

	Procès-verbal approuvé Conseil des formations du 5 mars 2015	Référence	PV CF/DE
		Révision	
		Date d'application	
		Version	

Suivi des modifications

Révision	Modifications	Auteurs	Date

Validation

	Rédigé	Vérfié	Validé
Date	07/04/15	Avril 2015	05/05/2015
Prénom Nom (ou nom de l'instance)	DIXIT-Atoutext	William DAB Christian CHAUVIGNE	Conseil des formations

PRÉSIDENTE : William DAB

Représentant la Direction des ressources humaines

Véronique VERBIÉ

Représentant la direction générale de l'Enseignement supérieur

Brigitte DORMONT

François ALLA

Personnalités qualifiées

Michel LEGROS

William DAB

Représentants des organisations syndicales les plus représentatives des corps de fonctionnaires formés à l'école :

Christiane COUDRIER

Membres élus :

Yvette RAYSSIGUIER, représentants des personnels d'enseignement et de recherche

Regine DUCOS, représentant des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, ouvriers, sociaux et de santé

Christian CHAUVIGNE, représentant des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, ouvriers, sociaux et de santé

Membres excusés :

Mme LENOIR-SALFATI, représentant la Direction générale de l'offre de soins

Mme METZEN, représentant la Direction générale de la cohésion sociale

Cécile FAVAREL-GARRIGUES, représentant la Direction des ressources humaines

Claire GAILLARD, représentant la Direction des ressources humaines

Fred PACCAUD, personnalité qualifiée

Cédric ARCOS, représentant des établissements

Bruno GALLET, représentant la Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Olivier OVAGUIMIAN, représentant le syndicat des managers publics de santé

Jean-François FOUUNET, représentant le Syndicat des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (SNIASS)

Isabelle PLAISANT, représentant la Syndicat national des personnels de santé environnementale (SYNAPSE-UNSA)

Françoise JABOT, représentants des personnels d'enseignement et de recherche

Hélène THALMANN, représentant Force Ouvrière

Conseil des formations 5 mars 2015	1/32
------------------------------------	------

Isabelle LANRIVAIN, représentant le Syndicat des pharmaciens inspecteurs de santé publique
Pierre Yves DARNAUDET, représentant des élèves fonctionnaires
Marie MESNIL, représentante des étudiants préparant un doctorat

Liste des procurations :

Danièle METZEN à Joëlle OUDOT
Fred PACCAUD à William DAB
Cédric ARCOS à Christiane COUDRIER
Isabelle PLAISANT à JF.FOUGNET

Assistaient à cette réunion :

M. MARIN
M. BOEL
Mme QUINTIN

SYNTHESE DES ECHANGES

Echanges	Observations	Détail des votes
<p><u>Approbation du compte-rendu de la réunion du conseil des formations du 27 novembre 2014</u></p>		<p>Le PV est adopté à l'unanimité.</p>
<p><u>Présentation de l'Institut de l'usager en santé</u> <i>Présentation : Roland OLLIVIER, Karine LEFEUVRE</i></p> <p><i>Rapporteur : Michel LEGROS</i></p> <p>A. projet intéressant qui s'inscrit dans le prolongement de différents travaux, recommandations et rapports</p> <p>B. 3 logiques différentes pertinentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rôle et place des représentants des usagers, - Capitaliser autour des expériences de paires, - Former les acteurs des politiques de santé. <p>C. Ingénierie de projet comme l'Ecole sait en mettre en œuvre</p> <p>D. Partenariats de qualité.</p> <p><u>3 remarques :</u></p> <p>A. Un projet à rendre plus ouvert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur d'autres domaines (rénovation urbaine, aménagement du territoire, développement local, travail social, éducation), - Sur les avancées du médico-social (CNLE), - Sur les autres fonctions publiques (lien avec le RESP) - Sur les expériences étrangères - Sur les différents publics <p>B. Le découpage en 3 logiques pertinent mais moins opérationnel sur le plan pédagogique : importance de former ensemble.</p> <p>C. Le sens de la démarche doit être réaffirmé.</p>	<p><u>Echanges :</u></p> <p>Importance de la notion de citoyen.</p> <p>Développer les recherches sur les préférences des usagers sur les remboursements, les franchises, etc</p> <p>Développer une meilleure information sur la qualité des soins dans le cadre de l'institut.</p> <p>Interrogation sur l'appellation et sur le montage de l'« institut » en tant qu'entité juridique.</p> <p>Envisager de façon plus numérique les activités du centre de ressources.</p> <p>Penser l'offre de formation sur la question de la participation des usagers et personnes accueillies ou accompagnées. Y associer des usagers ou leurs représentants.</p> <p>Penser à associer la médecine ambulatoire.</p>	<p>Vote favorable à l'unanimité</p>

Echanges	Observations	Détail des votes
<p><u>Présentation du diplôme d'établissement (DE) Management médical</u> <i>Présentation : Roland OLLIVIER, Laetitia LAUDE</i></p> <p><i>Rapporteur : Christiane COUDRIER</i> Difficulté des médecins à se projeter dans une formation pluri-professionnelle, le contenu de la formation devra les aider à dépasser ces clivages. Interrogation sur le possible lien de cette formation avec le projet managérial des établissements dans lesquels les médecins exercent.</p> <p><i>Rapporteur : Christian CHAUVIGNÉ</i> Besoin évident et enjeux importants. L'objet principal est de permettre à des médecins de manager des équipes plus aisément, la question est de les aider à avoir une position et une posture de manager. Besoin des hôpitaux de mettre en place un management systémique.</p>	<p>Echanges :</p> <p>Terminologie « management médical » à interroger et risque d'entraîner de la confusion, envisager « (élément de) management pour les médecins ».</p> <p>Importance de pouvoir développer ce programme pour le faire évaluer et évoluer.</p>	<p>Vote favorable à l'unanimité</p>
<p><u>Présentation de l'offre de diplômes d'établissement au sein de l'EHESP</u> <i>Présentation : Philippe MARIN</i></p>	<p>Interrogation sur le nombre d'ects du DE management médical.</p>	
<p><u>Présentation des projets déposés dans le cadre de l'appel à projet USPC</u> <i>Présentation : Philippe MARIN</i></p>	<p>Pas de limite de financement. Valeur moyenne des demandes 35 000 €. Critère majeure : intérêt pédagogique.</p>	
<p><u>Informations générales : budget 2015, COMUE SPC et UBL, signature du COP 2014-2018</u> <i>Présentation : Philippe MARIN</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - COP approuvé et signé fin 2014 par les deux ministères de tutelles. - Le conseil d'administration a adopté le budget 2015 de l'Ecole. - Lancement d'un plan efficience autour de 4 axes : <ul style="list-style-type: none"> • refondre les organisations, • développer les ressources propres • travailler la politique immobilière sur les sites de l'Ecole • développer l'innovation pédagogique - Particularité de l'Ecole : appartenance à 2 communautés : COMUE SPC et UBL. 		

Préparation du conseil des formations de fin de mandature

Recommandations pour le prochain conseil :

- Mettre en place d'un séminaire sur les formations diplômantes,
- Prévoir des sessions conjointes avec le conseil scientifique,
- Valoriser la participation active du CF au COP de l'EHESP,
- Maintenir une participation active de chacun des membres grâce au système des rapporteurs et de la vice-présidence,
- Envisager la mise en place de suppléances,
- Veiller à ce que l'ensemble des sièges soient pourvus,
- Maintenir une participation active de la Direction de l'Ecole contribuant au bon fonctionnement de l'instance,
- Encourager une participation active des tutelles, et des personnalités qualifiées,
- Travailler sur des questions stratégiques : sur l'offre de formation, sur la question de la co-délivrance de thèses, ...
- Intégrer davantage la dimension européenne dans les débats.

Questions diverses :

- Le SPHISP dresse un bilan sévère de la formation initiale et continue des PHISP (absence de responsable de formation, contenus de la formation). Interrogation sur le choix d'un nouvel opérateur.

⇒ Avoir une réflexion de l'Ecole autour du pharmacien/médicament/soins et santé publique.

⇒ Une réflexion est en cours au niveau du ministère autour des corps d'inspecteurs.

⇒ L'Ecole rappelle son souhait de poursuivre cette formation dans de bonnes conditions. Un groupe de travail va être mis en place dans le cadre du plan effcience au sujet des filières à faible effectif.

SOMMAIRE

1.	APPROBATION DU COMPTE RENDU DE LA REUNION	7
2.	PRESENTATION DU DIPLOME D'ETABLISSEMENT (DE) MANAGEMENT MEDICAL	14
3.	PRESENTATION DE L'INSTITUT DE L'USAGER EN SANTE	7
4.	PRESENTATION DES PROJETS DEPOSES DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROJETS USPC	20
5.	PREPARATION DU CONSEIL DES FORMATIONS DE FIN DE MANDATURE	24
6.	INFORMATIONS GENERALES : BUDGET 2015, COMUE SPC ET UBL, SIGNATURE DU COP 2014-2018.....	22
7.	QUESTIONS DIVERSES	29

(La séance est ouverte à 10 h 14 sous la présidence de M. Dab.)

(Le quorum est atteint par le jeu des présents et représentés.)

1. Approbation du compte rendu de la réunion

En l'absence de remarque, le compte rendu est approuvé.

3. Présentation de l'Institut de l'usager en santé

Mme LEFEUVRE.- Dans cette présentation, que ferons à deux, nous insistons beaucoup sur le fait qu'il s'agit d'un projet sur lequel nous travaillons ensemble depuis plus d'un an.

Je précise que le terme « usager » a fait l'objet de nombreux débats, à commencer peut-être par les patients et résidents du champ sanitaire, social et médicosocial, qui ont un peu de mal avec ce mot, bien plus que les professionnels. Nous avons malgré tout trouvé qu'il était le plus consensuel, sachant que le terme « usager » renvoie systématiquement à une personne. D'ailleurs, l'ensemble des textes du champ sanitaire, social et médicosocial depuis 2002 insiste sur la notion de personne et de respect de l'être humain.

Le terme « santé » doit également être pris au sens large et renvoie au sanitaire, social et médicosocial. Animés par le souci de trouver un vocable condensé, nous avons choisi de le garder tel que.

Il est inscrit : EHESP, CISS et FHF car ces trois organismes ont travaillé à la construction de ce projet, mais ce sera étendu ensuite à beaucoup d'autres acteurs.

M. OLLIVIER.- Cette démarche fait écho à ce que l'on peut appeler sur le plan sociétal la participation citoyenne, notamment depuis les deux lois de 2002 sur la place des usagers ou leurs représentants dans le pilotage du système de santé, au sens large.

En 2012, la FHF avait établi une plate-forme en formant le vœu que la représentation des usagers soit plus prégnante dans la gouvernance et le fonctionnement des institutions de santé. Cette proposition avait trouvé plus qu'un écho car dans la stratégie nationale de santé, madame la ministre avait également mis l'accent sur cette participation. En font preuve les rapports élaborés sur le sujet, notamment de Mme Compagnon, et autres contributions.

À la demande de Laurent Chambaud, nous avons travaillé sur ce projet dont nous allons vous donner les grandes lignes, sachant que ce n'est pas quelque chose de figé, vous le verrez sans doute sur la question de la gouvernance.

Mme LEFEUVRE.- Nous allons aborder les choses de façon synthétique en trois points : les objectifs ; la gouvernance et le pilotage ; les pistes de programmes. Vous avez reçu la liste des actions mises en œuvre, que nous développerons ultérieurement, et ce sur quoi nous avons essayé de travailler avant même la création de cet institut.

Depuis 2002, les droits ont été posés de façon très claire sur la question de la participation et l'expression des usagers. Le défi aujourd'hui est leur effectivité, c'est-à-dire leur mise en œuvre pratique. Des expériences positives ont déjà été menées, mais beaucoup de chemin reste à parcourir. C'est ce que soulignait la ministre sur la question de la démocratie en santé.

Au-delà du respect des droits de l'usager, il s'agit aussi de son implication au sein du système de santé et de son interaction avec les différents acteurs. C'est pourquoi nous insistons sur la prise en considération de l'expression de l'usager, à la fois dans le respect de ses droits au long de son parcours mais aussi dans le pilotage et l'organisation du système de santé, que ce soit dans les établissements ou au domicile, intégrant ainsi une dimension territoriale.

Le constat préalable est que la question peut être travaillée sur trois niveaux :

- La formation des représentants d'usagers. Au démarrage du projet, nous avons pris le soin avec le CISS, dont l'une des missions premières est de former les représentants d'usagers, de préciser qu'il ne s'agissait pas pour nous d'empiéter sur leur mission mais de répondre à un certain questionnement et de venir en soutien.
- La collaboration de patients partenaires. Nous sommes allés voir comment cela se passait au Québec où ils sont précurseurs dans le domaine. Nous avons travaillé toutes les questions de pair-aidant, d'usager-expert, sachant que le débat porte aussi sur le terme « expert », y compris parmi les usagers. On compte aussi parmi les acteurs des associations de patients, de personnes en situation de handicap ou âgées, ainsi que des facultés ou des établissements d'enseignement pour les infirmiers.
- L'implication de l'usager dans le pilotage et l'organisation des établissements et du système de santé. C'est le coeur de cible de l'EHESP : réfléchir à la façon dont il peut être pris en charge, mais aussi quelles sont les modalités de son implication dans la politique de l'établissement, de sa collaboration à des projets. Cela pose plus largement la question de sa participation à la politique publique non seulement en tant qu'usager mais aussi comme citoyen.

M. OLLIVIER.- C'était d'ailleurs le sens des échanges avec les premiers partenaires ; que l'EHESP s'implique mais dans un domaine qui correspond à ses missions. Il ne lui appartient effectivement pas d'interférer dans les champs des facultés de médecine qui assurent, par exemple, des DU, des formations de professionnels et d'usagers autour du concept d'usager-expert, d'éducation thérapeutique, etc.

En revanche, il peut être intéressant de comprendre en quoi une organisation ou une politique publique peut faciliter de tels dispositifs, qui auront un impact sur la santé publique et le système de santé.

Les trois axes de travail définis sont en lien avec nos missions de développement des actions de formation à destination des cadres du système de santé : équipes de régulation au sein des ARS, directions de cohésion sociale, services ministériels. Éventuellement, même si ce n'est pas l'objectif premier, cela pourrait s'étendre à des publics que l'École forme, y compris étudiants, qui se destinent à prendre des responsabilités au sein du système de santé. C'est un point important.

La deuxième idée est de constituer un centre de ressources pour les professionnels usagers, autour de plusieurs thèmes : mettre en exergue des travaux de recherche existants sur le sujet ; évoquer des expériences probantes, ou non ; apporter de l'information et de la documentation.

Étant entendu que l'objectif n'est pas de créer quelque chose *sui generis* mais de renvoyer aux diverses dispositions existantes, par exemple, par le MASS ou encore le collectif inter-associatif pour la santé. Il s'agit davantage de donner à des professionnels ou des usagers des outils rapides d'accès à l'information qui leur permettent d'élaborer des projets ou mener à bien des études sur les différents domaines que va couvrir cet institut.

Troisièmement, il s'agit d'initier des projets de recherche. C'est là aussi un point de discussion, je ne pense pas que l'objectif de l'institut soit de porter les projets de recherche mais d'être plutôt facilitant, avec la participation des représentants des usagers autour de cette thématique d'implication des usagers-citoyens dans la définition des politiques publiques et la transformation des organisations en santé, au sens sanitaire, médicosocial et social.

Mme LEFEUVRE.- Sur ce sujet, nous sommes allés voir la CNSA qui s'est montrée favorable à soutenir des projets de recherche ou des postdocs plutôt qu'à créer de nouvelles chaires. Il est important de le préciser.

M. OLLIVIER.- La question de ce que l'on appelle la gouvernance et le pilotage de l'institut est encore en construction. La position de la Direction de l'EHESP n'est pas, pour l'heure, de créer une structure ad hoc avec un objet juridique, peut-être cela dépendra-t-il de l'évolution du positionnement des différents partenaires, avec l'idée tout de même d'isoler les moyens y afférant et peut-être des dotations à la clef.

L'idée est de former un comité de pilotage pour définir un programme, ainsi qu'un conseil d'orientation rassemblant des représentants d'usagers et du champ sanitaire et médicosocial « représentant » les institutionnels (fédérations, ministères, ARS, CNSA...)

Concernant le volet recherche, il est indispensable que se mette en place un comité scientifique partenarial afin d'initier des axes de recherche dans ce domaine.

Voilà ce que nous pouvons en dire à ce stade.

Mme COUDRIER.- La note parlait d'un troisième collège.

M. OLLIVIER.- Je crois que la dernière note l'enlève car le collège 3 correspondait à l'EHESP. Et après en avoir discuté avec les partenaires, nous avons convenu que l'EHESP se suffisait à elle-même car elle était d'emblée présente. Les choses ne sont pas simples et encore en progression. Il en sortira quelque chose mais c'est encore en phase de définition.

M. DAB.- Il faut considérer deux apports, l'un de l'EHESP avec une ligne de recrutement de deux postes associés sur la base d'un demi-service universitaire, et l'autre avec ce qui avait été voté l'an dernier sur des moyens en matière de fonctionnement et d'intervention.

Mme LEFEUVRE.- Nous avons commencé à travailler sur la formation initiale et la formation continue. Avec le centre de ressources, en collaboration avec le centre de documentation de l'École, nous avons constitué un dossier documentaire, c'est une base de travail qui sera alimentée au fur et à mesure. Nous réfléchissons également à la création d'un site Web. Sur la recherche, nous travaillons au lancement de thématiques par un travail collaboratif.

M. OLLIVIER.- Il serait intéressant de savoir ce que pense le Conseil des formations concernant la formation sur ce sujet et la manière de le travailler. L'idée est que le travail soit collaboratif, ce qui aura un impact non négligeable, y compris sur les pratiques des enseignants.

M. DAB.- Avons-nous à donner un avis ?

M. MARIN.- L'institut de l'usager va être inscrit dans la loi de finance et de sécurité sociale de 2015, imaginons que le Conseil de formation donne un avis négatif... C'est une pure hypothèse.

Il est notamment intéressant d'avoir l'éclairage du CF en matière de formation des usagers, sur sa pertinence et les axes que nous pourrions retenir, peut-être même en recherche.

Mme LEFEUVRE.- Nous sommes très preneurs de tous vos questionnements et remarques.

M. DAB.- Nous allons poursuivre avec le rapporteur avant d'ouvrir la discussion.

M. LEGROS.- Le projet est intéressant en ce sens qu'il s'inscrit dans la continuité de la thématique de la démocratie sanitaire apparue voici une vingtaine d'années, qui s'est fortement développée dans la décennie passée avec la loi de 2002, de 2005 et 2007. C'est donc un prolongement.

Il se situe aussi dans le prolongement, et j'y reviendrai car je trouve que vous n'y faites pas suffisamment référence, des recommandations de l'ANESM qui en est à 24 000 évaluations internes et externes dans le secteur médicosocial. Chaque fois, on retrouve dans les critères d'évaluation la question de la participation et du rapport aux usagers. C'est un champ d'expérimentation en pleine analyse.

Enfin, cela vient aussi dans le prolongement de toute une série de travaux et de rapports sur les conférences de consensus, vous avez d'ailleurs évoqué le rapport de Claire Compagnon.

C'est donc un projet qui s'inscrit dans une suite.

On perçoit également assez clairement trois logiques : le rôle et la place des représentants des usagers, avec en filigrane la formation ; capitaliser autour des expériences de pairs ; former les acteurs de politique de santé.

Autre point d'intérêt, vous proposez finalement une ingénierie de projets qui correspond bien à ce que l'École sait faire. Il s'agit d'intégrer de la formation initiale continue, de capitaliser sur les ressources disponibles, de développer des programmes de recherche. Bref, ce n'est pas révolutionnaire et donc assez classique.

S'agissant des partenaires, leur qualité n'est pas à mettre en doute. La FHF a beaucoup avancé sur ce thème, je les ai rencontrés sur des questions de rapport entre usagers et pauvreté. Les avancées sont intéressantes, tout comme le CISS dont on ne parle pas beaucoup.

Donc, si un avis devait être donné, je serais plutôt favorable.

Cela étant, trois groupes de remarques permettraient d'élargir le débat.

Celles du premier groupe renvoient à une plus grande ouverture. Le sujet est probablement très ouvert dans les esprits mais il l'est moins dans les textes.

En l'occurrence, il faudrait sortir assez vite de la notion de santé stricto sensu, même si vous avez pris la précaution de dire qu'elle s'entend au sens large. Il me semble que les travaux les plus intéressants sur la participation des usagers sont dans d'autres domaines. Je pense notamment aux rénovations urbaines, au développement local, à l'aménagement du territoire, au travail social et l'éducation. Beaucoup d'expériences existent dans ces domaines dont il faut tenir compte pour ne pas se laisser enfermer.

La deuxième ouverture porte sur les avancées du médicosocial dont je trouve qu'il a plus avancé sur cette question que le secteur de santé et hospitalier stricto sensu, en particulier les conseils de vie sociale dans les établissements. Certains endroits sont passionnants et d'autres moins, en tout cas il existe beaucoup d'expérimentations qui méritent attention.

Je trouve que l'expérience du Conseil national de lutte contre l'exclusion, qui a inventé un 8^e collège avec une participation des usagers, est passionnante et donne des résultats intéressants. Me semble-t-il, il faut aller regarder ce qui s'y passe.

Il faut sûrement aller regarder aussi du côté des autres fonctions publiques. L'École appartient toujours au réseau des écoles de service public, je pense au CNFPT et au livre de François Dietsch *Quelle place pour l'administré usager ?* Les expériences dans les autres écoles du réseau mériteraient sans doute d'être travaillées. Je signale aussi une expérience intéressante menée par la Croix Rouge, les GRETA et l'UNAFORIS PACA sur la place des usagers dans les référentiels de formation.

Ces choses existent déjà, il n'est peut-être pas nécessaire de réinventer l'eau chaude.

Il existe aussi des expériences étrangères, pas très loin d'ici d'ailleurs. Je pense au travail du Social Care Institut For Excellence (SCIE) dans la mise du Care Act 2014, ainsi qu'au National Institut For Health And Care Excellence (NICE). Leurs sites donnent beaucoup d'informations sur la participation et la place des usagers. Ils ont fait un travail énorme, que n'a pas fait en France l'HAS qui est un peu leur équivalent.

Dans les textes, vous mettez l'accent sur les managers des établissements et des services ; attention à ne pas se couper des autres métiers. Vous dites par la suite que c'est intéressant et qu'ils pourront le cas échéant se rapprocher. Travailler sur les personnels des ARS, c'est important, d'où les inspecteurs.

M. OLLIVIER.- C'est prévu.

M. LEGROS.- Voilà, il faut le plus d'ouverture possible et ne pas se focaliser sur le secteur santé car il existe des expériences intéressantes ailleurs.

Deuxièmement, votre découpage en trois logiques est pertinent s'il faut « découper » le marché entre ceux qui forment des représentants et ceux qui forment des pairs. Mais il me semble qu'une difficulté se pose lorsqu'on sait que les expériences en matière de formation les plus intéressantes avec les usagers se font en coformation. C'est-à-dire que l'on ne forme pas des usagers, mais on réunit usagers et professionnels parce que les deux ont besoin de se coformer.

Votre découpage est intéressant sur le plan du marché mais, à mon avis, pédagogiquement pas très opérationnel. Il faut sûrement inventer d'autres formes pédagogiques.

De la même manière, vous avez évoqué la question des élus locaux. Là encore, il me semble que dans les découpages en cours, notamment avec la construction des communautés de communes, c'est le moment ou jamais de créer des pontages et des liens.

Un dernier point me paraît plus compliqué, et vous l'avez un peu évoqué au début. L'École est très capable de répondre au « comment faire ». Il me semble en revanche que le sens de la démarche mériterait d'être plus réfléchi et ne pas être mis de côté simplement au profit d'une technologie de formation et de recherche.

Vous avez évoqué les débats sur la question des usagers, et il ne faut pas les écarter trop vite. Le rapport qui va sortir sur les états généraux du travail social, par Marcel Jaeger du CNAM, a pour sous-titre : « Merci de ne plus nous appeler usagers ».

Il me semble que le terme « usager » que vous utilisez porte le risque de l'essentialisation. De plus, vous êtes un peu incertains ; on lit tour à tour : « usager », « les usagers », avec une majuscule et sans. Ce risque avait été pointé lors de la conférence de consensus de 2004 sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux. Une très belle intervention avait mis en garde sur la qualification d'usager. Il faut prendre beaucoup de précautions avec cela et il serait peut-être intéressant de regarder du côté des associations, notamment autour de la psychiatrie, qui y ont sûrement travaillé plus que d'autres. Y compris dans le titre, peut-être faudrait-il parler davantage « des usagers » que de « l'usager ».

De manière amusante, il faut reconnaître que l'École a toujours connu des pressions avec les instituts, rappelez-vous des débats autour de l'institut du management. À la lecture du livre de François Dubet sur le déclin des institutions, il n'est pas inintéressant de réfléchir à ce que l'on institue véritablement. Je rattache cela à des travaux sur ce que l'on appelle la volatilité de l'usager, incertain, complexe, ambigu, je pense aux travaux notamment d'Hélène Glover soulevant que l'usager n'est pas un individu unique mais est multiple et complexe.

Il faudrait faire attention à ne pas construire un dispositif qui aurait finalement dix ans de retard, avec la vision de l'usager telle qu'on l'avait alors, au moment où l'on commençait à aborder le sujet. Il faut être réactif par rapport aux travaux.

Enfin, vous mettez complètement de côté l'un des débats de la protection sociale : lorsqu'on réintroduit l'usager, que devient l'assuré ? Finalement, on s'inscrit dans une gouvernance d'un système qui est en train de se transformer, construite jusqu'alors sur un modèle de paritarisme qui l'est de moins en moins. Si vous entrez dans cette logique, quelle est la place de l'usager dans cette gouvernance ? On peut faire tous les choix que l'on veut, mais on n'a pas le droit de faire de choix implicites sans les expliciter.

Voilà quelques pistes de travail pour vous engager à poursuivre, éviter les risques de la réduction et du mécanisme, tout en prenant le risque de la réussite.

M. DAB.- C'est une contribution très constructive, merci.

Mme LEFEUVRE.- Merci beaucoup pour la richesse de ce rapport.

Sur la nécessité de ne pas se focaliser sur le secteur de santé, nous avons eu l'occasion d'échanger à plusieurs reprises sur le sujet. C'est un champ extrêmement large et nous avons parfaitement conscience qu'il faut aller piocher dans les expériences des autres. Mais nous nous sommes dit qu'il était déjà bien de nous concentrer sur ce champ.

Quant au débat sur l'usager, il revient sans cesse. Dans la loi Kouchner du 4 mars 2002, les titres mentionnent les droits des personnes malades, les droits des usagers du système de santé. On voit bien que le législateur lui-même navigue entre les différents textes. C'est ce que j'ai commencé à introduire. Aujourd'hui, c'est la notion de personne qui prédomine, faut-il aller jusque-là...

M. OLLIVIER.- L'idée première est bien celle de la coconstruction. Ce que vient de dire Michel Legros est essentiel, c'est-à-dire définir des référentiels de formation avec les usagers.

Le fait d'aller prendre des références ailleurs est très juste et pertinent, je pense notamment aux travaux du CNLE. C'est quelque chose d'essentiel que nous avons bien en tête.

Quant au sens de la démarche, c'est vrai également. Je trouve que cette contribution est très intéressante et pertinente. La difficulté est que la construction avance pas à pas, avec chaque fois le risque du réductionnisme. Nous essayons de faire simple et, en même temps, à chaque avancée, on nous oppose cette complexité.

Évidemment, il ne faut surtout pas s'enfermer dans une approche très mécaniste. Cet institut doit être le lieu du type d'échanges que vous venez d'évoquer, en particulier la volatilité de l'usager est un point essentiel. On a tendance à mythifier ou idéaliser sa place, en omettant parfois que l'on a affaire à des personnes fragiles qui n'ont pas toujours beaucoup de temps à donner. Cela induit toute une réflexion à mener sur les modes de participation et d'expression. Nous sommes en phase avec le rapporteur.

Mme COUDRIER.- Je pense l'initiative sur cette problématique extrêmement intéressante et utile. Que signifie exactement la notion d'usager ? Est-ce quelqu'un qui a pratiqué ou été pris en charge dans une structure de santé ? Cela signifie aussi que ce peut être un usager potentiel. On est en face non pas de

l'usager mais du citoyen dans sa relation avec les structures de santé sanitaires, sociales ou médicosociales. C'est une notion plus large.

J'insiste sur cet aspect, car il existe un risque dans certaines situations de voir le citoyen usager potentiel instrumentalisé par le pouvoir politique. Je l'ai vécu dans une certaine ville, et cette démarche est de nature à apporter une distanciation des citoyens par rapport à des problématiques de santé.

Il y a là une vraie richesse et un vrai apport à sortir de cette démarche, mais qui me semble plus orientée vers la notion de citoyen en tant qu'usager effectif et usager potentiel d'un système de santé, pour englober ensuite d'autres acteurs qui n'ont pas forcément un lien via une association de patients, via une histoire personnelle. Ce qui apporte une dimension véritablement citoyenne à la démarche.

Mme DORMONT.- Je rejoins les commentaires, cet institut de l'usager est effectivement quelque chose de très important. Mais je pense qu'il faut ajouter un champ de réflexion par rapport à l'usager, car cela suppose qu'il n'y ait pas de participation au niveau du mode de financement des soins. Or, on ne peut pas séparer les arbitrages sur le financement et le panier de soins à rembourser et la participation des citoyens usagers ou patients au système. Ne pas parler de financement me semble une erreur profonde.

Parler d'usagers suppose que l'on va plutôt s'intéresser à l'évolution des individus malades ou bien-portants dans le système, et leur donner plus de droits. Je n'y reviens pas car c'est un pan fondamental qu'il faut améliorer, et il faut travailler dans ce sens.

Sur la question des financements, il faut savoir que la Haute autorité de santé n'a pas assez de moyens pour développer un point essentiel : la prise en compte dans les arbitrages des préférences des citoyens qui payent pourtant leurs cotisations. Je citerai pour exemple le panier de soins remboursés. Pour l'instant, la démarche médico-économique est balbutiante en France, mais des travaux de chercheurs en économie sont en cours en France et ailleurs, et portent sur la manière de prendre en compte les préférences des patients : les cures thermales plutôt qu'un médicament innovant, etc. ? Pour l'instant, ces arbitrages sont faits au sommet sans prise en compte des préférences.

Ces travaux de recherche essaient, par le biais d'enquêtes d'évaluation contingentes, de connaître les préférences des citoyens et de les intégrer dans les arbitrages rendus. De même pour le reste à charge, vous parlez du rapport du CNLE, mais on voit bien comment les complémentaires de santé s'investissent pour prendre leur place dans le débat et dire qu'elles vont tout résoudre.

Je pense important qu'un institut cherche à déterminer si les patients, les usagers ou les citoyens préfèrent payer plus de cotisations et ne pas avoir de franchise ou avoir des franchises et payer moins de cotisations. C'est un vrai élément d'arbitrage et de préférence collective qu'il faut travailler sur le plan de la recherche, afin de connaître les préférences des individus.

Pour l'instant, ces arbitrages sont purement politiques et, personnellement, je ne pense pas que l'intérêt des patients ou des usagers soit pris en compte. Je pense qu'il faut développer cet aspect dans les axes de recherche mais aussi dans la formation.

Je parle de l'usager au sens économique, c'est-à-dire tenir compte des préférences des individus pour prendre des décisions globales.

Un autre point très important est l'information sur la qualité des soins. Les économistes pensent très important d'avoir une meilleure information sur la qualité des soins à l'hôpital et en ville. Par exemple, l'une des sources du développement des dépassements d'honoraires est aussi le manque d'information des patients, qui pensent qu'un médecin plus cher est de meilleure qualité.

C'est compliqué, mais je pense que cela fait partie du cahier des charges de ce type d'institut : développer une recherche, une réflexion sur le développement de l'information sur les soins délivrés, qui permettrait une meilleure évolution du patient dans le système.

On sait que sur le médicosocial, c'est une catastrophe ; il n'y a rien sur la qualité des soins dans les EHPAD. Or, c'est fondamental pour faire des arbitrages. Des études montrent que les gens ne s'intéressent qu'à la qualité du bâti alors que c'est loin d'être la vraie qualité.

Tout le pan sur le financement et la prise en compte des préférences n'a pas été évoqué. Je comprends pourquoi, car cela date de 2002 avec une loi pour référence. Cette réflexion sur la prise en compte des préférences des gens n'était pas encore intégrée dans la décision publique. Je pense maintenant essentiel de l'intégrer.

M. DAB.- S'agissant de l'HAS, êtes-vous sûre que c'est une question de moyens ?

Mme DORMONT.- J'ai pratiqué une commission de manière approfondie, mais c'est vrai qu'ils manquent de moyens. Par ailleurs, j'aurais voulu savoir s'il y a des diplômés à la clef.

Mme DUCOS.- J'ai une interrogation de forme sur l'appellation « institut » et sur le fait que le texte indique que ce n'est pas une entité juridique pour l'instant. Je pense que cela peut éventuellement poser problème, que j'ai par ailleurs vécu récemment. Peut-être est-ce un point à travailler. On parle aussi de membres fondateurs et toute la gouvernance est détaillée, cela semble donc renvoyer à une entité bien identifiée. Peut-être faut-il revoir également les termes.

Sur le contenu, notamment le centre de ressources, je pense que cela mérite une réflexion par rapport à la contribution de Michel sur le besoin réel et la manière de chercher des ressources aujourd'hui en étant proactif et moderne. Faut-il réfléchir au numérique, pas nécessairement par un site Web mais par des applications, peut-être un centre de ressources interactif, un forum. Aujourd'hui, quand je tombe malade, ma première réaction est d'aller sur Google. C'est le réflexe de beaucoup aujourd'hui, avant même de prendre rendez-vous chez le médecin. Si la bibliothèque ou le site Web n'est plus à l'ordre du jour, peut-être faut-il réfléchir à un outil.

Mme RAYSSIGUIER.- Je voudrais revenir sur la question de la formation et du programme de travail, puisque c'est la mission de l'EHESP. Dans le prolongement de ce que disait Michel, il me paraît important de penser l'offre de formation par rapport à cette question de la participation des usagers, je parlerais même des personnes accueillies et accompagnées. C'est un autre terme qui est aujourd'hui utilisé, comme vous le savez sans doute, dans le secteur social et médicosocial. Nous n'allons pas continuer le débat, mais il faut avoir à l'esprit que c'est aujourd'hui le terme adopté, y compris dans le cadre de la mise en œuvre de nouvelles instances tant régionales que départementales, dans le champ social et médicosocial.

Dans le cadre de la formation initiale des IASS, j'ai notamment pu mesurer la semaine dernière, lors de la formation des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux avec pour angle : comment demain les cadres de santé publique doivent s'approprier cette question de la participation des usagers, combien il y a une plus-value à associer des usagers ou leurs représentants dans la construction des formations.

Depuis plusieurs années, j'invite dans les sessions de formation des IASS sur les politiques sociales de lutte contre la pauvreté des représentants des usagers. Nous avons la chance en Bretagne, qui est une terre d'expérimentation, d'avoir des représentants des usagers au niveau régional qui sont maintenant dans le 8^e collège du CNLE. Pour les directeurs d'établissements sociaux et médicosociaux, nous avons mobilisé cette année les riches productions de l'ANESM qui, tant dans le champ de l'enfance que dans le champ du handicap, ou des personnes âgées, ont donné aux futurs directeurs des outils et recommandations tout à fait utiles, qu'ils ont pu mettre en lumière dans les observations de leurs stages longs.

J'arrête là pour dire à quel point il me paraît important que nous prenions en compte comment on construit ces formations ; pas en chambre mais avec les parties prenantes.

M. CHAUVIGNE.- Je voulais revenir sur cette notion d'institut dont nous avons un peu discuté avec Régine. L'appellation n'est pas heureuse dans le cadre d'un EPSCP qui dépend du Code de l'Éducation. Comme vous le savez tous, l'institut est défini précisément et cette structure ne correspond absolument pas à la définition de ce Code.

En fait, ce n'est pas tant l'appellation que le montage. Tel que le texte en rend compte, on dit d'un côté que l'institut est au sein de l'EHESP, comme si elle était une entité, mais aussi au fond que c'est un consortium entre la FHF, l'EHESP, etc. Donc, est-ce dedans ? Est-ce un consortium ? De quoi parle-t-on ? Quel type de convention existe-t-il entre les organismes censés porter ces initiatives, par ailleurs tout à fait intéressantes.

On peut dire que c'est du formalisme, mais dès l'instant que de l'argent va être affecté à cette organisation, il est essentiel de bien définir ce qu'est cette entité, comment elle fonctionne, qui en est responsable, et quels sont les niveaux de responsabilité délégués, etc.

M. DAB.- Nous avons déjà là une série de remarques dont vous pourrez tirer profit. On voit bien que nous sommes à un stade de préparation du projet.

Par ailleurs, j'aimerais savoir si vous parlez de santé publique, de soins, ou des deux ?

Mme LEFEUVRE.- Des deux.

M. DAB.- Dans ce cas, je pense qu'il y a un péché originel ; si seule la FHF incarne le soin hospitalier et pas le soin ambulatoire, je pense que cela ne passera pas dans un pays comme la France. Vous risquez de rencontrer l'hostilité des médecins et de ne pas pouvoir avancer. Je vous invite vraiment à réfléchir aux moyens d'associer la médecine ambulatoire, sinon cela ne passera pas. Peut-être faut-il le faire par le Conseil de l'ordre. Je ne sais pas, mais réfléchissez bien à ce point.

Regardez aussi le modèle de l'Obamacare qui est alimenté par des moyens considérables. En matière d'expérience numérique, je crois qu'il y a des choses à apprendre de ce côté.

La richesse des échanges montre à quel point c'est un enjeu crucial pour le fonctionnement, la performance, les résultats, la vie démocratique. Toutes ces remarques doivent être prises comme un encouragement très fort. Nous y reviendrons autant de fois qu'il le faudra car il existe vraiment une appétence pour ces questions. Je pense que nous devrions pouvoir trouver un centre de gravité, quelque chose qui soit réellement mobilisateur pour tous les acteurs.

Bon courage et merci pour cette présentation.

Départ de M. Legros et de Mme Lefevre.

2. Présentation du diplôme d'établissement (DE) management médical

M. OLLIVIER.- En préalable à l'exposé de Laetitia Laude, je précise que ce DE de management médical s'inscrit dans l'offre de formation qui concerne la gestion d'organisation de santé. Pour nous, c'est un sujet important. Vous avez des éléments budgétaires, mais c'est évidemment un élément « puriste » qui vous a été présenté puisque l'objectif sera d'avoir un budget équilibré pour cette formation.

Mme LAUDE.- Vous avez eu une présentation en novembre dernier sur cette proposition de mise en place d'un diplôme d'établissement intitulé « management médical », j'étais alors à l'étranger. Je suis ravie de venir aujourd'hui présenter les compléments que vous avez demandés lors de cette dernière session.

J'ai pris le parti de ne pas vous repasser l'ensemble de diapositives. Comme je vous ai livré un document en amont qui reprend les questions que vous aviez posées, j'ai pris les éléments de rapport que j'avais eus suite au CF et les propositions d'évolution que porte le nouveau document.

Une première remarque portait sur le titre « management médical » qui pouvait laisser penser à une spécificité dans les établissements de santé, avec un management des médecins différent d'un management institutionnel. Ce n'est pas vraiment le cas. Cet intitulé de « management médical » renvoie tout simplement à la terminologie utilisée dans la littérature internationale. Nous avons testé « médecin manager » auprès des médecins, des syndicats de médecins, mais cette alternative ne faisait envie à personne, ce qui en dit beaucoup sur les évolutions identitaires.

L'intitulé ne focalise donc pas sur l'existence d'un management spécifique mais sur la nécessité pour les médecins en situation de responsabilité de répondre au besoin de management des médecins eux-mêmes sur le terrain.

Sur le public chef de pôle, j'avais probablement laissé une ambiguïté sur le fait que ce DE management médical s'adresserait aux chefs de pôle en priorité dans le cadre de la réforme de la gouvernance hospitalière. Nous avons conduit des travaux pendant trois ans sur ce sujet, qui nous ont permis de montrer que l'existence de besoin de management dépasse très largement le cadre institutionnel de la réforme de la gouvernance. Nous nous adressons donc à tous médecins en situation de management de projet ou d'équipe, qui sont les deux principales facettes de cette activité en responsabilité.

Une autre question portait sur le caractère non pluriprofessionnel de la formation, l'adressage exclusif aux médecins. J'avoue sans détour qu'il s'agit là d'une démarche extrêmement pragmatique, avec l'observation que dans un tel contexte, pour le moment, l'engagement des médecins est extrêmement faible dès lors que le public est mixte.

La remarque a été faite de la faible orientation du DE sur des questions de gestion hospitalière. L'orientation est, en effet, plutôt vers un public de médecins ayant la responsabilité d'équipes ou de projets. C'est donc vraiment une perspective managériale plus qu'une perspective de gestion.

Là encore, les travaux que nous avons conduits nous permettent de penser que nous ne ferons pas des médecins des gestionnaires, ce n'est ni l'enjeu, ni le but, ni l'esprit en tout cas des évolutions ici ou ailleurs. Nous sommes plutôt dans une perspective managériale.

Enfin, vous nous avez demandé de préciser les objectifs. Nous avons fait cela pour la formation dans son ensemble, et par module nous avons réactualisé la présentation des objectifs.

J'ai repris ces objectifs de formation, qui sont dans le document. Nous avons également listé les publics auxquels nous nous adressions : médecins coordonnateurs en EHPAD, médecins de coordination HAD de territoire ou de maison de santé. Idéalement, nous aimerions mixer non pas forcément les métiers mais les environnements ou les contextes professionnels. Les modalités sont, là encore, assez largement détaillées. J'ai aussi une présentation par module pour répondre à vos questions.

M. DAB.- Merci. Nous écoutons nos deux rapporteurs.

Mme COUDRIER.- Nous avons effectivement évoqué ce sujet le 27 novembre, et fait un certain nombre de remarques. Depuis lors, j'ai rencontré Laetitia Laude et le docteur Francis Fellingner qui sont les initiateurs de ce projet de formation.

J'ai bien compris, et j'en ai eu la preuve lors d'une réunion de commission paritaire régionale, que les médecins ont beaucoup de mal à s'imaginer dans une formation pluriprofessionnelle avec des cadres de santé ou de gestion, même s'ils ne sont pas tout à fait là dans la logique et le sens de la réforme de la gouvernance hospitalière. Dont acte.

S'ils ont du mal à s'inscrire de façon extrêmement précise dans cette logique de gouvernance avec une seule ligne managériale entre la direction, les médecins, l'encadrement de quelque nature qu'il soit, peut-être ne faut-il pas la mettre en avant. Par contre, il faut que dans la formation et son déroulé, on les amène à comprendre ce qu'est une ligne managériale et comment cela fonctionne, notamment pas avec un management médical mais avec différents acteurs qui ont des positionnements spécifiques dans la structure ; tout ce monde agissant selon des logiques de subsidiarité mais aussi de solidarité et d'homogénéité de la ligne managériale.

Je pense qu'il faut que le contenu de la formation apporte ce que le titre ou l'état d'esprit des médecins n'est pas encore prêt à accepter. Il me semble important de renverser le facteur et de les amener au cours de la formation à dépasser ces clivages et cette logique en tuyau de poêle qui est souvent la leur.

Je renouvelle la remarque sur le possible lien, lors de ces formations, avec le projet managérial -s'il existe- des établissements dans lesquels ils exercent. Cela peut conduire à se demander pourquoi cela n'existe pas à certains endroits et ce qu'il faudrait faire pour le mettre en place, et donc introduire un petit « coin » dans l'affaire. Et pour ceux où cela existe, cela permettrait d'acculturer l'ensemble des participants à la formation à cette notion de projet managérial, qui me semble fondamentale dans l'évolution de la gouvernance hospitalière si l'on veut qu'elle ait un sens et soit une vraie gouvernance partagée.

Je mets sous le boisseau le « management médical » qui ne me plaît pas beaucoup. J'avais trouvé des termes comme « médecin manager », « médecin et management », « médecin acteur du management », mais ce n'est pas très ludique. Il faut être pragmatique.

Je crois qu'il faut les amener à cette formation car il existe un véritable besoin dans ce domaine. Les praticiens font état régulièrement de la difficulté des médecins responsables, chefs de service, chef de pôle, à s'inscrire dans une gestion et une animation d'équipe, à une capacité à prendre des décisions et à les faire reconnaître.

Il vaut donc mieux passer sur des aspects qui peuvent, a priori, apparaître comme un contresens par rapport à la réforme de la gouvernance, et les amener vers une formation où l'on va pouvoir les acculturer et les faire évoluer dans leur appréhension de la notion de gouvernance.

C'est un programme très intéressant. L'idée avait aussi été évoquée, s'il y a d'autres formations à destination des cadres de gestion, des cadres de santé, de faire des croisements et des regroupements, qui ne sont pas choquants pour les médecins et permettront d'ouvrir des portes.

M. CHAUVIGNE.- Mon intervention sera sensiblement aussi légère que celle qui vient d'être faite. La présentation que vient de faire Laetitia y aide aussi.

Ce second projet est beaucoup plus clair dans ses objectifs et ses enjeux. Le besoin existant ne fait aucun doute et les enjeux sont importants. Si je devais dire les choses autrement qu'elles sont présentées, je dirais que l'objet de cette formation est de permettre à des médecins qui ne sont pas portés naturellement pour administrer, manager des équipes au sein d'une institution, de le faire plus aisément.

Au fond, toute la question est de savoir comment ils peuvent avoir une posture de manager. On comprend bien, dans cette logique, pourquoi on fait appel principalement à des logiques d'analyse de pratiques, à des logiques de *coaching* qui sont cohérentes avec cette idée sous-jacente, qui n'est pas affirmée comme telle mais suffisamment présente pour que l'on puisse la présenter ainsi.

Une fois ce principe entendu, les objectifs globaux et les objectifs des différents modules s'entendent très bien, sont très cohérents les uns par rapport aux autres. Je comprends complètement la cohérence du projet.

Cela étant, et cela rebondit un peu sur ce que disait Christiane Coudrier à l'instant, il est vrai que le management dans les organisations, particulièrement à l'hôpital mais c'est aussi vrai pour l'enseignement supérieur, est nécessairement systémique. Cela invite peut-être à prévoir un autre DE qui serait centré sur une approche systémique du management dans ces organisations particulières que sont l'hôpital ou d'autres organisations de santé car le besoin y est réellement très important.

M. DAB.- En tant que responsable d'une école d'ingénieurs, je peux vous dire que nous avons exactement les mêmes problèmes. Au CNAM, et dans à peu près toutes les écoles d'ingénieurs, des modules de management sont obligatoires, d'ailleurs la commission des titres d'ingénieurs n'habiliterait pas dans le cas contraire. C'est donc une vraie nécessité.

Comme on l'a entendu, je pense que le terme de « management médical » est erroné et que ce titre va entraîner une confusion. Il existe un véritable management médical au sens : management des parcours de soins pour les patients, notamment qui demandent des soins au long cours impliquant une multitude de professionnels et le besoin d'avoir quelqu'un avec une vision globale de coordination et d'organisation des parcours. Cela, c'est du management médical. Je pense vraiment que c'est conceptuellement erroné.

Ce n'est peut-être pas très joli mais, dans la plupart des écoles d'ingénieurs, des unités d'enseignement s'appellent « management pour ingénieur ». Je vous incite à réfléchir à un titre qui serait « management pour les médecins », ce qui est autre chose que le « management médical ».

Mme LAUDE.- Merci beaucoup pour ces trois apports très intéressants.

En fait, les remarques vont toutes dans le même sens : le positionnement des médecins managers dans les institutions et les projets territoriaux. Quel que soit l'abord, cela tourne autour de cette notion. Et les choses sont compliquées car ce positionnement n'est pas clair. À la différence de l'ingénieur qui l'est dans son organisation, le médecin ne s'inscrit pas dans une ligne hiérarchique.

La problématique du médecin, et la revendication médicale à l'intérieur des établissements de santé, mais pas seulement...

Mme COUDRIER.- Dans la gestion, si...

Mme LAUDE.- Je parle du praticien.

Mme COUDRIER.- Dans la gestion et dans l'institution hospitalière, hors la pratique médicale, le médecin s'inscrit très clairement dans une ligne hiérarchie. Le chef de pôle a une délégation de gestion du directeur général. Il n'est pas hors la ligne hiérarchique. Bien sûr, cela ne concerne pas la pratique médicale. Il faut être très clair sur cela, sinon la loi hospitalière n'a plus de sens.

Mme LAUDE.- D'abord, on peut s'interroger sur le sens qu'elle a au vu de l'étendue réelle de cette politique de délégation au sein des institutions publiques de santé. Certaines politiques sont très volontaristes, d'autres très en retrait et c'est plutôt la majorité.

Je l'entends par rapport à cette logique. Nous sommes vraiment partis des besoins du terrain où se situent les problèmes de management, c'est-à-dire au sein des services avec des tensions interpersonnelles jamais réglées ou qu'on laisse pourrir car on ne sait pas comment s'y prendre, avec des schémas d'organisation pour lesquels on ne s'est pas mis autour de la table.

Ce que vous évoquez sur le management médical au sens du management des parcours, précisément, est quelque chose que nous avons intégré comme l'un des éléments du management médical, au sens des projets qu'un médecin doit conduire dans un territoire et dans un contexte de territorialisation.

M. DAB.- Nous ne parlons pas de la même chose. Nous parlons du travail de management clinique.

Mme LAUDE.- C'est précisément parce que ce sont des médecins qui managent ces dispositifs cliniques qu'ils ont cette double compétence, à l'instar des ingénieurs.

M. DAB.- Je pense qu'un élément vous manque.

Mme LAUDE.- Peut-être.

M. DAB.- Qu'en pense Philippe, au vu de la politique pédagogique de l'École ?

M. MARIN.- Plusieurs éléments sont soulevés. La question de management médical et d'organisation des parcours de soins se situe dans un domaine qui est complémentaire de l'organisation et du pilotage des unités du soin, du fonctionnement et de l'organisation. Il y a une corrélation et, en même temps, on sent intuitivement que le DE s'adresse à des médecins qui ont des responsabilités managériales vis-à-vis d'équipes et d'organisations.

M. DAB.- « Organisations », c'est le mot-clé.

M. MARIN.- Ensuite, je pense important que l'École soit positionnée clairement dans la formation de ces acteurs importants qui doivent être de plus en plus associés et de mieux en mieux formés à l'organisation des process de soins. Au fond, ce qui m'importerait serait de pouvoir développer ce programme, le mettre en place, l'évaluer pour ensuite le faire évoluer.

Je partage l'idée que la question du management purement médical est indispensable pour permettre aux médecins de se retrouver entre eux et de s'approprier les canons et les éléments relatifs à cette question. Ensuite, très rapidement, ils vont se trouver confrontés aux itérations, aux relations qu'ils vont devoir créer avec d'autres groupes, notamment celui des cadres de santé qu'ils soient administratifs ou soignants. Ils peuvent donc avoir un intérêt à être formés ensemble. Je pense que c'est une première étape extrêmement importante.

On en trouve l'illustration avec l'un des diplômes d'établissement « Hôpital Plus » à destination de managers expérimentés. L'intégration de médecins, présidents de CME dans ce groupe de managers a donné une dynamique extrêmement profitable. Aujourd'hui, on n'imagine plus avoir une autre approche car l'objet managérial est en lui-même intéressant.

Concernant le terme management médical, il faut sans doute être réaliste et coller à la littérature, à l'environnement qui est le nôtre. Il est vrai que « management pour médecin » pourrait convenir, le management médical pouvant renvoyer à des fonctions purement institutionnelles. Or, l'objet est bien de viser des publics qui animent des réseaux, qui ont des responsabilités institutionnelles et qui ne sont pas forcément présidents de CME ou chefs de pôle.

Mme COUDRIER.- Le médecin est un acteur prioritaire fort du management, peut-être est-il possible de trouver quelque chose d'un peu élégant autour de cette formulation. « Management médical » est simple, mais ce n'est effectivement pas cela. Le « médecin, acteur du management », correspondrait davantage mais cela a moins d'effet d'appel, si je puis dire.

Mme DORMONT.- Pourquoi ne dit-on pas gestion au lieu de management ?

Mme LAUDE.- La gestion porte plutôt une vision instrumentale.

Mme COUDRIER.- Le management renvoie à une dimension de la gestion, c'est-à-dire comment faire fonctionner une organisation de façon harmonieuse et structurée ; conduire et animer des équipes dans des projets avec des objectifs ; conduire un projet, un changement ; gérer un conflit. C'est de l'organisation des hommes et des femmes entre eux dans une organisation donnée. Et cela s'appuie sur des règles et des référentiels de gestion, le management n'est pas basé sur rien. La question porte sur le « comment ».

Mme DORMONT.- Je comprends que le mot « gestion » a été dépossédé d'une partie de son sens au profit de management, je n'ai pas d'avis autorisé sur ce point.

M. DAB.- Le principal est que sur les objectifs et le contenu pédagogique, nous sommes en phase avec vous. Vous comprenez que le management au niveau clinique et le management au niveau organisationnel pour les médecins ne peuvent pas être confondus, je crois vraiment que le référentiel de compétences derrière n'a rien à voir.

Donc, réfléchissez à ne pas créer de confusion. Même si ce n'est peut-être pas si bouleversant que cela. J'avoue que je ne sais pas vraiment, ce n'est pas mon domaine.

M. OLLIVIER.- Pour aller dans votre sens, lorsque vous regardez les différentes rubriques, il n'y a pas d'ambiguïté : c'est de la formation des médecins à la gestion, d'une part, et à l'animation d'équipe et de projets, d'autre part.

Ce que voulait dire Laetitia, et il faut l'entendre dans la compréhension de la sociologie des organisations, c'est qu'un médecin manager ne va pas se départir de ses schémas de référence. L'idée est justement de trouver dans la formation, des éléments qui leur parlent et les amènent à jouer pleinement ce rôle d'animation.

M. DAB.- Nous sommes entièrement d'accord, et c'est le principal. Mais le terme de « management médical » ne fait pas spontanément référence à l'univers que vous venez de décrire. Ce n'est peut-être pas joli, mais il s'agit en l'occurrence davantage d'éléments de management pour les médecins. Je crois fondamentalement que c'est votre projet pédagogique ; reste à lui trouver un nom plus séduisant.

Mme DUCOS.- En vous écoutant et en ignorant ce qui se trouve dans la littérature, je me disais que nos amis anglophones pourraient nous inspirer. Je viens de vérifier quelle formule ils utilisent, et c'est effectivement *Medical Management* à Harvard ou d'autres structures qui ont des masters pour les médecins qui veulent se former en management. J'ai lu le descriptif, et cela va dans ce sens. Au lieu de « management médical » vous pourriez peut-être l'appeler *Medical Management*... !

M. DAB.- Non...

Mme DUCOS.- C'est un clin d'œil. Je voulais juste confirmer que dans les universités et écoles de santé publique anglophones, c'est le terme employé.

M. DAB.- Cette contribution est éclairante.

M. MARIN.- Pour l'avoir expérimenté, il faut souligner que les médecins sont formés à apprendre et que ceux motivés par le management donnent en général de très bons résultats. Nous avons intérêt à investir ce champ.

M. DAB.- C'est absolument clair. Nous avons tous les éléments du débat et nous allons pouvoir mettre au vote cette création de diplôme.

☒ Vote à main levée : **UNANIMITÉ.**

Le DE Management médical est approuvé.

Départ de Mme Laude et M. Ollivier.

➤ OFFRE DE DIPLOMES D'ETABLISSEMENT

M. MARIN.- Vous aviez demandé, à l'occasion de trois DE que nous avons créés, que nous puissions faire une présentation de l'offre des DE au sein de l'École.

Actuellement, hormis le DE que vous venez de voter, nous en avons 8 actifs. J'utilise le terme « actif » car nous avons créé un DE de santé publique qui n'est plus actif mais que nous avons conservé pour quelques étudiants qui avaient accumulé quelques ECTS et sont entrés en processus de validation.

L'objet est de vous présenter ces 8 DE avec quelques critères d'analyse.

- Direction d'EHPAD et droit des usagers.
- Expert PMSI.
- Gestion financière d'établissement de santé.
- Hôpital Plus, Santé Plus.
- QEOPS (partie française d'une maîtrise en partenariat avec Montréal).

- Santé, environnement, enjeux en santé, travail environnement pour l'entreprise,
- Politique publique en santé environnement,
- Santé publique et aménagement du territoire.

Ces trois derniers DE ont la particularité d'être souchés sur un mastère spécialisé « Mastère ingénierie et management en santé et environnement et travail ».

Le premier critère correspond aux départements de rattachement, les UFR, c'est assez simple.

Le DE EPHAD est rattaché aux Sciences humaines et sociales, et Expert PMSI à Epibiostat.

L'institut du management a trois DE : Gestion financière, Hôpital Plus et la maîtrise QEOPS.

Le département Santé travail et génie sanitaire a les trois derniers DE que j'évoquais.

Avec Stéphanie Chesnel et Laurence Malpot, directrice du développement, nous avons essayé de classer les DE en fonction des cinq axes du COP. C'est un classement plus compliqué à réaliser car certains DE peuvent être à la frontière de plusieurs axes.

Pour la direction d'EHPAD, nous sommes dans le deuxième axe qui est l'organisation et le pilotage des institutions, de même pour Expert PMSI et la gestion financière d'établissement de santé.

Pour les politiques sociales, de santé et de management, nous aurions Hôpital Plus et la maîtrise QEOPS.

Les trois autres seraient sur l'environnement avec un aspect promotion de la santé et prévention pour le DE « Enjeux en santé, travail et environnement pour l'entreprise » et l'axe 3 « Enjeux politiques publiques en Santé, Environnement au travail ».

Ces DE vont d'un peu moins de 20 jours pour les plus courts à une quarantaine de jours. Ils sont relativement volumineux, vous le verrez en ECTS. Des DE sont relativement conséquents avec des procédures de validation. Je le dis par comparaison avec d'autres diplômes d'université qui peuvent être plus légers, avec deux ou trois jours de formation. Nous sommes ici dans un format beaucoup plus long.

Cela ne figure pas ici, mais ce sont souvent des formats qui se déroulent sur un cycle annuel de neuf mois. C'est bien entendu en discontinu, voire pour certains en deux ans, puisqu'il est possible « d'étaler » la charge des DE quelquefois sur deux années universitaires ou scolaires.

Ils n'ont pas tous forcément un stage. Trois ont des stages relativement importants : QEOPS a 40 ECTS. Le DE SPAT prévoit un voyage d'étude. Hôpital Plus a une semaine à l'étranger, mais on ne peut pas dire que ce soit un stage ou un voyage d'étude car c'est une session d'enseignement qui se déroule à Montréal, qui fait partie du cycle de formation des cinq semaines.

Le plus gros DE, qui ressemble à un diplôme puisque c'est une maîtrise à Montréal, est QEOPS. Les plus « petits » ont 10 ECTS, ce qui est déjà relativement conséquent en volumétrie d'enseignement.

M. ALLA.- Les 10 ECTS sont en M1 ou est-ce variable ?

M. MARIN.- C'est variable, il y a même du M2. Les trois derniers en santé environnement sont souchés sur un mastère spécialisé, c'est plutôt sur du « M2 bis ».

Le dernier élément concerne les modalités d'évaluation. Cela tourne beaucoup autour de l'écrit, d'un objet que l'on pourrait qualifier de mémoire même si le terme peut être apprécié de façon variable. On peut avoir aussi des épreuves sur table, comme pour QEOPS ou la gestion financière d'un établissement en santé qui combine à la fois un travail à la maison et une épreuve sur table.

Un autre élément intéressant qui correspond au crédit européen, est que l'on valorise le présentiel. L'assiduité fait l'objet d'un critère d'évaluation et de participation au cours.

Tous les DE font l'objet d'une validation. Il faut aussi dire que l'inscription au DE ne rend pas systématiquement l'obtention du DE, des personnes peuvent choisir de ne pas présenter les épreuves. Je pense au diplôme « gestion financière d'un établissement de santé », voire Hôpital Plus où la production de l'écrit professionnel sur la propre analyse de sa pratique par le professionnel est conseillée, orientée, organisée, mais n'est pas obligatoire. Un certain nombre de collègues ne souhaitent pas le faire ou n'ont peut-être pas le temps de produire cet écrit, qui n'est malheureusement pas diffusable même s'il peut être relativement intéressant, car il appartient à la personne.

Nous allons présenter pour la prochaine session du CF ou la nouvelle instance, d'autres diplômes d'établissement. Laurent Malpot m'indiquait que nous pourrions proposer une offre complémentaire.

Je peux répondre à vos questions.

M. CHAUVIGNE.- Nous n'avons pas le nombre d'ECTS pour le DE qui vient de nous être présenté.

Mme QUINTIN.- Le document que vous avez détaillé les points de formation en présentiel : coaching individuel et collectif et travail personnel, soit environ 152 heures de volume total de temps consacrés à la formation.

M. DAB.- Et quelle équivalence avez-vous en référence entre ECTS et E ?

M. CHAUVIGNE.- Un ECTS peut varier entre 24 et 30 heures.

M. DAB.- On serait autour de 8 et 10.

M. MARIN.- Oui, car il y a dans le coaching un temps personnel qui n'est peut-être pas complètement valorisé. Nous lui demanderons car il est intéressant d'avoir un équivalent en ECTS.

M. CHAUVIGNE.- Si l'on prend la référence du temps encadré, c'est généralement un minimum de 8 heures de face à face par ECTS. Auquel cas, nous serions de nouveau sur un volume de 10 ECTS pour le module.

De toute évidence, le temps personnel est sous-évalué dans ce que vous donnez. Je ne suis pas sûr notamment que l'on prenne en compte dans le temps personnel la production du mémoire côté étudiant. D'une manière générale, on raisonne trop du point de vue de l'enseignant et insuffisamment du point de vue de celui qui apprend et passe du temps pour le faire.

Mme QUINTIN.- Elle a estimé un temps du travail personnel pour la réalisation du mémoire, mais peut-être pas suffisamment pour la formation en présentiel.

M. DAB.- L'impression que cela donne est que l'École est relativement économe de ses diplômes d'établissement. Il n'y a pas de grande dispersion et chaque diplôme à l'air d'avoir une identité bien affirmée.

4. Présentation des projets déposés dans le cadre de l'appel à projets USPC

M. MARIN.- Il s'agit là de faire partager au CF les travaux que nous menons en matière d'innovation pédagogique. L'université de Sorbonne Paris Cité à laquelle nous adhérons a lancé un appel à projets. Nous avons retenu et proposé 8 projets innovants qui ont été, pour l'instant, présélectionnés par le jury, ces projets devant faire l'objet d'une remise officielle mi-avril.

Cela peut être intéressant d'en parler ici afin de recueillir vos éventuelles observations. L'idée étant d'obtenir la labellisation de ces projets au titre de l'université Sorbonne Paris Cité. Je vais les énumérer tous les huit ou plutôt sept plus un, vous allez comprendre pour quelle raison.

L'idée de Sorbonne Paris Cité dans le cadre de l'Idex est de financer des pédagogies innovantes, de préparer l'avenir sur la transmission des connaissances, des savoirs et des compétences.

Un appel à projets portant sur 2 millions d'euros a été lancé par l'Université Sorbonne Paris Cité, afin de retenir des projets présentés par les 8 partenaires.

Une centaine de projets ont été déposés par les 4 universités et les 4 grandes écoles qui fondent l'USPC. Les trois quarts ont été présélectionnés, c'est-à-dire qu'ils vont faire l'objet d'un dossier complémentaire qui sera soumis à un jury, avec un examinateur et un rapporteur anonyme qui proposeront une évaluation et une cotation de chacun des projets.

Nous avons retenu huit projets innovants.

- Le premier est porté par l'institut du management et par Rémi Bataillon, professeur associé, sur une formation de coordonnateur de maison de santé pluridisciplinaire. L'idée est de développer un dispositif de formation, en partie en présentiel et pour une plus grande part à distance. C'est un domaine qui se développe beaucoup.

- Le deuxième projet, DÉMOSTÈNE, porte sur un jeu de rôles sur le périmètre des installations classées et l'instruction des dossiers pour la protection de l'environnement. Ce dossier dans le champ de l'environnement vise à développer un exercice de simulation.

Bien sûr, chacun des projets fera l'objet d'un accompagnement financier par l'USPC pour permettre le développement et le déploiement de la technique pédagogique innovante.

- Le troisième projet, EQUIT'GAME, est développé par Séverine Deguen. Il porte sur la création d'un *serious game*, un jeu à caractère pédagogique sur l'élaboration d'un diagnostic territorial à travers cinq domaines.

Ce projet a la particularité d'être alimenté par des travaux de recherche que mène Séverine Deguen sur le développement d'outils permettant l'élaboration d'un diagnostic territorial, aussi bien dans la santé que dans le domaine de l'environnement ou social ou médicosocial.

- Le quatrième est : l'initiation au traitement des données spatiales en santé et environnement. L'idée est de créer des séminaires pédagogiques interactifs qui, après un début en présentiel, permettrait de développer des outils autour de l'environnement. Cela permettrait aussi bien la collecte de données et d'informations à partir de tablettes numériques que leur traitement dans un cadre numérisé.

- Un autre projet très intéressant s'appelle IDEA. Nous avons un cours international d'épidémiologie appliquée d'une trentaine ou quarantaine d'années, l'idée est de le faire évoluer vers une formation à distance mais en conservant par exemple l'enquête terrain.

Nous travaillons en *benchmark* avec Montréal qui a transformé un cours international de même nature totalement à distance. Ils se sont aperçus dans l'évaluation que les enquêtes terrain avaient tout de même un grand intérêt. L'idée serait de mêler l'enseignement plus traditionnel, le stage et les travaux et l'innovation avec des cours à distance.

- Un projet très apprécié par le premier jury s'intitule PARIS WHO. C'est la création d'une assemblée générale virtuelle de l'OMS dans le cadre de notre master(ère) de santé publique en anglais. Ce projet a été initialisé par les étudiants américains et canadiens que nous avons dans ce cours. Il a pour référence un exercice qui existe déjà depuis de nombreuses années, à Montréal notamment, qui vise à simuler avec une préparation une Assemblée générale de l'OMS sur un thème, que nous sommes en train de déterminer. Chacun des étudiants ou groupe d'étudiants joue le rôle d'un pays avec les tractations, les travaux. Cela suppose d'étudier un pays. C'est un exercice de simulation in situ.

La particularité de ces projets est d'associer d'autres partenaires : Sciences Po et Paris Descartes.

- PREDECSSAN vise à développer, à partir de supports multimédias et numériques, une formation initiale et une formation continue sur tout ce qui tourne autour de l'analyse de l'eau, qui est un domaine d'expertise de notre laboratoire de l'environnement, et plus généralement sur la sécurité sociale sanitaire.

Le dernier projet, SELFIE, est un peu particulier. Il vise à développer une approche mixte pour apprendre les langues étrangères intégrant la dimension culturelle dans l'apprentissage des langues et le développement de la pratique linguistique, notamment de l'anglais.

C'est un projet un peu particulier car il ne va pas être retenu par SPC au titre des appels d'offres innovants. En fait, 4 types de projets ont été lancés par l'USPC, et le projet d'apprentissage des langues pour des non-spécialistes dispose d'une autre enveloppe. Sachant que ce projet est d'ores et déjà retenu, sans deuxième sélection.

L'USPC a une stratégie de développement dans le cadre de l'Idex.

Trois autres types de projet existent : les langues étrangères pour des non-spécialistes ; un projet pour la PACES, c'est-à-dire pour la sortie des personnes qui font la première année commune aux études en santé, de réorientation. Le dernier projet ne nous concerne pas mais est très important pour les universités : réussir en licence. Il vise à accompagner de la première et à la troisième année l'ensemble des étudiants pour réussir en licence.

Les enseignants-chercheurs porteurs de nos projets sont, soit des enseignants-chercheurs expérimentés, soit de jeunes enseignants-chercheurs. Je pense que cela mérite d'être noté.

Ce sont souvent des projets inter-établissements. En tout cas, ils sont tous inter UFR de notre institution. Pas un projet n'est porté seul par un département, ils sont tous associés. La plupart des projets ont un ou plusieurs partenaires de l'USPC.

Nous sommes donc au milieu du gué. Je profite de ce Conseil des formations pour vous tenir informés et recueillir vos éventuelles idées. Bien évidemment, je vous tiendrai informés des résultats, que nous devrions avoir début juin.

M. DAB.- C'est évidemment très intéressant pour la culture du Conseil des formations. Bravo ! Ce sont des projets ambitieux et réellement innovants. Il me semble qu'il y a aussi des projets de recherche, mon équipe est associée à l'un d'eux.

M. MARIN.- Effectivement, je ne vous ai parlé que des projets Idex dans le cadre de la formation, mais tout un ensemble de projets de recherche est lancé. Un appel à projets sera lancé de nouveau dans l'USPC pour les projets de recherche.

M. DAB.- Je fais le lien car ces projets, bien que labellisés « recherche », ne seront pas sans implication pédagogique.

M. MARIN.- Bien sûr.

Mme RAYSSIGUIER.- À quelle hauteur ces projets peuvent-ils être financés au vu du budget global de chacun d'eux ?

M. MARIN.- Je ne l'ai pas indiqué, mais il n'existe pas de limite de financement. La valeur moyenne de nos demandes se situe autour de 30 à 35 000 euros ; le plus petit est à 25 000 et le plus gros à 50 000, mais nous allons peut-être le réévaluer. Non pas que les moyens soient extensibles à loisir au niveau de l'Idex, mais le critère majeur est l'intérêt pour l'évolution pédagogique. Nous devrions avoir un chiffre plus précis ultérieurement.

Mme DORMONT.- J'ai une question sur le caractère inter-établissement au sein de l'Idex, j'imagine que cela doit être une condition d'acceptabilité des dossiers ?

M. MARIN.- C'était fortement sollicité. Dans « l'élimination » de la première vague des projets, ce critère a été regardé. Mais un autre portait aussi sur le caractère véritablement innovant et des transmissions un peu différentes du schéma classique. L'idée est d'essayer de forger des équipes pluridisciplinaires.

Au-delà de l'inter-établissement, l'inter-discipline est aussi appréciée, c'est-à-dire que ce ne soient pas des projets monocentrés sur le plan des disciplines académiques.

M. DAB.- Je vous propose de traiter les informations générales pour terminer par l'organisation de la fin de la mandature de notre conseil.

6. Informations générales : budget 2015, COMUE SPC et UBL, signature du COP 2014-2018

M. MARIN.- Je voulais renouveler les excuses de Laurent Chambaud qui est en mission. Élisabeth de Laroche Lambert devrait nous rejoindre, elle est en ce moment à une réunion sur le regroupement de nos sites parisiens.

• Signature du COP

Vous savez que le Contrat d'objectifs et de performance que nous avons élaboré en 2013/2014 a été approuvé fin 2014 par nos deux ministères de tutelle. Ce projet est devenu une réalité et marque la fin d'un cycle.

Au travers des questions d'innovation pédagogique et de développement de l'offre de formation en direction de nouveaux publics, nous sommes clairement dans la déclinaison des orientations qui étaient intégrées dans le COP.

• Budget 2015

Le Conseil d'administration a adopté le budget 2015, qui a été marqué par certains changements.

Lors de sa présentation au CA de fin d'année, le budget 2015 laissait apparaître une situation extrêmement préoccupante, qui avait mené à ne pas le voter. Sachant qu'il affichait un déficit prévisionnel d'un peu plus de 4 millions d'euros.

Il s'avère que le budget voté par le CA la semaine dernière est d'une autre nature. Aucun miracle ne s'est produit mais des éléments objectifs ont permis d'afficher un solde prévisionnel excédentaire de plus de 500 000 euros. Il est simplement dû au fait que des événements exceptionnels se sont produits, que nous ne pouvions pas connaître de façon prévisionnelle.

Du fait de la modification du régime de la TVA, nous avons engagé une discussion avec Bercy sur l'application d'un taux réduit qui représente une recette de 2,3 millions d'euros. À la fin de l'année dernière, nous étions dans une phase un peu creuse de la discussion qui laissait penser que le résultat ne serait pas forcément positif. Or, nous avons finalement pu bénéficier de ces 2,3 millions qui ont été enregistrés au titre d'une recette exceptionnelle.

Par ailleurs, notre budget est très sensible à la rémunération d'une partie des élèves fonctionnaires.

Je vous rappelle que l'École, de par son modèle économique, reçoit une dotation des établissements de santé et des établissements sociaux et médicosociaux qui représente 60 % de ses ressources. En contrepartie, nous rémunérons les élèves fonctionnaires du pôle Établissement, c'est-à-dire les élèves fonctionnaires : directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médicosocial, directeurs des soins et élèves attachés d'administration hospitalière. Nous avons quatre sections.

Il s'avère que, par la décision des pouvoirs publics, ces sections ont connu une croissance d'effectifs. Voici deux ans, ces filières comptaient 180 fonctionnaires. Aujourd'hui, nous en sommes à plus de 300 élèves fonctionnaires, avec une croissance des postes ouverts pour les DH ; nous avons 40 élèves voici trois ans et nous en avons 70 en 2015. Sur les AAH, nous étions à 60 et sommes maintenant à 90 ou 95. Pour les directeurs des soins, nous étions à moins de 40 et sommes à plus de 50. Quant aux directeurs d'établissement sanitaire, social et médicosocial, c'est un effectif stable, autour de 85.

Il s'avère que l'ouverture de ces postes offerts aux concours a entraîné des candidatures, mais par le jeu des désistements successifs, a entraîné à ne pas pouvoir tous les postes, à hauteur de près de 15 % de l'effectif. Ce qui est une première. Nous avons toujours une défection dans un certain nombre de filières ; entre la catégorie A pour les AAH et la catégorie A + pour les DH, l'élève reçu aux deux concours choisit la catégorie A +. Ce qui produit un phénomène de désistement.

Très concrètement, pour 2015, le nombre de places offertes aux concours était augmenté de 30 élèves, et nous avons dans l'effectif rémunéré de nos élèves fonctionnaires le même effectif qu'en 2014. C'est-à-dire que nous n'avons pas cet effet de croissance qui était anticipé. Ce qui représente 1,7 à 1,8 million d'euros. Nous l'avons budgété en octobre dans la préparation du budget avec un taux de défection d'environ 5 %, mais cela été beaucoup plus important.

Sur le plan économique, c'est un élément positif. Mais cela ne manque pas d'interroger sur l'attractivité et les possibilités de recrutement. D'autant que nous ignorons si cette croissance d'effectifs va se poursuivre. Quoi qu'il en soit, il a été annoncé une stabilisation de la croissance des effectifs. Mais un nouvel accroissement des postes offerts aux concours n'est pas à exclure tant il est vrai que les établissements ont des difficultés de recrutement de l'encadrement supérieur.

Ces éléments concourent à donner une situation budgétaire faciale positive. Nous confortons notre fonds de roulement puisque le résultat serait excédentaire, ce qu'il sera aussi vraisemblablement pour 2014.

Pour autant, la situation structurelle ne manque pas d'être préoccupante.

Nous avons engagé avec les pouvoirs publics, et nous les en remercions, des travaux de fond sur la réévaluation du modèle économique de l'École qui est extrêmement sensible à l'évolution des effectifs des élèves.

L'effectif que nous avons actuellement retrouve le niveau qu'il avait voici une dizaine d'années, alors que nous avons utilisé les crédits à développer des activités d'enseignement, de recherche, qui font partie des autres missions de notre école. Cela a été fait en toute transparence, et le Conseil d'administration l'a soutenu, y compris dans sa composante professionnelle.

La situation est en apparence positive mais, dans la réalité, doit nous amener à réétudier le modèle économique. Deux réunions de travail se sont tenues avec les pouvoirs publics. Élisabeth, si elle nous rejoint, pourra vous en donner la teneur.

Un plan d'efficience a été lancé autour de quatre axes :

- Refondre les organisations, nous réorganiser, faire en sorte d'être plus efficaces.
- Développer nos ressources propres, nos recettes. Nous avons la particularité d'avoir des activités de formation continue relativement importantes. C'est un axe de développement, de même que la collecte de fonds.
- Politique immobilière. Elle concerne Rennes et nos implantations parisiennes.
- Innovation pédagogique.

Pour chacun d'eux, un pilotage sera organisé en binôme avec un représentant de l'enseignement et un représentant de l'infrastructure.

• **Comue SPC et UBL**

Nous avons la particularité d'avoir une double appartenance à des Comue.

Sur l'Université Bretagne Loire, Laurent Chambaud serait plus habilité que moi à en parler car il participe aux instances de pilotage et de gouvernance stratégique de cette institution.

Nous pouvons en dire deux choses extrêmement factuelles. Le niveau de maturation par rapport à SPC est moindre car cela suppose un rapprochement avec des universités de Nantes, Brest et Rennes, des pôles universitaires relativement importants.

Mme COUDRIER.- Et Angers.

M. MARIN.- Oui, Angers et Le Mans.

Par ailleurs, une opération devait être engagée préalablement à la création de l'UBL, à savoir la fusion des universités rennaises. Il s'avère que, pour une logique propre aux universités Rennes 1 et Rennes 2, les choses ne sont pas passées comme prévu. La présidence de l'université de Rennes 2 a démissionné et de nouvelles élections sont prévues. Le contexte est peut-être un peu critique dans le rapprochement des deux universités. Cela ne remet pas en cause le projet de l'UBL, mais c'est un élément à verser au débat.

Voilà pour les éléments essentiels concernant le fonctionnement de notre établissement.

5. Préparation du Conseil des formations de fin de mandature

M. DAB.- Dans notre mandature, une dernière session est prévue le 5 mai à Paris.

M. MARIN.- L'objet de cette séance serait, à la demande du président et du bureau, de préparer un bilan de fin de mandature, avec une approche peut-être quantitative dans un premier temps sur les différents sujets examinés, suivie d'une analyse plus qualitative. L'idée étant, non pas de tracer le travail de la future instance mais de faire un état des lieux qui permettrait de rendre compte du stade où nous en sommes et peut-être vers quoi nous pourrions aller.

Nous avons tenu une réunion de bureau et nous allons avoir une séquence de préparation. Nous vous solliciterions éventuellement, soit maintenant, soit par écrit, afin d'alimenter la réflexion sur des critères que vous souhaiteriez voir abordés par notre instance.

M. DAB.- Il me semble important de faire un bilan, moins comme un rapport d'activité que comme un testament pour la future instance. Il faut se projeter dans l'avenir : quels sont les points importants pour lesquels nous aimerions soit une continuité, soit un développement, soit une refonte.

M. MARIN.- Nous avons fait un séminaire sur les formations professionnelles et vous en aviez demandé un sur les formations à diplôme. Je pense intéressant d'avoir une réflexion raisonnée avec un temps de recul. Le CF est très utile pour nous permettre d'avoir, par la diversité des personnes qui le compose, des éclairages qui nous permettent d'alimenter nos propres réflexions. Il est vrai qu'une institution a quelquefois tendance à se regarder fonctionner.

M. DAB.- Il me semble qu'un rendez-vous est prévu pour préparer cela.

M. MARIN.- Le 14 mars.

M. DAB.- J'ai en repère le séminaire de prospective de septembre 2012 qui avait été pour moi un moment assez important, à la fois de partage sur les grandes problématiques de santé publique, et de

cohésion et de capacité de dialogue au sein du CF. Je recommanderais de le faire de temps en temps, ce sont des moments qui permettent d'enrichir les séances plus ponctuelles.

Les sessions conjointes avec le CS ont aussi été des moments très importants. J'enfonce une porte ouverte en disant que la politique pédagogique et la politique de la recherche ne peuvent être disjointes.

Je pense aussi que notre contribution au COP a été un moment très intéressant. Nous avons joué, me semble-t-il, notre rôle collectivement.

Pour moi, ce sont trois grands repères et qui appellent à une recommandation pour le futur. Peut-être en avez-vous d'autres en tête.

Mme RAYSSIGUIER.- J'adhère tout à fait à ces trois points. Je pensais, comme vous, à notre contribution active au COP.

Il me semble aussi que nous avons trouvé des modes de fonctionnement permettant à chacun de contribuer, de sa place, à la réflexion collective. Vous l'aviez proposé dès le départ et je trouve que cela a été vraiment fécond.

M. DAB.- Oui, nous avons construit ensemble. Il y aura des enseignements à tirer sur le contenu et le fonctionnement.

Je pense que le système des rapporteurs a fait la preuve de son utilité. Il faut certainement recommander que le futur CF s'en inspire. De même pour le système de vice-présidence. Il faut aussi une certaine souplesse, rappelons-nous de ces histoires de suppléants qui relèvent d'un texte réglementaire qui dépasse nos prérogatives. Nous avons essayé de le traiter informellement. Ce n'est pas satisfaisant mais cela permet au débat d'avoir lieu.

Je pense aussi à l'investissement de la Direction dans le fonctionnement du CF. La légitimité d'une instance est d'être inscrite dans le fonctionnement et les modalités de décision.

Mme DUCOS.- J'ai un premier point formel : encourager la présence de nos tutelles à ce Conseil des formations. Je pense que beaucoup seront d'accord.

M. DAB.- Nous le dirons.

Mme DUCOS.- En tout cas, merci à tous ceux qui sont présents. Il faut dire que cela apporte à l'importance et la construction des débats.

Quant aux recommandations pour les travaux du futur Conseil, étant donné que notre feuille de route est le COP, au sein duquel on trouve de grands pans sur l'offre de formation statutaire, diplômante, continue, etc., sur lesquels nous avons commencé à travailler, je pense que c'est un bon outil de bilan. Il faut sans doute indiquer sur quels articles, quels objectifs nous avons avancés, et ce qu'il reste à faire, avec des commentaires. Que ce soit la ligne éditoriale de notre bilan.

M. DAB.- D'autres idées ?

M. CHAUVIGNE.- Je peux en évoquer deux ici, comme je participe au groupe qui organisera cette séance, j'aurai l'occasion de les présenter ailleurs.

Il me semble que deux grandes questions concernent l'ensemble de l'offre de formations ; des questions stratégiques sur lesquelles notre institution n'a pas tout à fait donné de réponse permettant de les positionner.

Je pense bien entendu à nos formations statutaires. Comme ancien de l'ENSP, j'ai participé aux tout premiers travaux, autour des années 90-93, qui anticipaient l'idée que cette école pouvait devenir un établissement d'enseignement supérieur et, qu'à cette occasion, les formations statutaires pourraient y trouver une nouvelle reconnaissance et réussir à se situer dans ce qui commençait à être l'espace européen de l'enseignement supérieur. C'était évidemment encore en construction.

Je constate qu'au fil des années, cette ambition n'a cessé de se déliter. Aujourd'hui, j'organise une accréditation internationale pour notre école, et je me rends compte combien il est difficile pour des représentants d'autres écoles européennes de situer le statut exact de ces formations.

J'en suis arrivé à la conclusion, et cela pourrait faire l'objet d'un séminaire, que deux options sont possibles. Soit on considère que ces formations statutaires ont vocation à s'inscrire et être identifiées dans le cadre de l'espace d'enseignement supérieur européen, ce qui serait assez logique et était

l'ambition de départ. Soit on considère que c'est tout simplement de la formation professionnelle permanente, ou du moins un moment de cette formation professionnelle permanente.

Répondre à cette question ne renvoie pas uniquement à un problème d'affichage mais à un problème d'organisation et de conception des formations.

M. DAB.- C'est très stratégique.

M. CHAUVIGNE.- Cela vaudrait la peine de prendre un peu de temps lors de notre séminaire bilan pour faire le point sur le sujet.

L'autre question, et vous savez que c'est un peu mon leitmotiv, est qu'à ce jour, nous ne codélevons toujours pas de doctorats, tout au plus nous participons à la formation doctorale au travers de la référence à un réseau doctoral. En fait, nous organisons quelques semaines, quelques séminaires, etc., ce qui est très bien car cela crée du lien entre des formations très diverses, mais cela ne donne aucune reconnaissance à l'École de la formation en troisième cycle universitaire. Or, toutes les hautes écoles « -et je viens de l'EHESS- commençaient généralement au niveau master pour amener au niveau doctorat. Nous n'amenons pas au niveau doctorat puisqu'à aucun moment, pour l'instant, nous ne codélevons de doctorats.

Ce sont deux objets importants au cœur des éléments stratégiques auxquels cette instance est censée réfléchir, je souhaiterais vraiment que l'on en parle.

M. DAB.- Le doctorat est un sujet commun CS-CF.

M. CHAUVIGNE.- C'est aussi une question car nous ne sommes peut-être pas allés au bout de la démarche. Il est vrai que les formations liées au réseau doctoral relevaient plutôt du CS car elles sont liées à la recherche. Ce n'est pas faux mais cela reste tout de même de la formation. Et je rappelle que le système LMD européen est un continuum. Ce sont donc des sujets qui concernent directement cette instance.

Mme DORMONT.- À propos des doctorats, Dauphine qui est mon établissement de rattachement a une grande école doctorale, et une règle a émergé progressivement qui est l'interdiction d'appartenance à plusieurs écoles doctorales pour les directeurs de thèse. Or, les professeurs qui interviennent à l'EHESP et peuvent diriger des thèses appartiennent souvent à d'autres établissements. C'est un problème pratique qui n'est peut-être pas très simple à résoudre.

M. CHAUVIGNE.- Cela étant, le texte réglementaire qui fait référence, celui d'août 2007, spécifie les conditions qui autorisent une école à codélever des thèses. L'un de ses articles mentionne la possibilité de participer à deux écoles doctorales. C'est une hypothèse que nous avons faite et qui a été un peu mise de côté par le MESR.

Nous avons pensé, à un moment donné, créer une école interdisciplinaire propre à l'EHESP avec l'idée que nos HDR pourraient, à la fois, encadrer les thèses au nom de laboratoires rattachés à l'École et, éventuellement, dans une autre école doctorale plus disciplinaire. Tout cela est possible. Les textes ne l'interdisent pas.

Par ailleurs, nous ne sommes pas dotés d'une école doctorale mais rien n'empêche un établissement associé à des écoles doctorales, ce qui est notre cas, de codélever, à condition que l'inscription de doctorants soit autorisée par les directeurs de ces écoles doctorales, et que l'HDR qui encadre la thèse travaille bien pour notre école.

J'ai donné tous ces éléments d'information en temps et en heure, en spécifiant même le type de convention à passer pour obtenir ce résultat. Pour l'instant, nous continuons de « patiner ». Je sais que l'actuel directeur de la recherche a repris le dossier, qui est à mon sens majeur.

Mme DORMONT.- L'école doctorale à laquelle j'appartiens a pris la décision de le refuser. C'est-à-dire que les enseignants-chercheurs de Dauphine doivent faire le choix d'être dans l'école doctorale. La question s'est posée à l'occasion de transferts.

M. MARIN.- Pour illustrer ce propos, l'élément qu'évoquait Christian Chauvigné est que nous animons un réseau de dix écoles doctorales, avec notamment un système de bourses, auxquelles sommes associés. La position que vous évoquez n'est peut-être pas très éloignée de celle que nous pouvons avoir. Cela a été sollicité mais, pour l'instant, nous n'avons pas obtenu de réponse aussi précise que celle que vous indiquez. Cela amène au constat que nous ne codélevons pas.

Mme DORMONT.- Je le regrette.

M. MARIN.- Le deuxième élément est que nous sommes dans un champ santé publique qui, par définition, est relativement ouvert et interdisciplinaire sur le plan des disciplines académiques. Nous dépendons beaucoup de l'ensemble des disciplines des écoles doctorales.

M. CHAUVIGNE.- Le système, tel qu'on peut l'envisager pour l'EHESP, ne suppose absolument pas nécessairement qu'un même enseignant-chercheur appartienne à plusieurs écoles doctorales, ce n'est pas la question.

Une école doctorale n'est pas forcément intégrée à un seul établissement. Aujourd'hui, les écoles doctorales intègrent plusieurs établissements, voire même associent d'autres établissements, ce qui est notre cas. C'est ce que je rappelais.

C'est bien ce statut d'établissement associé qui autorise la codélivrance. J'insiste bien sur ce point. Cela n'empêche nullement que la règle de Dauphine s'applique. J'ai observé qu'il y avait beaucoup de confusion entre le rôle des écoles doctorales et le rôle des établissements sur la question de la délivrance. Ce sont toujours les établissements qui délivrent, jamais les écoles.

M. DAB.- Vous avez tout à fait raison de dire que le bilan regroupe des points pour lesquels nous avons des raisons d'être satisfaits, mais aussi des regrets, dont ceux que vous avez soulignés. Je trouve notamment que la dimension européenne n'a pas été suffisamment inscrite dans nos réflexions.

Mme DUCOS.- Évidemment, cela me fait très plaisir de l'entendre, mais je ne souhaite pas porter cette dimension car je ne suis pas élue avec cette casquette.

M. DAB.- Il ne faut effectivement pas mélanger les rôles. Merci à tous ceux qui auraient pu le faire et qui ne l'ont pas fait ; tout le monde a bien joué son rôle.

À quelle date le processus électoral est-il prévu pour le renouvellement de vos instances ?

M. MARIN.- Je pense que le processus va être lancé en mars ou avril pour arrêter les listes. Les élections auront lieu en mai. Le nouveau Conseil des formations devrait être installable avant ou après l'été. La première session aura sûrement lieu après l'été.

M. DAB.- Il y aura donc une vraie transition.

M. CHAUVIGNE.- En plus du processus électoral, il y a aussi des personnes nommées. Et donc, il faudrait aussi anticiper le temps nécessaire au processus de nomination.

M. DAB.- Oui, car il faut un arrêté.

M. MARIN.- Et des personnes qualifiées sont nommées par un arrêté conjoint.

M. DAB.- La participation de ces personnalités extérieures ou qualifiées a globalement été bonne. Mais on voit bien que c'est toujours une difficulté dans toutes les instances. Néanmoins, nous avons tout de même eu des fidèles.

M. MARIN.- C'est une vraie plus-value que d'avoir un regard bienveillant qui mette l'accent sur des questions que l'on a tendance à oublier en interne.

M. DAB.- Fred Paccaud a un regard international extrêmement intéressant. François Alla est arrivé l'an dernier.

Mme DORMONT.- Je siège au titre du ministère de l'Enseignement supérieur.

M. MARIN.- William Dab et Michel Legros siègent en tant que personnalités qualifiées.

Véronique Verbié représente la DRH et le ministère de la Santé.

Un deuxième poste, au titre de la DGOS, est occupé par Michèle Lenoir-Salfati mais qui ne vient pas depuis un certain temps car elle a pris des responsabilités de sous-directeur et est relativement occupée. En général, elle envoie un représentant.

Danielle Metzen de la DGCS vient assez régulièrement.

Christiane Coudrier représente les établissements de santé, comme la FHF avec Cédric Arcos.

Nous avons une représentation des établissements de santé ou des organisations syndicales :

- Hélène Thalmann pour FO.
- Bruno Gallet pour la CFDT.
- Olivier Ovaguimian pour le syndicat des managers publics de santé.
- Frédéric Boël et Isabelle Lanrivain pour le syndicat des pharmaciens inspecteurs de santé publique.
- Jean-François Fougnet pour le SNIASS.
- Isabelle Plaisant pour le syndicat national des personnels de santé environnementale.

Nous avons les représentants de l'établissement :

- Yvette Rayssiguier, enseignante à l'École.
- Françoise Jabaud représentant les personnels d'enseignement et de recherche.
- Régine Ducos représentant les personnels IATOSS (ingénieurs, administratifs, techniques, ouvriers, sociaux et de santé).
- Christian Chauvigné, IATOSS également.

Comme représentant des élèves, en cours de renouvellement puisque les élèves changent tous les ans :

- Pierre-Yves Darnaudet.

Je pense n'avoir oublié personne.

M. DAB.- Il serait intéressant de regarder si des champs de compétences manquaient ou étaient sous-représentés.

M. ALLA.- Y avait-il des représentations croisées avec le Conseil scientifique ?

M. DAB.- Non.

M. MARIN.- Depuis deux ou trois ans, nous faisons une réunion commune.

M. DAB.- Je n'ai pas le sentiment que l'on ait souffert d'un déficit de représentation dans un domaine.

Mme DUCOS.- Pour répondre partiellement, dans la représentation de l'École, nous avons deux sièges pour le collège des professeurs d'université qui pourraient parfaitement faire ce lien et qui ne sont pas pourvus faute de candidats.

En réalité, nous avons peu de professeurs dans ce collège car ils sont déjà élus majoritairement au Conseil scientifique et au Conseil d'administration et ne souhaitent pas siéger à tous les conseils pour des raisons de temps ou autre. Peut-être est-ce un sujet à traiter en interne avec nos collègues. Si un ou deux acceptaient de siéger dans les deux, cela ferait de facto un lien peut-être pas très institutionnalisé mais au moins personnalisé.

Je l'ai déjà dit en d'autres lieux, mais je regrette vraiment que nous n'ayons pas su mobiliser, pour des raisons qui s'expliquent parfaitement, pour avoir un représentant de ce collège au CF.

M. MARIN.- D'autant que nous avons une croissance des rangs A. L'effectif est un peu plus nombreux et devrait permettre une meilleure représentation.

M. DAB.- Vous allez vers une double élection : CS-CF ? La question d'avoir un conseil unique n'a pas été abordée ?

M. MARIN.- Le décret statutaire de l'École prévoit deux instances, il n'a pas prévu la fusion des deux. Cela étant, cela n'empêche pas dans la pratique d'avoir une autre organisation.

M. CHAUVIGNE.- Sur l'aspect juridique, il me semble qu'il y a un ordre : les lois sont supérieures aux décrets. Et à l'époque où le décret a été pris, la nouvelle loi n'existait pas.

M. MARIN.- Les mesures transitoires n'ont pas prévu l'annulation du décret statutaire de l'École, il continue donc à produire du droit sur le plan de l'organisation de l'École.

M. CHAUVIGNE.- J'entends bien, mais dès l'instant qu'une loi est intervenue qui concerne directement cet établissement puisque nous sommes EPSCP, logiquement, cela devrait transformer...

M. DAB.- Un décret modificatif aurait pu être pris en application.

M. CHAUVIGNE.- Cela s'imposerait.

M. DAB.- Je suis d'accord.

Mme DORMONT.- Donc, ce serait une instance commune ?

M. CHAUVIGNE.- C'est le principe de l'enseignement supérieur aujourd'hui. Et c'est une idée très intéressante sur le fond : que le CEVU et le conseil scientifique puisse être une seule et unique instance et fonctionner en commissions.

M. MARIN.- J'en ai discuté avec les collègues qui siègent au VP CEVU de l'université Sorbonne Paris Cité. Dans les universités, il y a certes un conseil académique, mais ceux qui assument les fonctions...[?? à préciser] Nous n'avons pas de conseil académique à l'USPC, nous avons eu notre première réunion commune, VP CEVU et VP Recherche voici quelques semaines, c'est encore le fonctionnement. Le conseil académique est une super structure qui a été créée.

Cela étant, dans le périmètre institutionnel, on voit bien un rapprochement s'opérer entre la formation et la recherche, ne serait-ce que par la loi sur l'intégration d'une meilleure évaluation et de la recherche dans les processus de formation, et de l'articulation avec les stages. On voit bien que c'est une tendance lourde.

Aujourd'hui, les conseils académiques restent, pour l'essentiel, une superstructure, en tout cas de l'expérience de PIII, PV, PVII et PXIII.

7. Questions diverses

M. BOEL.- J'étais déjà intervenu lors d'un Conseil des formations où vous aviez eu l'amabilité de me laisser m'exprimer. À l'heure du bilan, je ferai un point rapide au vu de ce que les collègues pharmaciens inspecteurs me disent sur l'offre de formations de l'École de la santé publique. Pour le dire assez brutalement, il est pour nous catastrophique.

Dans l'offre de formation initiale, il n'y a toujours pas de responsable de formation. Ce point n'a pas été réglé. Sept stagiaires pharmaciens-inspecteurs sont laissés à eux-mêmes ou quasiment, sans aucun soutien permanent, ni lien professionnel, avec des difficultés pour organiser les stages professionnels.

Le programme de formation en lui-même manque de fil conducteur, il est trop théorique, pas assez axé sur le métier de pharmacien-inspecteur. Énormément de champs ont été abandonnés, que je ne développerai pas.

La formation continue repose essentiellement sur l'existence d'un stage statutaire annuel qui doit être organisé en deux sessions en mai. Historiquement, c'était toujours le responsable de filière qui l'organisait et le structurait.

Aujourd'hui, une proposition de commission pédagogique a été faite, M. Marin était présent. Je rappelle que l'École de la santé publique est tout de même le prestataire et que c'est à elle de monter les formations et les organiser, et elles doivent répondre à des critères que ce comité doit mettre en place. Cela a été fait, mais nous avons aujourd'hui les plus grandes craintes sur la réalisation de ce stage statutaire, qui est pourtant un élément fort.

L'autre offre de formation continue du catalogue de l'EHESP, je le répète encore aujourd'hui, ne présente strictement plus rien pour les pharmaciens-inspecteurs, pour le métier de pharmaciens.

En conséquence, les collègues qui exercent se tournent vers d'autres organismes pour voir s'ils pourraient répondre à leur demande. Je vois passer des mails sur des formations spécifiques, par exemple la validation des systèmes informatisés, les traitements de l'air, la qualité de l'eau. Tous ces éléments techniques d'inspection des établissements pharmaceutiques, hospitaliers ou autres, font cruellement défaut.

Face à cette défaillance générale de l'EHESP pour cette formation initiale et continue, des idées circulent sur le fait, éventuellement, de choisir à l'avenir un autre opérateur.

La mouvance est assez importante car certains de ces éléments concernent également les médecins-inspecteurs. J'ai eu l'occasion de m'entretenir avec le président de leur syndicat et ils sont exactement sur la même longueur d'onde.

Nous nous demandons même si certaines de nos missions doivent continuer à être exercées au sein des ARS. Cela rejoint la formation initiale qui, pour certains, est trop axée ARS, alors que sur les sept pharmaciens stagiaires à l'École, seuls deux iront en ARS. Il y a une problématique à ce niveau.

J'espère que le prochain Conseil des formations sera attentif au contenu de la formation initiale et continue. Nous sommes ouverts à toute proposition, j'ai été moi-même force de proposition vis-à-vis du directeur sur la modernisation de la formation initiale, la formation continue. Je suis membre de la CSI pharmacien à l'OGDPC, je vois passer énormément d'offres de formations de différents opérateurs. Je vois comment ils travaillent, il y a donc des possibilités de modernisation de cette formation.

Nous aspirons tous à rester au sein de l'EHESP, mais nous espérons une amélioration sensible dans les années à venir. Les pharmaciens sont attachés à l'École. Nous sommes le premier corps d'inspection du ministère de la Santé, créé en 1945. L'école de la santé publique de Rennes a été notre organisme de formation initiale. Notre faible nombre n'a jamais empêché la formation de qualité et professionnalisante. Nous avons toujours été deux, trois, cinq, six pharmaciens, au pire, on a pu connaître des promotions exceptionnelles de quinze pharmaciens-inspecteurs. Le nombre n'est donc pas une problématique. C'est surtout la qualité qui compte et le nombre de pharmaciens-inspecteurs qui vont pouvoir exercer dans les régions.

Dans ce contexte, nous sommes assez alarmés de la situation.

M. DAB.- Nous avons bien entendu votre message, dont une partie concerne l'École, mais l'autre les tutelles et la loi.

Je suis assez sensible à ce que vous dites car nous avons au CNAM un certificat très attractif sur la sécurité sanitaire des médicaments. Nous avons formé, je pense, tous les grands responsables des firmes pharmaceutiques en France dans le domaine : accès aux marchés, surveillance des effets secondaires des médicaments ; sécurité sanitaire des médicaments ; analyse bénéfique/risque. Il y a un énorme besoin de formation dans ce domaine.

Pour moi, la réflexion doit commencer à un niveau plus stratégique. En effet, le médicament, est à la fois un outil industriel, l'un des plus puissants outils de soin, et un outil de santé publique. De plus en plus de médicaments ont des effets non pas curatifs mais préventifs.

Or, on continue d'avoir une représentation du médicament comme essentiellement curative. C'est absolument ne pas prendre en compte les révolutions thérapeutiques qui sont là, devant nous, avec des problèmes de financement de ces thérapeutiques efficaces. Il faut absolument penser le médicament comme un outil de santé publique parmi les plus puissants.

Cela s'ajoute à ce que dit Philippe Lamoureux, qui dirige le LEEM après avoir dirigé l'INPES et été secrétaire général de l'Agence du médicament, en l'occurrence qu'excepté un ou deux laboratoires en France d'ampleur mondiale, tous les autres ont fait quitter leur centre de décision de la France en raison des événements récents.

Vous avez vu l'actualité du médicament de ces deux dernières années ; au titre de la politique publique et vis-à-vis du monde industriel, nous avons un réel problème de crédibilité. Les centres de décision du médicament ne sont plus en France. Ce qui a beaucoup de conséquences financières, de recherche clinique, sur la place de la France dans le développement des nouvelles technologies. Le discours de Philippe Lamoureux est très alarmiste alors que nous avons les atouts pour être une des grandes puissances mondiales dans le domaine pharmaceutique. Vous êtes en partie victimes de cela.

Je retiens en tout cas pour le CF, en guise de testament, qu'il faut avoir une réflexion sur le rôle de l'École concernant les pharmaciens, les médicaments, les soins et la santé publique. Pour en avoir discuté récemment avec Philippe Lamoureux, vous auriez l'engagement du LEEM, et donc à travers cela l'un des poids lourds de l'industrie en France.

Nous ne pouvons qu'être très sensibles à votre point, qu'il faut prendre au-delà de l'EHESP.

Mme VERBIE.- Le ministère est en train de revoir les statuts et les formations des corps d'inspection. Monsieur Marin pourra le dire parce qu'il participe au groupe, nous sommes en train de revoir le statut des IASS. C'est un mouvement général pour l'ensemble des corps d'inspection : viendront ensuite les MISP et les PHISP. Nous sommes tout à fait conscients des problèmes que vous avez soulevés, du malaise des professions que je viens d'évoquer.

C'est donc quelque chose que nous sommes en train de mettre en place et qui demande du temps car cela demande des groupes de travail auxquels sont associés les professionnels, les PHISP et les syndicats en particulier. Les choses vont évoluer dans les mois et les années à venir car c'est toujours très long, mais sachez que le ministère est tout à fait sensible à vos préoccupations.

M. DAB.- C'est très important, mais il y a une sorte de situation d'urgence.

M. ALLA.- Partant de votre remarque et des réponses, je pense que cela peut s'inscrire dans les éléments de réflexion d'un séminaire sur l'aspect global et avec une vision de santé publique. Je parle pour les médecins que je connais un peu mieux, et j'interviens ici pour les MISP avec les médecins-conseils à l'EN3S, les médecins des collectivités territoriales au CNFPT, les médecins de l'État, notamment éducation nationale ou les praticiens hospitaliers. Dans les corps de médecins de santé publique, les pratiques ont évolué, ils se croisent dans les ARS, dans différents modes d'exercice, et il est vraiment nécessaire d'avoir une réflexion globale.

Les médecins-inspecteurs rencontrent les mêmes problèmes dans la formation, l'insertion professionnelle ou vis-à-vis des autres corps de médecins de santé publique ou des autres métiers du domaine.

Il est vraiment important, tout en sachant qu'il y a une situation d'urgence, de prendre le temps de réfléchir à ces ensembles de métiers, que ce soit de l'inspection ou de la santé publique plus largement.

M. MARIN.- Je voulais répondre officiellement à M. Boël que je comprends son diagnostic, assez dur et sévère. Cela étant, je voulais vous indiquer l'attachement de l'École à la formation des pharmaciens-inspecteurs de santé publique.

Quand je vous entends indiquer que d'autres voies sont possibles, pour nous il n'y en a pas d'autre que l'offre de notre école qui en est le creuset, et vous avez souligné le caractère historique de cette formation, et son objectif est de le maintenir et le renforcer.

La situation actuelle est complexe et a plusieurs itérations.

Nous n'avons pas de responsable de formation, et il est vrai que je ne suis pas pharmacien mais j'essaie d'accompagner vos collègues en cours de formation avec les conseils avisés de vos collègues pharmaciens-inspecteurs qui peuvent m'assister.

Sur le stage statutaire, je dois vous assurer que nous ferons le maximum pour qu'il se déroule dans de bonnes conditions. Je n'ai pas de raison de penser que cela ne serait pas le cas. C'est un retour à l'École pour l'ensemble des pharmaciens, et le stage obligatoire fait partie des éléments.

Deuxième élément, Mme Verbié l'a dit, je voulais vous indiquer qu'une réflexion générale est en cours sur les filières de l'encadrement supérieur de l'État au niveau du pilotage de la politique de santé.

La première section relativement avancée dans la réflexion concerne le corps des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, avec une refonte du concours et des modalités de formation. Nous avons l'objectif de recruter un responsable à mi-temps, que nous n'avons pas trouvé, mais qui aura pour mission de travailler à la refonte de ces filières : médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs.

Par ailleurs, dans le plan Efficience de l'École, un groupe de travail va se pencher sur les filières de formation à petits effectifs, non pas pour les stigmatiser mais parce que se pose une question de masse critique et d'organisation. Vous comprenez tout à fait que ce n'est pas la même chose, et pourtant on a les mêmes exigences de formation pour 5 ou 8 personnes ou une promotion de 80. Ce n'est pas tout à fait la même dynamique. Nous avons donc engagé un travail sur l'efficience dans ce domaine.

Le dernier élément que je voulais vous indiquer, sans que cela ait valeur d'engagement, est que nous menons une réflexion sur la place de la pharmacie dans l'organisation de l'École. Par exemple, nous avons des pharmaciens à l'effectif et il serait sûrement pertinent de renforcer l'objet pharmacie qui est de plus en plus important dans le domaine de la santé publique.

En conclusion, la situation n'est pas confortable mais nous ne vous abandonnons pas. Je ne peux pas contredire point par point votre constat, il fait partie de notre réalité. Mais je crois pouvoir dire qu'avec les pouvoirs publics, nous le portons ensemble pour faire évoluer la situation. Je ne veux pas ajouter à la difficulté, mais une réflexion a lieu sur l'ensemble des filières de formation professionnelle, au niveau État mais aussi Établissement. On voit bien que l'État est en train de retraduire avec nous ce qu'est l'organisation, le pilotage et les réformes. Cela demande un certain délai mais c'est bien sur la table.

Je terminerai en vous informant qu'il n'y aura pas de concours de pharmacien-inspecteur cette année, cela nous a été indiqué comme tel.

M. BOEL.- Nous sommes les premiers à le déplorer mais, à la limite, nous en sommes presque satisfaits.

M. MARIN.- Cela va nous permettre de reformuler le projet de formation.

M. DAB.- Merci à tous de vos contributions.

(La séance est levée à 13 h.)