des enseignants chercheurs actuels se compose largement de professionnels avec une expérience professionnelle, hospitalière ou libérale de plusieurs années. À défaut de reconnaissance du grade licence ou master dans leur formation d'origine, intervenue après 2009, ces professionnels se sont orientés vers des masters d'autres disciplines pour s'inscrire dans un cursus doctoral. Certains ont pu bénéficier de financement dans le cadre de la formation professionnelle continue par leur établissement, partiel la plupart du temps. La poursuite en doctorat, pour les professionnels rencontrés a mobilisé des apports financiers de nature très variable, subvention d'associations, bourses internes des établissements, mais également ressources propres.

[214] L'enjeu des prochaines années est d'encourager la poursuite d'études afin d'accompagner les parcours doctoraux pour les étudiants qui en ont l'aspiration et les compétences. L'arrêté du 25 mai 2016 (modifié par l'arrêté du 26 août 2022) fixe le cadre du doctorat d'université, formation à et par la recherche. Les formations des spécialités infirmières, IPA, masseur-kinésithérapeutes et orthophonistes satisfont théoriquement désormais au prérequis réglementaire de l'inscription en doctorat, accessible aux titulaires d'un diplôme conférant le grade de master. À ce jour, cependant, se pose la question de la reconnaissance des prérequis, recherche notamment, pour permettre l'inscription effective en école doctorale. Comme le rapport conjoint IGAS-IGESR de 2017 le recommandait,⁸⁹ la mission renouvelle la préconisation que les universités permettent à ces étudiants de suivre des unités d'enseignement (UE) spécifiques à la recherche. Ces UE, qui seraient optionnelles, conduiraient les étudiants qui les auraient validées, à obtenir parallèlement à leur diplôme d'État ou dans l'année qui suit, un diplôme de master avec, point essentiel, la possibilité de pouvoir s'inscrire dans une école doctorale.

[215] Pour les étudiants paramédicaux, se pose également la question du financement lorsqu'ils sont en continuité d'études de leur formation initiale. À la différence des étudiants des filières médicales, les étudiants paramédicaux qui s'engagent en formation initiale de niveau master (kinésithérapeutes, orthophonistes) ou en continuité d'études quand elle est possible (IPA, majorité des puéricultrices, et depuis 2020 IBODE) ne bénéficient pas du statut d'étudiant hospitalier, accordé aux étudiants de deuxième cycle en médecine, pharmacie, odontologie et

⁸⁹ Recommandation n° 20 du rapport 2016-123 « Favoriser pour une fraction variable des étudiants paramédicaux en formation initiale ou de spécialité les parcours universitaires de recherche (M1 ou M2), avec validation du M1 pendant le diplôme d'État, comme pour les formations médicales ».

maïeutique. Cette situation accroît la précarité des étudiants. Ce statut ne s'appliquerait qu'aux étudiants, pas aux salariés en formation professionnelle continue (FPC).⁹⁰

[216] En application de l'article R6153 -46 du code de la santé publique, « *ils participent à l'activité hospitalière et ambulatoire et perçoivent une rémunération versée par le CHU de rattachement lié par convention à l'UFR médicale dans laquelle ils sont inscrits. À ce titre, ils ont la qualité d'agent public* » et ne relèvent plus du régime social des étudiants et de sa condition d'âge (moins de 29 ans). L'étudiant hospitalier de second cycle en maïeutique perçoit du CHU une rémunération de 260 euros bruts mensuels puis 320 euros en quatrième et cinquième année, soit un coût de 10 000 € bruts chargés sur deux ans. L'effectif en continuité d'études hors FPC peut être estimé à 98 % des kinésithérapeutes, 100 % des orthophonistes, 60 % des puéricultrices, 10 % des IPA et IBODE, soit environ 5 000 étudiants. Le financement des étudiants hospitaliers est assuré par une dotation Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) versée aux CHU de rattachement des étudiants.

[217] Le coût brut de cette mesure d'équité entre filières et de lutte contre la précarité des étudiants peut être estimé à 50 M€ (cf. annexe 3). Cependant, l'alignement sur le statut d'étudiant hospitalier se substituerait pour les étudiants en kinésithérapie aux actuelles indemnités de stage versées en second cycle (soit 24 semaines de stages indemnisées 60 euros correspondant à un total de 5 M€ qui viennent en déduction des 50 M€). La mesure pourrait ainsi atteindre 45 M€. Elle devrait être précédée d'une revue avec les régions et d'une remise à plat des restes à charge pour les étudiants en institut public ou privé (particulièrement en kinésithérapie, puéricultrices et IBODE) avec estimation de l'impact sur les étudiants boursiers.⁹¹ Elle pourrait intervenir pour les étudiants entrant en deuxième cycle à la rentrée 2024 et monter en charge sur deux ans, en sciences infirmières en lien avec les évolutions sur les IPA, IBODE et puéricultrices, et en réadaptation/rééducation (kinésithérapie et orthophonistes).

Recommandation n°12 (MSP/MESR) Étudier pour les étudiants paramédicaux de second cycle en formation initiale ou continuité d'études, hors formation professionnelle continue, l'extension du statut d'étudiant hospitalier tel qu'appliqué à ce jour aux étudiants de second cycle en maïeutique.

[218] Pour la poursuite d'études en doctorat, afin de constituer un vivier de jeunes titulaires d'une thèse d'université susceptibles, par la suite, d'être candidats aux fonctions de maître de conférences et nourrir une activité de recherche dans ces disciplines, il apparaît nécessaire, pour la mission, que l'État, via le ministère de l'enseignement supérieur et la recherche, s'engage à soutenir financièrement un programme de contrats doctoraux spécifique aux étudiants engagés dans des études paramédicales et effectuant un parcours linéaire. La mission a effectué une simulation (voir annexe 3 pour le détail de la simulation et la ventilation budgétaire annuelle sur la base des salaires chargés connus et prévus dans le cadre de la loi de programmation de la recherche) qui permet de chiffrer un programme débutant en octobre 2024 et se clôturant en septembre 2029. Sur la base de 30 contrats doctoraux (soit dix nouveaux contrats pendant trois

⁹⁰ L'ANFH recense en 2021 54 études promotionnelles nouvelles en kinésithérapie mais les orthophonistes n'apparaissent pas dans les 20 premiers diplômes préparés. En revanche, moins de 10 % des IPA et IBODE sont en continuité d'études, et 60 % pour les puéricultrices.

⁹¹ Selon l'enquête DREES 2021 36 % des étudiants en kinésithérapie déclarent une bourse régionale. Orthophonie et IPA relèvent des bourses du MESR.

ans), le coût serait de 3,32 M€, et sur une base de 60 sur une même période, le coût serait alors de 6,64 M€.

[219] Dans ce cadre, la mission serait favorable à un pilotage national de ce programme permettant d'assurer une juste répartition des contrats parmi les actuelles universités à composante santé. Au regard des effectifs et des besoins, la ventilation des contrats doctoraux sur l'entièreté du programme pourrait être à parts égales entre les sciences infirmières, et les sciences de rééducation et réadaptation. Les candidats au contrat doctoral pourraient être auditionnés par un jury constitué par l'école doctorale de l'établissement à laquelle il sera inscrit ; le procès-verbal de l'audition serait transmis à un jury national responsable de distribuer les financements. Afin de favoriser la création d'une communauté de doctorants issus des disciplines paramédicales, au-delà de suivre le programme de formation proposé par les écoles doctorales d'établissement, le programme national pourrait organiser des rendez-vous nationaux de formations.

[220] Il est également important de permettre à des formateurs comme à des professionnels en exercice clinique hospitalier déjà expérimentés et susceptibles de rejoindre l'enseignement supérieur d'accéder au doctorat. C'est également un moyen de consolider le vivier de futurs enseignants-chercheurs. Bien qu'intéressant, le programme d'accompagnement au doctorat proposé par la région Grand Est ne remporte pas le succès escompté en particulier par ce qu'il est demandé aux formateurs de passer d'un temps plein à un temps partiel impliquant une perte de revenus (cf. encadré en 1.1.5.4). Pour autant, un programme, semblable en partie à celui proposé par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP),⁹² permettant de libérer les candidats au doctorat apparaît être une solution équilibrée. Le financement viserait ainsi à soutenir le remplacement du doctorant au sein de sa structure d'exercice. Sur la base actuelle des grilles salariales de la fonction publique hospitalière pour les infirmiers, la mission propose qu'une subvention de 50 k€/an soit attribué pour supporter le remplacement du doctorant sur trois années (cela correspond à 150 k€ sur une formation doctorale complète). En miroir du programme proposé précédemment, la mission suggère que 30 à 60 subventions puissent être distribuées sur une période identique. Le coût de ce programme serait alors de 4,5 M€ pour 30 subventions jusqu'à 9 M€ pour 60 subventions (voir annexe 3 pour la ventilation complète du programme). La sélection des candidats au doctorat pourrait suivre le même processus piloté au niveau national que pour le programme décrit précédemment.

Recommandation n°13 (MESR/MSP) Mettre en place deux programmes de contrats doctoraux pluriannuels dès 2024 sur financement du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) et du ministère de la santé et de la prévention (MSP). Le premier serait à destination des étudiants engagés dans un parcours linéaire de formation et le second pour les formateurs et les professionnels en exercice clinique hospitalier.

⁹² Le programme de doctorat en recherche paramédicale et maïeutique est réservé aux personnels de l'AP-HP titulaire d'un master. Il propose de libérer le candidat à la thèse pendant un an, renouvelable deux fois, et de financer, en fonction du grade du candidat, un CDD afin de pourvoir au remplacement du candidat. Ainsi le candidat à la thèse est libéré de ses activités professionnelles pendant un à trois ans, à temps plein sans perte de revenus. Ce programme de l'AP-HP est soutenu financièrement par le programme national Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP).

2.2.2 Reconnaître les compétences des paramédicaux assurant des missions d'enseignement ou d'activité de recherche après un parcours master et doctorat dans les établissements publics de santé

[221] À la différence du secteur privé où s'appliquent des conventions collectives, les établissements publics de santé ne disposent pas aujourd'hui de levier statutaire leur permettant de reconnaître les missions soit d'enseignement en instituts, soit de pilotage du déploiement de la recherche paramédicale confiées aux paramédicaux non-cadres mais diplômés d'un master ou d'un doctorat. Le seul corps de promotion pour les paramédicaux est celui de cadre de santé paramédical, avec le grade de cadre supérieur de santé paramédical. Les prérequis pour l'accès au corps supposent de justifier de quatre années d'exercice professionnel à temps plein dans la profession d'origine puis de valider la formation en IFCS.

[222] La mission a montré dans l'état des lieux que de nouveaux métiers apparaissent dans le contexte de l'universitarisation et du développement de la recherche paramédicale. Tel est ainsi le cas des coordonnateurs de la recherche paramédicale. En complémentarité et en collaboration avec les enseignants-chercheurs de chaque subdivision universitaire, il est également nécessaire d'accompagner le déploiement de ces nouvelles compétences. En institut de formation, la mission a également rencontré de nombreux paramédicaux « faisant fonction » de cadre formateur inscrits dans des parcours universitaires. L'accès, pour les titulaires d'un master, au 2ème grade du corps des infirmiers en soins généraux après concours sur titre, donc sans attendre de justifier les conditions d'ancienneté requise, permettrait de valoriser les parcours précoces et les missions confiées.

[223] Pour les titulaires d'un doctorat, les propositions statutaires mobilisables aujourd'hui sont le recrutement dans le corps des ingénieurs hospitaliers,⁹³ et ne permettent pas aux professionnels concernés de rester dans la filière soignante. Il est proposé plus loin (cf. recommandation n° 15) de créer une voie d'accès au grade de cadre supérieur de santé paramédical par concours sur titre d'un nouveau type (l'accès n'est ouvert à ce jour qu'aux cadres de santé).

2.2.3 Créer une maîtrise de stages universitaire pour les soins paramédicaux ambulatoires et valoriser le tutorat hospitalier

[224] La base légale du statut bi-appartenant paramédical est également l'occasion de créer une maîtrise de stages universitaires (MSU) de deuxième et troisième cycle en ambulatoire et de valoriser dans les établissements terrains de stage le tutorat hospitalier de deuxième cycle. Sur le modèle de la nouvelle disposition spécifique à la maïeutique, il peut être proposé pour l'ensemble des formations paramédicales concernées par un deuxième ou troisième cycle obligatoire ou facultatif : « Les étudiants de deuxième et de troisième cycle en soins paramédicaux peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de professionnels paramédicaux agréés maîtres de stage des universités, dans des conditions fixées par décret. Les conditions de

⁹³ Décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statut particulier du corps des ingénieurs de la fonction publique hospitalière et du corps des ingénieurs de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris - <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000703221>.

l'agrément des professionnels paramédicaux agréés maîtres de stage des universités, qui comprennent une formation obligatoire auprès de l'université de leur choix ou de tout autre organisme habilité, sont fixées par décret en Conseil d'État ».

[225] La médecine générale ambulatoire est organisée à 90 % en cabinet libéral, maisons de santé pluriprofessionnelles, le cas échéant universitaires, et autres structures d'exercice coordonné comprises, et à 10 % dans des structures de type centres de santé. Sur ce modèle, les stages ambulatoires des formations paramédicales et la maîtrise de stage universitaire associée sont à organiser et définir dans des cabinets paramédicaux quand ils existent, notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles précitées, le cas échéant universitaires, ou dans les centres de santé, dans des proportions à définir profession par profession et selon le développement de l'offre de stages ambulatoires.

[226] Aucune formation paramédicale ne comprend de troisième cycle obligatoire, et les seules professions citées pour être concernées par l'extension du statut d'étudiant hospitalier se situent dans un deuxième cycle obligatoire (cf. supra : kinésithérapeutes, orthophonistes, IPA, IBODE et puéricultrices). En revanche, la poursuite d'études facultative en deuxième ou troisième cycle doit désormais être intégrée dans la réflexion, avec une offre de stages ambulatoires chaque fois que cela est pertinent.⁹⁴ Pour prendre ce seul exemple, les formations infirmières de niveau master, notamment IPA et puéricultrices, mais également les parcours masters facultatifs et *a fortiori* doctoraux, doivent d'emblée être envisagés avec une maîtrise de stage universitaire et d'un tutorat hospitalier spécifique, de deuxième et troisième cycles. Cette recommandation doit couvrir tous les paramédicaux dans un souci de cohérence et pour les accompagner dans la formation par et pour la recherche et jusqu'aux emplois d'enseignants-chercheurs titulaires, non-titulaires ou associés.

[227] L'indemnisation des MSU paramédicaux sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de ville reste à définir, et la reconnaissance du tutorat hospitalier de deuxième ou troisième cycle passe *a priori* par la voie indemnitaire. Le niveau et les modalités de formation des tuteurs restent également à préciser, et pouvant dans les deux cas concerner au premier chef les enseignants-chercheurs titulaires et non-titulaires paramédicaux, comme dans les professions médicales.

Recommandation n°14 (MSP) Créer la base légale prévoyant une maîtrise de stage universitaire paramédicale de deuxième et troisième cycle, financée sur l'ONDAM de ville.

[228] Enfin, la mission considère que dans la fonction publique hospitalière, la reconnaissance d'un master recherche ou d'un doctorat peut et doit être reconnue statutairement, en complément du tutorat évoqué : les corps paramédicaux de niveau licence, principalement le statut des infirmières en soins généraux et spécialisées (ISGS), sont tous organisés en deux grades, le second étant atteint par promotion à l'ancienneté ; ce second grade pourrait également être accessible sur concours sur titres,⁹⁵ ouvert sous condition de master et pour mission d'expertise spécifique.

⁹⁴ Les IADE et IBODE sont deux professions exclusivement salariées, en secteur public ou privé.

⁹⁵ Le décret portant statut particulier des ISGS n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 comprend un article 7 indiquant que l'accès au deuxième grade est ouvert par concours sur titres aux titulaires des diplômes d'état

Recommandation n°15 (MSP) Ouvrir le deuxième grade des corps paramédicaux de niveau licence aux titulaires d'un master par un nouveau concours sur titres.

[229] Pour les corps de niveau master, de type IPA, ou kinésithérapeute ou orthophoniste, le concours de cadre supérieur de santé paramédical pourrait également être ouvert aux non-cadres titulaires d'un doctorat,⁹⁶ également sur mission d'expertise spécifique, compatible avec une activité clinique, solution préférable au corps d'ingénieur de la FPH. Ces nouveaux partages de mission soulèvent, comme un futur corps bi-appartenant paramédical, des questions de temps de travail et de gardes et astreintes qui doivent être repensées de façon adaptée à ces profils paramédicaux.

Recommandation n°16 (MSP) Ouvrir l'accès au grade de cadre supérieur paramédical de santé de la FPH aux non-cadres titulaires d'un doctorat.

2.2.4 Assurer la visibilité du doctorat par la création de mentions en lien avec les sections 91 et 92 du CNU

[230] Au cours des entretiens menés par la mission auprès de formateurs engagés dans une activité de recherche, il a été fréquemment mentionné le désir de concrétiser cette activité par la préparation d'un doctorat d'université. Parmi les nombreux freins signalés et décrits dans cette partie, la question de la spécialité du doctorat (ou mention) a été soulevée, dont la définition « relève de la compétence de chaque établissement »⁹⁷. Nombre des formateurs entendus souhaiteraient s'engager dans un doctorat sous réserve que celui-ci concrétise nommément leur activité clinique et marque une continuité avec leur formation initiale, sous-entendu obtenir un doctorat avec une mention sciences infirmières par exemple. Contrairement à celles d'autres pays comme le Canada, il n'existe pas de doctorat dont la mention puisse prolonger celles des formations initiales dans les universités françaises. La mission l'a relevé à plusieurs reprises, à ce jour, les titulaires d'une thèse possèdent un doctorat dont la mention est souvent liée aux sciences de l'éducation.

[231] La création d'une spécialité de doctorat en sciences infirmières et d'une mention de doctorat en sciences de la rééducation et de la réadaptation, en lien avec les sections 91 et 92 du CNU, pourrait ainsi donner une impulsion supplémentaire. Dans un parcours de formation LMD, c'est un moyen de rendre visible ces nouvelles disciplines de recherche et les rendre attractives auprès des récents diplômés des formations paramédicales, et de favoriser par la même occasion

de deux spécialités infirmières (bloc opératoire et puéricultrices) ; il peut être complété d'un concours sur titres ouvert sur mission spécifique aux infirmiers en soins généraux du premier grade titulaires d'un master.

⁹⁶ Le décret portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la FPH N°2012-1466 du 26 décembre 2012 ne prévoit actuellement que la promotion des cadres de santé paramédicaux au grade de cadre supérieur (article 17) : il peut être complété d'un accès direct des professionnels paramédicaux non-cadres et titulaires d'un doctorat, sur le modèle du décret portant statut particulier du corps des ingénieurs de la FPH dont le concours externe sur titres est ouvert aux titulaires d'un doctorat depuis un arrêté du 13 août 2020 relatif à l'épreuve adaptée qui leur est destinée.

⁹⁷ En application de l'article 5 de l'arrêté du 15 mai 2016 modifié fixant le cadre national de la formation conduisant au diplôme national de doctorat. Les écoles doctorales sont évaluées par le HCERES et chaque université est accréditée pour les spécialités de doctorat qu'elle délivre.

la constitution d'un vivier d'enseignants-chercheurs (et de chercheurs), facilement identifiable, pouvant s'inscrire dans ces sections du CNU.

[232] Ces mentions de doctorat pourraient être créées, comme le permet l'arrêté du 26 août 2022,⁹⁸ soit à l'initiative des responsables d'écoles doctorales dont le thème est en lien avec la santé, soit à l'initiative de la gouvernance de l'université pour renforcer la dynamique du processus d'universitarisation des formations paramédicales. La création de ces mentions nécessite que les universités délivrent également des diplômes de master (ou avec grade de master) dans les champs disciplinaires correspondants.

[233] La création de ces mentions implique également que les universités abritent en leur sein des unités de recherche permettant la bonne réalisation des travaux de recherche des candidats au doctorat dans ces mentions, et que l'effectif enseignants-chercheurs, chercheurs dans ces disciplines est suffisant pour répondre aux critères d'un bon encadrement doctoral.

Recommandation n°17 (MESR) Encourager les universités avec composante santé à créer des mentions du diplôme national de doctorat en lien avec les dénominations des sections 91 et 92.

2.3 La diversité et la complémentarité des profils et des statuts doivent répondre aux enjeux de la poursuite de l'universitarisation

[234] L'entrée dans le processus d'universitarisation des professions paramédicales bouscule le modèle historique de la composition des équipes pédagogiques. Homogène dans l'ensemble des instituts de formation, elle est composée d'un directeur de soins, d'un cadre supérieur de santé, adjoint au directeur, de cadres formateurs et de personnels administratifs. Dans un contexte de fortes évolutions du système de formation et de tensions sur l'attractivité de certains métiers, les organisations peuvent varier, un directeur peut se voir confier l'animation de plusieurs instituts, ce qui nécessite des adaptations d'organisation au sein des équipes. Le directeur et les cadres formateurs voient de même leurs rôles et leurs activités questionnés au regard des attentes liées au contexte d'intégration universitaire.

2.3.1 La mixité des profils doit être construite autour d'un programme volontariste de recrutement d'enseignants-chercheurs

[235] Accompagner l'évolution des formations paramédicales s'inscrivant dans le schéma LMD suppose une complémentarité des profils constituant les équipes de direction et pédagogiques au sein de ces instituts. La convergence de cultures pédagogiques et de gouvernances différentes est intrinsèque au rapprochement entre instituts et universités : il nécessite l'apport d'enseignants-chercheurs paramédicaux. Les visites réalisées en région ont montré que le processus d'universitarisation passait d'abord par une harmonisation pédagogique entre les instituts et l'université de rattachement. Cette première phase d'acculturation réciproque a été rendue possible tant par les responsables d'instituts et les formateurs, que par la participation

⁹⁸ Arrêté du 26 août 2022 modifiant l'arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046228965>.

d'enseignants-chercheurs, soit issus de ces disciplines et récemment recrutés, soit désireux de contribuer aux rapprochements pédagogiques et disciplinaires. La création progressive de départements au sein des facultés de santé contribue à ce rapprochement, tout en tenant compte des spécificités des instituts dont leur maillage territorial. Toutefois, la situation actuelle est encore hétérogène. Cela peut s'expliquer par des dynamiques différentes liées aux expérimentations en cours, comme par la présence encore faible d'enseignants-chercheurs issus de ces disciplines.

[236] Au-delà de l'harmonisation des contenus pédagogiques et de la mise en œuvre de bonnes pratiques universitaires comme les modalités de contrôle des connaissances et des compétences (MCCC), la présence d'enseignants-chercheurs est notamment un moyen de susciter une appétence pour la recherche des formateurs, comme de certains étudiants, et donc de susciter des vocations tout en garantissant le caractère professionnalisant porté par les formateurs. L'engagement de l'État pour le recrutement d'enseignants-chercheurs titulaires et associés, ainsi que pour la constitution d'un vivier soit par l'accompagnement au doctorat, soit par la création de postes d'enseignant clinique universitaire (ECU) est une nécessité et doit faire l'objet d'un plan budgétaire pluriannuel.

[237] Ce plan budgétaire pluriannuel de recrutement d'EC titulaires et associés, comme d'ECU (non titulaires) doit s'étendre sur une période débutant septembre 2024 pour s'achever en 2030 couvrant ainsi la période des deux programmes doctoraux décrits précédemment dans ce rapport. Afin de répondre aux enjeux d'harmonisation pédagogiques, de croissance du nombre d'étudiants dans ces formations, et d'assurer l'émergence d'une activité de recherche fructueuse couvrant toutes les disciplines paramédicales, la mission propose que pour chaque université à composante santé (soit dans le futur 34 établissements) soient recrutés sur sept ans, quatre EC titulaires, six PAST/MAST et huit ECU. Cette mesure, sur la base des salaires chargés actuelle, correspond à un budget global en année pleine (c'est-à-dire en 2031) de 34,34 M€. Une trajectoire de recrutement est proposée en annexe 3 ainsi que sa traduction financière.

Recommandation n°18 (MESR/MSP) Mettre en place un programme pluriannuel (sur sept ans) de recrutement d'enseignants-chercheurs bi-appartenants cliniques titulaires et associés, ainsi que d'ECU, pour les sections 91 et 92.

2.3.2 Des statuts universitaires adaptés à l'accueil des formateurs doivent être proposés dans le cas d'une intégration organique

[238] Dans le cas d'une intégration organique d'une ou plusieurs formations paramédicales souhaitée par les acteurs, la question d'un statut universitaire pour les directeurs d'instituts comme pour les formateurs se pose. En effet, l'ensemble des directeurs et des formateurs n'a pas vocation à devenir enseignant-chercheur titulaire ou non titulaire en raison de leur parcours de formation comme de leurs aspirations. Différentes hypothèses peuvent être envisagées :

- la création pour les formateurs d'un statut d'enseignants affectés dans l'enseignement supérieur⁹⁹ suivant un mécanisme inspiré des professeurs du premier et second degré agrégés ou certifiés de l'enseignement public ;
- le recrutement, par voie de détachement, sur des contrats à durée indéterminée (CDI) dits loi relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU) suivant l'article L. 954-3 du Code de l'éducation, créé par l'article 19 de la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 ;
- la poursuite des mises à disposition (MAD), dont les difficultés en termes de gestion ont été présentées et qui ne peuvent être que transitoires ;
- l'ouverture de l'accès aux fonctions d'ingénieurs et personnels techniques de recherche et de formation (ITRF).

[239] Bien qu'intéressante, la mission a écarté la première option car celle-ci présente une très grande complexité de mise en œuvre et ne correspond pas à la fonction principale des intéressés, les directeurs d'institut n'ayant pas majoritairement une charge d'enseignement.

[240] L'usage des CDI dits LRU permet aux présidents d'université de recruter des contractuels pour assurer des fonctions de recherche, d'enseignement ou d'enseignement et de recherche, ce qui correspond, en incluant la part des tâches administratives associées, aux missions des directeurs et formateurs.

[241] L'accès au statut d'ITRF¹⁰⁰ apparaît pouvoir offrir des perspectives intéressantes et cohérentes en termes de métiers et compétences. En effet, les missions afférentes à ce corps peuvent couvrir l'ensemble des activités pédagogiques, administratives et de recherche des formateurs et des directeurs. Cependant à ce jour, il n'existe pas de branche d'activité professionnelle (BAP), ni de famille d'activité professionnelle ou d'emplois-type pouvant les accueillir.¹⁰¹

[242] Alors que les ministères de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont engagé une réflexion sur les perspectives d'évolution de la filière des ingénieurs et personnels techniques de recherche et formation, l'hypothèse de la création d'une nouvelle branche d'activité professionnelle (BAP) permettant de répondre aux besoins RH liés à l'universitarisation des formations paramédicales mériterait d'être analysée.

⁹⁹ Note de la DGRH - Enseignement supérieur - n° 1 - Janvier 2019 Les enseignants titulaires du second degré affectés dans les établissements d'enseignement supérieur du MESRI en 2018 ; Note DGRH Janvier 2019 Les enseignants du second degré affectés dans l'enseignement supérieur en 2018 (002).pdf

¹⁰⁰ Décret n°85-1534 du 31 décembre 1985 fixant les dispositions statutaires applicables aux ingénieurs et aux personnels techniques et administratifs de recherche et de formation du ministère chargé de l'enseignement supérieur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000337269>

¹⁰¹ Référentiel des emplois-types de la recherche et de l'enseignement supérieur : <https://data.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pages/referens/>

2.3.3 Des évolutions sont indispensables pour les futurs parcours de formation des directeurs et formateurs

[243] Ces évolutions questionnent également les profils actuels des directeurs d'instituts. Faut-il être directeur de soins, formés à l'EHESP pour diriger des instituts de formation paramédicaux ? D'autres profils universitaires, notamment enseignants-chercheurs, peuvent-ils y avoir leur place comme dans les instituts intégrés à l'université ? Répondre à la question nécessite d'interroger les compétences nécessaires et utiles pour la gestion de ces instituts, cela implique une évolution de la formation délivrée à l'EHESP afin de mieux répondre aux enjeux de l'universitarisation de la filière paramédicale. L'association des directeurs de soins (AFDS) auditionnée souligne que la fonction de directeur de soins recouvre « une expertise soignante, managériale ou pédagogique acquise au long de la carrière qui doit s'inscrire dans une complémentarité des compétences au sein d'équipes de direction ».

Recommandation n°19 (MSP/MESR) Mettre en place un adossement universitaire de la formation de directeur des soins par un parcours dans une équipe de recherche pour les candidats déjà titulaires d'un master.

[244] Le métier des formateurs se caractérise par des activités pédagogiques d'ingénierie de formation qui recouvrent un panel de missions variées ainsi que l'accompagnement des étudiants qui prend une place de plus en plus importante dans un contexte de précarisation d'une partie de la population étudiante.

[245] Ces perspectives conduisent à engager des réflexions dans l'ensemble des instituts de formation sur les compositions actuelles des équipes pédagogiques et sur les évolutions nécessaires adaptées à leur contexte. De telles évolutions appellent de façon urgente la consolidation de la formation des formateurs et l'accompagnement de ceux-ci dans l'obtention des diplômes de masters. Stéphane Le Bouler et l'équipe du Laboratoire d'idées santé et autonomie (LISA)¹⁰² dans leur article, « Refonte de la formation infirmière et si on passait directement aux travaux pratiques », pose le sujet de la consolidation de la formation des formateurs comme une évidence et un point stratégique dans l'avancée de l'intégration universitaire des professions paramédicales. Les instituts de formation des cadres de santé ne sont pas tous engagés dans des partenariats universitaires permettant l'obtention d'un master en sortie de formation, ce qui induit des comportements variables des professionnels qui souhaitent évoluer dans leur carrière et s'orientent pour certains dans le suivi d'un master sans envisager une formation en IFCS. Cette situation est par ailleurs pénalisante pour ces professionnels détenteurs d'un master qui n'est pas reconnu en tant que tel dans le statut de la fonction publique hospitalière.

Recommandation n°20 (MSP/MESR) Construire un dispositif national et régional d'accompagnement des directeurs et formateurs dans l'intégration pédagogique à l'université par de nouvelles organisations des équipes et une complémentarité des missions entre expertises en soin, enseignement et recherche.

¹⁰² Tribune publique en mai 2023 sur le site LISA.

Recommandation n°21 (MSP/MESR) Finaliser l'adossement au master 2 en management ou pédagogie des formations de cadre de santé des instituts et actualiser le référentiel de formation de 1995 en conséquence.

Recommandation n°22 (MSP/MESR) Discuter dans chaque région entre ARS et conseil régional dans le cadre du protocole État-Régions de 2022 un plan de formation et d'évolution des directeurs et formateurs en instituts en cohérence avec l'intégration pédagogique des instituts autour des départements paramédicaux.

2.3.4 Il faut mettre en cohérence la procédure d'agrément et les missions des directeurs d'instituts avec les progrès de l'universitarisation

[246] L'émergence de cadres de santé paramédicaux titulaires d'un doctorat doit être prise en compte. Comme la mission a pu l'écrire précédemment, il conviendrait de préciser les conditions d'agrément des directeurs d'instituts en raison des évolutions liées au processus d'universitarisation en cours et de leurs parcours de formation.

[247] En effet, malgré la nouvelle formulation de l'arrêté du 10 juin 2021 précisant les conditions d'agrément des directeurs d'institut publics et privés par les conseils régionaux, diversement interprétée par les conseils régionaux compétents, délivrant l'agrément après avis du directeur général (DG) de l'ARS, la DGOS continue de relayer auprès des services des ARS une interprétation stricte des conditions statutaires dans la FPH (voir en annexe 7 une note d'information aux ARS de 2023 reprenant l'argumentation ancienne figurant dans une instruction DGOS de 2010)..

[248] Par conséquent, il importe de clore ce débat en explicitant dans le décret statutaire des cadres de santé paramédicaux de la FPH qu'ils peuvent, à l'instar des directeurs de soins, également exercer les fonctions de directeur d'institut, dès lors qu'ils possèdent un doctorat.

Recommandation n°23 (MSP) Faire évoluer les textes statutaires de la FPH, particulièrement pour les cadres de santé paramédicaux, mettant en cohérence les différentes évolutions statutaires proposées et laissant les chefs d'établissement de santé, dans leur autonomie de gestion, confier la responsabilité de diriger un institut de formation soit à un directeur des soins soit à un cadre supérieur titulaire d'un doctorat.

2.3.5 Le versement du complément de traitement indiciaire doit être sécurisé et étendu aux formateurs en mise à disposition

[249] Enfin, la situation des personnels mis à disposition au regard du complément de traitement indiciaire (CTI) Ségur a été soulignée par plusieurs responsables rencontrés en région, comme potentiellement bloquante. Cette question a été soumise à la DGOS, qui confirme qu'en l'état des dispositions légales (et réglementaires), le législateur a entendu réserver le complément de traitement indiciaire aux personnels sanitaires « au sein des établissements ».¹⁰³

¹⁰³ LFSS 2021 article 48 puis 2021 articles 42 et 43) « Un complément de traitement indiciaire est versé dans des conditions fixées par décret aux fonctionnaires et militaires exerçant leurs fonctions au sein : 1° Des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ; 2° Des

[250] Ces dispositions excluaient initialement les personnels des unités médico-sociales au sein des établissements, les personnels en formation professionnelle continue, points qui ont nécessité une modification en loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2021. Elles excluent toujours les personnels mis à disposition d'autres établissements, qu'il s'agisse de l'établissement français du sang (EFS), pour quelques centaines d'agents de la FPH, ou un effectif plus limité dans les instituts de formation universitaires en cas de MAD contre remboursement. Cette situation est jugée absurde sur le terrain, conduisant sauf exception les chefs d'établissement à considérer que ces personnels mis à disposition demeurent « au sein des établissements de santé », même s'ils exercent des missions d'infirmière ou de technicien de laboratoire à l'EFS, ou le même métier que leurs collègues formateurs ou secrétaires dans un institut de formation transféré à l'université. Pour des raisons sociales évidentes et d'équité ou de continuité, l'EFS ou l'université rembourse dans la plupart des cas le CTI sans s'interroger sur la régularité de son versement. Dans d'autres cas, pour certains instituts de formation, le refus du CHU de verser le CTI a conduit à revenir sur la dynamique d'intégration déjà effective à l'université d'une structure maïeutique, ou certains agents ont mis fin à la MAD qui leur était proposée.

[251] De même que la LFSS 2021 a corrigé les exclusions initiales,¹⁰⁴ notamment celles portant sur les agents en FPC qui n'étaient plus considérés « au sein de l'établissement », la mission préconise de ne pas multiplier les risques et difficultés et de corriger en LFSS ces exclusions.

Recommandation n°24 (MSP) Corriger la LFSS relative au complément de traitement indiciaire dit Séjur pour supprimer l'exclusion des personnels mis à disposition des instituts de formation intégrés à l'université.

[252] La proposition d'un statut d'enseignant-chercheur bi-appartenant clinique, titulaire ou non-titulaire, pour les paramédicaux, s'accompagne de créations de postes financées sur sept ans pour un montant estimé de 39 M€ en année pleine une fois la cible atteinte. Les mesures de soutien vers des parcours de recherche pour les étudiants paramédicaux de deuxième et troisième cycle et des professionnels de la fonction publique hospitalière représentent un coût total estimé de 60 M€.

[253] Le budget total des propositions avancées par la mission avoisine donc les 100 M€. Il est à mettre en perspective d'une part des autres dépenses actuellement engagées pour répondre aux défis de santé publique, et d'autre part des besoins exprimés en termes de formation et d'encadrement des étudiants paramédicaux et du développement d'une recherche dynamique. Ces mesures sont de nature à structurer autour de départements universitaires de façon pérenne les disciplines paramédicales dotées d'enseignants-chercheurs en effectifs suffisants pour renforcer l'encadrement des 140 000 étudiants paramédicaux dont le système de santé a besoin.

groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 du même code ; » Voir également le décret n°2020-1152 du 19 septembre 2020 modifié.

¹⁰⁴ « F.-Par dérogation [...], un complément de traitement indiciaire est versé aux agents de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social. Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente versé au titre des mêmes A et B aux militaires, aux fonctionnaires de l'État, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État est maintenu_lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social ».

Elles sont aussi un levier face aux difficultés d'attractivité et de fidélisation des étudiants et professionnels et visent à renforcer la place de la France dans la recherche mondiale en santé et en soins.

Hélène MOULIN-RODARIE

Nadiège BAILLE

Anne-Marie ROMULUS

Françoise ZANTMAN

Pierre VAN DE WEGHE

Jean DEBEAUPUIS

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 Références législatives et réglementaires
- ANNEXE 2 Données de l'enquête menée par la mission
- ANNEXE 3 Estimation budgétaire des mesures proposées
- ANNEXE 4 Départements paramédicaux au sein des facultés de santé
- ANNEXE 5 Focus sur les expérimentations rencontrées en région
- ANNEXE 6 Données sur les instituts et structures de formation paramédicale
- ANNEXE 7 Agrément des directeurs d'instituts

ANNEXE 1 : Références législatives et règlementaires

1. Principales références concernant les formations

Les formations paramédicales universitarisées entre 2009 et 2015 sont les suivantes :

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État (DE) infirmier

Décret 2010 - 1123 du 23 septembre 2010 conférant le garde de licence aux titulaires du diplôme d'État infirmier

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Arrêté du 14 juin 2012 modifié relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale

Arrêté du 5 juillet 2012 modifié relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue

Arrêté du 23 juillet 2012 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier-anesthésiste

Décret n°2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études d'orthophonie

Arrêté du 2 septembre 2015 modifié relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

2. Les différents statuts mixtes actuels dans l'enseignement supérieur et la recherche (MESR)

Les personnels hospitalo-universitaires relevant du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires

Les enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires, qui exercent leurs activités à la fois à l'université et à l'hôpital, se distinguent principalement des enseignants-chercheurs mono-appartenants relevant du décret n° 84-431 du 6 juin 1984 par leur fonction hospitalière qui s'ajoute, statutairement et donc de droit, à celles d'enseignement et de recherche. Avant de devenir maître de conférences hospitalo-universitaire ou professeurs, ils exercent généralement en tant que personnels hospitalo-universitaires non titulaires.

Du fait d'un exercice à hôpital et à l'université, cela implique une gestion particulière par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) et par le ministère de la santé et de la prévention (MSP). Ce double pilotage national est une réalité forte qui trouve son fondement dans une disposition légale à l'article L 713-4 du code de l'éducation : « *La révision des effectifs enseignants et hospitaliers prend en compte les besoins de santé publique, d'une part, et d'enseignement et de recherche, d'autre part* », et au dernier alinéa de l'article L 952-21 qui précise que : « *Les effectifs du personnel faisant l'objet du présent article sont fixés, pour chaque centre et*

pour chaque catégorie, par décision commune des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ».

Cela a pour conséquence une publication des postes par arrêté signé des deux ministres qui intervient à l'issue d'un dialogue associant les présidences d'université, les doyens des facultés de médecine (ou de santé) et les agences régionales de santé (ARS) réunis par les conseillers santé ministériels. Chaque année, les ouvertures d'emplois par centre hospitalier universitaire (CHU) - et les redistributions éventuelles entre disciplines et CHU - sont à l'issue de cette procédure dite « révision annuelle des effectifs » validées au niveau ministériel.

Ce dispositif est donc propre aux disciplines de santé (y inclus les enseignants-chercheurs de médecine générale) et singulier car dans toutes les autres disciplines, depuis la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU), la masse salariale a été transférée aux universités et le ministère n'intervient plus dans les créations ou suppressions d'emplois.

Le rôle prépondérant du CNU dans les recrutements est fixé par le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines de santé est également à souligner. Les sections ou sous-sections santé si elles constituent les jurys des concours de recrutement se prononcent sur les mesures individuelles relatives à la carrière des professeurs des universités (PR) et des maîtres de conférences (MCF). Les possibilités de promotion sont à « à leur unique main », sans répartition des contingents entre les instances des établissements et le CNU comme cela est le cas pour les EC mono-appartenants. Elle instruit les demandes d'attribution de prime d'encadrement doctorale et de recherche (PEDR) alors que cette prime a été repensée et revalorisée dans un système plus global pour les enseignants-chercheurs des autres disciplines, baptisé régime indemnitaire des EC (RIPEC) laissant davantage d'autonomie aux établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP).

Les sections du CNU santé ont également un rôle supplémentaire au regard des missions de toutes les autres sections ; elles sont les seules à pouvoir instruire une demande de changement de rattachement à une discipline.

Le vivier principal pour accéder aux emplois de maître de conférences – praticien hospitalier (MCU-PH) et de professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH) est constitué des praticiens qui répondent aux conditions fixées à l'article 45 du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires. Cet article précise que les MCU-PH sont recrutés par la voie de concours nationaux organisés par discipline par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé avec :

« 1° Un premier concours est ouvert aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, aux anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, aux assistants hospitaliers universitaires, aux anciens assistants hospitaliers universitaires, aux praticiens hospitaliers universitaires, aux anciens praticiens hospitaliers universitaires, aux maîtres de conférences des disciplines pharmaceutiques et aux professeurs des universités des disciplines pharmaceutiques justifiant d'au moins un an d'exercice effectif de fonctions en l'une de ces qualités et titulaires du diplôme national de master ou de tout titre ou diplôme conférant le grade de master ;

2° Un second concours portant sur un tiers au plus des postes mis au recrutement est ouvert aux candidats qui ne remplissent pas les conditions définies au 1° et sont titulaires du doctorat prévu à l'article L. 612-7 du code de l'éducation ou d'un diplôme admis en équivalence dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur (...) ».

L'arrêté d'ouverture pour 2023 offre dix postes ouverts au titre de l'article 45 (type 2) parmi les 190 emplois de MCF ouverts en médecine.

La rémunération des hospitalo-universitaires (HU) s'appuie classiquement sur une grille indiciaire dont le niveau terminal est en hors échelle A (HEA3 soit 4 714,23 euros) pour le MCU-PH et est en hors échelle E pour les PU-PH (HEE2 soit 6 445,69 euros brut mensuel) ainsi que sur des émoluments hospitaliers compris en 34 177,06 euros (échelon 1 MCU-PH) et 60 030 euros (échelon 5 PU-PH).

Enfin, il apparaît que les personnels HU, dans l'exercice du triptyque singulier des missions qui leur sont confiées, auquel s'ajoutent très souvent des fonctions d'encadrement et de gestion, peuvent se trouver confrontés parfois à des difficultés d'équilibre face à l'importance des attendus, la fonction de soins pouvant prendre le pas sur la recherche et l'enseignement ou inversement. Comme le soulignait un rapport de l'IGAENR et de l'IGAS qui dressait un état des lieux du statut des différentes catégories de modes de gestion des personnels hospitalo-universitaires de médecine, « *la répartition des tâches entre ces différentes missions n'est pas uniforme et peut varier tout au long de la carrière* ». *La mission concluait qu'« il conviendrait de l'apprécier sur la durée d'une carrière et au sein d'un service, ou d'une équipe » en faisant également référence au rapport « Marescaux »*¹⁰⁵ de juin 2009 qui préconisait une « approche collective » de la triple mission.

Les personnels hospitalo-universitaires relevant du décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale

Les enseignants-chercheurs de médecine générale, soumis aux dispositions des enseignants-chercheurs mono-appartenants relevant du décret du 6 juin 1984 et dont la gestion de la carrière est encadrée par le CNU Santé (sous-section 53-03) doivent, en plus des missions d'enseignement et de recherche, assurer des fonctions de soins exercées en médecine générale et ambulatoire. Cette obligation est prévue statutairement dans le décret de 2008. Et plus récemment afin de cadrer leur obligation d'enseignement tout en tenant compte de l'activité clinique et de l'impérieuse nécessité de conserver un temps pour une activité de recherche, ces enseignants-chercheurs sont soumis à une obligation réglementaire de service de 96 heures équivalents travaux dirigés (ou 64 heures équivalents cours) par an contre 192 pour les autres EC mono-appartenants.

En 2020, 40 maîtres de conférences (MCU-MG) et 45 professeurs des universités (PU-MG) relèvent de la médecine générale dans ce statut.

La première nomination d'un MCU-MG est intervenue en 2011, alors que les dix premiers professeurs des universités de médecine générale ont été titularisés par voie d'intégration dès 2009. Pour cela une commission nationale d'intégration avait été mise en place par arrêté dès 2008. Par voie du concours, ont été ensuite nommés des professeurs à partir de 2013.

Dans le même temps, en 2012, pour permettre de développer les carrières universitaires, un statut de post-clinical avait été permis à des nommer des chefs de clinique universitaire en médecine générale (CCU-MG). Dès 2016 le ministère avait créé une quarantaine de postes de CCU-MG pour accompagner le développement de la discipline et les trajectoires vers l'université partant du

¹⁰⁵

<https://www.vie-publique.fr/rapport/30450-rapport-de-la-commission-sur-l-avenir-des-centres-hospitaliers-universitaires>

postulat que le CCU-MG est la porte d'entrée dans la filière universitaire en tant que titulaire ou associé. Au 1er janvier 2022, les enseignants chercheurs associés de MG sont au nombre de 144. La durée du contrat sous ce statut ne peut excéder huit ans suite à une évolution récente des dispositions. La rémunération annuelle brute des chefs de clinique de médecine générale est de 17 508,16 euros puis 20 388,18 euros (après deux ans de fonctions).

Les conditions pour postuler un emploi de maître de conférences des universités de médecine générale fixent trois prérequis :

« 1° Être titulaires du doctorat ou de diplômes équivalents dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

2° Avoir exercé pendant au moins deux ans soit des fonctions de chef de clinique des universités de médecine générale, soit des fonctions de chef de clinique associé des universités dans la discipline médecine générale, soit des fonctions de maître de conférences associé à mi-temps de médecine générale ;

3° Exercer une activité de soins en médecine générale et ambulatoire, selon des modalités précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé ».

Ils exercent de façon indissociable à temps plein des missions de soin, d'enseignement et de recherche. Concernant la valence soin en pratique ambulatoire, l'exercice d'une activité strictement hospitalière est impossible.

3. La formation en maïeutique

La formation en maïeutique relève de la loi de 2004 et du financement régional avec des dispositions spécifiques, jusqu'à l'entrée en vigueur fixée au 1^{er} septembre 2027 des dispositions de la loi n°2023-29 du 25 mars 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme. La formation initiale, historiquement délivrée par des écoles rattachées aux établissements de santé, CHU pour la plupart, comportait d'emblée certains caractères universitaires, le recrutement par une première année commune aux études de santé et un diplôme d'État de sage-femme, diplôme national de l'enseignement supérieur délivré par l'université. Comme pour les autres formations médicales, les deux premiers cycles de formation initiale ont été inscrits dans le schéma LMD en 2013, avec une structuration identique : un diplôme de formation générale en trois ans reconnu au grade de licence et un diplôme de formation approfondi en sciences maïeutiques en deux ans reconnu au grade de master.

L'intégration à l'université de la formation de sage-femme a par ailleurs été rendue possible par l'article L4151-7-1 du code de la santé publique¹⁰⁶ sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation, qui restait de la compétence régionale. En 2021, il était effectif pour six structures de formation maïeutique et était en cours pour au moins quatre autres, sur 35 structures de formation. À la date de ce rapport, selon l'état des lieux de la mission, environ un tiers des structures de formation maïeutique sont donc intégrées organiquement à l'université qui porte le budget de la structure, en dépenses et en recettes. L'université assure le dialogue de gestion direct et exclusif avec le conseil régional, les

¹⁰⁶ Issu de l'article 60 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST.

CHU concernés n'étant en pratique concernés que par la mise à disposition contre remboursement de tout ou partie des personnels initiaux de la structure.

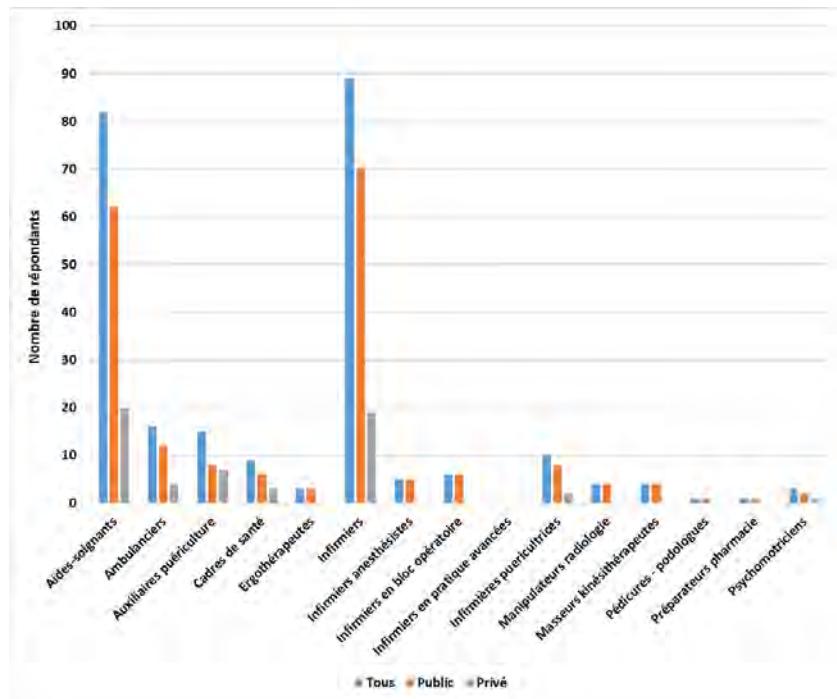
La section 90 a pu indiquer après enquête que 80 % d'enseignants-chercheurs¹⁰⁷ en section maïeutique étaient satisfaits de la situation de cumul qui atteint rarement un mi-temps (deux sont à 20 % en cumul, deux à 30 % et seulement un à 50 %). Cela leur permet de réduire les écarts de rémunération unanimement déplorés par les acteurs interrogés par la mission.

¹⁰⁷ Parmi six enseignants –chercheurs (sur sept) ayant demandé et obtenu un cumul.

ANNEXE 2 : Données de l'enquête menée par la mission.

[254] Alors que le livre blanc du Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) dresse un état des lieux de l'activité des formateurs en institut de formation,¹⁰⁸ la mission a souhaité établir le profil des directeurs des instituts de formation, complétant ainsi les rares données fournies par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). Pour cela, la mission a établi un questionnaire en ligne adressé par le CEFIEC à ses instituts publics et privés adhérents, permettant de recevoir 105 réponses complètes correspondant à 80 directeurs d'instituts de formation ou responsables de formation soit un taux de réponse d'environ 25 %. Sur l'ensemble des répondants, 80 % exercent leur fonction au sein d'un institut public, et 86 % des IFSI répondants sont couplés avec un institut de formation d'aide-soignant.

Graphique 7 : Formations proposées dans les instituts dirigés par les répondants à l'enquête.



Source : La mission

¹⁰⁸ Une étude similaire conduite par la région Provence Alpes Côte d'Azur en 2023 porte sur l'ensemble des instituts de formations paramédicales et de sages-femmes, soit 26 IFSI et 21 autres instituts.

[255] Souvent considéré comme une troisième carrière, près de 68 % des répondants, directeurs d'instituts de formation, sont nés entre 1960 et 1969. Ces données collectées sont en accord avec les indications du CNG.

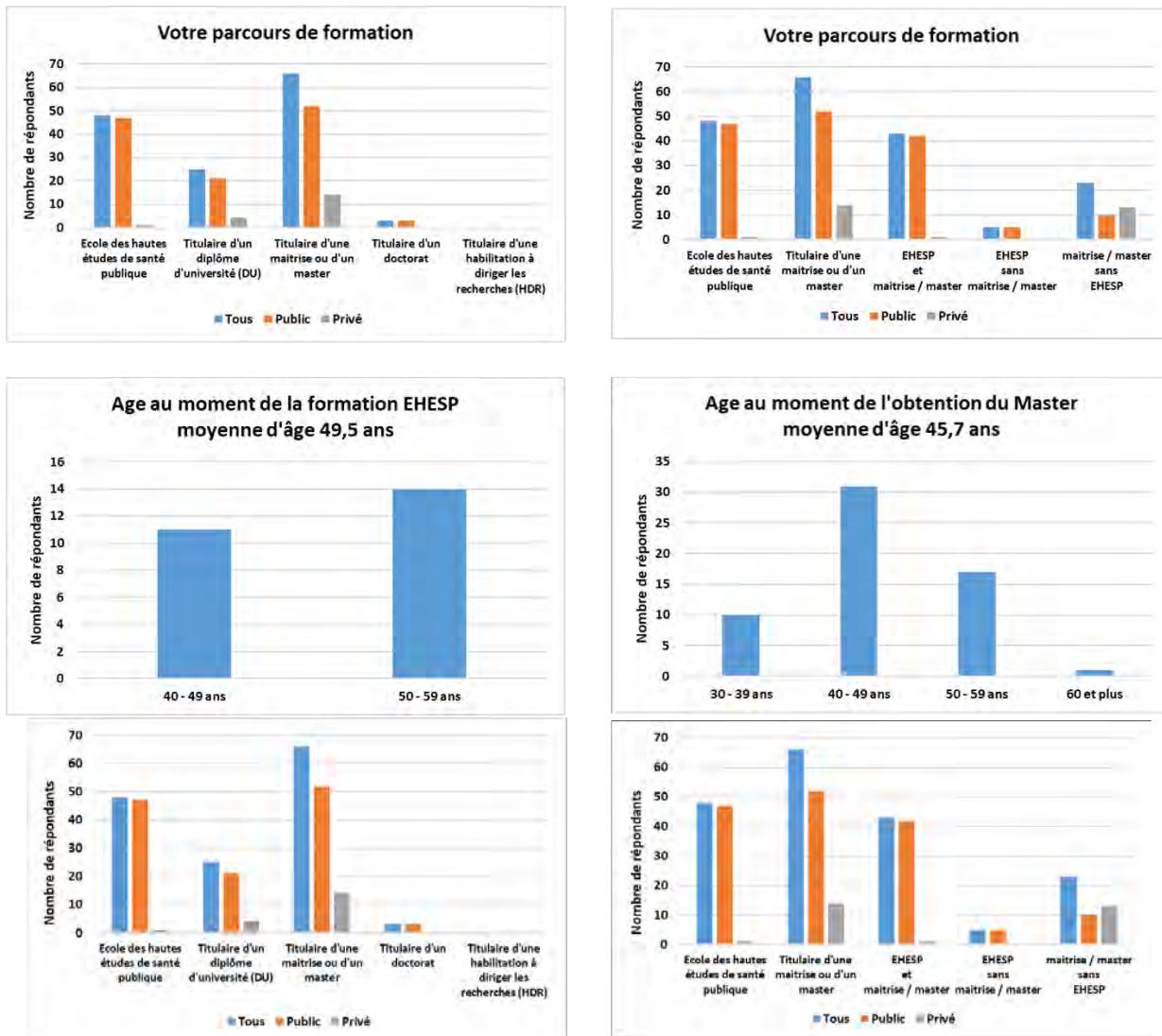
Graphique 8 : Pyramide des âges des directeurs d'instituts.



Source : *La mission*

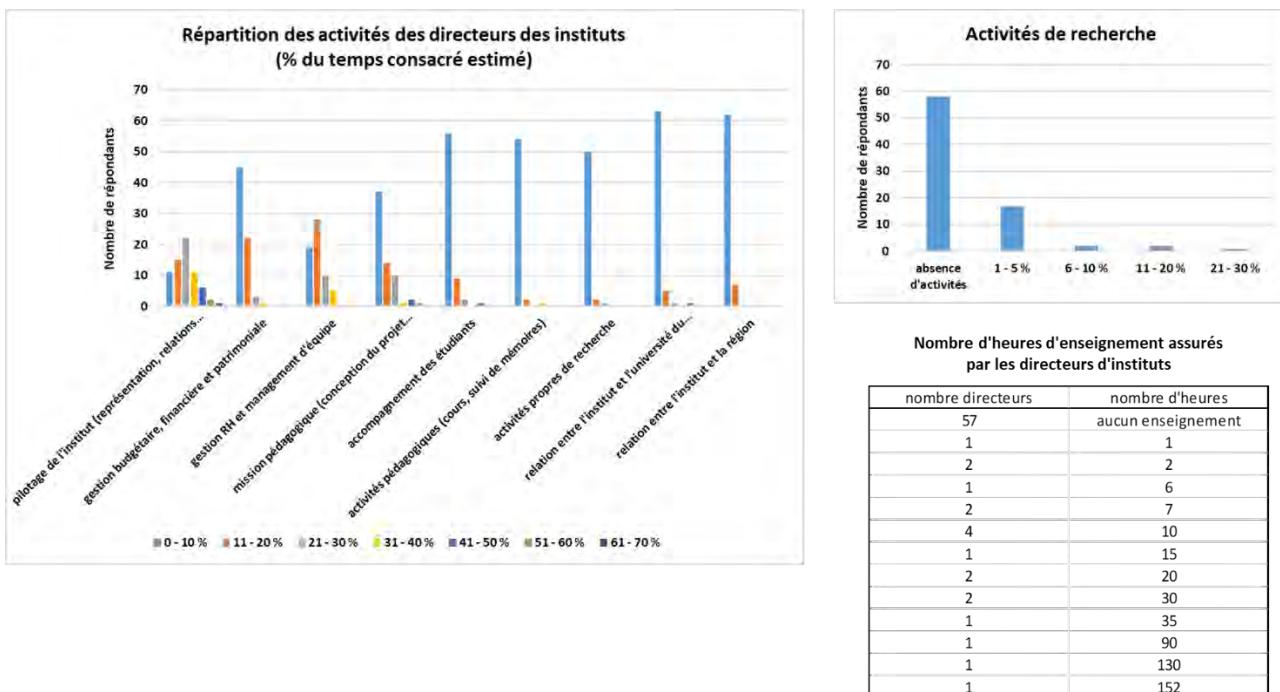
[256] L'enquête montre que la majorité des directeurs d'instituts ayant répondu à l'enquête de la mission sont titulaires d'un master ou directeurs des soins (Graphique n° 8). Seuls trois des répondants sont titulaires d'une thèse d'université, et aucun d'une habilitation à diriger les recherches (HDR). A noter que deux des répondants préparent actuellement un doctorat. Dans la description des très nombreuses activités menées par les directeurs de soins, cette absence de lien avec la recherche est confirmée ; 58 des répondants sur les 80 n'exercent pas d'activité de recherches, et une vingtaine témoigne y consacrer entre 1 et 5 % de leur temps. La très grande majorité du temps consacré à leur mission est répartie entre le pilotage de l'institut, la gestion budgétaire, financière et patrimoniale, et la gestion des ressources humaines (Graphique n° 9).

Graphique 9 : Parcours de formation des répondants



Source : La mission

Graphique 10 : Les activités des directeurs.

Source : *La mission*

Focus sur les encadrants à la Croix-Rouge française

La direction des métiers et des opérations de la Croix-Rouge française (CRF) a diligenté une enquête auprès des directeurs d'instituts des douze régions métropolitaines¹⁰⁹ en mai 2023 afin d'apprécier le niveau de diplôme des encadrants dans les instituts (directeurs, responsables pédagogiques, formateurs, chargés de formation). En plus de leur fonction pédagogique et fonction relative à la formation des étudiants, certains des formateurs et chargés de formation peuvent avoir des missions complémentaires : gestion de la mobilité internationale, référent handicap, référent e-formation, référent responsabilité sociétale des organisations, etc... Ils peuvent également participer à la promotion des métiers et des formations dans les lycées ou les forums.

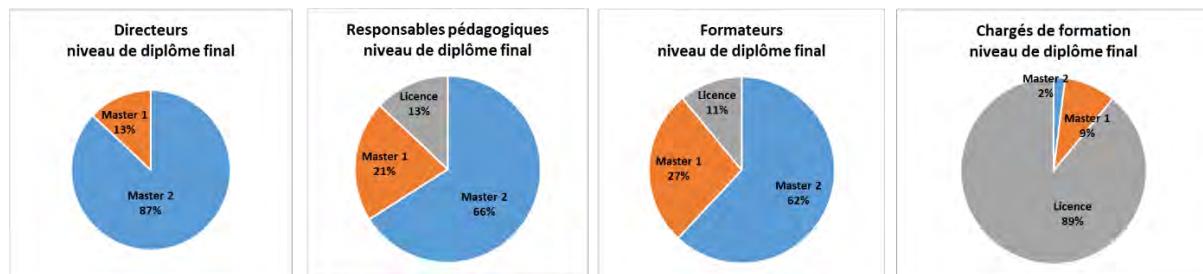
L'enquête a porté sur 882 encadrants, dont les emplois conventionnels sont répartis en 34 directeurs, 429 formateurs, 361 chargés de formation et 58 responsables pédagogiques. Parmi eux 805 ont renseigné le niveau de diplôme universitaire L, M, D, soit un taux de renseignement de 88 %. On compte six titulaires d'un doctorat : deux d'entre eux exercent la fonction de directeur d'institut, l'un est responsable pédagogique et trois autres sont formateurs. On observe que les niveaux master 2, master 1 et licence 3 sont atteints respectivement pour 38,5 %, 18,5 % et 38,7 % des répondants.

¹⁰⁹ L'enquête concerne les régions : Pays de la Loire, Bretagne, Provence Alpes Côte d'Azur, Nouvelle Aquitaine, Normandie, Centre Val de Loire, Occitanie, Hauts de France, Auvergne Rhône Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Grand est, Île de France.



Source : Données CRF, la mission

La distribution des responsabilités en fonction des niveaux M2, M1 et L au sein des instituts de formation montre que le niveau master 2 est atteint essentiellement par des directeurs et des formateurs, le niveau intermédiaire master 1 en grande partie par des formateurs.



Source : Données CRF, la mission

Sur les 800 réponses décrivant la qualification professionnelle des directeurs et des encadrants dans les instituts de la Croix Rouge, on compte 294 diplômés d'État infirmier sans qualification supplémentaire, 49 diplômés dans d'autres domaines paramédicaux sans qualification supplémentaire (aide-soignant, puéricultrice, sage-femme, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute) et 303 cadres de santé. Les autres encadrants déclarent un niveau de qualification professionnelle sous la forme d'un master ou d'un DU dans des champs variés de la santé des populations, du management des organisations, de la communication, de pathologies particulières, voire de pratiques particulières telles que la musicologie. Il est à noter que seulement un peu plus de la moitié des directeurs et des formateurs sont cadres de santé (respectivement 55,9 % et 57,8 %).

ANNEXE 3 : Estimation budgétaire des mesures proposées

1/ Evaluation du coût de l'extension du statut étudiant hospitalier aux étudiants paramédicaux.

Formation	Effectif total	Estimation de la part concernée	Effectif concerné
Masseurs-kinésithérapeutes	3 160	98%	3 097
Orthophonistes	955	100%	955
Infirmières puéricultrices	1 200	60%	720
IPA	800	10%	80
IBODE	800	10%	80
			4 932

Base : 260 € puis 320 € bruts mensuels sur deux ans, soit 7.000 € bruts et 10.000 € chargés à 44% (montants maïeutique cf annexe IV circulaire tarifaire annuelle DGOS)

D'éventuelles continuité d'études d'IDE en master, hors IPA et spécialités, ne sont pas intégrées.

La possibilité de faire un master à temps partiel est en effet courant pour les jeunes professionnels.

2/ Simulation budgétaire pour les contrats doctoraux

Cas des étudiants en formation doctorale dans une poursuite linéaire d'études.

Salaire mensuel chargé d'un doctorant en tenant compte des annonces faites dans le cadre de la loi de programmation de la recherche.

	2023	2024	2025	2026 et au-delà
Contrats doctoraux coût chargé	2755,47	2830,8	2965,6	3100,4

Source : DGESIP

Simulation pour 30 contrats doctoraux à compter d'octobre 2024 :

		Promotion 1 : année 1		Promotion 1 : année 2		Promotion 1 : année 3													
		10/2024 à 12/2024	01/2025 à 09/2025	10/2025 à 12/2025	01/2026 à 09/2026	10/2026 à 12/2026	01/2027 à 09/2027	01/2027 à 12/2027	01/2028 à 09/2028	10/2028 à 12/2028	01/2028 à 09/2029	Total							
Année de lancement	nombre CD	10	266904	88968	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	3320124	
oct-24	10	84924	266904	88968	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	1091890	
oct-25	10			88968	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	1112100	
oct-26	10				93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	1116144
Total	30	84924	266904	177936	558072	279036	837108	186024	558072	93012	279036	93012	279036	93012	279036	93012	279036	3320124	
		2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total											
	coût du programme	84924	444840	837108	1023132	651084	279036	3320124											

Source : La mission

RAPPORT IGAS N°2023-017R / IGESR N° 22-23 001

Simulation pour 60 contrats doctoraux à compter d'octobre 2024 :

Année de lancement	nombre CD	Promotion 1 : année 1		Promotion 1 : année 2		Promotion 1 : année 3		Promotion 2 : année 3		Promotion 3 : année 2		Promotion 3 : année 3		Total
				Promotion 2 : année 1		Promotion 2 : année 2		Promotion 3 : année 1		Promotion 3 : année 2		Promotion 3 : année 3		
		10/2024 à 12/2024	01/2025 à 09/2025	10/2025 à 12/2025	01/2026 à 09/2026	10/2026 à 12/2026	01/2027 à 09/2027	10/2027 à 12/2027	01/2028 à 09/2028	10/2028 à 12/2028	01/2028 à 09/2029	10/2028 à 12/2028	01/2028 à 09/2029	Total
oct-24	20	169848	533808	177936	558072	186024	558072	186024	558072	186024	558072	186024	558072	2183780
oct-25	20			177936	558072	186024	558072	186024	558072	186024	558072	186024	558072	2224200
oct-26	20					186024	558072	186024	558072	186024	558072	186024	558072	2232288
Total	60	169848	533808	355872	1116144	558072	1674216	372048	1116144	186024	558072	186024	558072	6640248
		2024	2025	2026	2027	2028	2029							
coût du programme		169848	889680	1674216	2046264	1302168	558072	6640248						

Source : La mission

RAPPORT IGAS N°2023-017R / IGESR N° 22-23 001

Cas des formateurs ou personnels hospitaliers en formation doctorale lors d'une seconde partie de carrière.

Sur la base d'une subvention de 50 k€/an (soit près de 4,17 k€/mois).

Simulation pour 30 contrats doctoraux à compter d'octobre 2024 :

Année de lancement	nombre CD	Promotion 1 : année 1		Promotion 1 : année 2		Promotion 1 : année 3		Promotion 2 : année 1		Promotion 2 : année 2		Promotion 2 : année 3		Promotion 3 : année 1		Promotion 3 : année 2		Promotion 3 : année 3		Total		
		10/2024 à 12/2024		01/2025 à 09/2025		10/2025 à 12/2025		01/2026 à 09/2026		10/2026 à 12/2026		01/2027 à 09/2027		10/2027 à 12/2027		01/2028 à 09/2028		10/2028 à 12/2028				
		oct-24	10	125000	375000	125000	375000	125000	375000	125000	375000	125000	375000	125000	375000	125000	375000	125000	375000	1500010		
oct-25	10					125000	375000													1500000		
oct-26	10							125000	375000											1500000		
Total	30	125000	375000	250000	750000	375000	1125000	250000	750000	125000	375000	4500000										
		2024	2025	2026	2027	2028	2029															
coût du programme		125000	625000	1125000	1375000	875000	375000															

Source : La mission

Simulation pour 60 contrats doctoraux à compter d'octobre 2024 :

Année de lancement	nombre CD	Promotion 1 : année 1		Promotion 1 : année 2		Promotion 1 : année 3		Promotion 2 : année 1		Promotion 2 : année 2		Promotion 2 : année 3		Promotion 3 : année 1		Promotion 3 : année 2		Promotion 3 : année 3		Total		
		10/2024 à 12/2024		01/2025 à 09/2025		10/2025 à 12/2025		01/2026 à 09/2026		10/2026 à 12/2026		01/2027 à 09/2027		10/2027 à 12/2027		01/2028 à 09/2028		10/2028 à 12/2028				
		oct-24	20	250000	750000	250000	750000	250000	750000	250000	750000	250000	750000	250000	750000	250000	750000	250000	750000	300020		
oct-25	20					250000	750000													3000000		
oct-26	20							250000	750000											3000000		
Total	60	250000	750000	500000	1500000	750000	2250000	2750000	1750000	750000	500000	1500000	250000	750000	250000	750000	250000	750000	9000000			
		2024	2025	2026	2027	2028	2029															
coût du programme		250000	1250000	2250000	2750000	1750000	750000															

Source : La mission

3/ Trajectoire budgétaire pour les postes d'EC, PAST/MAST et ECU

			COUT BUDGETAIRE																
			2024		2025		2026		2027		2028		2029		2030		2031		
	année	nombre de recrutés dans l'année	coût annuel par personne	sept à déc	jan à août	sept à déc	jan à août	sept à déc	jan à août	sept à déc	jan à août	sept à déc	jan à août	sept à déc	jan à août	sept à déc	jan à août		
EC	2024	19	80 000,00 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	
	2025	19	80 000,00 €			506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	
	2026	19	80 000,00 €					506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	
	2027	19	80 000,00 €							506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	
	2028	22	80 000,00 €									586 667 €	1 173 333 €	586 667 €	1 173 333 €	586 667 €	1 173 333 €	586 667 €	
	2029	19	80 000,00 €										506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €	506 667 €		
	2030	19	80 000,00 €											506 667 €	1 013 333 €	506 667 €	1 013 333 €		
Total EC (MESR)			136		506 667 €	1 013 333 €	1 013 333 €	2 026 667 €	1 520 000 €	3 040 000 €	2 026 667 €	4 053 333 €	2 613 333 €	5 226 667 €	3 120 000 €	6 240 000 €	3 626 667 €	7 253 333 €	3 626 667 €
EC	2024	19	35 000,00 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	
	2025	19	35 000,00 €			221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	
	2026	19	35 000,00 €					221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	
	2027	19	35 000,00 €							221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €	
	2028	22	35 000,00 €									256 667 €	513 333 €	256 667 €	513 333 €	256 667 €	513 333 €	256 667 €	
	2029	19	35 000,00 €										221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €	221 667 €		
	2030	19	35 000,00 €											221 667 €	443 333 €	221 667 €	443 333 €		
Total EC (Santé)			136		221 667 €	443 333 €	443 333 €	886 667 €	665 000 €	1 330 000 €	886 667 €	1 773 333 €	1 143 333 €	2 286 667 €	1 365 000 €	2 730 000 €	1 586 667 €	3 173 333 €	1 586 667 €
TOTAL EC			136		728 333 €	1 456 667 €	1 456 667 €	2 913 333 €	2 185 000 €	4 370 000 €	2 913 333 €	5 826 667 €	3 756 667 €	7 513 333 €	4 485 000 €	8 970 000 €	5 213 333 €	10 426 667 €	5 213 333 €
PAST/MAST	2024	29	45 000,00 €	435 000 €	870 000 €	435 000 €	870 000 €	435 000 €	870 000 €	435 000 €	870 000 €	435 000 €	870 000 €	435 000 €	870 000 €	435 000 €	870 000 €	435 000 €	
	2025	29	45 000,00 €			435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		435 000 €	
	2026	29	45 000,00 €					435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €	
	2027	29	45 000,00 €							435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		
	2028	30	45 000,00 €									450 000 €	900 000 €	450 000 €	900 000 €	450 000 €	900 000 €	450 000 €	
	2029	29	45 000,00 €									435 000 €	870 000 €		435 000 €	870 000 €		435 000 €	
	2030	29	45 000,00 €															435 000 €	
TOTAL PAST/MAST			204		435 000 €	870 000 €	870 000 €	1 740 000 €	1 305 000 €	2 610 000 €	1 740 000 €	3 480 000 €	2 190 000 €	4 380 000 €	2 625 000 €	5 250 000 €	3 060 000 €	6 120 000 €	3 060 000 €
ECU	2024	38	30 500,00 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	
	2025	38	30 500,00 €			386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	
	2026	38	30 500,00 €					386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	
	2027	38	30 500,00 €							386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €	
	2028	44	30 500,00 €									447 333 €	894 667 €	447 333 €	894 667 €	447 333 €	894 667 €	447 333 €	
	2029	38	30 500,00 €										386 333 €	772 667 €	386 333 €	772 667 €	386 333 €		
	2030	38	30 500,00 €															386 333 €	
Total ECU (MESR)			272		386 333 €	772 667 €	772 667 €	1 545 333 €	1 159 000 €	2 318 000 €	1 545 333 €	3 090 667 €	1 992 667 €	3 985 333 €	2 379 000 €	4 758 000 €	2 765 333 €	5 530 667 €	2 765 333 €
ECU	2024	38	21 500,00 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	
	2025	38	21 500,00 €			272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	
	2026	38	21 500,00 €					272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	
	2027	38	21 500,00 €							272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €	
	2028	44	21 500,00 €									315 333 €	630 667 €	315 333 €	630 667 €	315 333 €	630 667 €	315 333 €	
	2029	38	21 500,00 €										272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €	272 333 €		
	2030	38	21 500,00 €											272 333 €	544 667 €	272 333 €	544 667 €		
Total ECU (Santé)			272		272 333 €	544 667 €	544 667 €	1 089 333 €	817 000 €	1 634 000 €	1 089 333 €	2 178 667 €	1 404 667 €	2 809 333 €	1 677 000 €	3 354 000 €	1 949 333 €	3 898 667 €	1 949 333 €
TOTAL ECU			272		658 667 €	1 317 333 €	1 317 333 €	2 634 667 €	1 976 000 €	3 952 000 €	2 634 667 €	5 269 333 €	3 397 333 €	6 794 667 €	4 056 000 €	8 112 000 €	4 714 667 €	9 429 333 €	4 714 667 €
TOTAL BUDGET					1 822 000 €	3 644 000 €	3 644 000 €	7 288 000 €	5 466 000 €	10 932 000 €	7 288 000 €	14 576 000 €	9 344 000 €	18 688 000 €	11 166 000 €	22 332 000 €	12 988 000 €	25 976 000 €	12 988 000 €

EC = enseignant-chercheurs - coût = 80 k€/an (MESR) + 35 k€/an (émoluments) soit 115 k€/an		
PAST/MAST = professeur et maître de conférences associés - coût = 45 k€/an		
ECU = enseignant clinique universitaire - coût = 30,5 k€/an (MESR) + 21,5 k€/an (émoluments) soit 52 k€/an		
Calcul effectué sur une répartition à faire sur les 34 universités à composante santé		
Programme 2024-2030		
4 EC / UFR au total soit 136		
6 PAST/MAST / UFR au total soit 204		
8 ECU / UFR au total soit 272		

année	budget EC (MESR)	budget EC (MSP)	budget PAST/MAST	budget ECU (MESR)	budget ECU (MSP)	cout total budgétaire
2024	506 667 €	221 667 €	435 000 €	386 333 €	272 333 €	1 822 000 €
2025	2 026 667 €	886 667 €	1 740 000 €	1 545 333 €	1 089 333 €	7 288 000 €
2026	3 546 667 €	1 551 667 €	3 045 000 €	2 704 333 €	1 906 333 €	12 754 000 €
2027	5 066 667 €	2 216 667 €	4 350 000 €	3 863 333 €	2 723 333 €	18 220 000 €
2028	6 666 667 €	2 916 667 €	5 670 000 €	5 083 333 €	3 583 333 €	23 920 000 €
2029	8 346 667 €	3 651 667 €	7 005 000 €	6 364 333 €	4 486 333 €	29 854 000 €
2030	9 866 667 €	4 316 667 €	8 310 000 €	7 523 333 €	5 303 333 €	35 320 000 €
2031	10 880 000 €	4 760 000 €	9 180 000 €	8 296 000 €	5 848 000 €	38 964 000 €

ANNEXE 4 : Départements paramédicaux au sein des facultés de santé

[257] Sous réserve d'avoir pu recenser avec exactitudes l'organisation des universités à composantes, la mission a dressé un rapide aperçu de l'existence de départements abritant les disciplines paramédicales universitarisées ou en cours d'universitarisation.

[258] Liste des universités à composantes santé pour lesquelles il ne semblent pas encore y avoir de départements dédiés aux formations paramédicales : université de Bourgogne (Dijon), université de Bretagne occidentale (Brest), université de Caen Normandie, université de Clermont Auvergne, université de Franche-Comté (Besançon), Université Grenoble-Alpes, université Jean Monnet (Saint Etienne), université de La Réunion, université de Montpellier, Nantes université, université Paris-Saclay, université de Poitiers, université de Reims Champagne Ardennes, université de Rouen Normandie, université Sorbonne Paris Nord, université de Tours.

Tableau 3 : Université dont la composante santé comporte au moins un département de formations paramédicales

Nom de l'université	Département(s)
Aix Marseille université	trois départements : maïeutique, sciences de la réadaptation, sciences infirmières
université d'Angers	trois départements : sciences infirmières et sciences de la réadaptation
université de Bordeaux	un collège des sciences de la santé comprenant trois unités de formation et de recherche (UFR sciences médicales, UFR sciences odontologique et UFR sciences pharmaceutiques), trois instituts (institut universitaire des sciences de la réadaptation, institut en santé publique, épidémiologie et développement, et institut du thermalisme) et 1 unité de formation associée (sciences infirmières)
université Nice Côte d'Azur	un département des formations paramédicales (orthophonie, infirmier, infirmier anesthésiste, ergothérapie, infirmier en pratique avancée).
université de Limoges	DUSI et ILFOMER
Université de Lorraine	DUSI

Université Paris Cité	trois départements (maïeutique, sciences infirmières et rééducation – réadaptation)
Université Paris Est Créteil	un département d'études paramédicales
Université de Picardie Jules Verne (Amiens)	un départements d'orthophonie et d'orthoptie
Université de Rennes	un département des formations paramédicales incluant la formation en kinésithérapie (école privée)
Université de Strasbourg	un DUSI et un DURM (département universitaire des sciences de la rééducation, réadaptation et médicotechniques)
Université de Toulouse III – Paul Sabatier	département médecine, maïeutique et paramédical
Université Versailles St Quentin en Yvelines	un département en sciences infirmières

Source : la mission

ANNEXE 5 : Focus sur les expérimentations rencontrées en région

Rappel du cadre réglementaire des expérimentations.

Les expérimentations s'appuient sur le décret n°2020-553 du 11 mai 2020¹¹⁰. Elles ont trait aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. Elles s'organisent en vagues successives aux rentrées universitaires 2020, 2021 et 2022 et mettent d'abord l'accent sur la construction d'une mutualisation des ressources et d'un double cursus.

À compter des rentrées 2020 et 2021 près d'une vingtaine d'universités s'engagent dans des expérimentations pour des durées allant de quatre à six ans,¹¹¹ dont onze concernent le cursus « infirmier ». À compter de la rentrée 2022, neuf universités sont autorisées à mener de telles expérimentations pour une durée de quatre ans,¹¹² dont six concernent le cursus « infirmier ». Au niveau du premier cycle, les expérimentations consistent en un double cursus conjuguant la formation paramédicale pour l'obtention d'un diplôme professionnel avec une licence « sciences pour la santé », ou une passerelle permettant à des étudiants de PASS et/ou de LAS (parcours accès santé spécifique - licence avec option « accès santé ») d'accéder à la deuxième année de formation en institut. Au niveau du deuxième cycle, les expérimentations consistent en un double cursus conjuguant la formation paramédicale pour l'obtention d'un diplôme professionnel avec un master dont la mention relève de secteurs variés : santé, ingénierie de la santé, santé publique, management sectoriel, management des administrations des entreprises, sciences de l'éducation et de la formation.¹¹³

Une communauté en marche.

Les expérimentations rapportées à la mission lors de ses visites en Région laissent entendre un impact favorable dans les communautés éducatives, notamment une meilleure attractivité de la filière paramédicale sur Parcours Sup lorsque le double cursus IFSI-Licence est proposé, une plus grande souplesse en termes de réorientation due aux passerelles PASS ou L.AS en IFSI, un décloisonnement des cultures médicale et paramédicale par une plus grande interprofessionnalité, une vision améliorée du rôle de la recherche paramédicale et de l'accès par un parcours L, M, D.

¹¹⁰ Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche.

¹¹¹ Arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche.

¹¹² Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 9 septembre 2021.

¹¹³ Réunion du GT présidé par Christine Ammirati, Mission d'accompagnement de l'universitarisation des professions de santé, 8 novembre 2022.

Toutefois ces aspects encourageants suscitent aussi des réserves induisant la nécessité d'une amélioration des dispositifs. La lourdeur des études en double cursus parfois même le défaut d'adaptation des contenus pédagogiques des UE communes sont propres à décourager des étudiants. La réflexion sur la poursuite en filière paramédicale intégrée en Las sous la forme d'une option ou d'une mineure est actuellement répandue. Par ailleurs la question a été soulevée d'une année d'études en IFSI qui pourrait être conçue comme jouant le rôle d'une année de Las, afin de permettre une réorientation de la voie paramédicale à la voie médicale.

L'accès au master notamment pour les cadres de santé avec une validation de type VAP ou VAE reconnue par l'université est mise en place sur quelques sites.

Dès lors des ajustements pédagogiques et organisationnels sur les territoires nécessitent de repenser l'encadrement académique et professionnel, en plaçant au cœur de l'ingénierie de formation des universitaires aptes à déployer des liens entre savoir fondamental, recherche et soin. **C'est l'approche des questions pédagogiques et managériales liées aux besoins des métiers de la santé qui contribue à cerner l'exigence en termes de ressources humaines dédiées à la formation et d'organisation des communautés éducatives.**

Le vivier actuel et même futur d'enseignants-chercheurs ne permet pas d'envisager leur implication directe au niveau « licence » au regard du nombre élevé d'instituts. Au niveau « licence » les formateurs doivent être aptes à mener des enseignements qui permettent une initiation à l'analyse critique d'articles scientifiques qui alimenteront les futures pratiques des étudiants ; à cet égard il y a une complémentarité entre les enseignants-chercheurs et les praticiens formateurs

La mission a dégagé quelques points d'attention sur la sensibilisation de certaines régions visitées à la formation paramédicale, en termes d'expérimentation, de projets et d'appropriation du sujet de la recherche paramédicale.

Focus Bretagne**Les expérimentations en cours.**

Formation paramédicale cible	Nature de l'expérimentation	Échanges entre les formations de santé, mutualisation	Observations
IFSI / université de Rennes.	PASS avec mineure infirmière pour un accueil d'étudiants de PASS en 2 ^{ème} année d'IFSI.	Démarrage en septembre 2021. Sur 100 étudiants inscrits en mineure, 24 entrent en 2 ^{ème} année d'IFSI, mais avec le projet de revenir à MMOP. Des PAST qui assurent le suivi des étudiants et le conseil en réorientation.	Résultats hétérogènes des étudiants de Pass avec mineure infirmière en fonction du territoire (Rennes / sites périphériques). Possibilité de réorientation précoce en fin de S1 pour une intégration en S2 de 1 ^{ère} année d'IFSI.
IFSI et Médecine / université de Rennes.	L.AS avec majeure « soins infirmiers » et mineure « santé ».	Démarrage en septembre 2022. Substitution d'UE d'IFSI par des UE permettant d'envisager le passage en 2 ^{ème} année médecine.	Adaptation insuffisante au niveau des étudiants d'IFSI. Projet d'adapter la mineure au projet (IFSI ou MMOP). Projet de conversion en licence « santé » avec parcours soins infirmiers et possibilité de Las.
Kinésithérapeute, ergothérapeute, podologue / université de Rennes.	Licence « santé » : accueil des étudiants kiné pour la 1 ^{ère} année ; cursus Licence pour 15% des futurs podologues et ergothérapeutes.	Cours mutualisés avec la faculté de médecine ; des formateurs de l'IFPEK intervenant aussi en médecine.	Bon dialogue IFPEK / université - UFR médecine.

Les projets à l'université de Rennes.

- Licence « santé » avec des enseignements répartis selon le cœur disciplinaire (1/3), le cœur de métier (interprofessionnalité, santé des populations, etc.) (1/3), les stages (1/3).
- Master « santé », avec mutualisation d'UE avec IPA, IADE, IBODE, et perspective de constituer un vivier de doctorants.
- Universitarisation de la maïeutique en 2027, avec sélection d'étudiants SF par PASS, et la perspective de favoriser l'interprofessionnalité.
- DU dédié à la formation des formateurs sur les UE universitarisées.
- Politique de formation des formateurs pour l'obtention d'un Master 2, et pour certains d'un Doctorat.
- Restructuration de l'UFR de santé en créant une fédération « médecine / maïeutique » et une fédération « paramédical » incluant un DUSI avec trois composantes pédagogique, scientifique, budgétaire et RH.
- Mise en place du service sanitaire visant à faire travailler ensemble les étudiants en médecine et les étudiants paramédicaux (avec le département de médecine générale de l'université de Rennes).
- Création d'un espace de simulation et d'un laboratoire (sans financement régional).

Des spécificités.

- Coexistence d'un institut privé non lucratif IFPEK à Rennes et d'un institut public IFMK à Brest pour augmenter les quotas. À noter à l'IFPEK des formateurs en temps partiel libéral. À l'IFMK des différences de coûts d'études selon les filières (ergothérapeute, kinésithérapeute, podologue) non compensées par la Région.
- Consortium des instituts de formation paramédicale de Bretagne, permettant des stages à l'Étranger (programme Erasmus+)

Focus Grand Est

Les expérimentations en cours.

Formation paramédicale cible	Nature de l'expérimentation	Échanges entre les formations de santé, mutualisation	Observations
Formations paramédicales Infirmier, IPA, IA, MK, ergothérapeute, MEM / université de Lorraine	Inscription universitaire avec délivrance du DE et d'un grade Licence ou Master selon les formations.	Des UE d'enseignement universitaire contributives et transverses pour les étudiants. Développement de la simulation soutenu par la Région. Banque de ressources en ligne.	Département universitaire des professions de santé (DULPS) à la faculté de médecine de Nancy depuis 2019. Devenir du GCS en question. Pas de participation de l'IFCS au département et délivrance d'un Master 2 en lien avec l'IAE de l'université de Lille.
MK / université de Lorraine	Passerelle pour accueil d'étudiants issus de Paces en 2 ^{ème} année MK et ergothérapeute.		
Formations paramédicales, infirmier, IPA, IA, IBODE, MK, ergothérapeute, psychomotricien, podologie, orthophonie, orthoptie/ université de Strasbourg	Inscription universitaire avec délivrance du DE et d'un grade Licence ou Master selon les formations.	UE pharmacologie et biologie communes avec IFSI. Des évaluations communes dans les IFSI (harmonisation par le GCS). Des IFSI impliqués en service sanitaire à côté des étudiants en médecine et en pharmacie DU urgence et réanimation ouvert à certains paramédicaux	Trois départements : maïeutique, sciences infirmières, rééducation et sciences médico-techniques, à l'UFR de « médecine, maïeutique et des sciences de la santé ». Le DUSI est peu opérationnel. Pas de Licence en sciences infirmières. Intégration organique pour orthophonie, orthoptie, maïeutique.
Puéricultrice / université de Strasbourg	Master 1	Mutualisation des apprentissages entre IPA et puéricultrices	
Cadre de santé / université de Strasbourg	Master management des administrations publics et de gestion + diplôme de cadre de santé		

Des projets.

À l'université de Lorraine

- Master pour les formateurs (management, aspect pédagogique, recherche), 2025.

À l'université de Strasbourg

- Passerelles permettant à des étudiants de 1^{ère} année de Licence en sciences pour la santé d'entrer en 2^{ème} année d'IFSI ou en 2^{ème} année d'orthoptie.

Focus Île de France 1/2

Les six partenariats universitaires pour l'AP-HP : Paris Cité (UPC), Paris Est Créteil (UPEC), Sorbonne Paris Nord (USPN), Sorbonne Université, Paris Saclay, Versailles Saint Quentin (UVSQ). Des relations différencierées entre instituts et universités entraînent une appropriation diversifiée de la démarche d'universitarisation en Île de France.

Des expérimentations en cours.

Formation paramédicale cible / université	Nature de l'expérimentation	Échanges entre les formations de santé, mutualisation	Observations
IFSI et IFMEM / UPEC	Passerelle en 2 ^{ème} année d'IFSI depuis la rentrée 2020. Extension à une passerelle en 2 ^{ème} année d'IFMEM.	Accueil en 2021 de 8 étudiants PASS ou L.AS pour 46 places offertes en IFSI. Stages pendant les vacances d'été précédant l'entrée en IFSI.	Bon niveau des étudiants entrés en 2 ^{ème} année d'IFSI.
IFSI et IFMEM / UPEC	Las avec option paramédicale.	Préparation à la passerelle en 2 ^{ème} année d'IFSI ou d'IFMEM.	Des étudiants de Las en situation de réussite en IFSI. Rôle de communication des PU-PH en L.AS.
IFSI / UPC	Passerelle en 2 ^{ème} année d'IFSI depuis la rentrée 2022.	Passerelle prévue pour des étudiants Pass et non Las. Peu de candidatures, pas de candidat retenu pour une centaine de places offertes.	Possibilité de suivre une formation d'assistant de service social grâce à la passerelle.
IFSI / UPC	PASS avec mineure « métiers du soin et du social ».	Entrée en 2 ^{ème} année d'IFSI sous condition de réalisation des stages. Entrée en 1 ^{ère} année d'IFSI à la fin du 1 ^{er} semestre de PASS sous réserve de places disponibles.	Préparation à la passerelle en IFSI. Pas de passerelle du parcours paramédical vers le parcours médical.
IFSI / UPC	Double cursus avec Licence sciences pour la santé (LSS) depuis 2021.	Programme chargé. Enregistrement d'enseignements communs (médical/paramédical).	DUSI. Décrochage, profils hétérogènes des étudiants. Absence d'accompagnement des enseignements communs. Souhait de validation par des référents universitaires des évaluations en IFSI.
IFSI / Sorbonne U	Passerelles en 2 ^{ème} année d'IFSI.	Passerelles prévues pour étudiants Pass et Las. Des UE communes. Accompagnement des étudiants.	Difficulté de travail avec les acteurs HU pour les stages. Peu d'interprofessionnalité. Priorité à l'intégration de la filière réadaptation quasi-universitarisée et non IFSI.
Instituts de la réadaptation / IIVSQ	Licence « Santé » avec Passerelle en fin de 1 ^{ère} ou 2 ^{ème} année de	UE communes médical-paramédical. Centre universitaire de	DUSI. Faible accessibilité du centre de simulation de l'IIVSQ à l'ensemble

Focus Île de France 2/2

Des expérimentations en projet.

- Accès direct en 2^{ème} année d'IFSI pour les PASS-L.AS à l'USPN.
- Licence « soins infirmiers » et poursuite possible en Master à l'UPEC, en projet pour la rentrée 2024.
- Mineure disciplinaire en PASS pour une entrée en IFSI 2^{ème} année, projet pour la rentrée 2024, université de Paris Saclay.
- Parcours spécifique d'accès en 2^{ème} année de formation en soins infirmiers pour des aides-soignants expérimentés, projet relancé depuis février 2023, deux groupes de travail.
- Une expérimentation régionale à la rentrée 2023-2024, annoncée par l'ARS et la Région IDF, dans 4 IFSI qui feront l'objet d'un programme d'accompagnement personnalisé expérimental pour réduire le taux d'abandon des étudiants (IFSI du groupe hospitalier Simone-Veil, IFSI Raymond Poincaré, IFSI du CH de Provins et IFSI de la Croix-Rouge française à Paris). Le taux d'étudiants diplômés trois ans après leur entrée en IFSI a en effet chuté passant de 68% chez ceux inscrits à la rentrée 2018 à 60% pour leurs collègues arrivés en septembre 2019. Les causes s'avèrent "multifactorielles", allant du déroulement du premier stage au niveau théorique des enseignements ou encore au financement des études. Il est constaté l'absence du rectorat de la région académique dans le COPIL du projet.

Une recherche paramédicale en IDF dont la lisibilité s'améliore.

La recherche paramédicale peine à être mise en lumière en IDF où elle reste étroitement inscrite dans le périmètre de la recherche clinique sous le prisme hospitalier local ou au niveau de GHU, y compris dans les antennes. Elle souffre d'un désintérêt des doyens de facultés de santé en IDF.

Toutefois en IDF la recherche paramédicale est désormais inscrite dans le projet d'établissement pour 100% des GHU, elle est déclinée dans les contrats de DMU pour 90% des GHU et elle figure dans les projets de recherche clinique avec un équilibre entre les domaines paramédicaux et un appui sur l'expertise de référents de la recherche paramédicale. On compte onze coordonnateurs de la recherche paramédicale structurée en sept cellules locales hospitalo-centrées pour les six GHU de l'IDF. Alors que la formation continue des cadres et des formateurs reste insuffisante, un séminaire de sensibilisation à la recherche est organisé pour les cadres de santé d'IDF pour la première fois en 2023.

Depuis 2010, 28 personnes ont obtenu un financement pour une bourse de doctorat ; un passeport temps-recherche est également accordé en guise d'accompagnement facilitateur. Cependant le profil des docteurs met en exergue une représentation du domaine des sciences infirmières à 30% ; la mauvaise visibilité des sciences infirmières induit la question que pose Sorbonne Université du périmètre d'autres disciplines notamment les SHS dans la recherche paramédicale. À l'UVSQ la recherche paramédicale est adossée au CESP et à l'équipe d'accueil de recherche ERPHAN. Si la création de départements en sciences infirmières (DUSI) au sein des facultés de santé à l'UPC et à l'UVSQ marque une reconnaissance du parcours L, M, D en sciences infirmières, cet effort n'est pas encore partagé par d'autres universités en IDF.

Si les GHT entretiennent de bonnes relations avec la Région IDF, celle-ci priorise toutefois le soin à la recherche et elle souhaite garder la main sur la territorialisation des formations. Pourtant, les paramédicaux ayant un rôle majeur dans les déserts médicaux et pour les personnes à besoins particuliers, ils pourraient apporter une contribution essentielle à la recherche en SP.

Une augmentation sensible des places en IFSI en IDF.

Profil de candidat	2020		2021		2022	
	eff	%	eff	%	eff	%
Terminale générale	1498	21,5%	1452	20,1%	1684	20,4%
Terminale professionnelle	736	10,6%	819	11,3%	888	10,7%
Terminale technologique dont :	1160	16,6%	1110	15,3%	1308	15,8%
Terminale ST2S	1100	15,8%	1033	14,3%	1227	14,8%
Terminale STL	18	0,3%	27	0,4%	20	0,2%
Terminale STMG	37	0,5%	44	0,6%	55	0,7%
Autres terminales technos	5	0,1%	6	0,1%	6	0,1%
Réorientés	2259	32,4%	2389	33,0%	2700	32,6%
Non scolarisés	1076	15,4%	1244	17,2%	1361	16,5%
Autres	246	3,5%	225	3,1%	331	4,0%
Total ayant eu une proposition	6975	100,0%	7239	100,0%	8272	100,0%

Origine des candidats admis en IFSI en IDF, évolution 2020, 2021, 2022. Source : Parcours Sup, Région

Focus Normandie			
Les expérimentations en cours à l'université de Caen.			
Formation paramédicale cible	Nature de l'expérimentation	Échanges entre les formations de santé, mutualisation	Observations
IF psychomotricien, IF ergothérapeute, IF pédicure-podologue, IFMEM, IFMK, 10 IFSI / université de Caen.	Double diplomation : DE métier (sauf kiné) + « Licence, mention sciences pour la santé » (1 ^{ère} promotion en 2024), parcours Sciences du soin et autres parcours selon les spécialités.	Des UE communes aux professionnels de santé Des UE communs en licence Ressources en distanciel remédiées en instituts Travail sur l'approche compétences. Co-construction de la formation université-institut.	Projet porté avec l'appui d'une chargée de mission, MCF en science de gestion – gestion de la santé-, et une MAST mi-temps Gouvernance complexe avec des instances trop nombreuses dans les instituts pour que l'université puisse y participer Complexité administrative (6 sessions d'examen) à résoudre Perspectives interrogées en termes RH du fait de la rotation des directeurs pouvant créer des difficultés de maintien de l'émulation de la mise en place du nouveau dispositif
MK / université de Caen.	Passerelle pour accueillir les étudiants de L.AS en Licence 2 (MK).		Un décalage de niveau lors de l'entrée en Licence 2.
IFCS / université de Caen.	Master 2 pour cadres en formation.		Appui sur VAP ou préparation Souhait de prise en compte de Master issus d'autres domaines que celui de la santé.
<p>Les projets.</p> <p>À moyen terme souhait de créer un département de sciences infirmières, de développer la perspective de la recherche par le parcours LMD en entraînant les spécialités IADE, IBODE, IPA, de trouver des solutions au financement de bourses doctorales.</p> <p>Des spécificités à l'université de Caen.</p> <p>Commission pédagogique territoriale pour les IFSI, transitoire dans le processus d'universitarisation. Chargé de mission « universitarisation » depuis 2019 (EC en sciences de gestion).</p>			

Focus Occitanie

Les expérimentations en cours, essentiellement à l'université de Toulouse III Paul Sabatier.

Formation paramédicale cible	Nature de l'expérimentation	Échanges entre les formations de santé, mutualisation	Observations
Université de Toulouse III Paul Sabatier (faculté de santé de Toulouse)			
Six filières de rééducation. IFSI Toulouse, Saint-Gaudens, Albi (près de la moitié des effectifs en IFSI en Occitanie ouest).	Double cursus avec Licence « sciences pour la santé » (LSS) pour six filières de rééducation depuis la rentrée 2021, des IFSI depuis la rentrée 2022.	Mutualisation (UE communes, accès au centre de simulation au PREFMS à Toulouse). Adaptation des contenus pédagogiques des UE en commun (corrigée). Accueil croisé en stage en CHU et dans les antennes d'Occitanie Ouest pour les étudiants en médecine et en institut paramédical.	Meilleure attractivité des IFSI sur Parcours Sup. Deux types d'infirmiers différents par le diplôme avec ou sans LSS. Perte de temps de stage sur trois années. Frais de fonctionnement en augmentation.
IFSI Occitanie Ouest	Passerelle en 2 ^{ème} année d'IFSI.	80 places pour accueillir des étudiants de Pass.	Difficultés d'ordre pédagogique, réflexion en cours sur la création d'une option « sciences infirmières » au niveau du Las.
IFCS. Parcours cadre de santé depuis 2022.	Master 2 de « Toulouse Business School », VAE sur le master1.		Démarche récente. Niveau inégal de mastérisation des formateurs sur le territoire.
IPA	Master IPA.		Depuis cinq ans.
IBODE	Master IBODE.		Rentrée 2023.
Université de Montpellier (faculté de médecine de Montpellier-Nîmes)			
IFSI Occitanie Est	Passerelle en 2 ^{ème} année d'IFSI.	20 places (2021), 80 (2022), accueil des étudiants de Pass.	Bon fonctionnement de la passerelle.

Les expérimentations en projet à l'université de Montpellier.

- Master mention santé avec différents parcours (gériatrie, SHS, réadaptation, télémédecine, épidémiologie), ouverts aux étudiants des filières médicales et paramédicales.
- Passerelle pour paramédicaux vers un parcours médical (25 places).
- Master 2 en partenariat de la faculté avec l'institut du management, à la rentrée 2024.

Les projets de restructuration des départements.

- À l'université Toulouse III Paul Sabatier, à la place de l'actuel département « médecine-maïeutique-paramédical » : trois départements « médecine-maïeutique », « odontologie-pharmacie », « paramédical ».
- À l'université de Montpellier, projet de quatre départements : « médecine », « maïeutique », « sciences de la rééducation et de la réadaptation », « sciences infirmières ».

Le cadre de la recherche paramédicale, à l'université de Toulouse III Paul Sabatier.

- DU de recherche paramédicale.
- CARES cellule d'aide à la recherche ouverte aux paramédicaux.
- CERPOP, réseau de laboratoires de recherche d'accueil, épidémiologie, vieillissement, sciences de l'éducation- avec l'université Toulouse II Jean Jaurès.
- Développement de la recherche en sciences infirmières dans les unités cliniques des hôpitaux périphériques (axes : clinique, management des organisations de santé, sciences de l'éducation, pratiques avancées).
- Portage par un département paramédical (en projet).

La formation continue des cadres et des formateurs, enjeu de professionnalisation.

- D'après les données de l'ARS Occitanie (questionnaire, avril 2023, 25 répondants sur 29 instituts IFSI spécialités et

ANNEXE 6 : Données sur les instituts et structures de formation paramédicale

Tableau de synthèse : nombre d'instituts, estimation du nombre d'étudiants et de formateurs des graphiques 1,2 et 3

	Instituts	Inscrits estimés	dont 1ère année	DE délivrés	Formateurs	Sources	Durée	Grade	IF privés	Part des IF privés
Infirmiers loi 2004	321	94 895	35 355	24 557	3 796	DREES 2021	3 ans	Licence	57	17,8%
IPA universités	32	1 940	1 000	800	78	Estimation mission	2 ans	Master	0	0,0%
Spécialités infirmières	87	4 085	2 820	2 205	163	DREES 2021	1 ou 2 ans	Master	9	10,3%
Rééducation loi 2004	104	20 109	5 795	5 179	804	DREES 2021	3 ou 5 ans	Lic/master	55	52,9%
Rééducation universitaire	49	7 106	1 732	1 559	284	Parcoursup 2022	3 ou 5 ans	Lic/master	1	2,0%
Médico-technique loi 2004	25	2 452	953	656	98	DREES 2021	3 ans	Licence	0	0,0%
DTS IMRT en lycée	29	2 499	920	700	100	Parcoursup 2022	3 ans	Licence	9	31,0%
Total paramédicaux hors BUT/BTS	647	133 086	48 575	35 656	5 323				131	20,2%
BUT génie biologique (2 parcours)	29	3 714	1 238	929	149	Parcoursup 2022	3 ans	Licence	0	0,0%
BTS paramédicaux (5 filières)	109	5 724	2 862	2 147	229	Parcoursup 2022	2 ans		44	40,4%
Total avec BUT/BTS	785	142 524	52 675	38 731	5 701	Parcoursup 2022			175	22,3%
Total loi 2004	537	121 541	44 923	32 597	4 862	DREES 2021				
Total Universités et STS	248	20 983	7 752	6 134	839					
18 IFU rééducation loi 2004	18	3 480	1 003	896	139	Estimation mission			IF U ou STS	Part U/STS
Total U/STS dont rééducation	266	24 463	8 755	7 030	979				266	33,9%
Total loi 2004 hors IF intégrés aux universités	519	118 061	43 920	31 701	4 722				519	66,1%

Détail des cinq filières prioritaires diplomation 2024

Infirmiers loi 2004	321	94 895	35 355	24 557	3 796	DREES 2021	3 ans	Licence	57	17,8%
Puéricultrices	34	1 267	1 267	1 057	NC	DREES 2021	1 an		7	20,6%
Psychomotriciens	16	3 106	1 012	1 040	NC	DREES 2021	3 ans	Licence	7	43,8%
Orthophonistes	22	4 775	955	716	NC	Parcoursup 2022	5 ans	Master	0	0,0%
Audioprothésistes	9	894	298	224	NC	Parcoursup 2022	3 ans		1	11,1%
Total cinq filières	402	104 937	38 887	27 594	3 796				72	17,9%

Source DREES 2021 ou Parcoursup 2022 en capacité d'accueil selon les filières (voir la colonne source)

Conventions méthodologiques : 1/ pour les formations IPA estimation mission,

2/ Pour les BUT/BTS et rééducation universitaire, seuls les admis Parcoursup sont connues, les inscrits sont estimés sur la durée de formation

3/ Les formateurs sont estimés par le ratio de 25 étudiants inscrits par formateur en ETP pour l'université (2021 ou 2022)

4/ Les sections de techniciens supérieurs STS comprennent en lycée BTS en 2 ans et DTS IMRT en 3 ans (Imagerie médicale et radiologie thérapeutique)

ANNEXE 7 : Agrément des directeurs d'instituts

Agrément des directeurs des instituts publics de formation paramédicale

Article 9 de l'arrêté du 10/06/2021 portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicale et à l'agrément de leur directeur en application des articles R. 4383-2 et R. 4383-4 du code de la santé publique

I. - Pour être agréés, en sus des obligations mentionnées à l'[article R. 4383-4 du code de la santé publique](#), les directeurs des instituts et écoles de formation paramédicale doivent :

- 1° Etre titulaire d'un titre permettant l'exercice d'une des professions visées par le présent arrêté à l'exception des titres permettant l'exercice des professions d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier ; hormis ces trois professions, il est recommandé que le titre requis soit spécifique à celui de la formation délivrée ;
- 2° Etre directeur des soins ou titulaire du diplôme de cadre de santé ou d'un des certificats de cadre auxquels ce diplôme s'est substitué ou d'un diplôme ou titre universitaire à finalité professionnelle et de recherche de niveau 7 dans les domaines de la santé, des sciences de l'éducation ou du management ;
- 3° Justifier d'une expérience en management et/ou pédagogie appréciée sur la base d'un curriculum vitae, titres et travaux.

II. - En cas de coordination de plusieurs instituts ou écoles de formation paramédicale, la responsabilité pédagogique de chaque formation est assurée par un cadre de santé ou par une personne titulaire d'un diplôme ou titre universitaire à finalité professionnelle et de recherche de niveau 7 dans les domaines de la santé ou des sciences de l'éducation, justifiant tous deux d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans la filière.

Article R4383-4

Pour bénéficier de l'agrément mentionné à l'article L. 4383-3, les directeurs des instituts ou écoles de formation des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII du présent livre, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des techniciens de laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent remplir des conditions d'âge et de diplômes fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire national.

L'agrément des directeurs des instituts ou écoles relevant d'un établissement public de santé est délivré dans le respect des dispositions statutaires régissant les personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires et des dispositions légales et réglementaires s'appliquant aux agents publics.

Les fonctions, les missions et les obligations des directeurs des instituts ou écoles mentionnés au premier alinéa du présent article autres que ceux régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Réponses diffusées aux ARS :

En application de l'article R. 4383-4 du CSP, de l'article 4 du décret N°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière et de l'article 3 du décret N°20002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs des soins, la direction d'un institut de formation public ne peut être confiée à un cadre de santé ou un cadre supérieur de santé, cette fonction n'étant pas listée parmi les fonctions pouvant

être exercés par ces agents. Il résulte de ces dispositions que l'article R. 4383-4 du CSP vise implicitement et exclusivement le statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière.

Donc, en application des articles R. 4383-2 et R. 4383-4 du code de la santé publique, cet arrêté suscité ne modifie pas les conditions d'accès au poste de directeur d'institut public pour lequel il est nécessaire d'être directeur des soins.

Il est possible **de prendre en compte un directeur des soins coordonnateur de plusieurs instituts et avoir au sein de chaque institut un coordonnateur pédagogique.** Toutefois, celui-ci ne pourra pas avoir le titre de directeur d'institut ni ses prérogatives.



MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Direction générale de
l'offre de soins

Sous-direction des ressources
humaines du système de santé

Bureau de la démographie
et des formations initiales (RH1)

Personnes chargées du dossier :

Eric SANZALONE

Tel : 01 40 56 56 48

Pierre-Benjamin GRACIA

Tel : 01 40 56 73 27

Mél : eric.sanzalone@sante.gouv.fr
pierre-benjamin.gracia@sante.gouv.fr

La Ministre de la santé et des sports

à

Mesdames et Messieurs les
préfets de la région,
Directions régionales de la
jeunesse, des sports et de la
cohésion sociale
(pour information)

Mesdames et Messieurs les
directeurs généraux des agences
régionales de santé
(pour exécution)

" Validée par le CNP le 25 juin 2010 - Visa CNP 2010-111 "

INSTRUCTION N°DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des instituts de formation en soins infirmiers

Date d'application : immédiate

NOR : SASH1017834J

Classement thématique: Etablissements de santé

CATEGORIE : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

RESUME : Mise en œuvre du nouveau programme infirmier dans le cadre de la réforme LMD/

MOTS-CLES : Programme infirmier – LMD – Institut de formation en soins infirmiers - Université

TEXTES DE REFERENCE :

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier

CIRCULAIRES COMPLETEES :

Circulaire DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat

Circulaire 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).

Circulaire DHOS/RH1/DGESIP/2009/208 du 9 JUILLET 2009 relative à la situation des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux au regard du bénéfice des prestations des œuvres universitaires

ANNEXE : 1 GRILLE D'ANALYSE DU DOSSIER

- D'AGREMENT DU DIRECTEUR
- DE DEMANDE DE CRÉATION OU DE RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION DES INSTITUTS DE FORMATION

1. Assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants en soins infirmiers

Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisques habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents. Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des candidats. Les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- accidents corporels causés aux tiers ;
- accidents matériels causés aux tiers ;
- dommages immatériels.

Les IFSI doivent souscrire une assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants, conformément à l'article L. 412-8 du code la sécurité sociale.

2. Inscription des candidats aides-soignants et auxiliaires de puériculture à l'examen d'admission

A l'instar des candidats au jury de présélection et conformément à l'article 24 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, les titulaires du DEAS et du DEAP doivent justifier de 3 ans d'exercice à temps plein à la date de l'examen d'admission.

Le nombre total d'aides-soignants (AS) ou d'auxiliaires de puériculture (AP) admis par la voie de l'examen d'admission est inclus dans le quota de l'institut de formation et ne peut excéder 20 % de celui-ci. Il s'agit bien d'un examen, et non pas d'un concours. Dans la mesure où les admis excéderaient 20% du quota de l'institut, certains candidats "admis" en tant que tels car ayant eu la moyenne, ne seront pas reçus car dépassant le quota des 20%. Les candidats seront départagés en fonction de leur résultat à l'examen d'admission. Dans l'hypothèse où des candidats admis et reçus, entrant dans les 20%, seraient amenés à se désister, ils seront remplacés par les candidats suivants, par ordre de mérite.

3. Modalités de délivrance de l'AFGSU dans la formation infirmière et exercice de la profession d'aide-soignant

L'AFGSU 2 fait partie des UE de 1^{ère} année (cf arrêté du 31/07/2009) et à ce titre doit être enseignée au 2^{ème} semestre.

Ainsi l'étudiant qui valide l'UE 4.3.S2 « Soins d'urgences » valide le crédit correspondant à l'unité mais l'AFGSU ne lui est toutefois pas immédiatement délivrée.

En effet, conformément aux modalités d'évaluation de l'UE 4.3.S2 prévues à l'annexe V de l'arrêté du 31 juillet 2009, « l'AFGSU sera délivrée en fin de formation » ; à savoir à la fin de la 3^{ème} année pour un étudiant qui parvient à obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier et à tout moment dès lors que l'étudiant interrompt sa formation et qu'il a effectivement validé l'UE 4.3.S2.

Cependant et afin de parfaire une actualisation des connaissances de l'urgence, un rappel de 2 ou 3 h en 3^{ème} année (au cours de l'UE 4.8.S6 notamment) permet de mettre à jour les connaissances de l'étudiant relatives aux gestes et soins d'urgence. Dans ce cas de figure, l'étudiant deviendrait titulaire de l'AFGSU de niveau 2 au moment de la délivrance de son diplôme d'Etat d'infirmier.

L'AFGSU de niveau 2 n'ayant une durée de validité de 4 ans, l'effectivité de l'attestation débuterait avec l'obtention du DEI.

Enfin, pour pouvoir travailler comme aide-soignant (faire fonction d'aide-soignant pendant l'été ou demander le diplôme d'Etat d'aide-soignant en cas d'interruption de formation), il faut avoir validé la première année d'IFSI dans son intégralité (60 ECTS), avec en cas de besoin, une attestation de l'IFSI faisant foi.

Un étudiant en soins infirmiers n'ayant pas validé l'UE 4.3.S2 (AFGSU) ou étant admis en 2^{ème} année avec moins 60 ECTS ne se verra pas reconnaître la possibilité d'exercer comme aide-soignant.

4. Modalités de rédaction des conventions constitutives du GCS

- Eclaircissement sur les modalités de rédaction des conventions

1/ Un directeur d'IFSI peut-il être administrateur du GCS ?

Un directeur d'IFSI peut tout à fait être élu administrateur du GCS, conformément à la circulaire du 9 juillet 2009 qui prévoit que l'administrateur est élu par les membres constitutifs du GCS dont les directeurs d'IFSI font partie:

"Dès sa constitution, l'établissement de santé désigné par l'ARH réunit les membres en assemblée générale du GCS qui élit l'administrateur du GCS IFSI à la majorité de ces membres présents, sous réserve du respect des règles de quorum prévues à l'article 11-4-1 de la convention constitutive."

2/ De combien de voix disposent les membres de l'assemblée générale au sein du GCS ?

Conformément au V. « Rédaction de la convention constitutive du GCS-IFSI : élection de l'administrateur par l'assemblée générale » de la circulaire du 9 juillet 2009 :

"L'établissement, qui dispose de deux voix à l'assemblée générale, est représenté par deux personnes désignées par le directeur. Il paraît opportun que les directeurs d'IFSI puissent y participer."

Ainsi, un membre du GCS = 2 voix

En revanche, le quorum doit s'exprimer par rapport au nombre d'établissements représentés, que chaque établissement le soit par une ou plusieurs personnes.

3/ Quelle est la représentativité des membres de la commission spécialisée relative aux questions pédagogiques ?

Les signataires de la convention sont chargés de définir la représentativité des membres de la commission en veillant bien à ce que les directeurs d'IFSI aient toute leur place dans cette celle-ci (puisque relative aux questions pédagogiques).

Enfin, les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme infirmière (inscription des étudiants, financement de la réforme, recommandations pour l'enseignement dans les IFSI) sont explicitées sur le site internet du ministère de la santé à l'adresse suivante :.

5. Directeur de soins / directeur d'IFSI

5.1 Directeur de soins pour diriger un IFSI public

Le deuxième alinéa de l'article 7 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts paramédicaux, fait référence directe à l'article R.4383-4 du code de la santé publique comme condition d'agrément pour devenir directeur. L'article R. 4383-4 susmentionné renvoie aux dispositions statutaires régissant les personnes relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires

Or, le titre IV du statut général des fonctionnaires ne concerne que les fonctionnaires hospitaliers. Si l'on se réfère au statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, la fonction de directeur d'institut n'est pas mentionnée dans l'énumération des fonctions que peuvent exercer les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé.

En revanche et conformément au 2° de l'article 3 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, les directeurs de soins peuvent être chargés « de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadre de santé ».

Il résulte de la combinaison des dispositions qui précèdent que l'article R. 4383-4 du code de la santé publique vise implicitement et exclusivement le statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière.

5.2 Support au travail d'expertise des dossiers d'autorisation et d'agrément

L'article L. 4383-3 du code de la santé publique prévoit que le président du conseil régional autorise les instituts de formation paramédicaux et agrée leurs directeurs, après avis du représentant de l'Etat dans la région.

A ce titre, l'annexe I de la présente circulaire peut vous servir de support dans votre mission d'analyse des dossiers d'autorisation et d'agrément des instituts de formation paramédicaux et de leurs directeurs.

Pour la ministre et par délégation,
Par empêchement de la Directrice Générale
De l'offre de soins
Le chef de service

signé

Félix FAUCON

ANNEXE I

GRILLE D'ANALYSE DU DOSSIER
 • D'AGREMENT DU DIRECTEUR
 • DE DEMANDE DE CRÉATION OU DE RENOUVELLEMENT
 D'AUTORISATION DES INSTITUTS DE FORMATION

INSTITUT :

Date de réception à la Région :

AGREMENT DU DIRECTEUR

PIECES A FOURNIR	CONFOR ME	RESERVE	NON CONFOR ME	OBSERVATIONS
Curriculum vitae				
Conditions d'âge				
Conditions de diplômes				
Bulletin N° 2 du casier judiciaire.				

AUTORISATION DE L'INSTITUT

1. Informations générales relatives à l'institut de formation

PIECES A FOURNIR	CONFOR ME	RESERVE	NON CONFOR ME	OBSERVATIONS
a) Dénomination sociale de l'organisme				
b) Adresses du site principal et le cas échéant des sites annexes.				
c) Les plans détaillés précisant la répartition et l'affectation des locaux (dont l'accessibilité aux personnes handicapées, le service de restauration, l'internat, les espaces de convivialité, etc.).				
d) Description des activités.				
e) Organigramme administratif et fonctionnel.				
f) Nom des personnes engageant la responsabilité de l'organisme.				
g) Attestation d'assurance en vigueur au titre de la responsabilité civile couvrant les activités de contrôle entrant dans le champ d'application de la demande d'autorisation.				
h) Avis favorable de la commission départementale de sécurité et d'accessibilité (dernier en date).				

2. Gouvernance de l'institut de formation

PIECES A FOURNIR	CONFOR ME	RESERVE	NON CONFOR ME	OBSERVATIONS
a) Les missions du directeur et de l'équipe de direction, le cas échéant.				
b) Le projet pédagogique de l'institut. Il comporte :				<ul style="list-style-type: none"> ■ les orientations de la formation ; ■ la conception générale de la formation et les choix pédagogiques en lien avec les métiers préparés : les valeurs, les finalités visées avec le profil attendu et les compétences pour exercer le métier ; ■ les objectifs d'apprentissage et de professionnalisation ; ■ l'individualisation des parcours la planification de l'alternance ; ■ la liste des lieux et places de stage négociés en lien avec les obligations réglementaires ; ■ les modalités d'encadrement et de tutorat négociées avec les responsables des structures d'accueil ; ■ les prestations offertes à la vie étudiante ; ■ les indicateurs d'évaluation du projet.
c) Les membres des instances représentatives (conseil pédagogique et conseil de discipline, cf arrêté du 21 avril 2007).				
d) Rapport d'activité – (conformément à l'annexe V de l'arrêté du 21 avril 2007).				
e) Tableau de suivi des indicateurs du rapport d'activité sur les 5 dernières années. Effectifs des étudiants par année de formation Suivi des promotions d'étudiants : - Nb de départs en cours de formation - Nb d'arrivées - Nombre de diplômés en fonction de l'effectif d'entrée Profil de l'effectif de rentrée conformément aux stat de la DRESS : - sexe				

<ul style="list-style-type: none"> - âge - situation familiale - aides financières - lieu géographique - catégorie sociale - niveau d'études ou emploi <p>Résultats des étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au contrôle continu de connaissances - au diplôme d'Etat 				
f) L'engagement dans une démarche qualité de dispositifs de formations professionnelles supérieures.				
g) Développement d'une stratégie de communication interne.				
h) La mise en place d'un dispositif d'évaluation à travers des indicateurs types.				
i) Les ressources financières : le compte de résultat prévisionnel annexe (art. R. 6145-12 du code de la santé publique) pour les établissements publics et l'état des prévisions des recettes et des dépenses ou les comptes certifiés par le commissaire aux comptes (art. L. 6161-3 et R. 6161-9 et suivants du code de la santé publique), les tableaux de suivi d'affectation des ressources ; la mise en place d'indicateurs de suivi.				

3. Ressources humaines et matérielles

PIECES A FOURNIR	CONFOR ME	RESERVE	NON CONFOR ME	OBSERVATIONS
a) Liste nominative des membres de l'équipe pédagogique, technique et administrative et leurs qualifications professionnelles (CV et titres de formation).				
b) Le centre de ressources multimédia et documentaire: ordinateurs, accès internet, appareils multimédias, matériels de travaux pratiques.				
c) Les matériels pédagogiques : ordinateurs, accès internet, appareils multimédias, matériels de travaux pratiques.				

4. La place de l'institut dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales.

PIECES A FOURNIR	CONFOR ME	RESERVE	NON CONFOR ME	OBSERVATIONS
a) le positionnement de l'institut dans l'environnement territorial au regard des besoins de la population et des professionnels formés.				

b) le positionnement de l'institut dans l'environnement économique et social de la région.			
c) le positionnement de l'institut dans les démarches de partenariat et de réseaux interprofessionnels.			
d) la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire (GCS) dont les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) adossés à un établissement public de santé font partie. Pour les instituts de formation en soins infirmiers non adossés à un établissement public de santé, la convention constitutive, le cas échéant, de la structure juridique de regroupement. Cette pièce doit être fournie au plus tard le 30/06/2010.			
e) la convention entre l'institut ou la structure juridique de regroupement des IFSI, la Région et l'université ou le groupement d'universités sur la base d'une convention type établie au niveau national par le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'enseignement supérieur. Cette pièce doit être fournie au plus tard le 30/06/2010.			

FORME :

OBSERVATIONS GENERALES

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère de la santé et de la prévention

Cabinet du ministre de la Santé et de la Prévention (MSP)

M. Guillaume du Chaffaut, directeur de cabinet adjoint

M. Antoine Magnan, conseiller médical enseignement supérieur et recherche auprès du ministre de la Santé et de la Prévention

Mme. Sandrine Williaume, conseillère sur l'évolution et l'attractivité des métiers paramédicaux

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

M. Philippe Charpentier, sous -directeur des ressources humaines du système de santé

Mme Mélanie Marquer, sous directrice adjointe des ressources humaines du système de santé

Mme Catherine Naviaux-Bellec, conseillère pédagogique nationale

M. Pierre-Alban Pillet, adjoint au chef de bureau

M Corentin Poix, en charge des statuts particuliers de la fonction publique hospitalière

Mme Isabelle Roux, chargée de mission

M. Emmanuel Savarin, chef du bureau des personnels de la fonction publique hospitalière

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Mme Cécile Courrèges, inspectrice générale

M. Laurent Gratieux, inspecteur général

M. Marc Penaud, inspecteur général

M. Philippe Sudreau, inspecteur général

Centre national de gestion (CNG)

Mme Christel Pierrat, directrice générale adjointe

Mme Patricia Buckens, conseillère technique, pilotage des ressources humaines

M. Cédric Carton, conseiller technique

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR)

Cabinet du ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI)

M. Etienne Gayat, conseiller spécial santé

M. Olivier Laboux, conseiller santé

Chargée de la mission Universitarisation des professions non médicales

Mme Christine Amirati

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

M. François Couraud, conseiller scientifique

M. Philippe Burdet, sous-directeur du financement de l'enseignement supérieur

M. Charles Simmony, chef du département de l'allocation des moyens

Direction générale des ressources humaines - (DGRH – secrétariat général MEN-MESR)

M. Ali Ferhi, chef de service, adjoint au directeur général :

M. Emmanuel Dossios, sous-directeur des études de gestion prévisionnelle et des affaires statutaires, indemnités et réglementaires

Mme Hélène Caplat-Lancry, sous directrice du pilotage du recrutement et de la gestion des enseignants-chercheurs

Mme Francia Coma, chef du département des personnels enseignants-chercheurs des disciplines de santé

Mission expertise et conseil auprès des établissements

M. Jean Serge Boiteau, chef de projet

Écoles des hautes études en santé publique (EHESP)

Mme Isabelle Richard, directrice

Mme Valérie Bougeard, responsable de la formation des directeurs de soins

Conseil national des universités (CNU)

Section 92

M. Rémi Gagnayre, président,

M. Sébastien Colson, vice-président

Section 91

Mme. France Mourey, présidente honoraire

Mme. Peggy Gatignol, vice-présidente

Section 90

Mme Corinne Dupont, présidente

Conférence des doyens des facultés de médecine

M. Benoit Veber, président

M. Bruno Riou, vice-président

Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)

M. Stéphane Le Bouler secrétaire général

Conférence des DG de CHU/commission des DRH et directeurs de soins

Mme Véronique Desjardins, présidente, DG CHU de Rouen

M. Frédéric Rimattei, DGA CHU Rennes

M.. Erwan Paul, DRH CHU Rennes

Fédération hospitalière française (FHF)

Mme Sophie Marchandet, responsable du pôle ressources humaines

M. Quentin Henaff, responsable adjoint au pôle ressources humaines

Régions de France

Mme Françoise Jeanson, conseillère régionale déléguée à la santé

Mme Viviane Ramel, conseillère technique du président de région sur la santé

Mme Laurence Dutreix, directrice des formations sanitaires et sociales

Ordre national des infirmiers

M. Patrick Chamboredon, président

Association française des directeurs de soins (AFDS)

Mme Laurence Laignel, présidente

M. Sylvain Boussemaere, vice-président

Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales (ANDEP)

Mme Florence Girard, présidente

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

Mme Michèle Appelshaeuer, présidente

Mme Marielle Boissart, vice-présidente, formation infirmière

Mme Isabelle Bayle, vice-présidente, recherche et innovation

Commission nationale des coordonnateurs de la recherche

Mme Caroline Serniclay, pilote de la CNCPR, CSS, coordonnateur de la recherche au CHU de Reims

M. Guillaume Davy, co-pilote de la CNCPR, coordonnateur de la recherche au CHU de Poitiers

Mme Pascale Beloni, CSS, coordonnateur de la recherche au CHU de Limoges

Mme Sonia Guillouet, CSS, coordonnateur de la recherche,

Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)

Mme Manon Morel, présidente

Comité d'harmonisation des centres de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale (CHCFMEM)

Mme Béatrice Jamault, coordonnatrice des écoles et des instituts, CHU Amiens Picardie

Mme Séverine Moynat, cadre paramédical de santé AP-HP, présidente CNP manipulateurs d'électroradiologie médicale

Déplacements en Régions

- **Région Ile-de France (IDF)**

Agence régionale de santé

Mme Maria Devaud, directrice des soins, responsable du département maïeutique et professions paramédicales

Mme Servane Chabroux-Vinson, directrice des soins, conseillère pédagogique

Mme Sabine Terrier, sage-femme, conseillère des professions de santé

Conseil Régional

Mme Catherine Ladoy, directrice des formations sanitaires et sociales

Mme Nathalie Chappot, cheffe de service des relations avec les étudiants,
Mme Valérie Varault, cheffe de service relations avec les organismes

Région académique Ile de France

Mme Bénédicte Durand rectrice déléguée ESRI

M. Alexandre Bosch, secrétaire général

Mme Sonia Denot-Ledunois, conseillère ESR de la rectrice déléguée ESRI en IDF et de la rectrice de l'académie de Versailles

Mme Laura Gadessaud, conseillère ESR de la rectrice déléguée ESRI en IDF et du recteur de l'académie de Créteil

Universités

Doyens des facultés de santé

M Bruno Riou, doyen de la faculté de médecine Sorbonne Université, président de la conférence des doyens en Ile de France, vice-président de la conférence des doyens de faculté de médecine

Mme Nathalie Charnaux, doyenne de la faculté de médecine Paris-Nord, directrice de l'UFR Santé médecine et biologie humaine

M Loïc Josseran, doyen de l'UFR santé UVSQ

Université Versailles Saint Quentin

Mme Catherine Billard, première vice-présidente

Mme Sophie Baumann, directrice du département de maïeutique

Mme Anne Rousseau, SF, PU en maïeutique

Département universitaire en soins infirmiers (DUSI) Paris Cité

Mme. Hawa Kata Meyer, directrice du DUSI, PU-PH anesthésie réanimation

Mme. Hélène Moins, PU-PH immunologie, comité de direction

Mme Isabelle Bouyssou, directrice adjointe du DUSI, directrice IFSI/IFAS, établissement privé saint Joseph

Mme Emmanuelle Cartron, MCF SI, directrice de recherche en soins infirmiers

Mme Anne-Marie Corp, directrice adjointe du DUSI, directrice des soins, directrice de l'institut d'Argenteuil

Mme Clémence Gros, responsable administrative, ingénieur de recherche

Mme Clarissa Trenzisexas, MCF SI, chercheur EHESP

Enseignants-chercheurs

Mme Ljiljana Jovic, infirmière PhD, professeur associé Paris cité , HDR en santé publique,

Mme Judith Leblanc, MCF, Sorbonne Université

Mme Bénédicte Lombart, CSS, coordinatrice de la recherche paramédicale, Sorbonne Université

Mme Sandrine Lefebvre, CSS, co-coordinatrice de la recherche paramédicale, Sorbonne université

M. Christophe Debout, CSS IADE, PhD épidémiologie et philosophie des sciences, membre de l'université droit et santé

AP-HP, CHU Ile de France

Direction Générale

Mme Fage-Morel, DRH de l'AP-HP

M. Emmanuel Raison, directeur adjoint aux ressources humaines

M Rémi Salomon, PCME de l'AP-HP

Mme Catherine Ravier, directrice de cabinet

M Loic Morvan, CGS, conseiller paramédical

Groupe hospitalo-universitaire GHU Nord de l'AP-HP, Université Paris Cité

M. Vincent-Nicolas Delpech, directeur général

M. Alain Bentoussi, coordonnateur général des soins

Mme Florence Kania, coordinatrice générale des soins adjointe

Centre de formation et de développement des compétences (CFDC) de L'AP-HP

Mme Michèle Jarraya, directeur du CFDC, directeur de l'IFCS par intérim, coordonnateur général des soins, directeur des centres de formation continue de l'AP-HP et DPC

M.Thierry Collin, directeur des soins, directeur des IFSI Charles Foix et Picpus (Groupement Sorbonne Université)

Mme Marie Nhan, adjointe au directeur, cadre de santé

Mme Anne-Maud Bertot, coordinatrice de promotion, cadre de santé

M Frank Martin, coordonnateur, cadre de santé

Mme Karine Corbrion, directrice des soins, directrice IFSI-IFAS Kremlin Bicêtre (Groupement universitaire Paris Saclay)

Mme Catherine Didier, coordinatrice générale des soins, directrice des IFSI A. Paré et IFSI-IFAS R. Pointcarré (Groupement universitaire UVSQ)

Mme Françoise Ertel, coordinatrice générale des soins, directrice IFSI-IFAS Pitié Salpêtrière (Groupement Sorbonne université)

Mme Ellen Hervé, coordinatrice générale des soins, directrice IFSI IFAS Saint Louis (Groupement universitaire Paris cité)

Mme Hélène Belmir, formatrice, cadre de santé

M Peter Crevant, formateur, cadre de santé

Mme Iaura Pizzuto-Capot, formatrice, cadre de santé

M Christophe Lallement, cadre supérieur de santé, chargé de mission coordination des instituts

Géraldine Pascher, cadre supérieur de santé, coordination des instituts

M David Naudin, adjoint au directeur de l'institut des cadres de santé, cadre supérieur de santé, coordonnateur du pôle de la recherche paramédicale en pédagogie au CFDC, PhD-Rn, chercheur associé au laboratoire Education et Pratiques en santé, université Sorbonne Paris-Nord.

Croix-Rouge française

Mme Marie-Luce Rouxel, directrice nationale Croix-Rouge compétences

Madame Sophie Cazard, directrice régionale Occitanie

Mme Ingrid Choucrallah, responsable du département prospective et ingénierie de formation

Mme Lagorce, directrice régionale IDF

Mme Béatrice Fetiveau, directrice des instituts de Paris IFSI-IFAS, IFCS

IFSI des Diaconesses (groupement universitaire Paris Cité)

Mme Catherine Le Neures, directrice de l'IFSI

M Thibaut Clément, cadre de santé formateur

Mme Mélanie Galazka, stagiaire cadre

Mme Nadine Pezière, cadre de santé formateur

IFSI du CH de Gonesse (groupement universitaire Paris Cité) et IFSI du CH de Saint Denis (groupement universitaire Paris Nord)

M Christophe Démocrate, directeur des deux Instituts

Direction GHT, Yvelines Nord

Mme Diane Petter, directrice générale

Mme Gaëlle Bregeon, directrice des affaires médicales

o **Région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA)**

Agence régionale de Santé

Mme Géraldine Tonnaire, directrice de la direction des politiques de santé

Mme Ludovique Loquet, responsable des politiques RH de santé

Mme Sylviane Caillat, chef de projet RH, appui et expertise du suivi des formations paramédicales

Conseil Régional

Mme Raphaëlle Siméoni, direction formation innovation et international

M. Philippe Delhoume, direction emploi, formation, information aux métiers

Mme Véronique Derdérian, service formation sanitaire et sociales

Mme Roseline Pelissier, chargée de mission, formation professionnelle et formations sanitaires et sociales

Région académique Provence-Alpes-Côte d'Azur

Mme Fabienne Blaise rectrice déléguée ESRI

Aix Marseille Université

M. Damien Verhaegue, vice-président en charge des ressources humaines

M. Philippe Berbis, vice-doyen aux sciences paramédicales

M. Sébastien Colson, directeur de l'école des sciences infirmières

M. Laurent Bensoussan, directeur de l'école des sciences de la réadaptation (ergothérapie, Masso-kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, pédicurie podologie)

Mme Carole Zakarian, directrice de l'école de maïeutique

Mme Diane Piclet, secrétaire générale de la faculté des sciences médicales et paramédicales

Instituts de l'AP-HM

Mme Marie Deugnier, secrétaire générale de l'AP-HM

Mme Sandrine Dray, coordinatrice générale des soins GH Timone et instituts AP-HM

Mme Françoise Chacornac, directrice des soins et des IFSI

Mme Sandrine Boehm, responsable de l'IFCS

M Christophe. Capelli, responsable de l'école des IADE

Mme Josette Bastellica, responsable de l'école IBODE

M Philippe Hernandez, responsable de l'école de puériculture

Mme Charlaine Fages, CSS IADE, mission attractivité

Mme Christiane Couturier, DH, finances

Mme Elisabeth Costa, adjointe à la directrice, IFSI Nord

Mme Beatrice Dellaoue, adjointe à la directrice, IFSI Sainte Marguerite

Mme Sophie Pauthe , adjointe à la directrice, IFSI

Mme Fabienne Gastaud, cadre formateur

Mme Céline Baccous, cadre formateur puéricultrice

M. Pereruffo, cadre formateur

o **Région Bretagne**

Agence régionale de Santé

Mme Elise Noguera, directrice générale

Mme Anne Briac Bili, directrice de cabinet

Mme Julie Longy, responsable des formations santé

Conseil Régional

M. Olivier David, Vice-Président en charge de la vie étudiante, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Mme Elisabeth Jouneaux-Pédrono, déléguée aux formations sanitaires et sociales

M. François Pape, Directeur adjoint en charge de stratégie régionale sanitaire et sociale.

UFR de médecine – Université de Rennes

M. Eric Bellisant, Doyen

Mme. Patricia Thomas Ame, vice-présidente universitarisation des professions paramédicales - soins primaires

CHU de Rennes

Mme Véronique ANATOLE, directrice générale

M. Frédéric RIMATTEI, directeur général adjoint

Mme Marielle BOISSART, coordinatrice générale des instituts des écoles

Mme Lisa DJADJAOUJDJE, cadre de santé formatrice

M. Gaël ROBIN, cadre de santé formateur

Mme Delphine ESNAULT, infirmière formatrice

M. Karim JAMAL, kinésithérapeute, en poste partagé (50% formateur à l'IFPEK / 50% équipe d'appui à la recherche en soins)

Mme Julie ROUQUAIROL, Infirmière anesthésiste formatrice

Mme Anne-Claire PAPIN, cadre de santé puéricultrice formatrice

IFPEK

Mme Cécile RIOU, directrice

GCS IFSI Bretagne

Mme Véronique Lescop, présidente du collège des directeurs GCS IFSI Bretagne

o **Région Normandie**

Agence régionale de Santé

M. Thomas Deroche, directeur général

Mme Corinne Defrance, conseillère pédagogique régionale

M. Pascal Lemieux, directeur par interim appui à la performance

Conseil Régional

Mme Camille Barbier Lanciau, chef du service des formations sanitaires et sociales

Université de Caen

M. Emmanuel Touzé, doyen de l'UFR Santé

Mme Hélène Bouraïma-Lelong, vice-présidente de la commission de la formation et de la vie universitaire

Mme Geraldine Bodet, directrice générale des services

Mme Pauline Lenesley, maitresse de conférences en sciences de gestion

Mme Sarah Chemtob, responsable administrative de l'UFR santé

CHU de Caen

M. Damien Dumont, directeur général adjoint

M. Théo Piolin, directeur des ressources humaines et des instituts de formation

Mme Elsa Olivieri, directrice des opérations et des parcours

Mme Manon Pezeril, cadre supérieure de santé

Mme Sonia Guillouet, MAST en sciences infirmières

Mme Agathe Hamelin, infirmière en réanimation

Mme Ludivine Videloup, infirmière en pratique avancée et présidente de l'Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée – ANFIPA

Mme Chantal Chavoix, chercheur INSERM

o **Région Occitanie**

Agence régionale de Santé

M. Pascal Durand, directeur du premier recours

Mme Adeline Picot, responsable du pôle Formation des professionnels de santé, pharmacie, biologie

Mme Martine Fontaine, conseillère pédagogique régionale

Mme Réjane Simon, conseillère pédagogique régionale

Conseil Régional

Mme Sarah Baptiste, DGA santé, solidarité, logement

Mme Béatrice Noël, responsable des formations sanitaires et sociales

Région académique

M. Khaled Bouabdallah, recteur délégué ESRI Occitanie

M. Philippe Paillet, SGA, pôle ESRI, chef du service Région-Formation

M. Pascal Besnier, responsable du site Occitanie Ouest

Mme Aline Teissier, responsable du site Occitanie Est

Université de Toulouse III Paul Sabatier

Mme Fabienne Alary, vice-présidente, commission de la formation et de la vie étudiante

M. Antoine Povreau, directeur général des services adjoint, pôle formation et vie étudiante

Faculté de santé de Toulouse

M. Elie Serrano, conseiller du président, doyen honoraire

M. Philippe Pomar, doyen

Mme Odile Rauzy, vice-doyenne, directrice du département médecine-maïeutique-paramédical

M. Sébastien Boyer, directeur administratif

M. Frédéric Bety, responsable RH et finances

Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

Mme Isabelle Lafont, doyenne

M. Denis Maurin, vice-président, chargé des questions pédagogiques

M. Guillaume Euzet, chargé des questions de scolarité paramédicale

Mme Valérie Courtin-Lanel, directrice du DUMA,

Mme Emilie André, enseignant-chercheur stagiaire

CHU de Toulouse

M. Jean-François Lefebvre, DG

Mme Laetitia Johanno, SG

CHU de Montpellier

Mme Anne Ferrer, DG

M. François Berard, DGA

Mme Judith Le Page, DRH

Instituts de formation

Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé (PREFMS)

Mme Laetitia Jehanno, SG

Mme Anne Scandella, DRH adjointe, formation

Mme Marjorie Briant, DAF

M. Caire, institut français de l'éducation

M. Escalle, institut de formation professionnelle et permanente

GCS Occitanie Ouest

M. Thierry Rey, DS, coordonnateur des écoles et instituts

Mme Copetti, IFMEM

M. Hugues Afoy, directeur de l'IFMS Gers

Mme Stervinou, directrice de l'IFSI Ariège

Mme Sophie Cazard, directrice régionale CRF, associé au GCS Occitanie Ouest

Mme Nadia Pech, directrice des écoles de cadres et spécialités

M. Couaraze, enseignant-chercheur, coordonnateur pédagogique des IPA

Mmes Chassagnoux, Martin, Micas, cadres formateurs

GCS Occitanie Est

Barthélémy Mayol, administrateur

Mme Frédérique Saint-Arnould, directrice de l'IFSI Montpellier

Mme Corinne Armero, directrice de l'IFSI Perpignan

Mme Christine Bardez, directrice de l'IFSI Béziers

M. Pascal Faucher directeur de l'IFMS Montpellier

Région Grand Est

Conseil Régional

Mme Bettina BUAT, Cheffe du service Formations Sanitaires et Sociales - Direction de la Formation pour l'Emploi

Mme Elisabeth DEISS, responsable de la carte et de la qualité des formations sanitaires et sociales

CHU Strasbourg

M. Mickael GALY, Directeur général CHU

Mme Céline DUGAST, DGA CHU et présidente ANFH (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier)

M. Rodolphe SOULIÉ, administrateur suppléant et DRH CHU

Mme Stéphanie MARCHAND DE LARTIGUE, coordinatrice des instituts de formations paramédicales

UFR Santé université de Strasbourg

M. Jean SIBILIA, doyen

Mme. Anne CHARLOUX, vice-doyen et responsable de l'universitarisation des formations paramédicales

M. Geoffroy STEEGMANN, responsable administratif UFR

Mme Catherine NOEPPEL, responsable RH UFR

Mme Isabelle BAYLE, directrice des soins, coordinatrice des instituts de formation en santé, CH Saverne et CH Sarrebourg, présidente du DUSI

Mme Myriam PLAISANCE, directrice des soins, IFSI EIBO des HCColmar et GHSO et vice-présidente du DUSI

Mme Michèle APPELSHAUSER, directrice IFSI EPSAU

Mme Isabelle SEBRI, chargée de mission universitarisation

Mme Elena CHABRAN, CFUO Strasbourg

Mme Anne-Catherine LANGOUREAU

Mme Isabelle SCHOSSIG, responsable IFMK

M. Jean-Philippe DILLENSEGER, MCF section 61 (en construction un poste PU-PH)

GCS IFSI alsacien (hors CHU Strasbourg)

Mme Isabelle BAYLE, directrice des soins, coordinatrice des instituts de formation en santé, CH Saverne et CH Sarrebourg, présidente du DUSI

Mme Myriam PLAISANCE, directrice des soins, IFSI EIBO des HCC et GHSO et vice-présidente du DUSI

Mme Michèle APPELSHAUSER, directrice IFSI EPSAU

Mme Sandrine MONNET, directrice institut ergothérapie et psychomotricité – Mulhouse

GCS IFSI lorrain

M. Rémy CHAPIRON, directeur des soins, administrateur du GCS de Lorraine (publics et privés)

Mme Catherine MULLER, directrice IFSI + école des spécialités CHU Nancy, directrice du Dpt universitaire

M. Edouard BOBAN, directeur IFSI Croix Rouge - Metz

Mme Isabelle BAYLE, DS, coordinatrice des instituts de formation en santé, CH Saverne et CH Sarrebourg, présidente du DUSI

Mme Elisabeth WISNIEWSKI

Mme Arielle SAC-EPEE DS, IFSI GHT 9 Forbach et Sarreguemine

Mme Anne GRANDHAYE DS, coordinatrice des soins CH Epinal Remiremont, coordinatrice des soins IFSI-IFAS Neufchâteau, Epinal, Remiremont

Mme Anne-Karine POLLASTRO directrice IFSI SANTEST

ARS Grand Est Nancy

Mme Carole CRETIN Directrice de la stratégie

M. Jean-Michel BAILLARD, RH ARS

Mme Valérie NURDIN, chargée de mission formations non médicales

CHU Nancy

M. Arnaud VANNESTE, directeur général

Mme Catherine MULLER, directrice IFSI et école des spécialités CHU Nancy, directrice du Département universitaire

UFR médecine, maïeutique et métiers de la santé, univ Lorraine

M. Marc BRAUN, doyen

Mme Catherine MULLER, directrice IFSI + école des spécialités CHU Nancy, directrice du Dpt universitaire

Mme Emmanuelle MOUSSIER, responsable administrative UFR

M. Joël DUCOURNEAU, PU faculté de pharmacie, co-directeur de la formation DE audioprothésiste

Mme Gabrielle GARNY, responsable service RH UFR

Mme Julie TODARO, responsable scolarité UFR

M. Paul GOUILLY, directeur IFMK Nancy (privé non lucratif)

UFR Médecine Université Reims-Champagne Ardennes

Mme. Bach-Nga PHAM, doyen

SIGLES UTILISES

AFDS	: association française des directeurs de soins
AMU	: Aix-Marseille Université
ANFH	: Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APB	: Admission post-bac
AP-HP	: assistance publique-hôpitaux de Paris
ARS	: agence régionale de santé
ARSIF	: agence régionale de santé Ile de France
BAP	: branche d'activité professionnelle
BTS	: brevet de technicien supérieur
BUT	: bachelor universitaire de technologie
CCU-	
MG	: chef de clinique universitaire de médecine générale
CDD	: contrats à durée déterminée
CDI	: contrats à durée indéterminée
CEFIEC	: comité d'entente des formations infirmières et cadres
CFA	: centre de formation d'apprentis
CHU	: centre hospitalier universitaire
CNCPR	: Commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche
CNG	: centre national de gestion
CNU	: Conseil national des universités
CRF	: Croix-Rouge française
CSIRMT	: commission des soins infirmiers, rééducation et médicotechniques
CTI	: complément de traitement indiciaire
CVEC	: contribution de vie étudiante et de campus
DE	: diplôme d'État
DE IPA	: diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
DGOS	: direction générale de l'offre de soins
DGRH	: direction générale des ressources humaines
DHOS	: direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRCI	: délégation à la recherche clinique et à l'innovation
DREES	: direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DREETS	: directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DS	: directeur des soins
DTS	: diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie
IM.T	: thérapeutique
DUSI	: départements en sciences infirmières
EC	: enseignants-chercheurs
ECU	: enseignant clinique universitaire
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System ou système européen de transfert et d'accumulation de crédits

EHESP	: École des hautes études en santé publique
ENT	: espace numérique de travail
EPSCP	: établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel
FPC	: formation professionnelle continue
FPH	: Fonction publique hospitalière
GCS	: groupement de coopération sanitaire
GHT	: groupement hospitalier de territoire
GIRCI	: groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation
GRH	: gestion de ressources humaines
HCERES	: haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HDR	: habilitation à diriger des recherches
HPST	: hôpital, patients, santé, territoire
IADE	: infirmier anesthésiste diplômé d'état
IBODE	: infirmier de bloc opératoire diplômé d'état
IDE	: infirmier diplômé d'état
IFAP	: institut de formation des auxiliaires puéricultures
IFAS	: institut de formation d'aides-soignants
IFCS	: institut de formations de cadre de santé
IFMEM	: Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
IFMK	: institut de formation de masseurs kinésithérapeutes
IFPEK	: institut de formation pédicure - podologie - ergothérapie - masso-kinésithérapie
IFSI	: institut de formation en soins infirmiers inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la
IGAENR	: recherche
IGAS	: inspection générale des affaires sociales
IGÉSR	: inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
ISGS	: Infirmière en soins généraux et spécialisées
ITRF	: ingénieurs et personnels techniques de recherche et de formation
IUT	: institut universitaire de technologie
LAS	: licence accès santé
LFSS	: loi de financement de la sécurité sociale
LMD	: licence master doctorat
LPR	: loi de programmation de la recherche du 24 décembre 2020
LRU	: libertés et responsabilités des universités
MAD	: mise à disposition
MAST	: maître de conférences associé
MCCC	: modalités de contrôle des connaissances et des compétences
MCF	: maître de conférences
MCU-	
MG	: maître de conférences de médecine générale
MCU-PH	: maître de conférences – praticien hospitalier
MERRI	: Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)
MESR	: ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MSP	: ministère de la santé et de la prévention

MSU	: maîtrise de stages universitaires
ONDAM	: objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCO	: opérateur de compétences (santé)
OTSS	: organisation et transformation du système de santé
PASS	: parcours d'accès spécifique santé
PAST	: professeur associé
PEDR	: prime d'encadrement doctorale et de recherche
PHRI	: programme hospitalier de recherche infirmière
PR	: professeur des universités
PU-MG	: professeur des universités de médecine générale
PU-PH	: professeur des universités – praticien hospitalier
REF	: research excellence framework
RIPEC	: régime indemnitaire des enseignants et chercheurs
SISE	: système d'information sur le suivi de l'étudiant
ST2S	: filière sciences et technologies de la santé et du social
STAPS	: sciences et techniques des activités physiques et sportives
STS	: sections de technicien supérieur
TLM	: techniciens de laboratoire médical
UE	: unités d'enseignement
UFR	: unité de formation et de recherche
UPEC	: université de Paris Est Créteil
UPC	: université Paris cité
VAE	: validation des acquis de l'expérience
VAP	: validation des acquis professionnels

LETTRE DE MISSION



Les Ministres

CAB/FB/SW/D-22-027952

Paris, le 22 FEV. 2023

Monsieur Thomas AUDIGE
Chef de l'Inspection générale des
Affaires Sociales

Madame Caroline PASCAL
Cheffe de l'Inspection générale de
l'éducation, du sport et de
l'enseignement supérieur

Objet : Mission « statut des encadrants en poste dans les structures de formation et des enseignants-chercheurs dans le cadre de l'universitarisation des professions non médicales »

Les ministres de la santé et de la prévention et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont réaffirmé leur volonté d'universitarisation des professions de santé.

Une mission d'accompagnement opérationnel de ce processus est actuellement pilotée par madame la Professeure Christine Ammirati sous l'égide des deux ministères. Cette mission comporte quatre volets

- Le volet diplomation et ingénierie :
 - Les modalités de gouvernance et les ajustements de l'ingénierie de formation compatibles avec une diplomation universitaire et un apprentissage professionnalisant permettant des mutualisations entre les formations et facilitant les réorientations potentielles déployées pour au moins 5 professions sanitaires à l'échéance de décembre 2024 ;
- Le volet conventionnel :
 - L'élaboration d'une convention-cadre nationale dans laquelle s'inscriront les conventions entre les universités, les régions et les hôpitaux prenant en compte notamment l'approche budgétaire ;
- Le volet recherche et encadrement :
 - Une réflexion et des propositions à conduire pour proposer des évolutions de statut pour les formateurs, responsables pédagogiques et directeurs d'instituts actuels et les modalités d'intégration des enseignants-chercheurs monoappartenants des filières récemment créées par des solutions statutaires adaptées.
- Le volet droit des étudiants :
 - Une attention particulière doit être portée aux problématiques des étudiants fortement impactés par ces évolutions ; des solutions permettant aux étudiants des formations de santé universitarisées de bénéficier des mêmes droits que les étudiants des autres filières universitaires doivent être proposées.

Pour alimenter ces travaux, nous vous remercions de lancer une mission conjointe relative au volet « recherche et encadrement » portant sur le statut des encadrants en poste et les modalités d'intégrations des enseignants chercheurs dans le cadre de l'universitarisation des filières de santé.

Nous attendons de cette mission, une expertise sur les points suivants :

- Un état des lieux sur les statuts actuels des directeurs d'instituts de formation, des responsables pédagogiques et des formateurs dans l'ensemble des filières de santé en voie d'universitarisation ;
- Des préconisations sur les diverses possibilités d'évolution de chacun de ces statuts pour assurer une continuité pédagogique, le maintien des conditions de vie et de travail des personnels en poste tout en assurant le passage vers une universitarisation des filières. Dans les scénarios impliquant un transfert, une attention particulière sera portée aux situations des directeurs d'instituts de formation et des cadres formateurs actuellement en poste qui souhaiteraient conserver leur statut hospitalier ;
- Un état des lieux
 - sur les voies possibles d'accessibilité à la recherche via les cursus LMD pour chacune des filières concernées
 - sur les trajectoires suivies par les professionnels souhaitant s'orienter vers une carrière universitaire pour l'ensemble des filières.
- Des préconisations pour favoriser l'accessibilité à la recherche et à la carrière universitaire
- Des préconisations sur une évolution du statut des enseignants-chercheurs, en particulier concernant la possibilité d'un exercice clinique avec une éventuelle bi-appartenance ;
- Les modalités futures de recrutement avec la place respective de l'université, de la région, de l'Agence régionale de santé et des établissements feront également l'objet de préconisations.

Pour chacun de ces points, nous vous demandons de bien vouloir identifier les freins et les leviers en mettant en place une large participation.

Cette mission s'effectuera en collaboration étroite avec la mission d'accompagnement pour des échanges d'information fréquents. L'état des lieux et les premières préconisations seront transmis trois mois à compter de la réception de la lettre de mission, le rapport de la mission est attendu avant fin mai 2023.

Cette mission conjointe rendra compte régulièrement aux cabinets.



Sylvie RETAILLEAU



François BRAUN