

N° 2712

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 juillet 2010.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux de la mission d'information
sur la formation des auxiliaires médicaux*

ET PRÉSENTÉ
PAR M. JACQUES DOMERGUE,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LA FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX : UN CONSTAT ALARMANT	10
A. LA FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX MANQUE DE LISIBILITÉ ET GÉNÈRE DE VÉRITABLES INÉGALITÉS ENTRE LES ÉTUDIANTS	10
1. Une organisation des cursus peu lisible et parfois inéquitable	10
<i>a) Les modalités de sélection sont hétérogènes, y compris au sein d'une même spécialité</i>	13
<i>b) Les diplômes donnant accès à l'exercice des professions manquent de lisibilité</i>	13
<i>c) Les instituts de formation ont des statuts différents et sont inégalement répartis sur le territoire</i>	14
2. Une tutelle des formations éclatée	15
3. Un manque d'équité dans l'ensemble	16
<i>a) Les étudiants n'ont pas tous accès aux mêmes droits</i>	16
<i>b) La sélection est peu claire et s'effectue trop souvent par l'argent</i>	17
B. LE CONTENU DES FORMATIONS MÉRITERAIT D'ÊTRE ADAPTÉ À L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS, DES BESOINS DE SANTÉ ET DU SYSTÈME DE SOINS	20
1. Des métiers, des besoins de santé de la population et une organisation du système de soin en profonde évolution.....	21
<i>a) L'évolution des besoins de santé de la population requiert une réflexion sur les « nouveaux métiers » du secteur</i>	21
<i>b) Les prévisions démographiques appellent une amélioration de l'attractivité de certaines spécialités</i>	22
<i>c) Le développement des coopérations entre professionnels et l'évolution des conditions d'exercice supposent l'acquisition d'une culture commune et de nouvelles compétences pour les auxiliaires médicaux</i>	25
2. Des cursus qui pourraient s'adapter à ces évolutions	27
<i>a) Les programmes des formations sont obsolètes</i>	27
<i>b) Les passerelles entre cursus pourraient être développées</i>	29
<i>c) Le niveau master est absent de la formation des auxiliaires médicaux</i>	32

C. LA FRANCE RATTRAPE PEU À PEU SON RETARD SUR SES VOISINS EUROPÉENS DANS L'APPLICATION DU PROCESSUS DE BOLOGNE.....	35
1. Le mouvement d'harmonisation des diplômes au niveau européen.....	35
<i>a) Le processus de Bologne prévoit une harmonisation des diplômes qui s'applique progressivement à l'ensemble des pays européens</i>	35
<i>b) Le processus de Bologne est une chance pour la formation des auxiliaires médicaux</i>	36
2. Les efforts menés par la France pour rattraper son retard	37
<i>a) Une véritable réflexion est en cours sur l'intégration des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat.....</i>	37
<i>b) La France demeure cependant au milieu du gué.....</i>	38
II.- POUR UNE RÉFORME AMBITIEUSE DE LA FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX	39
A. À COURT TERME : RÉFORMER LES MODALITÉS DE SÉLECTION DES ÉTUDIANTS.....	39
1. Créer une licence santé regroupant l'ensemble des professionnels : une solution théoriquement intéressante mais qui ne correspond pas à la spécificité des métiers paramédicaux.....	39
2. Intégrer l'ensemble des futurs auxiliaires médicaux à la première année commune aux études de santé : la solution la plus satisfaisante sur le fond mais impossible dans sa mise en œuvre	40
3. Créer une L1 « paramédicale » : la solution retenue par la mission.....	42
B. À MOYEN TERME : INTÉGRER L'ENSEMBLE DES FORMATIONS AU SYSTÈME LICENCE-MASTER-DOCTORAT.....	45
1. Un préalable nécessaire : moderniser et clarifier le système de formation.....	45
<i>a) Renforcer la qualité des études : réactualiser les programmes.....</i>	45
<i>b) Régler la question des compétences respectives du ministère de la santé, du ministère de l'enseignement supérieur et du ministère de l'éducation nationale.....</i>	47
<i>c) Engager une réflexion sur la répartition des centres de formation sur le territoire.....</i>	48
2. Intégrer l'ensemble des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat à la rentrée 2013.....	48
<i>a) Tirer les enseignements de la réforme des études en soins infirmiers</i>	48
<i>b) Intégrer l'ensemble des formations d'auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat à la rentrée 2013.....</i>	49
C. À LONG TERME : PROCÉDER À UNE REFORME COMPLÈTE DE L'ARCHITECTURE DES FORMATIONS.....	52
1. Créer des masters de qualité accessibles à tous les auxiliaires médicaux	52

2. Améliorer les passerelles entre les formations.....	54
3. Mettre en place des instituts d'études paramédicales regroupant l'ensemble des professions.....	55
RAPPEL DES PROPOSITIONS DE LA MISSION	57
CONTRIBUTIONS	59
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE PAR LES MEMBRES DE LA MISSION APPARTENANT AU GROUPE SOCIALISTE, RADICAL, CITOYEN ET DIVERS GAUCHE	59
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE PAR LES MEMBRES DE LA MISSION APPARTENANT AU GROUPE DE LA GAUCHE DÉMOCRATE ET RÉPUBLICAINE.....	62
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	67
ANNEXES	85
ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION	85
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	86
ANNEXE 3 : PANORAMA DE LA FORMATION DES INFIRMIERS ET DES KINÉSITHÉRAPEUTES EN EUROPE.....	90

INTRODUCTION

La France compte aujourd'hui près de 750 000 auxiliaires médicaux ⁽¹⁾. Non seulement leurs métiers constituent un gisement d'emploi considérable pour les générations futures, mais ils sont amenés à jouer un rôle capital dans l'évolution de notre système de santé, à l'heure où l'on parle de nouvelle répartition des tâches entre professionnels, de réorganisation de l'offre de soins, de prise en charge de nouvelles pathologies dans un cadre financier de plus en plus contraint.

Conscient de leur importance, le Gouvernement a depuis quelques années, amorcé une véritable réflexion sur leur formation. Le ministère de la santé et des sports a ainsi ouvert en 2004 un vaste chantier de redéfinition de tous les diplômes d'auxiliaires médicaux. Depuis, de nombreuses études se sont succédé : celles de Domitien Debouzie en 2003 ⁽²⁾, de M. Yvon Berland en 2007 ⁽³⁾, de MM. Aquilino Morelle, Jacques Veyret et Gérard Lesage en 2008 ⁽⁴⁾, ou plus récemment de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche ⁽⁵⁾ et de M. Laurent Hénart, M. Yvon Berland et Mme Danielle Cadet ⁽⁶⁾.

Une réflexion d'ensemble sur la formation des auxiliaires médicaux s'impose désormais.

L'adoption de la loi n° 2009-83 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants a posé avec acuité le problème du mode de sélection des auxiliaires médicaux.

En effet, en juin 2009, lors du débat en séance publique de la proposition de loi déposée par votre rapporteur, avait été soulevée la question de l'intégration, dans un premier temps des étudiants en masso-kinésithérapie et à long terme de l'ensemble des paramédicaux, au sein de la première année commune d'études de santé. Mais bien qu'elle n'ait pas été, à l'époque, écartée sur le principe par la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, la mise en œuvre de cette mesure avait alors été jugée prématurée, faute d'expertise précise sur ses

(1) *Données du ministère de la santé et des sports pour 2009.*

(2) *Rapport de la Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, 20 juillet 2003, Domitien Debouzie, président de l'Université Claude Bernard Lyon I.*

(3) *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, rapport du groupe de travail présidé par M. Yvon Berland, décembre 2007.*

(4) *Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, rapport établi par MM. Aquilino Morelle, Jacques Veyret et Gérard Lesage, septembre 2008.*

(5) *Lettre de mission de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre de la santé et des sports du 13 janvier 2010.*

(6) *Lettre de mission de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre de la santé et des sports du 18 mai 2010.*

conséquences. Aujourd'hui, la visibilité de la nouvelle première année d'études commune aux professions de santé fait craindre aux doyens des facultés de médecine une forte croissance des effectifs, et par suite une dégradation des conditions d'accueil des étudiants. Il convient donc, afin de ne pas engorger la première année d'études de santé, et de ne pas provoquer une hausse du taux d'échec, de clarifier au plus vite le système de formation des auxiliaires médicaux, qui constitue un véritable maquis au regard des études médicales.

En outre, un mouvement sans précédent anime les métiers de la santé.

Le vieillissement de la population, l'apparition de nouveaux enjeux de santé publique et les prévisions démographiques bouleversent les cadres existants, ce dont a pris acte la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La formation des auxiliaires médicaux doit s'adapter à ces évolutions, par le renforcement du cursus initial, par la création d'une culture commune entre professionnels de santé, par la reconnaissance de nouvelles compétences, voir par de nouveaux métiers.

Le contexte européen d'harmonisation des cursus universitaires en Europe pousse d'ailleurs la France à évoluer.

La formation des auxiliaires médicaux ne peut pas rester en marge du système licence-master-doctorat qui se met en place dans toute l'Union européenne. 2009 a vu la reconnaissance au grade de licence du diplôme d'État des infirmiers. Le ministère de la santé a annoncé l'attribution du grade de licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux au plus tard à l'horizon 2015⁽¹⁾. Tous les professionnels attendent cette mesure comme une reconnaissance symbolique de leur niveau de formation et une possibilité d'évolution de carrière et de mobilité internationale grâce à la poursuite d'études. Or cette intégration doit s'accompagner d'une refonte complète du système de formation initiale dont il faut mesurer les conséquences financières et humaines.

Créée par la commission des affaires sociales le 13 janvier 2010, la mission d'information relative à la formation des auxiliaires médicaux, composée de onze membres⁽²⁾, s'est donc attachée à évaluer le système de formation des auxiliaires médicaux et formuler des propositions au regard des enjeux précédemment évoqués. Pour cela, ses membres ont rencontré, au cours de plus de soixante auditions, les représentants de l'ensemble des professionnels concernés, les organisations étudiantes, les administrations de tutelle, les représentants des régions et des Universités et les experts ayant travaillé sur le sujet.

(1) *Protocole d'accord du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les Universités et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B.*

(2) *Voir la composition en annexe.*

Au terme de ses travaux, la première partie du présent rapport dresse l'état des lieux plutôt alarmant de la formation des auxiliaires médicaux en France, largement partagé au demeurant par l'ensemble des professionnels auditionnés par la mission, puisqu'elle manque de lisibilité, de clarté dans le pilotage, et paraît souvent inéquitable dans l'accès aux formations. Le contenu et les modalités de la formation sont en outre inadaptés à l'évolution des métiers et des besoins de santé de la population. Enfin, l'intégration des formations au système licence-master-doctorat a pris du retard par rapport à nos voisins européens, même si le grade de licence a été attribué aux infirmiers diplômés d'État, ce qu'il faut saluer comme un véritable progrès.

Sur la base de ce constat, la deuxième partie du présent rapport présente des pistes de réforme qui tendent à assurer une formation lisible et de meilleure qualité aux auxiliaires médicaux, à renforcer leur rôle auprès du corps médical, à améliorer le déroulement de leur carrière et à garantir l'égal accès des étudiants aux différents métiers concernés, au bénéfice de l'ensemble du corps social.

I.- LA FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX : UN CONSTAT ALARMANT

Le code de la santé publique distingue au sein des professions de santé les professions médicales, comprenant les médecins, les chirurgiens-dentistes, et les sages-femmes, les professions de pharmacie, les auxiliaires médicaux, et, enfin, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les ambulanciers, qui ont un statut de professionnels de santé non médicaux.

Les travaux de la mission d'information se sont focalisés sur la formation des seuls auxiliaires médicaux, expression qui recouvre l'ensemble des professions dites « réglementées », ainsi réparties dans le code de la santé publique : profession d'infirmier (articles L. 4311-1 à L. 4314-6) ; professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (articles L. 4321-1 à L. 4323-6) ; professions d'ergothérapeute et de psychomotricien (articles L. 4331-1 à L. 4334-2) ; professions d'orthophoniste et d'orthoptiste (articles L. 4341-1 à L. 4344-5) ; profession de manipulateur d'électroradiologie médicale (articles L. 4351-1 à L. 4353-2) ; professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (articles L. 4361-1 à L. 4363-4) ; profession de diététicien (articles L. 4371-1 à L. 4372-2).

A été ajoutée à cette liste la profession de technicien de laboratoire d'analyse de biologie médicale dans la mesure où le Haut conseil des professions paramédicales comporte en son sein un représentant de ladite profession en vertu de l'article D. 4381-3 du code de la santé publique.

A. LA FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX MANQUE DE LISIBILITÉ ET GÉNÈRE DE VÉRITABLES INÉGALITÉS ENTRE LES ÉTUDIANTS

1. Une organisation des cursus peu lisible et parfois inéquitable

L'étude du système actuel révèle des traits communs à la plupart des cursus. Les diplômes paramédicaux sont tout d'abord des diplômes à finalité professionnelle « post-bac ». La majorité des étudiants suivent ensuite en moyenne un cursus d'une durée de trois ans, homologuée au niveau III de la nomenclature des certifications, ce qui correspond à un bac + 2, du fait d'un temps important consacré à la formation pratique, la plupart du temps après un baccalauréat scientifique.

Mais, au-delà de ces éléments communs, la formation des auxiliaires médicaux se caractérise par une extrême hétérogénéité, entre et au sein des spécialités, que ce soit par la nature des diplômes, les effectifs d'étudiants concernés, ou encore le nombre et le statut juridique des instituts assurant la formation, comme en témoigne le tableau récapitulatif présenté ci-dessous.

La formation des auxiliaires médicaux

Professions	Ministère de tutelle	Mode d'entrée	Institution assurant la formation	Institution délivrant le diplôme	Niveau de concours	% de bacheliers scientifiques	Durée de la formation	Diplôme	Niveau d'homologation
Médecin	santé et enseignement supérieur	Concours Nombres élausus	U.F.R. dispensant des formations médicales	Universités habilitées	Post-bac Nombres élausus après L1 Santé	NC	9 ans à 11 ans	Diplôme d'État de docteur en médecine et diplôme national de l'enseignement supérieur	Pas intégré au répertoire national des certifications professionnelles à ce jour
Pharmacien	santé et enseignement supérieur		U.F.R. dispensant des formations pharmaceutiques			NC	6 ans pour le cycle court (officine/industrie) 9 ans pour le cycle long (internat, 17 % des étudiants)	Diplôme d'État de docteur en pharmacie et diplôme national de l'enseignement supérieur	Pas intégré au répertoire national des certifications professionnelles à ce jour
Chirurgien-dentiste	santé et enseignement supérieur		U.F.R. dispensant des formations odontologiques			NC	6 ans pour le cycle court 8 ans pour le cycle long (4 % des étudiants)	Diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire et diplôme national de l'enseignement supérieur	Pas intégré au répertoire national des certifications professionnelles à ce jour
Sage-femme	santé et enseignement supérieur		Écoles de sages-femmes et possibilité de créer des composantes universitaires dédiées à la formation de sage-femme			97 %	5 ans	Diplôme d'État de sage-femme et diplôme national de l'enseignement supérieur	Pas intégré au répertoire national des certifications professionnelles à ce jour
Infirmier	santé	Concours	Instituts de formation en soins infirmiers	Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence	29 %	3 ans 4 200 h 180 ECTS	Diplôme d'État d'infirmier	II
Infirmier anesthésiste	santé	Concours		Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence		2 ans (2 313 h ou 2 100 h)		
Infirmier de bloc opératoire	santé	Concours		Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence		18 mois		
Puéricultrice	santé	Concours		Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence		1 an		
Masseur-kinésithérapeute	santé	Concours et par dérogation à titre expérimental PCEMI/Future L1 Santé/Licence STAPS et SVT	Instituts de formation en masso-kinésithérapie	Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence	95 %	3 ans (3 330 h)	Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute	III

Ergothérapeute	santé	Concours et par dérogation à titre expérimental PCEMI/Future LI Santé/Licence-STAPS et SVT	Instituts de formation en ergothérapie	Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence	90 %	3 ans (3 714 h)	Diplôme d'État d'ergothérapeute	III
Psychomotricien	santé et enseignement supérieur	Concours et par dérogation à titre expérimental PCEMI/Future LI Santé/Licence-STAPS et SVT	Instituts de formation en psychomotricité	Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence	I	3 ans (2 912 h)	Diplôme d'État de psychomotricien	III
Orthophoniste	santé et enseignement supérieur	Examen d'entrée	Université	Université	Bac ou titre admis en équivalence	NC	3 ans étalés sur 4 (3 979 h)	Certificat de capacité en UFR de médecine ou de techniques de réadaptation	III
Orthopiste	enseignement supérieur	Examen d'entrée	Université	Université	Bac ou titre admis en équivalence	NC	3 ans	Certificat de capacité en UFR de médecine ou de techniques de réadaptation	III
Pédicure-podologue	santé	Concours et par dérogation à titre expérimental PCEMI/Future LI Santé/Licence-STAPS et SVT	Instituts de formation en pédicurie podologie	Préfet de région	Bac ou titre admis en équivalence	85 %	3 ans (3 470 h)	Diplôme d'État de pédicure podologue	III
Manipulateur d'électroradiologie médicale	éducation nationale et santé	Concours et par dérogation à titre expérimental PCEMI/Future LI Santé/Licence-STAPS et SVT	Lycée/Instituts de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale	Préfet de région ou Education nationale quand DTS	Bac ou titre admis en équivalence	91 %	3 ans (4 444 h pour le DE et 4 206 h pour le DTS)	Diplôme d'État ou diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique	III
Audioprothésiste	enseignement supérieur et santé	Examen d'entrée	Université	Université	Bac ou titre admis en équivalence	NC	3 ans	Diplôme d'État préparé en UFR de médecine et de pharmacie	III
Opticien-lunetier	éducation nationale	BTS ou BP, sur dossier	Lycée	Éducation nationale/ Université	Bac ou titre admis en équivalence	NC	2 ans (2 313 h ou 2 100 h)	BTS ou BP d'opticien-lunetier	III
Diététicien	éducation nationale, enseignement supérieur, santé à venir	BTS ou DUT, sur dossier	Lycée/Université	Éducation nationale/ Université	Bac ou titre admis en équivalence	NC	2 ans (2 313 h ou 2 100 h)	BTS ou DUT spécialité biologie appliquée, option diététique Diplôme d'État : réglementation en cours	III
Technicien de laboratoire médical	santé ou éducation nationale, agriculture, enseignement supérieur	Concours et par dérogation à titre expérimental PCEMI/Future LI Santé/Licence-STAPS et SVT	Instituts de formations de techniciens en analyses biomédicales/ lycées / Université (IUT)	Préfet de région/ Éducation nationale/ Université	Bac ou titre admis en équivalence	79 %	3 ans (3 423 h) - 3 ans	Diplôme d'État de technicien d'analyse biomédicale ou BTS ou DUT reconnus sur une liste arrêtée par le ministre de la santé	III

NC : données non connues

a) Les modalités de sélection sont hétérogènes, y compris au sein d'une même spécialité

Les modes de recrutement des étudiants sont assurément une source de confusion pour les étudiants et leurs parents.

Certaines professions, comme les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens ou encore les ergothérapeutes, sont recrutés selon un système mixte, soit par concours organisé par un institut non universitaire, soit à l'issue de la première année d'études de santé.

D'autres professions, telles que les orthophonistes et orthoptistes recrutent les étudiants sur concours, hors première année de médecine, chaque institut ou varier d'une région à l'autre.

Enfin, les admissions peuvent être décidées après examen du dossier scolaire, pour les inscriptions en brevet de technicien supérieur ou diplôme universitaire (opticien-lunetier, diététicien, manipulateur d'électroradiologie médicale en partie).

b) Les diplômes donnant accès à l'exercice des professions manquant de lisibilité

Les diplômes permettant l'exercice des professions sont aussi très variés. Certaines formations donnent lieu à la délivrance d'un diplôme d'État, (kinésithérapeutes, infirmiers, ergothérapeutes, pédicures podologues, psychomotriciens), d'autres à une certification (orthophonistes, orthoptistes), d'autres enfin à un brevet de technicien supérieur ou un diplôme universitaire (manipulateurs en électroradiologie médicale, opticien-lunetier, diététicien, technicien de laboratoire).

Pour certaines spécialités, plusieurs diplômes ou titres donnent accès à l'exercice de la profession. À titre d'exemple, ce ne sont pas moins de dix diplômes différents qui donnent accès au métier de technicien en analyse biomédicale, parmi lesquels un diplôme d'État, plusieurs diplômes universitaires et brevets de technicien supérieur ⁽¹⁾. Autre exemple : deux diplômes donnent accès à la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale, un diplôme d'État créé en 1967, relevant du ministère de la santé et un diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, créé en 1966, relevant du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. La même dualité existe pour le diplôme de diététicien.

Pour clarifier le système de formation et faciliter la reconnaissance de ces diplômes au niveau licence, il est impératif de réduire le nombre des diplômes et d'en harmoniser la nature.

(1) Voir notamment l'arrêté du 15 juin 2007 relatif aux titres ou diplômes exigés pour l'accès aux concours sur titres de technicien de laboratoire de la fonction publique hospitalière.

c) Les instituts de formation ont des statuts différents et sont inégalement répartis sur le territoire

Quant aux centres de formation, ils divergent par leur nombre, en fonction des effectifs de chaque profession, mais aussi par leur statut. En effet ils peuvent être publics ou privés, rattachés ou non à l'université, y compris au sein d'une même spécialité, comme le montre le tableau suivant.

Centres de formation des auxiliaires médicaux

Profession de santé	Centres de formation
Infirmier	371 instituts de formation en soins infirmiers dont 321 publics et 50 privés
Masseur kinésithérapeute	37 instituts de formation en masso-kinésithérapie dont 13 publics, 20 privés non lucratifs et lucratifs dont 4 instituts réservés aux personnes déficientes visuelles. Un institut en cours d'ouverture
Ergothérapeute	9 instituts de formation en ergothérapie dont 3 publics et 6 privés
Psychomotricien	7 instituts dont 4 publics et 3 privés
Orthophoniste	16 centres de formation intégrés aux universités
Orthoptiste	13 centres de formation intégrés aux universités
Pédicure podologue	12 dont 3 publics et 9 privés
Audioprothésiste	5 centres de formation intégrés aux universités
Opticien lunetier	Pas de données
Diététicien	10 départements dans les instituts universitaires de technologie et 53 établissements préparant un BTS (lycées et forte représentation des établissements hors contrat)
Technicien de laboratoire médical	4 instituts de formation dont 3 publics et 1 privé 29 lycées et écoles 16 instituts universitaires de technologie
Manipulateur radio	18 instituts de formation publics et 28 sections dans les lycées
Orthoprothésiste Orthopédiste	3-4 centres de formation

Source : représentants des professions et ministère de la santé et des sports.

Bien que tous soient agréés par le président du conseil régional après avis du représentant de l'État dans la région ⁽¹⁾, les instituts, dont le statut juridique et les modalités d'organisation peuvent varier d'un territoire à l'autre, sont libres de créer des modules particuliers pour évaluer leurs étudiants, et d'innover dans leur pédagogie.

Selon les professionnels rencontrés par la mission, le caractère obsolète des programmes amène aujourd'hui les instituts à s'adapter « hors cadre » à l'évolution des métiers. Ceci explique les disparités territoriales que l'ensemble des étudiants déplore. Ainsi, les représentants des étudiants en ergothérapie regrettent la grande diversité du contenu des formations dans les centres existants ⁽²⁾. Selon les

(1) Article L. 4383-3 du code de la santé publique.

(2) Audition du 24 mars 2009.

représentants des étudiants en orthophonie, chaque école élabore ses propres épreuves de diplôme final, correspondant à la construction identitaire de chacune d'entre elles. Cette hétérogénéité est regrettable. Les étudiants en soins infirmiers craignent de leur côté un morcellement des études sur le territoire.

Certains établissements de formation mériteraient à l'évidence un contrôle plus poussé par les régions et les services déconcentrés. Les représentants des diététiciens n'ont-ils pas confié à la mission que de nombreux instituts de formation hors contrat délivrent une formation totalement inadaptée et de plus coûteuse, aboutissant à un taux d'échec de plus de 50 % des élèves qui y sont inscrits ?

La mission estime que l'harmonisation du contenu des formations et de l'organisation de la scolarité sur le territoire doit être une priorité dans la réforme des diplômes. Elle considère également qu'il faut s'attaquer au problème de la répartition inégale des centres de formation, le plus souvent le fruit des circonstances historiques de leur création, et de leur rareté dans certaines régions.

Ainsi, à titre d'exemple, il existe aujourd'hui 16 centres de formation en orthophonie. Mais certaines régions, connaissant souvent déjà une véritable pénurie de professionnels (l'Auvergne, le Limousin, la Bourgogne), n'en disposent pas. Pour les orthoptistes, le nombre de centres de formation (15) est trop faible compte tenu de l'élargissement de leurs missions et mal réparti en fonction des besoins de la population. Enfin, la répartition des instituts de masso-kinésithérapie sur le territoire révèle également des déséquilibres, puisque la majorité des instituts privés, dont les frais de scolarité sont quatre fois supérieurs à ceux des instituts publics, se trouvent en région parisienne.

2. Une tutelle des formations éclatée

Le contenu de la formation, l'organisation des concours et la délivrance des diplômes sont en principe de la compétence de l'État, ainsi que le nombre de places accessibles aux étudiants dans les instituts de formation. Mais il existe aujourd'hui plusieurs ministères de tutelle : le ministère de la santé et des sports, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de l'éducation nationale. Certains métiers tels que celui de manipulateur d'électroradiologie médicale, de diététicien ou de technicien de laboratoire de biologie médicale dépendent à la fois du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale.

Par ailleurs, l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux régions le fonctionnement et l'équipement des écoles et instituts de formation des formations paramédicales ainsi que la gestion des bourses versées aux étudiants, à l'exception des formations gérées par l'éducation nationale. Sur le plan pédagogique, les régions sont devenues les principaux interlocuteurs des centres de formation. Ainsi, l'ouverture d'un centre dépend de la décision du président du conseil régional après avis de l'Agence régionale de santé. La région fixe également la répartition des quotas, déterminés au niveau national, en fonction d'un schéma de formation

qui correspond aux besoins de professionnels dans le bassin d'emploi. Par ailleurs, face à la pénurie de professionnels, les régions mettent en place des antennes délocalisées de formation pour se rapprocher des élèves, et versent des allocations d'études conditionnées à l'engagement des futurs professionnels d'exercer quelques années dans des secteurs en difficulté comme les établissements de prise en charge des personnes âgées.

Il faut enfin compter parmi les acteurs importants les universités qui, depuis la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, jouissent d'une réelle autonomie et gèrent directement un grand nombre de formations d'auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens).

La multitude des intervenants ne facilite évidemment ni le pilotage du système, ni sa lisibilité, et encore moins sa modernisation.

3. Un manque d'équité dans l'ensemble

a) Les étudiants n'ont pas tous accès aux mêmes droits

Les droits sociaux des étudiants suivant des formations d'auxiliaire médical sont très différents. Les futurs orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, diététiciens, techniciens de laboratoire en analyses biomédicales, qui dépendent de l'université ou des lycées, bénéficient à ce titre de l'ensemble des droits étudiants (restauration, logement, activités culturelles, bibliothèque).

Mais pour les étudiants en soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie, psychothérapie, pédicure-podologie, la question est plus complexe et source d'inégalités. Théoriquement, ces étudiants sont affiliés au régime de sécurité sociale étudiante et disposent d'une carte d'étudiant délivrée sous le timbre du ministère de la santé. Ils ont donc vocation à bénéficier de l'ensemble des prestations des centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS)⁽¹⁾.

Cependant, il existe des disparités territoriales. Pour les étudiants qui ne sont pas inscrits à l'université, les instituts de formation doivent passer une convention et verser un financement à l'université pour permettre à leurs élèves de bénéficier des mêmes droits que l'ensemble des étudiants. Or, dans certaines villes, ces conventions n'ont pas été signées et les étudiants ne peuvent accéder à la bibliothèque ou au restaurant universitaire.

Par ailleurs, le système des droits d'inscription est inégalitaire. Les droits d'inscription à l'université, pour un étudiant en orthophonie, n'excèdent pas 500 euros quand ceux d'un étudiant en ergothérapie ou en kinésithérapie inscrit en institut privé peuvent aller jusqu'à 8 500 euros, soit près de 25 000 euros sur trois ans. Les coûts varient en fonction du caractère public ou privé des instituts et de la

(1) Comme cela a été rappelé par la circulaire conjointe de la ministre de la santé et des sports et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche du 9 juillet 2009.

capacité des régions à prendre en charge une partie du coût de la formation. De plus, les étudiants qui passent par une première année de médecine pour entrer en institut de formation doivent souvent s'acquitter de droits d'inscription supérieurs aux autres étudiants car l'Université ne reçoit aucune allocation pour les prendre en charge. S'y ajoutent les frais fixés par les instituts qui permettent à leurs futurs étudiants un passage par la première année d'études de santé, qui peuvent atteindre 1 000 euros.

Les bourses ne compensent pas ces inégalités. Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, celles-ci sont versées par les régions, qui bénéficient d'une compensation financière par l'État. Ces bourses ne sont pas alignées, dans leur montant et leurs critères d'attribution, sur celles du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Mieux, elles n'ont pas été revalorisées depuis 2005, alors que celles de l'enseignement supérieur ont connu une hausse de 1 % à 3 % à la rentrée 2009-2010. Certaines régions s'efforcent de combler cet écart, ce qui crée des disparités territoriales soulignées par les étudiants rencontrés par la mission.

Comparatif des deux systèmes de bourses étudiantes

Échelon des bourses	Bourse de l'enseignement supérieur (revalorisée)	Bourses régionales (en moyenne)
0	Exonération des frais d'inscription et des droits de sécurité sociale	—
1	1 445 €	1 315 €
2	2 177 €	1 982 €
3	2 790 €	2 540 €
4	3 401 €	3 097 €
5	3 905 €	3 554 €
6	4 140 €	—

Source : fédération nationale des étudiants en kinésithérapie.

Enfin, certains étudiants ne bénéficient pas d'indemnités de stage. Ainsi, c'est le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes, bien qu'il soit prévu, depuis 2007, qu'« une indemnité de stage est versée aux étudiants pendant la durée des stages réalisés au cours de la deuxième et troisième année de formation »⁽¹⁾, cette obligation n'est pas toujours appliquée. Les orthophonistes ont également fait part de leurs difficultés sur ce point aux membres de la mission.

b) La sélection est peu claire et s'effectue trop souvent par l'argent

Comme on l'a dit précédemment, les modes de sélection sont divers et ne sont pas harmonisés au plan national.

(1) Arrêté du 10 mai 2007 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

En effet, certains futurs auxiliaires médicaux sont recrutés directement par les instituts de formation au niveau du bac, selon un programme fixé au niveau national, mais que chaque institut de formation peut adapter.

À partir de 1989, a été ouverte, à titre expérimental, la possibilité de sélectionner les candidats selon leur rang de classement à l'issue d'une année du premier cycle d'études médicales, pour leur permettre d'intégrer des instituts de formation en masso-kinésithérapie. L'expérimentation a été par la suite ouverte à d'autres spécialités (ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, psychomotricien, pédicure-podologue, technicien de laboratoire). Elle s'effectue sur la base d'arrêtés du ministère de la santé et des sports pris pour chaque institut ou école concernés, et reconduits d'année en année. Les accords peuvent varier d'un institut à l'autre. Certains instituts ne recrutent que sur la base du classement de l'étudiant au terme de la première année de médecine, d'autres y ajoutent un ou des modules d'enseignement réservés aux étudiants souhaitant poursuivre des études d'auxiliaire médical, auxquels sont appliqués des coefficients. Ce mode de sélection concerne aujourd'hui la moitié des étudiants intégrant un institut de formation en masso-kinésithérapie et un nombre croissant d'autres spécialités de la rééducation.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la sélection peut également s'effectuer sur dossier par le biais des filières sciences et techniques physiques et sportives ou sciences de la vie et de la terre ⁽¹⁾.

Ainsi un étudiant qui souhaite devenir masseur-kinésithérapeute, orthophoniste ou psychomotricien devra la plupart du temps passer plusieurs concours, chacun ayant un programme spécifique.

À ces modalités de recrutement variables, compliquées et difficilement maîtrisables par les étudiants s'ajoute une véritable sélection par l'argent.

Tout d'abord, le passage des concours suppose l'engagement par les jeunes de frais d'inscription, de transport et de logement, que toutes les familles ne peuvent supporter. À titre d'exemple le simple passage du concours d'entrée dans un institut de formation de masseur-kinésithérapeute coûte entre 100 et 150 euros.

Les reçus font ensuite face à des coûts assez élevés. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, ils atteignent par exemple entre 175 et 400 euros en institut public, entre 2 000 et 6 000 euros en institut privé à but non lucratif, et entre 8 000 et 8 500 euros en institut privé à but lucratif. Pour les pédicures-podologues, trois ans d'études reviennent à 8 000 euros par ans. Après leurs études, les diplômés doivent souvent investir dans du matériel coûteux pour s'installer.

Mais avant tous ces « chocs financiers », les étudiants doivent souvent intégrer des préparations privées, du fait de la hausse des niveaux requis et de la

(1) Arrêté du 5 mai 2010 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.

nature des épreuves qui peuvent varier d'un institut à l'autre. Comme le montre le tableau ci-contre, l'ensemble des auxiliaires médicaux qui passent les concours d'entrée dans les formations ont en réalité effectué une, deux, voir trois années d'études auparavant, souvent dans une classe préparatoire privée.

Situation principale des nouveaux inscrits en première année l'année précédant leur entrée dans la formation d'auxiliaire médical

	Études secondaires	Classe préparatoire	PCEM 1	Études supérieures	Emploi secteur hospitalier	Emploi autre secteur
Infirmier	6 617	5 587	1 760	2 460	3 050	3 480
Manipulateur électroradiologie	88	307	131	83	17	15
Masseur-kinésithérapeute	13	859	887	91	16	14
Ergothérapeute	16	232	120	8	1	1
Psychomotricien	1	246	49	24	0	7
Orthoptiste						
Orthophoniste						
Technicien de laboratoire en analyse biomédicale	32	13	11	20	1	1
Pédicure podologue	10	437	19	28	1	11

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Il serait hypocrite d'affirmer qu'il est aujourd'hui possible de réussir ces concours directement après le bac, à l'exception notable des infirmiers qui intègrent le plus souvent l'institut de formation à bac + 0. Comme l'ont déclaré les étudiants rencontrés par la mission, « *les écoles préparatoires sont incontournables, et il existe très peu de préparations publiques efficaces* ». Or, le coût de ces préparations privées, qui n'existent d'ailleurs que dans les grandes villes, ce qui engendre des frais supplémentaires pour les étudiants qui n'en sont pas originaires, peut être tout à fait exorbitant.

Prix d'une préparation privée aux concours d'entrée de certaines formations paramédicales

Profession	Prix annuel d'une préparation privée (en euros)
Orthophoniste	Entre 2 200 et 4 380
Orthoptiste	Entre 2 000 et 2 400
Psychomotricien / Pédicure podologue	Entre 2 000 et 3 720
Masseur-kinésithérapeute	Entre 2 250 et 4 910
Technicien de laboratoire	Entre 2 250 et 3 700

Ergothérapeute	Entre 2 000 et 4 910
Audioprothésiste	Entre 2 250 et 2 800
Manipulateur d'électroradiologie	Entre 2 250 et 4 910
Infirmier	Entre 1 600 et 1 990

Source : éléments recueillis par la mission sur les sites des centres de préparation privés.

L'analyse détaillée des études de masso-kinésithérapie est particulièrement éclairante. Pour passer les concours des instituts, la règle est de se préparer pendant un ou deux ans aux épreuves de physique, biologie et chimie. Certaines facultés organisent certes une préparation publique, mais le marché a été principalement investi par des organismes privés. La plupart du temps, les élèves passent plusieurs concours, ce qui en moyenne revient entre 800 et 900 euros aux étudiants. Le coût de la scolarité pour cette année préparatoire peut ainsi être d'un peu moins de 150 euros pour un étudiant de Grenoble qui passe par une première année d'études de santé, environ 1 000 euros pour un étudiant en Picardie, qui doit payer une double inscription en première année d'études de santé et en module dédié aux étudiants en kinésithérapie, enfin près de 4 000 euros pour un étudiant passant par une préparation privée.

Ajoutons que les redoublements sont fréquents. On comprend dès lors aisément l'attachement de l'ensemble des étudiants au passage par la première année d'études de santé.

Cette sélection par l'argent ne peut perdurer. Elle a pour effet un recrutement socialement inégalitaire. Or, comme l'a déclaré récemment la ministre de la santé et des sports, la garantie « *de la mixité des publics* » est « *une exigence éthique envers tous les jeunes* »⁽¹⁾ qui doit absolument être défendue. De plus, la situation conduit souvent à un endettement des étudiants, lequel les incite d'avantage à s'installer en secteur libéral qu'à travailler à l'hôpital.

B. LE CONTENU DES FORMATIONS MÉRITERAIT D'ÊTRE ADAPTÉ À L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS, DES BESOINS DE SANTÉ ET DU SYSTÈME DE SOINS

Les enjeux de santé publique, l'organisation de l'offre de soins et les aspirations des professionnels connaissent aujourd'hui des mutations auxquelles la formation initiale des auxiliaires médicaux devrait être adaptée.

(1) Discours du 20 mai 2010 lors de l'ouverture des états généraux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

1. Des métiers, des besoins de santé de la population et une organisation du système de soin en profonde évolution

a) L'évolution des besoins de santé de la population requiert une réflexion sur les « nouveaux métiers » du secteur

La mission estime que le contenu de la formation et les quotas fixés par le ministère de la santé doivent tenir compte, spécialité par spécialité, des futurs besoins de santé de la population.

Plusieurs rapports ⁽¹⁾ ont analysé l'évolution des pathologies actuelles et prévisibles et les ressources humaines nécessaires pour les prendre en charge. Parmi les principaux facteurs d'évolution de la demande de soins, on peut citer :

– les besoins liés au vieillissement de la population, comme les soins en pathologie cardio-vasculaire, les traitements de radiothérapie ou les pathologies articulaires qui concernent d'avantage cette catégorie d'âge, mais aussi la prise en charge de la dépendance ;

– les besoins liés à l'augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée, comme les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses. Les besoins croissants en psychiatrie et psychologie ont aussi été soulignés par nombre de professionnels auditionnés par la mission dont le professeur Yves Matillon ;

– les besoins liés à l'apparition de nouvelles problématiques sanitaires, comme la grippe aviaire, la grippe A (H1N1) ou le Chikungunya ;

Or les auxiliaires médicaux ont un rôle capital à jouer face à l'émergence de ces nouveaux besoins, en complément des professionnels de santé. Il est de nombreux domaines où ils devront s'investir, comme la médiation, l'éducation et la prévention. Beaucoup devront acquérir des compétences de plus en plus spécialisées et s'imprégner des avancées de la recherche. Dans bien des cas, ils deviendront référents de patients, coordonnateurs de soin capables d'orientation, en coopération avec l'ensemble des acteurs médicaux.

L'ensemble des auxiliaires médicaux est ainsi concerné. Pour citer quelques exemples précis, les orthophonistes font état de l'augmentation de leurs interventions auprès des prématurés, dont 80 % connaissent des troubles d'apprentissage. Le vieillissement des personnes ou la prise en charge de l'autisme participent également à la hausse de la demande actuelle de leur intervention. La prise en charge de la dépendance devrait aussi nécessiter l'apprentissage de nouvelles compétences pour les infirmiers. Enfin, le vieillissement de la population devrait engendrer des besoins accrus en masseurs-kinésithérapeutes et ergothérapeutes.

(1) Notamment l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Tome 1, Ministère de la santé et des sports, 2007.

b) Les prévisions démographiques appellent une amélioration de l'attractivité de certaines spécialités

Dans l'ensemble, l'analyse des principaux indicateurs démographiques révèle que les auxiliaires médicaux se trouvent dans une structure d'âge plus favorable que celle des professions médicales.

Ainsi, pour certaines spécialités, comme les ergothérapeutes ou les opticiens, la moitié environ des professionnels a moins de trente-cinq ans. Leurs effectifs bénéficient de toute façon de délais d'ajustement rapides compte tenu de la plus grande brièveté des études. Le renouvellement de ces professions ne pose donc pas *a priori* problème.

L'essor démographique de ces professions ne signifie pour autant pas une égale facilité d'accès à ces professionnels pour la population. Comme le montrent les travaux menés par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)⁽¹⁾, on observe de fortes disparités entre les professions, qui devraient s'accroître dans les années à venir. Malgré des taux de croissance soutenus, certaines professions ne sont pas encore en mesure d'apporter un soin de proximité à une large part de la population. Les travaux de l'Observatoire font ainsi état de tensions concernant les infirmiers et les manipulateurs d'électroradiologie médicale, et jugent urgent d'améliorer leur attractivité.

(1) Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, rapport annuel 2005.

Principaux indicateurs démographiques relatifs aux professions de santé (2000-2005)

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2005	Taux de croissance 2000-2005 (en %)	Taux de croissance annuel moyen (en %)	Part des femmes (en %)	Part des moins de 35 ans (en %)	Part des 55 ans ou plus (en %)	Part des libéraux en métropole (en %)	Âge moyen au 1 ^{er} janvier 2005
Médecins	205 864	6,1	1,2	38,0	7,4	26,2	59	48,5
Dentistes	41 083	1,3	0,3	34,7	14,0	26,4	91	47,1
Pharmaciens	67 484	15,5	2,9	64,2	15,8	20,7	47	45,9
Sages-femmes	16 550	15,3	2,9	99,0	29,8	14,0	17	41,9
Infirmiers	452 466	18,2	3,4	87,1	28,5	15,6	15	42,6
Masseurs-kinésithérapeutes	60 364	16,0	3,0	44,0	30,3	21,3	79	42,9
Orthophonistes	15 909	18,0	3,4	95,7	29,8	15,8	79	42,3
Orthoptistes	2 588	21,1	3,9	92,2	39,1	11,8	72	39,5
Psychomotriciens	5 894	28,5	5,1	85,5	36,1	7,8	12	39,9
Pédicures podologues	10 550	20,0	3,7	68,0	38,1	16,9	98	40,9
Ergothérapeutes	5 370	38,1	6,7	85,1	47,4	7,7	3	37,2
Audio-prothésistes	1 806	37,5	6,6	41,0	35,2	22,3	36	43,1
Opticiens	15 141	51,2	8,6	46,3	51,2	15,4	32	38,8
Manipulateurs radio	24 512	13,5	2,6	72,6	28,2	13,8	0	42,3
Ensemble des professions réglementées par le code de santé publique	92 551	14,5	2,8	68,4	23,1	19,0		41,4

Champ : France métropolitaine.

Source : rapport annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé 2005 – ADELI-DREES.

À la faiblesse de certains effectifs s'ajoute une densité de professionnels très variable sur les territoires. Ainsi, certains départements, comme la Creuse, le Cantal, le Cher et les hautes Pyrénées, l'Allier, la Haute-Vienne, la Nièvre ont des densités de professionnels inférieurs à la moyenne nationale. D'autres départements sont mieux pourvus, comme le Gard, les Alpes-Maritimes les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne ou le Rhône.

Le premier pic de départ à la retraite des professionnels en exercice, qui selon les prévisions, se situerait vers 2012, serait particulièrement marqué dans certaines régions rurales, au nord de la France, et pour certaines professions.

Densité des auxiliaires médicaux en France métropolitaine

Profession	Densité en France métropolitaine pour 100 000 habitants	Plus forte densité	Plus faible densité
Infirmiers	785	900	715
Masseurs kinésithérapeutes	105	223	59
Manipulateurs en électroradiologie médicale	42	53	33

Orthophonistes	30	40	10
Orthoptistes	5	7	2
Opticiens lunetiers	28	26	11
Pédicures podologues	18	22	9
Psychomotriciens	11	12	5
Ergothérapeutes	10	17	7
Audioprothésistes	3	nd	nd

Source : mission « démographie des professions de santé » de novembre 2002 et ministère de la santé.

L'apparition des nouveaux enjeux de santé publique, évoqués précédemment implique une approche démographique plus fine. Divers plans nationaux impliquent dans les années à venir la formation d'un nombre conséquent de professionnels. Le plan Cancer ⁽¹⁾ comprend ainsi des mesures démographiques relatives aux manipulateurs d'électroradiologie médicale. Les mesures relatives au handicap mises en place suite à l'adoption de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées requièrent un nombre supplémentaire d'ergothérapeutes. L'application du plan Alzheimer ⁽²⁾ suppose le développement de services spécialisés qui nécessitent l'embauche de professionnels paramédicaux tels que les ergothérapeutes, les psychomotriciens ou les masseurs-kinésithérapeutes.

La pénurie croissante de médecins spécialistes devrait aussi entraîner des besoins accrus de professionnels paramédicaux. La baisse du nombre d'ophtalmologistes, estimée à 40 % d'ici 2020, devrait conduire à l'extension des compétences et du nombre des orthoptistes. Celle du nombre de radiothérapeutes devrait augmenter les tensions sur le métier de manipulateur d'électroradiologie médicale. La qualité de la prise en charge de la population et l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire dépendent de la capacité des auxiliaires médicaux à relayer les professionnels de santé.

Enfin, la structure des carrières évolue, les aspirations des professionnels changent, avec une forte proportion de professionnels faisant le choix, après quelques années, d'exercer dans le secteur libéral. Ainsi, en moyenne, un infirmier exerce pendant dix à quinze ans comme salarié puis passe en secteur libéral ou change de métier. La pyramide des âges des infirmiers est assez par conséquent déséquilibrée en milieu hospitalier. Ainsi, on observe, au 1^{er} janvier 2009, que plus de la moitié (54 %) des infirmiers des établissements publics de santé ont quarante ans ou plus et que près d'un tiers (28 %) des infirmiers des établissements publics de santé ont cinquante ans ou plus. L'évolution est semblable s'agissant des

(1) Plan Cancer 2009-2013, inspiré du rapport remis au Président de la République par le Professeur Jean-Pierre Grünfeld en février 2009, Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013.

(2) Plan Alzheimer 2008-2012, lancé par le Président de la République le 1^{er} février 2008 à la suite des préconisations du rapport de la Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées présidée par M. Joël Ménard, Pour le malade et ses proches : chercher, soigner et prendre soin 2008-2012, remis au Président de la République le 8 novembre 2007

ergothérapeutes. Le nombre de professionnels exerçant dans le secteur libéral croît depuis quelques années. L'effectif des libéraux en psychomotricité a de son côté doublé entre 2003 et 2009.

Certes la formation n'est pas le seul levier utilisable pour répondre aux problèmes de démographie. D'autres facteurs entrent en ligne de compte tels que les conditions économiques d'exercice, la nature des postes offerts à l'hôpital et les perspectives d'évolution de carrière. Cependant, comme le note le rapport de l'observatoire des professions médicales précédemment cité, *« il n'est pas surprenant que l'aboutissement des réflexions relatives à la démographie des professionnels de santé ramène à leur formation : aux choix des numerus clausus, ou de quotas bien sûr, parce qu'ils conditionnent strictement les évolutions d'effectifs, mais bien plus largement, aux stratégies éducatives, aux modalités d'organisation des parcours de formation, à l'existence de passerelles permettant d'ajuster un choix initial »*.

c) Le développement des coopérations entre professionnels et l'évolution des conditions d'exercice supposent l'acquisition d'une culture commune et de nouvelles compétences pour les auxiliaires médicaux

La répartition des tâches est aujourd'hui organisée autour du principe du monopole médical. Les auxiliaires médicaux ont en effet des compétences fixées de manière limitative, qu'ils exercent sur prescription et par délégation du médecin.

Cependant, dans un contexte de pénurie des médecins dans certaines régions, il est regrettable de ne pas pouvoir recourir aux compétences des autres professions de santé. D'autant que les exemples étrangers montrent que la coopération entre médecins et autres professionnels de santé ne correspond nullement à un remplacement des premiers par les seconds mais contribue utilement au développement de la prévention et de l'éducation à la santé ⁽¹⁾.

L'évolution de l'organisation des soins devrait contribuer aux changements de la pratique des professionnels de santé. Selon le rapport publié en 2007 sous la direction de M. Yvon Berland ⁽²⁾, on constate en effet une exigence accrue de continuité des soins ⁽³⁾. Les modes de prise en charge des patients changent aussi : développement de l'hospitalisation à domicile, des réseaux de santé, de la télémédecine. S'y ajoute l'évolution des techniques médicales, qui s'accompagne de l'apparition de pôles hyper spécialisés. Ainsi se développent,

(1) Voir notamment « Substitution et qualité des soins », CREDES, 2004, F. Midy.

(2) La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, rapport du groupe de travail présidé par M. Yvon Berland, décembre 2007.

(3) Par exemple, dans le cadre du plan Cancer, ont été mises en place dans certains établissements des organisations où ce sont soit des infirmiers soit des manipulateurs qui participent à la première consultation puis assurent le suivi des patients en traitement, (manifestations somatiques, psychologiques, conseil en matière d'hygiène de diététique, relations avec les organismes sociaux).

parmi les personnes exerçant des métiers paramédicaux, des expertises plus techniques, en appui du personnel médical.

La coopération entre professions de santé est au demeurant une véritable attente des professionnels. De nombreux travaux ⁽¹⁾ montrent les réticences accrues des médecins et autres professions de santé à l'exercice isolé. Que ce soit par souci de sécurité, d'apprentissage interdisciplinaire, les jeunes professionnels sont attirés par les modes d'exercice collectif, au sein de maisons de santé par exemple.

L'ensemble de ces éléments implique une évolution de la répartition des compétences entre les professions de santé. Une étude récente évaluant les expérimentations de coopération menées depuis 2004 (voir encadré ci-dessous), menée par la Haute Autorité de santé, en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie médicale ⁽²⁾, a montré que celles-ci permettaient :

- d'améliorer la coordination des soins autour du patient ;
- de dégager du temps médical, afin de compenser le manque de médecins dans certaines zones ;
- d'améliorer la qualité des soins, notamment en favorisant la prévention et un meilleur suivi des malades chroniques ;
- d'accroître l'efficacité de l'offre de soins ;
- de rendre les professions de santé plus attractives, en permettant aux médecins de se concentrer sur leur cœur de métier et en confiant de nouvelles responsabilités à d'autres professionnels.

Expérimentations de coopération entre les professions de santé

Cinq expérimentations ont été conduites en 2005, sur la base d'un arrêté du 13 décembre 2004. Elles concernent les domaines :

- de l'hémodialyse ;*
- du suivi des patients avec hépatite C chronique ;*
- de la consultation en ophtalmologie ;*
- de la consultation diététique dans le cadre de la prise en charge d'un patient diabétique ;*
- de l'activité de dosimétrie en centre de radiothérapie.*

Ces expérimentations ont impliqué quatre professions non médicales (diététicien, orthoptiste, infirmier, manipulateur d'électroradiologie), sur huit sites différents.

Les résultats et les premiers éléments de conclusions relatifs à ces cinq expérimentations feront l'objet d'un rapport avant l'été 2006.

(1) Par exemple, le rapport annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2005.

(2) « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », recommandation de la Haute Autorité de santé en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, avril 2008.

Dix autres expérimentations ont fait l'objet d'un deuxième arrêté modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 (JO du 7 avril 2006). Elles concernent :

- le suivi de patients avec chimiothérapie en hôpital de jour et au domicile ;*
- le suivi de patients en neuro-oncologie ;*
- la réalisation de l'échocardiographie ;*
- la réalisation d'échographies ;*
- le suivi de patients traités pour une hépatite chronique ;*
- le suivi de patients en insuffisance rénale chronique ;*
- la réalisation d'explorations fonctionnelles digestives ;*
- le dépistage, la coordination des soins et le suivi de certains groupes de patients en cabinet de médecine générale ;*
- la réalisation d'un entretien pré-don à l'Établissement français du sang ;*
- l'assistance du médecin en pathologie prostatique.*

Source : rapport annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2005.

La possibilité de nouvelles répartitions des tâches entre professionnels a trouvé une traduction juridique dans l'article 71 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, qui prévoit la possibilité pour l'ensemble des professionnels de santé, de s'engager dans des « *protocoles de coopération* », grâce auxquels ils pourront déroger aux règles de répartition des compétences.

La mission estime qu'il serait illusoire de prétendre élaborer un nouveau cadre de référence professionnel sans réviser la formation initiale. Le chantier est considérable et doit être entrepris dès maintenant.

Les professionnels vont devoir acquérir une culture commune, alors même que les conditions de formation initiale des professions de santé créent d'emblée une séparation entre les médecins, dont la formation relève d'une filière universitaire longue et les professions paramédicales, dont la formation correspond à des filières professionnelles plus courtes.

Les auxiliaires médicaux vont également devoir acquérir de nouvelles compétences : une solide compréhension de base des pathologies, des thérapies et des nouvelles technologies utilisées car il s'agit d'assister le médecin et de savoir expliquer les pathologies au patient et à la famille, des savoirs hyper spécialisés et de plus en plus techniques et des compétences soignantes.

2. Des cursus qui pourraient s'adapter à ces évolutions

a) Les programmes des formations sont obsolètes

Les programmes de formation des professions paramédicales, définis au niveau national par le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur, se sont construits à partir d'une addition de savoirs ayant trait à la

biologie, aux sciences médicales, à la psychologie, à la sociologie, aux sciences de l'éducation, et selon des contenus centrés sur des habiletés professionnelles. Il ressort des travaux menés par la mission que ces programmes doivent aujourd'hui être adaptés à l'évolution des métiers d'auxiliaires médicaux.

Comme le souligne le rapport de M. Yvon Berland déjà cité, « *les auxiliaires médicaux français ont été formés dans le sens de la collaboration avec le médecin, sur un versant curatif, ils sont reconnus comme d'excellents professionnels acolytes des médecins, mais ils manquent de bases en connaissances générales et théoriques dans des matières plus transversales qui leur permettraient d'évoluer plus facilement dans leur carrière, et de faire évoluer les savoirs de leur profession* ».

De nombreux professionnels rencontrés par la mission ont pointé le caractère obsolète de leur formation par rapport à l'évolution des métiers. Par exemple, en mai 2002⁽¹⁾, la révision du décret d'actes et de la nomenclature des actes des orthophonistes a instauré de nouvelles responsabilités pour les orthophonistes, mais n'a été suivie d'aucune mise à jour du programme d'enseignement.

Les orthoptistes, lors de leur audition par la mission, ont souligné le fait que le programme de leur formation datait de 1966, alors même que le décret de compétences du 27 novembre 2007⁽²⁾ leur confère des compétences importantes. Les étudiants diplômés n'ont donc pas une formation adaptée à la profession et « *s'inscrivent en masse en formation continue quelques années seulement après leur diplôme, ce qui s'avère pour eux extrêmement coûteux* »⁽³⁾.

Selon les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les conditions réglementaires d'exercice n'ont pas changé depuis 1984, date du décret d'acte. Le diplôme d'État n'a quant à lui pas été réformé dans sa durée et son programme depuis 1990.

Bien que reconnue comme profession paramédicale depuis le 23 février 2007, le décret consacrant l'organisation du diplôme d'État d'orthoprothésiste n'est toujours pas publié.

Le référentiel du brevet de technicien supérieur en diététique a été modifié en profondeur pour la dernière fois en 1987. Il a ensuite été révisé à la marge en 1997 pour une mise en conformité avec le nouveau décret de réglementation générale des brevets de technicien supérieur du 9 mai 1995.

Pour les podologues, le programme des études date de 1991 et est en décalage complet avec la pratique actuelle. En l'état actuel, les compétences qui

(1) Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.

(2) Décret n° 2007-1671 du 27 novembre 2007 fixant la liste des actes pouvant être accomplis par des orthoptistes et modifiant le code de la santé publique.

(3) Audition du 3 février 2009.

leur sont reconnues empêchent des transferts d'acte des chirurgiens orthopédistes aux pédicures-podologues.

Les étudiants masseurs-kinésithérapeutes ont également noté le caractère dépassé de la formation. Selon ces derniers, « *les instituts s'adaptent au niveau régional, sans qu'aucune harmonisation n'ait été effectuée au plan national* ».

Par ailleurs, le caractère professionnalisant de la formation des auxiliaires médicaux, une qualité souvent soulignée, pourrait disparaître faute de terrains de stage suffisants. La majorité des cursus comportent aujourd'hui une part importante de formation pratique, qui a historiquement justifié leur reconnaissance à bac + 2. La mission estime que cette dimension professionnalisante est une richesse qu'il faut conserver. Or l'insuffisance des terrains de stage a été soulignée par nombre de professionnels et de syndicats étudiants.

Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée a insisté sur la difficulté croissante à organiser la formation pratique des étudiants, l'absence de motivation de l'encadrement et le manque de temps des professionnels pour suivre les stagiaires. Les orthophonistes ont souligné le fait que les possibilités de stage sont actuellement saturées pour les centres existant, alors même que la formation pratique est essentielle dans le cursus. La situation des diététiciens est aussi particulièrement critique. En effet, faute de terrain de stage en nombre suffisant, des étudiants se voient forcés d'effectuer leur stage obligatoire dans des magasins d'alimentation... Les orthoptistes se sont également montrés très inquiets concernant l'organisation des stages. Notons enfin que la question des places de stage est cruciale pour ces deux professions, car elle détermine le nombre de diplômés et par conséquent le nombre des futurs professionnels.

b) Les passerelles entre cursus pourraient être développées

La mise en place du système licence-master-doctorat, en créant un système de « crédits » communs, favorise la reconnaissance des parcours de formation et permet une mutualisation des enseignements dispensés. Elle devrait faciliter les passerelles entre cursus.

Ces passerelles entre formations sont essentielles. Elles doivent contribuer à améliorer la coopération et la coordination entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et la construction d'une culture commune. Par ailleurs, elles ouvrent des perspectives de changement de carrière aux professionnels, lesquelles passent souvent par la reprise d'études. Enfin, elles offrent une seconde chance à des étudiants qui souhaiteraient se réorienter sans recommencer leur scolarité depuis le début, ou à des professionnels qui n'ont pas eu la possibilité de poursuivre des études longues avant d'entrer dans la vie professionnelle.

Pour développer la mobilité des étudiants il convient de multiplier les dispenses de concours, et les dispenses totales ou partielles de scolarité. Les passerelles existantes entre les formations de santé sont retracées dans le tableau suivant.

Passerelles entre formations médicales et paramédicales

Professions	Possibilités de passerelles
Médecin	<i>Arrêté du 25 mars 1993 relatif au nombre d'étudiants admis à la fin de la première année du premier cycle à poursuivre des études médicales.</i>
Pharmacien	
Chirurgien-dentiste	<p>Permet à des diplômés infirmier, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, audioprothésiste, psychomotricien, pédicure-podologue, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien en analyses biomédicales, technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, orthophoniste, orthoptiste et ayant exercé au moins deux ans de bénéficier d'un quota de place supplémentaire (3 % maximum du <i>numerus clausus</i>) au concours de PCEM1.</p> <p><i>Arrêté du 26 mars 1993 relatif aux modalités d'admission en première année de deuxième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques des candidats n'ayant pas effectué le 1er cycle correspondant.</i></p> <p>Permet à des diplômés de médecine, de pharmacie, d'odontologie, vétérinaires, d'écoles d'ingénieurs, d'écoles normales supérieures, de l'école des chartes et d'un doctorat d'accéder à la troisième année des études de médecine, de pharmacie ou d'odontologie après une sélection sur entretien et sur dossier.</p>
Sage-femme	<p><i>Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens.</i></p> <p>Pas de passerelle.</p>
Infirmier	<p><i>Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.</i></p> <p>Sont partiellement dispensés de scolarité : les aides soignants et auxiliaires de puériculture de plus de trois ans d'ancienneté, sous réserve d'avoir subi un examen spécial d'admission.</p> <p>Sont dispensés de scolarité : les sages-femmes qui ont exercé deux ans, sous réserve d'avoir validé un travail écrit et personnel et un stage à temps complet de cinq semaines ; les médecins sous réserve d'avoir réalisé et validé les unités d'enseignement sur le raisonnement et la démarche clinique infirmière, d'avoir réalisé un stage à temps complet de dix semaines permettant de valider l'acquisition de compétences et d'avoir réalisé un travail écrit et personnel ; les étudiants en médecine ayant validé la deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales sous réserve d'avoir réalisé et validé les unités d'enseignement sur le raisonnement et la démarche clinique infirmière, d'avoir réalisé deux stages à temps complet d'une durée de quinze semaines permettant de valider des compétences et avoir réalisé un travail écrit et personnel.</p> <p>Sont dispensés de la première année d'études, après vérification des connaissances lors d'une épreuve écrite, les titulaires des diplômes d'État de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de pédicure-podologue et de manipulateur d'électroradiologie médicale, les titulaires du diplôme d'assistant hospitalier des hospices civils de Lyon, les étudiants en médecine admis en seconde année du deuxième cycle des études médicales, les élèves sages-femmes admises en seconde année des études de sage-femme.</p>
Masseur-kinésithérapeute	<p><i>Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute.</i></p> <p>Sont dispensés de droit : les titulaires d'un diplôme d'État de sages-femmes, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, puéricultrice, manipulateurs électroradiologie médicale, pédicures-podologues, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, ou des personnes ayant validé le premier cycle d'études médicales,</p> <p>Peuvent être dispensés de scolarité, sur le fondement de l'article D. 4321-17 du code de la santé publique des licenciés des sciences et techniques des activités physiques et sportives, ou de biologie, ou autre.</p>

Professions	Possibilités de passerelles
Ergothérapeute	<p><i>Arrêté du 24 septembre 1990, relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute</i></p> <p><i>Arrêté du 21 décembre 1992 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien</i></p> <p>Des dispenses de scolarité peuvent être accordées aux sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmier et psychomotriciens qui peuvent accéder directement en deuxième année sous réserve du succès à une épreuve particulière, ainsi que pour les personnes ayant accompli la première année de médecine.</p> <p>Une dispense de scolarité partielle ou totale peut également être accordée pour d'autres titres après examen de la demande par le ministère chargé de la santé (ergothérapie : préfet de département ; pédicurie-podologie : décision du préfet de département).</p>
Psychomotricien	<p><i>Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires du diplôme d'État de psychomotricien</i></p> <p>Sont dispensées de la première année d'études les personnes ayant obtenu une moyenne générale de dix sans note inférieure à huit à un examen écrit portant sur le contenu des modules théoriques de première année et titulaires des diplômes de premier cycle des études médicales, licence ou maîtrise de psychologie, d'ergothérapeute, d'infirmier ; de masseur-kinésithérapeute, d'éducateur spécialisé, d'orthophoniste, certificat d'aptitude à l'éducation des enfants et adolescents déficients ou inadaptés, licence des sciences et techniques des activités physiques et sportives, diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives, maître d'éducation physique, certificat de capacité d'orthoptiste.</p>
Orthophoniste	<p><i>Arrêté du 16 mai 1986 modifié relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.</i></p> <p>Des dispenses partielles de scolarité, de stages et d'épreuves peuvent être accordées selon la même procédure, aux personnes justifiant de l'un des diplômes suivants : certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants atteints de déficience auditive, diplôme d'instituteur spécialisé pour les sourds, titres de rééducateurs de dyslexiques, certificat d'aptitude à l'éducation des enfants et adolescents déficients ou inadaptés qui sont d'anciens diplômés (années 60-70).</p>
Orthoptiste	<p><i>Arrêté du 16 décembre 1966 fixant le programme d'enseignement et les modalités des examens en vue du certificat de capacité d'aide-orthoptiste.</i></p> <p>Pas de passerelles</p>
Pédicure-podologue	<p><i>Arrêté du 24 septembre 1990, relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute</i></p> <p>Des dispenses de scolarité peuvent être accordées aux sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmier et psychomotriciens qui peuvent accéder directement en deuxième année sous réserve du succès à une épreuve particulière, ainsi que pour les personnes ayant accompli la première année de médecine. Une dispense de scolarité partielle ou totale peut également être accordée pour d'autres titres après examen de la demande par le ministère chargé de la santé (ergothérapie : préfet de département ; pédicurie-podologie : décision du préfet de département)</p>
Manipulateur d'électroradiologie médicale	<p><i>Arrêté du 1^{er} août 1990 relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale.</i></p> <p>Sont dispensés de la première année d'études, les titulaires du diplôme d'État d'ergothérapeute, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, les étudiants en médecine ayant validé le premier cycle des études médicales, sous réserve d'avoir validé un enseignement clinique (stage) d'au moins trois mois sous la responsabilité de l'institut d'accueil.</p> <p>De même, les étudiants en médecine ayant validé le deuxième cycle peuvent être dispensés des deux premières années s'ils ont validé un enseignement clinique d'au moins six mois.</p> <p>Enfin, les titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine peuvent se présenter aux épreuves finales du diplôme d'État sans suivre la scolarité, sous réserve d'être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité et d'avoir validé au préalable quatre mois de stages pluridisciplinaires organisés sous la responsabilité de l'école d'accueil, notamment en imagerie médicale, radiothérapie et électrophysiologie.</p>
Audioprothésiste	<p>Pour les audioprothésistes (diplôme éducation nationale), les diététiciens (pour l'instant BTS et DUT, le diplôme d'État n'étant pas encore élaboré), les cinq métiers de l'appareillage, ortho-</p>
Opticien-lunetier	

Professions	Possibilités de passerelles
Diététicien	prothésiste, podo-orthésiste, oculariste, épithésiste, orthopédie-orthésiste (pour l'instant principalement BTS, les diplômes d'État n'étant pas encore élaborés), il n'y a pas de dispenses de scolarité de droit pour les professions paramédicales, mais le code de l'éducation prévoit la réduction du temps de la formation en fonction des diplômes obtenus et de l'expérience professionnelle.
Technicien de laboratoire médical	<i>Arrêté du 21 août 1996 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de technicien en analyses biomédicales.</i> Pas de passerelle.
Epithésiste	Pour les audioprothésistes (diplôme éducation nationale), les diététiciens (pour l'instant brevet de technicien supérieur et diplôme universitaire, le diplôme d'État n'étant pas encore élaboré), les cinq métiers de l'appareillage, ortho-prothésiste, podo-orthésiste, oculariste, épithésiste, orthopédie-orthésiste (pour l'instant principalement brevet de technicien supérieur, les diplômes d'État n'étant pas encore élaborés), il n'y a pas de dispenses de scolarité de droit pour les professions paramédicales, mais le code de l'éducation prévoit la réduction du temps de la formation en fonction des diplômes obtenus et de l'expérience professionnelle.
Oculariste	
Orthopédiste-orthésiste	
Orthoprothésiste	
Podo-orthésiste	

Source : ministère de la santé et des sports.

Il résulte du tableau ci-dessus que les passerelles sont ouvertes uniquement à des diplômés et ne permettent pas de changement de cursus en cours d'études. Elles prennent surtout la forme de dispenses totales ou partielles de scolarité, sous réserve de la réussite d'un examen de passage en deuxième année. Ces dispenses sont toutefois contraintes par des quotas et relativement rares dans les faits. Les dispenses de passage du concours pour intégrer la formation sont plus rares et il n'y a quasiment pas de passerelles qui permettent de changer de spécialité en cours d'études.

Il existe par ailleurs des passerelles spécifiques pour les personnes inscrites dans un cursus universitaire différent qui demeurent limitées à quelques formations (licenciés en psychologie et en sciences et techniques des activités physiques et sportives pour les psychomotriciens ; athlètes de haut niveau pour les masseurs-kinésithérapeutes).

De nombreuses formations n'offrent enfin aucune passerelle d'accès.

Selon le ministère de la santé et des sports, un travail sur le contenu de chacune de ces dispenses de scolarité doit être mené dans le cadre de la redéfinition des diplômes en vue d'une intégration au système licence-master-doctorat.

c) Le niveau master est absent de la formation des auxiliaires médicaux

Contrairement à d'autres pays européens, la France se caractérise par une quasi-absence du niveau master dans les études de santé. Cette situation s'explique historiquement par un mode d'exercice des professions construit autour du monopole médical. L'échelon intermédiaire, entre les études des auxiliaires médicaux, qui durent en moyenne trois ans et pourraient être reconnus au niveau licence, et les études médicales qui durent entre cinq et douze ans, est très peu développé.

Certes il existe une offre de formation continue qui permet aux auxiliaires médicaux, principalement les infirmiers, d'améliorer leur compétence.

À titre d'exemple, des formations universitaires sont offertes aux infirmiers dans le domaine de l'éducation à la santé, de la psychologie, des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur, des soins adaptés aux enfants ou personnes âgées. Par ailleurs, dans le champ de l'enseignement de la clinique, quatre organismes en France forment aux activités d'infirmier clinicien.

Il existe également des masters ouverts aux manipulateurs d'électroradiologie médicale, susceptibles de conduire certains vers des filières de recherche ou d'emploi dans l'industrie, donc hors du champ soignant. L'université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand accueille des manipulateurs pour une entrée en première année de master en vue de préparer un master de physique et technologies des rayonnements. Ils rejoignent alors des étudiants venant d'autres parcours pour accéder en fin de cursus à des métiers tels qu'ingénieur ou physicien.

Ces formations ne font cependant l'objet d'aucune reconnaissance officielle, bien que l'expertise spécifique offerte par ces formations soit de plus en plus reconnue par les employeurs, et spécifiquement les directeurs de soins. Comme le note le rapport de M. Yvon Berland précité, *« la nécessité de développer des compétences est repérable dans la multiplication de l'offre de formation et le nombre sans cesse croissant de personnes formées. Il est à noter que la réponse à ce besoin des professionnels, pour mieux exercer leur métier et satisfaire la demande de soins de santé, est apportée par des initiatives individuelles ou privées. Elle n'a pas fait l'objet, à ce jour, de programmes nationaux initiés par les pouvoirs publics. »*

La seule « spécialisation » transversale existant à ce jour, celle de cadre de santé ou de formateur, ne correspond pas aux attentes de tous les professionnels. Des analyses récentes relèvent un certain malaise des cadres ⁽¹⁾. Leur formation les conduit à s'éloigner de plus en plus de leur fonction « clinique » et à perdre le contact avec les personnes soignées. Or le directeur de la Haute Autorité de santé a déclaré lors de son audition par la mission qu'il fallait *« des cadres de santé qui aient non pas seulement une compétence en matière administrative mais une réelle expertise technique. »*

Quant aux autres spécialisations, elles sont au nombre de trois et ne concernent que les infirmiers ⁽²⁾. C'est insuffisant au regard de l'évolution des aspirations des professionnels et du système de soins. De plus, ces formations ne sont pas aujourd'hui reconnues au grade de master.

(1) Voir le rapport de Mme Chantal de Singly sur les cadres hospitaliers remis à la ministre de la santé et des sports en septembre 2009.

(2) Si l'on prend la proportion du nombre d'infirmiers spécialisés par rapport au nombre d'infirmiers en soins généraux public et privé confondus, le taux est d'un peu plus de 10 % d'infirmiers qui se spécialisent.

Les spécialisations accessibles aux auxiliaires médicaux

● **Cadre de santé**

Créé par le décret n° 95-926 du 18 août 1995, le diplôme de cadre de santé est aujourd'hui accessible à quatorze professions ⁽¹⁾. Pour être admis à suivre la formation, les candidats doivent avoir exercé pendant au moins quatre ans à temps plein ou une durée de quatre ans d'équivalent temps plein et avoir passé avec succès les épreuves de sélection organisées par les instituts. La formation dure quarante-deux semaines dont entre treize et quinze semaines de stage et peut être organisée soit en continue sur une année soit en discontinue sur une période n'excédant pas quatre années scolaires. Le contenu comporte les éléments suivants : initiation à la fonction de cadre, santé publique, analyse des pratiques et initiation à la recherche, fonction d'encadrement, fonction de formation, approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnelle. Le cadre de santé peut devenir surveillant-chef dans un service de soins, directeur d'un service de soins infirmiers, directeur d'un institut de formation des professions paramédicales.

● **Infirmier anesthésiste**

Le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est accessible aux titulaires d'un diplôme d'État d'infirmier après une expérience professionnelle minimale de deux ans. Les infirmiers anesthésistes suivent une formation de vingt-quatre mois, dont 700 heures d'enseignement théorique et soixante-dix semaines de stage, dans des conditions définies par l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, dans des écoles agréées par le Préfet de région. L'infirmier anesthésiste est le collaborateur du médecin anesthésiste dans les blocs opératoires et obstétricaux. Il travaille sous sa responsabilité. Il participe à la sécurité des soins lors des interventions chirurgicales notamment par le contrôle du matériel d'anesthésie.

● **Infirmier de bloc opératoire**

Le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire est également accessible aux titulaires d'un diplôme d'État d'infirmier après une expérience professionnelle minimale de deux ans. L'infirmier de bloc opératoire est le collaborateur du chirurgien. Il participe aux interventions chirurgicales réalisées par le chirurgien. Il est chargé de l'entretien et de la stérilisation du matériel opératoire. Les infirmiers de bloc opératoire suivent une formation de dix-huit mois, en tout 2 295 heures, dont 930 heures d'enseignement théorique, dans des conditions définies par l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, dans des écoles agréées par le préfet de région.

● **Puéricultrice**

Le diplôme d'État de puéricultrice est accessible aux titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou de sage-femme ayant réussi un concours d'admission dans une école de puériculture. Les études durent douze mois après l'admission dans l'école de spécialisation, dans les conditions définies par l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'État de puéricultrice et au fonctionnement des écoles. La formation compte 1 500 heures dont 790 heures de cours théoriques et 710 heures de stages pratiques.

Cette lacune constitue l'une des principales faiblesses de la formation des auxiliaires médicaux pour trois raisons principales :

– elle empêche le développement de coopérations entre les professionnels, voire même le transfert de tâche des médecins aux autres professionnels de santé, faute de personnel suffisamment qualifié pour les prendre en charge. Pourtant,

(1) Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé modifié le 1^{er} avril 2010.

l'analyse des pratiques de spécialisation des infirmiers a bien montré que l'acquisition de compétences spécifiques – addiction, soins palliatifs, hygiène hospitalière – était l'une des voies d'affirmation de la profession évitant un passage à l'encadrement qui suppose un renoncement à la dispensation de soins ;

– les professionnels de santé qui souhaitent évoluer dans leur carrière sont freinés par l'absence de formation située entre le niveau licence et le niveau doctorat. L'existence d'un master permettrait pourtant de remédier aux départs anticipés et à la démotivation de certains professionnels. La création d'un grade de master figure ainsi parmi les principales revendications des professionnels et des étudiants rencontrés par la mission ;

– l'absence de professionnels qualifiés au niveau master a des effets négatifs sur la qualité de la prise en charge des patients, que ce soit dans les zones où il existe une pénurie de professionnels médicaux ou pour établir une continuité dans la chaîne de soins.

C. LA FRANCE RATTRAPE PEU À PEU SON RETARD SUR SES VOISINS EUROPÉENS DANS L'APPLICATION DU PROCESSUS DE BOLOGNE

1. Le mouvement d'harmonisation des diplômes au niveau européen

a) Le processus de Bologne prévoit une harmonisation des diplômes qui s'applique progressivement à l'ensemble des pays européens

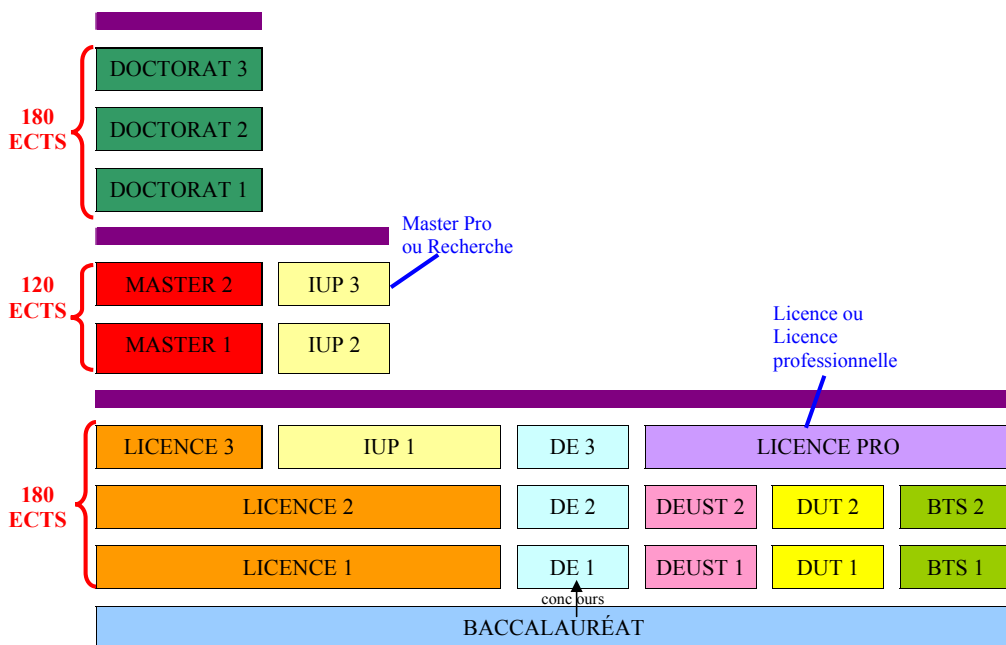
L'harmonisation du système européen de l'enseignement supérieur a été initiée le 25 mai 1988 à l'occasion du huitième centenaire de la Sorbonne, par une déclaration des quatre ministres de l'éducation allemand, britannique, italien et français.

Dès 1999, l'Union européenne a fixé les objectifs communs et le calendrier de ce qui devient alors le processus de Bologne⁽¹⁾. Il s'agissait d'un projet ambitieux, puisque intervenant dans le domaine de l'enseignement supérieur pour lequel l'Union ne détient pas, selon les traités, de compétence, mobilisateur pour l'Union, puisque ponctué par des déclarations successives (Lisbonne en 2000, Prague en 2001, Berlin en 2003, Bergen en 2005), attractif enfin, qui a su convaincre cinquante pays de s'engager dans le processus, dépassant ainsi le seul cadre politique et institutionnel de l'Union. Il s'agit principalement de développer la mobilité des étudiants et des professionnels au sein de l'Union européenne en harmonisant les diplômes.

(1) Du nom de la ville où fut signée la déclaration commune du 19 juin 1999 des ministres européens de l'éducation.

En France, le schéma licence-master-doctorat (LMD), a été introduit par deux décrets publiés dès 2002 ⁽¹⁾. Et c'est à la rentrée 2006 que l'ensemble des universités françaises sont entrées dans la nouvelle architecture universitaire.

Nouveau schéma des études à l'Université : le système licence-master-doctorat (LMD)



ECTS : european credit transfer system; DE: diplôme d'État; IUP: institut universitaire professionnalisé; DEUST: diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques; DUT: diplôme universitaire de technologie; BTS: brevet de technicien supérieur.

Il en est résulté une structuration des études en trois cycles, dont la formation des auxiliaires médicaux français ne peut être écartée au risque d'être isolée en Europe.

b) Le processus de Bologne est une chance pour la formation des auxiliaires médicaux

Plusieurs arguments plaident en faveur d'une telle intégration.

Tout d'abord, avec le développement des besoins de santé de la population, les savoirs requis et les responsabilités exercées par les auxiliaires médicaux s'accroissent. La formation doit suivre cette évolution, par un enrichissement qualitatif de son contenu et par un renforcement du niveau master. D'ailleurs, dans les pays anglo-saxons il existe

(1) Décret n° 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux et décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur.

un double niveau pour les infirmiers : un niveau de base et un deuxième niveau nommé le plus souvent niveau de « pratiques avancées ».

L'alignement des études paramédicales sur les cursus universitaires permettrait de plus de créer une culture commune parmi les professionnels de santé, d'instaurer des passerelles entre les différents cursus, d'être source d'un futur partage des tâches entre professionnels de santé.

La mise en œuvre du processus de Bologne et l'adoption par l'ensemble des pays européens du système licence-master-doctorat doit aussi favoriser la poursuite des études dans un autre pays de l'Union européenne et l'insertion des professionnels concernés au sein du marché européen. Ne pas y procéder serait condamner la France à l'isolement.

L'intégration des formations paramédicales au système licence-master-doctorat est d'ailleurs fortement attendue par l'ensemble des professionnels rencontrés par la mission, qui y voient une forme de reconnaissance de leur qualification et la perspective d'une revalorisation financière de métiers jugés pour la plupart difficiles, deux conditions nécessaires si l'on veut maintenir leur attractivité auprès des jeunes générations, dans un contexte démographique alarmant.

2. Les efforts menés par la France pour rattraper son retard

a) Une véritable réflexion est en cours sur l'intégration des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat

Pendant longtemps, les formations paramédicales ont été tenues à l'écart du processus de Bologne. En effet, les diplômes d'État ou certificats permettant l'exercice de ces professions se présentent comme des diplômes à finalité professionnelle « post-bac », mais ne sont pas, pour la plupart, délivrés par des établissements d'enseignement supérieur.

Depuis quelques années, l'intégration des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat est cependant à l'ordre du jour.

Ainsi, saisi par la fédération FSU, M. Nicolas Sarkozy, candidat à la présidence de la République, avait répondu par une lettre datée du 2 mai 2007 qu'il souhaitait que les négociations engagées puissent aboutir « à la reconnaissance du diplôme d'infirmier au niveau licence ».

Plus largement, en septembre 2007, l'Inspection générale des affaires sociales, l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale de l'administration et de l'éducation nationale et de la recherche se sont vues confier une mission interministérielle sur l'impact du système licence-master-doctorat sur les formations et le statut des professions paramédicales. Le rapport, rendu en

septembre 2008⁽¹⁾, juge l'inscription de la formation des auxiliaires médicaux dans le système licence-master-doctorat « *positive, légitime et fructueuse* ».

Enfin, afin de pallier l'absence de qualification au niveau master des professionnels de santé, une mission a été confiée à MM. Laurent Hénart, M. Yvon Berland, et Mme Danielle Cadet par la ministre de la santé et des sports et la ministre de la recherche et de l'enseignement supérieur⁽²⁾.

b) La France demeure cependant au milieu du gué

En septembre 2009, pour la première fois, les étudiants en soins infirmiers ont intégré une formation dont le diplôme d'État sera, en 2012, reconnu par les universités au grade de licence. Cette évolution majeure a été rendue possible par la qualité de la formation dispensée jusqu'alors, par le fruit d'un travail interministériel de concertation et par une coopération étroite avec l'Association des régions de France et les universités. L'évolution va demander, dans les trois années qui viennent, un travail d'adaptation important pour les instituts de formation en soins infirmiers, tant au plan de l'organisation et de la refonte du contenu des enseignements que du point de vue des stages.

L'intégration du reste des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat est encore à accomplir. Un protocole d'accord a été présenté aux organisations syndicales par la ministre de la santé et des sports le 2 février 2010⁽³⁾, prévoyant que les diplômes de toutes les professions paramédicales seront reconnus dans le cadre du processus licence-master-doctorat d'ici 2015 au plus tard, dès lors que le dispositif de reconnaissance universitaire aura été validé par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et les universités. Il annonce également le développement de programmes de recherche en soins infirmiers et dans d'autres spécialités à long terme, sans toutefois préciser le calendrier.

Plus largement, dans la perspective de l'intégration de la formation des professions de santé dans le système licence-master-doctorat, le ministère de la santé a entrepris depuis 2004 un vaste travail de refonte des diplômes du secteur sanitaire avec l'ensemble des professions paramédicales. Il s'agit d'harmoniser les diplômes et l'évolution de la pratique professionnelle. Pour ce faire, un référentiel d'activité, puis un référentiel de compétences, doivent être élaborés, avant la fixation de critères d'évaluation précis et l'élaboration de nouveaux diplômes en 2012.

(1) Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, rapport établi par MM. Aquilino Morelle, Jacques Veyret et Gérard Lesage, septembre 2008.

(2) Lettre de mission de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre de la santé et des sports du 18 mai 2010.

(3) Protocole d'accord du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les Universités et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B.

II.- POUR UNE RÉFORME AMBITIEUSE DE LA FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX

La mission préconise, par ordre de priorité, une réforme des modalités de sélection, une intégration de l'ensemble de la formation des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat en 2012, et une refonte de l'architecture des formations.

A. À COURT TERME : RÉFORMER LES MODALITÉS DE SÉLECTION DES ÉTUDIANTS

Rien ne justifie aujourd'hui que notre système scolaire externalise la préparation des concours d'entrée dans les centres de formation à des instituts privés dont le coût est très pénalisant pour les étudiants et que subsistent différentes modalités de sélection pour un même métier. Il convient donc de mettre un terme à ces dérives. La mission a étudié les avantages et inconvénients de trois options. La première option qui consiste en la création d'une licence complète regroupant tous les futurs professionnels de santé, est théoriquement intéressante mais ne correspond pas à la spécificité des métiers paramédicaux. La deuxième option, qui consiste à regrouper ces mêmes professionnels au sein d'une première année commune, est séduisante mais impossible dans les faits. Reste la solution consistant à intégrer au sein d'une première année commune l'ensemble des paramédicaux à l'exception des étudiants en soins infirmiers, qui semble aujourd'hui la plus réaliste.

1. Créer une licence santé regroupant l'ensemble des professionnels : une solution théoriquement intéressante mais qui ne correspond pas à la spécificité des métiers paramédicaux

La mise en place du système licence-master-doctorat pourrait justifier la création d'une licence santé regroupant l'ensemble des professionnels de santé, parmi lesquels les auxiliaires médicaux, qui exerceraient après trois ans d'études quand les professions médicales poursuivraient leur cursus en master.

Cette solution ne correspond pas à la spécificité de la formation des auxiliaires médicaux pour deux raisons. D'un part, dans la mesure où les métiers auxiliaires médicaux sont des professions réglementées, leur accès est soumis à une sélection, ce qui est incompatible avec la mise en place d'une licence par définition non sélective. D'autre part, le cursus des auxiliaires médicaux vise à former des diplômés directement opérationnels. La forte composante professionnalisante de la formation des auxiliaires médicaux rend impossible la création d'une licence commune avec les futurs professionnels médicaux, dont la formation est plus théorique.

Cette solution est donc à écarter. En revanche, il est possible d'imaginer une première année commune de sélection, comme cela est déjà le cas pour

certains auxiliaires médicaux qui passent par une première année de médecine pour intégrer les instituts de formation.

2. Intégrer l'ensemble des futurs auxiliaires médicaux à la première année commune aux études de santé : la solution la plus satisfaisante sur le fond mais impossible dans sa mise en œuvre

Comme cela a été souligné par la plupart des intervenants, la création d'une première année commune à l'ensemble des professions de santé est la solution la plus satisfaisante intellectuellement. Elle n'est toutefois pas sans poser des problèmes sérieux de mise en œuvre.

La solution recueille la faveur d'un certain nombre de professions parmi lesquelles les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes. L'option présente il est vrai des avantages indéniables. Elle permet de créer une culture commune entre les futurs professionnels, assure une préparation de qualité, moins coûteuse qu'un institut privé et garantit l'accompagnement des étudiants.

Malheureusement, la mise en œuvre de cette option est peu réaliste.

Tout d'abord en raison des effectifs concernés. Il est difficile d'obtenir des informations précises sur le nombre de candidats se présentant au concours. Selon le rapport de Domitien Debouzie ⁽¹⁾, en 2003, près de 20 000 candidatures auraient été enregistrées pour accéder aux professions de rééducation et médico-techniques qui recrutent sur concours. Plus de 100 000 candidatures seraient déclarées pour accéder à la profession d'infirmier, sans qu'il soit aisé d'en déduire le nombre effectif de candidats. On sait aussi qu'une proportion non négligeable, bien qu'en baisse, des étudiants ayant échoué à l'examen de première année de médecine figurera comme candidat potentiel dans une autre profession de santé. Il est impératif de tenir compte de ces données dans la perspective d'une réforme de la formation. En effet, l'intégration ou non au sein de l'université de cohortes pouvant atteindre 100 000 étudiants implique des moyens logistiques considérables.

(1) Rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, 20 juillet 2003, Domitien Debouzie, Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Effectifs des étudiants auxiliaires médicaux

Professions	Effectifs des étudiants (2008/2009)	Effectifs des candidats se présentant à l'entrée en première année (2008/2009)	Effectifs des étudiants en première année (2008/2009)
Infirmier	80 988	100 000	30 911
Manipulateur électroradiologie médicale	1 977	16 858*	728
Masseur-kinésithérapeute	6 316	20 000	2 267
Ergothérapeute	959	700/1 000**	474
Psychomotricien	1 359	nd	472
Orthoptiste	402	1 603	nd
Orthophoniste	790	18 192	nd
Technicien de laboratoire en analyse biomédicale	365	nd	145
Pédicure podologue	1 516	nd	563
Prothésiste	114	nd	nd
Orthésiste	135	nd	nd
Audioprothésiste	117	1 501	nd
Diététicien	nd	nd	nd

Source : ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé, représentants des professionnels de santé.

* dont 4 011 candidats au concours et 12 847 dossiers déposés dans les sections DTS.

** chiffre hors étudiants passant par une première année d'études de santé.

Le rapport de Domitien Debouzie ⁽¹⁾, qui avait étudié en détail l'opportunité de la création d'une première année commune à tous les professionnels de santé, notait à l'époque que « *l'analyse démographique des effectifs d'étudiants dans les différentes filières médicales et paramédicales montre clairement qu'une première année commune incluant toutes les professions de santé recrutant par concours a de fortes chances de doubler voir tripler les effectifs actuels de PCEM1, a fortiori si les étudiants de BTS et DUT intègrent ce cursus. Si l'on y ajoute l'augmentation du numerus clausus de certaines professions et des diplômés en fonction des prévisions démographiques mais aussi de l'évolution des besoins de santé de la population, la création d'une première année commune à tous les étudiants en cursus médical pourrait se heurter à des obstacles logistiques majeurs* ».

Le président de la Conférence des doyens des facultés de médecine a fait part des mêmes inquiétudes lors de sa rencontre avec la mission. Il a craint que l'intégration des élèves en formation paramédicale à la première année d'études de santé ne soit **impossible à gérer en raison de l'importance des effectifs**.

(1) Rapport de la Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, 20 juillet 2003, Domitien Debouzie, président de l'Université Claude Bernard Lyon I.

De plus, **la création d'une première année commune se heurte à des différences culturelles et de niveau de formation trop importante** qui rend impossible le partage des enseignements. Le président de la Conférence des présidents d'Université a émis les mêmes réserves lors de son audition par la mission. Pour M. Lionel Collet, l'idée est pertinente sur le principe. Il est clair que l'Université peut accueillir certaines formations, ce qu'elle fait d'ailleurs déjà. Mais pas la totalité. L'intégration de l'ensemble des futurs étudiants en santé au sein des universités dépasse leurs capacités d'accueil et pourrait mettre en péril leur équilibre financier.

Comme l'a souligné M. Patrick Hetzel lors de son audition, le rapport de M. Jean-François Bach ⁽¹⁾ avait montré qu'une certaine homogénéité dans le parcours universitaire des professions de santé rendait possible la création d'une année commune, ce qui est plus difficile à trouver pour les auxiliaires médicaux. **Cette hétérogénéité, en terme de recrutement des étudiants, de profil, d'attentes des professionnels, de compétences acquises, est difficile à surmonter** si l'on veut créer une année commune d'enseignement, qu'elle soit ou non une année de préparation.

Au demeurant, un certain nombre de professionnels ne sont pas favorables à leur intégration dans une première année commune à l'ensemble des professionnels de santé. Les représentants des étudiants en soins infirmiers ont ainsi peur d'être « noyés » parmi les autres formations.

3. Créer une L1 « paramédicale » : la solution retenue par la mission

La création d'une première année d'études de santé commune à tous les futurs professionnels n'est pas possible à court terme.

Il convient cependant de trouver rapidement une alternative pour les étudiants qui passent aujourd'hui par la première année de médecine pour intégrer leur formation d'auxiliaire médical. En effet, selon les doyens d'Université de médecine, les effectifs prévisionnels de la première année d'études aux professionnels de santé sont tels qu'il leur sera bientôt impossible d'accueillir les futurs auxiliaires médicaux ⁽²⁾.

Il reste donc à envisager la mise en place d'une L1 « paramédicale ».

Se pose d'abord la question du champ des étudiants concernés. La mission considère qu'il serait à court terme pénalisant pour les étudiants en soins infirmiers de les intégrer à cette année de sélection. En effet, la majorité des étudiants en soins infirmiers entamant leur formation directement après le bac, les intégrer à la L1 « paramédicale » aurait pour effet de créer une barrière à l'entrée de la formation, en haussant excessivement le niveau de sélection et en allongeant la durée d'étude pour la moitié des étudiants, alors même que le pays a

(1) Rapport de M. Jean-François Bach sur la première année de médecine, février 2008.

(2) Selon le président de la Conférence des présidents d'Université, les effectifs de la première année d'études commune aux professions de santé s'élèveraient à 56 600 élèves, auxquels s'ajouterait un afflux supplémentaire de nouveaux bacheliers.

besoin d'un nombre croissant de professionnels. De plus, un passage obligatoire par l'Université pourrait pénaliser les étudiants qui n'habitent pas dans les grandes villes et peuvent poursuivre des études aujourd'hui grâce à la proximité des instituts. Enfin, les universités sont encore incapables d'accueillir l'ensemble des candidats à l'entrée dans la formation dans de bonnes conditions. Au demeurant, les étudiants en soins infirmiers rencontrés par la mission n'y tiennent pas. D'ici quelques années, l'intégration des études dans le système licence-master-doctorat devrait hausser le niveau requis pour intégrer la formation. Il sera temps, alors, d'examiner l'opportunité de leur intégration à la L1 « paramédicale ».

La L1 « paramédicale » pourrait donc comprendre dans un premier temps les étudiants désirant intégrer une formation de psychomotricien, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure-podologue, audioprothésiste, prothésiste orthésiste, technicien de laboratoire, manipulateur d'électroradiologie médicale, orthoprothésiste, podo-orthésiste, oculariste, orthopédiste orthésiste. Un grand nombre de ces étudiants suivent d'ores et déjà une voire deux années de préparation, souvent dans un institut privé très coûteux. La L1 « paramédicale » permettra d'institutionnaliser la sélection pour la rendre plus juste. Cette liste n'est pas exhaustive et pourra intégrer à l'avenir de nouveaux métiers de la santé.

Ensuite, il convient de savoir si l'on veut faire de cette première année commune une année de formation permettant de valider le diplôme final ou une année de sélection. Un certain nombre de professionnels rencontrés par la mission, parmi lesquels les orthophonistes, les orthoptistes et les masseurs-kinésithérapeutes, ont déclaré qu'ils étaient défavorables à la création d'une année qui ne serait pas comptabilisée dans le cursus conduisant à la délivrance de leur diplôme. Cette position est compréhensible, dans la mesure où ces professions revendiquent depuis longtemps la reconnaissance de leur diplôme au niveau master.

Cependant, le contenu pédagogique de l'année de sélection ne prépare pas à l'exercice futur des professionnels. La comptabilisation de l'année de préparation dans le cursus des auxiliaires médicaux n'aboutirait qu'à un allongement des études, susceptible de décourager certains élèves, sans aucun apport pédagogique utile pour les futurs professionnels et sans aucune garantie de voir le diplôme reconnu à un niveau master – car cette reconnaissance ne dépend évidemment pas seulement de la durée mais du contenu des études.

Comme l'a par ailleurs fortement souligné devant la mission la directrice générale de l'offre de soins, il ne faudrait pas que cette année aboutisse à l'allongement de la durée d'études et par conséquent à un coût supplémentaire pour l'État lorsque les professionnels exerceront dans la fonction publique hospitalière. L'allongement des études aurait de plus pour effet « *d'absorber les niveaux master dont la santé a besoin aujourd'hui* ».

La mission estime par conséquent que cette année doit être l'équivalent de la première année d'études de santé qui permet aujourd'hui à certains auxiliaires médicaux d'intégrer leur formation : une année de sélection et non une année de

formation. Au demeurant, l'année de préparation doit pouvoir donner lieu à la validation de « crédits » d'enseignement, permettant aux étudiants n'ayant pas intégré une formation d'auxiliaire médical de se réorienter dans un autre cursus sans perdre une année.

Reste à fixer l'organisation pédagogique et logistique de cette L1 « paramédicale ». L'étude des épreuves des différents concours (voir le tableau ci-dessous) permet de penser que cette année de sélection commune n'est pas hors de portée. En effet, on peut distinguer les matières qui relèvent de la biologie, de la physique, de la maîtrise du français, de tests psychotechniques, de culture générale en sciences sanitaires et sociales et d'entretiens. Le tableau ci-dessous révèle des recoupements entre certaines spécialités, qui permettraient de concevoir une même année préparatoire.

Épreuves d'accès aux concours des centres de formation

	Biologie	Physique	Chimie	Mathématiques	Entretien – examen sur dossier	Contraction de texte – culture générale – évaluation des structures de la communication écrite et orale	Tests psychotechniques – tests d'aptitude
Infirmiers					+	+	+
Masseurs-kinésithérapeutes							
Orthophonistes					+	+	
Orthoptistes	+	+			+		
Psychomotriciens	+					+	
Pédicures podologues	+	+			+		
Ergothérapeutes	+	+				+	+
Audio-prothésistes	+	+		+	+		
Opticiens					+		
Manipulateurs radio	+	+			+		+
Technicien de laboratoire	+	+	+				

La scolarité de cette année de sélection comprendrait un premier semestre commun, incluant au moins un cours d'introduction aux différents métiers de la santé et des modules d'anatomie, physiologie et biologie.

À l'issue du semestre commun, les étudiants opéreraient pour la formation qu'ils souhaitent intégrer. Afin d'éviter le choix d'une profession par défaut, la mission préconise le principe de concours séparés et indépendants par profession. Un classement serait établi par profession, à partir des coefficients attachés à

chaque matière selon les différentes spécialités, et en fonction duquel les élèves choisiraient leur institut de formation. Chaque étudiant pourrait préparer autant de spécialités qu'il le souhaite.

Les épreuves seraient harmonisées sur l'ensemble du territoire, constituant ainsi un gage d'égalité entre les étudiants. Elles pourraient aussi être modernisées et laisser une place à de nouveaux modes de sélection, plus pratiques et axés sur la motivation des étudiants, plus proches des futures conditions d'exercice de la profession, et permettant de recruter des profils diversifiés. La possibilité d'entrer en institut suite à des études de sciences de la vie et de la terre ou de sciences et techniques des activités physiques et sportives serait de son côté maintenue.

La date des examens doit être mûrement réfléchie. Il serait pertinent de la prévoir à la fin du printemps. En effet, certains professionnels auditionnés par la mission ont souligné le fait qu'un examen d'entrée organisé en septembre conduit à un réel gâchis car les étudiants qui échouent perdent un an d'études. La sélection pourrait donc être organisée en juillet pour l'ensemble des auxiliaires médicaux.

Enfin, il convient de réfléchir aux modalités d'intégration à la première année de sélection des formations qui ne recrutent pas aujourd'hui sur concours. C'est le cas des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des techniciens de laboratoire et des diététiciens. Ces trois professions, dont les représentants ont été rencontrés par la mission, sont favorables à la mise en place d'un concours, qui serait préparé par la voie de cette année commune, car celle-ci hausserait le niveau des étudiants recrutés. Mais il convient d'être prudent car une sélection à la fin d'une année commune pourrait changer fortement le profil des étudiants recrutés et supprimer certaines classes dans les instituts universitaires de technologie et lycées. La mise en place de cette option suppose que seul un diplôme d'État donne accès aux professions et que l'on trouve une solution transitoire pour les étudiants actuellement recrutés sur dossier.

En tout état de cause, une telle réforme doit s'effectuer progressivement pour ne pas remettre en cause le modèle économique des écoles privées, laisser le temps aux universités de s'équiper et de mettre au point le programme de cette première année.

B. À MOYEN TERME : INTÉGRER L'ENSEMBLE DES FORMATIONS AU SYSTÈME LICENCE-MASTER-DOCTORAT

1. Un préalable nécessaire : moderniser et clarifier le système de formation

a) Renforcer la qualité des études : réactualiser les programmes

Comme l'indiquait une personnalité auditionnée par la mission, « *il est inutile de reconnaître un niveau d'études à bac + 3 aux professionnels si l'on ne revoit pas substantiellement le contenu des formations* ». D'ailleurs, le président de la Conférence des présidents d'Université a clairement signifié aux membres de

la mission que les « *universités refuseraient d'accueillir ces étudiants si elles n'avaient pas de droit de regard sur la formation* ».

Il est également nécessaire de maintenir le caractère professionnalisant des formations initiales. En effet, comme l'a rappelé la directrice de l'offre des soins lors de son audition par la mission, « *il est impératif de former des professionnels de qualité, qui soient directement opérationnels à la sortie de leur formation.* »

La redéfinition des diplômes en cours et son approche par compétence menée sous la direction du ministère de la santé et de sports devraient permettre d'adapter le contenu des diplômes des auxiliaires médicaux. Il convient de ne pas anticiper sur ses conclusions.

En 2012, l'ensemble des auxiliaires médicaux auront mis au point un référentiel de compétences traduit en modules de formation. La mission préconise donc, avant la rentrée de 2012, de réactualiser les textes (voir tableau ci-dessous) qui définissent les programmes et les modalités de formation à l'aune de ces travaux.

Textes définissant les programmes de formation des auxiliaires médicaux

Profession de santé	Texte définissant le programme de formation
Infirmier	Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier
Masseur kinésithérapeute	Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute
Ergothérapeute	Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État d'ergothérapeute
Psychomotricien	Décret du 15 février 1974 portant création du diplôme d'État de psychorééducateur
Orthophoniste	Arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste
Orthoptiste	Arrêté du 16 décembre 1966 organisant les études en orthoptie
Pédicure-podologue	Arrêté du 2 octobre 1991 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue
Audioprothésiste	Décret du 10 juillet 2001 relatif au programme d'enseignement, à l'organisation du stage en audioprothèse et aux épreuves de l'examen en vue du diplôme d'État d'audioprothésiste
Opticien-lunetier	Arrêté du 3 septembre 1997 portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur opticien-lunetier
Diététicien	Arrêté du 9 septembre 1997 portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur Diététique Arrêté du 24 juillet 2008 modifiant l'arrêté du 10 août 2005 relatif à l'organisation des études conduisant au diplôme universitaire de technologie de certaines spécialités
Technicien en analyses biomédicales	Arrêté du 21 août 1996 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de technicien de laboratoire médical
Manipulateur en électroradiologie médicale	Arrêté du 1 ^{er} août 1990 relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale
Orthopédistes podopréthésiste	Arrêté en cours d'élaboration par le ministère de la santé
Orthoprothésiste	Arrêté du 28 juillet 1997 relatif au BTS prothésiste-orthésiste

Source : ministère de la santé et des sports et ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La réactualisation des diplômes doit prendre en compte deux éléments.

Le premier est la future intégration des formations au système licence-master-doctorat. Le président de la Conférence des présidents d'Université, estime que « *le contenu des formations devra nécessairement être modifié, en y intégrant une part plus importante d'enseignements universitaires comme les sciences de la vie les sciences humaines et sociales ou encore l'anglais. Ce complément de formation facilitera les possibilités d'accès des titulaires de licence en master* ».

Le deuxième est l'élargissement des responsabilités des professionnels, qui implique une médicalisation des enseignements, l'amélioration de la polyvalence des étudiants, et l'introduction de nouvelles matières en fonction des tâches qui pourront être partagées avec les professions médicales. On voit ici toute la pertinence de la méthode adoptée par la redéfinition des diplômes. La formation doit en effet s'adapter aux nouvelles compétences des professionnels et non l'inverse. La ministre de la santé et des sports lors de son audition par la mission, a insisté à juste titre sur la nécessité de revoir les formations en ayant toujours à l'esprit les besoins de santé de la population. La mission rejoint tout à fait cette approche.

La mission souhaite insister sur la nécessité d'accorder une attention particulière à certaines formations, qui devront être réformées en profondeur avant d'être intégrées au système licence-master-doctorat. Il s'agit des diététiciens, opticien-lunetiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire, dont les conditions de recrutement et d'études se distinguent des autres spécialités. Pour ces professions, il convient d'engager dès maintenant une réflexion sur l'harmonisation des diplômes, le maintien ou non d'une tutelle de l'éducation nationale sur ces derniers, et sur le devenir des étudiants aujourd'hui recrutés dans les formations sur dossier et non sur concours. La mission préconise de faire du diplôme d'État le seul diplôme d'accès à ces professions. La mission propose également que soit créé le diplôme d'État des ortho prothésistes, podo-orthésistes, ocularistes, épithésistes, orthopédistes orthésistes, désormais reconnus comme professions paramédicales.

De toute façon, la mission estime qu'il sera nécessaire, compte tenu des évolutions rapides de besoins de santé de la population et de la répartition des tâches entre professionnels, de procéder tous les cinq ans à une réactualisation du contenu de la formation.

b) Régler la question des compétences respectives du ministère de la santé, du ministère de l'enseignement supérieur et du ministère de l'éducation nationale

La transformation de l'ensemble des diplômes permettant d'accéder aux métiers d'auxiliaires médicaux en diplôme d'État doit conduire à une clarification des compétences respectives des ministères de tutelle.

Ainsi, le ministère de la santé se verrait chargé dans un premier temps de la définition des modalités, de l'organisation et du contenu des formations des

diététiciens, des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des opticiens lunetiers et des techniciens de laboratoire d'analyse biomédicale.

Ce transfert du ministère de l'éducation nationale au ministère de la santé aurait certes des conséquences financières et logistiques qu'il convient de mesurer, mais assurerait une harmonisation de la formation de ces professionnels sur le territoire.

Par ailleurs, il est impératif dans les années à venir, de déterminer qui, du ministère de la santé ou du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, doit assumer la responsabilité de la formation des auxiliaires médicaux. Si la tutelle demeure partagée, le rôle de chacun doit être clairement fixé pour ne pas freiner, comme c'est le cas aujourd'hui, la modernisation des formations.

c) Engager une réflexion sur la répartition des centres de formation sur le territoire

Dans la perspective d'une refonte de l'organisation des études, il faudra aussi redresser une situation marquée par une répartition inégale des centres de formation sur le territoire, avec des régions dépourvues de structures ou dont les centres sont éloignés des universités.

Un meilleur équilibre dans la répartition des instituts permettrait de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Des études montrent en effet que les professionnels ont tendance à s'installer dans la région dans laquelle ils ont fait leurs études. Il s'agit là d'une exigence de justice sociale, la cartographie des centres existant favorisant clairement les étudiants de certaines régions.

En outre, une plus juste répartition des centres de formation sur le territoire permettrait de faciliter le rapprochement de certaines formations avec l'université.

2. Intégrer l'ensemble des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat à la rentrée 2013

a) Tirer les enseignements de la réforme des études en soins infirmiers

La réforme des études en soins infirmiers menée en 2009 permet de tirer un certain nombre d'enseignements, fort utiles pour le reste des auxiliaires médicaux.

Tout d'abord l'attribution du grade de licence aux titulaires du diplôme d'État dans le cadre d'un partenariat entre universités et instituts de formation en soins infirmiers semble une solution pragmatique et rapide dans sa mise en œuvre. Elle permet de conserver une dimension professionnalisante tout en bénéficiant des exigences pédagogiques de l'université et de son apport scientifique. La délivrance de « crédits » et la reconnaissance à bac + 3 permettront la poursuite d'études.

Le passage au système licence-master-doctorat se traduit en outre par une amélioration de la qualité de la formation, avec un renforcement important des savoirs scientifiques et la participation d'enseignants chercheurs des universités aux instances pédagogiques, enseignements et jurys d'examen des instituts. Elle implique également l'évaluation périodique de la formation par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur. Notons que se pose la question de la rémunération des enseignants mis à disposition par les universités, dont le coût est supérieur à celui des formateurs des instituts. Un groupe de travail a été constitué à la direction générale de l'offre de soins afin de déterminer le montant de la compensation qui devra être versée aux régions.

La réforme nécessite des mutations organisationnelles importantes. En effet, des conventions doivent être signées au niveau de chaque académie avant le 30 juin 2010 et pour une durée de cinq ans, entre la région, les groupements de coopération sanitaire incluant plusieurs instituts de formation et une ou plusieurs universités comportant une composante de formation en santé. La délivrance de l'agrément par les régions sera conditionnée à la signature de la convention. Cependant, la signature de conventions entre les universités, les groupements de coopération sanitaire et les conseils régionaux est en retard sur le calendrier prévisionnel qui visait leur finalisation à la fin juin 2010.

La réforme a enfin permis une amélioration des conditions de vie des étudiants. Une circulaire du 9 juillet 2009 relative à la situation des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux au regard des prestations du CROUS a précisé leurs droits en tant qu'étudiants. Ils bénéficient d'une carte d'étudiant, qui donne accès aux locaux de l'institut de formation et à l'ensemble des services offerts par le CROUS comme les étudiants inscrits à l'université (restauration, logement, actions culturelles, services de santé, aides d'urgence ponctuelle).

b) Intégrer l'ensemble des formations d'auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat à la rentrée 2013

Le décret en cours d'élaboration relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires d'un diplôme d'État d'infirmier pourra, selon le ministère de la santé et des sports, être modifié pour y intégrer progressivement l'ensemble des professions paramédicales relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

La mission estime que l'intégration au système licence-master-doctorat de l'ensemble des cursus conduisant aux professions d'auxiliaires médicaux doit être anticipée dès maintenant, pour une mise en œuvre à la rentrée 2013.

Cette intégration peut prendre plusieurs formes.

Le rapport de MM. Aquilino Morelle, Jacques Veyret et Gérard Lesage précité ⁽¹⁾ avait écarté trois options. Le classement au niveau II de la nomenclature des niveaux de formation, qui n'est pas constitutif en soi d'une « universitarisation » ; l'attribution du grade de licence aux titulaires du diplôme d'État, ayant le mérite de la simplicité mais jugée insuffisante, car ne répondant pas aux aspirations des étudiants et ne s'accompagnant pas d'une rénovation substantielle du contenu des études et du profil des formateurs ; l'intégration totale au sein de l'université, jugée irréaliste. Le rapport privilégiait donc la licence professionnelle pour les études en soins infirmiers, dans la mesure où elle permet de conserver le contenu professionnalisant de la formation, le maintien d'une maîtrise des flux d'étudiants entrant dans la formation et la poursuite d'études, ainsi que pour les métiers de la réadaptation.

Cependant, la licence professionnelle ne permet pas systématiquement une inscription en master et n'est pas souhaitée par les professionnels et représentants des étudiants rencontrés par la mission. La mission préconise donc d'écarter cette option.

Par ailleurs, le diplôme de licence, qui a la préférence des professionnels, entraînerait un transfert de l'organisation de la formation, de la délivrance du diplôme ainsi que du financement aux seules universités, ce que ne souhaite par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. De plus, dans le cadre de la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, chaque établissement serait habilité à établir un programme d'études différent. Il serait alors, selon la direction générale de l'enseignement supérieur et de la recherche, inenvisageable d'imposer aux établissements un modèle de diplôme. Ce choix poserait également le problème du devenir de l'appareil de formation existant.

La mission préfère appliquer le modèle de réforme suivi pour les études en soins infirmiers à la formation du reste des auxiliaires médicaux.

Cette solution aurait l'avantage de la simplicité. Elle permet de maintenir l'actuel appareil de formation pour l'ensemble des cursus et ne comporte pas de réforme institutionnelle majeure puisque l'Université est déjà chargée de la responsabilité de certaines formations (orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens) et passerait des conventions avec les instituts de formation pour les autres. Se pose le problème des formations aujourd'hui assurées dans des lycées, qui devra être résolu.

Cette option suppose la révision des programmes, la mise à disposition de personnel enseignant par les universités et le recours à de nouvelles technologies pour l'enseignement à distance.

(1) Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, rapport établi par MM. Aquilino Morelle, Jacques Veyret et Gérard Lesage, septembre 2008.

Il faut noter qu'elle devra s'accompagner d'une amélioration des droits des étudiants en matière d'accès au logement, à la restauration universitaire, aux services culturels ou de santé des universités et aux bourses.

Enfin, cette réforme aurait des conséquences financières qu'il faut mesurer.

La réforme des études en soins infirmiers montre que deux facteurs sont à l'origine des dépenses. D'une part, la reconnaissance au niveau licence des diplômés d'auxiliaires médicaux peut aboutir à leur classement en catégorie A dans la fonction publique hospitalière, bien qu'il n'existe pas de lien juridique automatique entre le classement d'un corps dans la catégorie de la fonction publique et le niveau de diplôme nécessaire pour y accéder. D'autre part, la réforme entraîne des dépenses supplémentaires liées à l'amélioration qualitative de la formation.

Pour les infirmiers, l'effet cumulé du gain indiciaire résultant du reclassement des infirmiers dans les nouveaux corps de catégorie A est ainsi estimé à 900 millions d'euros sur une période de six ans pour les personnels de la fonction publique hospitalière, et 33,7 millions pour la fonction publique d'État, selon une hypothèse haute ⁽¹⁾. Ce chiffrage ne constitue cependant qu'un ordre de grandeur, puisqu'il est largement dépendant du taux d'option parmi les personnels actuellement classés en catégorie active ⁽²⁾, et des gains en cotisations et en pensions qui en découlent. Selon le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, le recours à des enseignants chercheurs pour enseigner dans les instituts, la mise à disposition de salles en plus grand nombre et l'usage de nouvelles technologies telles que la visioconférence engendreraient 7 millions d'euros de dépenses supplémentaires. Le coût total de la réforme serait donc proche d'un milliard d'euros.

Les incertitudes sont grandes s'agissant de l'impact financier de l'intégration de l'ensemble des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat. Un rapport de 2008 ⁽³⁾ a cependant évalué le coût du passage des paramédicaux en catégorie A à 2,6 milliards d'euros, auxquels s'ajoutent les revalorisations induites dans les corps comparables des fonctions publiques. Le rapport note que dans le secteur ambulatoire, il n'existe pas de lien direct entre le niveau d'études des professionnels et les honoraires pratiqués par les professionnels, ce qui devrait limiter les coûts liés à la réforme.

Il est vrai que les infirmiers constituent la première profession paramédicale en France par l'ampleur de ses effectifs et par la forte proportion de

(1) Voir l'avis rendu par M. Jacques Domergue au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique.

(2) Dans la fonction publique hospitalière, les emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles sont classés dans la catégorie active. Les personnels ayant accompli au moins quinze ans de services dans un emploi de catégorie active peuvent partir à la retraite avant soixante ans. La réforme des études en soins infirmiers offre la possibilité aux professionnels d'avoir un niveau licence, avec en contrepartie le renoncement à cet avantage.

(3) Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, rapport établi par MM. Aquilino Morelle, Jacques Veyret et Gérard Lesage, septembre 2008.

ses professionnels qui travaillent dans la fonction publique hospitalière. Les effectifs des auxiliaires médicaux qui doivent encore être intégrés au système licence-master-doctorat sont sans commune mesure avec ceux des infirmiers. De plus, l'effet lié aux reclassements dans la fonction publique, suite à la reconnaissance du diplôme au niveau licence, devrait être moindre pour des métiers exercés à majorité en libéral, comme celui de masseur-kinésithérapeute (79 % de libéraux en métropole), orthophoniste (79 %), orthoptiste (72 %), pédicure-podologue (98 %). Le coût pourrait donc être moindre que ce que le rapport précité ne l'annonçait.

Cela étant, la réforme des études des auxiliaires médicaux pourrait avoir des conséquences institutionnelles non négligeables. Ainsi, les représentants de régions, lors de leur audition par la mission, ont insisté à juste titre sur la nécessité d'être en cohérence avec la logique de décentralisation mise en place par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Si l'on choisissait d'« universitariser » complètement les formations d'auxiliaires médicaux, leur gestion devrait changer de tutelle. Il existerait alors une certaine contradiction, moins de six ans après la décentralisation de la formation des auxiliaires médicaux, à transférer sa responsabilité aux universités et son financement au ministère de l'enseignement supérieur.

C. À LONG TERME : PROCÉDER À UNE REFONTE COMPLÈTE DE L'ARCHITECTURE DES FORMATIONS

1. Créer des masters de qualité accessibles à tous les auxiliaires médicaux

Comme l'a indiqué fort justement le président de la Haute Autorité de santé lors de son audition par la mission, il faut absolument développer la formation continue des professionnels et prévoir un accès au niveau master et doctorat tout au long de la vie. La création de masters de qualité sera de nature à offrir une motivation aux professionnels en exercice et à améliorer la qualité des soins.

Il convient de rester prudent dans la définition des nouvelles spécialités.

Tout d'abord, il est nécessaire d'attendre la refonte de la formation initiale des auxiliaires médicaux avant de créer des masters. La mission entend bien les arguments des masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et spécialistes infirmiers, qui demandent la reconnaissance du grade de master à leurs diplômés. Mais elle estime que la reconnaissance d'un niveau master ne doit pas s'effectuer dans la précipitation. Elle suppose une révision en profondeur des programmes, qui dépasse largement la simple comptabilisation du nombre d'années d'études, et la prise en compte préalable des nouveaux savoir-faire qui peuvent être intégrés à la formation initiale sans pour autant changer la nature de leur métier.

Par ailleurs, il serait peu judicieux de créer des masters de spécialisation au contenu trop étroit, qui priverait ses détenteurs de la capacité de gérer plusieurs secteurs, pathologies ou publics. La nécessité de développer des compétences spécifiques dans des champs pointus d'activité et de dégager du temps médical ne doit pas favoriser l'émergence de formations en ordre dispersé, qui ne correspondraient pas à un enjeu pérenne de santé publique. De plus, comme le note le rapport de M. Yvon Berland ⁽¹⁾, « *la tendance à l'hyperspécialisation peut aller à l'encontre des besoins de mobilité (nécessaire pour développer des parcours professionnels décroisés mais aussi pour favoriser une organisation plus souple des services) et des besoins de polyvalence accrue dans certains services.* »

Enfin, il convient de concevoir parallèlement les nouveaux masters et les métiers qui y correspondent. Il est inutile de créer de nouvelles spécialités reconnues par l'université si celles-ci n'ouvrent aucune perspective professionnelle réelle aux diplômés, ne sont pas reconnues par les employeurs et n'ouvrent droit à aucune amélioration des conditions d'exercice.

Pour la création des masters, deux méthodes sont possibles. Soit identifier d'abord de nouvelles compétences, définissant de nouveaux métiers, comme c'est le cas par exemple pour les infirmiers anesthésistes, et leur attribuer ensuite un diplôme universitaire de niveau master. Soit créer des masters de spécialisation au sein des universités, en fonction des nouveaux besoins de santé, pour identifier par la suite l'exercice professionnel correspondant et valoriser les fonctions dans les grilles salariales de la fonction publique.

Le rapport de M. Yvon Berland définit des degrés de compétence sur une échelle de trois niveaux.

– le socle du métier : ce sont les compétences requises pour les diplômés du métier de base acquis en formation initiale ;

– l'expertise ciblée : sont ajoutées aux compétences de base d'autres savoir-faire et connaissances, qui n'existaient pas dans la formation initiale au métier, mais ne changent pas la nature du métier. La formation, relativement courte, peut alors correspondre à un diplôme universitaire donnant lieu à certification ;

– la pratique avancée : il s'agit alors d'une formation permettant d'accéder à un nouveau métier. En conséquence, elle doit être longue et donner lieu à la délivrance d'un diplôme de niveau master. Les titulaires de ces diplômes pourront réaliser certaines activités supplémentaires et mettre en œuvre leurs compétences.

La mission cautionne cette démarche et préconise dans un premier temps la création de licences de spécialisation, placées sous la tutelle des universités,

(1) La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, rapport du groupe de travail présidé par M. Yvon Berland, décembre 2007.

permettant aux professionnels d'acquérir des compétences ciblées pouvant être valorisées sur le marché du travail. Par la suite, elle propose la création de masters correspondant aux grands enjeux de santé publique, tels que la psychiatrie la prise en charge de la dépendance ou de pathologies chroniques, plutôt que de nouvelles spécialisations qui auraient pour effet de cloisonner un peu plus les métiers.

Enfin, dans un souci de cohérence, les spécialités existantes dans le métier infirmier, ainsi que le métier de cadre de santé, pourraient être reconnus comme titulaires d'un diplôme de niveau master de première ou deuxième année. La mission estime cependant qu'il faudra mener à bien la réforme du diplôme d'État d'infirmier avant d'élaborer un nouveau schéma de formation au niveau master.

2. Améliorer les passerelles entre les formations

La mission propose la mise en place de passerelles de quatre types différents :

– les passerelles permettant d'entrer dans un cursus paramédical. La possibilité d'intégrer une formation après examen du dossier ou validation d'une épreuve doit être développée. Elle doit être ouverte aux professionnels passant par la validation des acquis de l'expérience et aux titulaires de certains grades universitaires. Y consacrer une part importante des numerus clausus permettrait de mélanger des étudiants n'ayant pas la même formation initiale. La mission estime que toutes les professions paramédicales doivent être concernées par ces passerelles entrantes ;

– les passerelles transversales, permettant de changer de cursus en cours d'études. La mission propose de garantir la possibilité aux étudiants qui le souhaitent de pouvoir se réorienter à la fin de la première année de sélection ;

– les passerelles permettant aux professionnels titulaires d'un diplôme d'auxiliaire médical de débiter une en formation médicale. Certes les dispenses de concours existent mais elles sont encore trop limitées. Le nombre de places offertes au concours spécifique pour l'accès en deuxième année de médecine doit être élargi. Il pourrait également être envisagé d'ouvrir l'accès en troisième année de médecine à des auxiliaires médicaux sous réserve du passage d'un examen spécifique. Enfin, la mission préconise la mise en place de passerelles permettant aux auxiliaires médicaux d'intégrer la formation de sage-femme ;

– les passerelles consistant en une dispense, totale ou partielle, des épreuves d'admission au concours d'entrée dans certaines formations paramédicales. Il existe ainsi des expériences concluantes menées en France dans deux régions (Aquitaine et Rhône-Alpes) qui prévoient que les étudiants de première année de médecine ayant obtenu la moyenne au concours mais non admis en deuxième année peuvent se rediriger vers un institut de formation en soins infirmiers. Il conviendrait d'étendre cette possibilité à l'ensemble du territoire.

3. Mettre en place des instituts d'études paramédicales regroupant l'ensemble des professions

La refonte des diplômes menée par le ministère de la santé et des sports a permis d'identifier d'ores et déjà des compétences transversales, qui peuvent faire l'objet d'un apprentissage commun par les futurs professionnels. Citons par exemple la capacité d'informer les patients et leur famille, de coopérer avec différents acteurs professionnels, de saisir les grands enjeux contemporains de santé publique. L'intégration des formations au système licence-master-doctorat doit permettre de traduire les enseignements en « crédits » et favoriser la mutualisation des enseignements.

La mission estime qu'une telle mutualisation doit être encouragée tout au long de la formation. En effet, ce n'est pas au cours d'une première année de préparation que les professionnels apprennent véritablement à se connaître, mais bien par la suite, au cours des stages et des cours qu'ils sont amenés à suivre en commun. Il faut donc, à long terme, rapprocher les formations.

L'Institut des sciences et techniques de la réadaptation à Lyon

Au sein de l'Université Claude Bernard Lyon 1, l'Institut des sciences et techniques de la réadaptation propose, depuis 2004, une licence des Sciences de la réadaptation avec six parcours : masso-kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, orthophonie, audioprothèse et orthoptie.

La licence associe les enseignements des formations professionnelles des six formations suscitées et des enseignements plus transversaux. Les étudiants doivent avoir une double inscription, d'une part dans leur diplôme d'exercice, et, d'autre part, dans cette licence. Le programme des examens propres à leur diplôme d'exercice est inclus dans la licence générale, ce qui permet aux étudiants de poursuivre ensuite leurs études sans surcroît de travail.

La licence prévoit de plus une mutualisation des enseignements, les élèves suivant une formation commune en neurosciences et sciences de la réadaptation ou psychobiologie des comportements, et des enseignements spécifiques propres à chaque profession.

Les professeurs sont mis à disposition par l'université et les locaux se situent dans l'université. Les étudiants paient 1 200 euros par an auxquels s'ajoutent les frais de concours, ce qui assure le financement de la formation. L'institut ne reçoit pas de financement de la région.

L'expérience de l'institut de Lyon est particulièrement concluante et pourrait servir de modèle au développement des formations paramédicales.

Il serait concevable par exemple d'intégrer la majorité des futurs auxiliaires médicaux au sein d'instituts ou de pôles de formation paramédicale. Dans le même esprit, la direction générale de l'offre de soins recommande la création de « *pôles de santé à l'échelon régional* ». Cette solution va dans le sens de la décentralisation des formations actée en 2004, permet de maintenir l'appareil

de formation existant, tout ouvrant la possibilité de mutualiser des enseignements et de créer de passerelles entre les formations.

La mission préconise une mise en place progressive de la réforme. Le ministre de la santé et des sports a insisté, lors de son audition par la mission, sur la nécessité de ne pas anticiper les résultats de la redéfinition en cours des diplômes des auxiliaires médicaux. M. Édouard Couty, président du Haut conseil des professions paramédicales a lui aussi souligné la nécessité de « *prévoir un calendrier étalé, tant le sujet est sensible* ».

À court terme, la réforme des procédures de sélection pourrait être expérimentée dès la rentrée 2012. Une généralisation pourrait intervenir après un ou deux ans de pratique et une évaluation de la réforme.

À moyen terme, les nouveaux programmes et l'intégration de la formation des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat pourraient être mis en place pour l'ensemble des professionnels à la rentrée 2013, avec un échelonnement des spécialités en fonction de leur avancement dans le processus de redéfinition des diplômes.

Ainsi, les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers spécialisés, les orthophonistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les pédicures podologues pourraient être intégrés au système licence-master-doctorat dès la rentrée 2012.

Les orthoptistes, les orthoprothésistes, les podo-orthésistes, les orthopédistes orthésistes pourraient être reconnus au niveau licence et voir la révision de leur programme d'études effectuée à la rentrée 2013.

Pour les réformes à plus long terme, il convient d'attendre les conclusions des travaux en cours sur la création de nouveaux masters avant d'envisager leur mise en place à l'horizon 2013.

Évidemment, il faudra aussi distinguer le sort des personnels en place et celui des futurs diplômés dans la mise en place de la réforme. À cette fin il serait utile d'engager le plus tôt possible une concertation avec l'ensemble des professionnels. La mission insiste également sur la nécessité d'associer le plus en amont possible de la réforme les représentants des régions, la conférence des présidents d'Université et la conférence des doyens de faculté de médecine.

RAPPEL DES PROPOSITIONS DE LA MISSION

Proposition n° 1 : mettre fin à la sélection par la voie de la première année de médecine pour les auxiliaires médicaux et la remplacer par une L1 « paramédicale », comprenant l'ensemble des futurs auxiliaires médicaux à l'exception des étudiants en soins infirmiers qui continueraient à intégrer leur formation directement après le bac.

Proposition n° 2 : actualiser le contenu de l'ensemble des diplômes des auxiliaires médicaux en fonction des résultats de la réingénierie des diplômes avant la fin 2011.

Proposition n° 3 : transformer les diplômes donnant accès aux professions de manipulateur d'électroradiologie médicale, diététicien, opticien lunetier, orthoprothésiste, orthopédiste orthésiste et technicien de laboratoire d'analyse biomédicale en diplôme d'État et en transférer la responsabilité au ministère de la santé et des sports.

Proposition n° 4 : engager une réflexion sur le nombre et la répartition des centres de formation.

Proposition n° 5 : clarifier la responsabilité respective des ministères de l'éducation nationale, de la santé et des sports et de l'enseignement et de la recherche, sur la formation des auxiliaires médicaux.

Proposition n° 6 : anticiper dès maintenant l'intégration au système licence-master-doctorat de l'ensemble des cursus conduisant aux professions d'auxiliaires médicaux pour une mise en œuvre à la rentrée 2013. Le modèle suivi doit être celui de la reconnaissance du grade de licence aux diplômés d'État en soins infirmiers.

Proposition n° 7 : reconnaître aux titulaires d'un diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, de cadre de santé, de puéricultrice et d'infirmier de bloc opératoire un niveau master.

Proposition n° 8 : créer de nouveaux masters transversaux en fonction des besoins de santé, permettant de déboucher sur de nouveaux métiers. Créer des licences de spécialisation, ouvertes à tous les auxiliaires médicaux, leur permettant d'acquérir une expertise ciblée dans un domaine médical.

Proposition n° 9 : développer les passerelles permettant aux auxiliaires médicaux d'intégrer toutes les formations paramédicales et médicales en bénéficiant de dispenses de concours et de scolarité. Développer les dispenses de concours d'entrée dans les formations paramédicales pour les diplômés d'autres filières universitaires ou professionnelles. Créer des passerelles d'accès pour les métiers qui en sont dépourvus.

Proposition n° 10 : mutualiser les enseignements entre formations paramédicales et médicales, à la lumière des travaux de refonte des diplômes.

Proposition n° 11 : créer des instituts d'études paramédicales régionaux, conventionnés avec les universités, et formant l'ensemble des auxiliaires médicaux.

Proposition n° 12 : prévoir une application progressive de la réforme (réforme des procédures de sélection expérimentée dès la rentrée 2012 ; nouveaux programmes et intégration des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat de manière échelonnée jusqu'à la rentrée 2013) et entamer dès maintenant une concertation avec les régions, les universités et les professionnels concernés sur la réforme des modalités de sélection et l'intégration des cursus au système licence-master-doctorat.

CONTRIBUTIONS

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE PAR LES MEMBRES DE LA MISSION APPARTENANT AU GROUPE SOCIALISTE, RADICAL, CITOYEN ET DIVERS GAUCHE

Dans un contexte où le système de soins français se trouve confronté à de profondes évolutions (comme l'allongement de la durée de vie de la population, l'évolution des métiers de la santé ou l'accroissement de la désertification médicale), cette mission relative aux auxiliaires médicaux a eu le mérite de poser un regard précis sur leur situation.

Un constat juste et porté par les auxiliaires

Ainsi le constat sur la formation des auxiliaires a pu, à juste titre, être qualifié « d'alarmant ». Organisation incohérente, inégalités dans le recrutement des étudiants comme dans le coût des formations, tutelle imprécise car multiple, ont pu constituer autant de freins à des métiers qui se trouvent être au cœur des besoins auxquels le système français doit faire face.

Au-delà de ce constat, cette mission aura pu permettre à la Représentation nationale de découvrir ou redécouvrir tous les métiers « d'auxiliaires médicaux », leur réalité, leurs attentes, et surtout, leur besoin de ne plus être considérés comme totalement hermétiques les uns aux autres. Si des passerelles doivent être créées entre les auxiliaires médicaux, c'est avant tout parce qu'ils ont conscience que la complémentarité et la création d'une culture commune seront les gages d'une bonne évolution de notre système de soins.

À noter enfin la conscience de ne pas être considérés à la mesure de leur apport.

Des propositions pragmatiques qui peuvent apporter une amélioration de la situation

Concernant les douze propositions émises par la commission, on peut afficher une relative satisfaction. Bien sûr, celles-ci, présentées dans un ordre temporel (court, moyen et long terme), sont loin de révolutionner la formation des auxiliaires médicaux et, plus largement, de tous les acteurs de santé. À ce titre, il faut rappeler que le rapport du doyen Debouzie présentait déjà, dans sa philosophie, la version la plus aboutie de la notion de culture commune aux professions de santé en proposant la création d'un cursus commun à toutes les professions de santé. Hélas, même si la philosophie est séduisante, la situation structurelle et budgétaire de notre système de formation ne permet pas une telle révolution.

C'est pour cela que les propositions de créer une L1 « paramédicale » et d'intégrer l'ensemble des formations au processus de Bologne semblent constituer des pistes suffisamment pertinentes pour apporter une réponse réalisable à l'actuelle situation. Bien sûr, la réflexion sur la qualification de cette « L1 », année de sélection ou année de formation, aurait pu amener à des débats plus houleux mais c'est la volonté de mettre en avant des propositions les plus largement acceptées, donc potentiellement les plus rapidement applicables, qui a guidé notre démarche.

De la même manière, la volonté affichée de rationaliser les tutelles de ces formations constitue une proposition qui va dans le bon sens.

Rationaliser les tutelles, une proposition qui doit être assortie de garanties

À ce sujet, il est important de clarifier quelque peu la proposition faite. Le rapport précise clairement le rôle tenu par les régions dans l'organisation des formations des auxiliaires, au travers de l'application de l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales : fonctionnement et équipement des écoles et instituts de formation des formations paramédicales, gestion des bourses versées aux étudiants, à l'exception des formations gérées par l'éducation nationale. De plus, les régions mettent en place des antennes délocalisées de formation pour se rapprocher des élèves et, confrontées à une pénurie de professionnels, versent des allocations d'études conditionnées à l'engagement des futurs professionnels d'exercer quelques années dans des secteurs en difficulté comme les établissements de prise en charge des personnes âgées. Bref, les régions sont aujourd'hui au cœur du dispositif.

Les propositions émises par la commission vont renforcer cette place et notamment la n° 11 qui vise à « *créer des instituts d'études paramédicales régionaux, conventionnés avec les universités, et formant l'ensemble des auxiliaires médicaux* ». Cette proposition, qui est déjà partiellement mise en place par l'Institut des sciences et techniques de la réadaptation de Lyon, pourrait avoir un coût financier extrêmement important pour les régions.

Ce coût supplémentaire ne doit pas être supporté par les régions. Si elles assument déjà une part non négligeable de la formation des auxiliaires médicaux, elles ne pourront pas, à l'avenir, assumer un nouvel abandon d'une part des politiques publiques assumées par l'État sans une compensation à l'euro près et dynamique (qui s'adapte à l'évolution annuelle de ce coût).

Aussi, il semble important d'ajouter cette proposition de bon sens à celles présentées dans le rapport. Il en va de la réussite de la réforme envisagée et du respect de la hiérarchie des responsabilités dans la chaîne institutionnelle française.

Conclusion

En guise de conclusion, on peut affirmer que ce rapport « évolutionnaire plus que révolutionnaire » a le mérite de réaliser une juste photographie du « maquis » des formations et de faire des propositions susceptibles de susciter un large consensus auprès de tous les acteurs qui auront la tâche de les mettre en application, à condition que l'État, au nom de la politique publique dont il a la charge, en supporte le financement et non les régions.

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE PAR LES MEMBRES DE LA MISSION APPARTENANT AU GROUPE DE LA GAUCHE DÉMOCRATE ET RÉPUBLICAINE

Mener la réflexion sur la formation des auxiliaires médicaux était utile.

Les hommes et leur environnement changent, la situation sanitaire avec eux. Il est donc utile d'analyser ces évolutions pour répondre aux défis sanitaires et sociaux du XXIème siècle. Dans ce cadre, la réflexion sur la formation des professionnels de santé et plus particulièrement des auxiliaires médicaux, joue un rôle incontestable. Il devenait urgent de faire un bilan de l'existant et de formuler des propositions face aux nouvelles questions de santé, mais également aux problèmes rencontrés aujourd'hui par les étudiants et les professionnels.

UN CONSTAT ET DES OBJECTIFS PARTAGÉS

Les membres de la mission d'information partagent le constat de nouveaux besoins de santé, notamment liés au vieillissement de la population, au retour des maladies infectieuses et au développement des maladies chroniques. Ils ont également entendu l'aspiration des professionnels à une formation plus adaptée aux transformations du système de soins et à la recherche de coopérations interprofessionnelles.

Du point de vue de l'architecture des formations, l'état des lieux dressé par le rapport est alarmant : cloisonnement, hétérogénéité et obsolescence des formations selon les spécialités, parfois même en leur sein, et selon les territoires. Depuis des années, se sont développés, d'une manière anarchique, des instituts de formation ou de préparation aux concours, définissant avec une autonomie déconcertante leurs critères de sélection, leurs programmes hyperspécialisés, leurs lieux d'implantation et leurs frais d'inscription.

Cette situation est source d'inégalités pour les étudiants dont les formations et les diplômes n'ont ni le même statut, ni la même valeur. De plus, elle renforce les discriminations sociales puisque la sélection s'opère bien souvent par l'argent, notamment *via* les frais d'inscription souvent très élevés dans les établissements privés. Parfois, le niveau demandé au moment de la sélection implique une ou plusieurs années de préparation, dans une classe spécialisée ou par la L1 Santé. Certes, des conventions ont vu le jour avec certains conseils régionaux et/ou les universités, mais le manque d'homogénéité au plan national crée une rupture d'égalité entre les jeunes devant les droits étudiants, selon le caractère conventionné ou non de leur lieu d'étude.

Ces constats actés, deux exigences au moins doivent être au cœur de la réforme à venir. D'une part, il convient d'harmoniser et de refonder les formations,

tant du point de vue de leur architecture que de leur contenu, en fonction des évolutions des métiers concernés mais également des aspirations des professionnels à élever le niveau de leurs connaissances. Et d'autre part, il est impératif de créer les conditions d'une égalité d'accès aux formations et aux droits pour tous les étudiants, quels que soient leur milieu et leur situation sur le territoire national.

LA MISSION PROPOSE UNE RÉFORME CRÉDIBLE DONT CERTAINS POINTS RESTENT CEPENDANT À APPROFONDIR

Jacqueline Fraysse se prononce en faveur de l'intégration progressive des professions paramédicales dans un cursus universitaire et, compte tenu des fortes disparités existantes, s'accorde avec l'idée d'une réforme en 3 phases, telle que présentée dans le rapport. Plusieurs points devront cependant être approfondis pour répondre aux objectifs fixés.

L1 « paramédicale » permet une sélection plus juste mais n'est pas la solution la meilleure.

La création d'une première année commune aux professions paramédicales (sauf infirmiers) dont l'objectif premier est de sélectionner les étudiants - une sorte de « prépa » publique à l'image de la L1 « Santé » – permet de rendre plus juste la sélection, puisque ce sont les mêmes épreuves et les mêmes critères qui seront appliqués partout.

Il est cependant regrettable que l'intégration des paramédicaux à la première année commune aux études de santé – jugée par l'ensemble des personnes auditionnées et par le rapporteur lui-même comme « la plus satisfaisante sur le fond » – ait été repoussée par crainte d'une forte augmentation des effectifs. Si la décision était prise de dégager les moyens nécessaires, une telle option serait concevable. Cette première année commune à toutes les professions de santé aurait pu créer les conditions de la « culture commune » nécessaire à la coopération des acteurs sur le terrain.

Enfin, le choix d'une année « sélective et non validante » pose la question des critères de sélection et des profils d'étudiants qui en découlent. Il est souhaitable qu'un équilibre soit trouvé dans les matières à fort coefficient : un effort doit être fait pour ne pas exclure les jeunes aux profils « sciences humaines » ou littéraires qui enrichissent la profession, notamment par la prise en compte de la situation sociale des patients auxquels ils seront confrontés.

Le rapport ne répond que partiellement au problème des inégalités.

L'universitarisation de la formation doit permettre l'accès aux droits étudiants. L'exemple concret des étudiants en soins infirmiers, pour qui l'intégration au processus LMD est en cours, est significatif : ils ne bénéficient pas des mêmes droits que les jeunes des autres filières. Il est indispensable que de

cette intégration découle l'indexation et la revalorisation des bourses au même niveau que celles de l'enseignement supérieur, ainsi que l'accès à l'ensemble des services délivrés aux étudiants universitaires. Une réflexion pourrait être menée afin d'organiser un transfert de la gestion des bourses sur critères sociaux vers les CROUS.

Plus largement, un important travail reste à mener sur les conditions à créer pour que les jeunes issus de familles modestes puissent également suivre ces cursus. Quelles que soient les filières, les études supérieures sont coûteuses et les bourses ne suffisent pas. Un effort de construction de logement étudiant est nécessaire et la création d'une allocation étudiante universelle doit être débattue.

La réforme proposée implique des moyens financiers et un débat démocratique sur le contenu des formations

La mise en œuvre de la réforme proposée par la mission nécessite d'importants investissements de l'État.

Les régions et les universités ne peuvent, seules, financer les équipements et le recrutement d'enseignants et de personnels encadrant à hauteur des besoins. Si des transferts de compétences sont autorisés, ils doivent être entièrement compensés. Il faut que les ministères concernés s'engagent pour lever les doutes sur la possibilité de mise en oeuvre d'un chantier aussi ambitieux. L'autocensure de la mission concernant l'hypothèse d'une intégration des paramédicaux dans la L1 Santé en témoigne.

Une meilleure formation implique une reconnaissance des diplômés et des débouchés dans le monde du travail. Le Gouvernement doit créer les conditions d'une reconnaissance des formations et des diplômés, en termes de salaires et de statuts, en particulier dans la fonction publique hospitalière et territoriale. D'autre part, il convient de fournir un effort particulier d'embauche dans les services publics et dans les groupements de coopération sanitaire afin de garantir une offre de proximité sur l'ensemble du territoire. Comme le rappelle le rapport, nous approchons du premier pic de départs en retraite (2012) et les nouveaux enjeux de santé publique (plan Cancer, Alzheimer, loi Handicap de 2005) nécessitent des créations d'emplois, particulièrement dans le secteur public où la pyramide des âges est déséquilibrée. De telles mesures permettraient à la fois de répondre aux besoins et d'offrir des débouchés à ces professionnels compétents.

Le contenu des formations doit être construit avec les professionnels

Si la mission a formulé des propositions intéressantes quant aux données « structurelles » – c'est à dire liées à la nouvelle architecture des formations – à prendre en compte pour l'élaboration des nouveaux programmes, elle n'a pas souhaité se prononcer sur leurs contenus.

La refonte des diplômes du secteur sanitaire est en cours par le ministère de la santé. D'ici 2012, un référentiel d'activité puis un référentiel de compétences doivent être élaborés. Jacqueline Fraysse souhaite insister sur la nécessité de débattre de ces référentiels avec les professionnels en exercice et en formation, pour éviter les aberrations et les dangers que peut provoquer une élaboration « technocratique » des contenus. Leur appréciation est effet indispensable pour définir les besoins, notamment pour la création de masters et de passerelles, les nouveaux métiers et les transferts de tâches possibles. Ils sont également porteurs de l'éthique de leurs professions et doivent, à ce titre, devenir les principaux contributeurs pour l'élaboration d'une culture commune.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La Commission des affaires sociales se réunit le mercredi 7 juillet 2010 à 10 heures, sous la présidence de M. Pierre Méhaignerie, président, pour examiner le rapport d'information de M. Jacques Domergue, en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux.

M. Jacques Domergue. Je suis heureux de vous présenter aujourd'hui le fruit d'un travail de plus de cinq mois, sur un sujet qui ne doit pas être sous-estimé.

Notre pays compte aujourd'hui près de 750 000 auxiliaires médicaux. Non seulement leurs métiers constituent un gisement d'emplois considérable pour les générations actuelles comme pour les générations futures, mais ces professionnels sont amenés à jouer un rôle capital dans l'évolution de notre système de santé, à l'heure où l'on parle de nouvelle répartition des tâches entre professionnels, de réorganisation de l'offre de soins, de prise en charge de nouvelles pathologies dans un cadre financier, il faut le reconnaître, de plus en plus contraint.

Conscients de cette importance, nous avons pris l'initiative, Mme Catherine Lemorton et moi-même, de créer cette mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux. Pourquoi cette réflexion est-elle d'actualité ?

D'abord parce que la création d'une première année d'études commune aux études de santé à la rentrée 2010 – en application de la loi votée l'année dernière – va créer un véritable appel d'air. Les doyens de faculté de médecine nous alertent sur la hausse des effectifs – une augmentation de 10 % des inscriptions est attendue pour la L1 Santé – et leur difficulté à accueillir les étudiants dans des conditions acceptables, notamment pour les auxiliaires médicaux, parmi lesquels les futurs masseurs kinésithérapeutes, les ergothérapeutes ou encore les psychomotriciens, qui passent aujourd'hui par une première année de médecine pour intégrer leur institut de formation. Pour eux, il est urgent de trouver une solution alternative.

J'ajoute que la simplification de l'accès aux professions médicales a créé une attente chez les étudiants paramédicaux, qui veulent mettre fin à la sélection par l'information et par l'argent.

Ensuite parce que le mouvement d'harmonisation des études universitaires en Europe, dit « processus de Bologne » implique l'intégration au système licence-master-doctorat de l'ensemble des spécialités d'auxiliaire médical. Il s'agit d'une reconnaissance symbolique très attendue par les professionnels que nous avons rencontrés. Y renoncer serait isoler la France, et limiter la mobilité de nos étudiants et de nos futurs professionnels. Certes nous sommes en train de nous mettre à niveau. 2009 a vu la reconnaissance au grade de licence du diplôme d'État des infirmiers. Le ministère de la santé a annoncé l'attribution du grade de

licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux au plus tard à l'horizon 2015. Mais, avant de nous engager sur la voie de l'universitarisation de ces métiers, il nous faudra procéder à une révision complète du contenu des formations et de leur pilotage.

Enfin, un mouvement sans précédent anime les métiers de la santé.

Le vieillissement de la population, l'apparition de nouveaux enjeux de santé publique – telles la maladie d'Alzheimer ou la prise en charge de la dépendance –, mais aussi les prévisions démographiques médicales bouleversent le milieu professionnel de la santé. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a pris acte de ces changements en autorisant les transferts de tâches entre professionnels. La formation des auxiliaires médicaux doit suivre ces évolutions, par le renforcement du cursus initial, par la création d'une culture commune entre professionnels de santé – à la faveur notamment du suivi d'une même première année universitaire –, par la reconnaissance de nouvelles compétences, voire par la création de nouveaux métiers.

Pour ces trois raisons, notre commission a créé, le 13 janvier 2010, la mission d'information relative à la formation des auxiliaires médicaux. Nous avons procédé à plus de soixante auditions ou tables rondes comprenant l'ensemble des représentants des professionnels, les organisations étudiantes, de nombreux experts, les acteurs institutionnels concernés, que ce soit les régions, les Universités, ou les directions générales de l'offre de soins et de l'enseignement supérieur et de la recherche, et enfin la ministre de la santé et des sports.

Nous avons écouté beaucoup de propositions intéressantes, dont je pense avoir tiré une synthèse consensuelle, puisque le rapport a été adopté par l'ensemble des membres de la mission mercredi dernier, à l'exception d'une voix. Je souligne que nous nous sommes heurtés à une complexité que nous n'imaginions pas – beaucoup qualifient ces formations de véritable « maquis » – et dont nous restons tous encore abasourdis.

Que pouvons nous conclure de ces cinq mois de travaux ?

La première partie du présent rapport dresse l'état des lieux de la formation des auxiliaires médicaux en France, largement partagé par l'ensemble des professionnels auditionnés par la mission. Ce constat est assez alarmant : manque de lisibilité des cursus, manque de clarté du pilotage, manque d'équité du système de sélection.

Ce qui frappe d'abord, c'est l'hétérogénéité des cursus – dans la durée, la qualité du contenu, le statut des instituts de formation – qui s'observe non seulement d'une spécialité à l'autre mais également à l'intérieur de chaque spécialité, ce qui est véritablement incompréhensible. Certaines formations donnent lieu à la délivrance d'un diplôme d'État, (kinésithérapeutes, infirmiers,

ergothérapeutes, pédicures-podologues, psychomotriciens), d'autres à une certification (orthophonistes, orthoptistes), d'autres enfin à un brevet de technicien supérieur ou à un diplôme universitaire (manipulateurs en électroradiologie médicale, opticien-lunetier, diététicien, technicien de laboratoire). Pour certaines spécialités, plusieurs diplômes ou titres donnent accès à l'exercice de la profession. Ainsi ce ne sont pas moins de dix diplômes différents qui donnent accès au métier de technicien de laboratoire ! Comment dans ce contexte les jeunes étudiants et leurs familles peuvent-ils s'y retrouver ?

Deuxième constat, les modalités d'accès aux formations sont peu lisibles – et ce manque de lisibilité est d'autant plus accentué que s'affirme parallèlement la lisibilité de la L1 Santé – et souvent inévitables. Certaines formations recrutent par la première année de médecine, d'autres par concours direct, d'autres sur dossier. Les étudiants qui veulent entrer en formation d'orthophoniste, d'orthoptiste, ou même de kinésithérapeutes, doivent faire le tour de France des différents concours d'entrée dans les instituts, dont chacun est payant. Vous pouvez imaginer la dépense qu'ils doivent ainsi supporter ! Surtout l'entrée dans la formation ne se fait jamais directement après le bac, les élèves suivant souvent une à deux années de préparation dans des instituts privés coûteux. La sélection s'opère donc davantage par l'accès à l'information et par l'argent que par la qualité des étudiants.

Troisième constat, le contenu et les modalités de formation des auxiliaires médicaux sont inadaptés au regard de trois évolutions majeures : tout d'abord avec la pénurie annoncée de certains professionnels médicaux et paramédicaux, comme les infirmiers, il est urgent de renforcer l'attractivité des métiers, ce qui passe par des perspectives d'évolution de carrière, de réorientations ou de spécialisations que n'offre pas le système de formation des auxiliaires médicaux. Deuxième défi, la réorganisation des soins et le développement de la coopération entre professionnels de santé, consacrée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, implique un renforcement du contenu et une « médicalisation » des cursus des auxiliaires médicaux ainsi que le développement d'une culture commune qui fait aujourd'hui défaut. Enfin, l'évolution des besoins de santé de la population nécessite le développement de nouvelles compétences pour les auxiliaires médicaux, en matière de prévention, de prise en charge du handicap ou des maladies chroniques invalidantes, ou encore de psychiatrie.

Dernier élément, la formation des auxiliaires médicaux n'est pas encore intégrée au système licence-master-doctorat, qui permet une véritable mobilité européenne des étudiants et des professionnels. Certes les études d'infirmier diplômé d'État ont été reconnues au grade de licence, ce qu'il faut saluer comme un progrès ; cependant la France ne peut pas s'isoler en maintenant un système de formation en décalage avec le reste des pays européens.

Sur la base de ce constat, la deuxième partie du présent rapport présente des pistes de réforme qui tendent à assurer une formation lisible et de meilleure qualité aux auxiliaires médicaux, à renforcer leur rôle auprès du corps médical, à améliorer le déroulement de leur carrière et à garantir l'égal accès des étudiants aux différents métiers concernés, au bénéfice de l'ensemble de nos concitoyens.

À court terme, la mission propose de revoir les modes de sélection en créant une L1 « paramédicale ».

Pour cela, nous avons étudié les avantages et inconvénients de trois options. La première option, prévoyant la création d'une licence complète regroupant tous les futurs professionnels de santé, est théoriquement intéressante mais ne correspond pas à la spécificité des métiers paramédicaux. La deuxième option, consistant à regrouper l'ensemble des futurs professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, au sein d'une première année commune, est impossible dans les faits, en raison des effectifs concernés, des différentiels de niveaux entre les étudiants et des moyens actuels des Universités. La troisième option consiste en la création d'une L1 « paramédicale » réservée aux auxiliaires médicaux. Cette option est privilégiée par la mission.

La mission préconise donc de mettre fin à la sélection des auxiliaires médicaux par le biais de la première année de médecine rendue impossible par la création de la première année d'études commune aux professionnels de santé en 2009.

Nous proposons une solution alternative : la création d'une L1 « paramédicale » comprenant l'ensemble des futurs auxiliaires médicaux à l'exception des étudiants en soins infirmiers qui continueraient à entrer dans leur formation directement après le bac.

Nous avons fait le choix de ne pas les intégrer à court terme pour plusieurs raisons. En effet, la majorité des étudiants en soins infirmiers entamant leur formation directement après le bac, les intégrer à la L1 « paramédicale » aurait pour effet de créer une barrière à l'entrée de la formation, en haussant excessivement le niveau de sélection et en allongeant la durée d'étude pour la moitié des étudiants, alors même que le pays a besoin d'un nombre croissant de professionnels. De plus, un passage obligatoire par l'université pourrait pénaliser les étudiants qui n'habitent pas dans les grandes villes et peuvent poursuivre des études aujourd'hui grâce à la proximité des instituts dont la dispersion sur le territoire répond aux besoins et à la situation de notre pays. Enfin, les universités sont encore incapables d'accueillir l'ensemble des candidats à l'entrée dans la formation dans de bonnes conditions. Au demeurant, les étudiants en soins infirmiers rencontrés par la mission n'y tiennent pas. D'ici quelques années, l'intégration des études dans le système licence-master-doctorat devrait relever le niveau requis pour intégrer la formation. Il sera temps, alors, d'examiner l'opportunité de leur intégration à la L1 « paramédicale ».

Sur le modèle de la L1 Santé, à l'issue du semestre commun, les étudiants opteraient pour la formation qu'ils souhaitent intégrer, leur affectation entre spécialités et centres de formation dépendant de leur classement final. Je précise qu'il s'agira d'une année de sélection et non de formation, c'est-à-dire qu'elle n'aura pas pour effet d'allonger inutilement les études. Elle pourra cependant donner lieu à la validation de « crédits » d'enseignement, permettant aux étudiants n'ayant pas intégré une formation d'auxiliaire médical de se réorienter dans un autre cursus sans perdre une année.

À moyen terme, la mission préconise l'intégration au système licence-master-doctorat de l'ensemble des cursus des auxiliaires médicaux à la rentrée 2013.

Sur ce point, nous estimons que l'intégration au système licence-master-doctorat de la formation des auxiliaires médicaux doit suivre le modèle de la reconnaissance du grade de licence aux diplômés d'État en soins infirmiers mis en place à la rentrée 2009. Celui-ci a fait la preuve de son efficacité et est jugé positivement par les étudiants que nous avons reçus.

Dans cette perspective, la mission préconise quatre mesures : actualiser le contenu de l'ensemble des diplômes des auxiliaires médicaux en fonction des résultats de la redéfinition avant la fin 2011 ; transformer les diplômes donnant accès aux professions de manipulateur d'électroradiologie médicale, diététicien, opticien-lunetier, orthoprothésiste, orthopédiste orthésiste et technicien de laboratoire d'analyse biomédicale en diplôme d'État et en transférer la responsabilité au ministère de la santé et des sports ; engager une réflexion sur le nombre et la répartition des centres de formation ; enfin clarifier la responsabilité respective des ministères de l'éducation nationale, de la santé et des sports et de l'enseignement et de la recherche.

À long terme, il convient d'ouvrir les perspectives de carrière des auxiliaires médicaux en facilitant la poursuite d'études.

La mission propose pour cela de développer les passerelles entre les formations paramédicales et médicales, avec des dispenses de scolarité et de concours beaucoup plus larges qu'aujourd'hui ; mutualiser les enseignements entre formations paramédicales et médicales et créer à terme des instituts d'études paramédicales régionaux, conventionnés avec les universités, ce qui permettra aux professionnels d'avoir validé au cours de leur formation initiale des enseignements utiles pour la reprise d'études ; créer des licences de spécialisation reconnues par les employeurs et permettant d'acquérir une expertise ciblée dans un domaine médical ; renforcer le niveau master pour les auxiliaires médicaux, en créant de nouveaux masters transversaux selon les besoins de santé de la population et en attribuant un niveau master aux infirmiers anesthésistes, cadres de santé, puéricultrices et infirmiers de bloc opératoire.

La mission préconise enfin une application progressive de la réforme, en fonction du calendrier des travaux de redéfinition des diplômes en cours au ministère de la santé et la mise en place, dès maintenant, d'une concertation avec les représentants des étudiants et des professionnels, mais aussi des régions et des universités.

Je conclurai mon propos en vous indiquant que face au maquis actuel des formations paramédicales, nous avons souhaité clarifier le système, afin de le rendre plus lisible pour les lycéens souhaitant s'orienter dans cette voie et pour leurs familles.

M. Pierre Méhaignerie, président. Je donne maintenant la parole à Mme Catherine Lemorton, présidente de la mission

Mme Catherine Lemorton. La principale vertu de cette mission a été d'entendre l'ensemble des professionnels pour fournir une photographie fidèle de la formation des auxiliaires médicaux en France. J'avoue que parfois, le rapporteur et moi-même avons été si surpris des propos qui nous étaient tenus qu'il était heureux que nous soyons alors assis : je pense notamment aux instituts de formation non conventionnés avec l'État que je ne peux pas tous énumérer tant ils sont nombreux. La mission d'information aura eu le mérite d'établir un état de la situation en 2010.

J'ai peu de choses à ajouter aux propos du rapporteur. Je me félicite de notre partenariat : le rapporteur m'a informé régulièrement de ses initiatives, de la rédaction du rapport et de la formulation des propositions ce qui explique le vote du groupe socialiste, radical et citoyen en faveur du rapport, la semaine dernière. Nous y avons néanmoins ajouté une contribution afin, compte tenu de l'implication des régions dans la formation des auxiliaires médicaux et des actuelles difficultés financières que rencontrent les collectivités locales, de soulever la question des moyens qui leur seraient attribués si l'universitarisation des formations devait leur coûter ne serait-ce qu'un euro de plus.

Je pense que cette mission était indispensable et, en tant que présidente, je remercie le rapporteur du travail effectué et de l'esprit de dialogue qui a régné tout au long de la mission. J'insiste sur ce point d'autant plus qu'étant membre de la commission d'enquête sur la grippe, il me fut parfois difficile d'assister à certaines auditions. Le rapporteur a toujours veillé à me tenir informée de leur contenu.

Mme Valérie Rosso-Debord. Je remercie la présidente et le rapporteur de la mission d'information pour la qualité du rapport présenté. S'agissant des bourses qui peuvent être attribuées aux étudiants par les conseils régionaux dans les formations d'auxiliaires médicaux, le rapport donne des montants moyens. Il serait intéressant de connaître les différences entre les régions en ce qui concerne le montant des bourses attribuées. Par ailleurs, dans la logique de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités, le rapport préconise de développer

les passerelles entre les formations. On note cependant des difficultés sur le terrain à développer cette mobilité. Avez-vous fait le même constat et que préconisez-vous ?

M. Élie Aboud. Je souligne également l'intérêt du rapport. S'agissant de la formation des infirmiers, son intégration dans le système LMD, que j'approuve, semble susciter des craintes quant à la proximité avec les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers. Il faudra également veiller aux éventuels transferts de charges qui pourraient résulter de cette évolution.

Cette intégration au système universitaire pose aussi la question des rapports entre les universités et l'État, d'une part, et les régions, d'autre part. Il serait souhaitable de clarifier les compétences de chacun sur ce point.

Je profite de cette occasion pour mentionner d'autres métiers méritant une attention particulière. Il conviendrait ainsi de se pencher sur la formation des ostéopathes, afin de mettre un terme à certaines pseudo-formations qui ne débouchent sur aucun diplôme reconnu. S'agissant des optométristes, il existe un master avec une formation dispensée par des ophtalmologistes, mais celui-ci n'est pas reconnu. Par ailleurs, il faut regretter que les actes accomplis par les diététiciens en milieu hospitalier ne fassent pas l'objet d'une cotation dans le cadre de la tarification à l'activité. Enfin, il conviendrait de se pencher sur la formation des sages-femmes dont l'évolution démographique est incertaine et auxquelles devraient être transférées davantage de responsabilités.

M. Georges Colombier. Je souligne la qualité du rapport et le fait que les douze propositions présentées aujourd'hui font l'objet d'un consensus de la mission, ce qui n'est pas toujours le cas. Le rapport dresse un état des lieux intéressant de la formation des auxiliaires médicaux et présente des propositions qui clarifient le panorama des formations et permettent de développer les passerelles entre les formations. Le rapporteur pourrait-il préciser l'impact des préconisations formulées en ce qui concerne un éventuel transfert de charges sur les régions ? Par ailleurs, je souhaite qu'il soit veillé à la mise en application des préconisations du rapport.

M. Jean Mallot. Je remercie la présidente et le rapporteur pour ce travail utile qui permet de formuler des propositions destinées à corriger la situation actuelle de sélection par l'argent et l'information, les étudiants ayant parfois du mal à se retrouver dans le maquis des formations. Il faut mettre un terme à cette forme de sélection sournoise. Le rapport rappelle, avant de l'écarter, la proposition de création d'une première année de formation commune à toutes les professions de santé formulée dans le rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé de 2003. La L1 Santé a constitué une première étape, insuffisante, qui justifie la volonté d'aller plus loin qui sous-tend le rapport ; les évolutions proposées sont indispensables pour mettre en œuvre une meilleure coopération entre professionnels de santé et la possibilité de délégation des tâches.

J'insiste par ailleurs sur trois points :

– la nécessité de clarifier la répartition des compétences en matière de formation des auxiliaires médicaux entre l'État et les régions et de veiller à éviter que l'harmonisation du contenu des formations, des diplômes et de l'organisation du système de formation des auxiliaires médicaux ne se traduise par un transfert de charges sur les régions, lesquelles ne pourraient pas l'assumer, l'objectif étant d'améliorer la qualité des soins pour nos concitoyens, ce qui relève de la responsabilité de l'État ;

– il serait également souhaitable de réfléchir au développement des formations des auxiliaires médicaux en alternance, notamment par la voie de l'apprentissage ;

– enfin, il me semble important que la commission, comme le fait le comité d'évaluation et de contrôles des politiques publiques, assure le suivi de l'application des préconisations du rapport.

Mme Bérengère Poletti. Je félicite la présidente et le rapporteur de la mission d'information pour la qualité et l'intérêt du rapport.

Il aurait cependant été souhaitable d'aborder aussi la question de l'évolution de la formation des sages-femmes dans le cadre du rapport, en prenant en compte les spécificités de leur statut. Les organisations représentatives de sages-femmes rencontrent en effet des difficultés à faire reconnaître leur souhait de progresser vers l'universitarisation de leur formation.

J'aimerais avoir des précisions sur la gestion des transferts et délégations de compétence entre professions.

Par ailleurs, il serait utile d'avoir des éléments d'information comparés sur la formation des personnels médicaux dans les pays étrangers, les équivalences qui peuvent exister en matière de diplômes et la tutelle unifiée ou éclatée sur le système de formation des professionnels de santé.

Je m'interroge sur l'intérêt de la première année commune aux auxiliaires médicaux, compte tenu de l'hétérogénéité de ces métiers. Il ne faudrait pas aboutir à alourdir inutilement les programmes de certaines professions d'auxiliaires médicaux spécialisés.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Le rapport d'information apporte des éclairages utiles sur le panorama des formations des auxiliaires médicaux.

Je souligne l'intérêt des propositions du rapport en termes de reconnaissance de ces professions et souligne la nécessité d'intégrer des connaissances nouvelles dans les formations, permettant d'assurer la prise en charge de personnes atteintes de pathologies en fort développement, comme la

maladie d'Alzheimer, ou en situation de dépendance ou de handicap. Il faudra, dans cette perspective, développer l'approche pluridisciplinaire des professionnels de santé, afin d'améliorer la coordination des soins et la prise en charge des patients.

Par ailleurs, je souhaiterais avoir des précisions concernant la proposition n° 11 relative à la création d'instituts d'études paramédicales régionaux. Le rapporteur peut-il préciser le nombre d'instituts envisagé et si certaines régions pourraient ne pas en être dotées ?

M. Bernard Perrut. Le rapport a le mérite de rendre hommage à l'ensemble des auxiliaires médicaux qui sont appelés à jouer un rôle de plus en plus important compte tenu du vieillissement de la population et d'autres évolutions démographiques, lesquelles conduiront inévitablement à développer le partage et la délégation de tâches entre les professionnels de santé.

La mission dresse cependant un constat alarmant, en soulignant le manque de lisibilité et d'harmonisation du dispositif de formation des auxiliaires médicaux. Nous sommes confrontés à un vaste chantier de réorganisation de l'ensemble du dispositif de formation de ces personnels. À cet égard, il serait souhaitable d'avoir des données plus récentes concernant les effectifs et la répartition géographique des professionnels de santé, les données figurant dans le rapport concernant les effectifs au niveau national au 1^{er} janvier 2005. Cela permettrait de mieux appréhender les inégalités dans la répartition des auxiliaires médicaux sur le territoire et leur évolution depuis 2005.

Par ailleurs, je soutiens les propositions visant à modifier l'architecture d'ensemble des formations et l'orientation et visant à développer les passerelles entre les formations.

Enfin, je souhaiterais savoir s'il existe d'autres expériences du type de celle qui a été mise en place à Lyon avec l'Institut des sciences et techniques de la réadaptation, créé en 2004.

Mme Monique Iborra. Je ne partage pas le consensus qui s'est exprimé jusqu'à présent. Je ne voterai pas ce rapport car je désapprouve ses conclusions.

Ce rapport met la charrue avant les bœufs. En effet, il fallait soit ne pas mettre en place le système licence-master-doctorat, soit réorganiser la formation paramédicale avant d'instaurer le licence-master-doctorat. Malgré les auditions menées par la mission d'information, le rapport qui nous est présenté ne prend pas en compte la situation actuelle dans les territoires, les universités et les organismes de formation. C'est toute la différence qui existe entre des élus qui ne possèdent qu'un mandat national et ceux qui cumulent un mandat national et un mandat local et qui demeurent au plus près des réalités territoriales.

La mise en place de la filière licence-master-doctorat concernant les infirmières se passe aujourd'hui très mal, contrairement à ce que décrit le rapport. Une seule convention a été signée à ce jour alors que la date butoir de conclusion des conventions était fixée à juin dernier. Pourquoi ? Parce que les universités ne sont pas prêtes. Le président de la Conférence des présidents d'Universités m'expliquait récemment que la situation était critique et que les universités n'étaient pas prêtes à poursuivre ce processus. La réforme licence-master-doctorat a été en effet menée dans la précipitation, ce qui explique les problèmes d'application actuels.

Alors que le contexte sur le terrain est difficile, vous préconisez la création d'une filière licence-master-doctorat paramédicale. Contrairement à vos affirmations, cette proposition ne fait pas l'unanimité chez les professionnels de santé, qui craignent à terme une déconnection des infirmières et des autres professions paramédicales. Vous proposez néanmoins cette formule car il vous est aujourd'hui impossible de créer une première année commune en santé pour l'ensemble des professionnels.

Si la question des transferts de charges devant être assumés par l'État entre en ligne de compte dans l'opposition probable des régions à ce rapport, celles-ci désapprouvent les conclusions des travaux de la mission *a priori* pour trois principales raisons : ce rapport met la charrue avant les bœufs ; ne prend pas acte de la difficile mise en place de la réforme licence-master-doctorat ; et formule des propositions qui créeront une dichotomie entre les infirmières et les autres professions paramédicales.

Je tiens à signaler que, pour les sages-femmes, la réforme licence-master-doctorat fonctionne également très mal. Cette question a été récemment débattue lors d'une réunion commune du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur.

Si ce rapport a le mérite de faire le point sur l'organisation très disparate de la formation des auxiliaires paramédicaux, dont les régions ont hérité, il ne propose pas les solutions adéquates. Il intervient de plus tardivement : il aurait dû servir à la préparation de la réforme licence-master-doctorat.

Mme Michèle Delaunay. Je tiens à féliciter la présidente, Mme Catherine Lemorton, et le rapporteur, M. Jacques Domergue, pour le très grand travail qu'ils ont accompli. Il me semble fondamental de valoriser davantage ces professions de santé. Je n'aime d'ailleurs pas la dénomination d'« auxiliaires médicaux », je lui préférerais celle de « partenaires médicaux ». Peut-être devrions-nous l'imposer ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Est-ce vraiment plus approprié ?

Mme Michèle Delaunay. Dans la pratique, les auxiliaires médicaux sont des partenaires à part entière des médecins.

M. le rapporteur. Vous définissez le rôle de ces professionnels par rapport aux médecins, ce qui induit presque un lien de subordination. J'ai repris le terme d'auxiliaires médicaux car c'est celui qui est en vigueur mais aujourd'hui nous cherchons à définir la responsabilité de chacun des acteurs de santé.

Mme Michèle Delaunay. Vous proposez d'accroître la cohésion entre tous les auxiliaires médicaux en augmentant les possibilités de changer de filière et de profession, ce qui me paraît positif. J'approuve également votre souci d'harmonisation géographique et de progression de ces métiers. Je m'interroge néanmoins sur les possibilités d'évolution existantes, par exemple, pour un manipulateur de radios en direction du médecin ou du physicien radiothérapeute. Les professions paramédicales occupent un rôle croissant dans la prévention du mauvais vieillissement, un enjeu central pour notre société, et des comportements à risque. Elles devraient s'ouvrir davantage aux personnes issues de la diversité car ces carrières très exigeantes permettent une réelle intégration dans la société.

M. Michel Liebgott. Il faut prendre en compte la dimension européenne de la formation des professionnels de santé. Aujourd'hui de nombreux Français se forment à l'étranger, en Belgique, au Luxembourg, en Allemagne, et même en Roumanie, puis reviennent exercer en France. À l'inverse, certains étudiants formés en France vont travailler à l'étranger, une fois leur diplôme obtenu. Ce nouveau phénomène pose le problème de l'harmonisation des diplômes, dans le cadre du processus de Bologne, et de la maîtrise de la langue. Certains médecins étrangers exerçant en France connaissent des difficultés en français. Il faudrait, dans les zones frontalières, mettre en œuvre des formations universitaires expérimentales intégrant cette dimension européenne et intéressant plusieurs pays. Ce serait un complément utile aux travaux qui nous sont présentés.

Mme Jacqueline Fraysse. Le rapport de la mission d'information est le fruit d'un travail important et utile. Il fournit un bilan de l'organisation encore très hétérogène de la formation paramédicale et formule des propositions visant une plus grande harmonisation entre les territoires et une amélioration de l'équité entre les étudiants. Les étudiants modestes sont en effet aujourd'hui pénalisés. Ce rapport a également pour objectif d'adapter la formation des professionnels aux évolutions scientifiques et médicales actuelles et de les préparer aux défis du XXI^e siècle. Je pense que l'intégration progressive des professions paramédicales dans le cursus universitaire est une bonne proposition.

Je regrette néanmoins que toutes les professions paramédicales n'aient pas pu être regroupées dans une même première année d'étude. Cette solution, la meilleure en théorie, ne semble pas réalisable aujourd'hui. Elle permettrait pourtant de créer une culture commune et d'accroître les passerelles entre ces professions.

Je tiens à souligner le rôle que devra jouer l'État dans le financement de ces processus nouveaux : les transformations proposées ne pourront pas être mises

en œuvre sans moyens supplémentaires. Il faudra déterminer la part de financement qui doit revenir aux régions et celle qui doit revenir à l'État. La revalorisation des diplômes des professions paramédicales devra se traduire par une meilleure reconnaissance en termes de rémunération et de débouchés.

Quant au contenu des formations, le rapport affirme que le ministère de la santé travaille aujourd'hui à la création de référentiels d'activités et de compétences, ce qui suscite des inquiétudes chez les personnels concernés. On ne peut confier aux seuls ministères de la santé et de l'enseignement supérieur la responsabilité du contenu des formations. Les professionnels, en exercice et en formation, doivent être associés à l'élaboration de celui-ci et des transferts de compétences.

Mme Dominique Orliac. Je tiens à féliciter la présidente et le rapporteur pour le travail difficile mais indispensable qu'ils ont accompli. En effet, l'organisation des formations paramédicales est aujourd'hui très disparate ; en établir un état des lieux a été complexe. Monsieur le rapporteur, pourriez-vous développer la proposition n° 8 recommandant la création de nouveaux diplômes ?

M. Christian Hutin. Je félicite la présidente et le rapporteur pour leur excellent travail. Vous présentez par exemple les données démographiques des professions paramédicales, je remarque que certaines connaissent un rapide développement et qu'elles sont en général très féminisées.

Vous avez mené une analyse territoriale qui démontre qu'aujourd'hui certains départements et régions connaissent un déficit d'auxiliaires médicaux. Quelles sont les professions les plus concernées ? Développez-vous une réflexion à long terme sur ce sujet ? Par exemple, de grandes cohortes de techniciens de laboratoire ont été formées. Or, avec les évolutions technologiques actuelles et les regroupements de structures, les besoins en techniciens ont diminué.

Il me semble que Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, n'a pas été auditionnée par la mission, ce que je trouve étonnant et regrettable. Peut-être n'a-t-elle pas eu le temps ou peut-être a-t-elle jugé qu'il n'était pas nécessaire de s'exprimer devant la Représentation nationale sur un sujet qui n'est pas entièrement de sa compétence. Elle devait transmettre à la mission une contribution, qui ne figure cependant pas au rapport.

Je tenais enfin à évoquer un problème plus général, celui de l'ancienneté des données statistiques dans le domaine social. Elles s'arrêtent souvent aux années 2005 ou 2006. Or, la situation de la France a, depuis, beaucoup changé, notamment en raison de la crise économique. Ce problème provient-il de l'INSEE ou d'autres services de l'État ?

M. Guy Malherbe. Les auxiliaires médicaux connaissent certes des difficultés en matière de formation, mais aussi en matière d'effectifs. Dispose-t-on de données statistiques de suivi de cohortes de bacheliers afin de connaître leur

répartition dans les différentes formations et en particulier celles des auxiliaires médicaux ? Ces éléments nous permettraient peut-être de voir comment améliorer l'attractivité de cette filière.

M. le rapporteur. Je vous remercie tous de vos interventions sur le dossier important des auxiliaires médicaux, qui présente la particularité de traiter de diplômés très hétérogènes mais qui, pour la plupart d'entre eux, débouchent sur un métier, ce qui est loin d'être le cas de toutes les autres formations.

Je tiens à remercier les membres de la mission d'information de leur participation à ses travaux, ainsi que Mme Catherine Lemorton, qui en a été la présidente. Je me réjouis que nous ayons travaillé ensemble dans un bon climat et trouvé un consensus. Je note d'ailleurs que cela démontre qu'il est possible de travailler de manière consensuelle sur des dossiers importants pour le pays, et j'encourage nos collègues de l'opposition à œuvrer en ce sens, notamment en matière de finances publiques.

Mme Catherine Lemorton a insisté sur l'inéquité et le « maquis » des formations et des métiers. Je rejoins tout à fait cette analyse : nous avons été stupéfaits de la situation que nous avons constatée. Elle s'explique sans doute par le fait que les métiers des auxiliaires médicaux se sont construits au fil de l'histoire, sur des initiatives personnelles de professionnels de santé, souvent des médecins, différemment d'une ville à une autre et selon les besoins locaux, ce qui a abouti à de réelles disparités et hétérogénéités au sein d'une même profession. Ainsi en est-il, par exemple, des kinésithérapeutes qui, selon les villes, suivent des formations totalement différentes : dans certains cas, ils suivent la première année d'études de médecine, alors que dans d'autres, ils doivent faire un véritable « tour de France » pour passer des concours d'accès à différents instituts. Il n'est plus possible de continuer comme cela.

Mme Valérie Rosso-Debord a insisté sur l'importance des bourses régionales. Malgré les disparités auxquelles il faut remédier, le système fonctionne. Nous ne souhaitons pas revenir sur la régionalisation des professions et sur les compétences des régions qui ont en charge le financement et la gestion des formations, ainsi que les bourses des étudiants paramédicaux. Le processus « d'universitarisation » aujourd'hui en cours nécessitera sans aucun doute des dépenses supplémentaires, qu'il conviendra, le cas échéant, de compenser. Je suis également d'accord concernant la nécessité d'améliorer les passerelles, qui restent aujourd'hui trop limitées. On l'a vu il y a deux ans pour la L1 Santé, on le verra plus tard avec la L1 « paramédicale » : il est nécessaire que l'acquisition d'une culture commune permette aux étudiants de changer de métier.

M. Élie Aboud a souligné la proximité des instituts de formation en soins infirmiers. Nous n'avons pas voulu mettre en cause ce qui marche. Or, ces derniers fonctionnent bien ; ils existent sur l'ensemble du territoire et sont nombreux – on en compte trois cent trente, souvent à proximité des établissements

de santé, ce qui facilite le recrutement. Nous n'avons donc pas souhaité proposer une réorganisation complète de l'appareil de formation.

S'agissant des infirmiers, « l'universitarisation » de leur formation est une donnée : elle est en cours. Deux voies seront possibles : celle d'une formation de proximité dans les villes universitaires, et celle de l'utilisation de nouvelles technologies dans les villes non universitaires. Il est évident qu'il sera plus difficile aux instituts des petites villes de mettre en œuvre leur « universitarisation » qu'à ceux de Lyon, Montpellier ou Paris. Toutefois, l'utilisation de moyens de télétransmission des enseignements, comme cela est le cas s'agissant de la L1 Santé, est une solution à exploiter. On répondrait ainsi à une demande des infirmiers.

Nous n'avons pas abordé, comme l'avait suggéré M. Élie Aboud, la question des ostéopathes et des optométristes car nous avons restreint nos travaux aux professions réglementées et n'avons pas souhaité évoquer les professions « litigieuses » – je reconnais toutefois qu'une réflexion doit sûrement être menée dans ce domaine. Cela étant, l'organisation que nous proposons permet d'y intégrer de nouveaux métiers, dès lors que la formation y conduisant est clairement identifiée. Cette intégration pourrait avoir lieu au stade du concours de sélection, voire dans certains cas, celui de la formation.

Monsieur Georges Colombier, je crains de ne pas avoir bien saisi votre question.

M. Georges Colombier. Mme Catherine Lemorton a expliqué qu'elle était globalement d'accord avec les propositions de la mission d'information, dès lors que cela ne coûterait pas « un euro de plus » pour les régions. Quelle est votre position sur ce point ?

M. le rapporteur. Nous proposons une « universitarisation » des formations comme celle qui est en cours pour les infirmiers ; cela supposera donc des moyens financiers supplémentaires car le coût horaire des formations sera plus élevé qu'aujourd'hui – je vous signale par ailleurs qu'un groupe de travail a été constitué au sein du ministère de la santé et des sports sur la question des moyens financiers à dégager s'agissant des infirmiers. De la même manière, la création d'une L1 « paramédicale » nécessitera des moyens supplémentaires émanant tant des régions que des universités. Nous proposons de mieux organiser ces formations, au sein des universités ; il est certain que cela exigera un effort financier accru.

M. Jean Mallot, vous avez fait allusion au rapport de Domitien Debouzie ; nous le mentionnons dans nos travaux. Ce rapport fixait un objectif théorique, mais nous avons pris rapidement conscience qu'il était aujourd'hui impossible, sur le plan pratique, de mettre en place une L1 Santé commune à toutes les professions de santé. Outre les problèmes évidents d'effectifs, la formation des

auxiliaires médicaux a une forte dimension pratique, dès le début des études, ce qui n'est pas le cas de formations médicales. Il n'est donc pas envisageable que les orientations aient lieu après la licence « santé », puisqu'à ce stade, pour la plupart des métiers paramédicaux, le cursus est achevé.

Je pense en revanche qu'une fois notre rapport adopté, il conviendrait de déposer rapidement sur ce sujet une proposition de loi, dont Mme Catherine Lemorton serait cosignataire, afin que nos propositions ne restent pas lettre morte. Surtout, il semble nécessaire qu'une région expérimente la L1 « paramédicale » afin que nous puissions en tirer les leçons.

Mme Bérengère Poletti a évoqué, avec justesse, la difficulté de l'« universitarisation » de la formation des sages-femmes. Je reconnais que nous ne nous sommes pas penchés sur cette question car les sages-femmes suivent la L1 Santé et étudient jusqu'au niveau du master, disposent du droit de prescription et sont des professionnels de santé à part entière. Concernant le niveau européen, j'estime indispensable une standardisation des formations.

Mme Martine Carrillon-Couvreur a abordé la question du contenu des programmes de formation, que nous n'avons pas traitée. Nous avons simplement cherché à mettre en lumière, dans un tableau, les points communs entre les diverses formations qui permettraient de mettre en place un concours à l'issue d'un premier semestre d'enseignement commun et d'un second semestre au cours duquel, par le jeu des coefficients, seraient différenciées les diverses filières. Par exemple, pour les orthophonistes, qui sont aujourd'hui essentiellement issus de filières littéraires, on pourrait imaginer que, suite à l'acquisition de bases scientifiques communes relativement générales lors du premier semestre, ils bénéficient d'une sélection spécifique lors du second semestre avec des coefficients importants correspondant aux matières littéraires.

M. Bernard Perrut s'est étonné que les données que nous communiquons, à la page 22 du rapport, sur la démographie des professions de santé ne soient pas plus récentes. Il est en réalité très difficile d'obtenir des éléments actualisés pour l'ensemble des professions. Il a par ailleurs bien fait de mentionner l'institut de Lyon car celui-ci constitue une bonne illustration des avantages, pour les étudiants, d'une structure implantée sur un site unique et où la sélection est commune. C'est aujourd'hui la seule organisation de ce type en France mais elle pourrait être étendue à d'autres régions.

La position de Mme Monique Iborra semble avoir évolué : alors qu'elle avait initialement déclaré qu'elle s'abstiendrait lors du vote du rapport, elle a finalement décidé de voter contre. Je regrette qu'elle n'ait pas davantage assisté aux auditions organisées par la mission d'information ; nul doute qu'elle aurait alors pu infléchir, par ses interventions, nos propositions.

Contrairement à elle, je ne pense pas que le cursus licence-master-doctorat fonctionne mal. Il s'agit d'un processus en cours dans toute l'Union européenne dont nous ne pouvons nous exempter et je considère comme positif l'effort d'uniformisation des formations paramédicales.

Il est vrai que nous avons dissocié la formation des infirmiers de celle des autres professions paramédicales. Pourquoi en est-on arrivé à cette conclusion ? En premier lieu, parce que l'effectif des élèves infirmiers, avec près de 80 000 étudiants, aurait conduit à des disparités importantes entre filières. En second lieu, nous avons constaté que contrairement aux autres professions paramédicales, les infirmiers sont issus directement du baccalauréat. Leur imposer une première année de sélection pour accéder aux instituts de formation en soins infirmiers aurait donc consisté à instituer une année supplémentaire d'études. Je ne dis pas que cette solution n'est pas envisageable pour l'avenir, mais elle est, pour l'instant, à écarter.

S'agissant des régions, comme je l'ai dit précédemment, elles bénéficieront de moyens supplémentaires pour « l'universitarisation » des formations et la réorganisation des professions de santé. Une réflexion sur ce point est en cours au sein du ministère de la santé et des sports afin que le coût supplémentaire induit ne soit pas uniquement à la charge des régions.

Madame Monique Iborra, vous avez estimé que notre rapport était prématuré. Je ne vous rejoins pas sur ce point. Notre objectif a été d'être « à l'avant-garde » et de proposer des pistes d'amélioration. Nous héritons du système « licence-master-doctorat » ; cela n'est ni de votre fait, ni du mien. Il est désormais nécessaire que nous nous y adaptions pour faire en sorte que les professions des auxiliaires médicaux s'intègrent dans ce cadre. Quant à la sélection, il me semble désormais nécessaire qu'une région se porte volontaire pour expérimenter la L1 « paramédicale » afin qu'on en tire les enseignements.

Mme Michèle Delaunay, vous avez jugé que l'expression d'auxiliaires médicaux n'était pas idéale ; j'en conviens. Elle correspond à une « gradation » au sein des professions de santé ; peut-être faudrait-il trouver d'autres termes. Je partage par ailleurs votre avis sur l'importance du rôle des auxiliaires médicaux en matière de prévention.

M. Michel Liebgott a insisté sur les aspects internationaux et transfrontaliers. Leur prise en compte suppose justement de s'orienter vers le système « licence-master-doctorat » pour les professions paramédicales, en l'adaptant, et d'œuvrer pour une harmonisation européenne des formations.

Mme Jacqueline Fraysse a insisté sur le contenu des formations. Nous ne l'avons évoqué que sous l'angle des points communs entre épreuves au concours, dans la perspective de la création d'une sélection commune. Cependant, pour

répondre à votre inquiétude, la redéfinition des diplômes, dont l'objectif est de réviser leur contenu, a bien associé l'ensemble des professionnels.

Mme Dominique Orliac a évoqué les masters transversaux. Ils restent à créer ; ils n'existent pas encore dans la plupart des cas. Pour les infirmiers spécialisés, les masters sont en cours d'élaboration ; nous souhaitons que des démarches similaires soient engagées pour les autres professions d'auxiliaires médicaux.

Monsieur Christian Hutin, vous vous êtes étonné que Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, n'ait pas souhaité être auditionnée par la mission d'information malgré notre demande insistante. Comme vous, je le déplore car ce dossier important la concernera directement – peut-être son emploi du temps ne lui a-t-il pas permis de venir parmi nous. Elle nous a communiqué une contribution écrite, mais celle-ci est insuffisante.

Monsieur Guy Malherbe, nous ne disposons pas d'éléments sur le suivi de cohortes de bacheliers. Nous savons seulement que 60 % des élèves infirmiers sont directement issus du baccalauréat, après avoir passé le concours d'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers ; ce n'est pas le cas des autres professions d'auxiliaires médicaux qui doivent suivre une ou plusieurs années de préparation avant de pouvoir entrer dans un institut. C'est la raison de notre proposition de création d'une L1 « paramédicale » qui concernerait l'ensemble des auxiliaires médicaux, à l'exception des infirmiers.

Mme Catherine Lemorton. Je tiens à signaler que si la mission d'information n'a pas pu auditionner Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, elle a en revanche entendu Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Par ailleurs, le rapporteur a déclaré préférer l'opposition « constructive » mais souligne que lorsque nous nous opposons, en nous faisant le relais des préoccupations de la rue, nous sommes également constructifs !

M. Michel Issindou. Permettez-moi une dernière question : ne pensez-vous pas que le refus de Mme Valérie Pécresse d'être auditionnée est le signe de sa volonté d'enterrer, dès aujourd'hui, une réforme qui coûterait trop cher ?

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur le rapporteur, vous avez mentionné une contribution écrite de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il me semble indispensable que vous nous la communiquiez. Il n'est pas normal que nous n'en disposions pas.

M. Pierre Méhaignerie, président. Je transmettrai à la ministre la demande de compléments du rapporteur et de la présidente de la mission d'information.

M. Vincent Descœur. Un tableau pourra-t-il nous être fourni concernant les inégalités territoriales selon les formations, et en particulier les instituts de formation en soins infirmiers ?

M. le rapporteur. On ne constate pas d'inégalités territoriales concernant ces instituts, puisqu'on en compte trois cent trente et qu'ils sont très largement répartis sur le territoire ; la situation est effectivement plus disparate concernant les autres formations.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est certain que ces propositions ne sont pas sans conséquence financière. Ce point mérite d'être précisé, alors que les contraintes sont lourdes. Je tiens de nouveau à remercier le rapporteur, M. Jacques Domergue, et la présidente, Mme Catherine Lemorton, pour le travail accompli. Mais celui-ci, comme celui des autres missions d'information, doit être suivi d'effets, sinon l'on désespère de l'utilité de notre travail... J'écrirai donc à Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, afin qu'elles me fassent part de leurs réactions. J'ajoute que la proposition de procéder à des expérimentations me paraît être une très bonne idée.

La commission autorise, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION (11 membres)

	Groupe politique
Mme Catherine Lemorton, présidente	SRC
M. Jacques Domergue, rapporteur	UMP
M. Rémi Delatte	UMP
M. Jean-Pierre Door	UMP
M. Michel Heinrich	UMP
M. Guy Lefrand	UMP
M. Fernand Siré, <i>à partir du 18 mai 2010</i>	UMP
Mme Isabelle Vasseur, <i>jusqu'au 10 avril 2010</i>	UMP
Mme Monique Iborra	SRC
Mme Dominique Orliac	SRC
Mme Jacqueline Fraysse	GDR
M. Jean-Luc Prével	NC

*Groupe UMP : groupe de l'Union pour un mouvement populaire
Groupe SRC : groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche
Groupe GDR : groupe de la Gauche démocrate et républicaine
Groupe NC : groupe du Nouveau centre*

ANNEXE 2 :
Liste des personnes auditionnées
(par ordre chronologique)

- **Pr Guy Vallancien**, responsable du département d'urologie de l'**Institut mutualiste Montsouris**
- **Fédération nationale des orthophonistes (FNO)** – **Mme Nicole Denni-Krichel**, présidente, et **Mme Anne Dehêtre**, vice-présidente chargée de la formation initiale
- **Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)** – **M. Laurent Milstayn**, président, et **Mme Frédérique Serra**, conseillère technique
- **Conférence des doyens des facultés de médecine (CDFM)** – **Pr Patrice Deteix**, président, et **Pr Christian Thuillez**, président honoraire
- **Conférence des présidents d'Université (CPU)** – **M. Lionel Collet**, président
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)** – **Mme Florence Leduc**, directrice de la formation, et **Mme Sophie Nivière**, adjointe au directeur des relations au travail
- **Haute Autorité de santé (HAS)** – **M. Laurent Degos**, président du Collège, et **M. Raymond Le Moigne**, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- **M. Aquilino Morelle**, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), et **M. Jacques Veyret**, membre de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), auteurs du rapport sur « *L'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales* »
- **Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)** – **Mme Hélène Hernandez**, vice-présidente chargée de la formation, **M. Gabriel Gable** et **Mme Marie-Hélène Izard**, chargés de mission
- **Fédération française des psychomotriciens (FFP)** – **M. Gérard Hermant**, délégué général, et **M. Franck Pitteri**, secrétaire national chargé de la formation
- **Syndicat national d'union des psychomotriciens (SNUP)** – **M. Yannick Thomas**, président
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **Mme Hélène Vidal-Boyer**, responsable du pôle ressources humaines

- **Association nationale des techniciens en analyse biomédicale (ANTAB)** – **Mme Évelyne Psaltopoulos**, présidente, et **M. Christophe Feigueux**, vice-président
- **École supérieure des technologies de biologie appliquée (ESTAB)** – **M. Jacques Potdevin**, directeur
- **Institut de formation des techniciens en analyses biomédicales (IFTAB) de Paris** – **Mme Christiane Auffret**, directrice
- **Institut de formation des techniciens en analyses biomédicales (IFTAB) d’Amiens** – **Mme Françoise Demoulin**, directrice
- **Direction de l’offre de soins (DGOS) – Ministère de la santé et des sports** – **Mme Annie Podeur**, directrice, **Mme Christine d’Autume**, chef de service pôle « professions de santé et affaires générales », **Mme Emmanuelle Quillet**, sous-directrice des ressources humaines du système de santé, **Mme Marie-Ange Coudray**, conseillère pédagogique au sein de la sous-direction des ressources humaines, et **Mme Marine Buffat**, rédacteur au sein de la sous-direction des ressources humaines
- **Association française des diététiciens-nutritionnistes (AFDN)** – **Mme Isabelle Parmentier**, présidente
- **Table ronde réunissant les syndicats et associations d’étudiants :**
 - **Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK)** – **M. Baptiste Michaux**, président
 - **Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO)** – **Mme Axelle Glaie**, présidente
 - **Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)** – **M. Thomas Chrétien**, président
 - **Union nationale des associations d’étudiants en ergothérapie (UNAEÉ)** – **Mme Mathilde Mangin**, présidente
- **Association des régions de France** – **Mme Anne Wintrebert**, déléguée au développement économique et à la cohésion sociale, et **Mme Nadia Benoit**, directrice des formations sanitaires et sociales de la région Midi-Pyrénées
- **M. Rémy Fromentin**, consultant en organisation et santé
- **Union française des orthoprothésistes (UFOP)** – **M. Cyril Lecante**, président, et **M. Philippe Fourny**, secrétaire général, et **M. Michel Pierron**, en charge au bureau national des questions de formation
- **Direction de la sécurité sociale (DSS) – Ministère de la santé et des sports** – **M. Dominique Libault**, directeur, **Mme Marine Jeantet**, adjointe au sous-directeur chargé du financement du système de soins, et **Mme Séverine Salgado**, directrice du bureau des relations avec les professions de santé

- **Collège national d'audioprothèse (CNA) – M. Éric Bizaguet**, président
- **Union nationale des syndicats d'audioprothésistes français (UNSAF) – M. Luis Godinho**, vice-président
- **Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) – M. Alain Bergeau**, président, **M. Dominique Mizera**, responsable de la formation et **M. Cyrille Pernot** responsable des relations institutionnelles
- **Union nationale des syndicats de masseurs kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL) – M. Hervé d'Hayer**, président et président du Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR), **M. Xavier Gallo**, président délégué et président d'Objectif kiné, et **M. Marc Laurent**, secrétaire général du SNMKR
- **Fédération nationale des podologues (FNP) – M. Louis Olie**, président, et **Mme Odette Vaudray**, attachée de direction
- **Table ronde réunissant les syndicats représentant les infirmiers :**
 - **Coordination nationale infirmière (CNI) – Mme Nathalie Depoire**, présidente, et **M. Éric Audouy**, vice-président
 - **Fédération nationale des infirmiers (FNI) – M. Philippe Tisserand**, président
 - **Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA) – Mme Marie-Ange Saget**, présidente, et **M. Pascal Rod**, vice-président
 - **Syndicat national des infirmiers conseillers de santé FSU (SNICS) – Mme Béatrice Gaultier**, secrétaire générale, et **M. Christian Allemand**, membre du bureau national, ancien secrétaire général
 - **Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux (SNIL) – Mme Michèle Charles**, vice-présidente, et **Mme Philomène Camiolo**, administratrice nationale
 - **Syndicat national des professionnels infirmiers CFE-CGC (SNPI) – M. Thierry Amouroux**, secrétaire général, et **Mme Anne Larinier**, membre du bureau national
- **Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) – Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche – M. Patrick Hetzel**, directeur général, et **Mme Dominique Deloche**, chef de projet (mission des formations de santé)
- **Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE) – M. Roger Husson**, président national
- **Comité d'harmonisation des centres de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale (CHCFMEM) – Pr Michel Carsin**, président, et **M. Jean-Maurice Pugin**, vice-président de l'Association française du personnel paramédical d'électroradiologie en charge de la formation et secrétaire général du CHCFMEM

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) – M. Jean-Loup Durousset**, président, et **Dr François Rigal**, ancien directeur de l'Institut des sciences et techniques de la réadaptation de Lyon
- **Table ronde réunissant les organisations syndicales :**
 - **Fédération des syndicats de salariés des services et établissements de la santé et du social CFDT (CFDT santé-sociaux) – Mme Nicole Peruez**, secrétaire fédérale en charge du secteur professions
 - **Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale CFE-CGC (FFASS) – M. Thierry Amouroux**, conseiller fédéral
 - **Fédération nationale des syndicats chrétiens des services sociaux et de santé CFTC (CFTC santé et sociaux) – M. Gérard Dubruque**
 - **Fédération de la santé et de l'action sociale CGT – Mme Dominique Lahbib**, membre de la commission exécutive
 - **Fédération des personnels des services publics et des services de santé FO – M. Denis Basset**, secrétaire fédéral, et **M. Jean-Yves Daviaud**, conseiller technique
- **Syndicat Alizé des kinésithérapeutes libéraux et salariés – M. Didier Lantz**, délégué national, **Mme Christine Ehrmann**, présidente
- **Haut Conseil des professions paramédicales – M. Édouard Couty**, président
- **M. Thierry Leconte**, chargé d'une mission sur l'accessibilité aux instituts de formation paramédicaux à l'Inspection générale des affaires sociales
- **Pr. Yves Matillon**, auteur d'un rapport au ministre de la santé et des solidarités sur les modalités et les conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales, août 2003
- **Syndicat national des infirmiers infirmières éducateurs de santé (SNIES) de l'UNSA Éducation – Mme Brigitte Accart**, secrétaire générale, et **Mme Béatrice Tajan**, secrétaire générale adjointe
- **Syndicat des orthoptistes de France (SOF) – Mme Nicole Jeanrot**, présidente, **Mme Christine Carrade**, vice-présidente, et **Mme Claudine Tournier**, secrétaire générale
- **Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre de la santé et des sports
- **Union nationale des kinésithérapeutes aveugles et malvoyants (UNAKAM) – M. Hervé Cochet**, président
- **Collège national de la kinésithérapie salariée (CNKS) – M. Yves Cottret**, président
- Contribution écrite de **Mme Valérie Pécresse**, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche

ANNEXE 3 : PANORAMA DE LA FORMATION DES INFIRMIERS ET DES KINÉSITHÉRAPEUTES EN EUROPE

Panorama de la formation des infirmiers en Europe

Pays	Établissements de formation	Durée études	Crédits	Théorie/pratique	Diplôme	Spécialisations
Suède	Université ou établissements études sup.	3 ans	180 ects	90 ects/ 90 ects	Bachelor of sciences in nursing	Maîtrise : 60 ects Master : 120 ects
Norvège	Université ou établissements études sup.	3 ans	180 ects	90 ects/ 90 ects	Bachelor en nursing	Master : 120 ects Spécialité médicale ou administration
Danemark	Écoles rattachées à l'Université	3,5 ans	210 ects	120 ects/ 90 ects	Bachelor	oui
Pologne	Université	3 ans	180 ects	90 ects/ 90 ects	Licence	22 spécialités
Bulgarie	Université	4 ans	4 600 h	Mini théorique : 1 860 h	Licence professionnelle	
Espagne	Université	Passage de 3 à 4 ans	240 ects	Moitié/moitié	Bachelor	Sage-femme, psychiatrie, santé primaire, pédiatrie ...
Portugal	Université	4 ans	4 600 h	2 000 h/ 2 600 H	Bachelor	
Italie	Université	3 ans	180 ects	Moitié/moitié	Diplôme d'infirmier	Masters 1 ^{er} et 2 ^e niveaux/Doctorat
Allemagne	Écoles	3 ans	4 600 h	1 600 h/ 3 000 h	Diplôme d'État d'infirmier	Infirmiers spécialisée
Belgique	Université ou enseignement secondaire	2 775 h		1 260 h/ 1 515 h	* Bachelor en art infirmier * Brevet	Masters en sciences infirmiers ou en gestion hospitalière
Grande-Bretagne	Université ou Écoles supérieures (3 types de qualification)	Degree : 4 ans Assoc D : 2 à 3 ans Diploma : 2 à 3 ans		50/50	* Degree (Bachelor) * Associates Degree * Diploma (VAE)	* spécialisation dès la première année (pédiatrie, santé mentale ...) * compétences supplémentaires après le Bachelor
Pays-bas	Université (recrutement fin 1 ^{ère} ou Bac)	Bachelor : 4 ans MBO : 2,5 à 3 ans	6 720 h	4 260 h/ 2 460 h	Université (Bachelor) Lycées pro (MBO)	Masters : Nursing practitioner Management Recherche
France	Écoles	3 ans et 3 mois	4 760 h	2 240 h/ 2 460 h	Diplôme d'état d'infirmier	* Infirmier spécialisée * Cadre de santé

Source : rapport sur l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions médicales (IGAS-2008).

ECTS : european credit transfer system (« crédits » obtenus grâce à la validation d'un enseignement).

Panorama de la formation des kinésithérapeutes en Europe

Pays	Formation	Durée études	Crédits	Théorie / pratique	Diplôme	Spécialisations
Suède	Université ou établissements Études sup.	3 ans	180 ects	90 ects / 90 ects	Bachelor	16 certificats de spécialités (mémoire + expérience 3 ans)
Norvège	Université ou établissements Études sup.	3 ans	180 ects	135 ects / 45 ects	Bachelor	13 certificats de spécialités (master + expérience 3 ans)
Danemark	Écoles rattachées à l'Université	3,5 ans	242 ects	200 ects / 42 ects	Bachelor	
Pologne	Université	3 ans	180 ects	116 ects (mini) / 30 ects	Licence	
Bulgarie	Université	4 ans	3 450 h	1 965 h (mini) / 1 050 h	Licence	
Roumanie	Université	4 ans	240 ects	1 126 h / 1 326 h	Licence	
Espagne	Université	Passage à 4 ans	240 ects	1 200 h / 800 h	Bachelor	Master et diplômes d'Université Doctorat
Portugal	Université	4 ans	3 465 h	2 805 h / 660 h	Licence	
Italie	Université	3 ans	180 ects	2 000 h / 2 800 h	Diplôme de kiné	Master 1 ^{er} et 2 ^e niveaux / Doctorat
Allemagne	Écoles	3 ans	4 500 h	2 900 h / 1 600 h	Diplôme d'État	
Belgique	Hautes Écoles	4 ans	3 285 h	2 055 h / 1 230 h	École	
France	École	3 ans		1 012 h / 2 318 h		
Grande Bretagne	Universités ou écoles supérieures	3 à 4 ans			Bachelor + habilitation à exercer	Spécialisation en formation continue
Pays Bas	Université	4 ans	4 760 h	3 216 h / 1 544 h	Université ou école supérieure	

Source : rapport sur l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions médicales (IGAS-2008).