

## INFORMATION

### **La réforme Licence Master Doctorat (LMD) des professions paramédicales**

MOTS-CLÉS : PROFESSIONS PARAMÉDICALES. ENSEIGNEMENT. UNIVERSITÉS. ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ EN SOINS INFIRMIERS

KEY-WORDS: ALLIED HEALTH OCCUPATIONS. TEACHING. UNIVERSITIES. EDUCATION, NURSING, GRADUATE

Francis BRUNELLE \* et Patrice QUENEAU \* (Rapporteurs)

**Au nom de la Commission XV (Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu hospitalo-universitaire)**

## RÉSUMÉ

*Le processus dit de Bologne est la conséquence de l'initiative prise en 1999 par 21 pays européens, de rendre plus homogène les formations universitaires en Europe. Son but est d'assurer la mobilité des professionnels en rendant comparables leurs diplômes issus de formations universitaires. Ce processus dit aussi LMD, pour Licence, Master, Doctorat est découpé en semestres validant chacun trente crédits universitaires. La licence est obtenue en trois ans, le Master en deux ans supplémentaires et le doctorat en trois ans. Ce processus a été adopté par l'Université et par la plupart des grandes écoles en France. En 2006 les Ministres de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ont initié cette réforme pour la formation des professions paramédicales. « L'universitarisation » de ces formations a permis de délivrer les équivalences universitaires correspondantes pour la plupart des métiers. Ce processus permet d'envisager la création de nouveaux métiers et compétences rendus nécessaires par le progrès médical, la démographie médicale et l'allongement de la durée de vie. Ces nouveaux besoins doivent être évalués qualitativement et quantitativement en amont, par spécialités et par région. Ces nouveaux métiers doivent être exercés au sein d'équipes soignantes multidisciplinaires sous responsabilité médicale.*

---

\* Membre de l'Académie nationale de médecine.

## SUMMARY

*In 1999, in Bologna, 21 European countries decided to standardize their graduate studies. The aim was to promote the mobility of professionals in organizing an integrated system for European diplomas. The new system (“Bologna process”) is called Bachelor-Master-PhD. The first degree is obtained in three years, the second after two more years and the PhD degree in three more years. Each year is divided into semesters. Every semester is validated by 30 European transfer credits. Universities and most high schools in France adopted this reform. In 2006 both the Minister of Health and that of Research and Education set up a working party to apply this reform to the paramedical professions. The list of training conditions for the 21 paramedical professions showed a high degree of heterogeneity in the content and regulation of the awarded diplomas. Highly varied public or private facilities are involved. Some courses had not been updated during the last twenty years.*

*The proposed reform is thus aimed at renewing the course content and at giving the diplomas a university label through conventions between the teaching structures and University.*

*There are many challenges, including transfers of registration fees between the teaching structures and Universities. However, a need for “new” diplomas and formations is clear. There are a great many examples of specialist nurses in Europe such as clinician nurses in UK, but also nurses in dialysis, in chemotherapy, in renal transplantation coordination, in therapeutic education... Increase in the number of patients with chronic conditions, limitation of the number of physicians as well as emergence of inter professional collaborations will induce an increased need for these health professionals.*

*Several diplomas have now the equivalence of University degree: nurses, speech therapists, physiotherapists, dieticians...*

*The National Academy of Medicine thinks that the described above evolution of paramedical formation is a needed change. The University should have a key role in this reform. The newly emerging professions should be identified upstream by needs assessment for each specialty and each region and these new professionals should be under the responsibility of a medical doctor.*

## INTRODUCTION

La réforme LMD, Licence Master Doctorat est issue de ce que l’on appelle communément le processus de Bologne.

Cette réforme est rendue nécessaire pour s’assurer du caractère homogène et de la qualité de la formation des professionnels européens. En effet ceux-ci de par la législation européenne peuvent exercer et s’installer dans quelque pays que ce soit de l’Union Européenne.

La première réunion des ministres de l’enseignement supérieur a réuni 29 pays à Bologne <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Pays signataires de la convention de Bologne : Autriche, Belgique, Bulgarie, République Tchèque, Estonie, Danemark, France, Finlande, Allemagne, Hongrie, Grèce, Irlande, Islande, Lettonie, Italie, Luxembourg, Lituanie, Malte, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Roumanie, Portugal, Slovénie, Slovaquie, Suède, Espagne, Suisse, Royaume-Uni.

### **1999 : conférence Interministérielle de Bologne**

Lors de la conférence de Bologne en juin 1999, 29 pays signent un texte commun : la déclaration de Bologne du 19 juin 1999 qui initie le processus éponyme, identifie six actions à mener au sein de l'Europe au sens large.

1. Mettre en place un système facilement compréhensible et comparable pour permettre une bonne lisibilité et faciliter la reconnaissance internationale des diplômes et qualifications ;
2. Organiser les formations sur un premier cycle destiné au marché du travail (Licence) (de 3 ans au moins), un deuxième cycle de spécialisation, (Master), et un troisième cycle de 3 ans le doctorat. L'ensemble prenant le nom de LMD ;
3. Valider les formations par un système d'accumulation de « **crédits transférables** » entre établissements (*European Credit Transfert System* : ECTS) ;
4. Faciliter la **mobilité** des étudiants, des enseignants et des chercheurs ;
5. Coopérer en matière d'assurance de la qualité des enseignements ;
6. Donner une dimension véritablement européenne (au-delà du cadre politique de « l'Union Européenne ») à l'enseignement supérieur.

Dans cette optique est créé en 2010 l'espace européen de l'enseignement supérieur, correspondant à l'ensemble des pays signataires.

Cette conférence initiale a été suivie par plusieurs conférences : Prague (2001), Berlin (2003), Bergen (2005), Londres (2007), Louvain (2009), Budapest (2010), Bucarest (2012).

La formation est ainsi découpée en trois niveaux :

- la Licence qui comprend trois ans de formation (quatre pour certains pays) ;
- le Master qui comprend deux ans de formation ;
- et le Doctorat qui comprend trois ans ;

La formule « 3/5/8 » ou LMD, résume ce montage.

À chaque stade est attaché un système de validation sous forme de crédits (ECTS : *European Credit Transfert System*), qui autorise les équivalences entre pays de l'Union.

Cette validation se déroule **semestre par semestre**, chaque semestre « valant » 30 crédits (ECTS), chaque année 60 ECTS. La licence est ainsi obtenue au travers de la validation de 180 ECTS.

Ce système permet et autorise la mobilité des étudiants qui peuvent ainsi acquérir une partie de leurs « ECTS » dans plusieurs pays différents et cumuler *in fine* leurs crédits pour valider leur cursus.

Ce système de « redécoupage » de l'enseignement supérieur est aujourd'hui en cours dans de nombreuses structures universitaires et dans la plupart des grandes écoles,

Centrale, Polytechnique, écoles de commerce. Après deux années de prépa et une année en école supérieure, les étudiants valident la licence (Bac +3)

Son application s'est plus lentement mise en place dans le domaine de la santé.

### **Le LMD des paramédicaux**

En 2006 à l'initiative du Ministre des affaires sociales et de la Santé (Xavier Bertrand) et de l'enseignement supérieur (François Goulard), un groupe de travail a été mis en place, afin de jeter les bases de la mise en œuvre de cette réforme. Des représentants du ministère de la Santé (la Direction générale de la santé, et de la direction de l'hospitalisation de l'offre de soins), et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont constitué un comité de pilotage de la réforme, qui a auditionné l'ensemble des professionnels paramédicaux.

Le nombre de professionnels de la santé dépasse en France le million ! Il faut compter(2012) :

- 534 000 infirmières ;
- 230 000 médecins ;
- 73 000 pharmaciens, dont 22000 officines ;
- 41 000 chirurgiens-dentistes ;
- 19 000 sages-femmes ;
- près de 200 000 autres professions paramédicales.

Parmi les professions paramédicales, on dénombre environ 21 professions distinctes <sup>2</sup>.

Les groupes de travail ont été organisés en trois sous-groupes pour des facilités de travail, il était en effet impossible de recevoir l'ensemble des professions paramédicales en même temps.

- Un premier groupe comprenait **les professions dites soignantes** : aides soignant, infirmiers, infirmiers spécialisées, diététiciens, manipulateurs de radiologie, conseillers en génétique, puéricultrices, etc.
- Un deuxième groupe les professions de **la rééducation** : Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotricien, etc.
- Un troisième groupe : **les professions de la prothèse** : opticiens, audioprothésistes, orthésistes, etc.

Quelques professions dont la formation est courte n'ont pas été incluses comme les ambulanciers, les brancardiers, etc.

Les ostéopathes et chiropracteurs ne font pas partie des professions paramédicales et ont fait l'objet d'un décret spécifique.

---

<sup>2</sup> Source disponible sur <[www.les.metiers.net](http://www.les.metiers.net)>

## ÉTAT DES LIEUX

Une des premières difficultés a été de faire l'état des lieux des formations existantes.

Le constat a été celui d'une très grande **hétérogénéité** nationale.

Certains diplômes sont issus d'écoles publiques, d'autres privées. Certaines sont rattachées à des structures hospitalières, d'autres à des structures universitaires. Certaines se voient délivrer un diplôme d'Etat par le ministère de la santé, d'autres bénéficient d'une inscription universitaire en faculté (orthophonistes, orthoptistes), les diplômes délivrés sont variables : DE, capacité, baccalauréat professionnel, BTS, DUT, etc.

L'exercice de certaines professions est encadré par un décret d'acte (infirmières).

La durée même des études est très variable, de 1 an à 5 ans.

Les réunions avaient pour but de mettre en place une **réingénierie des maquettes de formation, en partant de « l'objectif métier »**.

Le terme de réingénierie recouvre une refonte du contenu pédagogique de formations. Certains programmes pédagogiques n'avaient pas été repensés depuis 10 ans.

Trois prérequis aux discussions ont été établis :

- pas d'augmentation de la durée des études ;
- réforme à coût constant ;
- pas de modification des statuts des structures de formation au moins dans un premier temps.

Cependant, la réforme implique selon un mauvais terme, « **l'universitarisation** » de la formation.

Ce caractère universitaire doit passer, non pas par une refonte structurelle des instituts de formation mais par l'établissement de **conventions** entre ces structures et leur université de rattachement.

À terme, les diplômes de santé devront être reconnus **conjointement** par le ministère de la Santé et par le ministère de l'Enseignement supérieur.

Trois autres objectifs :

- Passer d'un système en tuyau d'orgue, palissadique, cloisonné, à un système ouvert à l'intérieur duquel des passerelles se développent. Ceci afin de rendre le système plus adaptable aux grandes évolutions et de permettre aux professionnels une réorientation plus aisée.
- Faire éclater le « **plafond de verre** » de ces carrières paramédicales. Il faut permettre à quelques-uns d'accéder sur concours aux grades supérieurs de master voire de doctorat pour développer la recherche et l'enseignement dans ces professions. Par ailleurs les évolutions de la santé laisse envisager de par les modifications rapides observées la nécessité d'inventer de nouveaux métiers : les métiers de la dépendance en raison du vieillissement de la population, l'avène-

ment de la médecine personnalisée, les biothérapies, le développement de la notion de parcours de soins, le développement de l'HAD, de l'éducation thérapeutique vont créer de nouveaux besoins.

- Permettre une **coopération interprofessionnelle** en développant la notion d'**équipe soignante multidisciplinaire et pluri professionnelle** ;

Seule une formation « plastique », adaptable, modulaire permettra de répondre rapidement à ces nouveaux besoins.

## UNE DOUBLE ORIENTATION

### Refonte des contenus

Le ministère de la Santé actuel a choisi et reste actuellement dans cette optique de réfléchir au « contenu métier » tel qu'il est défini dans le Code de la santé publique. C'est ce qu'il est convenu d'appeler la **réingénierie** des métiers ; en effet, le Code de la santé publique ne peut évidemment pas être dérogé. Chaque métier est précisément défini par ce cadre législatif.

Cette approche part de l'existant et refonde les contenus de formation.

Il apparaît que la plupart des métiers partage un socle commun qu'il est convenu d'appeler le tronc commun : sciences biologiques, éthique, bases réglementaire par exemple. Au-delà de ce tronc commun, des enseignements plus spécifiques orientent vers tel ou tel métier.

C'est donc le CONTENU de la formation qui est repensé. Cela est bien sûr nécessaire car certains contenus n'avaient pas été rénovés depuis vingt ans.

C'est un travail de longue haleine qui nécessite l'intervention coordonnée de plusieurs responsables pédagogiques et des professionnels eux-mêmes.

### Nouveaux métiers

L'approche anglo-saxonne est à mentionner. Lorsque de nouveaux besoins émergent au sein d'un établissement ou sur le plan national, il est analysé quantitativement et en terme de nouvelles compétences. Quelle nouvelle compétence et combien ?

Exemples :

- Cette méthode a pu être mise en place ponctuellement à Toulouse en 2009.
- Une formation au niveau Master 1 (une année au-delà de la licence) a été mise en place pour répondre aux besoins d'infirmières compétentes en chimiothérapie.

Le besoin était formulé ainsi :

A : Les chimiothérapies ne peuvent être réalisées qu'en centre hospitalier car placée sous la responsabilité d'un oncologue.

B : Les patients souhaitent recevoir ces chimiothérapies à leur domicile.

Solution : en fonction des besoins, sur dossier, un certain nombre d'infirmiers titulaires du diplôme d'État (DE) ont reçu l'équivalent de la licence. Cette équivalence a été délivrée par le Doyen de la faculté de médecine de Toulouse. La durée de la formation des infirmières étant de trois ans, cette équivalence a pu être délivrée sur dossier.

Un Master 1 d'oncologie-chimiothérapie a été mis en place sur un an (60 ECTS).

- Un autre exemple, dans le domaine de la greffe, des infirmières de coordination de greffe ont été formées.
- Des formations complémentaires pour les techniciens en radiologie ont été organisées pour permettre la réalisation d'échographie par ces mêmes techniciens.
- En Grande-Bretagne, des infirmiers coordinateurs des urgences sont en place, en réanimation, etc.

Aux États-Unis, des techniciens formés à la conduite des CEC participent aux interventions cardiaques, etc.

Au Canada, les voies veineuses centrales sont posées par des infirmières spécialisées.

Un des avantages de ce dispositif, est que la formation a lieu en alternance dans le service d'origine où travaille déjà le professionnel. On ne perd donc pas la ressource contrairement au modèle, où la personne sélectionnée part pour un ou deux ans à l'école des cadres et disparaît du lieu où le besoin avait été identifié.

C'est l'approche « **en tant que de besoin** » : approche pragmatique et efficace qui permet en un an de faire face à l'émergence de nouveaux besoins.

## **OPPORTUNITÉS**

L'évolution démographique, l'augmentation de la durée de vie, l'explosion des maladies chroniques et donc l'augmentation régulière des files actives et donc des besoins en santé, les contraintes financières obligent à changer de modèle.

De nouveaux métiers vont apparaître. L'appétence des professions paramédicales pour plus de responsabilité est aussi un élément en faveur de cette évolution.

Le statut d'infirmières spécialisées, professions dites « intermédiaires » existe déjà. Le modèle préexiste donc à la réforme.

Le principe de la collaboration interprofessionnelle possède un cadre légal, défini **par l'article 131 de la loi de santé publique de 2004.**

Des expérimentations ont eu lieu qui ont fait l'objet d'un rapport (Y Berland) en 2006, concernant la collaboration entre ophtalmologiste et orthoptistes, radiothérapeutes et manipulateurs de radiothérapie, en Hémodialyse, entre diabétologues et diététiciens pour le diabète de type 2, etc.

Le projet de loi Touraine évoque le sujet en proposant un cadre identique sous une autre dénomination « les pratiques avancées en soins infirmiers ». (Réf : Loi de santé site : « gouvernement.fr »)

## **DIFFICULTÉS ET OBSTACLES**

### **Les contraintes budgétaires**

Le risque de la réforme, si elle engage la totalité des professions, est l'émergence de revendications salariales et statutaires qui seront légitimées par la modification de leur durée de formation. On ne pourra plus rémunérer de la même façon une infirmière titulaire d'une licence et une infirmière titulaire d'un Master.

### **Les réticences médicales**

Certains professionnels et à une époque le conseil de l'ordre ont été réticents à l'émergence de ces nouveaux « niveaux » de responsabilité qui étaient vécus comme concurrentiels.

Cette concurrence a pu naître au sein même du corps des professions paramédicales, lorsqu'il a été proposé, que les aides-soignants puissent prendre la tension artérielle. Les infirmiers se sont insurgés en soulignant que cet « acte » faisait partie de leur « décret d'actes ».

Cette réticence a été exacerbée lorsque cette réforme a été présentée comme une solution à la « crise de la démographie médicale » dans les années 2004. On a alors parlé de « transfert de compétence ». Ce terme a été violemment rejeté par les représentants des professions médicales.

Le terme « délégation de tâches » n'est pas plus heureux. Il faut utiliser les termes mêmes de la loi de 2004 : « **coopération entre professionnels de santé** ».

On sait aujourd'hui que la crainte d'une pénurie médicale est infondée. L'augmentation du *numerus clausus* et l'installation en France de nombreux médecins européens ont permis de stabiliser le nombre de médecins en France (Source : Atlas de la démographie médicale, Conseil de l'Ordre, 2014).

La répartition géographique des médecins installés reste un problème non résolu.

La rémunération des médecins restant majoritairement basée sur le nombre d'actes réalisés, l'apparition d'un corps intermédiaire peut apparaître comme un danger potentiel.

Cette réticence n'existe pas en milieu hospitalier de la part des médecins. Par contre les directions d'hôpital n'ont pas aujourd'hui les moyens statutaires d'une rémunération différentielle pour ces nouveaux métiers.

La mise en place du LMD nécessite l'établissement de conventions entre les structures de formations existantes (IFSI par exemple) et les Universités correspondantes.



Les Présidents d'universités ne sont pas inquiets du développement des filières santé, à condition que « l'universitarisation » soit conforme aux exigences de l'Université et que les coûts supportés par l'Université soient inclus et financés.

## **ÉTAT DES LIEUX AU 13 JUIN 2014**

Madame Lenoir Serfati et Madame Sonia Ledée ont été auditionnées au ministère de la Santé (Sous-direction des Ressources humaines de la DGOS).

La méthode de réingénierie en partant des référentiels métiers a été conservée. Il s'agit de mettre en adéquation la dyade, activité /compétence. Le travail a été réalisé métier par métier. Aucun tronc commun n'a été mis en place.

Les structures de formations ont été maintenues.

Les mêmes opérateurs, publics, privés, ont été maintenus.

La diversité des certifications a été maintenue.

Les diplômes d'État existants ont été conservés.

La double inscription, institut / université, ne s'est pas encore généralisée.

Le niveau licence a été acquis pour un certain nombre de professions : infirmiers, ergothérapeutes, pédicures podologues, manipulateurs en radiologie.

Le niveau master 2 a été acquis pour les infirmiers anesthésistes diplômé d'État et les orthophonistes.

Au niveau hospitalier a été reconnu un « exercice en pratique avancée » sans rémunération supplémentaire (coordonnateur de greffe par exemple).

Le métier d'infirmier-perfuseur au cours des CEC est en discussion.

## **DIFFICULTÉS ACTUELLES**

Le modèle conventionnel en est à ses débuts. Les conventions avec les IFSI sont bloquées pour des raisons financières. Ce sont les hôpitaux qui perçoivent les inscriptions et pas les universités.

Le rôle des directeurs d'IFSI n'a pas été repensé.

Certaines structures de formations sont très éloignées des facultés de médecine.

Le conventionnement universitaire avec les structures privées démarre à peine.

## **PROBLÈME FINANCIER**

Les régions réclament un transfert budgétaire de l'État, en particulier en ce qui concerne les bourses.

Le financement des postes d'enseignants, des stages, du suivi pédagogique, des frais d'inscription, des frais de concours, de la coordination administrative, de l'évaluation des pratiques n'est pas réglé. Le nouveau statut « étudiant » des élèves n'est pas réglé.

Les IFSI comptent en France près de 30 000 étudiants.

La rigidité du cadre de la fonction publique hospitalière ne permet pas la création d'un statut intermédiaire.

Devant ces difficultés les deux ministères concernés ont marqué une « pause » dans le processus. Un rapport commun IGAS /IGNR a été établi qui liste les éléments décrits dans ce rapport.

Un haut conseil pour les professions paramédicales a été mis en place par décret du 15 Mai 2007. Présidé par Édouard Couty, il l'est maintenant par Bernard le Verrier. Il s'agit d'une structure de représentation et de concertation.

Il a pour but de :

« Promouvoir une réflexion interprofessionnelle » sur « les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé, la répartition de leurs compétences », « la formation et les diplômes » et « la place des professions paramédicales dans le système de santé ».

## **CONCLUSION**

Le processus LMD est en marche. Le contexte européen, les aspirations des professionnels, l'évolution du système de santé, l'évolution de l'épidémiologie, le rendent inéluctable.

Des freins existent, comme dans tout changement des organisations.

Les raisons financières sont autant de prétexte qui pourraient être levés. Une redistribution des masses budgétaires peut être envisagée à condition de prendre en compte les intérêts de chaque corporation.

Le passage à l'université de formations assurées par des structures non universitaires ne peut pas se passer simplement.

La commission XV

- Souligne l'intérêt de cette réforme déjà en partie en œuvre ;
- Propose que les expérimentations en cours soient maintenues, développées et évaluées (en France et à l'étranger) ;
- Propose qu'une réflexion sur la rémunération de ces professionnels soit engagée ;
- Souhaite que, région par région sous la tutelle des ARS, les besoins en « nouveaux métiers » soient mesurés qualitativement et quantitativement ;

- Souhaite qu'une réflexion au niveau de la conférence des présidents d'université, de la conférence des Doyens, de la conférence des présidents de CME, soit engagée sur ce sujet ;
- Est consciente qu'une évaluation précise des besoins du système de santé est nécessaire pour définir annuellement le nombre de formations ouvertes.

Suite à l'audition par le conseil d'administration le 9 février 2014, il a été proposé de constituer un groupe de travail afin d'établir quelques recommandations sur le sujet. Un appel à participation sera lancé aux membres de l'Académie nationale de médecine par courriel par Patrice Queneau et Francis Brunelle, chargé de la coordination de ce groupe et de la rédaction des recommandations. Ce groupe donnera ses conclusions au conseil d'administration en juin 2015.

