

N° 4298

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 juin 2021.

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 sur
la formation des professions paramédicales,

ET PRÉSENTÉ PAR

MME ANNIE CHAPELIER,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA RAPPORTEURE	7
I. DES MÉTIERS PEU VALORISÉS DONT LES FORMATIONS SONT DATÉES, HÉTÉROGÈNES ET PARFOIS INADAPTÉES AUX BESOINS DE SANTÉ	9
A. LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES : DES MÉTIERS ESSENTIELS MAIS INSUFFISAMMENT CONNUS DE NOS CONCITOYENS.....	9
B. DES FORMATIONS, NIVEAUX DE QUALIFICATION ET STATUTS DISPARATES SELON LES PROFESSIONS.....	11
1. Une très forte hétérogénéité des formations aux professions paramédicales	11
a. Un paysage hétéroclite	11
b. Une gouvernance complexe	14
2. Une universitarisation à géométrie variable	15
C. DES FORMATIONS PARFOIS INADAPTÉES AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION	18
II. LES NOMBREUX AVANTAGES DE L'UNIVERSITARISATION DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ...	19
A. UN ENJEU DE RECONNAISSANCE, DE SOUPLESSE ET D'ÉGALITÉ.....	19
B. UNIVERSITARISATION ET PRATIQUE PROFESSIONNELLE : UN CLIVAGE À DÉPASSER	21
1. En France, universitarisation et exercice professionnel sont considérés comme antagoniques.....	21
2. L'universitarisation comme voie privilégiée vers l'interprofessionnalité et la pratique avancée.....	21
III. COMMENT REPENSER NOTRE MODÈLE ?	22
A. RENDRE EFFECTIVE L'UNIVERSITARISATION DES ÉTUDES PARAMÉDICALES	23
1. Achever l'inscription des formations paramédicales dans le schéma LMD.....	23

2. Développer l'universitarisation en s'appuyant sur les instituts de formation déjà existants.....	24
3. Clarifier la gouvernance des formations paramédicales	25
B. ADAPTER LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION.....	25
1. Ajuster en continu la formation et les compétences des professionnels de santé aux besoins identifiés en matière de santé publique	25
2. Faire de la pratique avancée un atout pour notre système de santé	26
a. Redéfinir l'exercice infirmier en pratique avancée et créer le statut d'infirmier clinicien spécialisé.....	26
b. Étendre l'exercice en pratique avancée à de nouveaux domaines et métiers.....	27
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	29
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE	49

INTRODUCTION

S'il y a un bien un enseignement que nous pouvons tirer de la crise de la covid-19, c'est que les professionnels de santé constituent le socle de notre société. Cette crise a souligné le rôle indispensable de l'ensemble des soignants, dont le dévouement sans failles n'est pas toujours visible et suffisamment reconnu.

Ce manque de reconnaissance affecte plus particulièrement les professions paramédicales, visées aux titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, dont les conditions d'exercice et de rémunération sont loin d'être à la hauteur de leur utilité sociale. Cette faible considération n'est pourtant pas anodine : alors qu'ils perdent en attractivité, ces métiers suscitent moins de vocations. À terme, c'est tout le système de santé qui en sera menacé.

Parmi les principales difficultés rencontrées par les professions paramédicales, la rapporteure a choisi de se concentrer sur la problématique de la formation, au carrefour d'un grand nombre d'enjeux. La formation joue en effet un rôle clé dans la valorisation des métiers, et contribue pleinement à leur attractivité. Par ailleurs, c'est grâce à leur formation que les professionnels du soin développent les aptitudes et savoir-faire indispensables à l'exercice de leur mission.

Or, les professions rencontrées ont unanimement dénoncé les faiblesses du système actuel de formation aux professions paramédicales. En effet, il faut le rappeler, ce système s'inscrit en faux contre les engagements pris lors des accords de Bologne, qui avaient pour objet l'harmonisation de l'enseignement supérieur européen. L'universitarisation des études paramédicales, préconisée par de nombreux rapports et notamment par le rapport de M. Yvon Berland en 2011 ⁽¹⁾, est en effet bien loin d'être achevée, ce qui n'est pas sans conséquences pour la lisibilité, l'harmonie et l'équité du système de formation ⁽²⁾. Au-delà de la seule formation, ce sont parfois aussi les référentiels d'activité et les compétences mêmes des professionnels qui ne sont plus adaptés.

La mission a mis en lumière une forte lassitude des professionnels paramédicaux, qui déplorent une réponse des pouvoirs publics suspendue aux crises. La réingénierie de leur formation, de leur statut et de leurs compétences est souvent menée au cas par cas, de manière peu cohérente et sans souci d'égalité. Il est urgent de prendre en compte les revendications de ces professionnels, qui aspirent à pouvoir exercer dans les meilleures conditions leur cœur de métier.

(1) *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer.*

(2) *Le rapport de M. Yvon Berland comportait déjà de nombreuses pistes d'évolution, dont certaines sont reprises dans le présent rapport.*

Le présent rapport vise à dresser un bilan du système actuel de formation aux professions paramédicales et à identifier des perspectives d'évolution. La rapporteure est convaincue que la formation des professionnels constitue une pièce maîtresse de notre système de santé et appelle vivement à achever l'universitarisation des études paramédicales. En effet, comme l'a rappelé Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, à l'occasion du lancement de la stratégie « Ma Santé 2022 » : « *former les futurs professionnels de santé, c'est préparer l'avenir de notre système de soins* »⁽¹⁾.

La question de la formation s'inscrit par ailleurs dans le cadre d'une réflexion globale sur les compétences exercées par chaque métier. Le cœur de toute formation n'est-il pas de permettre aux professionnels de développer les aptitudes leur permettant de répondre, dans leur domaine d'exercice, aux besoins de santé ?

(1) [*Ma Santé 2022, Dossier de presse, ministère des solidarités et de la santé, 2018.*](#)

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA RAPPORTEURE

Proposition n° 1 : achever l'intégration des professions paramédicales dans le schéma LMD :

- Simplifier le système de formation en ne prévoyant qu'une seule formation par profession ;
- Conférer à l'ensemble des formations de niveau bac+3 le niveau de licence et à celles de niveau bac+5, celui de master ;
- Amener à trois ans l'ensemble des formations se déroulant actuellement sur deux ans (techniciens de laboratoire, opticiens-lunetiers et diététiciens) ;
- Allonger la durée de la formation des psychomotriciens de trois à cinq ans et lui conférer le grade master. Étudier l'opportunité de créer un master pour d'autres professions (notamment pour les ergothérapeutes) ;
- Associer à l'ensemble des formations paramédicales un diplôme national de l'enseignement supérieur, délivré par l'université et non par les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) ;
- Développer les enseignements communs entre formations médicales et paramédicales et encourager les exercices de simulation professionnelle.

Proposition n° 2 : développer l'universitarisation en s'appuyant sur les instituts de formation existants et en encourageant les conventions entre ces établissements et les universités.

Proposition n° 3 : clarifier le système de gouvernance des formations paramédicales :

- clarifier la compétence respective de l'État et de la région pour le financement des formations ;
- définir le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et le ministère des solidarités et de la santé comme ministères compétents pour les treize professions, à l'exclusion de tout autre ministère.

Proposition n° 4 : en concertation avec les représentants de chaque profession, procéder à l'évaluation à échéance régulière des référentiels d'activité et de compétence ainsi qu'à celle des maquettes de formation.

Proposition n° 5 : redéfinir dans le code de la santé publique l'exercice infirmier en pratique avancée et le déployer en deux catégories : celles d'infirmier praticien et d'infirmier clinicien spécialisé.

Proposition n° 6 : étendre la pratique avancée à de nouveaux domaines et métiers :

– Évaluer la formation actuelle au diplôme d'infirmier en pratique avancée (IPA) et évaluer l'intégration sur le marché du travail des nouveaux IPA ;

– Créer trois nouveaux champs d'intervention pour l'exercice infirmier en pratique avancée : santé scolaire ; santé au travail ; gériatrie et soins palliatifs ;

– En lien avec l'ensemble des professions, étudier l'opportunité de développer la pratique avancée pour de nouveaux métiers : opticiens-lunetiers, orthoptistes et manipulateurs en électro-radiologie.

I. DES MÉTIERS PEU VALORISÉS DONT LES FORMATIONS SONT DATÉES, HÉTÉROGÈNES ET PARFOIS INADAPTÉES AUX BESOINS DE SANTÉ

Insuffisamment valorisées, les formations des professionnels paramédicaux sont marquées par leur forte hétérogénéité, ce qui n'est pas sans conséquences pour la cohérence du système de santé et l'attractivité de ces métiers.

A. LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES : DES MÉTIERS ESSENTIELS MAIS INSUFFISAMMENT CONNUS DE NOS CONCITOYENS

• On entend par professions paramédicales les professions visées aux titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. On compte aujourd'hui treize professions qu'il est courant de répartir en quatre grandes catégories de métiers :

– les infirmières et infirmiers, qui représentent la grande majorité des professions paramédicales (on dénombre aujourd'hui 744 307 professionnels infirmiers ⁽¹⁾). Parmi cette profession, il faut distinguer les infirmiers diplômés d'État (IDE), ainsi que les spécialités infirmières : infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) et infirmiers puériculteurs ;

– les professionnels de la rééducation et de la réadaptation, constitués des ergothérapeutes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens, orthophonistes, pédicure-podologues et orthoptistes ;

– les professionnels de la vision, de l'audition et de l'appareillage, constitués des opticiens-lunetiers, orthoptistes, audioprothésistes et prothésistes-orthésistes ;

– les professionnels de l'assistance médicale et technique, constitués des techniciens d'analyses biomédicales et manipulateurs en électroradiologie médicale.

(1) Données de la Drees, 2020.

EFFECTIFS PAR PROFESSION, AU 1^{ER} JANVIER 2020

Professions	Nombre total au 1 ^{er} janvier 2020	Évolution
Audioprothésistes	4 125	+ 57 % (2012)
Diététiciens	5 655	+ 82 % (2012)
Ergothérapeutes	13 644	+ 68,9 % (2012)
Infirmiers	744 307	+ 31,2 % (2012)
<i>Puériculteurs</i>	23 054	+ 32,4 %
<i>Infirmiers anesthésistes</i>	11 440	+ 27 %
<i>Infirmier de bloc opératoire</i>	8 522	+ 24,2 %
Manipulateur en électroradiologie	38 413	+ 27,3 % (2012)
Opticiens lunetiers	40 783	+ 63,1 % (2012)
Orthophonistes	26 984	+ 27,3 % (2012)
Orthoptistes	5 506	+ 50,7 % (2012)
Pédicure podologues	14 039	+ 16,2 % (2012)
Professionnels de l'appareillage	4 391	+ 65,1 % (2012)
Psychomotriciens	14 509	+ 73,1 % (2012)

Source : commission des affaires sociales, à partir de données issues de la DREES.

• Les professions paramédicales jouent un rôle majeur dans notre système de santé. Dans le contexte du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, ce rôle est appelé à se développer. Les professions de santé vont être, encore davantage, mises à contribution pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie et plus particulièrement pour assurer leur maintien à domicile. Ainsi, selon un rapport de France Stratégie et de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) sur les métiers à l'horizon 2022 ⁽¹⁾, l'offre de professions paramédicales devrait connaître une forte dynamique.

Pourtant, certaines professions de santé, malgré leur utilité sociale majeure, sont aujourd'hui peu connues. C'est notamment le cas des métiers de l'assistance médicale et technique ou de certains métiers de la rééducation. Par exemple, alors que la pédicurie-podologie joue un rôle central dans la prise en charge des problèmes déambulatoires ainsi que du diabète, la Fédération nationale des étudiants en podologie (FNEP), auditionnée par la mission, constate que la majorité des étudiants, postulent pour la formation lors de la phase complémentaire de Parcoursup et « arrivent dans la formation par défaut, sans connaissance de la profession ». Par rapport aux métiers d'ophtalmologiste ou d'opticien, la profession d'orthoptiste reste, elle aussi, peu connue. Le rôle des orthoptistes est pourtant essentiel pour couvrir les besoins sanitaires de la population, comme le montre l'élargissement récent de leurs compétences ⁽²⁾.

(1) « Les métiers à l'horizon 2022 », Rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications, France Stratégie, Dares, 2015.

(2) L'article L. 4342-1 du code de la santé publique permet désormais aux orthoptistes de prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, de renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie listés par arrêté et leur permet d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaires.

Ce manque de connaissance des métiers paramédicaux est évidemment préoccupant. Il est indissociable des faiblesses constatées dans le champ de la formation.

B. DES FORMATIONS, NIVEAUX DE QUALIFICATION ET STATUTS DISPARATES SELON LES PROFESSIONS

1. Une très forte hétérogénéité des formations aux professions paramédicales

a. Un paysage hétéroclite

La formation des professions paramédicales, qui concerne au total près de cent cinquante mille étudiants et élèves répartis dans un grand nombre d'établissements, se caractérise par sa très forte hétérogénéité. Cette hétérogénéité concerne d'abord la durée des études, qui varie de deux à cinq ans selon les formations, et fluctue parfois même au sein d'une profession (voir tableau *infra*). Les formations paramédicales se distinguent aussi par la diversité des diplômes qu'elles délivrent, qu'il s'agisse des diplômes d'État (DE), des brevets de technicien supérieur (BTS), des certificats de capacités ou encore des bachelors universitaires de technologie (BUT) ⁽¹⁾ mis en place récemment.

(1) Arrêté du 6 décembre 2019 portant réforme de la licence professionnelle.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES FORMATIONS PARAMÉDICALES EXISTANTES

Profession	Durée de la formation	Opérateur principal de la formation	Diplôme d'exercice	Grade	Effectifs en formation ⁽¹⁾	Tutelle ministérielle
Infirmier	3 ans	Institut	DE	Licence	91 220	MSS ⁽²⁾ MESRI ⁽³⁾
Infirmier puériculteur	+ 1 an	École spécialisée	DE		1 203	
Infirmier de bloc opératoire	+ 1,5 an	École spécialisée	DE		1 222	
Infirmier anesthésiste	+ 2 ans	École spécialisée	DE	Master	1 295	
Infirmier en pratique avancée	+ 2 ans	Université	DE	Master	1 393	
Masseur-kinésithérapeute	5 ans (niveau bac+3) : 1 année universitaire (LAS, PASS, L1 STAPS, L1 bio) + 4 ans	Université Institut	DE	Licence (bientôt master et niveau bac+5)	12 049	MESRI MSS
Psychomotricien	3 ans	Institut	DE		3 027	MESRI-MSS
Ergothérapeute	3 ans	Institut	DE	Licence	2 993	MESRI-MSS
Pédicure-podologue	3 ans	Institut	DE	Licence	1 320	MESRI MSS
Orthoptiste	3 ans	Université	Certificat de capacité	Licence	1 180 (2016)	MESRI MSS
Orthophoniste	5 ans	Université	Certificat de capacité	Master	3 860 (2016)	MESRI MSS
Audioprothésiste	3 ans	Université	DE		483 (2016)	MESRI MSS
	5 ans	Université	Master BS ⁽⁴⁾	Master		
Diététicien	2 ans	Lycée STS ⁽⁵⁾	BTS diététique		3 338	MENJS ⁽⁶⁾
	3 ans	IUT ⁽⁷⁾	BUT génie biologique			MESRI
Manipulateur d'électroradiologie	3 ans	Institut	DE	Licence	2 020	MESRI-MSS
	3 ans	Lycée STS	DTS ⁽⁸⁾			MENJS
Technicien de laboratoire	Bac+2	Lycée STS	BTS analyses de biologie médicales			MENJS
			BTS bio analyses et contrôles			
			BTS biotechnologies			
			BTS biophysicien de laboratoire			

(1) DREES, Enquête Écoles : https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/491_la-formation-aux-professions-de-sante/information/ ; DEPP, Repères et références statistiques – Enseignements, formation, recherche, 2020 : <https://www.education.gouv.fr/reperes-et-references-statistiques-2020-1316>.

(2) Ministère des solidarités et de la santé.

(3) Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

(4) Master biologie santé.

(5) Section de technicien supérieur.

(6) Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.

(7) Institut universitaire de technologie.

(8) Diplôme de technicien supérieur.

Profession	Durée de la formation	Opérateur principal de la formation	Diplôme d'exercice	Grade	Effectifs en formation ⁽¹⁾	Tutelle ministérielle	
			BTS métiers de l'eau			MAA ⁽¹⁾	
		Lycée agricole	BTS agricole gestion des milieux aquatiques				
		Lycée STS	DEUST ABM ⁽²⁾				
	Bac+3	IUT Université		Licence pro métiers de la gestion et la protection de l'environnement			MESRI MSS
				Licence pro microbiologie industrielle et biotechnologies			
				BUT génie biologique			
				Licence pro métiers de l'instrumentation de la mesure et du contrôle qualité			
	Institut	DE		279			
Opticien-lunetier	Bac+2	Lycée STS	BTS opticien-lunetier (obligatoire)		2 754 (2016)	MENJS	
	Bac+3	IUT Université	Nombreuses licences pro Bachelor			MESRI	
	Bac+5	Université	MBA SCMOS ⁽³⁾				
Orthopédiste-orthésiste	Niveau Bac	Lycée pro	Bac pro technicien en appareillage orthopédique			MENJS	
	3 ans mais niveau bac+2	Lycée STS	BTS prothésiste-orthésiste				
Orthoprothésiste	3 ans mais niveau bac+2		BTS			MENJS	
Podo-orthésiste	Niveau bac	Lycée pro	Bac pro TAO ⁽⁴⁾			MENJS	
	3 ans mais niveau bac+2	Lycée STS	BTS podo-orthésiste		37		

Source : commission des affaires sociales, sur la base d'informations transmises par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES).

La formation des professionnels paramédicaux se déroule dans des instituts aux statuts divers, rattachés ou non à des établissements publics de santé ou à des instituts privés. Le principal réseau de formations est constitué par les instituts de

(1) Ministère de l'agriculture et de l'alimentation.

(2) Diplôme d'études universitaires scientifiques et technologiques analyse des milieux biologiques.

(3) Conseil en management, organisation et stratégie.

(4) Technicien en appareillage orthopédique.

formation en soins infirmiers (IFSI), mais il existe des instituts et écoles spécialisés pour la plupart des formations. Certaines d'entre elles sont par ailleurs intégrées dans les lycées.

b. Une gouvernance complexe

La gouvernance des formations paramédicales se caractérise par son importante complexité.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux collectivités locales ⁽¹⁾ a décentralisé la gestion de l'offre publique de formations paramédicales au profit des régions. Il revient en effet au conseil régional de répartir les capacités de formation sur la base du schéma régional des formations sanitaires, prévu à l'article L. 214-13 du code de l'éducation, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ⁽²⁾. Le conseil régional est également chargé d'autoriser la création d'instituts ou d'écoles pour une durée de cinq ans et agréé les directeurs après avis du directeur général de l'ARS ⁽³⁾. Enfin, les régions sont chargées du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts publics de formation et peuvent participer aux charges d'équipement et de fonctionnement des écoles privées. Elles ont aussi pour compétence l'attribution des bourses aux étudiants.

L'État conserve néanmoins un grand nombre de prérogatives. L'organisation même des études (conditions d'accès, programmes, modalités d'évaluation, délivrance des diplômes) ainsi que les règles relatives aux effectifs (« quotas » par type de profession) demeurent ainsi fixées réglementairement.

Cet enchevêtrement des compétences pose des difficultés pour le pilotage, notamment financier, de ces formations. Comme l'a mis en lumière le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) publié en juin 2017 ⁽⁴⁾, certaines formations relèvent encore d'un financement par l'État, car, dépendant du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports (MENJS) et du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI), elles n'ont pas fait l'objet d'une compensation financière, laquelle n'a compris que les formations inscrites dans le périmètre du ministère de la santé ⁽⁵⁾. Cette situation accroît la complexité du système de formation et du circuit de financement et devient de fait, un prétexte pour freiner l'universitarisation ⁽⁶⁾.

(1) Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et collectivités locales.

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

(3) Ibid.

(4) « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé », juin 2017.

(5) Cela concerne une partie des psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes et les formations sanctionnées par un BTS : opticiens-lunetiers, prothésistes-orthésistes, techniciens de laboratoire médical (hors diplôme d'État) et diététiciens.

(6) Notamment lorsqu'est évoqué le coût qu'un tel processus engendrerait.

Les différentes tutelles ministérielles sont, elles aussi, source de complexité. La plupart des formations sont sous la double tutelle du MESRI et du ministère des solidarités et de la santé (MSS) ; toutefois, pour certaines d'entre elles, un seul de ces deux ministères est compétent. Le MENJS est, quant à lui, l'interlocuteur privilégié pour les formations dispensées dans les lycées. Les auditions menées par la mission ont permis de souligner la difficulté qu'ont les acteurs à se retrouver dans ce paysage institutionnel complexe et celle qu'ils ont à identifier le service ministériel de référence. Quant aux ministères, ils ne mesurent pas le manque de lisibilité que cette multiplication de services référents implique, chacun restant dans son champ de compétences et ne voyant pas l'intérêt d'aller vers une simplification d'acteurs.

2. Une universitarisation à géométrie variable

a. Des formations éloignées de l'université

Alors qu'elle constitue un engagement de longue date des pouvoirs publics et une demande très forte des professions, l'universitarisation des formations paramédicales est très loin d'être aboutie. Réussie par la plupart des pays européens, l'inscription de ces formations dans le schéma licence-master-doctorat (LMD) instauré par le processus de Bologne est en effet, en France, incomplète et inégale.

Le processus de Bologne et le système LMD

Lancé par la déclaration de la Sorbonne du 25 mai 1998 puis par la déclaration de Bologne du 19 juin 1999 signée par les ministres en charge de l'éducation supérieure de vingt-neuf pays européens, le processus de Bologne est un processus intergouvernemental d'harmonisation des systèmes européens d'études supérieures. L'objectif de cette convergence est d'assurer la reconnaissance mutuelle des périodes d'études effectuées, des diplômes et des qualifications acquises, afin de faciliter la mobilité des étudiants, des chercheurs et des enseignements durant et après leurs études.

L'harmonisation des systèmes européens d'études supérieures a essentiellement pris la forme d'une généralisation de la division des études en trois cycles (licence, master et doctorat - LMD ⁽¹⁾). Cette division s'appuie sur le système européen de crédits (*European Credit Transfer and Accumulation System*), élément central de l'harmonisation engagée par le processus de Bologne. L'objectif est de valider les formations par un système de crédits reconnus et transférables entre pays européens.

Aujourd'hui, quarante-huit pays sont parties prenantes au processus de Bologne, bien que toutes les mesures ne soient pas mises en place de manière homogène dans tous les États.

L'intégration à l'université est en effet loin d'être uniforme, tant dans les formations concernées que dans les modalités retenues. Le processus d'universitarisation a ainsi été mené au cas par cas, sans harmonisation entre les

(1) Avant 2003, le processus de Bologne n'intégrait que la licence et le master. Lors de la conférence de Berlin (2003), le doctorat a été intégré au processus, comme troisième cycle d'études.

spécialités. La réforme de 2009 ⁽¹⁾, qui a conféré le grade licence au diplôme d'État infirmier, a constitué une étape majeure. Aujourd'hui, les professions universitarisées sont, en plus des infirmiers diplômés d'État (IDE), les ergothérapeutes et manipulateurs d'électroradiologie médicale (auxquels est conféré le grade de licence), ainsi que les infirmiers anesthésistes et les orthophonistes (auxquels le grade master est reconnu).

L'universitarisation diffère également dans ses modalités : elle prend le plus souvent la forme de conventions entre les établissements et l'université mais dans certains cas, elle se traduit par une intégration complète au sein de l'université. Par ailleurs, certaines formations sont intégrées à l'université mais ne bénéficient pas de la reconnaissance dans le système LMD, à l'instar des masseurs-kinésithérapeutes, auxquels n'est pas reconnu le grade master, malgré les cinq années de formation exigées. Cette distorsion est en passe d'être corrigée avec la reconnaissance récente de ce grade pour les kinésithérapeutes.

Cette universitarisation à géométrie variable crée des inégalités entre des professions pour lesquelles la durée de formation est similaire, mais qui ne bénéficient pas du même niveau de reconnaissance. Alors même que la durée de leurs études est de trois ans, audioprothésistes, pédicure-podologues, orthopédistes et orthésistes ne se sont par exemple toujours pas vu reconnaître le grade de la licence. Les techniciens de laboratoire médical, dont la formation peut s'effectuer selon différentes modalités, sont en attente d'une réingénierie de leurs diplômes et d'une uniformisation de leur formation en trois ans, à un niveau licence. S'agissant des orthopédistes-orthésistes, leur diplôme d'État n'a toujours pas été créé, malgré une réingénierie du diplôme amorcée en 2010.

b. Des avancées récentes, mais largement insuffisantes

Le retard de la France dans l'intégration des études de santé dans le système LMD a conduit le Gouvernement à s'engager, à la suite de la Grande conférence de la santé en février 2016, sur une universitarisation complète des formations et sur l'ensemble des territoires à compter des rentrées 2018 et 2019 ⁽²⁾. Les efforts récents en faveur de cet objectif témoignent d'une prise de conscience de l'urgence de cette question.

Parmi les avancées récentes, on peut saluer la réforme de l'accès aux formations, issue de la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants ⁽³⁾, qui a intégré les formations paramédicales dans le système de Parcoursup. Ces formations étaient en effet jusque-là, exclues du système d'admission post-bac (APB), ce qui aboutissait à les isoler du lot commun de l'orientation dans l'enseignement supérieur, créait des biais en termes d'attractivité et contribuait à en

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

(2) <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/l-universitarisation-des-formationen-en-sante>

(3) Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants.

faire des choix de second recours. L'intégration dans Parcoursup et la suppression des concours associée ont ainsi constitué un progrès certain dans la simplification du paysage des formations paramédicales. Cet accès direct par Parcoursup a entraîné la disparition des écoles préparatoires aux concours, qui étaient devenues la règle et créaient une discrimination financière entre étudiants. Différentes voies de sélection subsistent néanmoins toujours, à l'instar de la formation de psychomotricien, à laquelle il est possible d'accéder par concours ou dans certains instituts, par étude de dossier et entretien.

Le rapprochement entre les universités et les formations paramédicales a par ailleurs été encouragé par le décret du 11 mai 2020 ⁽¹⁾, qui a permis aux universités comportant une unité de formation et de recherche de médecine, pharmacie, odontologie, une structure de formation en maïeutique ou une composante qui assure ces formations d'organiser, à titre expérimental et pour une durée de six ans, des formations selon des modalités qui permettent de « *renforcer les échanges entre les formations de santé, l'acquisition par les étudiants de connaissances et de compétences dans des champs disciplinaires transversaux et leur formation par et à la recherche pour participer à la production du savoir* ». Selon le décret, les universités peuvent s'associer par voie de convention en fonction de la nature de l'expérimentation, avec d'autres universités ainsi qu'avec des établissements délivrant ces formations.

Les auditions menées par la mission d'information ont fait état de cinquante-trois expérimentations ⁽²⁾ prévues, aux modalités néanmoins très diverses selon les territoires. Si ces expérimentations vont globalement dans le bon sens ⁽³⁾, la rapporteure regrette qu'une fois encore, l'intégration à l'université soit menée au cas par cas, de manière différentielle selon les territoires et sans cohérence globale.

Même lorsqu'elle a été engagée, l'universitarisation des professions paramédicales reste incomplète et inachevée. La plupart des acteurs auditionnés déplorent par exemple le système actuel de délivrance des diplômes, qui freine l'intégration de ces formations à l'université. En effet, la plupart des diplômes d'État paramédicaux sont encore délivrés par le préfet de région – par les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) – et non par l'université. Il est pourtant essentiel que l'ensemble des diplômes délivrés le soient, par souci de cohérence, par l'université, comme c'est le cas des diplômes d'État des professions médicales (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique) et de certains diplômes d'État de professions paramédicales (comme pour les audioprothésistes) ou certificats de capacités d'exercice (orthophonie et orthoptie).

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

(2) Audition de Mme Anne-Sophie Barthez, directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

(3) Une dizaine d'expérimentations seulement ont été lancées.

Enfin, des efforts ont été entrepris dans le domaine de la recherche, avec la création en 2019 de trois nouvelles sections au sein du Conseil national des universités : maïeutique, sciences de la rééducation et de la réadaptation et sciences infirmières.

Le Conseil national des universités (CNU)

Le CNU ⁽¹⁾ est une instance nationale d'évaluation par les pairs visant à assurer une régulation nationale de la carrière d'enseignant-chercheur. Le CNU se prononce sur les mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences. Il a aussi pour objet de promouvoir la recherche, les collaborations au sein de communautés de chercheurs et le développement des connexions entre les sciences.

Cette création, qui devrait permettre de favoriser la recherche et faciliter la gestion de carrière et l'identification des enseignants-chercheurs dans ces disciplines, est à saluer. On peut néanmoins vivement regretter que seules deux sections aient été prévues dans le secteur paramédical. Alors qu'elle renvoie à des métiers et des champs disciplinaires particulièrement différents, la section des sciences de la rééducation et de la réadaptation a en particulier été critiquée par de nombreuses professions.

C. DES FORMATIONS PARFOIS INADAPTÉES AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION

Au-delà de la seule question de l'intégration à l'université, c'est parfois l'inadéquation de la formation à l'exercice professionnel qui est dénoncée. Les psychomotriciens ont ainsi alerté sur la durée de leur formation de trois ans, qui n'est pas suffisante, repose sur un volume horaire quasiment insoutenable pour les étudiants ⁽²⁾ et ne permet pas l'acquisition des nouvelles connaissances scientifiques, des techniques, technologies et domaines d'interventions incontournables aujourd'hui. Les ergothérapeutes évoquent également un volume d'heures d'enseignement surchargé, et appellent à un allongement de leur formation, de trois à quatre ans.

Pour certaines professions, les formations sont particulièrement datées, à l'instar des opticiens-lunetiers, dont la formation n'a par exemple pas évolué depuis 1998. Comme l'a montré le rapport de l'IGAS sur la filière visuelle ⁽³⁾, plus de 70 % des étudiants en BTS souhaitent aujourd'hui poursuivre leurs études à l'issue de leur cursus, le BTS étant vu comme une étape dans la construction d'un parcours de formation. Les audioprothésistes ont indiqué que les programmes de formation

(1) Régi par le décret n° 92-70 du 16 janvier 1992.

(2) Elle correspond à un volume de 2 272 heures, dont 680 heures dédiées aux stages.

(3) « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations Tome 1 : Rapport », janvier 2020.

n'avaient pas été actualisés depuis 2001, alors même que les techniques d'exploration fonctionnelle et de réhabilitation auditive ont connu, depuis, une évolution importante. Les représentants des pédicures-podologues parlent quant à eux d'une formation effectuée sur le mode d'une « *photographie à un instant donné de la profession et du système de santé* » et ont évoqué un décalage important entre les programmes officiels existants, la réalité des enseignements dispensés dans les instituts et la pratique professionnelle.

Dans la lignée des engagements pris dans le cadre du Ségur de la santé, une réingénierie des professions paramédicales a été entamée. Lors de son audition, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a ainsi indiqué que cette réingénierie devrait être achevée fin 2022 pour la plupart des professions. On peut néanmoins vivement regretter que cette réingénierie n'ait été entamée que pour les deux tiers des professions ⁽¹⁾ et déplorer le fait que chaque réingénierie semble se décider au niveau de la DGOS, sans concertation avec les professionnels ni souci de cohérence globale. Certaines professions, à l'instar des orthésistes-prothésistes, n'ont pas été informées de projets de réingénierie, qui constitue pourtant une demande forte de leur part.

II. LES NOMBREUX AVANTAGES DE L'UNIVERSITARISATION DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

La refonte du système de formation des professions paramédicales doit, pour la rapporteure, reposer principalement sur l'universitarisation des études paramédicales. L'ensemble des professions sont favorables à cet objectif qui comporte, pour les étudiants et pour le système de santé, de nombreux bénéfices. La réforme des études paramédicales, et en particulier leur intégration dans le système LMD, constitue enfin un levier essentiel pour favoriser l'interprofessionnalité que les professionnels de santé appellent de leurs vœux.

A. UN ENJEU DE RECONNAISSANCE, DE SOUPLESSE ET D'ÉGALITÉ

L'intégration des études paramédicales constitue en premier lieu un prérequis pour conférer à ces professions une plus grande reconnaissance. Cette reconnaissance, qui peut paraître symbolique, se traduit aussi par la revalorisation salariale indispensable de ces professions. La reconnaissance des qualifications de chaque formation est aussi essentielle pour favoriser un meilleur équilibre des relations de travail entre les professionnels de santé et un respect mutuel de chaque corps de métier.

(1) La DGOS devait fournir à la mission un calendrier prévisionnel des réingénieries par professions mais la mission n'a pas pu disposer de ce document.

L'universitarisation des formations paramédicales encourage par ailleurs la flexibilité des parcours d'études et professionnels et participe de l'harmonisation du système d'enseignement supérieur. L'intégration des études paramédicales dans le schéma LMD facilite en effet la poursuite d'études (en master ou en doctorat) et permet de créer des passerelles entre les formations. Elle contribue par ailleurs à une meilleure lisibilité internationale des parcours de formation et favorise la libre circulation des professionnels de santé dans l'Union européenne (UE). En effet, les professions paramédicales sont parmi celles qui bénéficient le plus des atouts de l'UE, une grande partie des professionnels nouvellement installés chaque année ayant suivi leurs études dans un pays de l'Union (environ 50 % des nouveaux kinésithérapeutes ont par exemple fait leurs études à l'étranger). Or, le fait que les formations françaises ne soient pas inscrites dans le système LMD pose des difficultés en pratique, les différences de cursus d'un pays à l'autre rendant plus difficiles les reconnaissances d'équivalence de diplômes.

L'un des enjeux de l'universitarisation est aussi celui de la recherche, qu'il est indispensable de déployer dans le champ paramédical. C'est en effet au sein de l'université qu'il est possible d'encourager le développement de travaux de recherche mobilisant les professionnels paramédicaux et les étudiants de ces formations. Le recrutement d'enseignants chercheurs dans les différentes spécialités du secteur paramédical constitue la pierre angulaire de cet effort en matière de recherche. Or, actuellement, l'absence de « chaire universitaire » pour chaque profession entraîne la fuite des professionnels compétents vers d'autres filières où la recherche est plus facilement accessible.

L'intégration des études paramédicales à l'université est enfin primordiale pour conférer aux étudiants de ces formations, les mêmes droits que l'ensemble des étudiants. L'objectif d'égalité entre les étudiants doit constituer un objectif en soi mais comporte aussi des avantages en termes de régulation de l'enseignement supérieur et de régulation professionnelle. En effet, comme le rappelle M. Stéphane Le Bouler dans son rapport d'étape adressé à la ministre des solidarités et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ⁽¹⁾, « *il est souhaitable de développer davantage d'homogénéités, de raisonner sur des populations disposant des mêmes droits, susceptibles de réagir aux mêmes incitations en termes de carrière* ».

(1) *Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique, Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, Rapport à Madame la ministre des solidarités et de la santé et à Madame la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Stéphane Le Bouler, février 2018.*

B. UNIVERSITARISATION ET PRATIQUE PROFESSIONNELLE : UN CLIVAGE À DÉPASSER

1. En France, universitarisation et exercice professionnel sont considérés comme antagoniques

L'opposition entre la formation universitaire et les savoirs pratiques constitue un frein majeur à l'universitarisation des formations paramédicales. D'une part, les pouvoirs publics justifient leur réticence à l'intégration universitaire par une incompatibilité entre l'enseignement théorique, dispensé à l'université, et les connaissances pratiques, qui relèvent, pour eux, des instituts de formation. D'autre part, les professionnels eux-mêmes craignent que l'universitarisation mette en péril le caractère professionnalisant des formations paramédicales et qu'elles éloignent les étudiants de l'apprentissage de terrain.

Or, pour la rapporteure, la dimension professionnelle peut tout à fait être conciliée avec la formation universitaire, comme c'est déjà le cas pour les professions médicales (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste). Au-delà du domaine de la santé, un grand nombre de formations ont en effet montré leur capacité à intégrer les savoirs pratiques au sein de l'université (notamment les écoles d'ingénieurs ou d'architecture). Il s'agit aujourd'hui d'abonner à tout prix, ce clivage dépassé entre « sachants » et praticiens.

2. L'universitarisation comme voie privilégiée vers l'interprofessionnalité et la pratique avancée

L'universitarisation favorise l'interprofessionnalité et la connaissance des autres corps de métier. Elle permet en effet aux étudiants de différentes professions de se côtoyer sur les bancs de l'université, de suivre des enseignements communs, voire de s'exercer à coopérer dans le cadre d'exercices de simulation.

L'universitarisation constitue par ailleurs un levier privilégié pour le développement de la pratique avancée. Cette dernière, prévue dans le code de la santé publique depuis 2016 ⁽¹⁾, ouvre la possibilité à des professionnels paramédicaux d'accéder, au-delà de leur métier socle, à des compétences qui relèvent habituellement de prérogatives médicales (notamment la prescription, le suivi de patients et la coordination de parcours). En plus d'offrir des perspectives d'évolution et une plus grande reconnaissance aux professionnels, la pratique avancée peut constituer un véritable atout pour la prise en charge des patients. Les expériences menées à l'étranger, notamment au Canada, aux États-Unis et en Allemagne, témoignent en effet de l'intérêt certain de l'exercice en pratique avancée, qui favorise une meilleure observance des traitements, limite les ré-hospitalisations et contribue à un meilleur suivi des pathologies.

(1) Depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le cadre de l'exercice en pratique avancée

Selon l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, issu de la loi de modernisation de notre système de santé ⁽¹⁾, peuvent exercer en pratique avancée les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. L'exercice en pratique avancée n'est néanmoins possible que dans les conditions suivantes :

- au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées ;
- au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou en hôpitaux des armées coordonnée par un médecin ;
- en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Or, comme le rappelle le rapport de M. Stéphane Le Bouler, précédemment cité, le développement des pratiques avancées constitue un aspect essentiel de l'intégration universitaire des formations paramédicales. D'une part, ces formations sont dispensées par l'université (voir *infra*). Elles contribuent d'autre part à l'attractivité des formations concernées, étant supposé que les étudiants seront plus enclins à choisir une spécialité s'il est possible d'évoluer à terme, vers de la pratique avancée.

La formation des infirmiers en pratique avancée

Le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée publié en juillet 2018 ⁽²⁾, a ouvert l'exercice de la pratique avancée à la profession d'infirmier.

Ce décret a par ailleurs créé le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (IPA) et prévu que la formation conduisant à ce diplôme est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens et confère à son titulaire le grade de master. La mesure 6 des accords du Ségur de la santé fixe un objectif de 3 000 IPA formés en 2022 et 5 000 en 2024.

III. COMMENT REPENSER NOTRE MODÈLE ?

La présente partie vise à formuler des propositions pour rendre effective l'universitarisation des professions paramédicales, qui répond, on l'a vu, à un enjeu de justice et d'égalité. Elle vise aussi à s'interroger sur les compétences des professionnels paramédicaux qu'il est nécessaire de développer pour répondre aux besoins de santé de la population. La refonte de la formation des professions paramédicales ne peut en effet être menée sans prendre en compte l'évolution des métiers et de leurs conditions d'exercice.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(2) Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

A. RENDRE EFFECTIVE L'UNIVERSITARISATION DES ÉTUDES PARAMÉDICALES

1. Acheter l'inscription des formations paramédicales dans le schéma LMD

L'impulsion politique donnée à l'universitarisation des formations paramédicales depuis la Grande conférence de la santé, doit être saluée. Il est néanmoins urgent d'achever dès à présent ce processus en intégrant dans le schéma LMD l'ensemble des professions paramédicales.

- La rapporteure recommande ainsi de conférer le grade de licence à l'ensemble des formations de niveau bac+3 et celui de master aux formations de niveau bac+5. Ces évolutions permettront de reconnaître aux diplômés de la formation d'audioprothésiste, de prothésiste-orthésiste et de pédicure-podologue le grade de licence et aux diplômés de la filière de kinésithérapie celui de master. Elle propose aussi d'amener à trois ans d'études reconnues au grade licence l'ensemble des formations qui se déroulent aujourd'hui en deux ans et confèrent le grade de BTS (formations des techniciens de laboratoire, des opticiens-lunetiers et des diététiciens). Elle recommande enfin de simplifier le système de formation en ne prévoyant qu'une seule formation par professions.

La rapporteure propose aussi de répondre à la demande ancienne des psychomotriciens d'allonger la durée de la formation à cinq ans, et de lui reconnaître le grade de master ⁽¹⁾. Comme évoqué *supra*, le volume horaire actuel ne permet pas l'intégration de l'ensemble des savoirs théoriques et pratiques nécessaires pour l'exercice de cette profession et doit urgemment être augmenté. Elle propose aussi d'étudier la demande des étudiants orthoptistes de créer un master pour leur formation, qui permettrait notamment d'enrichir les compétences sur les pathologies ophtalmologiques en raréfaction et de développer la recherche dans ce domaine, et celle des ergothérapeutes, de mettre en place une formation en quatre ou cinq ans.

- L'intégration des formations paramédicales à l'université doit nécessairement s'accompagner d'une clarification des diplômes associés. La rapporteure s'associe ainsi à la recommandation n° 11 du rapport IGAS-IGAENR précédemment cité, selon laquelle les diplômes délivrés pour les formations paramédicales doivent être des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur délivrés par l'université et non plus par les DREETS.

- L'universitarisation des études paramédicales doit enfin être l'occasion de mettre en place des modules et des enseignements communs aux étudiants de spécialités médicales et paramédicales, à chaque fois que cela est possible. Les étudiants paramédicaux entendus dans le cadre de la mission ont unanimement formulé le souhait de davantage de coopération et de mises en situation communes.

(1) Pour le moment, les psychomotriciens ne bénéficient pas non plus du grade licence.

La rapporteure insiste tout particulièrement sur l'importance de favoriser les exercices pratiques de type « serious games » pour d'une part, renforcer la connaissance du rôle et des compétences de chaque profession et d'autre part, familiariser les étudiants de différentes spécialités au travail d'équipe et à la pluridisciplinarité dès l'université.

Proposition n° 1 : achever l'intégration des professions paramédicales dans le schéma LMD :

- Simplifier le système de formation en ne prévoyant qu'une seule formation par profession ;
- Conférer à l'ensemble des formations de niveau bac+3 le niveau de licence et à celles de niveau bac+5, celui de master ;
- Amener à trois ans l'ensemble des formations se déroulant actuellement sur deux ans (techniciens de laboratoire, opticiens-lunetiers et diététiciens) ;
- Allonger la durée de la formation des psychomotriciens de trois à cinq ans et lui conférer le grade master. Étudier l'opportunité de créer un master pour d'autres professions (notamment pour les ergothérapeutes) ;
- Associer à l'ensemble des formations paramédicales un diplôme national de l'enseignement supérieur, délivré par l'université et non par les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) ;
- Développer les enseignements communs entre formations médicales et paramédicales et encourager les exercices de simulation professionnelle.

2. Développer l'universitarisation en s'appuyant sur les instituts de formation déjà existants

L'intégration des études paramédicales à l'université renvoie à des réalités très différentes. Elle peut en effet se traduire par un simple accord de coopération comme par une inclusion complète des instituts de formation au sein de l'université.

Pour la rapporteure, les conventions entre les instituts de formation et les facultés doivent constituer la voie privilégiée de l'universitarisation. La création de nouvelles universités n'est en effet ni réaliste, ni souhaitable. Il est nécessaire de s'appuyer sur les instituts existants et leur personnel, afin de maintenir un enseignement pratique élevé et adapté au cœur de métier de chaque profession. Il est dès lors proposé de s'inspirer du modèle développé pour la filière de kinésithérapie, pour laquelle l'intégration à l'université passe par des conventions entre universités et instituts, permettant à ces derniers de garder la main sur l'organisation pédagogique.

Proposition n° 2 : développer l'universitarisation en s'appuyant sur les instituts de formation existants et en encourageant les conventions entre ces établissements et les universités.

3. Clarifier la gouvernance des formations paramédicales

La problématique des tutelles exercées sur chaque formation est comme on l'a vu, source d'une importante complexité. Les instituts dénoncent la multiplication de ces tutelles, qui nuit à la lisibilité du système de formation.

Pour la rapporteure, il subsiste aujourd'hui un grand flou sur la responsabilité effective de chaque acteur sur les formations paramédicales. Les auditions menées dans le cadre de la mission ont même permis de constater que certains services n'avaient pas conscience de la tutelle exercée sur ces formations. La rapporteure propose d'une part, de clarifier les compétences respectives de l'État et de la région relatives au financement des formations. Elle recommande d'autre part, de définir clairement le ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation et celui des solidarités et de la santé comme ministères de tutelle pour l'ensemble des professions paramédicales.

Proposition n° 3 : clarifier le système de gouvernance des formations paramédicales :

- clarifier la compétence respective de l'État et de la région pour le financement des formations ;
- définir le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et le ministère des solidarités et de la santé comme ministères compétents pour les treize professions, à l'exclusion de tout autre ministère.

B. ADAPTER LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION

1. Ajuster en continu la formation et les compétences des professionnels de santé aux besoins identifiés en matière de santé publique

L'ensemble des acteurs auditionnés ont témoigné de leur souhait que les formations aux professions paramédicales soient régulièrement évaluées afin de s'assurer qu'elles permettent de développer les compétences exigées pour l'exercice de chaque profession. Lorsque des travaux de réingénierie sont menés, il est en effet toujours nécessaire d'évaluer simultanément les dimensions relatives au métier, aux compétences et à la formation.

Il s'agit d'abord de s'assurer que les référentiels métiers soient régulièrement actualisés. Or, comme évoqué *supra*, plusieurs acteurs, à l'instar des orthoprothésistes et des podoprothésistes, dont le référentiel métier n'a pas été actualisé depuis 1972, ont exprimé leur inquiétude face à des référentiels peu en phase avec l'évolution des techniques et les besoins de santé de la population.

Il est par ailleurs essentiel de s'interroger en permanence sur l'opportunité de développer le champ de compétence des corps de métiers, notamment lorsqu'il s'agit d'une demande des professions et que des besoins sont clairement identifiés.

Parallèlement, la prise en charge par l'assurance maladie des actes réalisés par les professionnels paramédicaux doit aussi être régulièrement évaluée. À cet égard, on peut par exemple saluer la mise en place, en 2019 ⁽¹⁾, des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) visant à permettre la prise en charge, par la sécurité sociale, des soins non conventionnés libéraux (psychologie, psychomotricité et ergothérapie) des enfants de moins de 7 ans, concernés par des troubles du neurodéveloppement.

La rapporteure propose de procéder, à échéance régulière (par exemple tous les deux ou cinq ans), à l'évaluation des référentiels d'activité et de compétence des formations et d'adapter, en fonction, les maquettes de formation. Ces dernières doivent être actualisées en concertation étroite avec les représentants des professions. Pour la rapporteure, il est nécessaire de créer des espaces de discussion avec les professionnels associant l'ensemble des représentants des professions (notamment les collectifs), et pas uniquement les organisations syndicales.

Proposition n° 4 : en concertation avec les représentants de chaque profession, procéder à l'évaluation à échéance régulière des référentiels d'activité et de compétences ainsi qu'à celle des maquettes de formation.

2. Faire de la pratique avancée un atout pour notre système de santé

a. Redéfinir l'exercice infirmier en pratique avancée et créer le statut d'infirmier clinicien spécialisé

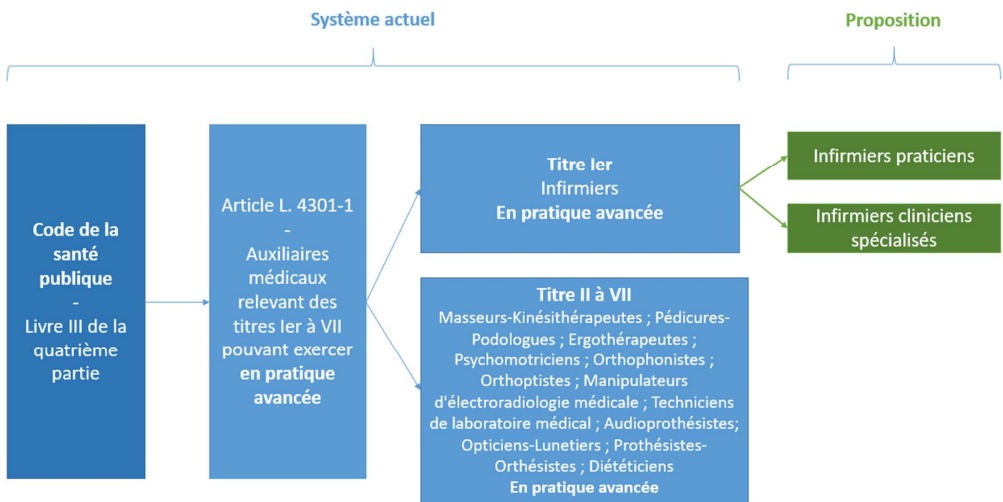
L'exercice en pratique avancée constitue une innovation majeure pour notre système de santé. Il ouvre en effet des possibilités accrues de coopération entre personnels médicaux et paramédicaux, offre de nouvelles perspectives de carrière aux professionnels et contribue à l'amélioration de l'accès aux soins des patients.

La réforme aboutissant à la création du statut d'infirmier en pratique avancée a néanmoins donné lieu à d'importantes difficultés. En particulier, elle a conduit à opposer les spécialités classiques et la pratique avancée en valorisant davantage cette dernière (la rémunération des IPA est en effet supérieure à celle des autres spécialités). Cette différence symbolique de statut a été particulièrement mal vécue par les infirmiers spécialisés, dont la profession a perdu en attractivité. Par ailleurs, les réformes successives ont conduit à la suppression de plusieurs matières, comme la réanimation et la pédiatrie dans la formation socle des IDE, ce qui inquiète particulièrement la profession. Réévaluer et revoir la formation socle semble nécessaire, les professionnels ayant le sentiment que l'universitarisation de leur profession a conduit à les éloigner de leur cœur de métier.

(1) Circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement.

La rapporteure propose d'appliquer en France le modèle de pratique avancée retenu par le Conseil international des infirmiers et en vigueur dans de nombreux pays. Ce modèle repose sur deux catégories de pratique infirmière avancée : les infirmiers praticiens, dont la particularité est d'être généralistes et de pouvoir intervenir en premier recours auprès des patients, et les infirmiers cliniciens spécialisés, dont l'expertise est centrée sur un champ ou domaine d'intervention spécialisé. La rapporteure recommande ainsi, dans le code de la santé publique, de déployer les infirmiers en pratique avancée en deux catégories : la catégorie d'infirmiers praticiens et la catégorie d'infirmiers cliniciens spécialisés. Cette nouvelle organisation permettrait d'intégrer les IADE dans un premier temps, puis dans un second, les IBODE et infirmiers puériculteurs, lorsque la réingénierie de leur formation en deux ans sera achevée (voir schéma *infra*). Un tel modèle permettrait de ramener sur un pied d'égalité les actuels IPA et spécialités infirmières, dont le rôle essentiel et complémentaire doit être reconnu et valorisé au même titre.

PROPOSITION VISANT À REDÉFINIR L'EXERCICE INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE AU SEIN DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Source : commission des affaires sociales

Proposition n° 5 : redéfinir dans le code de la santé publique l'exercice infirmier en pratique avancée et le déployer en deux catégories : celles d'infirmier praticien et d'infirmier clinicien spécialisé.

b. Étendre l'exercice en pratique avancée à de nouveaux domaines et métiers

Si elle doit ainsi être redéfinie, la pratique avancée doit aussi être étendue à d'autres professions et domaines d'intervention. La pratique avancée n'est aujourd'hui

ouverte que pour la profession infirmière et concerne quatre domaines d'intervention : les pathologies chroniques stabilisées, la prévention et les polyopathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémo-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale ; la psychiatrie et la santé mentale. L'ouverture d'un nouveau champ d'exercice, les urgences, est par ailleurs prévue pour la rentrée universitaire 2021 mais a reçu un avis défavorable du Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) le 24 juin, qui a mis en lumière les limites de la méthodologie retenue pour les réformes relatives à la pratique avancée.

La rapporteure propose d'étendre la pratique avancée à trois nouveaux domaines : la santé scolaire, la santé au travail et la gériatrie-soins palliatifs. Le développement de la pratique avancée pourrait en effet permettre de répondre aux besoins croissants d'accompagnement des personnes âgées et en fin de vie. Le suivi médical des élèves et des salariés constitue en outre une priorité à laquelle la pratique avancée pourrait permettre de répondre en partie.

Il est par ailleurs nécessaire de s'interroger sur l'opportunité de développer la pratique avancée pour d'autres professions paramédicales. Certains corps de métiers sont en effet particulièrement favorables au développement des pratiques avancées, à l'instar des manipulateurs en électroradiologie, pour lesquels l'accès à des pratiques comme l'échographie ou à la spécialité de dosimétrie constitue une demande de longue date. La rapporteure rejoint aussi la proposition de l'IGAS, qui dans son rapport sur la filière visuelle cité *supra*, recommande de développer une pratique avancée dans la filière visuelle, pour la prise en charge du suivi de patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives. Elle propose d'évaluer, en concertation avec l'ensemble des professions, les métiers et domaines pour lesquels l'exercice en pratique avancée pourrait s'avérer opportun. Avant d'amorcer ces concertations, la rapporteure recommande de réaliser un bilan d'étape sur la formation actuelle au diplôme d'infirmier en pratique avancée et l'intégration professionnelle des IPA.

Proposition n° 6 : étendre la pratique avancée à de nouveaux domaines et métiers :

- Évaluer la formation actuelle au diplôme d'infirmier en pratique avancée (IPA) et évaluer l'intégration sur le marché du travail des nouveaux IPA ;
- Créer trois nouveaux champs d'intervention pour l'exercice infirmier en pratique avancée : santé scolaire ; santé au travail ; gériatrie et soins palliatifs ;
- En lien avec l'ensemble des professions, étudier l'opportunité de développer la pratique avancée pour de nouveaux métiers : opticiens-lunetiers, orthoptistes et manipulateurs en électro-radiologie.

La rapporteure insiste enfin sur le fait que la création de toute nouvelle profession de santé, et notamment d'une éventuelle profession médicale intermédiaire, ne pourra être envisagée sans éclaircir, d'abord, le paysage des professions paramédicales existantes.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Au cours de sa réunion du mardi 29 juin 2021, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de la mission d'information sur la formation des professions paramédicales ⁽¹⁾.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Chers collègues, vous vous souvenez qu'à l'automne nos débats sur la proposition de loi de Stéphanie Rist visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification avaient soulevé plusieurs questions qu'il nous a semblé utile d'approfondir par des travaux dédiés. Dans une semaine, Cyrille Isaac-Sibille nous présentera ses conclusions sur l'évolution des périmètres d'activité des protocoles de coopération et des pratiques avancées. Cet après-midi, Annie Chapelier nous exposera les travaux qu'elle a conduits sur la formation des professions paramédicales.

Mme Annie Chapelier, rapporteure. Lors de son allocution aux Français le 13 avril 2020, le Président de la République, M. Emmanuel Macron, déclarait : *« Il nous faudra nous rappeler que notre pays, aujourd'hui, tient tout entier sur des femmes et des hommes que nos économies reconnaissent et rémunèrent si mal. »* Avons-nous pris véritablement la mesure de ce constat, après de longs mois où les personnels soignants ont fait preuve de leur dévouement, voire pour certains de leur héroïsme ? Si beaucoup de professions ont obtenu, quoique de manière disparate, des avancées réellement majeures en matière de rémunération, les professions de santé souffrent encore d'un manque de reconnaissance criant et particulièrement alarmant. Moins attractives, ces professions suscitent dans certaines filières de moins en moins de vocations, et sont surtout confrontées à une démobilitation et une démotivation des professionnels en activité, qui sont nombreux à chercher à se réorienter. À terme, c'est tout le système de santé qui sera menacé.

Ce manque de reconnaissance affecte plus particulièrement les professions médicales visées aux titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, et qui font l'objet de mon rapport : les infirmiers, bien sûr, qui en représentent la plus grande partie, en incluant les infirmiers spécialisés : infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), infirmiers puériculteurs, et depuis peu infirmiers en pratique avancée (IPA) ; mais aussi les professionnels de la rééducation et de la réadaptation, à savoir diététiciens, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens ; les professionnels de la vision, de l'audition et de l'appareillage, comme les opticiens-lunetiers, les audioprothésistes, les orthoptistes à nouveau et les prothésistes-orthésistes ; les professionnels de

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11005006_60db7a128be34.commission-des-affaires-sociales--rapport-sur-la-formation-des-professions-paramedicales--rapport--29-juin-2021

l'assistance médicale et technique, techniciens de laboratoire et manipulateurs en électroradiologie médicale.

Parmi les nombreuses difficultés rencontrées par ces professionnels, nous avons choisi de nous concentrer sur la problématique de la formation, au carrefour d'un grand nombre d'enjeux. En effet, comme l'a rappelé la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Mme Frédérique Vidal, à l'occasion du lancement de la stratégie « Ma Santé 2022 » : « *Former les futurs professionnels de santé, c'est préparer l'avenir de notre système de soins* ». La formation joue en effet un rôle clé dans la valorisation des métiers et contribue pleinement à leur attractivité. C'est aussi grâce à leur formation que les professionnels de santé développent les aptitudes et savoir-faire indispensables à l'exercice de leur mission. La réflexion sur la formation renvoie également aux périmètres d'activité et aux compétences exercées par chaque métier.

Or, le système de formation aux professions paramédicales souffre de nombreuses failles, dénoncées par les professionnels au cours des auditions que nous avons menées. En particulier, ce système contrevient aux engagements pris lors des accords de Bologne en 1999, qui avaient pour objet l'harmonisation de l'enseignement supérieur européen autour du schéma licence-master-doctorat, dit « LMD ». L'universitarisation des études paramédicales, revendication partagée de longue date par l'ensemble des professions et proposée par de nombreux rapports restés lettre morte, est en effet loin d'être achevée. Je tiens quand même à saluer les efforts importants réalisés depuis quelques années dans ce champ, mais à rappeler que cet objectif est néanmoins bien loin d'être atteint. Je rappelle qu'aujourd'hui, les professions qui peuvent être qualifiées d'« universitarisées » incluent, en plus des infirmiers, les infirmiers anesthésistes et les IPA, les manipulateurs en électroradiologie médicale, les pédicures-podologues, les orthoptistes et les orthophonistes. Cette situation n'est pas acceptable et a de nombreuses répercussions.

D'abord, les formations aux professions paramédicales se caractérisent par leur très forte hétérogénéité. Pour chacune de ces professions, il existe en effet des formations, diplômes, niveaux d'étude et des statuts totalement disparates ! Certaines professions, comme celle des techniciens de laboratoire, font même appel à des dizaines de formations différentes : j'en ai répertorié treize, relevant de quatre ministères de tutelle différents. À ce paysage hétéroclite est associée une gouvernance complexe, faisant intervenir un grand nombre d'acteurs, aux compétences souvent enchevêtrées. La répartition des prérogatives entre l'État et les régions n'est pas claire, notamment s'agissant du pilotage financier des formations. La multiplication des tutelles ministérielles sur les formations apparaît elle aussi très problématique, au regard de la difficulté qu'ont les acteurs à se retrouver dans ce paysage institutionnel complexe.

L'intégration à l'université des formations paramédicales, intervenue au par cas, sans souci de cohérence globale, pose aussi un enjeu de reconnaissance et d'égalité. Le système LMD permet en effet de favoriser un meilleur équilibre des

relations de travail entre les professionnels de santé, et un respect mutuel de chaque corps de métier. Les formations qui en sont exclues sont ainsi particulièrement défavorisées.

Enfin, les professionnels auditionnés ont parfois souligné l'inadéquation de leur formation à l'exercice de leur profession. Pour certaines d'entre elles, les formations sont en effet particulièrement datées : il faut par exemple évoquer les opticiens-lunetiers ou les audioprothésistes, dont les formations n'ont respectivement pas évolué depuis 1998 et 2001. Au-delà de la seule formation, ce sont parfois les référentiels d'activité et les compétences mêmes des professionnels qui ne sont plus adaptés.

Voilà pourquoi, nous devons répondre à l'attente légitime des professionnels de santé d'une réingénierie de leur formation, associée à une réingénierie de leurs statuts et de leurs compétences.

Je demeure convaincue que la formation, et plus précisément son universitarisation, doivent constituer une véritable priorité au vu des nombreux avantages qu'elles comportent. Au-delà de l'enjeu essentiel de la reconnaissance, l'intégration complète des formations paramédicales à l'université contribue à la flexibilité des parcours d'étude et professionnels et favorise la libre circulation des professionnels de santé dans l'Union européenne. Il faut par ailleurs évoquer l'intérêt de l'universitarisation pour la recherche, particulièrement essentielle dans le domaine des sciences paramédicales. Je souhaite dès à présent répondre à la principale objection à l'universitarisation : celle d'une incompatibilité supposée entre université et apprentissage pratique. Je le répète : la dimension professionnelle peut tout à fait être conciliée avec la formation universitaire. Un grand nombre de métiers, au premier rang desquels figurent les professions médicales, ont en effet montré leur capacité à intégrer les savoirs pratiques au sein de l'université. Il nous faut abandonner à tout prix ce clivage désuet entre sachants et praticiens.

Notre rapport comporte une série de préconisations visant à rendre véritablement effective l'universitarisation de ces formations. Nous proposons ainsi d'intégrer dans le schéma LMD l'ensemble des professions paramédicales. Cela implique de conférer à l'ensemble des formations de niveau bac + 3 le grade licence qui devrait leur être reconnu, celui de master aux formations de niveau bac + 5 et d'amener à trois ans d'études reconnues au grade licence l'ensemble des formations qui se déroulent aujourd'hui en deux ans ou en trois ans, mais ne sont reconnues qu'au niveau bac + 2. Il est par ailleurs essentiel de simplifier le système de formation, en ne prévoyant qu'une seule formation par profession et en clarifiant les responsabilités respectives de chaque acteur dans la gouvernance des formations. À cet égard, nous proposons de définir le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et le ministère des solidarités et de la santé comme seuls ministères compétents pour les treize professions, à l'exclusion de tout autre ministère.

L'universitarisation nous paraît en outre constituer un levier essentiel pour favoriser l'interprofessionnalité et la connaissance par les étudiants de l'ensemble des corps de métier. Nous préconisons de mettre en place, autant que possible, des modules et enseignements communs aux étudiants de spécialités médicales et paramédicales, en particulier au travers d'exercices de simulation, de colloques ou de jeux de rôle, essentiels pour les familiariser au travail d'équipe et à la pluridisciplinarité dès l'université. Il s'agit d'une demande forte de la part de tous les étudiants.

S'agissant des modalités concrètes de l'universitarisation, nous considérons que les conventions passées entre les instituts de formation et les universités doivent constituer la voie privilégiée de l'intégration à l'université. Alors que la création de nouvelles universités ne nous paraît pas réaliste, il est préférable de s'appuyer sur les instituts existants et leur personnel, afin de maintenir un enseignement pratique élevé et adapté au cœur de métier de chaque profession.

Notre rapport comporte par ailleurs une série de propositions visant à adapter les professions paramédicales aux besoins de santé de la population. Il est d'abord indispensable d'ajuster en continu la formation et les compétences des professionnels de santé aux besoins identifiés en matière de santé publique. Nous proposons ainsi de procéder, à échéance régulière, par exemple tous les deux ou cinq ans, à l'évaluation des référentiels d'activité et des compétences des formations et d'adapter, en fonction, les maquettes de formation. Nous ne pouvons en effet nous contenter de la situation actuelle d'une réingénierie partielle et tardive, toujours suspendue aux crises et menée sans concertation des professionnels, ni souci de cohérence globale.

Nous recommandons aussi de redéfinir l'exercice infirmier en pratique avancée. Ce dernier constitue une innovation majeure pour notre système de santé : il ouvre des possibilités accrues de coopération entre personnels médicaux et paramédicaux, offre de nouvelles perspectives de carrière et, comme le montrent les exemples étrangers, peut constituer un véritable atout pour la prise en charge des patients. La réforme aboutissant à la création du statut d'IPA a pourtant été relativement mal menée. En particulier, elle a conduit à opposer les spécialités classiques et la pratique avancée en créant des différences symboliques de statut, très mal vécues par certains corps comme les infirmiers spécialisés. Pour répondre à ces difficultés, nous proposons d'appliquer en France le modèle de pratique avancée retenu par le Conseil international des infirmières et en vigueur dans de nombreux États, qui repose sur deux catégories de pratique infirmière avancée : les infirmiers praticiens d'une part, généralistes et pouvant intervenir en premier recours auprès des patients, et les infirmiers cliniciens spécialisés, d'autre part, dont l'expertise est centrée sur un champ ou domaine d'intervention spécialisé. Nous proposons ainsi de déployer ces deux nouvelles catégories au sein du code de la santé publique. Cette nouvelle organisation permettrait d'intégrer les IADE dans un premier temps, puis les IBODE et les puériculteurs, lorsque la réingénierie de leur formation en deux ans

sera achevée. Ce modèle permettrait de remettre sur un pied d'égalité les actuels IPA et spécialités infirmières, dont le rôle indispensable doit être reconnu au même titre.

Nous recommandons, par ailleurs, d'étendre la pratique avancée à trois nouveaux domaines : la santé scolaire, la santé au travail et la gériatrie-soins palliatifs. Le développement de la pratique avancée pourrait en effet permettre de répondre aux besoins croissants d'accompagnement des personnes âgées et en fin de vie et de suivi médical des élèves et salariés. Cette proposition avait par exemple été évoquée pour les infirmiers en santé au travail à l'occasion de la proposition pour renforcer la prévention en santé au travail de notre collègue Charlotte Parmentier-Lecocq. Il est par ailleurs nécessaire de s'interroger sur l'opportunité d'ouvrir la pratique avancée, qui ne concerne aujourd'hui que la profession infirmière, à d'autres métiers, à l'instar des opticiens-lunetiers ou des manipulateurs en électroradiologie. Il est essentiel d'évaluer, en concertation avec les professions, les métiers et domaines pour lesquels cet exercice en pratique avancée pourrait être opportun. Avant d'entamer ces concertations, il sera nécessaire de réaliser un bilan de la formation actuelle au diplôme d'infirmier en pratique avancée et l'intégration professionnelle des IPA.

Mes chers collègues, les professionnels de santé, que nous avons tous applaudis tous les soirs au cœur de la crise sanitaire, attendent urgemment que nous revalorisons leur profession et leur permettions d'exercer dans les meilleures conditions, et surtout dans leur cœur de métier. Ce rapport comme d'autres avant lui, notamment le rapport de 2011 du professeur Berland, qui conduisait exactement aux mêmes préconisations, propose des mesures concrètes pour atteindre ces objectifs. À nous de nous en saisir !

Mme Stéphanie Rist. Merci, madame la rapporteure, de nous présenter aujourd'hui le rapport d'information sur la formation des professions paramédicales, qui fait suite aux nombreux débats occasionnés par l'adoption de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, que j'ai eu la chance de porter. Cette loi a permis de faire évoluer les compétences de plusieurs professions de santé, pour simplifier et fluidifier le parcours de soin des patients. Ce texte a aussi été l'occasion de montrer le chemin d'une réflexion plus large sur l'évolution de notre système de santé, et plus particulièrement sur la place et l'évolution des différents métiers et filières médicaux. La question de la formation est donc centrale dans le cadre d'une réflexion sur les compétences exercées par chacun, et les propositions que vous nous rapportez aujourd'hui sont d'autant plus nécessaires pour avancer.

En effet, votre mission trouve en partie sa genèse dans les débats que nous avons pu avoir en lien avec l'article 1^{er} de ce même texte, prévoyant initialement la création d'une profession médicale intermédiaire. Comme vous le soulignez dans votre rapport, la formation joue un rôle clé dans la valorisation des métiers et contribue pleinement à leur attractivité. Les conclusions de la mission que vous rapportez permettent ainsi de mettre en lumière les faiblesses du système actuel de

formation des professions paramédicales et d'imaginer un système nouveau. Vous proposez à ce titre de faire évoluer la formation des auxiliaires médicaux, notamment en accélérant l'universitarisation, facteur d'égalité et de reconnaissance, pour répondre au constat actuel du manque de valorisation de ces métiers si importants. Vous proposez plus précisément de créer une seconde catégorie de pratique infirmière avancée, les infirmiers cliniciens spécialisés, au côté des infirmiers praticiens. Cette seconde catégorie permettrait d'intégrer notamment les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire, les infirmiers puériculteurs, et donc de valoriser ces spécialités de la même manière que les actuels IPA.

En lien avec cette idée d'une nécessaire évolution de la place de ces métiers que nous partageons, et à la suite des nombreuses auditions que vous avez menées, quelle est la place de la formation pour de nouvelles professions intermédiaires de santé qui pourraient améliorer l'attractivité de ces métiers et l'accès aux soins ?

Mme Isabelle Valentin. Madame la rapporteure, je vous remercie pour la qualité et la pertinence de votre travail, qui concentre son analyse sur la formation des professionnels paramédicaux et les enjeux qui y sont associés. Les professionnels paramédicaux contribuent au soin et à l'amélioration de la condition de vie de leurs patients. Leur rôle, bien qu'essentiel dans notre système de santé, ainsi que la nécessité d'un décloisonnement entre les diverses professions de santé, ont été mis en exergue par la crise sanitaire.

Parmi la vingtaine de métiers répertoriés, plusieurs profils coexistent : les soignants – infirmiers, aides-soignants, puériculteurs –, les professionnels de la rééducation – psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens –, les métiers de l'appareillage – opticiens-lunetiers, orthopédistes –, et enfin les métiers d'assistance médicale et technique. Les parcours de formation de ces professions doivent impérativement être repensés, dans la perspective d'une évolution de ces métiers.

Les professions non médicales sont aujourd'hui en attente de réingénierie et de transversalité. Leurs formations ne correspondent plus aux réalités de terrain. Certaines sont souvent confrontées à la nécessité de dépasser leur cadre de compétence, par manque de personnel.

La formation des personnels paramédicaux doit aussi être universitarisée, comme vous le soulignez longuement dans votre rapport, pour permettre à tous les étudiants d'intégrer les parcours LMD. Ce système permettrait aussi de développer les pratiques avancées, et ainsi de donner de nouvelles perspectives aux soignants qui souhaitent être davantage formés. Ces entrées à l'université se font aujourd'hui au cas par cas, et dans un manque total de cohérence.

Pour chacune des professions, il existe des formations, des qualifications, des niveaux d'études et des statuts très différents. Une harmonisation et un regain de cohérence sont essentiels, dans le respect des particularités de chaque profession, et

afin de faciliter les passerelles entre ces formations. L'amélioration de la qualité du soin n'en serait que très renforcée.

Veiller à développer l'enrichissement entre les disciplines médicales et paramédicales constitue aussi une ambition clairement énoncée dans ce rapport. Cette transversalité doit intervenir au plus tôt, et ceci dès le commencement de la formation des étudiants en santé, ce qui paraît tout à fait pertinent. La création de conférences pédagogiques au sein de chaque faculté de médecine, qui associeraient tant les facultés de médecine que les instituts et écoles de formation aux professions paramédicales, permettrait de mettre en cohérence les supports pédagogiques entre les filières médicales et paramédicales, afin de favoriser entre les formateurs et les étudiants un dialogue, véritable amorce d'une organisation pluridisciplinaire et horizontale.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la rapporteure, je commencerai par vous féliciter pour ce travail. Une vraie réflexion est en effet nécessaire. Nous avons commencé à la mener ensemble suite à la proposition de loi de Mme Rist sur les professions intermédiaires.

Il est toujours utile de recourir à l'histoire pour évaluer la situation actuelle. Les médecins ont été les premiers à être formés à l'université, dans les facultés de médecine, tandis que les autres formations paramédicales étaient réalisées dans des institutions et écoles très diverses, et qui répondaient dans chaque territoire à des préoccupations très particulières. Le moment est venu de reprendre l'ensemble de ce système de formation.

Comme vous l'avez dit, le succès récent des IPA nous montre le chemin. Ils font désormais l'objet d'une formation universitaire, qui confère un grade de master. Les universités s'en sont emparées, parce que le climat requis avait été créé à cette fin. La question est maintenant de savoir comment transposer ce succès aux autres professions.

Les formations et écoles conduisant à ces professions sont très hétérogènes, et leurs coûts également. Pour le moment, ce sont souvent les élèves qui payent ces formations, à moins qu'elles soient prises en charge par leurs établissements de santé. Avez-vous pu estimer le coût que représenterait la prise en charge par l'université de l'ensemble de ces formations ?

M. Benoit Potterie. L'un des nombreux enseignements que nous pouvons tirer de la crise concerne l'importance des professionnels de santé dans notre société, et la nécessité de repenser à la fois leur formation et la répartition des compétences entre les soignants. Le problème est ancien, mais la crise que nous vivons constitue sans doute une opportunité de réformer ces organisations en profondeur. Je voudrais donc vous remercier pour votre travail et pour ce rapport très utile.

Au travers de vos constats et propositions concernant la formation des professions paramédicales, vous abordez aussi la question de l'organisation des soins. Je voudrais vous interroger en particulier sur vos propositions concernant les IPA. Vous considérez que le développement de ce modèle permettrait de donner aux infirmiers à la fois des perspectives d'évolution et une meilleure reconnaissance, et surtout qu'il permettrait de renforcer l'efficacité de notre système de soins. Je pense que votre constat est le bon. On le voit surtout dans les zones où l'accès aux soins est difficile, ou aux urgences, où l'on peut être confronté à des situations d'attente extrêmement longues, à cause d'une répartition des compétences inefficace.

J'aimerais connaître votre regard sur la création du statut d'IPA. Que pensez-vous de cette réforme, notamment en matière de formation, mais aussi s'agissant de la différence de statut qu'elle introduit entre infirmiers et IPA ?

Vous estimez par ailleurs que la pratique avancée pourrait être développée pour d'autres professions paramédicales. Dans quel domaine cela vous paraîtrait-il pertinent ? Avez-vous pu obtenir des données d'autres pays qui auraient déjà développé cette pratique ?

Mme Martine Wonner. Merci, madame Chapelier, pour votre rapport aussi complet que réellement intéressant.

La crise sanitaire que nous traversons depuis maintenant plusieurs mois n'a cessé de nous démontrer combien notre système de santé et ses infrastructures, jusqu'aux schémas organisationnels, étaient déjà fragilisés au départ. Cependant, ces temps difficiles nous ont aussi rappelé à quel point les soignants étaient essentiels et même nécessaires à notre survie et à notre bien-être quotidien. Ces soignants que nous avons applaudis, encouragés, aimés, font face aujourd'hui à un manque de reconnaissance, combiné aux problèmes de formation, amenant à la perte d'attractivité du secteur, la lassitude des soignants en exercice et surtout la menace du système de santé tout entier. C'est par la formation de ces professionnels, vous nous le démontrez, que nous pourrions réformer, améliorer et perfectionner la coordination des services de santé.

J'irais en effet dans le sens de votre rapport, madame Chapelier, en insistant sur l'universitarisation de la formation et l'harmonisation des disciplines, en passant par l'intégration au système LMD des facultés. Il est nécessaire, dans une France déjà en retard sur ses voisins, d'axer les efforts sur la cohérence des formations paramédicales. C'est un véritable travail de fond, que vous soulignez, qui devra s'articuler autour d'une gestion centralisée des études de santé, avec la délivrance d'un véritable diplôme d'État, et une gouvernance financière et organisationnelle unifiée.

Malgré ces statuts disparates des professions engendrés par la durée des études, la diversité des diplômes et des instituts de formation, il est urgent de moderniser la structure des formations paramédicales. Il est temps de se mobiliser

pour agir et repenser l'avenir de nos soignants, comme celui des futures générations qui prendront la relève.

Quelle importance réelle accordons-nous aujourd'hui à ceux qui sauvent, à ceux qui soignent et à ceux qui aident la société dans l'altruisme, la générosité et la connaissance ? Peut-être pourrions-nous imaginer ensemble de sortir du « tout-technologie » au profit de davantage d'humain, et surtout de valoriser l'humain qui soigne.

M. Pierre Dharréville. Je voudrais à mon tour remercier notre rapporteure pour ce travail qu'elle a effectué, et dire la préoccupation qui est la nôtre de prendre soin des personnels dans leur diversité.

Cela passe en premier lieu par une reconnaissance des métiers. Vous avez travaillé sur ces enjeux dans le cadre de votre rapport. Les métiers ne consistent pas seulement à accomplir des tâches séparées, mais ils supposent de savoir où l'on se situe, et de connaître le sens de ce que l'on fait, etc. La perte de sens est l'un des problèmes graves auxquels nous sommes confrontés, notamment dans les professions de santé, mais évidemment pas seulement.

La question du salaire doit être posée également. La question décisive de la formation, sur laquelle vous avez eu raison d'insister, va de pair avec celle de la reconnaissance de la formation, donc des qualifications – et non seulement des compétences – avec lesquelles une grille salariale puisse être associée. Cet enjeu ne doit donc pas être laissé dans l'ombre.

D'après vous, comment les redécoupages des tâches qui seront nécessaires pourront-ils être réalisés dans de bonnes conditions, en résultant notamment d'un travail de concertation avec les différents acteurs afin qu'ils correspondent aux besoins et aux pratiques réels, et qu'ils soient bien vécus ?

Enfin, quelles possibilités de progression et d'évolution professionnelle, peut-être de changement de trajectoire, pourrions-nous offrir à ces hommes et ces femmes à l'issue de leurs formations initiales, et sur leur fondement, afin qu'ils puissent se projeter ailleurs et nous faire bénéficier de leur expérience concrète assortie à une formation universitaire ?

Mme Stéphanie Rist. Notre collègue Thierry Michels ne pouvait pas être présent aujourd'hui, mais il souhaitait poser la question suivante.

« Chère collègue, j'ai apprécié votre rapport. Quelques interrogations pour savoir si vous avez pu examiner les points suivants.

« Combien de personnes quittent tous les ans les professions de santé concernées par votre rapport, notamment la profession d'infirmier ? Combien évoluent au sein de la profession d'infirmier ? Combien l'intègrent après avoir été aides-soignants, par exemple ? Comment se passe la passerelle entre la profession

d'infirmier et l'accès aux études médicales ? Selon quelles modalités et quelles contributions financières la collectivité soutient-elle ce dispositif ?

« Ce sont des interrogations assez générales, madame la rapporteure, mais je m'interrogeais sur la gouvernance de la profession et la possibilité d'y entrer, d'y évoluer et d'en sortir réellement dans une logique de filière.

« Je prends d'ailleurs au mot votre rapport : vous proposez qu'il y ait une promotion des infirmiers en pratique avancée compétents en matière de gériatrie. Je voulais vous demander comment vous aviez abordé dans votre rapport l'enjeu du grand âge sur la démographie et les carrières des soignants, et comment faire pour déployer notre cinquième branche avec des besoins en hausse en personnel qualifié, en y faisant évoluer les professionnels présents et en y attirant de nouveaux professionnels, sans pour autant déshabiller d'autres segments de l'offre de soins et l'offre médico-sociale. »

M. Bernard Perrut. Nous sommes au cœur d'un défi important. Les métiers et carrières paramédicales ont besoin de souplesse et d'adaptabilité, et vous évoquiez à juste titre, madame la rapporteure, les problématiques de formation qui sont à l'origine de nombreux enjeux pour les professions paramédicales dans ce qu'elles ont de commun.

La qualité de nos formations est un enjeu pour le système de santé de demain, qui doit s'adapter aux évolutions épidémiologiques – nous souhaitons tous être davantage soignés en ambulatoire – et à l'exigence d'une meilleure prévention. Les professionnels de santé doivent acquérir les compétences nécessaires à un exercice interprofessionnel, en modifiant en profondeur une organisation aujourd'hui en silo. Comment repenser l'interprofessionnalité des professions de santé, dont le paramédical fait pleinement partie ?

Nous l'avons déjà évoqué, l'universitarisation des formations en santé est un sujet ancien et crucial, que nos voisins européens ont pu saisir. Il s'agit de faire en sorte que les étudiants en santé puissent apprendre à coopérer dès les bancs de l'université et bénéficient des mêmes droits et des mêmes services que les étudiants inscrits dans un cursus LMD. Comment faire justement coopérer les différents acteurs dont vous souhaitez favoriser les partenariats ?

Les modalités de recrutement dans les filières paramédicales sont aujourd'hui très disparates. Il est parfois effectué après une première année, universitaire ou non, après un temps de préparation, un concours, ou sur dossier. L'insertion de l'ensemble des formations dans Parcoursup a-t-il produit un effet et permis de rendre ces formations plus visibles pour tous les lycées ? Comment simplifier les procédures d'admission, et les rendre plus pertinentes ? Comment réduire les coûts pour les étudiants, préserver et améliorer la diversité des publics accédant à ces formations ?

Enfin, la crise sanitaire a souligné certaines des difficultés rencontrées par le milieu médical. Le Ségur de la santé a répondu à un certain nombre de points et, le 12 avril 2021, le second temps des accords du « Ségur » a été dévoilé, prévoyant cette fois-ci la revalorisation des carrières des soignants paramédicaux. Plus de 500 000 professionnels sont concernés par cette seconde série de revalorisations, qui prendra effet au 1^{er} octobre 2021. Pourtant, certains acteurs, tels que les préparateurs en pharmacie hospitalière, sont très inquiets : il semble que la hausse salariale pour ce métier serait conditionnée à la réingénierie préalable de leurs diplômes. Votre rapport s’inscrit-il dans le calendrier de cette réforme ? Ces acteurs pourront-ils bénéficier des revalorisations annoncées le 12 avril 2021, et le cas échéant pourront-ils en bénéficier de manière rétroactive ?

M. Belkhir Belhaddad. Merci, madame la rapporteure, pour la qualité de votre rapport, que j’ai lu avec attention. Il souligne à juste titre à quel point la crise sanitaire a encore renforcé le caractère indispensable des professions de soin dans notre société.

Je salue votre travail fouillé, tout en m’étonnant que le nombre de places ouvertes dans les différentes formations ne soit pas spécifiquement évoqué. Le tableau en page 10 par exemple nous enseigne que le nombre d’ergothérapeutes a augmenté de 69 % de 2012 à 2021, celui des psychomotriciens de 73 % et celui des infirmiers de 31 %. Pourtant, pas une semaine ne se passe sans que les citoyens de ma circonscription et les membres des établissements médicaux ne m’alertent sur le manque de tels ou tels professionnels. Les parcours de soin et d’accompagnement pour les enfants atteints de troubles cognitifs spécifiques sont très lents à mettre en œuvre, et parfois chaotiques, car certaines spécialisations manquent.

Aussi, si je me félicite du processus d’universitarisation des formations paramédicales et de leur réingénierie, et souscris à la simplification de leurs processus, je souhaiterais que madame la rapporteure nous éclaire concernant le nombre de places ouvertes dans ces formations au regard des besoins dans nos territoires.

Mme le rapporteure. Je voudrais en préambule rappeler que le périmètre de mon travail concernait treize professions. Les préparateurs en pharmacie par exemple, qui ont été évoqués par M. Perrut, n’en font partie, puisqu’ils ne font pas partie des titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, mais se situent dans un autre registre. C’est pourquoi il n’était par exemple pas question dans mon rapport. Les problématiques que rencontrent les autres professions – aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, préparateurs en pharmacie, etc. – sont toutefois presque similaires, même si un certain nombre d’entre elles, par exemple les ambulanciers et les aides-soignants, ne sont pas concernées par l’universitarisation. Ces treize professions représentent quand même un peu plus d’un million d’actifs, ce qui est donc loin d’être négligeable. Surtout, elles sont très mal connues par la population générale et sollicitent constamment cette réingénierie, comme depuis vingt ans maintenant cette universitarisation. Même pour

les infirmiers, elle est encore incomplète. Le sentiment général est également que des avancées ne sont obtenues que par les revendications et les manifestations. Or, cette nécessité de descendre dans la rue pour faire valoir des demandes légitimes est épuisant et démobilisant pour les professionnels.

Madame Rist, vous me questionnez sur l'universitarisation. Je souhaiterais en rappeler les enjeux majeurs, qui sont réellement essentiels. Son objectif n'est pas seulement de fournir des perspectives aux professionnels, ni d'harmoniser les formations au niveau national et de permettre entre elles des passerelles. Il s'agit également de fournir un diplôme reconnu au niveau international, et d'ouvrir ainsi ces étudiants à l'ensemble de l'Europe. La moitié des kinésithérapeutes qui s'installent actuellement en France ont par exemple été formés dans des pays de l'Union européenne. Universitariser le cursus français de formation à la kinésithérapie, qui est très complexe, est donc essentiel pour permettre aux étudiants qui l'ont suivi d'être à égalité avec les autres.

Vous m'interrogez également sur la place qui pourrait être faite pour de nouvelles formations à de nouveaux métiers. Je propose en fin du rapport un focus sur la pratique avancée, métier nouveau qui n'est apparu que depuis quelques années en France, alors qu'il est très ancien dans de nombreux pays – il existe depuis près de soixante ans aux États-Unis –, où des formations universitaires ont été mises en place pour y accéder. L'universitarisation des formations existantes constitue le préalable indispensable à la mise en place de tous ces métiers et donc de ces nouvelles formations. Il n'est pas concevable de créer de nouvelles formations tant que cette harmonisation et cette approche des professions qui leur permettra d'être en situation d'égalité n'auront pas été mises en œuvre. Au regard des besoins des populations et de l'offre de soin, de nouvelles professions devront évidemment être créées ensuite, mais seulement en fonction des besoins de la population. Mon rapport ne portait cependant pas sur cet enjeu. Celui de mon collègue Cyrille Isaac-Sibille sera beaucoup plus centré sur ces points, et pourra beaucoup mieux y répondre.

J'insiste vraiment toutefois sur ce préalable indispensable de l'universitarisation associée à une réingénierie et une simplification, des financements comme des offres de formation. Les techniciens de laboratoire, par exemple, qui étaient encore dans la rue récemment, présentent une demande forte de simplification de leur parcours de formation, qui comprend plus de treize formations, incluant un institut de formation, différents BTS, des BTSA – dépendant du ministère de l'agriculture – et des licences disparates, les unes sur deux ans, les autres sur trois ans, etc. Il est impératif de prévoir une seule formation pour une seule profession. Les infirmiers, qui sont les plus nombreux parmi les professionnels paramédicaux, ne disposent que d'un seul modèle de formation : celui de la maquette de l'institut de formation en soins infirmiers, alors que leur champ d'activité est très large et peut amener les professionnels à travailler dans des milieux très divers. L'argument selon lequel multiplier les types de formations permettrait d'ouvrir au maximum l'accès de la population estudiantine à une profession ne tient donc pas. Cette multiplication ne

présente au contraire aucun intérêt. Elle nuit seulement à la lisibilité des parcours de formation, dont tous les professionnels réclament la clarification. Parcoursup, notamment, conduit de nombreuses personnes vers des formations de second choix, faute précisément de savoir en quoi elles consistent. Si, de manière très lisible et simple, une formation était associée à une profession, l'attractivité de certaines des professions qui en manquent serait beaucoup plus grande.

Madame Valentin, vous avez évoqué les aides-soignants, qui ne font pas non plus partie du périmètre de mon rapport. Vous avez souligné que les formations étaient parfois inadéquates. En effet, les référentiels de certaines professions datent de plus de cinquante ans. Les orthésistes-prothésistes, par exemple, travaillent encore sur des modèles en cire au cours de leurs études, alors qu'ils fabriqueront ensuite des appareillages avec des imprimantes 3D : le décalage est donc total. Ils sont donc en attente d'une réingénierie qui est en cours depuis plus de dix ans.

Vous promouvez les passerelles entre les professions. L'objectif de l'universitarisation est aussi de permettre ces passerelles. Le modèle que je préconise à cet égard est le conventionnement entre les instituts de formation – lorsqu'ils existent déjà, ce qui n'est pas le cas dans toutes les professions, certaines n'étant accessibles que par des BTS et des lycées – et l'université. Il ne s'agit surtout pas de créer des chaires universitaires propres à chacune de ces professions. Ce serait trop complexe et trop long. Mieux vaut réellement travailler avec l'existant. C'est là aussi une demande très forte, et surtout très réaliste, des professionnels.

Je partage totalement vos arguments en faveur de la pluridisciplinarité et de l'horizontalité.

Monsieur Isaac-Sibille, comme vous le soulignez à raison, l'histoire nous rappelle que nous sommes en constante évolution, que jamais rien n'est acquis, dans les métiers comme dans la science, et que nous devons continuellement progresser. Or, l'universitarisation, décidée il y a déjà vingt ans en Europe, s'inscrit dans cette marche de l'histoire et le temps est venu de la réaliser.

Comment faire pour intégrer les autres professions spécialisées ? Pour les professions spécialisées d'infirmier, du moins, j'ai proposé un modèle calqué sur celui du congrès international des infirmiers, qui permet de définir la pratique avancée. Le modèle français est un modèle hybride créé pour répondre à une certaine demande, mais qui a rencontré très rapidement certaines limites, en raison de sa trop grande rigidité. Elle est notamment manifeste dans le cas de la pratique avancée urgentiste, pour laquelle le modèle français est à ce titre très difficilement acceptable. La proposition que j'ai présentée a été discutée avec de nombreux professionnels spécialisés. La pratique avancée pourrait servir de cadre dans lequel les professions spécialisées s'inscriraient progressivement, en y distinguant les praticiens jouant un rôle de premier recours et les infirmiers cliniciens spécialisés, auxquels pourraient s'intégrer les infirmiers anesthésistes.

Surtout, vous posez une question fondamentale : quel serait le coût de cette universitarisation ? J'ai posé cette question au ministère de l'enseignement supérieur, à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), etc. : je l'ai posée à tout le monde. Personne n'a été en mesure d'y répondre. Chaque fois que la question de l'universitarisation est soulevée, son coût est invoqué. Pourtant, personne n'est capable de l'estimer. Je doute pour ma part que ce coût serait réellement prohibitif. Les études existantes en elles-mêmes ont en effet déjà un coût, et la multiplicité des acteurs représente pour elles un surcoût. L'existence par exemple de deux filières pour les diététiciens ou les manipulateurs radio multiplie leurs coûts, parce qu'elle multiplie les acteurs qui y interviennent, etc. Il coûtera donc moins cher de tout ramener au seul modèle des instituts de formation ou des universités, comme dans le cas des orthophonistes. La simplification entraîne nécessairement des économies. Faute d'estimation existante du coût de l'universitarisation, je ne peux cependant parler que d'une manière générale et au conditionnel.

Monsieur Potterie, vous m'interrogez sur les effets de la pratique avancée. Je viens de rappeler ma proposition à cet égard. La différence entre les infirmiers diplômés d'État et IPA est extrêmement bien définie dans le code de la santé publique. Les IPA suivent une formation de deux ans supplémentaires à l'université, qui leur accorde le grade de master. Ils sont donc parfaitement universitarisés et, depuis plusieurs années, les infirmiers sont également universitarisés, au niveau licence.

Tous les autres pays disposent de pratiques avancées pour les infirmiers. En revanche, je ne connais pas d'autres pays qui en disposent pour d'autres professions, et avoir ouvert ce champ de la pratique avancée à l'ensemble des professions paramédicales constitue une spécificité française. Il faut garder à l'esprit que les professions telles que nous les connaissons en France ne sont pas universelles : elles sont seulement françaises. Les infirmiers anesthésistes par exemple n'existent pas dans de nombreux pays : au Canada, seuls existent des inhalothérapeutes, dont le champ d'action beaucoup plus restreint les apparente davantage à des kinésithérapeutes, d'ailleurs appelés « physiothérapeutes », comme en Suisse ou en Belgique. Le métier de psychomotricien n'existe pas dans certains autres pays. Les orthophonistes sont appelés « logopèdes » en Belgique et « logopédistes » en Suisse, et ainsi de suite. Si j'encourage une évolution de ces professions vers la pratique avancée, il faut donc comprendre qu'elle se limitera à un champ français, et qu'elle devra rester acceptable pour la population. Cela signifie qu'elle devra rester compréhensible, et que les nouveaux professionnels devront rester identifiables. Sur le terrain, les IPA sont précisément aujourd'hui confrontés à cette difficulté de ne pas être identifiés. Une communication est nécessaire à cet égard. Chaque fois qu'on imagine un nouveau métier, il est indispensable de le promouvoir et de s'assurer qu'il répond à une réelle demande de la population. Les professionnels le rappellent en permanence. Ce qu'ils souhaitent, c'est travailler au cœur de leur métier et nulle part ailleurs.

Madame Wonner, vous posez la question fondamentale de l'importance que nous accordons à nos soignants. Je ne pourrai pas y répondre moi-même, mais je pense que nous y apportons une réponse chaque fois que nous leur apportons une forme de reconnaissance. L'évolution de leur formation constitue une telle reconnaissance, qui est très importante et très attendue de leur part. Il faut demander à chacun ce qu'il souhaite, et non pas imaginer ce qu'il souhaiterait. Si les professionnels de santé sont à ce point demandeurs à ce sujet, c'est qu'il est réellement important pour eux. Cela doit finir par nous interroger, et nous devons accélérer ce processus. À cet égard, il faut quand même reconnaître que la DGOS a vraiment accéléré le travail de réingénierie de très nombreuses professions, représentant près des deux tiers des professions paramédicales. Un tiers d'entre elles sont cependant encore laissées « sur le bas de la route ». Le calendrier est très serré. Ce problème n'ayant pas été traité durant près de vingt ans, la charge de travail est très importante et rattraper le retard accumulé prendra du temps. Cette accélération est néanmoins indispensable.

Vous parlez également de valoriser l'humain. Tous les professionnels ont ainsi rappelé qu'ils souhaitaient travailler dans leur cœur de métier, qui consiste à s'occuper des autres. Il n'est donc pas possible de valoriser leurs professions si l'on ne comprend pas qu'il s'agit de métiers du soin, dont les professionnels ne souhaitent pas qu'ils s'intellectualisent. Ils veulent que leurs professions soient universitarisées pour qu'elles aient accès à la recherche paramédicale, ce qui est indispensable pour les améliorer, mais ils veulent quand même rester centrés sur leurs métiers en tant que tels, et non devenir des intellectuels, mais rester des techniciens, qui sachent réaliser les gestes, les actes cliniques, et poser des diagnostics.

M. Dharréville a posé la question des salaires. L'universitarisation et la promotion des professions paramédicales seraient nécessairement suivies d'une revalorisation des salaires. Les plus inégalement traités à cet égard étaient peut-être les masseurs kinésithérapeutes en milieu hospitalier qui, après cinq ans d'études, ne relevaient que d'une grille indiciaire à bac + 3. De telles inégalités considérables sont en train d'être supprimées, mais elles ont persisté durant de nombreuses années. Les salaires en milieu hospitalier sont vraiment revus à la hausse par le ministère de la santé, mais il a besoin de continuer à progresser et peut-être de changer de méthode, car certaines professions sont encore oubliées : vous avez parlé des préparateurs en pharmacie, mais d'autres professions, et parfois même certains infirmiers, sont oubliés également, parce qu'ils ne relèvent pas des périmètres concernés.

M. Michels a posé de nombreuses questions sur la démographie et l'évolution des professions, comme sur les passerelles existantes entre aides-soignants et infirmiers. Je ne dispose pas de chiffres à ce sujet. Plusieurs articles publiés dans des revues spécialisées ont montré que la « légende urbaine » selon laquelle de nombreux infirmiers quittaient leur profession ne pouvait s'appuyer sur aucun chiffre existant. Il s'agit donc davantage d'un ressenti que d'un fait objectif. Il est néanmoins certain qu'un véritable mal-être existe dans l'ensemble des

professions, et chez les infirmiers en particulier, qui, suite à la crise sanitaire, sont nombreux à dire envisager de changer de métier, pour quitter l'hôpital notamment, car les conditions de travail y sont devenues trop pénibles pour eux. Le manque de reconnaissance est également très mis en avant, ce qui montre l'importance de s'orienter vers une universitarisation.

M. Michels a aussi évoqué la question du grand âge. Si ce rapport met en avant la nécessité de faire évoluer la formation, c'est aussi parce que le monde du soin et de l'aide aux personnes est bien l'un des secteurs où les besoins en recrutement seront les plus importants dans les années à venir. Les effectifs manquent déjà beaucoup dans certains secteurs et dans certaines professions, et nous en manquerons encore plus à l'avenir. Une augmentation en nombre des effectifs de toutes les professions est indiquée dans un tableau du rapport, mais elle reste très insuffisante au regard des besoins de la société. Ces besoins en recrutement nécessitent de rendre le secteur aussi attractif que possible en accordant une reconnaissance aux professionnels.

M. Perrut a parlé d'un « défi » : c'en est un, auquel nous sommes confrontés depuis longtemps. Promouvoir l'interprofessionnalité constitue une demande très forte de la part des professionnels, et surtout des étudiants, qui entrent dans leur vie professionnelle en se rendant compte qu'ils ne connaissent rien aux autres professions. Ils ont émis de nombreuses propositions pour y remédier, et des actions ont été mises en place en ce sens, mais qui restent largement insuffisantes. Des enseignements communs avec les autres professions peuvent parfois être mis en place lorsque les professions sont universitarisées, mais des moments d'échanges, et des échanges de rôle ou des exercices communs de simulations sont très demandés. Ils existent déjà dans certains centres hospitaliers universitaires, mais représentent un coût et ne sont pas suffisamment développés. Créer des colloques interprofessionnels fait également partie des propositions. Une multitude de petits gestes et d'enseignements sont ainsi à mettre en place systématiquement dans l'ensemble des professions, de l'aide-soignant au médecin, pour permettre de mieux comprendre quel est le rôle de chacun dans l'architecture de santé.

Comment simplifier les procédures d'admission ? Depuis maintenant deux ans, Parcoursup est devenu la règle, ce qui a déjà considérablement simplifié l'admission pour l'ensemble des professions. Les études infirmières constituent ainsi la formation la plus demandée à Parcoursup. Tout n'est cependant pas simple. La réforme des études médicales, avec la mise en place du parcours accès santé spécifique (PASS) et des licences avec option accès santé (LAS), a beaucoup complexifié leur lisibilité. Les kinésithérapeutes par exemple ont le choix entre quatre filières – PASS, LAS, sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ou première année de licence de biologie – pour suivre leur première année. Certes, les étudiants ne savent pas toujours exactement ce qu'ils souhaitent faire après le bac, mais l'essentiel est alors de prévoir des passerelles. Il n'est pas possible de laisser certains étudiants, dans des zones d'indécision,

accumuler durant plusieurs années des connaissances générales qui ne soient pas spécifiques à un métier et ne les spécialise pas réellement dans une profession. Pour devenir ergothérapeute, il faut s'y consacrer durant trois ans, et non passer deux années en cursus universitaire généraliste avant d'intégrer le parcours d'ergothérapeute. Les étudiants savent quand ils veulent s'engager dans de tels métiers, et il faut pouvoir les y aider.

Les psychomotriciens sont également les seuls à ne pas avoir affaire à Parcoursup.

Monsieur Belhaddad, vous parlez du manque de professionnels. Combien de places sont ouvertes dans nos territoires ? Ce sont actuellement les régions qui décident de ce nombre de places. L'universitarisation n'impliquera pas nécessairement de changement à cet égard. Il sera possible de laisser les régions décider du nombre de places qu'elles peuvent créer. Augmenter le nombre de ces places constitue cette fois un coût certain à intégrer au niveau des régions, l'État dispensant seulement les trames d'enseignement et les maquettes de formation. La première conséquence de l'universitarisation sera le développement du nombre de places en formation, ce qui est indispensable dans un secteur où les recrutements seront considérables. Penser que le reste de l'Europe pourra venir répondre aux besoins constitue un non-sens, car ces besoins sont absolument universels, et chaque pays a besoin de ses propres professionnels. Il n'est donc pas possible de penser qu'ils nous enverront leurs professionnels, d'autant plus que leur formation sera très différente si nos propres professionnels ne sont pas universitarisés. Il faut donc procéder par étapes, commencer par l'universitarisation, ensuite ouvrir des places supplémentaires, puis créer des passerelles. Le monde est à nous : à nous de nous en saisir.

Mme Nicole Trisse. Il me semblait que la formation des kinésithérapeutes ne passait plus par les PASS et LAS. Elle a donc peut-être été déjà simplifiée, du moins en France.

Par ailleurs, vous avez évoqué treize professions qui devraient être universitarisées. Il faudrait cependant selon moi expliquer quels sont ces métiers aux jeunes avant qu'ils aient à s'inscrire sur Parcoursup. Il leur est aujourd'hui demandé à 17 ans de cocher une case, alors qu'ils ne savent pas en quoi ces métiers consistent. Pour davantage valoriser les formations à ce type de professions, avant même de réformer ces formations en elles-mêmes, ne serait-il pas plus judicieux d'aider les conseillers d'orientation et les professeurs à expliquer la nature de ces métiers, au niveau du moins des lycées, et en lien avec l'éducation nationale ? Il n'est pas possible selon moi de demander à des jeunes de 18 ans de choisir ou non la carrière d'ergothérapeute. À titre personnel, je ne savais pas en quoi consistait le métier d'ergothérapeute à 18 ans, et je ne suis pas sûre de le comprendre totalement à mon âge, car personne ne m'a jamais parlé de ce métier. Une telle approche aiderait probablement aussi à fluidifier l'ensemble des formations possibles, à mieux déléguer certaines tâches et sans doute à harmoniser les formations au niveau européen.

Mme la présidente Fadila Khattabi. L'orientation constitue un problème global en France.

Mme la rapporteure. Elle constitue en effet un problème tout court. Les conseillers d'orientation sont là pour aider les élèves qui entrent au lycée à savoir quel métier choisir. Ils y ont trois ans, non pas pour les orienter définitivement, mais au moins pour les informer sur les métiers existants et sur les possibilités ouvertes. Je ne sais pas comment est conduite l'information sur les professions paramédicales dans les établissements, mais elle est visiblement insuffisante. Votre remarque sur les ergothérapeutes est très pertinente. Comme celle de pédicure-podologue ou de psychomotricien, l'ergothérapie est d'ailleurs une profession que l'on choisit généralement par défaut, lorsqu'on n'a pas réussi à obtenir une formation au « métier phare » d'infirmier. En effet, les élèves qui arrivent à 18 ans au bac ne connaissent pas l'ensemble des professions. Ces professions paramédicales, mal connues, sont alors placées en dixième choix, même si les étudiants sont ensuite satisfaits d'intégrer ces formations.

C'est pourquoi aussi il est nécessaire de simplifier ces filières. Il existe des milliers de BTS : comment un conseiller d'orientation pourrait-il informer les lycéens de l'existence de chacun d'eux ? De plus, un élève qui par exemple demandera comment devenir diététicien, métier qui commence à être connu, pourra se voir conseiller de devenir nutritionniste, métier qui demande moins d'études, alors qu'en fait les deux métiers souhaitent désormais être fusionnés. Par ailleurs, plusieurs diplômes et différentes études permettent de devenir diététicien, selon différents PASS en fonction des régions. Il s'agit donc d'un sac de nœuds, pour lequel un véritable toilettage est nécessaire.

Les conseillers d'orientation devraient également pouvoir signaler que les professions paramédicales sont très sollicitées, présentent des niveaux de recrutement très importants et permettront de trouver très rapidement et facilement un emploi. Avec les mesures de revalorisation des salaires et d'universitarisation que nous promouvons, il s'agit également de métiers qui offriront de véritables perspectives d'évolution de carrière. Universitariser le métier de psychomotricien permet, et permet seul, de continuer par exemple à évoluer après avoir exercé le métier de psychomotricien durant quinze ans. Même si cela ne relève pas de mes compétences, il me semble donc que les conseillers d'orientation devraient mettre l'accent sur ces professions, qui plaisent aux étudiants qui s'y forment, et surtout recrutent. Ces arguments me semblent plutôt attractifs.

Les kinésithérapeutes peuvent bien toujours passer par la voie PASS-LAS, mais toutes les universités ne proposent cependant pas des places de kinésithérapeutes en PASS ou en LAS : il faut donc dans certaines régions passer par STAPS ou une licence de biologie pour devenir kinésithérapeute. La situation est donc très disparate sur les territoires. Une réingénierie qui se termine actuellement permettra cependant de valider les cinq années d'études des kinésithérapeutes en leur

accordant le grade de master, donc une reconnaissance qui sera suivie d'une reconnaissance salariale et statutaire.

Mme Nicole Trisse. Je vous remercie d'avoir évoqué dans votre rapport ces treize professions qui sont rarement citées.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je remercie également la rapporteure et la félicite pour la qualité de ses travaux comme de ses réponses aux questions des députés.

Mme la rapporteure. Je souhaite également remercier très chaleureusement les services de l'Assemblée, sans lesquels ce rapport n'aurait pu exister.

En application de l'article 145, alinéa 7, du Règlement, la commission autorise la publication du rapport d'information.

ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

- **Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) – M. Stéphane Le Bouler**, secrétaire général, et rédacteur du rapport sur l'universitarisation des études de santé
- **Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales (ANDEP) – Mme Florence Girard**, présidente
- *Audition d'associations étudiantes paramédicales :*
 - **Fédération des associations générales étudiantes (FAGE) – M. Mamadou Ndoye**, vice-président en charge des affaires de santé
 - **Fédération nationale des étudiants en audioprothèse – M. Dylan Giran**, président
 - **Association nationale des étudiants en psychomotricité – Mme Alma Lelièvre**, présidente
- **Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) – M. Éric Trouvé**, président, **M. Théo Brunois**, trésorier, **Mme Marie Brissac**, administratrice, et **M. Nicolas Biard**, directeur technique
- *Table ronde des infirmier.e.s en pratique avancée (IPA) :*
 - **Association nationale française des infirmier.e.s en pratique avancée (ANFIPA) – Mme Sophie Chrétien**, présidente
 - **Conseil national professionnel des infirmier.e.s en pratique avancée (CNP IPA) – Mme Julie Devictor**, présidente
 - **Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA) – Mme Tatiana Henriot**, présidente
- *Table ronde de professionnels de la rééducation*
 - **Syndicat national d'union des psychomotriciens (SNUP) – Mme Florence Bronny**, présidente
 - **Fédération française des psychomotriciens (FFP) – M. Nicolas Raynal**, secrétaire général
 - **Fédération française des masseurs kinésithérapeutes-rééducateurs (FFMKR) – M. Sébastien Guérard**, président, et **M. Laurent Rousseau**, premier secrétaire général

– **Fédération nationale des orthophonistes (FNO)** – **Mme Anne Dehêtre**, présidente, et **Mme Marie Tabaud-Deboth**, vice-présidente chargée de la promotion de la santé

➤ *Table ronde de professionnels prothésistes :*

– **Fédération nationale des podologues (FNP)*** – **M. Jean-Louis Lafeuillade**, président, et **Mme Dominique Rouland**, vice-présidente

– **Union française des ortho-prothésistes** – **M. Philippe Izard**, vice-président, **M. Stéphane Brangier**, délégué général, et **M. Michel Rebord**, directeur délégué à l'enseignement supérieur du lycée de La Salle (Alès)

– **Fédération française des podo-orthésistes (FFPO)** - **M. Hugues Bontemps**, président, **Mme Marielle Dufaure**, déléguée générale, et **M. Olivier Pons**, directeur général de l'Institut supérieur technologique Montplaisir

– **Syndicat national de l'orthopédie française (SNOF)** – **M. Jacques Fecherolle**, président

➤ **Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation** – **Mme Anne-Sophie Barthez**, directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, et **Mme Christine Ammirati**, conseillère en charge de la santé et de la formation au cabinet de la ministre

➤ *Table ronde des filières audio-visuelles :*

– **Rassemblement des opticiens de France (ROF)** – **M. Patrice Camacho**, trésorier, et **M. Nicolas Raynal**, administrateur

– **Syndicat des audioprothésistes** – **M. Luis Godinho**, président, **M. Brice Jantzen**, vice-président, et **M. Stéphane Gallego**, secrétaire général adjoint., docteur en génie bio-médical et professeur des universités à Lyon 1

– **Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)** – **M. Laurent Milstayn**, président

➤ *Table ronde des métiers de l'assistance médicale et technique :*

– **Association française des techniciens de laboratoire médical (AFTLM)** – **Mme Edwige Caroff**, présidente

– **Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE)** - **M. Matthieu Caby**, président, et **Mme Béatrice Jamault**, présidente du Comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale (CHCFMEM)

– **Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN)** – **M. Ghislain Grodard-Humbert**, président

- *Table ronde des infirmiers :*
 - **Fédération nationale des infirmiers (FNI)** – **M. Daniel Guillerm**, président
 - **Convergence infirmière (CI)** – **M. Judicaël Feigueux**, trésorier adjoint et **M. Xavier Caloin**, administrateur
 - **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI)** – **M. Thierry Amoureux**, porte-parole
 - **Coordination nationale infirmière (CNI)** – **Mme Nathalie Depoire**, ancienne présidente et porte-parole

- *Table ronde des infirmiers spécialisés :*
 - **Syndicat national des infirmiers de bloc opératoire (Snibo)** – **M. Geoffroy Triboulin**, vice-président
 - **Syndicat national des infirmiers(e)s conseiller(e)s de santé (SNICS-FSU)** – **Mme Carole Pourvendier**, **Mme Sylvie Magne** et **Mme Saphia Guereschi**, secrétaire générale
 - **Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants** – **Mme Brigitte Prévost Meslet**, présidente
 - **Syndicat national des infirmiers-anesthésistes (SNIA)** – **M. Christophe Paysant**, président

- **Ministère des solidarités et de la santé** – **Mme Katia Julienne**, directrice générale de l'offre de soins

- **Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports** – **Mme Isabelle Bourhis**, cheffe du pôle social

- **Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)** – **Mme Julie Pougheon**, directrice de l'offre de soins

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*