



Positionnement de la FHF vis-à-vis des écoles de formation paramédicale

Rappel du cadre réglementaire

- La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a décentralisé au profit de la région un des rares pans de la formation professionnelle qui était restée jusqu'ici sous la responsabilité de l'Etat : les formations sanitaires et sociales. Ces formations font l'objet de schémas régionaux spécifiques qui viennent compléter le plan régional de développement des formations.

Les formations sanitaires transférées aux régions sont précisément et limitativement énumérées dans l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

Si certaines compétences restent du domaine de l'Etat, d'autres reviennent aux régions. Outre la délivrance des diplômes et la définition des contenus de formation, l'Etat conserve la fixation du nombre d'étudiants admis à entreprendre des études ainsi que la répartition de ces quotas entre régions en fonction des besoins de la population. L'Etat donne également son avis sur les créations d'établissements ainsi que sur l'agrément des directeurs.

Les régions ont, quant à elles, compétence pour attribuer les aides aux étudiants, répartir les quotas et les capacités d'accueil entre les instituts régionaux de formation, ainsi que pour procéder à l'agrément et à la nomination des directeurs des établissements assurant des formations sanitaires. Enfin, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 confie aux régions la responsabilité de la gestion et du financement des instituts de formations.

Le Conseil régional s'est vu transférer le financement des frais de fonctionnement et de l'équipement des instituts de formation publics mentionnés à l'article L. 4383-3 du code de la santé publique. Les régions peuvent également participer aux charges de fonctionnement et d'équipement des instituts de formation privés. Dans ce cas, leur obligation est limitée au montant des dépenses engagées par l'Etat avant le transfert.

- La mise en place des accords de Bologne relatifs à la réforme dite LMD (Licence, Master, Doctorat) fait entrer progressivement les formations paramédicales inscrites dans le code de la santé publique, dans un système d'universitarisation dont la finalité est de donner au-delà du diplôme professionnel, une valence universitaire aux étudiants. L'université devient dès lors un acteur important et nouveau du dispositif puisque c'est avec elle que s'organise les enseignements de chaque formation ayant fait l'objet d'un reengineering. Une convention tripartite est co-signée par le représentant des établissements de santé, administrateur du GCS créé pour l'occasion, l'université de référence le plus souvent ayant la faculté de médecine en son sein et le Conseil Régional, financeur des formations.

A ce jour, quatre écoles ou instituts de formation sont entrés dans le dispositif LMD :

- les instituts de formation en soins infirmiers depuis 2009,
- les instituts de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale, en pédicurie podologie, les écoles de formation d'infirmiers anesthésistes depuis 2012.

Quels constats ?

- Pour obtenir des valences universitaires acceptables par les universités, la réingénierie en cours a réduit et de manière très importante, la partie professionnelle au profit des parties théoriques et des savoirs fondamentaux. Pour les études d'infirmier(e) (valence Grade Licence), la partie théorique occupe désormais près d'un tiers de la formation, mais près de la moitié pour la formation IADE et la valence Master, ce qui n'est pas sans poser problèmes, sur la professionnalisation des étudiants et leur capacité à occuper un poste à la sortie des écoles. S'il est trop tôt pour porter une appréciation définitive, beaucoup d'établissements se plaignent des difficultés opérationnelles rencontrées avec les nouveaux formés infirmiers. Les périodes d'adaptation à l'emploi et de formation à la sortie des écoles ont le plus souvent été rallongées pour renforcer les apprentissages pratiques. La professionnalisation est estimée insuffisante par les cadres de santé et leur hiérarchie. Il faut noter aussi une hétérogénéité des IFSI et des lieux de stage.

Les difficultés actuelles sur les autres professions restant à réingénierer, montrent qu'il n'y a de pas véritables liens entre la réingénierie des formations, les valences universitaires et les emplois qui vont avec. Plus la valence universitaire sera élevée, plus le poids de l'université dans la formation sera important, plus le lien avec les emplois qui sont en amont, sera stratégique pour les établissements de santé.

- L'articulation dans le temps entre les cours théoriques et les stages est insuffisante.

- La charge de travail des tuteurs (personnels hospitaliers) des étudiants en cours de formation est plus lourde que par le passé du fait d'une plus faible adaptation du cursus aux besoins. D'autre part, la nouvelle formation par compétences demande une approche de la formation et de l'évaluation à laquelle les services hospitaliers ne sont pas encore assez préparés.

- Les méthodes pédagogiques des Universités sont très variables et parfois lourdes à mettre en œuvre. Certains cours se limitant à l'envoi de CD qui, pour leur bonne utilisation, exige un accompagnement soutenu et consommateur de temps pour les formateurs des écoles.

- Le montage et fonctionnement des GCS mériterait d'être amélioré et sans doute renforcé pour créer plus de synergie et de mutualisation entre les écoles (diffusion des bonnes pratiques, accès à l'E Learning, à la Simulation...).

- Il n'y a pas suffisamment de collaboration des Régions avec les établissements de santé pour la définition des quotas de formation.

Quels enjeux pour les établissements de santé ?

Concernant la formation :

- mieux adapter la formation initiale des paramédicaux aux besoins des patients et notamment des patients hospitalisés.
- renforcer l'attractivité des établissements de santé notamment vis-à-vis des publics soignants (infirmière en particulier), en maintenant le lien étroit école-terrain qui permet encore aujourd'hui des recrutements facilités
- éviter une inversion de la finalité de la formation paramédicale, comme dans certains pays ou après la licence obtenue à l'université, on doit obtenir une valence professionnelle avec des effets coûts d'adaptation à l'emploi très importants pour les employeurs.
- faciliter l'inter professionnalité entre filière pendant la formation
- maintenir un lien étroit entre formation initiale et formation continue qui permet aujourd'hui aux écoles de proposer des formations, mais aussi et c'est très important, de mutualiser des moyens et des ressources humaines;
- faciliter la mobilité des personnels des écoles et notamment les cadres de santé formateurs afin d'alterner l'exercice professionnel dans les unités de soins et l'exercice en école.
- permettre la mise en place de nouvelles formations liées à l'évolution des métiers
- poursuivre et ajuster l'évolution du dispositif de formation LMD

Concernant le rôle de l'hôpital

- redonner une place importante à l'hôpital dans la gouvernance du dispositif
- redéfinir les relations entre régions et universités
- définir et préciser les modalités de financement, notamment en matière d'investissement
- maintenir une implantation territoriale à partir des établissements de santé, élément d'attractivité pour les étudiants et les établissements
- améliorer la qualité de l'offre de stage hospitalier

Quelles propositions ?

- **Des écoles paramédicales professionnelles**

- Principe général: les écoles de formation paramédicale sont des écoles professionnelles chargées de former des professionnels de santé en situation d'occuper directement un emploi à la sortie des études. La réingénierie doit leur permettre d'obtenir un diplôme professionnel leur permettant d'exercer et une valence universitaire, et non pas le contraire.
- Le rôle des établissements de santé doit être renforcé dans la définition des besoins et des contenus de formation, au regard du caractère unique de leur expertise métier.

- La gestion des apprentissages terrain relève des établissements de santé. La place des stages est fondamentale dans la formation au risque, justement, si ce lien se distendait de perdre le lien avec l'emploi. L'enseignement théorique et les modalités pédagogiques relèvent majoritairement de l'université. Et donc à ce titre, la localisation des écoles au sein des établissements de santé est une garantie de professionnalisation.
- La réingénierie doit se poursuivre mais en n'oubliant jamais ce lien formation/emploi qui concerne directement les employeurs et pour lequel ils doivent justement être consultés, en amont des décisions prises par les pouvoirs publics

- **Une organisation territoriale et multi filière sous la forme d'un GCS de moyens**

- Afin de renforcer l'attractivité des formations paramédicales, l'organisation territoriale doit être repensée. Un projet d'institut de formation territoriale (régionale ou infra-régionale selon la taille de la région) avec si besoin des « antennes » locales est à soutenir.
- Cet institut doit permettre une harmonisation des formations au sein d'une même filière professionnelle et entre filières. Il regrouperait toutes les écoles paramédicales avec un projet pédagogique commun multi-filière, une mutualisation des moyens et ressources et éventuellement une direction commune. Il s'agit de former ensemble des professionnels amenés à travailler ensemble.
- Les formations communes interprofessionnelles pour certaines formations paramédicales (IDE, MK, orthophonistes...) doivent être mises en œuvre selon des modalités à étudier afin de développer la transversalité.
- Une évolution des GCS est à envisager. Actuellement, il s'agit essentiellement d'un support juridique. Une évolution vers un GCS de moyens permettrait d'en améliorer les relations avec les partenaires (Universités, régions, ARS).
- La place des écoles de cadres doit être revue ainsi que le contenu et les modalités pédagogiques de formation pour évoluer vers des instituts de management régionaux ouverts à toutes les filières (soins, administratives, médicales...) et en lien avec les universités et sans doute d'autres acteurs de formation.

- **Le maintien des liens entre formation initiale et continue**

- Le dispositif de formation ne peut plus s'envisager uniquement en termes de formation initiale : la mise en place de la formation tout au long de la vie (FTLV), puis du développement professionnel continu (DPC) oblige à envisager de relier de plus en plus « formation initiale et formation continue ». La mise en place du GCS, tel que cité ci-dessus, faciliterait la mise en œuvre de cet objectif.

- **Une gouvernance à faire évoluer**

- La FHF reconnaît la responsabilité de l'Etat en matière de définition et répartition des quotas entre régions ainsi que de définition des contenus de la formation.
- Au sein de chaque région, une structure de coordination des formations sanitaires et médico-sociales pilotée par le Conseil Régional pourrait être installée réunissant les universités, les employeurs et notamment les établissements de santé, les écoles de formation, les OPCA. Sa mission serait de définir les grandes orientations des politiques de formation (dont la territorialisation de l'offre et l'évolution des quotas par métier) mais aussi de s'assurer du lien permanent entre les volumes d'étudiants formés par les différentes écoles de formation et les besoins du territoire, ainsi que de l'adéquation entre les compétences attendues sur les métiers et les contenus des formations.
- La création de GCS de moyens permettrait la mutualisation, le partage des ressources, et notamment le développement d'accès à de nouvelles ressources, impossible à financer par chaque école actuellement (e-learning, Simulation...). Elle faciliterait aussi l'harmonisation des contenus de formation. Les établissements employeurs y seraient représentés à triple titre : direction d'établissement, coordination générale des soins, et direction d'école. L'université, l'ARS, le Conseil Régional et une représentation des élèves seraient membres de droit. Au sein du GCS, plusieurs instances/ comités sont à envisager tant sur le plan pédagogique que sur le plan organisationnel. Enfin le GCS serait le seul interlocuteur pour les échanges avec la région et l'université.
- Une évolution est aussi à envisager au niveau des équipes d'enseignants. S'il est tout à fait légitime d'avoir une équipe pédagogique permanente, les autres enseignants doivent être enseignant sur une durée déterminée dans le cadre d'un parcours professionnel diversifié (alternant l'enseignement et les services hospitaliers) voire « bi -appartenant » (partage de temps entre enseignant et service hospitalier) selon les possibilités et besoins des établissements et instituts.

- **Aspect financier**

- Il pourrait être envisagé un co-financement Région/ ARS/établissement hospitalier des équipements.
- Le budget des écoles devenues GCS serait maintenu en budget annexe financé par subvention régionale et frais de scolarité.
- Les coûts de la scolarité seraient harmonisés pour les écoles au sein du GCS, alors qu'actuellement les coûts sont différents y compris dans une même région sur laquelle sont implantées plusieurs écoles d'une même filière.

L'hôpital public doit réaffirmer sa légitimité et sa responsabilité dans la formation des paramédicaux.

C'est un enjeu important en termes d'attractivité et de positionnement régional. La formation des professions paramédicales est une mission de service public, et rentre donc tout à fait dans le champ de la Fonction Publique Hospitalière.

Composition du groupe de travail :

- **Thierry ACQUIER**, Délégué Régional FHR PACA
- **Nadine BARBIER**, Responsable du pôle Ressources humaines hospitalières de la FHF
- **Richard BARTHES**, Directeur de la Formation des personnels – accompagnement Ressources humaines et des projets structurants au CHU de Toulouse.
- **Bernard DAUMUR**, Directeur Général du CHU de Rouen, représentant la Conférence des Directeurs Généraux de CHU
- **Odile DECKER**, Directrice de l'IFSI de Nanterre
- **Luc DURAND**, Coordonnateur Général des Soins au CHU de Bordeaux, Président de la Conférence des Directeurs de Soins de CHU
- **Danièle LACROIX**, Directrice du CHI de Meulan-les-Mureaux, représentant la conférence des Directeurs de CH
- **Lydie FROMENT**, Directeur adjoint - DRH du CHU de Besançon
- **Pierre GAUTHIER**, Président de l'Union Nationale des Associations de Formation et de Recherche en Intervention Sociale (UNAFORIS)
- **Stéphane MICHAUD**, Président de l'Association Française des Directeurs de Soins (AFDS)
- **Nicolas SAVALE**, DRH au CHU de Clermont-Ferrand

→ Groupe de travail coordonné par Richard BARTHES et Nadine BARBIER.