

## **Refonte de la formation infirmière : et si on passait directement aux travaux pratiques ?**

### **10 orientations-clés proposées au ministre de la Santé et de la Prévention**

#### **Synthèse opérationnelle**

Tout le monde en convient : les infirmiers-ères sont un pilier de notre système de santé. Il importe donc de conforter la place, le rôle et l'attractivité de cette profession. Cela passe par une meilleure reconnaissance, notamment pécuniaire, en ville et à l'hôpital, mais aussi par des évolutions réglementaires des missions et par une révision substantielle du cadre de formation.

Certains sujets ont besoin de concertation, au sein de la profession ou avec les autres professions. D'autres n'ont besoin « que » d'un engagement politique (ré)affirmé et d'une action puissante en termes de mise en œuvre.

Tout cela peut être résumé à travers 10 orientations clés :

1. Consolider l'analyse des besoins, réformer la régulation quantitative des effectifs en formation et renforcer les moyens de cette formation dans la durée ;
2. Prolonger la revalorisation de la profession infirmière, en ville comme à l'hôpital ;
3. Revoir l'encadrement réglementaire de la profession dans le sens d'une affirmation de son rôle aux côtés des médecins et des autres professions de santé et d'une plus grande flexibilité ;
4. Moderniser la fabrique de la formation en privilégiant les logiques d'accréditation et d'évaluation en vigueur dans l'enseignement supérieur ;
5. Développer les possibilités d'accueil en stage en rénovant le cadre réglementaire, en reconnaissant l'engagement des tuteurs et en renforçant la coordination territoriale ;
6. Préserver la diversité sociale de la profession en renforçant les moyens de formation pour les publics fragiles et en développant l'alternance et l'apprentissage ;
7. Réaffirmer l'objectif d'intégration universitaire de la formation infirmière et fixer une échéance pour parachever le processus, en matière de droits des étudiants, de soutien à la recherche, de diplomation universitaire, de contractualisation, de formation des formateurs notamment ;
8. Renforcer la dimension universitaire des sites de formation en soins infirmiers ;
9. Revoir le statut des instituts de formation en renforçant leur autonomie pédagogique, en lien avec l'Université ;
10. Rénover le pilotage Etat-régions de ces formations dans le cadre d'un dialogue permanent et équilibré.

Alors, engageons la concertation sur les sujets où celle-ci paraît nécessaire (orientations 2, 3 et 9 notamment) mais passons vite aux travaux pratiques pour tout le reste.

Le ministre de la Santé et de la Prévention, François Braun, a annoncé le 12 mai une « grande concertation » en vue de la rénovation de la profession infirmière et de la « refonte complète » de la formation à l'horizon de la rentrée 2024.

Un tel calendrier, comportant concertation, travaux pratiques, évolution de la réglementation et des organisations de formation, apparaît *a priori* peu réaliste, d'autant qu'avec Parcoursup le cadre de formation doit pouvoir être décrit de longs mois avant la rentrée.

Sauf à considérer que, sur nombre de sujets, il s'agit avant tout de passer à l'acte.

Donc, plutôt que de partir dans un vaste processus de dialogue tous azimuts<sup>1</sup>, peut-on humblement suggérer au ministre de la Santé de fixer fermement le cadre de discussion, voire de passer aux travaux pratiques sur tous les sujets qui ont déjà été largement instruits, notamment, dernièrement, par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche<sup>2</sup>.

Pour plus de clarté, nous avons rangé les questions auxquelles il nous semble nécessaire de répondre d'emblée dans trois catégories : la place et le rôle de la profession infirmière, les caractéristiques pédagogiques et les moyens de la formation, les questions institutionnelles.

## I. Quelle place et quel rôle pour la profession infirmière ?

L'IGAS et l'IGESR le rappellent sans perfidie : la question de l'évolution du décret d'actes infirmier et l'idée de raisonner sur des missions ne sont pas nouvelles. Elles étaient déjà présentes en 2008 au moment de la préparation de la *Loi relative à l'hôpital, aux patients et aux territoires* (dite « HPST ») et l'idée avait dû être abandonnée à l'époque, faute de consensus parmi les acteurs.

D'où sans doute l'idée de « grande concertation » pour franchir aujourd'hui le cap alors qu'on entend faire évoluer le rôle des infirmiers-ères dans le sens d'un élargissement de leurs compétences, que l'évolution du système de santé requiert.

Un certain nombre d'acteurs ont sans doute la crainte de lâcher la proie (une prescription réglementaire très précise et détaillée à travers le décret d'actes) pour l'ombre (des missions), au risque que la latitude donnée aux organisations de terrain tire la profession vers le bas, en fonction des besoins.

Le corollaire de cette transformation, que nous appelons de nos vœux, est donc d'être parfaitement clair sur le rôle et la place de la profession infirmière.

### 1. Faut-il et peut-on former plus d'infirmier-ères ?

Le mouvement de desserrement des quotas a été enclenché en 2020 quelques mois après le déclenchement de la crise Covid, devant les difficultés de recrutement croissantes des hôpitaux et des établissements médico-sociaux.

En plusieurs vagues, ce sont plus de 6.500 places qui ont été ou vont être ajoutées pour les entrées en formation. Contrairement à ce qu'ont pu avancer certaines organisations<sup>3</sup>, cette augmentation des quotas ne s'est pas faite sans moyens<sup>4</sup>. L'Etat a même opéré un transfert massif de moyens aux régions (responsables de ces formations, rappelons-le) pour consolider les ressources mises en œuvre sur le

---

<sup>1</sup> Depuis la *Grande conférence de santé* de 2015-2016 notamment, les concertations n'ont pas manqué.

<sup>2</sup>IGAS, IGESR, Évolution de la profession et de la formation infirmières, octobre 2022 [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-030r\\_-\\_rapport\\_infirmiere.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-030r_-_rapport_infirmiere.pdf)

<sup>3</sup> [https://www.cefiec.fr/communique\\_presse/augmentation-des-places-en-ifsi-lexecution-de-la-formation-infirmiere-communique-fnesi-cefiec/](https://www.cefiec.fr/communique_presse/augmentation-des-places-en-ifsi-lexecution-de-la-formation-infirmiere-communique-fnesi-cefiec/)

<sup>4</sup> Et les 2.000 places en plus à la rentrée 2023, évoquées par la Première ministre dans sa *Feuille de route*, présentée le 26 avril 2023, ne sont que la dernière tranche d'augmentation prévue, non une mesure nouvelle.

terrain<sup>5</sup> : en rythme de croisière, +273 millions par an de dotations de l'Etat aux régions.

Ces organisations ont en revanche raison lorsqu'elles soulignent que les dispositifs d'accueil en stage n'ont pas été revus en conséquence (cf. infra).

Autrement dit, si les besoins à venir sont importants, les capacités de formation sont actuellement au bord de la saturation, notamment en raison de la pénurie de professionnels en exercice. Cela rend la question particulièrement sensible.

Si on se concentre sur les effectifs à former, comment faire en sorte 1) de conduire une analyse rationnelle et prospective des besoins (c'est l'objet du travail engagé récemment par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, qui devra être poursuivi dans la durée et étayé par une vision prospective en matière d'innovations et d'organisation des soins et par la consolidation des données statistiques sur les carrières et la mobilité), 2) d'adapter les outils de régulation (comment sortir des quotas définis au niveau national ?), 3) de garantir une évolution en continu des moyens en fonction des effectifs en formation (pour assurer une formation de qualité) ?

## **2. Quelle place assigne-t-on aux infirmiers-ères à l'hôpital, dans le secteur médico-social et en ville ?**

Le *Ségur de la santé* a apporté des revalorisations aux salariés. C'est un élément important en termes d'attractivité mais cela ne semble pas avoir, pour l'heure, enrayé les formes de désaffectation pour le métier ou pour l'exercice salarié.

Le sujet des conditions de travail et du coût de la vie, la reconnaissance des sujétions particulières (travail de nuit ou le week-end), les problèmes d'hébergement et de transport doivent être pris à bras le corps et commencent à l'être – tardivement – par les organisations hospitalières et les fédérations d'employeurs.

Au-delà, quel rôle assigne-t-on à cette profession intermédiaire dans la définition des projets d'établissement et dans l'organisation du système de santé ? Comment maintenir la qualité de la formation tout en répondant aux urgences des recrutements ? Comment associe-t-on des perspectives de carrière (cf. infra la promotion professionnelle) à cette reconnaissance ?

Comment reconnaît-on enfin le rôle essentiel des infirmiers libéraux dans le maintien du tissu de prise en charge de proximité ? Après l'échec des conventions avec les masseurs-kinésithérapeutes et avec les médecins, il ne faudrait pas commettre les mêmes erreurs avec les infirmiers libéraux. Les infirmiers en pratique avancée sont importants et ce n'est pas Lisa qui dira le contraire pour avoir toujours soutenu les progrès en la matière, mais ce sont les infirmiers libéraux qui tiennent littéralement le soin à domicile aujourd'hui... et ils ont joué un rôle essentiel, on le sait, dans le temps du Covid. Leurs préoccupations doivent être entendues... en laissant de côté la vieille méfiance des « budgétaires » vis-à-vis de l'exercice libéral infirmier.

## **3. Quel encadrement réglementaire veut-on réellement bâtir ?**

L'IGAS et l'IGESR ont bien posé les termes du débat décret d'actes / définition de missions. C'est un débat légitime et sérieux, qui ne doit pas être instruit de façon manichéenne. « *L'exercice professionnel des infirmiers est fondé aujourd'hui sur un décret d'actes qui constitue, par son degré de précision, une spécificité française. Dans la plupart des pays, la profession infirmière est généralement définie par*

---

<sup>5</sup> Protocole Etat-régions signé le 14 mars 2022 par le Premier ministre, Jean Castex, et la présidente de Régions de France, Carole Delga  
[https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2022\\_03\\_communique\\_de\\_presse\\_de\\_m.\\_jean\\_castex\\_premier\\_ministre\\_-\\_le\\_gouvernement\\_et\\_les\\_regions\\_renforcent\\_leur\\_engagement\\_commun\\_en\\_faveur\\_des\\_formationen\\_sanitaires\\_et\\_sociales\\_-\\_14.03.2022.pdf](https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2022_03_communique_de_presse_de_m._jean_castex_premier_ministre_-_le_gouvernement_et_les_regions_renforcent_leur_engagement_commun_en_faveur_des_formationen_sanitaires_et_sociales_-_14.03.2022.pdf)

*grandes missions. Ce système du décret d'actes entre en tension avec l'évolution continue des besoins de santé, qui appelle au développement de missions plus globales comme la coordination du parcours ou la prévention, pour lesquelles les infirmiers jouent d'ores et déjà un rôle important. En outre, l'évolution de la démographie médicale oblige à repenser l'organisation et la répartition des compétences entre professionnels de santé. [...] Au vu de l'attachement de nombreux acteurs au décret d'actes, il convient de ne pas négliger une première approche s'inscrivant dans la structure actuelle de ce décret pour identifier quels actes seraient susceptibles d'être intégrés dans le socle de compétences des infirmiers. La seconde approche consiste à déterminer les missions à développer en se fondant d'une part sur les besoins insuffisamment couverts dans le système actuel et d'autre part sur la capacité de la profession infirmière à y répondre en lien avec les autres professions de santé. »*

C'est sur cette alternative que la mission IGAS-IGESR recommande de conduire une concertation pour envisager les missions à définir autour du triptyque prévention-coordination-soins de proximité, pour traiter les questions frontalières avec l'exercice médical de la consultation et de la prescription, pour envisager la meilleure façon de sécuriser l'exercice des compétences (à travers la qualité de la formation socle acquise en formation initiale et les expertises complémentaires acquises en formation continue, avec des certifications transférables donc structurées en blocs de compétences), pour travailler aussi les articulations entre les professions et les formes de coordination et revoir enfin la définition législative de la profession infirmière.

Bel objet en vérité pour une grande consultation, nécessairement ouverte aux autres professions.

La construction réglementaire de la profession emporte aussi des conséquences en matière de formation (pas seulement la formation continue). Et sur ces sujets non plus, on ne part pas d'une page blanche.

## II. Quelle formation voulons-nous ?

L'annonce du ministre de la Santé s'est faite à l'occasion de la *Journée internationale de la profession infirmière*. On finit par penser que ces « journées internationales » définissent désormais les agendas ministériels sur tout un tas de sujets, dans le champ de la santé en particulier, mais passons...

Elle s'est faite aussi concomitamment à la sortie d'une étude de la DREES<sup>6</sup> relative aux défections en cours de formation. Certains verront le verre à moitié plein, d'autres le verre à moitié vide. Le titre de la publication prend cette deuxième option et force même le trait : on est passé de 3% de défection en première année en 2011 à 10% en 2021 (année fortement impactée par le Covid, faut-il le rappeler ?) ; les défections sur les trois années de scolarité sont quant à elles passées de 11% à 14%, soit trois points en plus, dégradation sérieuse mais qui n'a rien d'une défection massive. On se préoccupe – légitimement – de ces défections, tant les besoins sont importants, mais les chiffres n'ont rien à voir avec ceux qu'on connaît dans les premiers cycles des universités ou même en IUT<sup>7</sup>. Dans un autre secteur, un récent rapport parlementaire évoquait la situation des armées, avec des taux de résiliation des contrats avant la fin de la formation de 32% pour l'armée de terre<sup>8</sup>. Pour une fois, s'agissant des armées, Parcoursup n'est pas en cause !

Dans un monde où les opportunités d'emploi sont importantes, où la mobilité s'accroît, où la concurrence sur les rémunérations est forte, ces phénomènes ne doivent pas nous étonner. Il faut cependant s'efforcer de fidéliser les apprenants et davantage écouter leur parole, quand ils évoquent leur malaise ou leur mal être.

Parmi les étudiants qui « craquent » en première année, certains se rendent compte qu'en raison de

---

<sup>6</sup> DREES, *Etudes et résultats* n° 1266, « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », mai 2023. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-etudiantes-en-formation-dinfirmiere-sont>

<sup>7</sup> Les étudiants d'IUT étaient en 2020 82% à poursuivre dans la même filière à l'issue de la première année.

<sup>8</sup> « Les armées confrontées à des départs massifs », *Le Monde*, 10 mai 2023

la pénurie de soignants, des responsabilités trop lourdes leur incombent. D'autres découvrent la somme de connaissances à mémoriser à long terme et à intégrer vraiment. D'autres encore observent dans les services de soins des pratiques trop éloignées des valeurs enseignées. Cette dureté du monde du travail, dans un univers qui les confronte par ailleurs à la maladie et à la mort, peut entraîner leur éloignement. D'autres étudiants, plus optimistes peut-être, persévèrent. Le moment du diplôme est alors, pour eux, un accomplissement et une forme de délivrance... Pas étonnant là encore qu'ils n'aient pas envie d'enchaîner immédiatement avec l'entrée dans la vie active ou qu'ils préfèrent des formes d'engagement éphémères (ce que permettait jusqu'à présent l'intérim, au-delà de l'avantage pécuniaire).

#### **4. Comment renforcer l'adaptation des formations aux besoins du système de santé ?**

L'IGAS et L'IGESR ont mis des mots sur les excès de l'encadrement réglementaire de la formation infirmière. « *Le référentiel de formation de 2009, prescriptif et excessivement détaillé, n'est plus adapté aux évolutions du métier. Il doit être révisé en tenant compte des arbitrages relatifs à l'exercice de la profession infirmière, organisé en blocs de compétences et en respectant trois grands principes : la délivrance du diplôme de licence, un caractère moins prescriptif et une évaluation par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES).* »

Au-delà même du résultat décrit par la mission, la construction des « réingénieries » (nom donné aux processus de refonte des formations conduits depuis 2009), c'est-à-dire la fabrique de référentiels métier / compétences / formation-évaluation a plusieurs conséquences :

- ce sont des processus extrêmement lourds et chronophages ; ils ne peuvent donc être renouvelés fréquemment, d'autant qu'il y a une longue file d'attente parmi les professions<sup>9</sup> ; peu à peu, les référentiels de formation s'éloignent donc de la pratique des métiers (le référentiel infirmier a aujourd'hui quinze ans) ;
- ce sont des processus conduits profession par profession, en « silos » selon l'expression consacrée : ils ne préparent donc pas à la coopération entre professions et ne ménagent guère de possibilités d'enseignements communs.

Les référentiels de formation ainsi définis constituent des carcans pour les acteurs de la formation sur le terrain, s'agissant des enseignements théoriques comme des stages.

Carcans paradoxaux cependant dans la mesure où les référentiels nationaux, détaillés à l'excès, sont réputés mis en œuvre sans guère de vérification ou d'assurance qualité, pour ne même pas parler d'évaluation.

La question posée au ministère de la Santé au moment d'engager cette « refonte complète » de la formation est donc simple : entend-il suivre les recommandations de l'IGAS et de l'IGESR et changer radicalement de logique et de méthode en allégeant le cadre réglementaire national et en mettant en place une logique d'accréditation et d'évaluation des formations, en vigueur dans l'ensemble de l'enseignement supérieur universitaire et déjà mise en place pour la formation d'infirmier en pratique avancée (cf. infra le point 7) ?

C'est là un changement majeur et cela transforme évidemment le processus annoncé de refonte de la formation... et la possibilité de tenir le calendrier de mise en œuvre évoqué par le ministre.

#### **5. Comment consolider l'accueil en stage ?**

La qualité de l'accueil en stage est un argument essentiel de la réussite en formation et de la façon

---

<sup>9</sup> Le *Ségur de la santé* de 2020 avait fortement relancé les revendications en matière de réingénierie, faute pour les professions concernées de se voir proposer d'autres perspectives.

dont les étudiants perçoivent celle-ci. Elle retentit, on le sait, sur le maintien en formation *versus* les défections.

Par ailleurs, on ne peut pas développer les effectifs en formation si on ne déverrouille pas les possibilités d'accueil en stage. C'est une lapalissade, justement rappelée par les acteurs de terrain et les organisations professionnelles.

Or qu'est-ce qui a été fait depuis que l'on augmente les effectifs en formation ? Pour ainsi dire, rien. Ce n'est pas faute d'avoir alerté les pouvoirs publics sur le sujet au moment où ils se lançaient dans l'augmentation des quotas<sup>10</sup>.

Il y a plusieurs axes à travailler de front :

Au titre des problèmes capacitaires :

- Assouplir la réglementation : les prescriptions réglementaires strictes concernent aussi bien l'organisation des temps d'enseignement théorique que les temps de stage tout au long du cursus, on l'a dit. Elles encadrent aussi la typologie des stages. Ces prescriptions, qui ne sont pas régulièrement actualisées, peuvent être en décalage par rapport aux réalités de terrain : il en va ainsi de la simulation, en plein développement, dont le potentiel n'est pas forcément pris en compte dans la réglementation. Les évolutions de l'organisation des soins retentissent par ailleurs sur les possibilités et l'opportunité de telle ou telle mise en situation pratique. Il faut donc maximiser le potentiel d'accueil en stage ou optimiser l'apprentissage pratique en adaptant la réglementation ou en se donnant plus de flexibilité par rapport à celle-ci, sans altérer les caractéristiques essentielles de la formation en soins infirmiers.

Pour cela, il convient de revoir la typologie des stages dans le cadre d'une approche par compétences et de mieux utiliser les amplitudes journalières (jour/nuit), hebdomadaires (week-end), annuelle (temps de vacances), en revalorisant les indemnités en conséquence, tout en préservant la qualité de l'encadrement des stagiaires ;

- Revoir l'organisation des stages au long des trois années de formation : moins de stages en première année (mais plus de travaux pratiques et de simulation) et une plus forte concentration des stages en 3<sup>ème</sup> année. Une telle réorganisation permettrait en outre des pré-recrutements en 3<sup>ème</sup> année, sous le format de l'apprentissage (avec une alternance bien travaillée, qui respecte les impératifs liés aux études), avec pour bénéfice connexe de limiter le coût des formations pour les étudiants, tout en concourant à fidéliser les professionnels au bénéfice des établissements engagés dans la formation ;
- Déployer toutes les possibilités d'accueil en stage et mobiliser les acteurs de terrain. La mobilisation de toutes les structures d'accueil possibles doit être recherchée : établissements hospitaliers, quel que soit leur statut, établissements médico-sociaux, maisons de santé ou autres structures de regroupement des professionnels de santé, cabinets libéraux, structures de santé publique (santé scolaire et universitaire, protection maternelle et infantile – PMI, santé au travail, lutte contre les addictions...). Il convient de développer les incitations à cette fin (politique d'accréditation, financement des structures de ville, subvention aux associations impliquées dans les politiques de santé) et de renforcer la coordination territoriale pour optimiser le potentiel d'accueil en stage et mieux prendre en compte les conditions matérielles (transport et hébergement), contrainte essentielle pour les étudiants stagiaires. Une coordination territoriale plus systématique organisée par l'Agence régionale de santé, en partenariat avec la Région, paraîtrait opportune ;

Au titre de la qualité des stages :

- Mettre en place une plateforme d'évaluation de la qualité des stages, avec une vraie grille

---

<sup>10</sup> Ce sujet a été largement présent et instruit dans le cadre de la concertation préparatoire au *Protocole Etat-Régions* de mars 2022.

d'appréciation mettant en exergue les objectifs d'apprentissage, dans le but d'entendre la parole des étudiants et d'accompagner les équipes encadrantes. Un tel dispositif devrait aller de pair avec une procédure d'agrément des stages comme cela se fait à l'Université. Les stages considérés comme non formateurs auraient ainsi vocation à perdre leur agrément ;

- Enfin, bien entendu, consolider les conditions d'encadrement par les personnels en poste au sein des services d'accueil : il faut avancer sur la reconnaissance des fonctions de tutorat mais, au-delà, on ne traitera pas les questions de formation pratique sans considérer que l'encadrement des stagiaires fait partie des missions fondamentales des soignants et qu'il convient donc d'en tenir compte en termes de présence dans les services.

Il faut donc un travail de fond sur l'apprentissage pratique, technique et réflexif, sur une véritable alternance intégrative, qui ne se limite pas à la question des stages.

Plus qu'une consultation, on attend des engagements très forts du ministère sur ces questions et sur les moyens afférents.

## **6. Comment préserver la diversité sociale de ces formations ?**

Le recrutement socialement diversifié de la profession infirmière fait sa richesse et doit être préservé. Cela distingue cette profession de la plupart des professions de santé post bac. Cette diversité se construit en formation initiale et en formation continue (autre particularité).

En formation initiale, l'admission dans les formations concerne des étudiants aux profils social et scolaire dispersés (du bac professionnel au bac scientifique). Cette diversité n'est pas formellement prise en charge par les tutelles et par les institutions de formation alors qu'il conviendrait à l'évidence de ménager *a priori* des rythmes de formation et des moyens à mobiliser différents selon les profils. Ce que le « oui si », prévu par la *Loi de mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants* (loi ORE) mais jamais mis en œuvre pour les IFSI, permet de proposer aux étudiants. Les redoublements sont aujourd'hui une variable d'ajustement quand le rythme de formation apparaît trop intense pour certains publics. Des dispositifs de consolidation sont aussi bâtis localement mais on gagnerait à mieux organiser tout cela sans attendre que les difficultés surgissent.

L'autre versant de la diversité tient à la place de la promotion professionnelle. Il importe de renforcer le travail de gestion des compétences au niveau de l'encadrement de proximité et des services de Ressources humaines. Mais il faut aussi se préoccuper davantage des conditions pratiques de l'accès aux formations. Comment peut-on devenir infirmier-ère quand on a commencé sa carrière comme aide-soignant-e ? La promotion professionnelle est un objectif assumé par les organisations hospitalières mais le coût de la formation<sup>11</sup> dans un registre classique apparaît dissuasif, d'où une pratique malthusienne qui n'offre pas de perspectives de carrière à un grand nombre de postulants, avec de grandes disparités en la matière entre les territoires.

En pareil cas, deux possibilités existent pour réduire les coûts : réduire le temps de formation ou transformer l'organisation. La première option peut être explorée s'il s'agit de mieux reconnaître les acquis de l'expérience, dans un processus bien réglé et fluide (ce qu'il n'est pas aujourd'hui) et est à éviter s'il s'agit de dégrader les objectifs de formation. La seconde option est à privilégier en développant l'alternance : il faut permettre à beaucoup plus d'aide-soignants-es d'entrer dans la formation infirmière sous le régime de la formation en alternance, c'est-à-dire en conciliant maintien dans l'emploi et études, ce qui suppose de travailler l'ingénierie pédagogique au sein des IFSI pour permettre l'organisation en parallèle de plusieurs types de cursus. Un peu de complexité à gérer pour un grand bénéfice social !

---

<sup>11</sup> De l'ordre de 140.000 euros pour assurer le coût d'une formation sur trois ans et, surtout, remplacer la personne partie en formation sur son poste.

### III. Quelle organisation institutionnelle des formations ?

Le choix a été fait il y a bientôt quinze ans d'arrimer la formation infirmière à l'Université. Un autre choix aurait pu être fait alors en consolidant l'ancrage professionnel de ces formations élevées au grade licence. Cela aurait supposé un investissement spécifique et important du secteur hospitalier, sauf à s'en remettre à l'enseignement supérieur privé, comme dans d'autres filières.

Le choix de l'Université a été fait mais *a minima* : sans guère toucher aux organisations et en assurant une division du travail prudente entre les instituts de formation et les universités, le tout étant couvert par une convention peu contraignante entre les hôpitaux supports des instituts, les universités et les régions.

Pour ne pas rester éternellement au milieu du gué, le gouvernement a décidé, en 2017-2018, de pousser les feux et de se rapprocher des standards universitaires en termes d'accès aux formations (à travers la plateforme Parcoursup, tel que le prévoyait la loi *ORE* de mars 2018, et par la suppression des concours), de droits des étudiants, de rapport à la recherche (avec la création des sections de qualification aux fonctions d'enseignants chercheurs du Conseil national des universités, en sciences infirmières, en sciences de la rééducation et de la réadaptation et en maïeutique), de diplomation et de fabrique des formations. Sur ces deux derniers registres, essentiels, les évolutions sont à concrétiser et il va bien falloir, par ailleurs, tirer un jour les conséquences organiques du rapprochement avec les universités.

#### 7. Confirme-t-on la dimension universitaire de la formation infirmière ?

Pour la plupart des formations paramédicales de grade licence ou *a fortiori* de grade Master, la dimension universitaire des formations ne fait plus guère de doute. Elle est fortement revendiquée par les étudiants, les formateurs et les professions. C'est le cas en particulier dans le champ de la réadaptation : même si les évolutions ne se sont pas faites du jour au lendemain, il ne viendrait pas à l'esprit des responsables des filières de masso-kinésithérapie ou d'ergothérapie par exemple de renier cet ancrage.

En dira-t-on autant dans la filière infirmière ? Le syndicat étudiant (la FNESI) milite de longue date pour l'intégration universitaire. Il en va de même des organisations de formateurs (CEFIEC et ANDEP) mais qu'en est-il des formateurs de terrain ? L'adhésion a progressé mais on est loin de l'unanimité. Quant à la profession, elle est assez peu mobilisée sur cet enjeu.

De sorte que le politique, lui aussi, peut être amené à se poser des questions voire à osciller.

La question est donc posée aujourd'hui : confirme-t-on l'engagement réaffirmé avec force et au plus haut niveau<sup>12</sup> en 2017-2018 en faveur de l'intégration universitaire de la formation infirmière ?

Un tel engagement ne signifie pas seulement aujourd'hui maintenir l'existant mais suppose de franchir quelques étapes clés en termes de fabrique des formations<sup>13</sup> : à savoir un encadrement réglementaire rénové (en finir avec les référentiels définissant tout dans le moindre détail au plan national. Cf. point 4. ci-dessus), pour mettre en place une logique d'accréditation et d'évaluation des formations par le truchement des universités partenaires des instituts (autrement dit, les universités porteraient les dossiers des instituts aussi bien pour la phase d'accréditation que pour l'évaluation quinquennale), avec à la clé la diplomation universitaire (autrement dit, le fait que le diplôme d'Etat serait désormais délivré par le président d'université).

Derrière ces dispositions d'apparence technique, se déploierait un changement radical, non pas quant

---

<sup>12</sup> Notamment dans le discours du Président de la République, dit « Ma santé 2022 », du 18 septembre 2018

<sup>13</sup> Parmi les orientations récemment prises par les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur, on mentionnera la mission sur l'universitarisation confiée au Pr. Christine Ammirati et les nombreuses missions confiées à l'IGAS et à l'IGESR sur des sujets touchant à ces formations.



à l'organisation physique des formations (les instituts restant là où ils sont et les étudiants aussi) mais quant à l'organisation et à la régulation pédagogiques.

Dans ce cadre rénové, la capacité élective conférée aux étudiants des formations paramédicales<sup>14</sup> prendrait tout son sens.

La relation à l'Université concerne aussi les formations de spécialité et désormais les formations de pratique avancée. Pour ce qui est de ces dernières, leur ancrage universitaire a été construit à l'origine. Ce sont de plein droit des formations universitaires.

Il n'en va pas de même, on le sait, des formations de spécialité. Les formations d'infirmiers-ères anesthésistes et, plus récemment, d'infirmiers-ères de bloc opératoire ont été élevées au grade Master et arrimées à l'Université mais le travail reste à conduire pour les infirmiers-ères de puériculture et pour les cadres de santé. L'ensemble de ces formations, bâties dans des organisations séparées de l'Université et dépendantes, pour beaucoup, des CHU, ont vocation à rejoindre pleinement l'Université. Les expérimentations permises par la *Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* de juillet 2019 et organisées par le décret 2020-553 du 11 mai 2020 ont montré la voie en la matière.

A l'évidence, la consolidation, dans un cadre universitaire, de la formation des formateurs apparaît ici stratégique. Le référentiel a près de 30 ans et même si les écoles de cadres et les universités ont, fort heureusement, multiplié les partenariats au fil du temps, le fait que cette formation ne soit pas à la pointe de l'intégration à l'Université est un signal fâcheux.

Il est important de susciter des vocations d'enseignants-chercheurs parmi les infirmiers-ères et de prévoir les postes dans les universités en conséquence mais il est encore plus urgent sans doute de refonder la formation des formateurs en instituts, avec, en outre, le souci de la bi-appartenance enseignement-soin pour ceux-ci.

La « refonte complète » de la formation annoncée par le ministre ira-t-elle jusqu'à concrétiser enfin, de façon systématique et sans barguigner, l'intégration universitaire de l'ensemble des formations infirmières ?

## **8. Comment préserver l'ancrage territorial de ces formations ?**

On l'a dit, la diversité sociale du recrutement en IFSI en fait la force. Cette diversité est aussi et corrélativement géographique. Les quelque 330 IFSI sont disséminés sur le territoire, très au-delà évidemment des implantations universitaires. Les régions, collectivité organisatrice, sont très attachées à ce maillage.

Cette proximité a plusieurs avantages.

Elle assure la diversité du recrutement, en limitant les barrières à l'entrée de l'enseignement supérieur que peuvent constituer l'éloignement des sites par rapport au domicile des parents – avec les conséquences financières inhérentes – ou une forme d'autocensure par rapport à la poursuite d'études. D'où une des critiques faites à Parcoursup d'ailleurs, lorsque la plateforme conduit à éloigner les étudiants de leurs « bases ».

Elle est censée « sécuriser » le recrutement des structures hospitalières de proximité, en leur donnant l'opportunité de retenir les étudiants qu'elles ont contribué à former (pour autant qu'elles ne considèrent pas cette « fidélité » comme un acquis...).

Elle participe enfin d'une politique d'aménagement du territoire dans la mesure où ces structures amènent de l'activité et « fixent » les étudiants sur le territoire.

---

<sup>14</sup> Décret n° 2020-1467 du 27 novembre 2020 modifiant les conditions d'exercice du droit de suffrage aux conseils des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel prévues à l'article D. 719-14 du code de l'éducation

Cette dispersion ne va pas sans difficultés évidemment.

Elle complique l'engagement des universités auprès des instituts. Il est en effet parfois difficile de trouver des enseignants pour faire des cours en présentiel loin des métropoles universitaires, d'où le recours aux moyens numériques, plus ou moins élaborés, d'où aussi de part et d'autre un ressenti pas forcément très favorable.

Elle ne permet pas toujours aux étudiants d'exercer leurs droits de ressortissants de l'Université ou de l'enseignement supérieur : droits électifs mais aussi droits d'accès aux infrastructures universitaires en matière de restauration, de logement ou d'accès aux sports et à la culture.

Pour pallier ces difficultés, l'idée de transformer certains instituts de formation paramédicaux en véritables antennes universitaires, accueillant plusieurs formations médicales et paramédicales, fait son chemin. Elle est déployée dans certaines régions et permet de concrétiser plusieurs ambitions : rapprocher les populations étudiantes médicales et paramédicales (faire en sorte que cette proximité dans le temps de la formation ne soit pas construite uniquement sur les campus des métropoles universitaires), diversifier l'implantation territoriale des premiers cycles d'études de santé, incarner les possibilités de passerelles entre les formations, déployer plus largement les infrastructures universitaires et les services afférents<sup>15</sup>, etc.

## 9. Quel statut pour les instituts de formation en soins infirmiers ?

La question du statut des instituts de formation a été soigneusement laissée de côté depuis près de vingt ans : la décentralisation de 2004 n'avait guère pris en considération le sujet au moment de transférer la prise en charge des formations paramédicales aux régions (sauf pour distinguer, non sans ambiguïté, leur rôle vis-à-vis des instituts publics *versus* les autres) ; l'engagement du processus d'universitarisation, par la suite, n'a pas davantage apporté de changements, tout en complexifiant le jeu avec l'intervention des universités publiques, autonomes quant à elles depuis la *Loi relative aux libertés et aux responsabilités des universités* (loi LRU) d'août 2007.

La relance du processus d'intégration universitaire en 2017-2018 s'est accommodée de ce *statu quo* juridique, en distinguant intégration fonctionnelle et intégration organique à l'Université. Dans le premier cas, on rapproche les enseignements et cela peut aller jusqu'à la création de « départements universitaires en sciences infirmières », en fait des dispositifs de coordination des entités extérieures à l'Université. Dans le second cas, il y a intégration pleine et entière à l'Université, sous forme d'institut interne ou de département au sein de la faculté de santé. Les processus d'intégration organique ont, jusqu'à récemment, concerné essentiellement les formations de réadaptation (dont la kinésithérapie) et la maïeutique. Le mouvement a été plus lent en soins infirmiers mais il y a désormais des instituts universitaires à Marseille et à Limoges.

Les créations de nouvelles places de formation, les projets portés dans les expérimentations à partir de 2020 et la réforme de l'accès aux études de santé ont stimulé les initiatives de rapprochement significatif, notamment à partir de l'adossement des diplômes d'Etat en soins infirmiers au diplôme de licence en sciences pour la santé et à travers le rapprochement opéré pour les spécialités infirmières (au niveau Master).

Mener à son terme le processus d'intégration universitaire ne permet pas de laisser de côté la question du statut des instituts. Il n'y a d'ailleurs plus vraiment d'exemples au sein de l'enseignement supérieur d'une telle imbrication entre institution de formation et institution employeur. La plupart des secteurs d'activité ont opéré une clarification en la matière. Les IUT (instituts universitaires de technologie) relèvent quant à eux de l'Université tout en organisant un dialogue avec les secteurs économiques d'intérêt et mobilisent largement des formateurs issus du monde professionnel aux côtés des

---

<sup>15</sup> Rappelons que les étudiants des IFSI s'acquittent de la Contribution de vie étudiante et de campus (CVEC), depuis 2018 et la loi *ORE*, sans toujours bénéficier des services que celle-ci est destinée à financer (en matière sportive, culturelle et de santé étudiante notamment).

enseignants universitaires.

Si le *statu quo* ne paraît guère tenable, la solution d'arrivée ne fait pas forcément consensus entre les acteurs. Il n'y a d'ailleurs aucune raison de prôner un modèle unique, compte tenu des trajectoires et de la diversité des territoires.

Les pionniers de l'intégration universitaire des formations ne voient pas d'autres solutions que le département (de sciences infirmières / de soins infirmiers / de métiers du soin) au sein de la faculté de médecine (ou plutôt et de plus en plus de la « faculté de santé » ou de la « faculté des sciences médicales et paramédicales »).

Les instituts de la Croix Rouge française regardent avec intérêt le modèle des établissements d'enseignement supérieur privé d'intérêt général (EESPIG)<sup>16</sup>, régulés par les pouvoirs publics et évalués par le Hcéres.

Le modèle des instituts universitaires de technologie est étudié par d'autres acteurs : leur implantation apparaît moins concentrée que celle des universités (*a fortiori* celles à composante santé) et, à condition de travailler la mise en réseau sur le territoire, cela pourrait permettre de concilier ancrage universitaire et dispersion des IFSI ; les IUT font largement appel à des formateurs professionnels tout en mobilisant des enseignants-chercheurs ; le dialogue y est structuré avec la demande des acteurs du territoire, qui participent fortement à la gouvernance des instituts ; ceux-ci sont par ailleurs pleinement partie prenante de la gouvernance des universités et les étudiants des IUT sont clairement ressortissants de l'Université. La question la plus délicate à traiter, pour une éventuelle transposition aux IFSI, est sans doute celle de l'articulation avec la composante santé...

Encore une fois, le *statu quo* étant la seule option exclue à moyen terme, il y a là un sujet de discussion de fond, à porter conjointement par les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur et les régions, aux côtés des acteurs de la formation.

## 10. Quel pilotage Etat-régions de ces formations ?

En 2004, le transfert aux régions de la compétence sur le fonctionnement des formations sanitaires et sociales et les bourses a été largement contingent. Il fallait « remplir la besace » des régions et les formations sanitaires et sociales faisaient bon poids dans le « paquet formation professionnelle ».

Depuis lors, les régions ont élaboré concrètement l'exercice de cette compétence, développé la prospective des besoins (conformément à la loi), mis en place des services, de plus en plus structurés, investi dans la modernisation des équipements et – souvent et sur leurs propres deniers – dans les bâtiments de formation, réclamé l'augmentation des quotas (sans compensation, à l'époque, quand elles l'obtenaient), etc. Elles ont très souvent bataillé avec l'Etat sur la compensation des transferts, chaque fois que les formations évoluaient. Elles se sont montrées aussi de plus en plus sensibles à la présence des soignants sur les territoires, prenant ainsi leur part dans la réponse apportée à cette préoccupation majeure des Français.

En 2020, on l'a dit, elles ont répondu présent aux sollicitations du gouvernement, désireux de revoir la politique des quotas d'effectifs en formation.

Pour autant, on n'a pas l'impression que le dialogue Etat-régions ait la maturité de ces près de vingt années de dévolution de la compétence. Les régions ne sont pas toujours, en effet, le partenaire privilégié et incontournable de l'Etat. Il arrive même qu'elles soient à peine consultées.

L'engagement du processus de rapprochement des formations avec l'Université, à la fin des années 2000, a, il est vrai, compliqué la donne, en ajoutant une tierce partie – le ministère de l'Enseignement supérieur, d'une part, les universités d'autre part – au dialogue des régions avec l'univers santé –

---

<sup>16</sup> Ce dispositif, créé par la loi sur l'enseignement supérieur et la recherche du 22 juillet 2013, permet de labelliser les établissements privés d'enseignement supérieur, à but non lucratif, qui sont en contrat avec l'Etat.

ministère, agences régionales de santé et hôpitaux.

Sauf à renationaliser la compétence, ce que personne ne revendique *a priori* ouvertement et ce qui ne nous paraîtrait pas une option pertinente, il faut là encore aller de l'avant et bâtir un cadre de partenariat rénové.

Les principes de cette rénovation sont assez clairs : un recentrage de la partie Santé sur ses prérogatives d'« utilisateur » des formations et des professionnels formés (utilisateur pouvant être d'autant plus exigeant qu'il ne sera plus en prise directe sur l'appareil de formation) et de partenaire de la formation (à travers les terrains de stage), une montée en responsabilités pédagogiques de l'Université (à travers le triptyque accréditation-évaluation-diplomation) et une Région exerçant pleinement ses prérogatives de collectivité organisatrice (en matière de programmation, d'implantation, de financement et d'investissement).

A l'échelon national, cela suppose de mettre en place un cadre de dialogue stable et continu. Au niveau régional, il convient de sortir du registre conventionnel qui prévaut depuis quinze ans pour bâtir une véritable contractualisation Région-Université-Hôpitaux, articulée aux dispositifs contractuels en vigueur à la fois dans l'Enseignement supérieur et dans le domaine hospitalier.

Alors, oui, la refonte de la formation infirmière est nécessaire. Elle est urgente. Mais il faut aujourd'hui baliser le terrain et (ré)affirmer les principes de cette refondation pour engager sans délais les nombreux travaux de fond indispensables.

**Stéphane Le Bouler**, président de LISA

Avec les contributions de **Mohamed Abdirahman**, directeur d'institut, **Florent Cachon**, formateur en IFSI, **Florence Girard**, présidente de l'Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales (ANDEP), **Ludivine Gauthier**, ancienne présidente de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI), **Françoise Jeanson**, vice-présidente de la Région Nouvelle Aquitaine, **Pauline Lenesley**, maître de conférences à l'Université de Caen, membres de LISA, **Romy Poty**, directrice d'institut, **Alex Ollivier**, chef de projet e-santé, ancien vice-président de la FNESI.

[contact.lisalab@gmail.com](mailto:contact.lisalab@gmail.com)