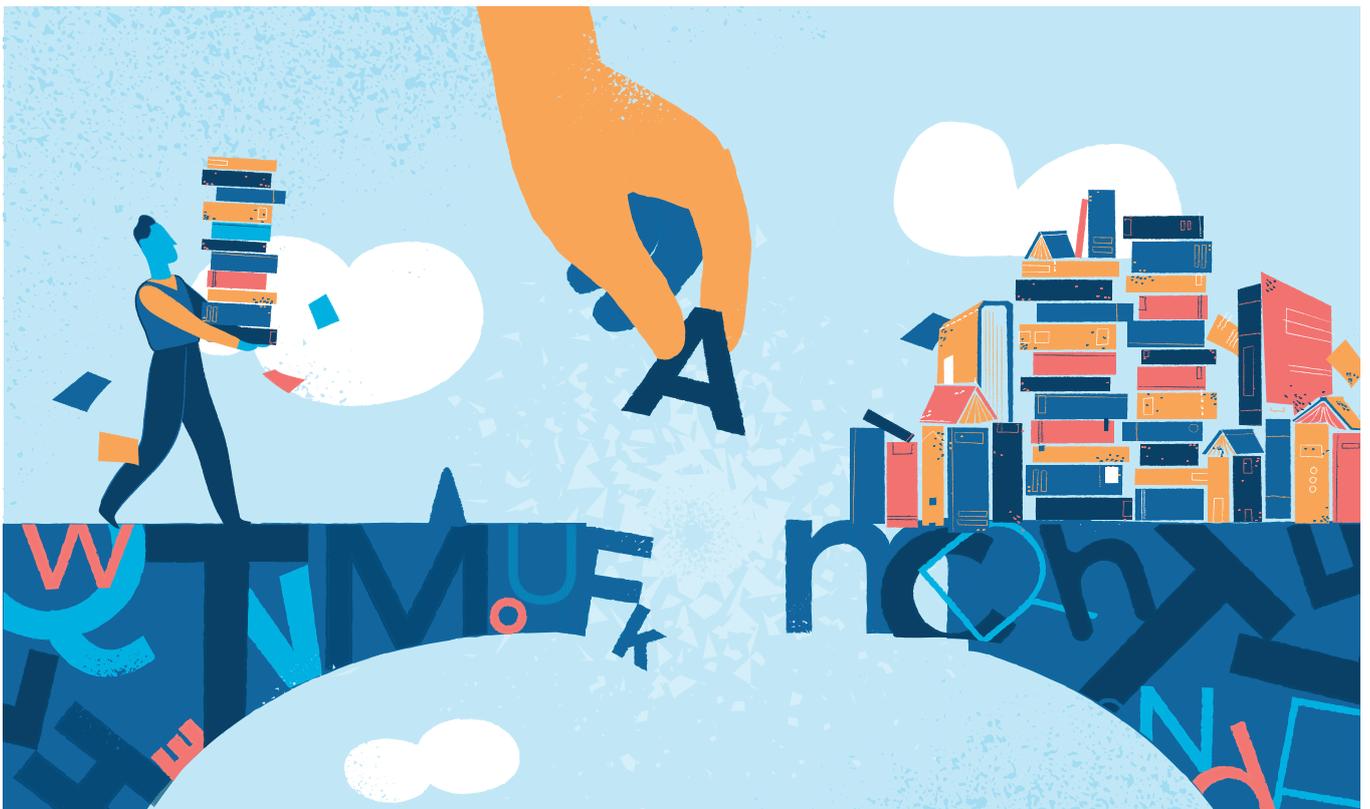


L'UNIVERSITARISATION DES FORMATIONS PARAMÉDICALES EN OCCITANIE : LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE



Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental Régional

Assemblée Plénière du 11 octobre 2018

Le Conseil Economique, Social et Environnemental Régional (CESER) est l'Assemblée consultative, instituée par la loi du 05 juillet 1972, placée au côté du Conseil Régional, avec lequel il constitue la Région.

Composé de membres issus d'organisations socioprofessionnelles diverses représentant la société civile organisée et reconnus pour leurs compétences, leur sens de l'intérêt général et leur expérience, le CESER est un lieu d'écoute, d'échange, un laboratoire d'idées pour répondre aux besoins des citoyens.

Le dialogue instauré doit permettre d'aboutir à une vision partagée de l'intérêt régional, au-delà de tout clivage.

Les avis du CESER, rendus dans le cadre d'une saisine obligatoire de la Présidente de Région ou d'une autosaisine, constituent de véritables outils d'aide à la décision publique.

Assemblée Plénière du CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée

11 octobre 2018

**L'UNIVERSITARISATION DES FORMATIONS PARAMEDICALES
EN OCCITANIE : LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE**

Avis adopté

Rapporteure : **Catherine MIFFRE**

**Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**

SOMMAIRE

EXTRAIT DU DISCOURS INTRODUCTIF
DE MONSIEUR JEAN-LOUIS CHAUZY,
PRESIDENT DU CESER OCCITANIE/PYRENEES-MEDITERRANEE

AVIS
L'UNIVERSITARISATION
DES FORMATIONS PARAMEDICALES EN OCCITANIE :
LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE

EXPLICATIONS DE VOTE

DISCOURS DE CONCLUSION DE MONSIEUR MICHEL BOUSSATON,
CONSEILLER REGIONAL DELEGUE A LA SANTE, A LA SILVER ECONOMY ET AUX
FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION OCCITANIE / PYRENEES-
MEDITERRANEE

REVUE DE PRESSE

**EXTRAIT DU DISCOURS INTRODUCTIF DE MONSIEUR JEAN-LOUIS CHAUZY,
PRÉSIDENT DU CESER OCCITANIE / PYRÉNÉES-MÉDITERRANÉE**

Monsieur le Directeur Régional de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt, représentant Monsieur le Préfet de région Occitanie,
Monsieur le Vice-Président de Région, Monsieur le Conseiller régional représentant Madame la Présidente de Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée,
Mesdames les Conseillères, Messieurs les Conseillers,
Mesdames, Messieurs,

Je vous souhaite la bienvenue pour cette 2^{ème} assemblée plénière de l'année 2018 consacrée à l'examen et au vote de trois projets d'avis élaborés dans le cadre d'autosaisines.

(...)

Comme je vous le disais au début de mon discours, à l'ordre du jour de cette matinée, il y a trois projets d'avis qui vont être présentés et soumis au vote, élaborés dans le cadre d'autosaisines :

- "Comment renforcer les filières agricoles et agroalimentaires de la région Occitanie pour favoriser l'approvisionnement et la consommation alimentaire locale ? Quel impact du e-commerce sur les modes de distribution existants ?" Ce projet d'avis réalisé par la Commission 2 "Espace et développement rural – Agri-Agro – Forêt – Bois - Alimentation", présidée par Denis Carretier est une autosaisine qui intègre la saisine de la Présidente de Région en date du 9 mars 2018 sur l'impact du e-commerce sur les modes de distribution existants. Le rapporteur est Jean-Pierre ARCOUTEL.

- « Quelles perspectives pour les filières pêche et aquaculture en Occitanie / Pyrénées-Méditerranée ? », projet d'avis préparé par la commission 6 "Méditerranée - Littoral - Relations internationales", présidée par Marc CHEVALLIER. Le rapporteur est Bernard PEREZ.

- « L'universitarisation des formations paramédicales en Occitanie : les infirmiers en pratique avancée », ce projet d'avis est élaboré par la commission 4 "Enseignement supérieur - Recherche – Valorisation – Transfert - Innovation" présidée par Alain RADIGALES. La rapporteure est Catherine MIFFRE.

Je tiens à remercier les présidents de commission, les rapporteurs, les conseillers des commissions concernées ainsi que les chargés de mission pour la qualité des travaux produits, dans des délais parfois contraints.

(...)

Les rapports élaborés après débats sont conformes aux cahiers des charges votés à l'unanimité par le Bureau du CESER avant le 31 janvier 2018 pour l'avis sur la pêche, après cette date pour les deux autres avis.

Pour le maintien de la politique de cohésion sociale et territoriale de l'Union européenne

Avant de vous dire quelques mots sur ces travaux, permettez-moi de souligner la promotion que nous faisons de nos premiers avis adoptés le 18 juin 2018, notamment celle de la résolution du CESER pour le maintien de la politique de cohésion sociale et territoriale de l'Union européenne. Cette résolution a fait l'objet d'un plan de diffusion exceptionnel aux autorités nationales et européennes qui en ont accusé réception.

Avant les prochaines élections européennes de mai 2019, les négociations concernant l'adoption par la Commission européenne du budget de l'Union européenne pour la période 2021-2027 devront être achevées. La réduction des crédits annoncée pour la PAC et la politique de cohésion sociale et

territoriale a soulevé la légitime inquiétude des élus locaux et des acteurs du monde économique, social et environnemental et a donné lieu à une mobilisation sans faille. En effet, ces deux politiques de solidarité et de développement des territoires ont prouvé à ce jour leur efficacité : la PAC, qui a assuré à l'Union européenne jusqu'à aujourd'hui sa sécurité alimentaire, tout en développant sa puissance économique, permet de protéger et de responsabiliser les agriculteurs face à la volatilité des marchés mondiaux, de libérer le développement des entreprises agricoles et agroalimentaires et d'accompagner la transition environnementale ; la politique de cohésion qui s'appuie sur les instruments financiers que sont les Fonds européens structurels d'investissement (FEDER, FSE, FEAMP...) bénéficient à un grand nombre de thématiques sectorielles et à une typologie d'acteurs variés, irriguant et vivifiant l'ensemble de l'économie régionale.

Le Président de la République a pris connaissance de notre position et de nos inquiétudes concernant l'avenir de l'Europe après 2020, et précise que le Gouvernement est pleinement mobilisé au soutien d'une politique de cohésion simplifiée, mieux ciblée pour les territoires fragiles, au bénéfice de l'ensemble des régions et faisant la démonstration d'une Europe qui protège nos concitoyens. Cette position sera défendue auprès de la Commission européenne. Le Président de la Commission européenne Jean-Claude JUNCKER qui a été destinataire de notre avis nous informe que Mme Corina CRETU, membre de la commission en charge de la Politique régionale, étudie les différents points que nous avons soulevés afin de nous apporter une réponse. Nous ne pouvons que nous féliciter de l'intérêt porté à nos travaux. Enfin, nous avons reçu une lettre chaleureuse du Commissaire européen Michel BARNIER nous assurant de son soutien et que nous pourrions peut-être rencontrer à Toulouse en janvier 2019.

A quelques jours de la 4^{ème} université européenne de l'AFCCRE (Association française du conseil des communes et régions d'Europe) qui se tiendra les 18 et 19 octobre à Toulouse, avec notamment un atelier de travail sur « les enjeux européens pour les territoires, dialogue sur la politique européenne de cohésion et son avenir » à l'Hôtel de Région en présence de la Présidente Carole DELGA, de représentants de collectivités et des instances européennes, l'intérêt porté à notre travail est un bon signal. Je participerai à cette manifestation pour continuer à défendre notre position, dire nos inquiétudes et faire état de nos préconisations. Il s'agit là d'une ligne d'engagement qui nous lie aux habitants d'Occitanie, cela fait partie de la feuille de route qui nous oblige pour cette mandature.

La mobilisation pour une refondation de l'Europe, plus solidaire, plus protectrice, plus humaine défendant sans faiblesse les principes et les valeurs de nos traités est plus que jamais d'actualité.

Garantir un développement harmonieux et équilibré de nos territoires est important. Tous les travaux que nous menons, et ceux qui seront présentés au cours de cette séance, formulent des préconisations en faveur de domaines qui font levier sur la croissance, le développement social et le rayonnement de notre région.

L'agri, l'agro : 1^{er} secteur d'activité de la région Occitanie

Dès la mise en place de la région Occitanie fusionnant les deux ex territoires de Midi-Pyrénées et du Languedoc-Roussillon, nous savions qu'il y aurait à défendre les conditions d'un développement économique et social optimal, conscients des atouts et des faiblesses du nouveau territoire, de la diversité de son économie.

Ainsi pendant la période transitoire, le CESER débutait sa réflexion sur des secteurs clés de l'économie régionale, celui de l'agriculture mais aussi celui de la pêche, la région s'ouvrant sur la façade méditerranéenne.

2^{ème} région agricole de France, 1^{ère} région pour l'agriculture biologique, plus grand vignoble du monde, premier port de pêche de Méditerranée, première région d'Europe en signes officiels de

qualité, l'Occitanie dispose d'atouts pour parvenir à l'autonomie alimentaire, pour assurer une bonne alimentation des consommateurs en produisant des produits locaux en quantité suffisante, de qualité, et ce dans le respect de l'environnement.

En novembre 2017, le CESER Occitanie adoptait un avis sur l'agriculture intitulé "une approche de l'agriculture en Occitanie : 1^{er} cahier"; dès ses conclusions, le CESER émettait le souhait de faire un 2^{ème} cahier sur le développement des filières agricoles et agro-alimentaires, des circuits de proximité, en s'appuyant sur les producteurs et les consommateurs, permettant à notre région de parvenir à l'autonomie alimentaire, en prenant en compte le défi du changement climatique.

Cet avis était élaboré dans le contexte des Etats Généraux de l'Alimentation (EGA) : avec un quart d'agriculteurs vivant sous le seuil de pauvreté en France, une production d'aliments générant de multiples pollutions et des émissions de gaz à effet de serre, une forte précarité alimentaire (4 millions de personnes aidées), des problèmes de santé, un niveau élevé d'utilisation de pesticides et d'importants gaspillages et pertes dans les filières alimentaires, ces EGA - clôturés le 21 décembre 2017, avaient pour objectif d'aborder ces problématiques afin d'amorcer le virage agroécologique de notre agriculture et de notre alimentation. Il faut une agriculture et une chaîne agroalimentaire qui préservent la santé et assurent la bonne alimentation des producteurs et des consommateurs, qui permettent de développer l'emploi et de préserver les terres agricoles.

A la clôture des EGA, le Gouvernement fixait sa feuille de route concernant la politique alimentaire, structurée autour de trois axes stratégiques : assurer la souveraineté alimentaire de la France ; promouvoir des choix alimentaires favorables pour la santé et respectueux de l'environnement ; réduire les inégalités d'accès à une alimentation de qualité et durable.

La Présidente de Région Carole DELGA, pour faire suite à ces EGA et partant du constat que les terres d'Occitanie fournissent des produits agricoles nombreux et de qualité, a fait de l'alimentation une grande cause régionale. Elle a lancé une consultation citoyenne qui contribuera à l'adoption par l'assemblée délibérante, en fin d'année, d'un Plan régional pour l'alimentation. Le CESER salue cette initiative, à laquelle il prend part. Par lettre en date du 9 mars 2018, la Présidente nous a saisis pour émettre un avis sur l'impact du e-commerce sur les modes de distribution existants. Notre réponse est intégrée à notre autosaisine.

Conséquence des EGA, la loi "Pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous" a été adoptée par l'Assemblée nationale le 2 octobre 2018 avec 227 voix pour et 136 contre.

Quatre grandes mesures sont à retenir : la construction des prix à partir des coûts de production ; le relèvement du seuil de revente à perte (SRP) de 10 % et la limitation des promotions ; l'introduction d'un minimum de produits bio dans les cantines. Il fixe pour cela l'objectif de 50 % de produits locaux, dont 20 % de bio d'ici 2022 en restauration collective publique ; et une expérimentation du menu végétarien ou encore l'interdiction de l'utilisation de contenants alimentaires plastiques dans les cantines.

Vers l'autonomie alimentaire locale

Le Gouvernement souhaite que la France assure sa souveraineté alimentaire. Pendant très longtemps, nos villes géraient pleinement leur subsistance, puis avec la mondialisation, elles ont délaissé peu à peu leur autonomie alimentaire. La gouvernance alimentaire a été transférée en partie à la politique étatique puis internationale.

Selon l'analyse d'économistes, dans un contexte d'une économie mondialisée, plus le tissu agricole et industriel est tourné vers l'extérieur du territoire, et plus la spécialisation est grande, plus la capacité à répondre à la demande alimentaire locale est faible. Nous exportons en grande partie ce que nous produisons, et nous importons ce que nous consommons.

Cette mondialisation des productions agricoles et de leur transformation a des conséquences en termes d'impact environnemental, mais aussi de lien social car il y a une perte de connexion entre ceux qui produisent et ceux qui consomment sur un même territoire.

Ainsi, aujourd'hui face à constat, et aux scandales sanitaires plus nombreux, on assiste à une prise de conscience citoyenne et entrepreneuriale : le retour à une alimentation locale, durable, de qualité est prônée. Relocaliser la production deviendrait donc non seulement un enjeu écologique, mais aussi sociétal et économique.

Le retour vers une politique alimentaire des territoires est souhaité, avec une autonomie dans ce domaine, pour passer de l'aliment issu de la ferme à l'assiette.

Ce concept de l'autonomie alimentaire, nous en trouvons la définition dans une étude réalisée en 2017 par une agence de conseil en Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) et développement durable Utopies. Le degré d'autonomie alimentaire est évalué à travers la part en pourcentage et en valeur de la production agricole locale dans la totalité des produits agricoles incorporés dans les produits alimentaires (bruts, élaborés, transformés ou cuisinés), consommés localement sur une année.

Ce degré d'autonomie alimentaire des 100 premières aires urbaines françaises est estimé aujourd'hui à seulement 2 %, par conséquent 98% du contenu des aliments qui y sont consommés sont "importés".

Ce chiffre de 2 % doit être pris avec du recul, selon Utopies, d'une part parce qu'il n'est pas lié à un mauvais état de la production agricole française, et d'autre part parce que l'objectif n'est pas d'arriver à 100% d'autonomie alimentaire. Il semble possible aujourd'hui d'atteindre les 15% d'autonomie alimentaire pour nos villes et territoires, si l'on commence :

- par favoriser la diversification des productions, en permettant l'installation de nouveaux agriculteurs ou la reprise d'exploitations, mais aussi la transformation de celles existantes en agriculture biologique ;
- par tenir la chaîne de valeur : production, transformation, distribution, consommation, gestion des déchets. L'industrie agroalimentaire est un maillon majeur de cette chaîne. Le réseau de distribution ne peut pas être pensé seulement en circuit court - vente directe producteur-consommateur -, il faut aussi recréer une filière avec tous les acteurs, localisés, de la chaîne. Distributeurs et restaurateurs ont aussi leur part de responsabilité.
- améliorer le système du e-commerce, qui représente 6% des achats de nourriture en France, et interroger le système de la grande distribution.

Dans le projet d'avis qui vous sera présenté plus en détail par Jean-Pierre Arcoutel, le CESER fait état de ces différents éléments.

En région, on constate les nombreuses initiatives pour améliorer l'autosuffisance des villes.

Dans le top des 100 aires urbaines en matière d'autonomie alimentaire, on retrouve les villes de Montauban (12^{ème} position), Toulouse (25^{ème}), Tarbes, Carcassonne et Albi (56^{ème} à 58^{ème} place). A titre d'exemple, Albi, dans le Tarn, est la première ville française à avoir lancé un programme d'autonomie alimentaire. Son taux d'autosuffisance est estimé à seulement 1,56% en 2017, alors qu'elle pourrait atteindre 95 % si les ressources agricoles locales étaient intégralement orientées vers la demande locale.

Comme initiative de distributeur, à Saint-Jean-de-Védas (34), Locavorium ne vend que des produits issus d'un rayon de moins de 150 km. Les références sont livrées par 75 producteurs environ.

Face à ce grand défi de passer du système agricole au système alimentaire durable, le CESER a fait émerger 41 préconisations répondant à cinq enjeux stratégiques :

- produire : repenser une partie de la production occitane pour la consommation locale et renforcer les filières de production là où nous sommes déficitaires ;

- consommer : différencier et segmenter les produits de consommation locale;
- éduquer : sensibiliser tous les acteurs
- e-commerce : mutualiser et structurer les initiatives et l'offre en produits locaux
- aide à la décision : réguler et se coordonner.

Il est important à ce jour, pour amener les territoires vers l'autonomie alimentaire, de remettre la problématique du local au cœur des débats et politiques publiques dans leur globalité.

Dans notre rapport, nous avons identifié l'alimentation comme un nouvel enjeu de pouvoir dans les politiques locales.

Dans un rapport de janvier 2016 portant sur l'aménagement des territoires ruraux et périurbains, remis à l'ancienne ministre du Logement Sylvia Pinel, l'architecte Frédéric Bonnet proposait dans ce sens la création d'une compétence alimentaire pour les collectivités locales ; la prise en charge du projet alimentaire et agricole apparaissant, selon lui, de plus en plus comme une nécessité pour les collectivités locales et territoriales (collectivités acquérant des terrains agricoles pour installer des maraîchers biologiques afin de fournir la restauration collective, construction de bâtiment pour maintenir ou installer des agriculteurs, etc.).

Une économie de la mer à développer

Un autre secteur d'activité économique pourrait permettre d'influer vers l'autonomie alimentaire de nos territoires : celui de l'économie de la mer, avec notamment les activités de la pêche et de l'aquaculture. L'ouverture de notre région sur la Méditerranée est un véritable atout.

Le projet d'avis "Quelles perspectives pour les filières pêche et aquaculture en Occitanie / Pyrénées-Méditerranée?" qui sera présenté est le résultat d'une réflexion débutée pendant la période transitoire. Un rapport d'étape était acté par notre Bureau du 5 décembre 2017.

Avec ses 220 kilomètres de côtes, un parc naturel marin, celui du Golfe du Lion, 54 communes littorales, 20 stations balnéaires, 70 ports de plaisance, 1^{ère} flottille de pêche de Méditerranée, 3 ports de commerce et 4 criées, 95 % de la production halieutique en Méditerranée française et 10 % de la production conchylicole nationale avec 476 exploitations (Thau et Leucate), notre région Occitanie est résolument tournée vers la mer. Dans cet écosystème, les activités de pêche et d'aquaculture y jouent un rôle majeur et représentent 4500 emplois directs et indirects.

Lors des 9^{èmes} assises de la pêche et des produits de la mer qui se sont tenues à Sète en juin dernier, le ministre de l'agriculture et de l'alimentation, Stéphane Travert, s'est lui-même exprimé sur les qualités du bassin méditerranéen en matière de pêche et d'aquaculture. La conchyliculture est également une activité emblématique de la région et dont le dynamisme est à souligner. Mais la mer Méditerranée, c'est aussi un écosystème fragile, exposé à des pollutions diverses, terrestres et maritimes, et devant prendre en compte la réglementation européenne.

Comme notre rapport l'indique, à l'horizon 2030, de nombreux secteurs de la mer pourraient connaître une croissance supérieure à celle de l'économie mondiale, que ce soit en termes de valeur ajoutée ou d'emploi. Une progression est attendue pour l'aquaculture marine (qui dépasse désormais la pêche en volume), le secteur de la transformation du poisson et des activités portuaires, tandis que la pêche professionnelle en mer subira une baisse liée à la pollution et à la diminution de la ressource de certaines espèces (exemple : poissons bleus), à la succession de plans de sortie de flotte de chalutiers, à la diminution des zones de pêche, aux contraintes réglementaires européennes.

L'aquaculture, ce sont toutes les activités de production animale ou végétale en milieu aquatique. Ce terme générique rassemble, entre autres, la pisciculture (production de poissons), la conchyliculture (production de coquillages).

Ce développement de l'aquaculture est une priorité politique nationale, mais aussi européenne, a rappelé le Ministre de l'agriculture, car il y a une demande prégnante des consommateurs pour des produits de qualité. Les professionnels français sont en capacité de répondre à la demande, disposant d'un savoir-faire et s'appuyant sur une recherche performante, même si l'on constate quelques obstacles à franchir : image de l'aquaculture, gestion des risques sanitaires et environnementaux, réglementation complexe.

L'aquaculture est une alternative à la surpêche pratiquée dans les mers et océans, notamment à l'heure où la demande mondiale en poissons ne cesse d'augmenter.

Afin de faire face aux problématiques rencontrées, le CESER fait des préconisations pour soutenir ce secteur de la pêche et de l'aquaculture, entre autres :

- Mieux connaître les ressources et lutter contre la pollution : le CESER souhaite que le Conseil régional encourage la recherche et soutienne les actions de sensibilisation, d'éducation, et initie des états généraux d'échanges avec les régions riveraines de la Méditerranée.
- Concevoir le chalutier méditerranéen du futur (bateau économe, écologique limitant la consommation de diesel, et diminuant l'émission de CO2) : il y aurait moins de pêche mais dans des conditions permettant le maintien de l'équilibre d'exploitation des chalutiers et de la pêche. Le chalutier est indispensable à l'équilibre général, structurant l'économie locale et doit rester complémentaire de l'activité des petits métiers.
- Aider les criées en difficulté : la crise du poisson bleu a conduit à la destruction de nombreux navires. Il est demandé à la Région d'entreprendre un travail de mutualisation et de recherche d'une meilleure complémentarité entre criées d'Occitanie.
- Soutien à la filière conchylicole, vrai potentiel de développement économique.
- Développer la pisciculture des espèces marines
- Accentuer et soutenir la formation des métiers de pêche, conchyliculture et pisciculture. Le renouvellement des générations indispensable pour ces filières passe avant tout par l'attractivité des métiers. Des efforts sont à faire en matière de formation (formation initiale, continue, apprentissage).
- Soutenir le CEPALMAR qui fait des études sur lesquelles s'appuient les professionnels : la Région doit mettre plus de moyens humains et financiers à sa disposition.

Je proposerai une initiative : l'organisation d'une réunion de travail avec les CESER du sud, PACA et Catalogne.

L'universitarisation des formations paramédicales en Occitanie : les IPA

Depuis toujours le CESER manifeste son intérêt pour les questions de santé, le dernier projet d'avis qui sera présenté relatif à l'universitarisation des formations paramédicales en Occitanie le confirme.

Face aux évolutions de l'organisation des formations sanitaires et sociales de niveaux III, II et I du fait du processus engagé d'universitarisation et des textes visant à définir l'exercice de la pratique avancée pour la profession d'infirmier et les conditions de formation et d'accès à la formation d'infirmier en pratique avancée (IPA), la commission 4 "Enseignement supérieur - Recherche - Valorisation - Transfert - Innovation" du CESER a souhaité porter une réflexion sur la mise en perspective de cette nouvelle approche de la formation des professionnels du secteur sanitaire et social.

L'importance des enjeux de ces questionnements étant partagé par le Conseil régional, la Présidente de Région a demandé à Michel BOUSSATON, Conseiller régional délégué à la Santé, à la Silver

Economy et aux Formations sanitaires et sociales d'être notre interlocuteur tout au long du travail mené. Nous remercions Michel BOUSSATON d'être présent ce matin pour prendre connaissance du rendu du rapport.

La commission s'est attachée à rappeler les enjeux de l'universitarisation des professions d'auxiliaires médicaux pour le territoire régional, et a présenté ce que revêt la notion de pratique avancée, question novatrice en France.

Le déploiement des formations en pratique avancée pour les professionnels de santé s'inscrit dans une stratégie de réorganisation du dispositif de soins nécessitée par l'augmentation des besoins de santé due à davantage de maladies chroniques, aux dépendances, au vieillissement de la population, et un nombre de professionnels de santé encadré du fait de la rationalisation des dépenses de l'assurance maladie.

Le CESER a émis des préconisations. Ainsi, le CESER est favorable à l'élargissement des compétences et de l'autonomie des professionnels de soins que permet la pratique avancée et adhère au principe de prise en charge globale du malade. Néanmoins, celui-ci regrette que la pratique avancée ait été restreinte pour l'instant aux infirmiers. En effet, ce concept a été introduit en France par l'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et concerne l'ensemble des professions d'auxiliaires médicaux.

Pour exercer comme infirmier en pratique avancée (IPA), les professionnels devront suivre une formation de 2 ans conduisant à un diplôme d'Etat et justifier de 3 ans d'expérience comme infirmier diplômé d'Etat. Valant grade de master, la formation IPA s'inscrit complètement dans le système d'enseignement supérieur européen Licence – Master- Doctorat (LMD).

Bien que ce diplôme soit ouvert à la formation initiale et à la formation continue, le CESER s'inquiète que l'accès à cette formation soit malaisé pour les infirmiers libéraux ou salariés issus des zones sous tension pour l'accès aux soins. Le CESER recommande ainsi un accompagnement financier de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée afin de promouvoir les candidatures de professionnels issus des zones sous-denses qui exercent dans le secteur libéral ou salarié et propose ainsi d'augmenter le budget régional consacré à la formation professionnelle.

Le CESER souhaite être associé aux travaux de l'observatoire régional des métiers de la santé et du social qui devra suivre le déploiement du dispositif IPA.

Et d'une manière plus générale, le CESER sera attentif à l'évolution de l'ensemble des formations des professionnels de santé dans un schéma LMD et à la mise en place d'un tronc commun initial partagé pour favoriser les passerelles, décloisonner les métiers et faciliter la pratique interdisciplinaire.

Respectant l'objet principal de sa mission et son domaine d'expertise, la commission « Enseignement Supérieur Recherche – Valorisation – Transfert - Innovation » du CESER, a volontairement axé son analyse des nouvelles mesures IPA sur l'universitarisation et la valorisation de cette formation. Elle a pleinement conscience qu'en limitant son champ d'analyse, elle n'aborderait pas l'impact de cette mesure sur l'organisation des soins qui interroge également les parties prenantes. Toutefois, au regard des préconisations proposées focalisant pour l'essentiel sur la formation des IPA, cet avis contribuera, sans aucun doute, à faciliter et à accompagner la mise en œuvre concrète de cette mesure.

L'actualité en Occitanie

Besoins de main d'œuvre en région

Pour en revenir au secteur de l'économie régionale, j'ajoute que la reprise économique observée dans le pays se mesure également en Occitanie. La récente enquête d'avril 2018 réalisée par Pôle

Emploi sur les besoins en main d'œuvre montre une hausse de plus de 18% des projets de recrutement recensés en 2018 ; c'est une bonne année pour les perspectives d'embauche, il y a près de 226 000 intentions d'embauche et sous forme de contrats durables (plus de 6 mois). Pour les 20 000 actifs qui s'installent chaque année, c'est là un vivier d'opportunités, principalement dans les départements de la Haute-Garonne et de l'Hérault (41% des besoins exprimés), et dans les bassins d'emploi de Toulouse, Montpellier, Perpignan, Nîmes réunissant 39% des besoins de main d'œuvre de la région.

Tous les départements recensent des besoins de main d'œuvre non négligeables.

Une intention d'embauche sur deux émane de petites entreprises mais les grandes entreprises ont aussi une grande propension à recruter.

Tous les secteurs anticipent une progression de leurs effectifs, ceux de la construction et de l'industrie sont en particulier en forte hausse.

Toutefois, le secteur des services, avec plus de 132 000 intentions d'embauches, reste le plus grand pourvoyeur (59 % du total).

L'agriculture et le tourisme occupant une place importante dans la région, la part de projets liés à une activité saisonnière reste élevée. Pour le tourisme, 49,2% des recrutements seront saisonniers : l'Occitanie est, après la Corse, la deuxième région dont la part d'emplois saisonniers est aussi forte.

Il y a par conséquent des opportunités mais qui pourraient ne pas être saisies, car les difficultés de recrutement sont réelles et en hausse (37% de projets d'embauche sont jugés difficiles à pourvoir contre 34% en 2017).

Et c'est un paradoxe pour une région qui a le 2^{ème} plus fort taux de chômage de France (10,5% fin 2017, 570 000 chômeurs). Il y a donc là un défi à relever par la formation, le développement de l'apprentissage et le développement de l'approche des offres.

Des initiatives de lutte contre le chômage et la précarité

Pour faire face au chômage, il existe le dispositif "Territoires zéro chômeur de longue durée" lancé fin 2016 par le Gouvernement avec 10 territoires d'expérimentation, qui, fin 2017, affichait un bilan positif, avec plus de 500 chômeurs de longue durée qui ont retrouvé un travail en CDI. Les activités sont variées (transports, services, proximité, recyclage...). L'expérimentation doit durer encore 4 ans, et pourrait être étendue à une cinquantaine de nouveaux territoires dans le cadre d'une deuxième loi qui serait portée par des parlementaires ou le gouvernement. La Commission européenne suit de près cette initiative. Ce dispositif commence à essaimer en Occitanie.

Le CESER doit proposer cette expérimentation pour les bassins d'emploi où le taux de chômage est le plus élevé.

En effet, dans les 15 bassins d'emploi au plan national qui enregistrent les plus forts taux de chômage, 7 se trouvent en Occitanie avec des taux entre 16,9% et 13,9 % pour Agde-Pézenas, Alès, Céret, Perpignan, Narbonne, Sète et Béziers.

Le 13 septembre, le Président de la République présentait le Plan pauvreté : 8 milliards d'euros sont prévus, dont 4 Mds de crédits nouveaux, pour financer les cinq grandes mesures : petite enfance (crèches accessibles à tous), enfance (repas à 1 euro dans les cantines pour les plus défavorisés), jeunes (créer une obligation de formation jusqu'à 18 ans pour les décrocheurs du système scolaire), accompagnement vers l'emploi, minima sociaux (mise en place d'un revenu universel d'activité, s'inscrivant dans une refonte des minima sociaux).

Je réunirai les ONG agissant dans le domaine de la pauvreté pour faire vivre en Occitanie ce Plan pauvreté et rendre opérationnelles les propositions largement partagées.

Des solutions de financement pour la réalisation du GPSO

Pour réussir ce pari, il faudra aussi mailler le territoire par l'organisation des modes de transports. Comme cela vient d'être évoqué, nous connaissons une forte progression démographique avec des

populations nouvelles qui veulent se former, travailler, investir, créer des activités dans les territoires. Nous devons par conséquent poursuivre la mobilisation - depuis des mois, les acteurs socio-économiques, les entreprises se sont mobilisés à l'occasion de tous les rassemblements, conférences, rendez-vous ministériels, en faveur de l'interconnexion des LGV du Grand Sud-Ouest européen (réalisation de la LGV Bordeaux-Toulouse, phase 2 du GPSO, et finalisation de la ligne nouvelle Montpellier-Perpignan).

Le rapport du Conseil d'Orientation des infrastructures de février 2018 a déclaré prioritaire la réalisation de la LGV Bordeaux-Toulouse. Le choix du rythme de réalisation appartient au Gouvernement. Le Conseil a développé 3 scénarii de financement, le scénario permettant la livraison dans 10 ans a la faveur des élus. Des propositions de financements innovants pensées par les collectivités permettraient de s'inscrire dans ce scénario favorable.

Ainsi, en vue de son rendez-vous programmé avec la Ministre des Transports Elisabeth BORNE le 25 septembre, le président de la CCI de Toulouse Alain di Crescenzo, et moi-même au nom du CESER, signions un courrier commun à l'attention de Carole DELGA, afin qu'elle défende notre proposition pour le financement : la création de sociétés de financement avec des ressources fiscales dédiées dont les taxes sur les bureaux et équipements de zones aménagées qui devront en tout état de cause restées raisonnables et cohérentes avec les taux appliqués ailleurs dans notre pays.

Le modèle financier qui a permis la réalisation concédée du projet SEA (Tours-Bordeaux) - phase 1 des GPSO - et l'arrivée de la LGV à Bordeaux le 1^{er} juillet 2017 n'est pas reproductible.

C'est la raison pour laquelle, nous défendons la création de sociétés de financements qui sont des modèles économiques différents, permettant de tenir compte de la situation financière de notre pays, de l'Etat et des collectivités.

Nous souhaitons que les grandes collectivités, qui ont déjà été sollicitées pour financer hier la régénération du réseau ferré et la réalisation de Tours-Bordeaux, aient aujourd'hui les moyens de mettre en œuvre les engagements de l'Etat pour répondre aux besoins de mobilité de la région Occitanie et du Grand Sud-Ouest européen. C'est le seul scénario qui permettra de réaliser les infrastructures dans la décennie qui s'ouvre à compter de ce jour. Les autres hypothèses renverraient l'achèvement en 2040, ce qui serait inacceptable pour les populations concernées.

En contrepartie, les entreprises seront sécurisées sur la transparence du dispositif, sur les délais de réalisation et les retours sur investissement. Ces derniers permettront la réalisation d'infrastructures nouvelles pour l'attractivité de zones concernées et une mobilité renforcée et équitable au regard des régions voisines (Espagne, Sud-Est, couloir rhodanien).

Nous agissons auprès du Premier Ministre et du Président de la République pour que soit inscrite dans l'article 30 de la Loi d'Orientation des Mobilités (LOM) la création d'une société de financement pour les 2 lignes LGV.

Zonage des médecins libéraux

Je terminerai avec quelques mots sur la thématique santé. La Directrice de l'Agence Régionale de Santé Monique CAVALIER a soumis à la CRSA pour avis, durant l'été, un projet de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins. La proposition de zonage concernait les médecins généralistes et les orthophonistes. En tant que membre de la CRSA, le CESER a été appelé à émettre un avis. La CRSA devant donner son avis au plus tard le 26 septembre 2018, la Conférence permanente réunie le 24 septembre a validé la réponse du CESER transmise à Mme CAVALIER.

D'autres propositions de zonage pour les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers et les chirurgiens dentistes sont à venir.

Le CESER estime la méthodologie qui a amené à la définition du nouveau zonage plus rationnelle que celle appliquée auparavant : la prise en compte de critères et de leur interaction - pas seulement le nombre - tels que la répartition géographique par classe d'âge et le niveau d'activité et modalités

d'exercice des professionnels de santé mis en lien avec les caractéristiques démographiques des territoires est plus intéressante que le seul critère de densité médicale.

Néanmoins, le CESER indique que ce zonage s'apparente plus à un cadre pour l'application d'une réglementation administrative et technocratique (aides à l'installation des professionnels de santé) qu'à une solution globale visant à résoudre le problème des inégalités d'accès aux soins, donc à une politique de régulation des aides à l'installation de nouveaux médecins dans les zones sous-dotées.

Le CESER préconise de réfléchir à l'instauration d'un dispositif cohérent et fluide pour que la multiplicité des aides proposées (contrats, aides, exonérations) ainsi que celles des organismes concernés (Assurance maladie, ARS, collectivités territoriales) ne deviennent pas, en raison du manque de lisibilité pour les acteurs, un élément de dissuasion pour les candidats à l'installation ou, a contrario, un vecteur de nomadisme au gré des opportunités.

Au-delà de ces remarques, le CESER a formulé deux autres vœux :

- l'installation des professionnels de santé en zones sous-dotées pourrait être favorisée par l'introduction dans les cursus de formation de la dimension de responsabilité citoyenne nécessairement inhérente à la pratique médicale. Le CESER se réjouit par ailleurs des changements annoncés dans l'organisation du PACES qui vont permettre de réduire la tension quantitative sur la profession médicale dans les 10 ans à venir.

- Encourager les autorités sanitaires à s'appuyer sur les structures sanitaires, sociales et médico-sociales existantes sur les territoires, pour y adosser des professionnels de santé qui pourraient assurer les démarches administratives et ainsi disposer en proximité de praticiens dont ont besoin leurs résidents. Cela permettrait de réhabiliter le rôle des hôpitaux locaux dans le système global de soins.

Le Plan Santé annoncé par la Ministre invite à un travail spécifique dans notre région en raison de sa démographie, des disparités et de la nécessité de garantir un accès à des soins sécurisés pour tous dans les territoires.

(...)

Je vous remercie pour votre écoute.

**L'UNIVERSITARISATION
DES FORMATIONS PARAMEDICALES EN OCCITANIE :
LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE**

Avis adopté

Suffrages exprimés : 161

Pour : 156

Abstentions : 5

Rapporteuse : **Catherine MIFFRE**

**Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**

Ce projet d'Avis a été élaboré sous l'autorité de la Commission « Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert – Innovation » du CESER, présidée par Alain RADIGALES. Elle adresse ses remerciements aux personnes qui ont bien voulu alimenter sa réflexion :

Madame Isabelle AUGADE

Infirmière, Clinique Pasteur - Toulouse

Monsieur Jean-François BOUSCARAIN

Président, URPS Infirmiers libéraux Occitanie

Madame Monique CAVALIER

Directrice générale, ARS Occitanie

Madame Frédérique DECAVEL

Directrice des soins, Hôtel-Dieu St Jacques - Toulouse

Monsieur Alain GRAND

Professeur, Université Toulouse III – Paul Sabatier

Madame Isabelle LAFFONT

Professeur, Université de Montpellier

Monsieur Michel MONDAIN

Doyen de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes, Université de Montpellier

Monsieur Stéphane OUSTRIC

Président, Conseil de l'ordre des médecins de Haute-Garonne

Monsieur Atul PATHAK

Directeur d'unité, Clinique Pasteur - Toulouse

Madame Anne-Marie PRONOST

Directrice adjointe, Clinique Pasteur - Toulouse

Madame Ghislaine REDON

Directrice des soins, IUCT-ONCOPOLE

Monsieur Frédéric DESPIAU

Cadre santé coordinateur, IUCT-ONCOPOLE

Madame Nadia PEOC'H

Directrice des soins, CHU de Toulouse

Monsieur Elie SERRANO

Doyen de la Faculté de Médecine - Rangueil, Université Toulouse III – Paul Sabatier

Ce projet d'Avis a été élaboré sous l'autorité de la Commission
« Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert – Innovation »

Le Bureau

Président

Alain RADIGALES

Vice-Président

Catherine GONZALEZ

Secrétaire

Isabelle MONTIER

Les membres

Ludovic ARBERET
Gilles BESSON
Martial BRENAC
Elvire DE ALMEIDA-LOUBIERE
Patrick DELFAU
Jacques DIETRICH
Nicolas DUBOURG
Pascal DUMY
Claude DUPUY
Marielle GAUDOIS
Hélène GRANDJEAN
Cécile HA MINH TU
Sylvain LABBE
Stéphanie LACAMBRA
Emeline LAFON

Laurent LATORSE
Elisabeth LAVIGNE
Virginie MAHDI
Catherine MIFFRE
Belkacem MOUSSAOUI
Benjamin ORDON
Philippe PATITUCCI
Xavier PETRACHI
Laura PIBOU
Camille PLAGNARD
Brigitte PRADIN
Michel RAFFI
Patrick ROUX
Karen SERRES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
I. ETAT DES LIEUX.....	3
1. Histoire et enjeux de l'universitarisation des formations sanitaires	3
2. Etat de l'engagement de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée pour les formations sanitaires et sociales.....	6
3. Cartographie des formations paramédicales dispensées en Occitanie.	7
II. PRATIQUE AVANCEE.....	10
1. Rappels historique de l'exercice en pratique avancée pour les infirmiers.....	10
2. Evolution des idées et des travaux sur la pratique avancée en France 11	
III. CADRES JURIDIQUES – OUTILS – DISPOSITIFS	12
IV. ENJEUX DES FORMATIONS EN PRATIQUE AVANCEE.....	15
1. Impacts sur l'écosystème universitaire régional.....	15
2. Conséquences sur la vie des territoires, des villes d'équilibre ou des sites porteurs d'écoles ou d'instituts	15
V. PRECONISATIONS	17
1. Un constat général sur le contexte de cette réforme	17
2. Sur l'accès à la formation et son organisation.....	17
3. Rôle et place de l'Etat, de l'Exécutif Régional et des autres collectivités territoriales dans la mise en place de ces formations.....	19
CONCLUSION.....	20
GLOSSAIRE	27

INTRODUCTION

La loi n°2004-809 du 13 août 2004¹ relative aux libertés et aux collectivités locales a attribué des compétences spécifiques aux régions en matière de structuration, de programmation et de financement des formations sanitaires et sociales. Depuis, les régions ont une responsabilité accrue en ce qui concerne le financement des établissements publics et privés de formations sanitaires et sociales, la création des instituts de formation sanitaire et l'agrément de leur directeur ou encore la répartition des capacités d'accueil dans les organismes de formation et des « quotas régionaux » pour les professions soumises à quotas. En Occitanie, le Schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS) s'inscrit dans ce cadre et s'articule avec le Schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII) ainsi qu'avec celui de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (SRESRI) pour contribuer à la stratégie régionale de l'emploi.

La Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée a adopté en 2017 et pour 4 ans le SRFSS, le SRESRI et le SRDEII. L'élaboration de ces schémas régionaux a été faite dans un contexte national de réformes et d'orientations qui constituent autant d'enjeux territoriaux pour la formation et l'emploi dans le domaine sanitaire et social. En effet, les travaux de la Grande Conférence Santé du 11 février 2016 préconisent des mesures destinées à mieux préparer les professionnels à la santé de demain en agissant sur la formation et les conditions d'exercice professionnel. Il est ainsi rappelé, entre autres objectifs, d'intégrer les formations paramédicales au sein de l'Université² et de développer des compétences intermédiaires dans le système de santé pour faire face aux nouveaux besoins qui ont trait notamment à la complexité des parcours de soins de certains patients affectés de pathologies chroniques lourdes mais également de renforcer l'offre de soins sur tout le territoire.

Peu avant, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé introduisait dans le code de la santé publique l'exercice de la pratique avancée pour la profession d'auxiliaires médicaux. Les textes d'application visant à définir d'une part l'exercice de la pratique avancée pour la profession d'infirmier³ et d'autre part les conditions de formation et d'accès à la formation d'infirmiers en pratique avancée, ont été publiés le 18 juillet 2018. Cette formation conduit à un diplôme d'Etat valant grade de master. Il convient donc de s'interroger sur les conséquences de ces nouveaux dispositifs de formation universitaire pour les différentes parties prenantes et sur les conditions dans lesquelles ces dispositifs pourront répondre aux défis sociétaux et professionnels partagés par l'ensemble des acteurs de la santé.

Depuis 2004 les CESER des ex régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ont élaboré des rapports sur les territoires de santé, l'offre de soins, l'accès à des soins de qualité pour tous. Le CESER avait rendu son avis sur le SRFSS le 13 juin 2017 dans le cadre d'une saisine de la Présidente de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée. Bien qu'ayant apporté une contribution réservée sur le Plan régional de santé le 18 juin 2018, le CESER reste engagé de manière volontariste, sur les questions sanitaires et sociales. Le CESER est donc conscient de l'importance des questions de santé tant au niveau national que régional, de la désertification médicale et de la fermeture de nombreux services publics, notamment en zone rurale et plus récemment en zone urbaine, du vieillissement régulier de la population, témoignant de besoins en santé accrus. Face aux enjeux de ces nouveaux

¹ République française. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux collectivités locales. Journal officiel n°190 du 17 août 2004 p. 14545.

² Mesure 13 de la feuille de route de la Grande conférence de la santé du 11 février 2016 : Confier – à moyen terme – aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales.

³ L'ensemble des termes utilisés dans ce document fait référence au masculin et au féminin des fonctions utilisées. Ainsi, les dénominations infirmier, puériculteur, ambulancier... correspondent à infirmier/infirmière, puériculteur / puéricultrice, ambulancier / ambulancière...

dispositifs de formation pour les conditions de soins de la population occitane, la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée et la commission « Enseignement supérieur, Recherche, Valorisation, Transfert, Innovation » du CESER ont donc souhaité s'emparer de ce thème. Le CESER propose ici ses préconisations sur deux grands axes :

- l'accès à la formation IPA, son contenu et son organisation sur le territoire de la région Occitanie ;
- le rôle et la place de la Région, de l'Etat et des collectivités locales dans la mise en place de ces formations sur le territoire.

Cette initiative est renforcée par la lettre de la Présidente de Région adressée au CESER, en date du 7 juin 2018 (Cf. courrier en annexe). Cet avis s'attachera dans un premier temps à rappeler les enjeux de l'universitarisation des professions d'auxiliaires médicaux pour le territoire régional. L'intégration des formations sanitaires et sociales dans les universités soulève de nombreuses questions et ne se déroule pas de la même manière pour toutes les filières. La question de la pratique avancée est novatrice en France, il existe une demande d'évolution des professions d'auxiliaires médicaux. Néanmoins, les professionnels à ce niveau de compétences existent dans de nombreux pays. Dans un deuxième temps, il sera intéressant de présenter ce que revêt cette notion pour en comprendre les enjeux. Enfin, les travaux menés du 16 mai 2018 au 26 septembre 2018 par la commission 4 « Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert – Innovation » du CESER ont permis l'audition de 15 personnalités issues des milieux hospitaliers public et privé, libéral et universitaire de la région Occitanie. Ces auditions ont alimenté les réflexions de la commission « Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation - Transfert - Innovation » pendant 4 mois, laquelle présente ici ses préconisations.

I. ETAT DES LIEUX

A la fin des années 90, le système français d'enseignement supérieur s'est engagé dans une profonde évolution visant à construire un Espace européen commun de l'enseignement supérieur. En 1999, la déclaration de Bologne¹ signée par 29 pays du continent européen est l'acte éponyme du processus qui vise à mettre en place un système d'enseignement supérieur européen plus facilement comparable, compatible et cohérent. Aussi appelé processus LMD pour Licence – Master – Doctorat, et au-delà de la mobilité des étudiants, des enseignants et des chercheurs, ses objectifs sont de permettre une reconnaissance des qualifications professionnelles dans un espace qui compte aujourd'hui 48 pays signataires. Cette reconnaissance est le préalable à la mobilité des Européens dans le travail.

En 2006, les universités françaises ont toutes adopté le schéma LMD. Cependant, les formations paramédicales et de sage-femme ne sont à ce moment pas intégrées dans les schémas de formations universitaires. C'est à partir de 2006 que les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur créeront un agenda pour l'intégration de ces formations dans le dispositif LMD.

Cette partie sera l'occasion de revenir sur cette intégration et sur l'engagement de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée à ce sujet notamment au travers du Schéma régional des formations sanitaires et sociales. Enfin, une analyse quantitative sera l'occasion de présenter l'importance de ces formations pour le territoire.

1. Histoire et enjeux de l'universitarisation des formations sanitaires

L'ensemble des professions de santé présente des contours variables en fonction de l'approche considérée :

- Dans son acception la plus large il regroupe l'ensemble des « professions réglementées par le code de la santé publique ainsi que les autres intervenants de la production de services de santé : les aides-soignants, les ambulanciers, les agents hospitaliers et les psychologues notamment »². De plus, d'autres métiers émergents dont les formations relèvent du schéma LMD ne sont pas reconnus comme auxiliaires médicaux (par ex. : Enseignants en Activité Physique Adaptée ou ingénieurs bioinformatique).
- D'un point de vue statistique, il existe deux répertoires. Le Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) intègre en 2018 les données d'identification des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues, fournies et certifiées par les ordres professionnels et par le service de santé des armées. Le répertoire ADELI (Automatisation des listes) enregistre les membres des professions de santé réglementées par le code de la Santé Publique à l'exception de celles enregistrées dans le RPPS. Le répertoire ADELI a vocation à disparaître au profit de l'intégration des professions dans le RPPS. Ces deux répertoires permettent de fournir les données des professionnels y compris de ceux qui n'exercent pas.

¹ Déclaration commune des Ministres européens de l'Éducation réunis à Bologne le 19 juin 1999.

² BERLAND, Yvon et GAUSSERON, Thierry, 2002. Mission "démographie des professions de santé". Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2002, 114p.

- En ce qui concerne l'organisation du système de formations, les régions ont reçu des compétences en matière de structuration, de programmation et de financement des formations sanitaires et sociales par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Les métiers du secteur sanitaire concernés sont ceux énumérés dans le code de santé publique et dont le financement est assuré par la Région, l'Education nationale ou l'Université (Tableau 1).

Une des particularités du système d'enseignement supérieur paramédical français était son isolement du monde universitaire. Ainsi, ces formations étaient éloignées, d'une part des formations médicales et d'autre part de la recherche académique. De ce fait, l'inscription de ces formations dans le schéma LMD au début des années 2000 n'a pas pu se faire immédiatement et nécessitait à la fois une réingénierie des formations et une intégration organisationnelle dans les universités. Ce double processus a pris le nom unique d'universitarisation des formations paramédicales mais revêt deux aspects. Au-delà de la volonté d'harmonisation des formations, l'objectif est également de permettre l'apprentissage d'un référentiel commun de connaissances fondamentales et par voie de conséquences de faciliter un exercice interprofessionnel.

Niveau V (CAP, BEP)	
Auxiliaire ambulancier (70 heures)	Ambulancier (1 an)
Aide-soignant (1 an)	Auxiliaire de puériculture (1 an)
Niveau III (DEUG, DEUST, BTS, DUT)	
<i>Audioprothésiste (3 ans)</i>	Préparateur en pharmacie hospitalière (1 an)
<i>Diététicien.ne (2 ans)</i>	<i>Prothésiste dentaire (IV à III) (3 / 2 ans)/</i>
<i>Opticien lunetier (IV / III) (3 / 2 ans)</i>	Psychomotricien* (3 ans)
<i>Orthoptiste (3 ans)</i>	Technicien de laboratoire médical (3 ans)
<i>Orthoprothésiste (IV / III) (3 / 2 ans)</i>	
Niveau II (Licence, Licence professionnelle, Maîtrise, Master 1)	
Ergothérapeute * (3 ans)	Manipulateur en électroradiologie médicale (3 ans)
Infirmier* (3 ans)	Masseur-Kinésithérapeute* (1+3 ans)
Infirmier de bloc opératoire (18 mois)	Pédicure podologue (3 ans)
Puériculteur (1 an)	
Niveau I (Master, DEA, DESS, diplôme d'ingénieur, Doctorat, habilitation à diriger des recherches,...)	
Cadre de santé (1 an)	<i>Orthophoniste (5 ans)</i>
Infirmier anesthésiste (2 ans)	Sage-femme/maïeuticien* (1+4 ans)
<i>Infirmier en pratique avancé* (2 ans)</i>	

*Formations soumises à quotas / *En italique : les formations dont les diplômes relèvent du ministère en charge de l'enseignement supérieur.*

Tableau 1 : Les métiers du secteur sanitaire ciblés par la loi du 13 août 2004 par niveau de qualification (tiré de : Schéma régional des formations sanitaires et Sociales 2017-2021 – Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée)

Les différents rapports conjoints de l'IGAS et l'IGAENR portant sur les formations paramédicales et leur processus d'universitarisation¹ rappellent clairement les différentes étapes pour les professions.

¹ Rapport IGAS RM2008-081P/IGAENR 208-068, Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales. établi par Aquilino Morelle, Jacques Veyret, Gérard Lesage, Dominique Acker et Dominique Noire, septembre 2008, 143p.

Rapport IGAS RM2013-129P/IGAENR 2013-081, Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, établi par Vincent Marsala, Patrick Allal et Isabelle Roussel, juillet 2013, 93p.

Ce processus revêt des réalités différentes en fonction des professions concernées et demeure encore inachevé. En effet, il concerne des professions regroupant les infirmiers avec un effectif global de 616 796 professionnels dont 83,2 % sont salariés, les audioprothésistes avec un effectif de 2 920 ou encore les pédicures-podologues qui exercent à 98,2 % dans le secteur libéral¹. La mise en œuvre du dispositif LMD a profondément modifié l'environnement réglementaire des cursus de formations, l'écosystème des acteurs de formation et les contenus eux-mêmes.

Le choix a été fait en France pour les professions paramédicales, de délivrer essentiellement des diplômes d'Etat ; l'objectif étant avant de tout de créer un cadre commun de formation pour l'ensemble des institutions. Les formations peuvent être assurées par des Universités (orthoptistes, diététiciens...) ou des institutions spécialisées (infirmiers, pédicures podologues...) publiques ou privées.

Certaines professions sont toujours en attente de l'universitarisation de leur formation. C'est le cas par exemple de la profession de diététicien dont l'exercice est accessible après l'obtention d'un DUT génie biologique, option diététique ou d'un BTS diététique. En 2007, la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 donne naissance à un diplôme d'Etat de diététicien. Malgré le souhait de l'Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) d'un allongement de la formation pour la porter à 3 ans et obtenir la reconnaissance du grade de Licence, les textes d'application ne sont toujours pas parus.

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier marque le début de l'universitarisation de la formation d'infirmier en accordant d'une part, une place accrue de l'Université dans les enseignements des domaines sciences humaines, sociales et droit ainsi que sciences biologiques et médicales et d'autre part, la participation d'enseignants-chercheurs aux instances des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Le Décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 *relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique* est la première étape de l'inscription des études d'infirmier dans le schéma LMD. Les établissements de santé publics et privés, support d'IFSI, ainsi que les IFSI dotés d'une personnalité juridique doivent alors signer une convention au sein de chaque académie, avec la Région et les universités, pour constituer des Groupements de coopération sanitaire (GCS-IFSI)².

Comme le note Mathieu-Fritz³ (2013), l'harmonisation des enseignements³ et surtout les compromis nécessaires entre le volume horaire des enseignements de sciences humaines et sociales, introduits par la réforme et dispensés a priori par les universités et celui des enseignements liés à la pratique professionnelle des soins infirmiers, ont nécessité un profond travail de réingénierie des formations.

Les spécialisations de la profession d'infirmier, Infirmier de bloc opératoire (IBODE) et Infirmier anesthésiste (IADE) ont pour l'instant des reconnaissances différentes. Le Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master permet aux infirmiers

Rapport IGAS RM2016-123R/IGAENR 2017-043, Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé. Etabli par Jean Debeaupuis, Axel Essid, Patrick Allal, Stéphane Elshoud et Frédéric Thomas, juin 2017, 219p.

1 D. SICART, 2014. Les professions de santé au 1er janvier 2014. Série Statistique n°189, juin 2014. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 91p.

2 Circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD).

3 MATHIEU-FRITZ Alexandre, 2013. Récit d'une expérience d'"universitarisation" des études d'infirmières à Marne-la-Vallée. Présentation orale lors de la Journée d'études organisée par le RT 1 « Savoirs, Travail, Professions » de l'AFS et la revue Sociologie Santé, 21 janvier 2013, Université Paris 8.

anesthésistes diplômés d'Etat d'être reconnus au grade de master à partir de septembre 2014. En revanche les IBODE dont la formation est de 18 mois n'ont pas encore cette reconnaissance.

La réingénierie des formations telle qu'elle est recommandée dans le rapport conjoint IGAS/IGAENR (2017) devrait mener à des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et conférer le grade de licence ou de master. En ce qui concerne le grade de master, il s'agit au-delà d'un niveau Bac+5 d'une « reconnaissance de l'initiation à la recherche incluse dans ces formations ».

Ainsi, le texte d'application relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée a directement incorporé dans son référentiel d'enseignement, en plus des enseignements théoriques, méthodologiques et appliqués et des stages obligatoires, une unité d'enseignement d'initiation à la recherche avec rédaction d'un mémoire et l'enseignement d'une langue étrangère (en l'occurrence l'anglais). Ainsi, le référentiel d'enseignement répond aux critères de reconnaissance du grade de master¹.

Comme le précisent Ollivier *et al.* (2012)², dans le processus d'universitarisation, le choix a été fait de conserver les diplômes d'Etat relevant du domaine de la santé et de donner une équivalence de grade de licence (Bac +3) ou de master (Bac +5) pour plusieurs raisons :

- « une même formation ne peut pas conduire à la délivrance de deux diplômes différents, ce qui serait le cas avec une licence d'infirmier et un diplôme d'Etat d'infirmier (diplôme d'exercice) ;
- les diplômes de licence et de master sont des diplômes obtenus sous la seule responsabilité des universités, dans le cadre de leur autonomie pédagogique ; or les formations des professions de santé doivent conserver un cadrage national, comme l'exigent les diplômes d'exercice des professions réglementées ;
- l'accès aux formations médicales et à certaines études paramédicales est soumis à un *numerus clausus* ou un *quota*. »

2. Etat de l'engagement de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée pour les formations sanitaires et sociales

Le Schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS) de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée a été adopté par l'assemblée plénière du 30 juin 2017.

Il est organisé autour de 4 orientations stratégiques :

- Réguler l'offre de formation en fonction des besoins d'emploi et des territoires ;
- Structurer un appareil de formation en constante adaptation aux évolutions du secteur ;
- Favoriser les continuums des circuits de formation de l'orientation à la professionnalisation (formation tout au long de la vie) ;
- Anticiper les besoins en emplois à partir d'un pilotage basé sur l'observation et le partenariat.

Le CESER avait voté un avis globalement favorable au SRFSS le 13 juin 2017³. Il avait souligné une volonté forte de la Région de disposer d'un appareil de formation proche des besoins formation-

¹ Arrêté du 22 janvier 2014 relatif au cahier des charges des grades universitaires de licence et de master. NOR : ESR1331396A

² OLLIVIER Gérard, BICHIER Edouard et FONTAINE Martine, 2012. Réforme de la formation initiale paramédicale : Principes et contexte. Revue hospitalière de France, n°545, mars-avril 2012. 32-35.

³ CESER, 2017. Avis sur CESER sur le Schéma régional des formations sanitaires et sociales. Rapporteuse Malika BAADOUD. Assemblée plénière du 13 juin 2017, 9p.

emplois des territoires et d'adapter les quotas des professions réglementées, au plus près des besoins. Le CESER indiquait que « **La Région pourrait avoir un rôle d'impulsion et de pilotage** » pour des formations du domaine sanitaire au titre de la formation continue ou de la validation des acquis de l'expérience VAE afin de favoriser la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV). En effet, les besoins ne cesseront d'augmenter les prochaines années « en raison du développement des politiques d'inclusion et de soins à domicile ».

Dans les freins d'accès à la formation continue et/ou à la VAE, le CESER encourageait vivement la Région à travailler et améliorer les points suivants :

- l'accès aux financements disponibles des parcours de formations, notamment pour les demandeurs d'emploi et les salariés ; (« **Le CESER souhaiterait par exemple que les opérateurs qui financent la formation dans ces secteurs articulent davantage les financements qu'ils proposent afin de pouvoir répondre clairement à la demande du bénéficiaire.** »)
- l'accompagnement jusqu'à l'obtention d'une validation totale, et non uniquement partielle, de l'apprenant est particulièrement important, notamment dans les professions réglementées de la santé ;
- le remplacement du personnel en formation ;
- ainsi que le financement, dans le budget des établissements, des stagiaires accueillis dans le cadre de leur cursus de formation.

Le CESER avait également émis des recommandations en ce qui concerne « l'orientation et l'information de proximité ».

Enfin, le CESER avait conclu à une demande de vigilance particulière sur : « la nécessité d'engager sur l'ensemble de l'Occitanie l'universitarisation des formations du domaine sanitaire et social, selon des organisations homogènes et sans ignorer le travail conduit par les établissements de formation et une multitude d'établissements d'enseignement supérieur et de recherche. »

3. Cartographie des formations paramédicales dispensées en Occitanie

D'après le Schéma régional des formations sanitaires et sociales 2017-2021, la région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée agréé 90 organismes de formations sanitaires auxquels s'ajoutent 15 antennes. Il est également précisé que pour :

- les niveaux V et II, l'offre est bien territorialisée avec une implantation dans chaque département ;
- les niveaux III et I, l'offre est d'avantage polarisée autour des villes (Nîmes, Perpignan et Rodez) et des métropoles (Montpellier et Toulouse).

Le Tableau 2 fait ressortir que deux professions sanitaires concentrent les effectifs formés : le diplôme d'infirmier (37%) et celui d'aide-soignant (34%). Les deux départements sièges des métropoles régionales, la Haute-Garonne et l'Hérault, sont les premiers territoires formateurs avec respectivement 30% et 26% des effectifs. La réussite aux examens est très bonne : 91% des étudiants du sanitaire ont validé leur diplôme en 2016.

La région Occitanie affiche également des densités de professionnels infirmiers et masseur kinésithérapeutes par habitant plus importantes qu'au niveau national. Néanmoins ces données ne sont pas suffisantes pour analyser les besoins. Il est nécessaire de prendre en compte la pyramide des âges pour chaque profession. Une tension, en particulier pour les métiers d'infirmiers, se dessine en raison des départs à la retraite.

En ce qui concerne la formation tout au long de la vie, des tensions sont exprimées sur les métiers IBODE et IADE. Ces formations, respectivement de 18 mois et 2 ans, se déroulent le plus souvent après une période d'exercice comme IDE. Les difficultés rencontrées pour suivre ces formations sont d'ordre financier ; liées d'une part au coût de la formation continue et d'autre part au coût pour l'employeur du remplacement des agents en formation.

NIV	Formations	Sites de formation agréés par la Région en 2016	Quotas et Capacités (dont Apprentis) en : 2007 2016	Diplômés 2016 (Source DRJSCS)	Quotas Capacités pour 2017	Éléments d'analyse Emploi/Formation
V	Aide-soignant	37 (5)	1514 1755 (97)	1814	1760	Fortes tensions, notamment sur secteur personnes âgées : en établissements et à domicile. Déficit récent d'attractivité de la formation
V	Ambulancier	12 (8)	230 430 (109)	414	430	Tensions à confirmer sur l'Est du territoire régional
V	Auxiliaire de puériculture	6 (5)	158 255 (56)	256	255	Veille sur besoins en secteur urbain
V	Prothésiste Dentaire	3	EN EN	EN	EN	Hausse constatée de la demande des usagers
IV	Prothésiste Orthésiste	– 1	EN EN	EN	EN	Hausse constatée de la demande des usagers
III	Audio-prothésiste	2	nc 51	nc	56	Hausse constatée de la demande des usagers
III	Diététicien	EN	EN EN	EN	EN	Pas de tension signalée
III	IBODE	2	60 60	28	60	Besoins en emploi résultant de la nouvelle réglementation
III	Opticien lunetier	6	EN EN	EN	EN	Hausse constatée de la demande des usagers
III	Orthoptiste	2	nc 55	nc	55	Hausse constatée de la demande des usagers
III	Préparateur en pharmacie hospitalière	1	nc 40	41	40	Pas de tension signalée
III	Psychomotricien	1	34 50	41	50	Tensions sur l'emploi en zone rurale
III	Puéricultrice	3	118 125	123	125	Pas de tension signalée
III	Technicien.ne en analyses biomédicale	3	EN EN	EN	EN	Augmentation des besoins d'emploi
II	Ergothérapeute	2	60 110	78	110	Tensions en établissements d'accueil pour personnes âgées en zone rurale
II	Infirmier	26 (7)	1810 2144 (89)	1964	2144	Tensions à anticiper au vu de la pyramide des âges
II	Manipulateur en électroradiologie médicale	2	88 101	74	101	Pas de tension d'emploi signalée Déficit d'attractivité de la formation
	DTS Imagerie Médicale	1	nc 24	24	24	Pas de tension d'emploi signalée Déficit d'attractivité de la formation
II	Pédicure podologue	1	25 25	21	25	Pas de tension signalée
II	Masseur-kinésithérapeute	2 (1)	123 171 (20)	171	176	Tensions en établissements d'accueil pour personnes âgées en milieu rural et en établissements thermaux
I	IADE	2	44 49	47	49	Augmentation des besoins d'emploi
I	Orthophoniste	2	71 71	nc	71	Tensions en établissements médico-sociaux en milieu rural
I	Cadre de santé	2	90 98	80	98	Pas de tension signalée
I	Sage-femme	3	97 92	99	92	Baisse des recrutements résultants de la réorganisation du système de santé

Tableau 2 : Places ouvertes dans les formations initiales agréées par la région Occitanie (tiré de SRFSS, 2017)

II. PRATIQUE AVANCEE

La notion de pratique avancée n'est pas restreinte à la seule profession des infirmiers. Néanmoins, c'est surtout cette profession qui est concernée à l'échelle mondiale et plus récemment en France. Cette partie présente quelques éléments historiques et internationaux qui ont notamment conduit en France à la définition des rôles des infirmiers en pratique avancée.

1. Rappels historique de l'exercice en pratique avancée pour les infirmiers

D'après Bigbee (1996), cité par Gray *et al.* (2000), le terme « *advanced practice* », traduit par « pratique avancée » en français, ne semble pas utilisé dans la littérature scientifique avant 1985, bien qu'il soit reconnu par les mêmes auteurs que l'exercice en pratique avancée soit antérieur à cette date et ne soit pas limité aux infirmiers. Par contre, comme l'indiquent les mêmes auteurs, depuis la fin du 20^{ème} siècle il y a un regain d'intérêt pour l'idée de la pratique avancée de la part même de la profession des infirmiers. Ainsi, à partir de la fin des années 90, un certain nombre de syndicats ou d'associations professionnelles dans différents pays commenceront à introduire cette notion dans leurs discussions. Et les Etats s'approprièrent l'approche santé qui en découle notamment en réglementant cette profession, comme l'illustre l'évolution de la pratique infirmière au Canada (Figure 1).



Figure 1 : Evolution du cadre canadien pour la pratique infirmière avancée (source : Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2018)¹ IP = infirmières praticiennes.

Les infirmiers en pratique avancée sont désormais des professions réglementées dans plusieurs pays. Le Canada comptait en 2017, 5 274 infirmières praticiennes. D'autres pays comme les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande disposent également de plusieurs catégories d'infirmiers en pratique avancée. La Suisse dispose de formations niveau master en sciences infirmières (Bâle, Lausanne et Winterthur) mais ne dispose pas de réglementation fédérale. Il ressort également de ces éléments comparatifs que l'expression « pratique avancée » (« *advanced practice* ») revêt deux réalités au niveau international :

- celle d'une spécialisation qui se traduit par un exercice dans le même champ réglementaire que l'infirmier généraliste mais avec un niveau de compétence plus élevé et généralement dans un domaine plus restreint ;
- celle d'un élargissement des compétences et de l'autonomie qui se traduit par un exercice dans le même champ réglementaire que l'infirmier généraliste et, par dérogation aux conditions légales d'exercice, a des activités relevant du champ médical (diagnostic de pathologies, prescription de thérapeutiques, prescription et interprétation d'exams, dépistage, orientation etc.).

¹ Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008. La pratique infirmière avancée : un cadre national. AIIC, Ottawa, Canada, février 2008. 46p.

2. Evolution des idées et des travaux sur la pratique avancée en France

En France, le rapport Berland (2003)¹ fait mention de l'expression pratique avancée dans une réflexion sur la délégation de certains actes du médecin vers d'autres professions paramédicales réglementées dont les infirmiers. Les rapports suivants² reprendront également ce concept en indiquant que l'exercice en pratique avancée permet au professionnel de santé qui exerce dans ce cadre d'élargir ses compétences et d'avoir plus d'autonomie, le tout dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins. Il s'agit notamment de décloisonner les pratiques professionnelles et de contribuer au « virage ambulatoire », lequel consiste en un « *passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux* »³.

Après, plus d'une décennie de rapports sur l'évolution des professions paramédicales en France et l'organisation de leur formation, l'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit l'exercice en pratique avancée dans le code de la santé publique pour l'ensemble des professions des auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. La première profession à bénéficier des textes d'application est celle des infirmiers en pratique avancée.

Comme la section précédente le souligne, la France n'est ni la seule ni la première à réglementer cette profession. Même si, comme le précisent Duffield et al. (2009)⁴ les compétences et l'autonomie diffèrent suivant les pays, il existe une définition internationale de l'infirmier en pratique avancée.

*« L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé d'Etat qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique de son métier. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer. Une formation de base de niveau « Master's Degree » est recommandée »*⁵

En France, le choix a été fait d'aller au-delà de la spécialisation et d'inscrire l'exercice en pratique avancée vers un élargissement des compétences et de l'autonomie mais dans des domaines spécifiques et de conférer le grade de master.

¹ BERLAND, 2003. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Mission du Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Rapport d'étape, octobre 2003, 57p.

² BERLAND Yvon, BOURGUEIL Yann, 2006. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé. Observatoire national de la démographie des professions de santé, juin 2006, 135p.

HENART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle, VERRIER Bernard, FERY-LEMONNIER Elisabeth, 2011. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, février 2011, 99p.

³ Ministère des solidarités et de la santé, 2017. Parcours de santé, de soins et de vie : Une approche globale au plus près des patients. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie> (consulté le 20/09/2018).

⁴ DUFFIELD Christine, GARDNER Glenn, CHANG Anne M. et CATLING-PAULL Christine, 2009. Advanced nursing practice : A global perspective. Collegian, 16, 55-62.

⁵ Définition de l'infirmier en pratique avancée donnée en 2008 par le Conseil international des infirmières, 2008. <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles> (consulté le 17/09/2018). Le niveau « Master's Degree » correspondant au niveau master du schéma LMD.

III. CADRES JURIDIQUES – OUTILS – DISPOSITIFS

La loi du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹ est construite autour de trois grands axes et 19 mesures principales. L'axe 2 « recentre le système de santé sur les soins de proximité et engage le virage ambulatoire ». L'ensemble des mesures de cet axe vise à faciliter l'accès aux soins.

- Mesure 8 : Développer une médecine de proximité autour du médecin traitant
- Mesure 9 : Mettre en place le tiers payant chez le médecin
- Mesure 10 : Créer un numéro d'appel national pour joindre un médecin de garde
- Mesure 11 : Elargir les compétences de certaines professions de santé
- Mesure 12 : Relancer le dossier médical partagé
- Mesure 13 : Renforcer le service public hospitalier

L'objet de la mesure 11 en particulier précise que « *La loi permet de définir les pratiques avancées des professionnels de santé paramédicaux. Le métier d'infirmier en pratique avancée (ou infirmier clinicien) sera reconnu : s'il participe à une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin traitant, il pourra par exemple suivre un patient atteint d'une maladie chronique, lui prescrire des examens complémentaires ou adapter ses prescriptions. Afin de faciliter l'accès de la population à la vaccination, les compétences de certains professionnels de santé seront étendues : les sages-femmes pourront ainsi vacciner l'entourage des femmes et des nouveau-nés. Les médecins du travail, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers pourront enfin prescrire les substituts nicotiques.* »

Cette mesure trouve sa traduction législative dans l'article 119 de la loi n°2016-41. Cet article introduit l'exercice en pratique avancée pour les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de santé publique.

- Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière,
- Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue,
- Titre III : Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien,
- Titre IV: Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste,
- Titre V : Professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical,
- Titre VI : Professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées,
- Titre VII : Profession de diététicien,

La loi prend en compte d'une part l'accès à la formation et son organisation et d'autre part les conditions d'exercice de ces nouvelles professions en pratique avancée. Il est par ailleurs précisé que ces deux aspects doivent faire l'objet de textes d'application. A ce jour, seuls les textes relatifs à l'exercice d'infirmier en pratique avancée ont été publiés (Tableau 3). Le *Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018* et le *Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018* viennent respectivement modifier le code de la santé publique et le code de l'éducation.

Conformément à la pratique française dans le domaine sanitaire, la formation d'infirmier en pratique avancée est sanctionnée par un diplôme d'Etat, lequel vaut grade de master.

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

Titre du texte d'application	Contenu
Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée	Le décret définit les conditions d'exercice des IPA.
Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée	Le décret définit le DE IPA ainsi que l'accès au diplôme et les modalités d'accès au diplôme.
Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée	Accès à la formation Organisation et déroulement de la formation Référentiels d'activités et de compétences Référentiel des enseignements
Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique	Les pathologies sont les suivantes : accident vasculaire cérébral ; artériopathies chroniques ; cardiopathie, maladie coronaire ; diabète de type 1 et diabète de type 2 ; insuffisance respiratoire chronique ; maladie d'Alzheimer et autres démences ; maladie de Parkinson ; épilepsie.
Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique	Il s'agit des actes de suivi et de prévention que l'IPA est autorisé à demander, des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire et des examens de biologie médicale qu'il est autorisé à prescrire et des prescriptions médicales qu'il est autorisé à renouveler ou à adapter.

Tableau 3 : Textes d'application et leur contenu relatifs aux conditions à la formation et à l'exercice des infirmiers en pratique avancée.

Les infirmiers en pratique avancée seront autorisés à exercer dans l'un des trois domaines suivants :

- « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ;
- oncologie et hémato-oncologie ;
- maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. »

Le domaine de la psychiatrie et santé mentale qui figurait dans le projet initial de décret n'a pas été repris dans la version finale publiée.

Dans son domaine d'exercice, l'IPA dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat. Il est compétent pour conduire un entretien et effectuer une anamnèse de la situation du malade et procéder à son examen clinique.

L'IPA peut :

- réaliser des activités d'orientation, d'éducation et de prévention et de dépistage,
- réaliser des actes d'évaluation et de conclusion clinique ou acte de surveillance,
- réaliser des actes techniques et demander des actes de suivi et de prévention,
- prescrire des médicaments, des dispositifs médicaux ou des analyses biologiques, dans un cadre réglementé,
- renouveler des prescriptions médicales dans un cadre réglementé.

Cet exercice s'inscrit dans un protocole d'organisation, élaboré et signé par le ou les médecin(s) et le ou les IPA et remis au patient, tout en respectant le droit de refus de ce dernier.

L'autorisation d'exercice dans un des trois domaines est soumise à trois conditions :

- « L'obtention du DE IPA dans la mention correspondant au domaine d'intervention ;
- Justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier ;
- Etre enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Par ailleurs, le DE IPA est ouvert en formation initiale et en formation continue. A ce sujet, et comme le rappelle la note de Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle du 26 juillet 2013¹, ni l'âge limite de 28 ans au-delà duquel les individus ne peuvent bénéficier de la sécurité sociale étudiante, ni l'interruption d'au moins deux ans des études ne constituent des critères réglementaires autorisant l'inscription d'une personne en formation continue. La distinction entre les deux régimes tient au conventionnement qui peut être établi entre l'établissement formateur et organisme financeur ou une personne physique. Il est également précisé qu'en l'absence de financement institutionnel et de contrat et d'aménagement particuliers de la formation, la personne relève du régime de la reprise d'études non financée et doit s'acquitter des frais d'inscription « classiques » de formation initiale.

¹ DGESIP, 2013. Note DGESIP B2n°2013-0260 du 26 juillet 2013 : Précisions sur l'application des textes réglementaires concernant les conventions d'enseignement et le régime d'inscription de personnes souhaitant reprendre des études dans l'enseignement supérieur. 5p.

IV. ENJEUX DES FORMATIONS EN PRATIQUE AVANCEE

1. Impacts sur l'écosystème universitaire régional

Pour l'année 2018-2019, onze projets de formation conduisant au DE IPA sont portés par seize universités via leurs Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine (ou de santé) et adossés à des CHU¹. En Occitanie, un dossier de demande d'accréditation a été déposé par chacune des universités ; l'université de Montpellier, par sa faculté de médecine en partenariat avec le CHU de Montpellier-Nîmes et l'Université de Toulouse 3 – Paul Sabatier par sa faculté de médecine de Rangueil avec le CHU de Toulouse. A ce jour, et compte tenu d'un calendrier précipité et contraint entre la publication des textes d'application le 18 juillet 2018 et la rentrée universitaire 2018-2019, deux projets de formation ont reçu un avis favorable du CNESER et devraient voir leur décret d'accréditation publié au journal officiel prochainement. Les autres projets, dont ceux de la région d'Occitanie devraient être soumis à l'avis du CNESER lors de sa réunion du 18 octobre 2018. Les auditions ont alerté les conseillers pour cette première promotion sur un risque de manque de diversité quant à l'origine professionnelle des candidats.

Les équipes pédagogiques seront essentiellement composées d'enseignants-chercheurs, et/ou praticiens hospitaliers et d'enseignants des IFSI. Les heures d'enseignement seront dans un premier temps en présentiel. Néanmoins, les auditions ont permis de confirmer que des enseignements en formation en ligne seront prévus à terme.

2. Conséquences sur la vie des territoires, des villes d'équilibre ou des sites porteurs d'écoles ou d'instituts

Les auditions ont révélé, qu'un certain nombre d'infirmiers en établissement de santé ou au domicile des patients sont amenés à pratiquer, dans des circonstances particulières, des actes qui peuvent dépasser le cadre du décret de compétences. En particulier en oncologie, ces pratiques ont été possibles grâce à la présence d'équipes pluridisciplinaires et d'équipements performants (et même parfois dans le cadre de projets de recherche). Les auditions ont également confirmé que l'objectif premier de cette réforme de l'exercice en pratique avancée n'est pas de combler des déserts médicaux mais bien de graduer les soins en instaurant de nouvelles règles de partage de responsabilité entre professionnels de santé. Elle vise à permettre aux médecins traitants dans les territoires, entre autres, de libérer du temps pour réaliser des actes experts auprès des populations soignées.

Pour répondre à cet objectif, il paraît indispensable que les infirmiers de l'ensemble du territoire de l'Occitanie exerçant en ambulatoire, de manière libérale ou salariée, puissent accéder à cette formation.

Le SRFSS 2017-2021 de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée a analysé au travers des places ouvertes dans les organismes de formations sanitaires agréés les risques de tension pour les emplois sur le territoire. Il ressort de cette analyse que la majorité des emplois est soit sous tension soit confrontée à court terme à une augmentation des besoins. Cette analyse ne considère pas le cas des formations de pratique avancée car les décrets d'application de ces formations sont postérieurs à l'élaboration du plan.

Le CESER n'a pas eu connaissance d'expression des besoins en IPA pour la région Occitanie. Néanmoins, si à terme les objectifs nationaux sont de 5 000 IPA à l'horizon 2022, on peut estimer à

¹ NAYRAC Clémence, 2018. La rentrée des futurs infirmiers de pratique avancée s'organise malgré les zones d'ombre. HOSPIMEDIA. Publié le 16/09/2018.
<http://www.hospimedia.fr/actualite/enquetes/20180916-formation-la-rentree-des-futurs-infirmiers-de-pratique> (consulté le 21/09/2018).

partir du ratio de répartition des infirmiers d'Occitanie (environ 10 % des effectifs nationaux) ou de celui de la population régionale (9% de la population nationale) que la région pourrait avoir besoin d'environ 450 à 500 IPA. Les auditions ont révélé que les premières promotions seraient d'environ 25 étudiants par université. Il faudrait environ 10 ans pour répondre aux besoins en Occitanie.

V. PRECONISATIONS

Le déploiement des formations en pratique avancée pour les professionnels de santé et dans le cas précis pour les infirmiers s'inscrit dans une stratégie de réorganisation du dispositif de soins rendue nécessaire notamment par :

- une intensification et une complexification des besoins de santé, notamment du fait de l'augmentation des maladies chroniques et des dépendances ;
- un nombre de professionnels de santé encadré du fait de la rationalisation des dépenses de l'assurance maladie.

Le CESER considère qu'il s'agit d'une avancée vers de nouveaux métiers de soins pour répondre à l'évolution des besoins. Cette formation, pour l'instant limitée aux seuls infirmiers, comporte encore des interrogations qui devront être levées. Par ailleurs, il convient de s'interroger sur le nécessaire accompagnement pour faire évoluer les représentations du système de santé, profondément ancrées dans l'esprit des professionnels de la santé et de la population.

L'amélioration espérée de cette mesure sur le système de santé, nécessite une organisation ambitieuse tant de la part des acteurs de l'enseignement supérieur, notamment les Universités, IFSI, CHU ou encore des établissements de santé que de l'Etat, des régions, des institutions et des collectivités locales.

Le CESER ne s'exprime pas sur la pertinence des référentiels d'activités, de compétences et de formation indiqués dans les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

1. Un constat général sur le contexte de cette réforme

L'article 119 de la loi du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé codifié dans l'article L.4301-1.I du code de la santé publique prévoit que - les auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie peuvent exercer en pratique avancée. **Le CESER regrette que seuls aient été publiés les textes d'application pour le métier d'infirmiers en pratique avancée. Le CESER relève que lors des auditions, aucune personnalité n'a pu apporter de précision sur l'avancée en ce qui concerne les autres volets de cette réforme, tant pour les autres domaines IPA que pour la pratique avancée des autres professions réglementées.**

Le décret n°2018-629 prévoit que le médecin reste responsable de la coordination des soins et détermine les patients pris en charge par les IPA. **Le CESER adhère au principe de prise en charge globale des patients (dans ses dimensions physique, mentale, sociale et environnementale) partagée entre les professionnels.**

En l'état actuel de la réglementation, il n'existe pas encore de reconnaissance pour les infirmiers en pratique avancée. D'une part, **le CESER préconise, pour ces nouveaux professionnels, la reconnaissance statutaire, conventionnelle, salariale ainsi que celle des actes IPA dans la nomenclature. D'autre part, le CESER souhaite que l'ensemble des infirmiers spécialisés puisse trouver sa place dans l'exercice de la pratique avancée. Le CESER se préoccupe également de la mise en place du système d'équivalence pour des professionnels formés à l'étranger.**

2. Sur l'accès à la formation et son organisation

Le Décret n°2018- 633 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, complété par l'Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée précise les modalités d'accès à la formation ainsi que son déroulement et son organisation.

L'autorisation d'exercer comme IPA est subordonnée à trois années minimum d'exercice de la fonction d'infirmier en équivalent temps plein. **Le CESER approuve tout à fait la nécessité de cette période d'expérience de terrain, essentielle pour préparer à la réalisation d'actes nécessitant une réelle expérience clinique, tels que, l'anamnèse de la situation du malade (Art. 4301-3) ou l'évaluation des situations l'amenant à constater que la prise en charge du malade dépasse son champ de compétence (Art. 4301-5). Il s'interroge cependant sur la pertinence d'une période imposée a posteriori dans le cas de la formation initiale en continuum de l'obtention du diplôme IDE.**

Toutefois, cette disposition vient complexifier la mise en œuvre d'un continuum IDE/IPA ouverte par les textes d'applications. **Le CESER est préoccupé par la situation de futurs diplômés IPA qui ne pourraient exercer leur métier après l'obtention de leur DE IPA et qu'après trois années d'exercice de la fonction d'infirmier en équivalent temps plein.**

Par ailleurs, les auditions réalisées ont révélé que, au moins dans sa première année de recrutement, une forte proportion de candidats en formation continue issus de centres hospitaliers, est attendue. Il convient donc de s'interroger sur le dispositif d'accompagnement de cette formation, sur son prix et également sur une forme de compensation des revenus.

Le CESER souhaite également qu'une pluralité d'origines professionnelles des candidats admis soit respectée entre formation initiale et continue et entre exercice libéral et salarié notamment en favorisant l'accès à la formation aux professionnels intervenant au domicile des patients et dans les zones sous-denses.

Par ailleurs, des professionnels infirmiers DE, d'une part ont acquis un certain nombre de connaissances dans le cadre de la formation continue grâce à des diplômes d'universités (DU), des spécialisations (IADE, IBODE...) ou des formations de master et, d'autre part exercent déjà en coordination avec des médecins dans des équipes pluridisciplinaires ou en protocole de coopération (article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009). **Le CESER considère que la validation des acquis d'expérience est un moyen de promouvoir l'accès au diplôme d'Etat IPA. En ce sens le CESER recommande aux universités d'ouvrir dans les meilleurs délais les procédures de Validation des acquis professionnels (VAP) et Validation des études supérieures (VES), y compris pour les candidats étrangers.**

A la condition qu'ils respectent le cahier des charges correspondant, le CESER souhaite que tous les établissements de santé porteurs des domaines concernés par la pratique IPA puissent devenir terrains de stage.

Le CESER est également conscient de la responsabilité accrue pour les IPA. Les universités devront veiller à faire connaître les principes juridiques de l'exercice professionnel en pratique avancée de manière à ce que les IPA exercent en pleine connaissance des risques juridiques.

Afin de favoriser le déploiement de ces formations, le CESER préconise le déploiement de l'offre d'enseignements à distance.

En France en 2017, il n'existait que 2 masters en soins infirmiers (Université Versailles Saint-Quentin et Aix-Marseille Université). Néanmoins, ces deux formations sont relativement récentes (2011). Jusqu'à maintenant, les infirmiers DE qui souhaitaient poursuivre en doctorat s'engageaient généralement dans des masters puis des écoles doctorales relevant du domaine des sciences, humaines et sociales ou de celui de la santé publique. Le diplôme d'Etat IPA valant grade de master, il est donc possible pour les diplômés de poursuivre vers la formation doctorale. **Le CESER réaffirme que le DE IPA doit être pleinement reconnu pour l'accès au doctorat.**

3. Rôle et place de l'Etat, de l'Exécutif Régional et des autres collectivités territoriales dans la mise en place de ces formations

Les auditions ont révélé que la réforme, telle qu'elle est conçue aujourd'hui, s'adresse avant tout aux structures sanitaires et médico-sociales organisées. Elle sera difficile à développer dans le secteur libéral du fait des conditions de mise en œuvre complexes nécessitant des infrastructures maîtrisées. Ainsi, l'installation d'IPA dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins passe par une implication forte des collectivités territoriales dans l'accompagnement des professionnels dans cette démarche. **Le CESER est favorable à un accompagnement financier de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée afin de promouvoir les candidatures de professionnels issus des zones sous-denses qui exercent dans le secteur libéral ou salarié, en soutien à un dispositif plus général à mettre en place, et propose d'augmenter le budget régional consacré à la formation professionnelle. Cette orientation s'inscrit dans la continuité du SRFSS de juin 2017 et du rôle d'impulseur et pilote de la Région.**

Le CESER, au titre de sa mission de participation à l'évaluation des politiques publiques, souhaite être associé aux travaux de l'observatoire régional des métiers de la santé et du social qui devra suivre le déploiement du dispositif IPA.

Le CESER préconise que la concertation se poursuive entre l'Etat, la Région Occitanie et les universités pour contribuer aux objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire.

CONCLUSION

Le système de soins français doit faire face à plusieurs enjeux majeurs souvent imbriqués notamment le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Ces enjeux couplés à une préoccupante évolution de l'inégalité d'accès aux soins pour des raisons géographiques et/ou socio-économiques ont mis en exergue la nécessité de définir une nouvelle stratégie de santé. Ainsi, des mesures ont été prises ou récemment annoncées par le Président de la République le 18 septembre 2018, en ce qui concerne les pratiques professionnelles de santé, la régulation de l'installation des professionnels de santé ou encore l'organisation des formations médicales et paramédicales. La pratique avancée des professionnels paramédicaux est un élément concret qui contribue à cette évolution.

Cet avis comme tous ceux du CESER s'est nourri d'un certain nombre d'auditions que la commission « Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert - Innovation » a souhaité les plus représentatives possible. Les débats et les discussions ont abordé les questions d'enseignement mais également l'impact des IPA sur le territoire. Respectant l'objet principal de sa mission et son domaine d'expertise, la commission « Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert - Innovation » du CESER, a volontairement axé son analyse des nouvelles mesures IPA, sur l'universitarisation et la valorisation de cette formation. Elle a pleinement conscience qu'en limitant son champ d'analyse, elle n'aborderait pas l'impact de cette mesure sur l'organisation des soins qui interroge également les parties prenantes. Toutefois, au regard des préconisations proposées focalisant pour l'essentiel sur la formation des IPA, cet avis contribuera, sans aucun doute, à faciliter et à accompagner la mise en œuvre concrète de cette mesure.

Les bénéfices attendus de ces nouvelles professions en pratique avancée et notamment des IPA prendront sans doute plus de temps qu'annoncé, compte tenu des besoins et de la limitation des capacités de formations. De manière à accélérer la formation de professionnels qui pourront exercer sur l'ensemble du territoire d'Occitanie et dans les meilleurs délais possibles, le CESER a relevé deux freins principaux qui doivent être levés :

- **Rendre la profession IPA et son exercice attractifs, cela passera :**
 - **par la reconnaissance statutaire, conventionnelle, et salariale des professionnels,**
 - **par la reconnaissance des actes IPA dans la nomenclature,**
 - **par la reconnaissance des Pratiques Avancées par l'ensemble des professions de santé dans des démarches d'exercice pluriprofessionnel, voire par les patients eux-mêmes.**

- **Faciliter l'accès à la formation et au diplôme :** au-delà de la régularisation de professionnels qui exercent dans des pratiques proches de la pratique avancée en milieu hospitalier, il est indispensable de permettre l'accès pour des professionnels libéraux ou salariés dans des maisons de santé ou des structures de proximité qui sont déjà au plus près des patients dans les trois domaines concernés. Le CESER est convaincu que la VAE est un moyen très pertinent pour accélérer l'obtention du DE IPA dans une profession dont de nombreux membres disposent déjà d'un bagage de certifications (DU, master...). Pour cela le coût de la formation et celui de la VAE ne doivent pas être des obstacles.

Le CESER reconnaît que la modernisation du système de santé passe également par une nouvelle approche des risques par la population d'une façon générale. Elle passe également par l'acceptation de l'évolution des compétences et des métiers de la santé par les patients notamment en accentuant les actions ciblées dans le domaine de la prévention primaire en lien avec les acteurs de la prévention secondaire et tertiaire et ce auprès de tous les publics.

Au-delà de cette réforme ponctuelle, le CESER considère qu'il est pertinent d'engager rapidement un remaniement de l'ensemble des formations des professionnels de santé dans un schéma LMD et

mettre en place un tronc commun initial partagé. Cela permettrait sans doute de favoriser les passerelles entre les formations médicales et paramédicales, de décloisonner les métiers et de favoriser la pratique interdisciplinaire.

Les débats et la rédaction de cet avis se sont conclus dans une actualité dense en ce qui concerne la formation des professionnels de santé : abandon du *numerus clausus*, formation d'assistants médicaux... Le CESER sera attentif à ces évolutions et ne manquera pas de contribuer au débat public sur ces sujets.

ANNEXES

GLOSSAIRE



Carole DELGA
Ancienne ministre
Présidente

Toulouse, le 07 JUIN 2018

ARRIVE LE

11 JUIN 2018

CESER

MONSIEUR JEAN-LOUIS CHAUZY
Président
CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL REGIONAL
18 ALLEES FREDERIC MISTRAL
31077 TOULOUSE CEDEX 4

NOS RÉF. : DSOL/SD/AM / D18-04637
AFFAIRE SUIVIE PAR : Sophie DEJOUX
CONTACT : sophie.dejoux@laregion.fr
Tél.: 05.61.39.66.37 – 04.67.22.10.75

OBJET : Universitarisation des Formations Sanitaires et Sociales

Monsieur le Président,

J'ai été informée que la commission 4 « Enseignement Supérieur - Recherche - Valorisation - Transfert - Innovation » du CESER a défini lors sa séance du 16 mai dernier une proposition de travail consistant à préparer une contribution sur le thème suivant : « De l'universitarisation des formations sanitaires et sociales ... aux pratiques avancées ... en Occitanie. »

Face d'une part aux évolutions de l'organisation des formations sanitaires et sociales de niveaux III, II et I du fait du processus engagé d'universitarisation d'une part, et aux projets de textes gouvernementaux relatifs à l'organisation des études des infirmier(e)s de pratique avancée (IPA) et en conséquence, des activités de ces professionnel.le.s, d'autre part, la Commission 4 du CESER souhaite porter une réflexion sur la mise en perspective de cette nouvelle approche de la formation des professionnel.le.s du secteur sanitaire et social. Consciente de la difficulté d'accéder aux soins de santé sur un nombre important de territoires, la commission propose de s'interroger sur les conséquences de ces nouveaux dispositifs de formations universitaires pour les différentes parties prenantes concernées (en considérant : les niveaux de formation, les impacts pour les professionnel.le.s, les administrations, l'écosystème régional et bien sûr les personnes soignées et accompagnées, ...).

Partageant pleinement l'importance des enjeux de ces questionnements, je tiens à vous témoigner de mon intérêt pour la démarche que le CESER a engagé le 16 mai et prévoit de terminer d'ici mi-juillet.



HÔTEL DE RÉGION

A l'issue de vos travaux, je vous prie de bien vouloir venir me présenter vos conclusions, ainsi qu'à Michel Boussaton, Conseiller Régional délégué à la Santé, à la Silver Economy et aux Formations Sanitaires et sociales qui sera votre interlocuteur tout au long de cette démarche.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de mes salutations distinguées.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above the printed name.

Carole DELGA

Copie : Michel Boussaton

GLOSSAIRE

ADELI	Automatisation des listes
AFDN	l'Association française des diététiciens nutritionnistes
BEP	Brevet d'études professionnelles
BTS	Brevet de technicien supérieur
CAP	Certificat d'aptitudes professionnelles
CESER	Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
CNESER	Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
DE	Diplôme d'Etat
DE IPA	Diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée
DEA	Diplôme d'études approfondies
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DEUG	Diplôme d'études universitaires générales
DEUST	Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DU	Diplôme universitaire
DUT	Diplôme d'université technologique
FPTLV	Formation professionnelle tout au long de la vie
GCS	Groupements de coopération sanitaire
IADE	Infirmier anesthésiste
IBODE	Infirmier de bloc opératoire
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IPA	Infirmier en pratique avancée
LMD	Licence – Master – Doctorat
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé
SRDEII	Schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation
SRESRI	Schéma de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
SRFSS	Schéma régional des formations sanitaires et sociales
VAE	Validation des acquis de l'expérience
VAP	Validation des acquis professionnels
VES	Validation des études supérieures

EXPLICATIONS DE VOTE

EXPLICATIONS DE VOTE

1^{er} COLLEGE

Madame Catherine GONZALEZ pour le 1^{er} collège

2^{ème} COLLEGE

Monsieur Belkacem MOUSSAOUI pour la CFDT et l'UNSA

Monsieur Patrick DELFAU pour FO

Monsieur Christian TERRANCLE pour Solidaires

Monsieur Xavier PETRACHI pour la CGT

3^{ème} COLLEGE

Monsieur Pierre-Jean GRACIA pour le 3^{ème} collège

Suffrages exprimés : 161

Pour : 156
Abstentions: 5

Avis adopté

Intervention de Madame Catherine GONZALEZ

Pour le 1^{er} collège

Monsieur le Président Jean-Louis CHAUZY, Monsieur BOUSSATON, Monsieur Alain RADIGALES,
Madame Catherine MIFFRE, Rapporteuse,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,
Mesdames, Messieurs,

Je ne vais pas rappeler les différentes étapes du processus d'universitarisation qui ont conduit progressivement à l'intégration des formations paramédicales au sein de l'Université et qui concourent à mettre en adéquation ces formations avec le schéma européen LMD. Je voudrais simplement préciser que les décrets et arrêtés publiés le 18 juillet 2018 fixent d'une part les conditions d'exercice des infirmiers en pratique avancée et d'autre part les modalités d'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

Ces infirmiers en pratique avancée exerceront dans des domaines d'intervention bien précis que sont :

- les pathologies chroniques stabilisées, la prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ;
- l'oncologie et l'hémo-oncologie ;
- la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

C'est donc sur la base des décrets et arrêtés publiés en juillet 2018 que la commission 4 « Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert – Innovation » a conduit ses travaux avec pour objectifs d'analyser les modalités d'accès à la formation IPA, son contenu et son organisation en région Occitanie. La commission 4 a donc émis des préconisations pour que la Région Occitanie puisse soutenir l'accès à la formation IPA, des professionnels infirmiers intervenant dans différents de parcours de soins.

Comme précisé par Catherine MIFFRE, le diplôme d'Etat en pratique avancée est délivré après 2 ans de formation et après avoir acquitté 120 ECTS de façon à obtenir un grade de Master. Ce grade de Master offre, par ailleurs, à ces nouveaux diplômés une opportunité de poursuivre leur cursus au niveau du doctorat. Le décret du 18 juillet précise, en autres, que l'autorisation d'exercer comme IPA est subordonnée à trois années minimum d'exercice de la fonction d'infirmier. Cette période probatoire peut se justifier afin que l'infirmier soit confronté, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalité du terrain en matière de suivi de patients ayant diverses pathologies. Cette contrainte peut limiter, par ailleurs, l'accession à la formation du DE IPA par des étudiants en formation initiale directement après l'obtention de leur DE Infirmier. De fait, l'obtention du DE IPA semble plus facilement réalisable dans le cadre de la formation continue pour des IDE.

Concernant ces 3 années d'expérience requises, le collège 1 relève ici une particularité propre à la formation IPA qui n'est pas la règle, par exemple, pour l'obtention du diplôme d'Etat des infirmiers anesthésistes (IADE) donnant également le grade Master. Par ailleurs, la validation des acquis de l'expérience pourrait être un moyen de promouvoir l'accès au diplôme d'Etat IPA. Cela pourrait être le cas de personnes ayant déjà, par exemple, un Master en sciences cliniques et qui souhaiteraient faire valider tout ou partie des crédits ECTS. Cette validation des études supérieures (VES) ne dispense pas, bien évidemment, des 3 années d'expérience requises pour exercer en tant qu'IPA. Concernant la validation des acquis professionnels (VAP) qui pourrait

ouvrir une autre voie d'accès à la formation IPA, il est important que les conditions d'évaluation et de validation soient précisément définies et encadrées.

Le collège 1 comprend tout à fait que la formation des infirmiers en pratique avancée s'inscrive dans une optique d'amélioration du dispositif de soins face aux enjeux de santé publique (maladies chroniques, vieillissement de la population, soins ambulatoires,...). Cependant, le collège 1 s'interroge sur la délégation de tâches des infirmiers en pratiques avancées qui, en effet, dégagera du temps médical pour les médecins qui pourront ainsi se consacrer plus particulièrement au diagnostic de pathologies complexes. Cependant, le collège 1 souligne qu'il sera nécessaire de bien identifier la responsabilité des actes médicaux réalisés par l'IPA. Le collège 1 insiste sur une nécessaire vigilance particulièrement sur ce dernier point.

Hormis ces quelques réserves, le collège 1 votera cet avis.

Le collège 1 se joint à moi pour remercier Madame Catherine Miffre pour, d'une part la qualité de sa présentation très synthétique concernant l'avis sur l'universitarisation des formations paramédicales notamment pour les infirmiers en pratique avancée et, d'autre part pour son implication active et constructive, au sein de la commission 4, lors de la rédaction de cet avis. En tant que membre de la commission «Enseignement supérieur - Recherche - Valorisation - Transfert - Innovation», je voudrais également souligner la contribution efficace de Thomas BONIERBALE, chargé de mission du CESER auprès de cette commission. Je veux également témoigner, au travers de ma nouvelle expérience au sein de la commission 4, que les discussions, auditions ont été menées dans un esprit constructif et que cet avis est l'aboutissement d'un travail collégial coordonné par Alain RADIGALES, président, et le bureau dont Isabelle Montier, secrétaire.

Intervention de Monsieur Belkacem MOUSSAOUI

Pour la CFDT et l'UNSA

Monsieur le Vice-Président du Conseil Régional,
Monsieur le représentant du Préfet,
Monsieur le Président du Conseil Economique Social et Environnemental Régional,
Mesdames et Messieurs les conseillers, chers collègues,
Mesdames et Messieurs,

J'interviens au nom des organisations syndicales CFDT et UNSA.

Conformément au domaine de compétences de la commission, cet avis s'est limité à étudier l'impact de l'universitarisation et à la valorisation de la formation. On peut regretter que l'avis n'ait pas bénéficié d'une contribution abordant les impacts de cette mesure sur l'organisation des soins et donc la place de ce futur infirmier en pratique avancée (IPA) au sein de la nouvelle organisation des soins.

Ce qui aurait permis d'intégrer des préconisations sur la place de ce nouveau métier au cœur des structures de soins ou encore dans le processus de la télémédecine, actif depuis le 15 septembre 2018, permettant à terme des consultations à distance par exemple dans des établissements tels que les EHPAD.

La généralisation de l'ambulatoire, le vieillissement de la population et la géographie médicale entraînent la nécessité d'un suivi renforcé au domicile.

La pratique avancée est une des mesures visant à faciliter le parcours de soins du patient par son rôle de première prise en charge ou de suivi afin de libérer du « temps médecin ».

Elle est en adéquation avec la mise en place des assistants médicaux, des consultations à distance ou encore de la fin du numerus clausus.

La CFDT et l'UNSA soutiennent l'avis du CESER sur le fait que les attributions de l'IPA ne peuvent se concevoir que dans le cadre d'un travail en équipe qui portera essentiellement sur des pathologies ciblées et souvent chroniques.

La CFDT et l'UNSA estiment que c'est une bonne chose que les formations paramédicales qui étaient souvent exclues du schéma européen LMD y soient progressivement intégrées.

La CFDT et l'UNSA se félicitent du fait que l'accès soit possible tant en formation initiale qu'en formation continue pour des infirmières. Nous avons bien pris note des divergences de vue sur ce sujet mais il est particulièrement pertinent que cette formation puisse se faire dans le continuum du diplôme d'infirmier surtout pour celles et ceux qui seraient intéressés pour accéder directement au Doctorat (LMD), par exemple en santé publique.

Cet accès en mode formation initiale permettra aussi une reprise d'études à moindre coût et sans contrainte d'autorisation d'absence.

On peut s'interroger sur la volonté du gouvernement d'avoir créé un diplôme de master qui ne permette pas à son titulaire d'exercer son métier sans avoir une expérience effective de 3 ans dans un autre métier connexe, en l'occurrence celui d'infirmier. Que dirait-on si les masters en informatique devaient faire obligatoirement 3 années comme développeur avant d'exercer comme architecte urbaniste ou bien comme concepteur logiciel ?

Ceci signifie qu'il existe un prérequis, les 3 années d'expérience dans un métier connexe, qui s'applique a posteriori, c'est-à-dire après l'obtention du diplôme dans le cas d'une formation initiale en continuum : surprenant, non !

L'interdiction d'exercer sans une expérience de 3 années de pratique du métier infirmier aurait été plus pertinente, pour la personne formée, si l'expérience demandée avait été sur le métier d'infirmier en pratique avancée.

En effet, cette exigence de préparation aux actes nécessitant une expérience clinique, aurait pu se faire non pas par l'exercice d'un métier connexe mais par l'exercice du métier de pratique avancée sous tutorat.

La prudence reste de mise sur la reconnaissance statutaire et sur la cotation des actes IPA dans la nomenclature par l'Assurance Maladie. Sur ce sujet, la CFDT et l'UNSA ne peuvent que soutenir les préconisations de l'avis.

La CFDT et l'UNSA seront très attentives aux modalités d'accès pour les infirmier.ères libéraux.ales surtout en ce qui concerne la prise en charge des coûts de formation et des revenus de remplacement pour celles et ceux qui devront suspendre leur activité libérale durant 2 ans pour une reprise d'études.

Parallèlement à ces aspects financiers, la CFDT et l'UNSA soutiennent la préconisation demandant un accompagnement financier spécifique de la Région Occitanie pour promouvoir des candidatures de professionnels issus des zones sous-denses exerçant en secteur libéral ou salarié afin d'assurer la garantie des équilibres territoriaux.

Même si l'organisation effective du cursus IPA sur 2 années est laissée à la main des universités, il nous paraît pertinent d'organiser cette formation théorique par cycle de 15 jours par mois en présentiel ou de type FOAD (formation ouverte et à distance) afin de permettre aux futur.es IDE installé.es en libéral, mais aussi aux autres apprenant.es, de pouvoir conserver leur patientèle avec un.e potentiel.le remplaçant.e pendant les périodes de cours.

La CFDT et l'UNSA soutiennent tout particulièrement la recommandation de l'avis pour l'ouverture dans les meilleurs délais des procédures de validation des acquis de l'expérience y compris pour les candidat.es étranger.ères.

Enfin, nous souhaitons, comme le souligne l'avis du CESER, voir une véritable évolution de l'ensemble des formations des professionnels de santé dans un schéma LMD et avec la mise en place d'un tronc commun initial partagé pour favoriser les passerelles, décroïsonner les métiers et faciliter la pratique interdisciplinaire.

L'avis du CESER sur la formation d'infirmier.ères en pratique avancée (IPA) reprend largement nos analyses et à ce titre la CFDT et l'UNSA le voteront.

Je vous remercie de votre attention.

Intervention de Monsieur Patrick DELFAU

Pour FO

Monsieur le représentant du Conseil Régional,
Monsieur le représentant de l'Etat,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,
Mesdames et Messieurs,

Cet avis sur «L'Universitarisation des formations paramédicales en Occitanie : Les infirmiers en pratique avancée » est le fruit d'un travail de la commission 4 qui s'est emparée de ce thème. Ce travail a été élaboré sur un temps court, de mi-mai à aujourd'hui, pour une autosaisine courte.

Tout d'abord il faut rappeler que c'est la loi qui a donné aux régions les compétences spécifiques en matière de formations sanitaires et sociales. En Occitanie, ces formations s'inscrivent dans le cadre de plusieurs schémas régionaux et doivent contribuer à mieux former les professionnels de santé afin d'améliorer leurs conditions d'exercice professionnel.

L'exercice de la pratique avancée est réglementé et cette formation qui conduit à un diplôme d'Etat doit être réalisé au sein de l'université. La mise en place de la pratique avancée est novatrice mais elle soulève de nombreuses questions.

Le système de formation du secteur sanitaire à l'université doit permettre l'intégration de ces formations dans le dispositif de LMD. Les infirmiers en pratique avancée comme les autres professionnels qui seront concernés méritent la reconnaissance de leurs études dans le domaine professionnel.

La réforme de ces formations en pratique avancée doit mener ces professionnels à obtenir des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur de niveau licence ou master.

La Région s'est engagée dans son schéma régional des formations sanitaires et sociales, à organiser l'offre de formation sur le territoire, à faire face aux évolutions du secteur, et à anticiper sur les besoins d'emploi et de formation.

Force Ouvrière est favorable à ce que la Région puisse avoir un rôle d'impulsion et de pilotage.

Dans le cadre de la formation tout au long de la vie, Force Ouvrière regrette les difficultés liées au coût des formations continues et à l'absence de moyen de remplacement pour les personnels en formation.

L'infirmier en pratique avancée est un professionnel reconnu par son cursus universitaire, il dispose de compétences supérieures à un IDE et il pourra donc entre autres, prescrire des examens complémentaires, adapter des prescriptions ou suivre les patients atteints de maladie chronique, toujours sous la responsabilité du médecin.

Cette pratique répond à l'évolution des besoins et représente une avancée pour les nouveaux métiers de soins qui doivent faire face aux enjeux de demain comme l'augmentation des malades chroniques ou le vieillissement de la population.

Avant de conclure, le groupe Force Ouvrière remercie le Président Alain RADIGALES, les chargés de mission et la rapporteure Catherine MIFFRE pour le travail sur ce projet avis.

Le groupe Force Ouvrière partage les préconisations développées dans ce projet d'avis **et le votera.**

Intervention de Monsieur Christian TERRANCLE

Pour Solidaires

Monsieur le représentant du Conseil Régional,
Monsieur le Président du CESER Occitanie,
Mesdames les Conseillères et Messieurs les Conseillers,
Mesdames et Messieurs,

Solidaires même s'il n'est pas représenté dans la commission qui a traité de ce projet d'avis tient à apporter une critique particulière et surtout plus globale.

Nous sommes quelque peu circonspects à la lecture du paragraphe portant sur les préconisations qui affirme d'une manière relativement péremptoire qu'il s'agirait d'une avancée alors que la suite du texte n'est que successions d'interrogations, d'espoirs, d'inquiétudes ou de refus d'expression. Cela donne la très désagréable impression qu'au final on ne sait pas trop où on va et comment on y va mais que c'est forcément bien d'y aller.

Nous nous abstiendrons sur ce projet d'avis pour au moins cette raison, mais nous souhaitons tout de même développer sur le fond ce que nous pensons du sujet des pratiques avancées.

Celles-ci ont toujours existé et les décrets d'actes de compétences ont évolué au fil du temps pour encadrer les dérogations à l'exercice régulier des pratiques des professions médicales ou paramédicales.

C'était le rôle du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPPM) d'en proposer l'évolution au ministère. Ces évolutions passaient aussi par le filtre de la conférence des centres de formations, et se retrouvaient enseignées en formation initiale. Les professions évoluaient de l'intérieur, en fonction de l'évolution des sciences et techniques, et se discutaient au niveau interprofessionnel via le CSPPM.

Puis, est venu le temps de la création de l'ordre infirmier et de l'universitarisation des études qui ont eu deux conséquences majeures. La première, sans entrer dans l'ensemble des critiques que nous portons sur sa mise en œuvre dont l'inscription automatique, a conduit à la suppression du CSPPM. Et même si un front très large, dont les organisations syndicales, a fini par obtenir la création du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP), il est clair que la DGOS et le ministère veulent en finir avec l'architecture des professions paramédicales en tentant de généraliser des structures ordinales qui échoueront. En parallèle de ce cloisonnement, le pouvoir politique met en œuvre un décroisonnement via l'universitarisation des études et le PACES, (Première Année Commune aux Études de Santé).

La problématique des pratiques avancées « modernes » tient au fait qu'elles ont une tout autre origine que l'évolution que nous qualifierons de naturelle que supervisait le CSPPM. Elles sont suscitées par l'article 51 de la loi Bachelot « *coopération entre professionnels de santé* ». Ce qui n'est rien d'autre que l'usine à gaz du glissement de tâches. Il ne s'agit plus de considérer l'évolution des pratiques d'une profession soigneusement encadrée, il s'agit de décroisonner des professions pour

faire glisser des actes de l'une vers l'autre. Cette vision économique des professions vient heurter l'essence dynamique de la profession infirmière.

En effet, ce qui caractérise la profession infirmier(e) est d'accompagner au quotidien les personnes confiées à leurs soins. S'il est facile de lister les actes techniques, il est plus compliqué de faire comprendre ce qu'apporte cette vision diachronique de l'évolution des personnes soignées. Mais c'est ce qui va permettre d'infléchir, modifier, un traitement ou une prise en charge, d'alerter sur un problème imprévu ou de valider une évolution positive. Nous dénonçons déjà depuis des années la non reconnaissance du temps que cela suppose auprès des patient(e)s et le glissement de tâches ne va faire qu'aggraver la situation.

Désormais, au lieu de considérer chaque profession comme une entité, c'est une vision pyramidale qui va dominer, accompagnée de l'obsession de l'harmonisation européenne des diplômes. Chaque profession ne sera plus qu'une accumulation de savoirs sanctionnée par un nombre d'ECTS (European Credits Transfer System) validés.

C'est nier la spécificité des professions, c'est ouvrir à l'individualisation des salaires, c'est en finir avec les professions réglementées. Par exemple, un établissement pourrait embaucher une personne sur un seul segment de compétence (prise de tension, injection,...) inclus dans un ECTS, sans que la personne n'ait pour autant une vision globale de sa profession. Outre le risque que cela peut représenter pour les patient(e)s, on imagine bien que ce sera un moyen de moins considérer et donc moins rémunérer le professionnel de santé ainsi limité.

Les pratiques avancées « modernes » c'est avant tout ce processus de sanction d'une compétence, sans garantie de son inscription dans la compréhension d'une pratique globale.

Au final ce qui est donc présenté comme une avancée dans le monde de la santé pourrait s'avérer être une régression pour une grande partie des professionnel(le)s et un risque sanitaire pour les populations.

Et pour conclure, nous relèverons que l'on retrouve les mêmes logiques destructrices à l'œuvre au travers de Lois récentes, en particulier celle promulguée le 5 septembre dernier et intitulée « *Liberté de choisir son avenir professionnel* ». Désormais, et à tout âge, votre seul avenir sera... professionnel. La méthode est-elle bien résumée par l'intitulé du titre I de la loi : « *Vers une nouvelle société de compétences* ». Finies les qualifications reconnues par les conventions collectives, en marche vers les « *compétences* » reconnues par les employeurs et la concurrence entre toutes et tous contre toutes et tous.

Pour *Solidaires* cet avenir qu'on nous vend comme une « *modernité* » rapproche plutôt notre société de ses instincts ancestralement guerriers et ce que l'on qualifie malgré nous « *d'avancée* » masque certains retours aux siècles précédents notamment pour nombre de salarié(e)s.

Intervention de Monsieur Xavier PETRACHI

Pour la CGT

Mesdames, messieurs les conseillers,

Par un décret du 18 juillet dernier, le gouvernement a mis en œuvre la pratique avancée pour les infirmiers diplômés d'Etat dès cette rentrée de septembre 2018.

On peut noter l'URGENCE de la publication des décrets, alors que les concertations avec le ministère n'ont même pas débouché sur une reconnaissance des infirmiers en pratique avancée (IPA) dans leur statut.

L'avis qui est présenté s'est focalisé uniquement sur le déploiement des formations en pratique avancée, car il revenait à la commission 7 du CESER OCCITANIE de donner un cadre de la création de l'IPA dans le système de santé actuel.

Cela manque fortement dans cet avis. Le groupe CGT partage pleinement les préconisations proposées par la commission, mais il n'est pas possible de parler formation des professionnels de santé sans faire le lien avec les difficultés que vivent actuellement les soignants et qui se répercutent sur les patients (et non les clients).

Plusieurs conflits en attestent dans la région : Rodez, Tarbes, Auch, Montauban, Foix... tout comme le droit d'alerte déposé fin septembre par le CHSCT du CHU de Purpan pour « danger grave et imminent ». Quand ce n'est pas un licenciement qui suit une alerte.

Dans certains services, les soignants sont obligés de se cotiser pour acheter du matériel pour pouvoir soigner les patients.

Récemment, les soignants de l'hôpital de Narbonne ont dénoncé leurs conditions de travail : « *les réorganisations de services se poursuivent sans aucune réflexion sur la continuité des soins* » « *il n'y a plus de stocks de papier toilette, de couches... les lingettes pour le sol sont découpées en quatre pour prolonger leur utilisation* » ...

Le droit à la santé est un droit fondamental : il est aujourd'hui remis en question par les politiques successives de réformes hospitalières et de tarification, avec des conséquences de désertification médicale et de fermeture d'établissement public de soins, notamment dans des zones rurales.

Certes le système de soins français est placé comme un des meilleurs du monde, mais il le doit à la création de la Sécurité Sociale, qui a pu générer des centaines de création d'hôpitaux publics sur l'ensemble du territoire, à la sortie de la 2^{ème} guerre mondiale, dans une période où le PIB français était pourtant bien éloigné des 2300 milles milliards d'euros d'aujourd'hui.

Le quota de lit d'hospitalisation est chaque année réduit, les hôpitaux perdent leur spécialité, les urgences sont saturées, les agents n'ont plus accès à la formation.

La sécu est en danger, notre système social est en danger. C'était une des raisons de la journée d'action du 9 octobre. Nous ne pouvons pas nous résoudre à voir l'héritage de notre modèle social partir en fumée sous la botte de la finance.

Le groupe CGT partage le fait qu'il faut de nouveau rendre attractifs les métiers de la santé : cela passera par la reconnaissance professionnelle bien évidemment (qui n'est toujours pas actée à ce jour à l'ouverture des formations).

Sans cette reconnaissance telle que préconisée dans le projet d'avis, cela reviendrait pour le groupe CGT à valider le glissement des tâches des IDE, comme cela est pratiqué quotidiennement à ce jour et qui est une des raisons de la fuite de cette profession.

Cette reconnaissance doit passer aussi par des moyens supplémentaires pour le système de soins, et notamment les établissements publics, ce que ne va pas résoudre le plan santé.

La santé ne doit pas devenir le domaine du privé.

Le groupe CGT votera cet avis.

Intervention de Monsieur Pierre-Jean GRACIA

Pour le collège 3

Monsieur le Président,
Monsieur le représentant du Conseil Régional,
Monsieur le Préfet ou son représentant,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,

C'est au nom du 3^{ème} collège que je m'exprime aujourd'hui à cette tribune.

Nous souhaitons dans un premier temps saluer le travail effectué par la Commission « Enseignement Supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert -Innovation » du CESER et l'aimable participation des professionnels du secteur sollicités.

Nous rejoignons les préconisations édictées par la Commission, notamment sur la proposition d'augmentation globale du budget régional consacré à la formation professionnelle et la promotion des candidatures de professionnels issus de zones sous-denses.

Il convient en effet d'apporter une attention toute particulière à l'étude des dossiers et à l'affectation des candidats afin de préserver la diversité du recrutement des étudiants dans un contexte de centralisation des lieux de formation autour des pôles universitaires. Il existe un déséquilibre entre les prestations universitaires et les offres dans les territoires éloignés des pôles universitaires. Sur certains, elles sont même inexistantes. Or l'absence de garantie d'une proximité de formation risque à terme d'entraîner l'apparition de déserts paramédicaux qui viendraient se surajouter aux déserts médicaux déjà constatés. Le maintien des lieux actuels d'enseignement permettrait d'éviter la survenue de ce danger.

Nous souhaitons également que le flou se dissipe rapidement sur le coût des formations et que celui-ci soit raisonnable et identique pour chacune des structures d'enseignement afin de ne pas entraîner de discriminations territoriales.

Nous appuyons la préconisation d'une reconnaissance de l'IPA et ce, à tous les niveaux.

La reconnaissance de la légitimité de son diplôme qui doit passer par la mise en place d'une collaboration efficiente entre le médecin et l'infirmière et se faire tant dans le respect des spécificités de chacun que dans la reconnaissance mutuelle.

La reconnaissance financière de cet engagement nouveau et du niveau accru de responsabilité qui en résulte.

Le 3^{ème} Collège ne peut qu'être d'accord sur la proposition du CESER d'obtenir une pluralité d'origine dans les formations entre exercice libéral et salarié, entre formation initiale et continue, entre zones sous-denses et établissements de soins. Le fait qu'un exercice professionnel soit imposé en amont de la formation des infirmiers en pratique avancée reste un obstacle majeur à un moment où l'intégration universitaire des formations paramédicales est en cours. La poursuite d'études du premier cycle devrait être privilégiée. Il paraîtrait démesuré de demander 2 ans d'études supplémentaires après 3 ans d'expérience terrain sans garantie de rémunération.

En effet, la sélection pour les formations doit se faire sur un projet personnel de l'individu et non sur le financement de la formation car sinon les personnes travaillant en établissements de soins qu'ils soient publics ou privés seraient privilégiées par les crédits de formation continue au détriment des autres personnes qui seraient obligées de trouver des sources plurielles de financement auxquelles serait d'ailleurs associée la Région.

Enfin, il faut aussi garder des places pour des personnes désireuses de s'investir sur un projet collectif de premier recours dans une zone sous-dense.

Le 3^{ème} Collège s'associe également à la demande du CESER d'être associé à l'Observatoire des métiers de santé afin de s'interroger sur les formations IPA pour d'autres métiers notamment pour les Aides-Soignantes, ce qui pourrait faciliter les problèmes actuels de recrutement dans les EHPAD.

Enfin, le 3^{ème} Collège souhaite que cet excellent travail de la commission 4 sur l'universitarisation des IPA se prolonge dans le domaine de l'organisation des soins.

Le 3^{ème} Collège y voit une opportunité tant dans les établissements de santé qu'au niveau du 1^{er} recours de graduer les soins au bénéfice des personnes au sein d'une équipe. La réalité des pathologies chroniques actuelles génère un recours de plus en plus nécessaire à des équipes pluridisciplinaires médicales et médico-sociales pour prendre en charge les personnes.

La coordination restera assurée par un praticien mais l'équipe se partagera la tâche pour améliorer la prise en charge et permettre à chacun de se consacrer pleinement à sa tâche.

Il appartiendra aux acteurs de terrain de s'approprier ce souci de travailler en équipe pour mettre en place une nouvelle organisation de leur exercice plus globale autour des personnes.

Le projet d'avis apporte un témoignage sur l'exemple québécois des infirmiers praticiens spécialisés.

Ce dispositif en place depuis plus de 10 ans accorde des compétences et des prérogatives à cette profession largement au-delà de la pratique avancée. Le modèle n'est pas à ce jour transférable chez nous car le niveau d'acculturation à la coordination interdisciplinaire et à la délégation de tâches par la profession médicale n'est pas assez mature.

Le 3^{ème} Collège reste persuadé que l'atteinte d'un objectif plus ambitieux dans la délégation des compétences peut être d'un réel apport dans l'organisation de notre système de santé.

C'est pour cela que nous regrettons que le plan santé 2022 n'ait pas mis plus l'accent sur la première profession du secteur de la santé alors même que ce plan devrait avoir pour priorité la coordination entre professionnels de santé autour du patient.

Il souhaite que le CESER suive la déclinaison de ce plan 2022 sur l'Occitanie.

Le 3^{ème} collège votera l'avis

**DISCOURS DE CONCLUSION DE MONSIEUR MICHEL BOUSSATON,
CONSEILLER REGIONAL DELEGUE A LA SANTE, A LA SILVER ECONOMY ET AUX
FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION OCCITANIE / PYRENEES-
MEDITERRANEE**

**DISCOURS DE CONCLUSION DE MONSIEUR MICHEL BOUSSATON,
CONSEILLER REGIONAL DELEGUE A LA SANTE, A LA SILVER ECONOMY ET AUX
FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION OCCITANIE / PYRENEES-
MEDITERRANEE**

Je vous remercie tout d'abord de votre invitation. Je crois que ce qui m'a passionné le plus durant cette matinée, ce sont les perspectives de la filière pêche. Mais personne ne m'attendant sur ce sujet, je vais donc vous dire deux mots au sujet des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA).

Je dois tout d'abord féliciter Alain RADIGALES et Catherine MIFFRE qui ont fait ce très beau travail de très grande qualité dans un temps extrêmement court.

Plusieurs questions se posent aujourd'hui à la Région.

D'abord, quelle sera la place de la Région dans ces formations ? La liste des formations qui ont été transférées aux Régions par la loi de 2004 n'envisage évidemment pas les nouveaux métiers puisqu'ils n'existaient pas à l'époque. Donc quelle place va-t-on donner aux Régions dans ces nouvelles formations ? Nous ne le savons pas aujourd'hui, mais il ne faudrait pas que ce soit uniquement celle de simples financeurs...

Cette question ne remet évidemment pas en cause notre intérêt pour ce nouveau métier d'IPA qui sera un nouveau métier extrêmement utile. L'universitarisation des Formations Sanitaire et Sociales est également quelque chose de remarquable car cela permet une montée en compétences que nous voulons vraiment saluer.

Ensuite, autre sujet qui a été souligné par plusieurs d'entre vous et qui me semble être un sujet majeur : qui va pouvoir accéder à ces formations. On voit bien que ce n'est pas uniquement la qualité et la volonté des étudiants qui va primer mais comment ces professionnels vont pouvoir financer leur formation dès l'instant où l'on se situe dans des formations continues (même si dans quelques cas on peut les appeler formations initiales).

Je crois qu'il faudra envisager des modalités de prise en charge. Cela permettra à des infirmières libérales travaillant en particulier dans des maisons de santé ou dans des centres de santé qui sont dans des zones en voie de désertification (même si vous avez vu que la définition de ces zones est pour le moins « folklorique ») de financer leurs formations ; sinon, ces IPA ne seront jamais qu'une spécialisation qui interviendra pour des professionnel(le)s travaillant dans des hôpitaux ou des grandes structures et cela ne correspondra donc absolument pas à ce que l'on nous attendons.

Comment envisager cette prise en charge ? Par les Régions ? Il faudra réfléchir avec la Direction des Formations Professionnelles à la façon la plus appropriée d'envisager ces prises en charges.

Je ne vais pas prolonger plus avant mon propos puisqu'il est déjà 14h15 et que nous pourrions en parler durant tout l'après-midi.

Pour conclure, je tiens à souligner encore une fois que ce travail est l'illustration de la coopération qui existe aujourd'hui entre le CESER et la Région et je remercie Jean-Louis Chauzy, son Président. Nous nous appelons régulièrement et c'est vraiment un plaisir de travailler dans de pareilles conditions. Je remercie à nouveau ceux qui ont fait aussi rapidement ce travail et nous sommes « ouverts » pour continuer tous ces travaux dans la même direction. Merci.

REVUE DE PRESSE



L'Avis est téléchargeable sur le site du CESER

CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée

Siège

18, Allées Frédéric Mistral
31077 Toulouse Cedex 4
Tél. 05 62 26 94 94
Fax 05 61 55 51 10
ceser@ceser-occitanie.fr

Site de Montpellier

201, Av. de la Pompignane
34064 Montpellier Cedex 2
Tél. 04 67 22 93 42
Fax 04 67 22 93 94
ceser@laregion.fr



Avec Ecofolio
tous les papiers
se recyclent.

www.ceser-occitanie.fr

**Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**

Crédit photo couverture : AdobeStock©HURCA!