

REFORME DES IFSI : ALERTE ET PROPOSITIONS CHFO

L'universitarisation peut être un progrès car elle ouvre des perspectives de métiers nouveaux dans le cadre du cursus LMD et permet de valoriser la recherche. Mais la déclinaison opérationnelle des premiers textes dans le cadre d'un travail qui se veut conjoint entre les IFSI – DUSI - université montrent des tensions certaines. Le passage au nouveau référentiel (février 2026) s'opère dans un climat d'anxiété majeure pour les équipes de direction et de formation. De plus les communications récentes de la DGOS tant sur le volet pédagogique que de la gouvernance interrogent. Car cette réforme est pilotée dans un cercle trop restreint, dans le secret et au mépris des nombreuses alertes des directions d'établissements et des professionnels du terrain. Courriers conjoints de la FHF, conférence des DG de CHRU, CNDCH, AFDS. Les responsables du dossier ont évité jusqu'à présent toute concertation avec les représentants légitimes des directeurs des soins, alors que les textes établissent clairement le lien entre leur statut et leur rôle de directeurs des instituts publics, et ce malgré le rapport IGAS IGESR de 2023 qui portait la question du statut bi-appartenant.

Cette réforme n'est pas une réforme pédagogique, c'est une **réforme structurelle profonde** car elle questionne la place, le rôle, les missions de chacun (Formateurs DS, établissements supports, Universités, DUSI). Dans ce cadre quelle analyse d'impact a été faite :

- sur le métier des formateurs et des DS,
- Sur la charge de travail dans cette mise en œuvre,
- Sur les modifications culturelles qu'elle implique
- Sur les interactions à développer pour travailler ensemble ?

I. Le Constat de la "Capture Pédagogique" par l'Université

L'aliénation pédagogique : Des IFSI historiquement autonomes se voient contraints de se soumettre aux calendriers et aux instances universitaires. Chaque territoire universitaire demande de déployer un seul schéma pédagogique. Le travail demandé à la direction des instituts est colossal et provoque des tensions car l'universitarisation impose « sa construction pédagogique » sans tenir compte de la culturelle professionnelle et organisationnelle. Or nos instituts sont multicentriques éclatés sur le territoire avec des réalisés différentes qu'ignore une UFR de médecine localisé dans un CHU et uni centrique. Cette contrainte est une erreur méthodologique. Le coût humain de mise en œuvre est énorme, que ce soit dans les groupements où l'on a laissé une certaine souplesse et autonomie aux IFSI, ou dans les groupements où la concertation est forte.

La "co-construction" est perçue comme une confiscation par l'Université de par cette standardisation immédiate. C'est le cas sur de nombreux territoires où nos collègues exercent. L'université par le biais ou pas des DUSI impose son schéma (organisation de la formation, gouvernance). Ainsi en Aquitaine les trois universités (Bordeaux, Poitiers, Limoges) ont décidé d'aligner pour la centaine d'IFSI la mise en œuvre du référentiel. **Lorsque l'université a mis en place des groupes de travail**, nous observons des décisions stratégiques prises par des "pilotes" de groupes de travail sans consultation des instances légitimes. À Strasbourg, un mail laconique a suffi pour balayer des mois de travail du "groupe stage" (21 experts de terrain). Dans un autre groupement, les DS sans concertation reçoivent un mail pour se positionner sur les commissions du DUSI, sans

qu'il y ait de discussion, de concertation. Cette gestion de projet du référentiel et de la mise en œuvre de la gouvernance par "mails individuels" ou réunions de couloir est inacceptable.

Cette méthode de travail, n'est pas isolée, bien au contraire et elle tourne le dos à la co-construction affichée par la DGOS.

- **La stratégie pédagogique, la déclinaison des enseignements n'est plus à la main des IFSI**, mais des départements « en sciences infirmières » ou UFR selon les cas. Hors à ce jour, le déploiement de ce référentiel se fait sans lignes directrices claires de la DGOS, sauf à expliquer qu'il faut co construire, **mais qui définit les règles ?**
- **Le mépris de l'expertise pédagogique hospitalière** : Le référentiel place la responsabilité pédagogique entre les mains d'enseignants-chercheurs (EC). Or, en l'absence d'EC issus des sciences infirmières dans de nombreuses facultés, cette mission échoit à des profils académiques sans culture soignante. **C'est une aberration** : on confie les clés d'une formation professionnelle à des théoriciens qui n'ont jamais exercé le métier. Avoir donné l'exclusivité de la pédagogie => coordination et planification des enseignements (Article 27) à un enseignant chercheur même s'il doit co construire avec les coordonnateurs pédagogiques est un non-sens méthodologique. Le CHFO alerte sur une transition qui glisse de l'adossement pédagogique vers une **annexion administrative**. Les remontées de terrain révèlent des dysfonctionnements majeurs.
- **Le référentiel redéfinit les relations IFSI/ Terrain**. En complexifiant la gouvernance et en imposant des agréments universitaires à chaque terrain de stage, la réforme risque de déstructurer les circuits de stages et de décourager bon nombre. Ces derniers occupés sur leurs missions premières, risquent de ne pas faire de dossier d'agrément. Le risque est réel d'un assèchement des stages. A notre niveau de connaissance, 15 à 20 % pourraient disparaître.
- **Aujourd'hui, tous les professionnels s'accordent à dire que le calendrier n'est pas tenable**, mais nous devons rester dans la temporalité universitaire qui elle déroule un programme existant. Lors de la réunion avec la DGOS, 992 IFSI étaient connectés. Des IFSI très avancés dans l'universitarisation, comme ceux liés à l'université d'Aix-Marseille ont alerté sur l'impossibilité de faire passer tous les éléments du dossier de certification dans les instances avant septembre. La région IDF, le président de la conférence des doyens, (Yvon BERLAND) France Universités + et la représentante dans ce groupe de l'AFDS l'ont dit et redit lors de la dernière réunion de la mission.
- **Le manque de compréhension du texte**. Le webinar de la DGOS a mis en exergue des interprétations du référentiel de formation différentes de celles de leurs concepteurs. Car le cadre large prête à interprétation. Il ne fallait pas deux mois d'attente pour mettre à notre disposition des éléments essentiels pour la compréhension et la mise en œuvre de ce dernier.

Les risques sont majeurs au niveau :

- **du désengagement et des départs des DS et des cadres formateurs face à ces difficultés**. La perte d'autonomie décisionnelle et la confiscation de certaines missions pour les directeurs et les formateurs s'accompagnent d'une perte du « sens du travail » et nous risquons de voir de nombreuses défections dans nos instituts s'il n'y a pas de modification de la trajectoire universitaire.
- **de la méthodologie de mise en œuvre** : Un modèle unique imposé par le haut ne peut fonctionner. Il faut laisser le temps aux territoires de structurer leurs alliances. À force de vouloir singer le modèle des facultés de médecine, la réforme risque d'aliéner la formation infirmière. Si l'université décide de tout, qui garantira que la formation répond encore aux besoins des établissements employeurs ?

Sans un ancrage hospitalier fort et une gouvernance paritaire, nous formerons des diplômés déconnectés et on court vers un système où l'on formera des théoriciens brillants, mais inadaptés aux exigences de la pratique hospitalière et aux besoins de la population. L'IFSI a dans son ADN la formation par le geste et l'immersion clinique pas l'université.

II. Le "Grand Écart" Statutaire : Un Danger pour les Directeurs des Soins

Dans ce cadre de réingénierie **quel sera le devenir statutaire des Directeurs des Soins et des cadres formateurs ?**

Nous dénonçons le flou entretenu sur le positionnement des Directeurs d'Instituts. Si le DS perd la main sur le jury, sur le projet pédagogique, sur la stratégie pédagogique et sur les arbitrages financiers au profit de l'Université, il ne devient qu'un simple exécutant, un "chef de bureau" déclassé. Cette perspective est une insulte à la haute technicité de nos collègues Directeurs des Soins, **mais surtout comment l'évolution de son statut est-elle envisagée par la DGOS?**

La fiche du CNG qui définit pour les DS nos critères d'évaluation précise :

- Conception et pilotage du projet stratégique de l'institut, du regroupement d'instituts en cohérence avec la politique générale de l'établissement, du GHT, du territoire.
- Définition et mise en œuvre de la politique de formation en lien avec le conseil régional, l'ARS, l'université
- Coordination des programmes, des projets pédagogiques et des activités
- Présidence et définition des instances

Le décret de 2002 portant statut des DS de la FPH précise ; le directeur de soins d'instituts est responsable sous l'autorité du chef d'établissement

- De la conception du projet pédagogique (nouveau référentiel => 1 seul par groupement universitaire)
- De l'organisation de l'enseignement théorique et pratique (nouveau référentiel=> enseignant chercheur)
- Le fonctionnement général de l'institut
- L'animation et l'encadrement des équipes (=> enseignants chercheur en partie puisqu'il construit avec nos équipes les séquences pédagogiques)

L'Arrêté du 10 juin 2021 portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et à l'agrément des directeurs

Article 8 : les instituts sont dirigés par un directeur responsable

- De l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet pédagogique,
- De la coordination des activités de formation,
- Du contrôle des études dans le respect des droits des étudiants
- Du développement de la recherche,

On ne peut pas décider de l'organisation pédagogique, du transfert de certaines missions du DS vers l'université sans avoir rediscuté en présence des organisations syndicales du statut des directeurs des soins et des formateurs.

Cette réforme du référentiel de formation, touche à la gouvernance et au statut de DS. Or le discours officiel veut faire croire qu'il n'en est rien. Ces travaux ne peuvent pas rester dans les mains d'un groupe restreint sans poser d'ores et déjà l'évolution du statut. Sans évolution du statut, ce référentiel ne peut se mettre en place. Le DS est en conflit entre la mission à réaliser dans le cadre de son statut et les missions qu'il doit « céder » à l'université dans le cadre de la réingénierie.

III. Pourquoi il ne faut pas précipiter la gouvernance ?

Vouloir figer les statuts maintenant, c'est institutionnaliser un déséquilibre avant même d'avoir testé la viabilité du nouveau référentiel de février 2026. Avant d'aller plus avant dans la gouvernance, il faut analyser et mesurer les impacts sur le statut des personnels qui sont dans les instituts. Mettre en œuvre la gouvernance qui se profile videra les instituts d'une partie de ces cadres (Formateurs – DS).

Actuellement un peu plus de la moitié des universités ont mis en place un DUSI. Ce dernier est un département rattaché à l'UFR de médecine. Ce rattachement à un sens spécifique. Les DUSI sont sous l'autorité du Doyen.

Les RI de ces départements leurs instances, leur organisation, et leur composition sont université dépendante. Si cette hétérogénéité peut être une source de richesse, elle est un élément de frustration pour beaucoup dès lors que le pouvoir décisionnel est concentré dans les mains de quelques uns et peu partagé. Des modèles promus comme étant des exemples sont en réalité un fonctionnement de l'entre soi. Les IFSI et les établissements n'apparaissent pas en tant que tels et ne sont pas toujours représentés de manière paritaire.

Les DS et cadres sont inquiets des modèles qui se profilent. Des communications d'ASSOCIATIONS laissent à penser que la gouvernance est d'ores et déjà actée dans le plus grand des secrets, alors qu'elle va modifier les missions des instituts, de ces agents, et surtout le lien avec les établissements supports.

Que devient le Directeur des soins et le cadre formateur dans ce schéma ?

Le Directeur des Soins doit rester sous l'autorité de sa Direction Générale. Toute tentative de "double allégeance" ou de rattachement fonctionnel exclusif à l'Université est un poison qui videra les instituts de leurs cadres.

Le CHFO tire la sonnette d'alarme : sous couvert d'universitarisation, nous assistons lentement mais sûrement à une véritable tentative d'OPA de l'université sur nos instituts de formation.

Ce qui est présenté comme un partenariat pédagogique cache en réalité une volonté d'intégration organique qui bafoue l'identité même des professions de soins. En concentrant tous les pouvoirs décisionnels pédagogiques entre les mains des universités et des départements en sciences infirmières, on brise l'équilibre tripartite actuel et nous avons un déploiement de la réforme et de la gouvernance « doyen dépendant » « université

dépendante ». **Le Doyen des UFR de médecine sera-t-il bientôt le nouveau patron" des IFSI ?**

Il faut une gouvernance paritaire des IFSI qui peut répondre à différents modèles

Le Modèle "GCS de Moyens et de Stratégie"

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) doit être le pivot de la gouvernance.

- Le principe : Le GCS associe les établissements supports, les IFSI et l'Université.
- L'avantage : Il permet de mutualiser les achats (bouquet numérique, simulation), de gérer les flux financiers de manière transparente et de maintenir le DS comme acteur décisionnel.
La Présidence : Elle doit être tournante ou paritaire (un Directeur d'Hôpital et un représentant de l'Université). Pourquoi cette option a été repoussée par la DGOS ?

Le Modèle "IUT" (L'autonomie sous l'égide universitaire)

Inspiré des Instituts Universitaires de Technologie.

Fonctionnement : L'IFSI devient une composante de l'Université mais avec une autonomie de gestion et un Conseil d'Administration propre où les professionnels sont majoritaires.

Avantages : On garantit le label universitaire sans casser le lien avec l'environnement professionnel pour les décisions opérationnelles. Le Directeur de l'Institut garde un pouvoir de signature et d'arbitrage.

Aujourd'hui à quelques semaines de la mise en œuvre ? Des questions très pratiques – pratiques se posent

Les textes sur la gouvernance ne seront pas prêts d'ici la rentrée et la convention non plus. Un GT est prévu pour travailler l'actualisation de l'arrêté de 2007 par la mission Amiratti : quand ? Qui y participera ?

Cette rentrée se profile avec un règlementaire non stabilisé. L'application des instances telles que prévues dans nos textes actuels (2007 modifié) sera-t-elle utilisée ? Maintien de l'ICOGI, censée valider, entre autres, nos règlements intérieurs, acter le tirage au sort du président de la section disciplinaire et du cadre (public ou privé). ?

Quel règlement intérieur pour la rentrée 2026 ?

L'inscription administrative des actuels candidats admis via FPC n'est pas stabilisée. Qui fait quoi dans ce process dorénavant ? . Ces derniers peuvent d'ores et déjà s'inscrire ? Comment ? Par quelle procédure ?

Il y a un risque que les régions financent des activités en doublon, effectuées par nos équipes administratives ou pédagogiques alors même qu'elles seront censées être sous la responsabilité des universités. Les universités risquent de nous facturer des activités qu'ils ne font pas, ou qu'ils ne feront pas.

IV. Les Exigences Non-Négociables

1. **Maintien du lien hiérarchique** : Le Directeur d'Institut reste sous l'autorité du Chef d'établissement. Il n'est pas un adjoint administratif de l'Université.
2. **Statut des DS** : Réaffirmer le positionnement du DS comme cadre de direction stratégique et non comme exécutant administratif du Doyen.
3. **Sanctuarisation des stages** : l'élaboration d'une stratégie des stages doit rester aux professionnels de terrain. L'Université ne possède pas l'ADN de l'immersion clinique.
4. **Transparence budgétaire** : Chaque euro de frais d'inscription transféré doit faire l'objet d'un fléchage précis vers les besoins pédagogiques des instituts. Et si l'on parle de QVT des étudiants, il doit être mis fin aux détournements de leur cotisation CVEC !
5. **Respect de la subsidiarité** : Laisser aux territoires (académies/régions) la souplesse d'adapter le référentiel aux réalités locales des GHT.
6. **Gouvernance paritaire réelle** : La présidence des instances ne peut être le seul fait de l'Université. La voix du Chef d'établissement et du Directeur d'institut permet d'incarner le « H/U » infirmier. Aucune instance (Comité de direction, Conseil de département) ne peut délibérer sans une représentation majoritaire ou paritaire des employeurs (Hôpitaux) et des professionnels (DS).
7. **Coprésidence des instances** : Aucune décision stratégique (jury, commission pédagogique) ne doit se prendre sans l'accord explicite et paritaire de la direction de l'institut et de l'établissement support.
8. **Respect de l'expertise de terrain** : Les décisions relatives à l'alternance cours/stage doivent être validées par les coordonnateurs de stage et non imposées unilatéralement par l'Université
9. **Un moratoire sur la gouvernance définitive** : La gouvernance aurait dû être conçue et posée en amont pour décliner le référentiel ; maintenant c'est trop tard, il est hors de question d'acquiescer à des organigrammes conçus dans l'urgence et déclinant les dictats de quelques-uns . Laissons 24 mois d'expérimentation fonctionnelle avant de figer des statuts. L'urgence est à l'ingénierie pédagogique, pas à la bataille de pouvoir institutionnelle.
10. **La mise en place d'enseignants chercheurs bi-appartenance réel** : Pour les enseignants-chercheurs en sciences infirmières, afin de maintenir le lien vital avec la pratique clinique.

Nous ne laisserons pas brader l'expertise des Directeurs des Soins sur l'autel d'un dogme universitaire déconnecté des besoins de santé de la population. L'universitarisation doit être un adossement, pas une annexion. L'université ne transformera pas nos Instituts en succursales universitaires Nous voulons une universitarisation de progrès. Si la DGOS veut réussir sa réforme, elle doit réintroduire de la parité pour ceux qui forment, chaque jour, les futurs soignants au plus près du lit du patient.