



Inspection générale
des affaires sociales

RM2008-081P

Inspection générale de
l'administration de l'éducation
nationale et de la recherche
N°2008-068

EVALUATION DE L'IMPACT DU DISPOSITIF LMD SUR LES FORMATIONS ET LE STATUT DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

RAPPORT

Établi par

Aquilino MORELLE

Membre de l'Inspection générale des
affaires sociales

Jacques VEYRET

Gérard LESAGE

Membres de l'Inspection générale de
l'administration de l'éducation nationale et
de la recherche

Ainsi que

Dominique ACKER

Dominique NOIRE

Conseillers généraux des établissements de santé

Synthèse

1. UNE DEMARCHE VOLONTARISTE, POSITIVE ET LEGITIME.

L'IGAS, l'IGAENR, l'IGF et le CGES ont été saisis d'une mission interministérielle sur « La reconnaissance des diplômes d'Etat professionnels paramédicaux et de sages-femmes par référence au schéma universitaire européen Licence-Master-Doctorat ».

La prise en compte de la reconnaissance du cursus de formation des professionnels paramédicaux dans le cadre du système LMD est largement attendue par les organisations professionnelles et les organisations étudiantes concernées.

Cette attente, forte, correspond à des préoccupations elles aussi prégnantes :

- la reconnaissance du niveau de qualification d'exercice des métiers paramédicaux, en conformité avec le développement des savoirs requis et des responsabilités assumées car le niveau licence pour exercer les métiers de soignants correspond à la durée des études réellement poursuivies, donne la possibilité d'accès aux niveaux de maîtrise et de doctorat, concrétise une amélioration du positionnement de ces métiers dans l'échelle sociale et peut leur conférer une plus grande attractivité ;
- la mise en conformité avec la référence reconnue au plan européen, pouvant faciliter l'insertion des professionnels concernés sur le marché du travail européen ;
- l'« universitarisation » des études –question délicate-, est considérée par les associations d'étudiants comme devant améliorer la qualité de l'enseignement prodigué et permettre de disposer de bases communes aux professionnels de santé favorisant les passerelles entre les filières de formation ;
- la revalorisation financière de cette reconnaissance nouvelle et jugée légitime de métiers difficiles et souvent pénibles.

La mise en œuvre du processus de Bologne est l'occasion d'organiser une convergence des formations au niveau européen et d'aller au-delà de la première étape franchie en ce qui concerne la mobilité des professionnels, de passer du droit à exercer une fois le diplôme obtenu dans son propre pays à un droit à poursuivre son cursus d'études dans un autre pays de l'Union. Certains pays se sont résolument engagés dans cette voie. Ce sont des pays nordiques (Suède, Norvège ...), des pays de l'Est (Pologne, Bulgarie, ...) et des pays du Sud (Espagne, Italie ...).

Un rapide panorama européen des trois principales formations des professions de santé fait en particulier apparaître :

- *d'une part, que la France serait de plus en plus isolée si elle se maintenait dans un système sans aucun lien avec l'université et le dispositif LMD ;*
- *d'autre part, qu'une tendance s'affirme nettement dans les pays anglo-saxons vers la gradation des niveaux de formation avec un double niveau pour les infirmières et des niveaux de pratiques avancées.*

La mission considère que l'inscription des professions paramédicales, ainsi que de celle de sage-femme, dans le cadre du dispositif LMD constitue une perspective positive, légitime et fructueuse.

D'abord, parce que la reconnaissance du niveau licence (Bac + 3) aux diplômes paramédicaux aurait une valeur symbolique forte, indépendamment du souhait « *d'universitarisation* » de la formation.

Ensuite, parce qu'au regard de l'attractivité de la formation, le dispositif LMD représente une avancée dans la mesure où il autorise :

- les passerelles entre formations, donc la possibilité d'une réorientation professionnelle pour ceux qui souhaitent de ne pas être enfermés à vie dans une profession ;
- la possibilité de reprendre des études et de se spécialiser après un certain temps d'exercice, donc d'évoluer dans sa carrière et son exercice professionnel ;
- la mobilité en cours de formation initiale ou ultérieure, soit sur le territoire national, soit dans l'espace européen ;
- la garantie de qualité dans les connaissances transmises grâce au vivier de l'université, à son potentiel de recherche et aux échanges entre disciplines qu'elle peut faciliter.

Enfin, la mise en œuvre du processus de Bologne pour les professionnels de santé représenterait l'occasion de revisiter le contenu et les méthodes de formation des professionnels avec pour objectifs :

- l'amélioration de la qualité de l'enseignement et du contenu des formations ;
- le partage entre professionnels de différentes filières d'un certain nombre d'enseignements notamment en économie, éthique et sciences humaines, afin qu'ils acquièrent un langage et une culture communs ;
- le décloisonnement des différentes filières d'études médicales et paramédicales en permettant l'instauration de passerelles grâce à la validation des crédits ECTS ;
- la sensibilisation des professionnels à la recherche documentaire et à l'analyse de publications ;
- la conception de formations de niveau supérieur (masters 1 ou 2) permettant aux professionnels d'évoluer vers des compétences plus étendues en matière de soins et de pratiques de santé publique et d'accéder ainsi à de nouveaux métiers ;
- la possibilité pour les professionnels de santé de s'engager, avec la mise en place d'un doctorat, dans un parcours d'enseignement et de recherche en soins, et par là-même le développement en France d'une recherche clinique actuellement quasi-inexistante ;
- l'ouverture, enfin, du dispositif de formation sur l'espace européen et la facilitation des échanges dès la formation initiale.

2. UNE REFORME AMBITIEUSE, DELICATE ET A L'IMPACT FINANCIER IMPORTANT.

Dès lors que la licence professionnelle est d'ores et déjà l'accès naturel au niveau de la licence, par la voie d'une année d'études supplémentaire, des formations technologiques courtes dans les universités (DUT) et des formations post-secondaires dans les lycées (BTS), la mission est appelée à se prononcer sur le positionnement au regard de la licence des autres titres, savoir les deux certificats de capacité et les sept diplômes d'Etat suivants :

- certificat de capacité d'orthophoniste ;
- certificat de capacité d'orthoptiste ;
- diplôme d'Etat d'audioprothésiste ;
- diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ;
- diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;
- diplôme d'Etat de pédicure-podologue ;
- diplôme d'Etat d'ergothérapeute ;
- diplôme d'Etat de psychomotricien ;
- diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale.

Le champ de la réforme est donc large.

Cette réforme apporterait une réponse à l'enjeu de l'émergence des « nouveaux métiers ». Elle permettrait aussi de faire émerger une nouvelle filière de formation des enseignants et des cadres.

Face à ces perspectives, les positions des principaux acteurs sont contrastées.

En particulier, les organisations syndicales représentatives sont, dans leur ensemble, favorables à l'inscription dans le dispositif LMD des professions paramédicales. Elles considèrent en particulier la mesure comme positive au regard de la nécessité d'améliorer l'attractivité des professions soignantes –notamment celle d'infirmière- auprès des jeunes générations. Elles soulignent la nécessité de traiter en priorité les infirmiers diplômés d'Etat (IDE), compte tenu des perspectives démographiques alarmantes qui sont celle de ce corps (un syndicat évalue à 200.000 diplômés les besoins à couvrir dans les cinq ans pour une mise sur le marché de nouveaux professionnels de l'ordre de 120.000). Mais elles sont toutes attachées à la dimension professionnelle de la formation et considèrent comme indispensable que cette dimension soit préservée si les études d'IDE devaient à l'avenir s'inscrire dans un cadre universitaire. L'enjeu doit rester de former des personnels qualifiés pour dispenser les soins nécessaires à la population. Toutes estiment que la réforme doit prendre en considération les facteurs démographiques et qu'elle devrait répondre aux diverses attentes des professionnels en termes d'exercice, de rémunération et de formation professionnelle.

De manière plus générale, si l'universitarisation des études paramédicales était retenue, elle devrait, pour être fructueuse, respecter un certain nombre de conditions.

La première est la préservation impérative d'un contenu et d'une finalité professionnels à ces formations.

Du point de vue social, ensuite, il paraît indispensable de tenir compte de la réalité sociologique et du niveau de recrutement actuel des infirmières : la moitié environ des élèves ont un bac professionnel ou sont des aides-soignantes admises au titre de la formation professionnelle. Ceci doit conduire à écarter toute formule qui ferait courir le risque d'une formation élitiste ou trop abstraite, dérive qui détournerait cette formation d'une de ses vocations : la promotion professionnelle. Le maintien de la promotion interne est fondamental. Dans le même esprit, le dispositif retenu devrait faire toute sa place à la VAE. Il est vital pour l'hôpital que les nouveaux cursus de formation ne constituent pas une entrave à l'accès des aides-soignants à la profession d'infirmière.

Au regard du déroulement des études d'infirmier, l'émergence d'une filière complète d'études, souhaitable en elle-même, devrait respecter certaines limites. Ainsi, l'admission en master devrait se faire selon les modalités universitaires de droit commun (admission sur dossier / entretien) et ne devrait en tout état de cause concerner qu'un nombre limité de personnes, et cela afin d'éviter toute « fuite en avant ». Quant au grade de docteur, postulé par les candidats aux fonctions d'enseignement et de recherche, il serait donc d'accès très restreint.

La nécessité de décloisonner des formations trop souvent éloignées les unes des autres devrait conduire à instaurer autant que possible des passerelles entre ces formations et à en favoriser l'usage. De même, l'universitarisation doit être l'occasion d'instaurer des formations communes par la voie d'unités d'enseignements mutualisées. Ces remarques valent non seulement entre formations paramédicales, mais aussi entre ces dernières et les études médicales, dans l'esprit des conclusions du rapport Thuilliez.

Positive, et ouvrant une nouvelle perspective de progrès, la reconnaissance du niveau licence pourrait se révéler coûteuse. Avant même d'exposer l'impact financier de cette réforme, il convient de garder présentes à l'esprit deux considérations importantes :

- il n'existe pas de lien automatique entre le classement d'un corps dans une catégorie de la fonction publique et le niveau de diplôme nécessaire pour accéder à ce corps ;

- l'allongement de la durée de la formation des IDE s'est réalisé en trois étapes, la durée initiale des études de 22 mois en 1961 passant à 28 mois en 1972, puis 33 mois en 1979, enfin à 36 mois et 7 semaines en 1992. Il serait par conséquent possible de considérer que seuls les personnels diplômés à partir de 1995 puissent -compte tenu de la durée de leurs études- bénéficier d'une reconnaissance en L, ce qui ramènerait le champ des personnels concernés par la réforme à ceux rentrés dans la profession depuis 13 ans et moins.

L'impact financier lié au passage de ces personnels en catégorie A serait important.

Sur 5 ans, le surcoût cumulé pour la FPH, auquel viendrait s'ajouter le surcoût pour le secteur PSPH, *s'élèverait à 2,6 M2€*, ce qui correspond à *un coût en base d'environ 439M€ la 1^{ère} année (1.400€ par agent et par an)*, évoluant à la marge au cours des années suivant la mise en œuvre de la réforme.

Montant auquel il convient d'ajouter les revalorisations induites dans les corps comparables ou liés des fonctions publiques d'Etat (infirmières de l'Education nationale, en particulier) ou des collectivités territoriales. *Ce surcoût moyen chargé atteindrait 11,755 M€ par an (687 € par agent et par an), soit un total cumulé sur cinq ans de 58,8 M€.*

A ces effets presque directs sur les trois fonctions publiques, devraient s'ajouter des répercussions financières dans le secteur privé : que ce soit dans son versant hospitalier et médico-social ou son versant ambulatoire.

En ce qui concerne le secteur hospitalier privé, l'impact financier ne serait pas direct, ce qui rend sa mesure délicate.

Dans l'hypothèse d'une extension aux corps socio-éducatifs, *l'impact sur le secteur médico-social privé*, en majeure partie constitué de structures associatives, n'est pas aussi immédiat que dans la fonction publique hospitalière ou territoriale. La mesure de cet impact est ainsi délicate ; il peut néanmoins être estimé à *400 M€ sur 5 ans*.

Dans le secteur ambulatoire, l'évolution des honoraires des professionnels de santé paramédicaux libéraux est fixée par convention avec l'assurance-maladie. Elle n'est par conséquent pas liée au niveau d'études requis pour exercer ces professions, ni à l'évolution des salaires dans la fonction publique, ni à celle des conventions collectives. Toutefois, il n'est pas envisageable, à long terme, qu'une déconnexion trop large intervienne entre les rémunérations des professionnels salariés et libéraux. *Le surcoût ONDAM serait d'environ 90 M€.*

Des contreparties sont envisageables dans le cadre de la négociation.

Dans les trois fonctions publiques, tout d'abord.

Le passage en catégorie A et la revalorisation qui pourrait en résulter pour les agents concernés pose la question des éventuelles contreparties à envisager et à négocier, dès lors qu'il n'existe pas de lien automatique entre la reconnaissance du niveau de la licence pour le diplôme d'Etat d'infirmier et le classement en catégorie A.

De surcroît, comme il a été indiqué précédemment, seuls les infirmiers en fonction depuis 1995 ont effectué des études d'une durée de 37,5 mois ; il pourrait y avoir une logique à ce qu'ils soient également les seuls à bénéficier d'un reclassement en catégorie A.

Pour la mission, il conviendrait de distinguer le cas des personnels en place –quelle que soit la date d'obtention du diplôme- de celui des futurs soignants.

Pour les agents recrutés à l'issue du nouveau cursus d'études sanctionné par une licence (soit à partir de 2012 sur la base d'une mise en place de la réforme en 2009), la mission estime possible d'ouvrir une négociation autour du classement de principe en « sédentaire » avec

une ouverture en classement « actif » pour les postes identifiés comme pénibles par l'expertise DHOS/CNRACL.

Cette négociation pourrait, entre autres, porter sur les contreparties suivantes :

- l'amélioration des organisations et des conditions de travail ;
- les perspectives de déroulement de carrière et d'évolution des missions susceptibles d'être confiées aux agents atteignant un niveau supérieur à celui de la licence ;
- une revalorisation substantielle des salaires.

Le maintien de la possibilité d'être classé en catégorie « active » serait la contrepartie principale d'une majoration salariale modérée. Des pistes complémentaires de négociation pourraient être proposées.

Pour les agents en place (ou en cours de formation actuellement selon l'ancien cursus), la mission rappelle le précédent du passage du statut d'instituteur à celui de professeur des écoles.

A cette occasion, il avait été proposé aux instituteurs en place de choisir entre :

- le maintien en catégorie B accompagné du maintien du droit à la liquidation de la pension à 55 ans ;
- le reclassement dans le nouveau corps des professeurs des écoles, classé en catégorie A, en plusieurs phases, par listes d'aptitude, permettant aux intéressés d'accéder à l'indice plafond 966 brut, mais avec comme contrepartie le classement du corps en catégorie sédentaire (liquidation de la pension à 60 ans).

La garantie d'un droit à la liquidation de la pension à 55 ans pour les agents ayant effectué 15 ans sur un poste classé en catégorie active avait été accordée.

La mission propose de retenir une démarche de même nature avec pour les personnels en poste (ou devant prendre un poste à l'issue d'une scolarité effectué dans le dispositif actuel), comportant l'ouverture d'une option entre :

- le maintien dans le régime actuel (tant au regard des rémunérations que de l'âge de départ à la retraite) ;
- le passage dans le nouveau régime avec l'ensemble des dispositions présentées supra (aux plans de la rémunération, de l'avancement et de la retraite).

Pour conclure, une concertation pourrait s'ouvrir avec les organisations syndicales qui porterait sur les points suivants :

- identification des bénéficiaires de la réforme : tous les soignants en poste quelle que soit la date d'obtention du diplôme + étudiants en cours de formation + diplômés relevant du nouveau schéma LMD ;
- niveau de revalorisation des rémunérations : celui-ci peut rester limité dès lors que la contrepartie « retraite » prend en compte la pénibilité ;
- identification des postes réputés pénibles permettant à l'agent l'occupant activement durant une période conséquente (par exemple 15 ans) de conserver son droit à la retraite en catégorie active.

Ces principes vaudraient pour les agents en place et pour les futurs entrants.

La négociation pourrait porter sur la classification des postes de travail en fonction de leur pénibilité comme actif ou sédentaire, la norme étant le classement en sédentaire et l'exception le classement en actif (les fiches de postes et l'identification de la nature des risques encourus sur un poste de travail dans le cadre du Document Unique pourraient servir de référence objective), sur la durée d'exercice nécessaire sur un poste classé pénible pour ouvrir le droit à la retraite à 55 ans, sur

les modalités de décompte de la durée d'occupation de ce poste (par exemple prise en compte exclusive des périodes de travail effectif) :

- Identification pour les postes classés en sédentaire des primes, indemnités ou NBI retenues en contrepartie du niveau de responsabilité exercée (nouveaux métiers) ;
- Sur les modalités d'exercice du droit d'option proposé aux agents en poste, sachant que l'option n°1 (« *maintien dans la situation actuelle* ») ne présente d'intérêt que pour ceux qui, faute d'avoir exercé suffisamment de temps sur des postes classés « *actifs* », ne pourraient partir à 55 ans.

Négociations dans le secteur privé ambulatoire, également.

Les pistes en la matière pourraient être :

- un engagement à réduire le nombre d'acte au global, ou d'actes en AIS (nursing) ;
- un nouvel engagement fort sur la démographie de la profession (répartition sur le territoire) ;
- des délégations de tâches (à voir avec la réflexion actuelle sur ce sujet) permettant aux infirmières titulaires d'une licence d'effectuer plus de tâches ;
- un engagement de formation supplémentaire continue avant d'accéder à la revalorisation tarifaire.

3. UNE MISE EN ŒUVRE DEVANT PRIVILEGIER TROIS ORIENTATIONS.

3.1. Le choix d'une universitarisation maîtrisée.

A cet égard, trois options ont été écartées par la mission.

Le classement au niveau II de la nomenclature des niveaux de formation dans le répertoire national des certifications professionnelles est la première de ces options. Les diplômes des auxiliaires médicaux sont actuellement classés au niveau III (Bac +2), même lorsque la formation dure trois ans. Toutefois ce scénario n'est pas constitutif en soi d'une universitarisation et n'est donc pas recommandé.

L'attribution du grade de licence aux titulaires du DE consisterait à conférer de plein droit le grade de licence aux titulaires d'un diplôme d'Etat (ou d'un certificat de capacité). S'agissant en premier lieu des structures, cette option aurait pour avantage son extrême simplicité de mise en œuvre (conservation en l'état des organismes de formation, des formateurs...). Sur le plan juridique, cette formule est également aisée à concevoir et à édicter. Cette option a donc le mérite de la simplicité.

Mais, par trop rudimentaire, elle n'apporte que des ébauches de solution. Elle répond mal, voire pas du tout, aux aspirations des étudiants visant notamment à la possibilité d'accès au niveau master dans une filière à mettre en place à l'université dès le niveau de la licence. Ne s'accompagnant pas d'une rénovation substantielle du contenu des formations, des méthodes d'enseignement ni du profil des formateurs, une telle équivalence ne serait, en réalité, qu'une occasion manquée, ne procurant aucune garantie quant à la possibilité de poursuite d'études ou de réorientation souhaitées par les personnes concernées. Une équivalence de grade, fondée sur la seule durée des études, négligeant les écarts nés de la nature des formations, ne manquerait pas d'être contestée par une communauté universitaire attentive, à juste titre, au niveau des diplômes, et courrait ainsi le risque d'être rapidement perçue comme une licence « au rabais ». Cette option n'est par conséquent pas préconisée par les rapporteurs.

La solution de l'universitarisation totale, quant à elle, n'a pas paru réaliste aux membres de la mission car :

- elle entraînerait le transfert aux universités de l'ensemble des formations assurées dans les 335 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) ;
- les études préparant aux professions paramédicales s'accommodent mal des orientations qui encadrent la délivrance en trois ans de cette licence.

Une solution pertinente : le conventionnement entre universités et organismes de formation.

Plusieurs interlocuteurs des membres de la mission ont évoqué la possibilité d'universitariser les IFSI à l'instar de ce qui s'est fait pour les IUFM. Une telle perspective répondrait mal à l'organisation des IFSI, au rôle qui a été dévolu aux régions en ce domaine, à la mission spécifique de ces organismes qui en fait des acteurs essentiels de la politique de santé publique, à leur dispersion sur le territoire. L'entrée des formations en soins infirmiers dans le cursus du LMD, avec le partenariat qu'il suppose avec l'enseignement supérieur, peut permettre d'envisager des évolutions institutionnelles. Pour l'heure, une intégration des IFSI dans les universités ne paraît donc pas souhaitable.

3.2. *Le respect des spécificités des différentes professions concernées.*

3.2.1. *La profession maïeutique : parachever une universitarisation déjà engagée.*

Dans l'esprit de la déclaration de Dublin (le 15 décembre 2007), par laquelle l'*European Midwives Association* s'est engagée clairement et avec force pour la poursuite de l'universitarisation au sein de l'Union Européenne –universitarisation dont elle souligne les avantages attendus au regard des impératifs de santé publique-, la mission considère que la profession maïeutique doit effectivement s'inscrire désormais pleinement dans cette dynamique.

Elle pourrait utilement le faire en suivant les axes suivants que propose la mission :

- conservation d'une filière autonome ;
- ou bien inscription dans le dispositif de formation commun aux 4 professions médicales et pharmaceutique préconisé par le rapport du Pr.Thuilliez ;
- reconnaissance du DE de maïeutique au niveau master 2 ;
- instauration de passerelles avec les études de médecine : admission possible, sur dossier et sélection, d'un nombre déterminé de diplômés (M2) en 3^{ème} année de médecine, par exemple ;
- conservation des passerelles existantes entre professions paramédicales et maïeutique.

D'une manière plus large, cette évolution institutionnelle et pédagogique pourrait conduire à envisager de nouvelles perspectives pour cette profession :

- le recentrage de l'activité des obstétriciens sur la grossesse pathologique et des maïeuticiens sur la grossesse physiologique, les examens prénatal et postnatal et la contraception ;
- l'évolution vers un statut de PH pour les maïeuticiens ;
- l'institutionnalisation de l'autonomie de la profession maïeutique au regard de la profession infirmière (le statut des maïeuticiens relève du livre IV de la FPH ce qui place ces derniers sous l'autorité de la direction des soins) et au regard du corps médical (bien que profession médicale, la profession maïeutique ne peut pour l'heure se gérer de façon autonome : les écoles sont certes dirigées par des directeurs maïeuticiens, mais sous la responsabilité de directeurs techniques qui sont des obstétriciens PU-PH).

3.2.2. La profession infirmière : privilégier la licence professionnelle.

Le choix de la licence professionnelle, recommandé par la mission, présente trois avantages majeurs.

- Ce schéma doit permettre de conserver le contenu et la finalité professionnels de la formation tout en favorisant l'élargissement des compétences et des possibilités de mobilité des étudiants.
- Surtout, il permettrait l'insertion progressive des personnes issues de la formation professionnelles (aides-soignantes) dans le cadre et le mode de fonctionnement de l'Université, en ménageant une transition lors des deux premières années d'études.
- Enfin, l'organisation pédagogique mise en œuvre dans le cadre de la licence professionnelle, qui maintient les deux premières années de scolarité dans des organismes de formation dans lesquels le nombre d'élèves ou d'étudiants peut être fixé de manière annuelle ou pluriannuelle en vertu de l'article L.4383-62 du code de la santé publique (quotas), est compatible avec la volonté du ministère chargé de la santé de s'assurer de la maîtrise des flux d'étudiants souhaitant intégrer une filière d'études para médicales.

Précaution substantielle -de nature à rassurer toute forme d'inquiétude quant à la qualité de la formation professionnelle dispensée-, la mission propose la coexistence, au moins dans un premier temps, de deux diplômes : le DE et la nouvelle licence professionnelle. La substitution pure et simple de cette licence à l'ancien DE est également envisageable et aurait le mérite de la simplicité et de la cohérence ; mais elle se heurterait vraisemblablement à la réticence de nombre d'acteurs importants, et notamment des milieux professionnels concernés.

3.2.3. Les autres professions paramédicales.

De l'examen des métiers exercés, il ressort que ces professions relèvent de deux filières professionnelles distinctes :

- les manipulateurs d'électroradiologie médicale,
- les métiers de la réadaptation.

Les métiers de la réadaptation.

L'organisation générale de la licence professionnelle pourrait au cas d'espèce être mise en œuvre :

- maintien des deux premières années après concours d'entrée dans les écoles ou instituts avec rénovation des études et en lien avec une université pour les organismes non universitaires,
- transformation de la dernière année en année de licence professionnelle (L3) organisée par l'université en lien avec l'institut ou l'école,
- conventions entre instituts ou écoles et universités et aménagement du règlement de l'examen final (note éliminatoire, augmentation du nombre des professionnels au jury...).

S'agissant des structures de formation, la mission considère que l'exemple de l'Institut des sciences et techniques de la réadaptation de l'Université Lyon1 (institut constituant une composante de l'université, régi par l'article L. 713-9 du code de l'éducation, ex article 33 de la loi du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur) qui rassemble des formations de statuts divers, devrait être suivi pour développer des enseignements communs et de haut niveau. Cette architecture pédagogique valable pour l'ensemble des professions de la réadaptation, conduisant à une licence professionnelle des sciences de la réadaptation avec mention de la spécialité, concernerait aussi bien les six formations présentes à Lyon 1 (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, audioprothésistes) que les pédicures-podologues.

Les manipulateurs d'électroradiologie médicale.

La profession de manipulateur d'électroradiologie médicale est accessible non seulement aux titulaires du diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale mais également aux titulaires du diplôme de technicien supérieur (DTS) en imagerie médicale et radiologie thérapeutique délivré par le recteur après trois années d'études organisées dans des lycées. La mission, qui n'a pas été à même de peser les avantages et les inconvénients de cette dualité, considère que cette question mérite un approfondissement et que des rapprochements sont sans doute souhaitables, l'architecture de la licence professionnelle étant adaptable.

La mission a d'ailleurs relevé avec intérêt les développements consacrés à cette profession par le rapport rendu en 2007 sur « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* » par le professeur Yvon Berland, qui mentionnent l'existence de licences professionnelles et l'accès aux masters dans ce domaine.

3.2.4. La nécessité d'une application graduelle.

La réforme devrait être étalée dans le temps, soit environ 5 ans. **A cet égard, la mission considère qu'il serait opportun d'engager le mouvement** en commençant par deux professions : celle de maïeuticien et celle d'infirmier.

Si les propositions du rapport étaient retenues, elles pourraient être mises en œuvre selon le calendrier suivant :

- **septembre 2009** : rénovation de la 1ère année des études d'infirmières en IFSI en coopération avec l'université ;
- **septembre 2010** : rénovation de la 2ème année des études d'infirmières en IFSI en coopération avec l'université ;
- **septembre 2011** : mise en place de la licence professionnelle en soins infirmiers à l'université en lien avec l'IFSI.

La transposition à la filière de réadaptation, avec d'éventuelles spécificités (1ère année commune, instituts, etc...) serait réalisée concomitamment. Des réflexions seraient conduites en parallèle sur la mise en place des masters professionnels.

3.3. La nécessaire concertation avec l'échelon régional.

Les représentants de l'ARF ne sont pas hostiles à une nouvelle définition des règles, mais à la condition qu'elle n'entraîne pas de coût supplémentaire pour les finances régionales. C'est pourquoi, dans un environnement en pleine évolution, il conviendrait d'anticiper en discutant avec l'ARF des modalités de l'universitarisation qu'entraînerait le passage au système LMD.

Cette clarification et cette concertation, nécessaires, pourraient emprunter les pistes suivantes :

- principe d'une décentralisation du patrimoine (malgré l'intrication des bâtiments) ;
- clarification des compétences ;
- mise en place de schémas régionaux des formations paramédicales.

La Conférence des présidents d'université devrait être associée aux discussions de manière à engager parallèlement au niveau régional le dialogue sur ce sujet entre les universités et les collectivités territoriales.