



Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution

RAPPORT TOME I

Établi par

Isabelle ROUSSEL

Hamid SIAHMED

Membre de l'Inspection générale de
l'administration de l'éducation nationale
et de la recherche

Membre de l'Inspection générale des
affaires sociales

Avec la contribution de:

Alain MEUNIER, membre de l'Inspection générale des affaires sociales

François PAQUIS, membre de l'Inspection générale de l'administration de
l'éducation nationale et de la recherche



igaenr
Inspection générale
de l'administration
de l'Éducation nationale
et de la Recherche



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N° 2018-058

N°2017-129R

- Juillet 2018 -

SYNTHESE

La présente mission d'évaluation, consacrée aux personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires (CH&U), a été réalisée conjointement par l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

S'inscrivant dans la réflexion en cours lancée par les deux ministres en novembre 2017 à l'occasion du soixantième anniversaire des ordonnances de 1958, la mission a choisi de réaliser un état des lieux du sujet aussi complet que possible, en traitant, dans sa globalité, la question du statut et des modalités de gestion des différentes catégories de personnels hospitalo-universitaires de médecine, de pharmacie et d'odontologie, mais également la problématique de l'attractivité des carrières et des disciplines ainsi que le rôle et les modalités de coopération entre les différents acteurs universitaires et hospitaliers, au niveau national et local.

1 LES CONSTATS DE LA MISSION

1.1 Une apparente stabilité des effectifs et du cadre statutaire, qui masque des évolutions profondes

La mission s'est d'abord livrée à une analyse de l'évolution de la situation des personnels hospitaliers et universitaires depuis vingt ans.

Près de 60 ans après la publication de l'ordonnance du 30 décembre 1958 qui a créé les centres hospitaliers et universitaires (CH&U) et réorganisé l'offre de soins, de recherche et d'enseignement, les principales dispositions de ce texte fondateur sont toujours en vigueur ; elles figurent, en des termes quasi-inchangés, aux articles L.6142-3 du code de la santé publique et L.952-21 du code de l'éducation et constituent le cadre législatif dans lequel se sont construits les statuts actuels des corps hospitalo-universitaires. Les décrets statutaires régissant le recrutement et la carrière de ces personnels ont eux-mêmes peu évolué.

À cette stabilité du cadre législatif et réglementaire, répond cependant une évolution de l'environnement hospitalier et universitaire qui modifie profondément les conditions d'exercice de ces personnels :

- les augmentations d'effectifs dont ont bénéficié les autres disciplines universitaires n'ont pas profité aux disciplines de santé dont les effectifs ont légèrement diminué sur cette même période ;
- la part -et donc le poids- des personnels enseignants et hospitaliers dans l'hôpital, a diminué par rapport aux effectifs de praticiens hospitaliers qui ont augmenté de 21,2 % sur les dix dernières années ;
- dans le même temps, les effectifs étudiants et internes ont doublé, avec des taux d'encadrement hospitalo-universitaire des étudiants et des internes qui se sont dégradés, consacrant les écarts importants entre CH&U.

1.2 Un corpus de textes statutaires et des pratiques de gestion qui fondent la particularité des personnels hospitaliers et universitaires

La double appartenance des personnels enseignants et hospitaliers a des conséquences sur l'ensemble de leur carrière, leurs recrutements, leurs modalités d'exercice, leur rémunération mais aussi les modalités de leur gestion qui associent les autorités universitaires et hospitalières. Ce statut a subi peu de changement en plus de 30 ans, hors son ouverture aux pharmaciens en 2006. Il continue à constituer un modèle à part, qui comporte des différences marquées avec les dispositions applicables aux enseignants de statut universitaire :

Les modalités de recrutement, si elles associent, comme dans les corps universitaires, les instances nationales (CNU) et locales, présentent des spécificités fortes, non seulement dans les textes mais dans les pratiques, avec notamment l'existence –en amont des concours- d'une procédure informelle de pré-recrutement où les sous-sections du CNU pré-auditionnent et accompagnent chaque candidat au concours.

Le cœur de la spécificité des corps hospitalo-universitaires est leur **triple mission d'enseignement, de recherche et de soin**, inscrite dans l'ordonnance de 1958 et déclinée dans les décrets statutaires mais sans définition précise du temps réservé à chacune des missions. Pour la mission d'enseignement en particulier et à la différence des autres disciplines universitaires, aucune référence n'est faite à un nombre d'heures annuelles qui seraient dues. Sur ce point, tous les interlocuteurs rencontrés par la mission confirment que, si le lien enseignement/recherche et soins est essentiel, l'ensemble des missions ne peut être assumé simultanément par un seul individu mais doit être apprécié sur la durée d'une carrière et au sein d'un service ou d'une équipe.

Cette spécificité des corps hospitaliers et universitaires explique que leur gestion soit restée pour l'essentielle nationale, notamment la **gestion des emplois**.

Chaque année, les ouvertures d'emplois par CHU -et les redistributions éventuelles entre disciplines et CHU- sont en effet validées, au niveau interministériel, dans la cadre de la procédure dite de « **révision annuelle des effectifs** ».

Ce dispositif, piloté par les deux cabinets ministériels, est propre aux disciplines de santé. Dans toutes les autres disciplines, depuis la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, la masse salariale a été transférée aux universités et le ministère n'intervient plus dans les créations ou suppressions d'emplois. Malgré les améliorations apportées cette année, la procédure actuelle reste cependant insatisfaisante. Elle ne permet pas d'engager une réflexion prospective à moyen terme. Les demandes sont exprimées et les arbitrages rendus, UFR par UFR, essentiellement en fonction des candidats « prêts », sans vision consolidée pluri annuelle des besoins par discipline au niveau du site, de la région ou au niveau national.

En termes de gestion des personnels, la déconcentration opérée en 2012 est inaboutie et déséquilibrée puisqu'elle s'est faite, côté santé, en direction du CNG, alors que du côté enseignement supérieur, ce sont les présidents d'université qui ont reçu délégation de pouvoir pour la plupart des actes de gestion courante.

À cela s'ajoute le **manque d'outils** partagés entre les services des deux administrations, ce qui entraîne un alourdissement inutile de la gestion et une absence de vision consolidée et partagée de la situation et du déroulement de carrière des personnels HU.

Le modèle du CH&U et les conditions d'exercice du « métier » hospitalo-universitaire ont par ailleurs profondément évolué en même temps qu'évoluaient l'organisation et la gouvernance tant des hôpitaux que des universités, les CHU perdant le monopole de la formation et de la recherche.

La stabilité apparente des effectifs et du statut masque ainsi une profonde évolution du métier hospitalo-universitaire. Proportionnellement moins nombreux, avec des conditions d'exercice qui se sont considérablement modifiées à l'hôpital mais aussi à l'université, les personnels hospitalo-universitaires s'inquiètent de ce qu'ils considèrent, pour la plupart d'entre eux, comme une perte d'attractivité de la carrière et craignent que l'hôpital public peine de plus en plus à recruter les meilleurs. À cet égard, les conditions d'accès à la carrière suscitent de nombreuses questions.

1.3 Une carrière perçue comme de moins en moins attractive

1.3.1 Les incertitudes du post-internat

Les supports d'emplois consacrés au post-internat hospitalo-universitaire accueillent plusieurs types de candidats : ceux qui veulent s'engager dans une carrière HU ou à défaut en hôpital public, ceux qui se destinent à une carrière en libéral et veulent pouvoir accéder au secteur 2 de tarification, et ceux enfin qui veulent compléter leur formation pendant l'internat.

La demande, largement exprimée, est de recentrer le post-internat sur les parcours HU avec une identification plus précoce des candidats aux carrières HU, qui permettrait de leur garantir une prise en compte plus équilibrée du volet universitaire, de leurs obligations de service et en particulier la préservation du temps consacré à la recherche, trop souvent absorbé par les tâches hospitalières de plus en plus prégnantes.

L'autre question posée par cette période de post-internat est celle de l'accompagnement des carrières. Pour inciter les jeunes internes à s'engager dans cette voie, la qualité de l'accompagnement des candidats est déterminante à toutes les étapes de la carrière et en particulier dans le parcours recherche. Or, malgré des initiatives menées notamment par l'Inserm et certaines universités, les doubles cursus sciences/études de santé restent limités en nombre, pas toujours assez connus des étudiants et insuffisamment valorisés dans les cursus. Se posent par ailleurs des questions d'articulation avec les études médicales et l'internat qui ne sont qu'imparfaitement résolues.

1.3.2 Les praticiens hospitaliers-universitaires (PHU) : un statut ambigu et qui ne remplit pas totalement sa vocation

La création d'une catégorie de personnels « temporaires » entre le post internat et le recrutement dans les corps de titulaires HU fut une des novations du décret initial du 24 février 1984.

Les PHU sont en effet des PH détachés temporairement pour exercer des fonctions universitaires ; à l'issue de leur détachement et à défaut d'être titularisés dans le corps des MCU-PH, ils peuvent être réintégrés dans un emploi de PH. Ce dispositif offre donc à la fois une souplesse d'engagement liée à la nature contractuelle du statut et une sécurité puisqu'à l'issue du contrat, le candidat intègre un corps HU, ou redevient PH. Or, ce statut pourtant attractif est très peu utilisé (moins de 150 PHU/an).

La mission a le sentiment que le statut de PHU a été sous-employé et trop souvent utilisé non comme une vraie période de pré-recrutement des futurs HU mais comme une simple prolongation des fonctions de chef de clinique et d'assistant hospitalo-universitaire. À cet égard, certaines universités comme Lyon I, fournissent un contre-exemple dont tous les sites devraient s'inspirer, en intégrant les emplois PHU dans une logique de gestion prévisionnelle des carrières construite avec les partenaires hospitaliers.

1.3.3 1.3.3. Une perte d'attractivité ressentie par tous les interlocuteurs mais difficile à objectiver

Les éléments mis en avant pour expliquer la perte d'attractivité des carrières HU portent en particulier sur l'opacité des critères de recrutement, l'incertitude en début de carrière, la charge de travail, la comparaison avec les carrières revalorisées des PH (question de la retraite pour de nombreux HU rencontrés), la gestion du temps pour les missions H et U, les difficultés ressenties du parcours pour les femmes (la question de la mobilité notamment).

Le sentiment d'une perte d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires est ainsi communément exprimé et repris dans des articles de presse, chaque fois notamment qu'est annoncé le départ d'un PU-PH vers le privé. Pourtant, au-delà de l'expression du malaise qu'il traduit, rien dans les chiffres ne vient confirmer qu'un mouvement de « fuite » vers le privé soit en cours, les sorties de corps étant stables et les démissions très rares (entre 10 et 15/ an).

1.4 La situation particulière en odontologie et pharmacie

En pharmacie, le bilan de la création, en 2006, de corps hospitalo-universitaire est contrasté : la création de corps HU en pharmacie est jugée très positive mais les jeunes pharmaciens s'inquiètent du peu de postes d'assistants hospitalo-universitaires dans la discipline, du manque de débouchés qui constitue un frein, tant pour l'accès au corps des MCU-PH qu'à celui des PU-PH ; enfin les charges d'enseignement sont souvent très lourdes et ne préservent pas assez le temps « recherche ».

La réforme statutaire en cours, et la fusion des corps hospitalo-universitaires de médecine, odontologie et pharmacie qui doit en découler, est cependant considérée par les doyens comme une avancée majeure pour le développement d'un vivier hospitalo-universitaire en pharmacie.

En odontologie, si les doyens sont très favorables à la réforme statutaire qui doit entériner la fusion des corps dans les trois champs disciplinaires (médecine, odontologie et pharmacie), ils s'inquiètent des conséquences –difficiles à mesurer- de cette fusion sur les modalités d'exercice et sur le renouvellement du vivier.

1.5 Des relations entre les acteurs complexes qui rendent difficile une approche coordonnée des volets H et U

Soixante ans après sa création, le fonctionnement des CH&U s'est à la fois complexifié et éloigné des principes qui avaient présidé à leur création. À cela, on peut évoquer plusieurs raisons :

- dans l'organisation et le pilotage des hôpitaux, les questions financières sont passées au premier plan des préoccupations ainsi que la nécessité de faire face à une demande de soins de plus en plus importante ;

- il n'y a pas de véritable stratégie hospitalo-universitaire, ni au niveau national, ni au niveau régional ;
- les CH&U ont perdu le monopole de la recherche et de la formation ; or, cet élargissement des acteurs, qui est en soi positif, au lieu de renforcer les coopérations, a aiguïté les antagonismes et fait perdre de vue la spécificité des missions des CH&U et des corps hospitalo-universitaires ;
- il n'y a aucune évaluation des résultats obtenus par les CH&U dans l'exercice de leur triple mission de soin, d'enseignement et de recherche ; ces missions sont évaluées séparément, du côté universitaire et du côté hospitalier, sans regard global sur les performances des CH&U en tant qu'entités propres chargées de missions spécifiques.

Mais, ce qui est sans doute le plus frappant est la perte de vue de ce qui est le fondement du dispositif hospitalo-universitaire, la nécessaire **coopération** entre les acteurs : les structures hospitalières et universitaires se répartissent les compétences plutôt que de les exercer conjointement, ce qui est en complète opposition avec ce qui est le fondement du CH&U et soulève la question de son avenir à moyen terme.

Pourtant, les instruments de coopération ne manquent pas et ont été renforcés à plusieurs reprises par le législateur, au premier rang desquels les conventions constitutives du CH&U et les comités de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP). Mais ces outils, pas plus que la participation croisée aux instances statutaires du CHU et de l'université, n'ont permis l'émergence d'une véritable stratégie hospitalo-universitaire.

La création de nouvelles structures, tant du côté hospitalier (avec notamment les GHT) que du côté universitaire (avec les regroupements territoriaux issus de la loi « Fioraso » de 2013) font par ailleurs se superposer plusieurs niveaux dont l'articulation reste à trouver, avec une présence trop rare des CHU dans les regroupements universitaires.

Reflète de ce manque paradoxal de coordination entre l'hôpital et l'université, **l'évaluation** des activités d'enseignement, de recherche et de soins en santé est fragmentée, le Hcéres évaluant de manière séparée le CHU et l'université. Cette structuration de l'évaluation de l'enseignement et de la recherche ne permet pas de traiter de manière globale les relations de l'hôpital et de l'université, ni la cohérence de la politique de recherche et de formation menée au sein des CH&U.

En conclusion de ce constat, plusieurs points ressortent, de manière convergente, des nombreux entretiens qu'a menés la mission, que ce soit auprès des plus jeunes, internes, assistants ou chefs de clinique ou des PU-PH confirmés :

- l'attachement au métier, à la richesse du lien enseignement/soins/ recherche qui n'est pas remis en cause dans sa finalité ;
- la conviction que les ambitions présidant en 1958 à la naissance des CH&U demeurent totalement pertinentes aux yeux des personnels rencontrés, qu'ils soient HU eux-mêmes ou dirigeants d'université, de CHU, d'ARS.

Mais, au-delà de cet attachement affirmé, un certain nombre de points sont dénoncés :

- les conditions d'exercice du métier sont remises en question par les plus jeunes mais aussi les anciens : baisse d'attractivité de la carrière, dégradation des conditions de travail, perte d'« aura » de la fonction, parcours de carrière de plus en plus complexes et incertains ;
- la difficulté à mener conjointement des activités de soins et des activités d'enseignement et de recherche et surtout la lourdeur des tâches administratives qui ont un effet « repoussoir » chez les plus jeunes ;

- les conditions dégradées d'exercice de la triple mission qui posent la question de la masse critique des équipes HU et donc de la répartition des emplois entre CHU mais aussi des mécanismes de coopération à trouver au niveau régional ;
- l'absence quasi-totale de mobilité qui favorise et entretient les conflits interpersonnels ;
- la sanctuarisation des emplois HU au sein des universités, qui présente des avantages mais aussi des dangers ;
- la dispersion des financements de la recherche qui a créé une concurrence et contribue à tendre les relations entre les acteurs académiques (Inserm et universités) et les structures hospitalières ;
- l'absence de pilotage stratégique et de structures de coopération efficaces, tant au niveau national que local, qui compromettent à moyen terme, l'ensemble du dispositif.

Tous ces éléments se conjuguent pour fragiliser le statut hospitalo-universitaire.

2 LES PRECONISATIONS DE LA MISSION

Au terme de son enquête, la mission formule **vingt recommandations** qui, sans remettre en cause les principes fondateurs du statut hospitalo-universitaire, proposent des pistes d'amélioration possibles et souhaitables pour permettre à ces personnels de continuer à assumer au mieux les missions qui leur ont été confiées par l'ordonnance du 30 décembre 1958. Il serait en effet illusoire aux yeux de la mission de penser que le modèle hospitalo-universitaire puisse survivre sans évoluer. Ces propositions ont toutes pour objet de préserver l'originalité du dispositif, tout en lui permettant de s'adapter aux évolutions de son environnement. Elles s'inspirent, sur plusieurs points, des pratiques observées à l'étranger.

Les évolutions proposées visent dès lors à :

- restaurer l'attractivité des carrières ;
- revenir aux principes fondamentaux de la bi-appartenance et revoir en conséquence les modalités d'exercice du métier, dans ses différentes dimensions, en particulier universitaires ;
- améliorer le pilotage du dispositif et les modalités de coordination des acteurs au niveau national et local.

Les principales mesures proposées portent sur les points suivants :

- **Mieux accompagner les étudiants engagés dans des « parcours recherche » et redonner au post-internat sa vocation de vivier des carrières HU**

Le post-internat joue, depuis plus de 60 ans, un rôle clé dans la formation des praticiens et la qualité des recrutements opérés à l'hôpital public. Ce dispositif, dont on ne retrouve l'équivalent pour aucune autre discipline universitaire et qui se rapproche davantage de la « *tenure* » anglo-saxonne, a fait ses preuves. Mais la dégradation des conditions matérielles et l'éloignement de la recherche constituent désormais des freins et risquent à terme de détourner les meilleurs candidats d'une carrière trop incertaine. L'objectif est de permettre au post-internat de retrouver sa raison d'être : il doit être un temps d'immersion dans la recherche et l'enseignement mais aussi une période de formation à une pratique hospitalière de haut-niveau.

- **Créer un nouveau statut de « professeur assistant hospitalo-universitaire » (PaHU), exerçant des fonctions à titre temporaire, qui aurait vocation à remplacer –à terme- les MCU-PH et les PHU et serait recruté sur proposition d’une instance locale paritaire universitaire et hospitalière.**

Il s’agit d’une rénovation du statut de PHU en PaHU, recentré sur la logique initiale d’accessibilité à un poste de PU-PH. Les fondamentaux du statut de « professeur assistant hospitalo-universitaire » reposent sur :

- le recrutement sur une période de quatre ans, renouvelable dans la limite maximale de huit ans ;
 - la contractualisation, au moment du recrutement, du projet professionnel H et U et la répartition du temps consacré aux différentes missions. Cette répartition pourra varier en fonction du projet professionnel du PaHU et des objectifs du service et du pôle ; elle devra, sauf exception, garantir un temps minimal consacré à chacune des trois missions;
 - le renouvellement du contrat, après évaluation individuelle réalisée sur la base des objectifs fixés dans le cadre du contrat d’engagement ;
 - à la fin de ce contrat : soit le recrutement dans le corps des PU-PH sur des critères d’évaluation qui prennent en compte les résultats obtenus sur les trois missions (soins, recherche et enseignement), soit le retour vers le corps des PH, soit le départ ou le retour dans le privé.
- **Unifier les conditions d’accès au corps de PU-PH, en exigeant la possession de l’habilitation à diriger des recherches (HDR) ou d’un diplôme équivalent pour tous les candidats**

La mission propose de ne garder, pour l’accès au corps des PU-PH, qu’un seul type de concours. Les professeurs assistants hospitalo-universitaires deviendraient le vivier principal de ce concours qui demeurerait cependant ouvert aux autres catégories de personnels actuellement visées par les concours réservés. La possession de l’HDR ou d’un diplôme étranger équivalent devrait être exigée pour tous les candidats mais pourrait être remplacée par l’exercice d’au moins huit années de fonctions d’enseignement, de recherche ou de soins dans des établissements d’enseignement supérieur, de recherche ou de soins en France ou à l’étranger.

- **Introduire, dans le décret statutaire, le principe d’une contractualisation pluriannuelle portant sur les modalités d’exercice de chacune des missions hospitalo-universitaires, dans le cadre d’un contrat passé entre le PU-PH et les autorités hospitalières et universitaires.**

La mission propose de contractualiser la répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires, à travers un engagement pluriannuel tripartite (université, hôpital et personnel HU) définissant les objectifs fixés pendant la période concernée et la part consacrée à chacune des activités (enseignement, recherche, soins et encadrement). Cette répartition devra garantir, **à l’échelle collective du service ou du pôle**, l’exercice des différentes missions; tout en permettant à certains PU-PH de moduler leurs activités en fonction de leur projet professionnel et de consacrer, par exemple, prioritairement, voir totalement, un temps de leur carrière à la recherche, dans un cadre contractuel clairement établi avec le responsable du service, le CHU et l’université . Ce contrat fera l’objet d’une évaluation périodique réalisée sur la base des objectifs fixés dans le contrat et en lien avec le suivi de carrière.

L'évaluation systématique des missions, réalisée conjointement par l'université et le CHU, sur la base des objectifs qui ont été fixés aux personnels HU à la fois au niveau de l'équipe et individuellement, est une condition pour que les missions de soin, d'enseignement et de recherche animées par les personnels hospitalo-universitaires puissent être accomplies de manière optimale. Le fait que cette contractualisation s'appuie sur la réalité du travail d'une équipe, qui prend non seulement part à ces missions mais permet également aux personnels enseignants et hospitaliers de s'y consacrer réellement, est **un élément fondamental du succès du dispositif.**

Les autres mesures proposées vont toutes dans le sens d'une amélioration du **pilotage** et de la **gestion** du dispositif, une responsabilisation plus grande des acteurs locaux et un renforcement des coopérations au sein de la gouvernance du CH&U.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RAPPORT	14
INTRODUCTION	14
1 UNE POPULATION ET UN STATUT QUI SE CARACTERISENT PAR UNE APPARENTE STABILITE	17
1.1 Une stabilité apparente des effectifs des HU titulaires qui masque une diminution de leur poids dans les CHU et des inégalités entre CHU et disciplines	18
1.1.1 Des effectifs hospitalo-universitaires qui sont stables depuis 1996.....	18
1.1.2 Dans le même temps, les effectifs des corps universitaires et des praticiens hospitaliers augmentent.....	22
1.1.3 Des inégalités fortes dans la répartition des personnels entre CHU, accentuées par l'augmentation des effectifs étudiants et internes	23
1.2 Des statuts directement issus de l'ordonnance du 30 décembre 1958, qui ont peu évolué malgré un environnement hospitalier et universitaire transformé.....	25
1.2.1 Un corpus de textes qui fonde la particularité des personnels hospitaliers et universitaires.....	26
1.2.2 Un processus de révision annuelle des effectifs qui reste pour l'essentiel national, sans association directe des universités.....	30
1.2.3 Une gestion des personnels partagée entre de nombreux acteurs, avec des modalités de coopération qui ne sont pas optimales	33
1.2.4 Un environnement hospitalier et universitaire dont l'évolution constante rejaillit sur les modalités d'exercice des personnels hospitalo-universitaires	37
2 L'ATTRACTIVITE DE LA CARRIERE EN QUESTION.....	39
2.1 Les incertitudes du post-internat.....	39
2.1.1 Un dispositif multi-faces	39
2.1.2 L'insuffisance des dispositifs d'accompagnement à la formation et à la recherche	47
2.1.3 La situation particulière en pharmacie et en odontologie.....	49
2.1.4 Les incidences prévisibles de la réforme du troisième cycle des études médicales sur le post internat.....	55
2.2 Les spécificités du statut HU en question	56
2.2.1 Les PHU : un statut intermédiaire ambigu et qui ne remplit pas totalement sa vocation :	56
2.2.2 Le recrutement dans les corps de MCU-PH et PU-PH : un processus complexe, qui s'est construit pour partie « hors textes ».....	60
2.2.3 Le déroulement de carrière.....	68
2.2.4 Les questions posées par l'exercice de la triple (quadruple) mission.....	73

2.2.5	L'entretien annuel d'évaluation : l'exemple de l'Institut Gustave Roussy (IGR).....	83
2.2.6	Les modalités de rémunérations et les retraites : des questions en suspens.....	85
2.2.7	L'activité libérale et les activités accessoires.....	86
2.3	Un défaut d'attractivité mis en avant par les interlocuteurs de la mission mais difficile à objectiver.....	89
2.3.1	Des chiffres stables.....	89
2.3.2	Mais un malaise réel.....	89
2.4	La situation des enseignants-chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique..	92
2.5	Des relations entre les acteurs complexes.....	93
2.5.1	Une gouvernance du CH&U qui s'est éloignée des objectifs de l'ordonnance de 1958.....	93
2.5.2	Un empilement des structures qui rend difficile une approche coordonnée des volets H et U97	
2.5.3	Un processus morcelé d'évaluation des activités au sein du CHU et de l'université qui reflète cette dichotomie entre les deux ensembles.....	101
2.6	Les enseignements tirés des exemples étrangers.....	108
2.6.1	Des modèles d'organisation universitaire et hospitalière multiples.....	108
2.6.2	Certaines dispositions applicables en matière de parcours, de recrutement et de mobilité tranchent avec le modèle français actuel.....	108
2.6.3	Un manque d'attractivité dans la carrière qui conduit à adopter des mesures pour susciter l'intérêt pour la recherche parmi les jeunes médecins.....	110
2.6.4	Les modalités de répartition des obligations de service des personnels entre les différentes missions (soins, enseignement, recherche).....	111
2.6.5	L'évaluation individuelle conjointe des fonctions de soins, d'enseignement et recherche n'est systématique qu'au Royaume Uni.....	111
2.6.6	Une responsabilité managériale affirmée de plus longue date à l'étranger.....	111
2.7	Bilan du constat : un dispositif « original » mais aujourd'hui fragilisé.....	112
3	LES PROPOSITIONS DE LA MISSION.....	113
3.1	Accompagner l'entrée dans la carrière et diversifier le recrutement des personnels enseignants et hospitaliers.....	114
3.1.1	Mieux accompagner, en amont, les étudiants souhaitant s'engager dans un parcours recherche.....	114
3.1.2	Rendre au post-internat sa vocation première de vivier pour la carrière HU.....	115
3.1.3	Faire évoluer le statut des PHU vers un dispositif contractuel assurant un meilleur continuum dans la carrière HU.....	118
3.1.4	Ouvrir les processus de recrutement dans le corps des PU-PH.....	120
3.2	Améliorer les conditions d'exercice du métier.....	121
3.2.1	Introduire plus grande fluidité de la carrière HU.....	121

3.2.2	Améliorer les conditions d'exercice et l'évaluation des différentes missions.....	122
3.3	Améliorer le pilotage et la gestion du dispositif	125
3.3.1	Passer d'une vision annuelle à une vision pluriannuelle de la gestion des emplois, fondée sur une analyse régionale des besoins	126
3.3.2	La gestion des personnels enseignants et hospitaliers doit évoluer pour mieux responsabiliser les acteurs des sites hospitalo-universitaires.....	127
3.3.3	Renforcer les outils de coordination	132
3.3.4	Mieux coordonner les différents processus d'évaluation	134
	CONCLUSION.....	137
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	139
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	143
	SIGLES UTILISES.....	155

RAPPORT

INTRODUCTION

La présente mission d'évaluation, consacrée aux personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, réalisée conjointement par l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), a été inscrite au programme de travail de l'IGAENR pour l'année universitaire 2017-2018¹.

Ce thème est à la fois bien connu et, paradoxalement, assez peu exploré par les deux inspections générales.

Depuis plus de vingt ans, de nombreux rapports ont abordé la question du statut des personnels hospitalo-universitaires et de ses spécificités et se sont interrogés sur les pistes d'évolution possible. Parmi ceux qui recoupent plus particulièrement le champ de la mission², peuvent être cités le rapport des médiateurs d'août 1983, commandé par le Premier Ministre et consacré au système de santé français, le rapport « Marescaux » de juin 2009 sur l'avenir des centres hospitaliers et universitaires ou, plus récemment, le rapport « Gaillard » de mai 2011 sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire ainsi que le rapport de la Cour des comptes de décembre 2017 sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale.

De leur côté, tant l'IGAS que l'IGAENR interviennent régulièrement sur la thématique de la gestion des ressources humaines. L'IGAENR a ainsi publié plusieurs rapports consacrés à la gestion et à la carrière des enseignants-chercheurs de statut universitaire.³ Récemment, l'IGAS et l'IGAENR ont par ailleurs réalisé conjointement deux missions⁴ dans le champ de la santé, qui ont abordé indirectement la question de la gestion des personnels hospitalo-universitaires.

Ces missions ont, sur plusieurs points, mis en lumière les difficultés rencontrées dans les structures concernées (universités et centres hospitaliers universitaires (CHU)) et ont émis un certain nombre de préconisations, dont plusieurs recoupent le champ de la mission en cours, entre autres les problèmes d'attractivité rencontrés par certaines spécialités; le modèle du parcours hospitalo-universitaire qui n'est plus compétitif pour certaines disciplines, à la fois au niveau des contraintes mais aussi de la rémunération; la question de la mobilité dans ces corps; les conditions de nomination des chefs de service et des chefs de pôle, le lien entre les universités et les établissements de santé.

¹ Cf. Bulletin Officiel de l'éducation nationale n°29 du 7 septembre 2017.

² Cf. rapport des médiateurs au Premier Ministre sur « *le système de santé français* » par Jean Dausset, Jean Rey, Pierre Choplin, Jean Terquem, et Maurice Tubiana – la Documentation Française- août 1983, - Voir également en annexe 1 la liste des publications et rapports consacrés à ces questions.

³ Cf. notamment rapport IGAENR n°2015-073 de septembre 2015 sur « le recrutement, le déroulement de carrière et la formation des enseignants-chercheurs Ce rapport porte essentiellement sur les enseignants-chercheurs titulaires de statut universitaire régis par le décret du 6 juin 1984¹³. Les personnels enseignants et hospitaliers ont été exclus de l'étude, comme d'ailleurs les corps d'enseignants chercheurs régis par des statuts particuliers (notamment les corps propres des grands établissements).

⁴ Cf. rapport IGAS 2016-83R avec contribution de l'IGAENR : Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques et rapport conjoint IGAS 2017-023 et IGAENR 2017-057 : Attractivité et formation des professions de santé au travail.

En revanche, aucun rapport des deux inspections générales n'a jusqu'ici abordé, dans sa globalité, la question de la carrière des personnels hospitalo-universitaires.

La mission s'inscrit par ailleurs dans un contexte historique particulier : à un an du 60ème anniversaire de l'ordonnance du 30 décembre 1958 qui a créé les centres hospitaliers et universitaires (CH&U) et « inventé » le statut actuel fondé sur la triple mission de soins d'enseignement et de recherche, la ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche ont confié, le 10 novembre 2017⁵, aux présidents des conférences des présidents d'université, des doyens d'UFR de santé, des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires, des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de CHU, une mission sur « *le CHU de demain* »⁶. Parallèlement, le Gouvernement lançait, en octobre 2017, le programme « Action Publique 2022 », pour accélérer la transformation de l'administration et en février 2018, la stratégie pour transformer l'offre de soins en France dont l'un des chantiers est consacré aux ressources humaines.

Dès lors, partant de ces précédents travaux et s'inscrivant dans les réflexions en cours, la mission a choisi de réaliser un état des lieux du sujet, en traitant, dans sa globalité, la question du statut et des modalités de gestion des différentes catégories de personnels hospitalo-universitaires de médecine, de pharmacie et d'odontologie, régis par les décrets du 24 février 1984 et du 24 janvier 1990 ⁷ :

- les personnels non-titulaires : chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, assistants hospitaliers universitaires dans les disciplines biologiques, mixtes et pharmaceutiques et assistants hospitaliers universitaires des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires ;
- les praticiens hospitaliers-universitaires qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- les personnels titulaires qui comprennent six corps distincts : trois corps de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, en médecine, dans les disciplines pharmaceutiques et dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD), ainsi que trois corps de professeurs des universités-praticiens hospitaliers correspondants⁸.

L'enquête a porté sur le « métier » hospitalo-universitaire et ses modalités d'exercice dans ses différents aspects, et notamment : l'évolution des effectifs hospitalo-universitaires et leur répartition géographique et disciplinaire, les différentes étapes de la carrière depuis le post-internat universitaire jusqu'au statut de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), le processus de recrutement, les conditions d'exercice et les modalités d'évaluation des différentes activités, leur prise en compte dans l'évolution de leur carrière, le rôle spécifique joué dans ces disciplines par le Conseil national des universités, la problématique de l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires et des disciplines, le rôle des différents acteurs, l'articulation entre une gestion nationale des emplois hospitalo-universitaires et la question de la place des universités dans la gestion de ces personnels et des emplois correspondants.

⁵ Cf. annexe 2 : lettre de mission des deux ministres aux conférences.

⁶ Le rapport de mission doit être remis en novembre 2018, peu avant la tenue des XVIe Assises hospitalo-universitaires.

⁷ Cf. décrets n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires.

⁸ Un projet de décret en cours, devrait fusionner les deux décrets statutaires du 24 février 1984 et 24 janvier 1984 pour créer un corps unique de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et un corps unique de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

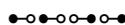
L'absence d'étude antérieure sur le sujet explique le choix qu'a fait la mission de réaliser un panorama aussi complet que possible de la situation actuelle de ces personnels. Le sujet traité impliquait également que la mission aborde, au moins de manière incidente, la question des structures qui emploient et rémunèrent les personnels hospitalo-universitaires et de leurs relations entre elles.

Dans le cadre de son enquête, la mission a rencontré les principaux acteurs et partenaires universitaires et hospitaliers au niveau national, et notamment les conseillers des deux cabinets des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la santé, les services ministériels compétents, le centre national de gestion (CNG), les représentants des différentes conférences (CPU, conférences des doyens d'UFR santé, des directeurs généraux de CHU, des présidents de commissions médicales d'établissements de CHU et de CH), l'Inserm, les organisations représentatives des personnels.

Elle s'est par ailleurs attachée à rassembler les données statistiques disponibles, notamment dans les deux ministères ainsi qu'au CNG, et a réalisé une étude documentaire, en particulier pour disposer de comparaisons sur les dispositifs en place à l'étranger.

Elle a enfin procédé à des visites sur sites, dans les universités et CHU à Amiens, Lyon, Poitiers et Strasbourg ainsi qu'en Île-de-France (universités de Paris V et Paris Est Créteil). Dans chacun de ces sites, la mission a rencontré le président de l'université, les doyens concernés, le président de la CME, le directeur général du CHU, les directeurs des affaires médicales et de la recherche, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ainsi qu'un panel d'internes et de personnels hospitalo-universitaires titulaires et non titulaires. Elle a effectué également des déplacements dans deux établissements privés accueillant des personnels hospitalo-universitaires par convention : l'hôpital Foch et l'institut Gustave Roussy et rencontré tant leur gouvernance qu'un panel d'internes et de personnels hospitalo-universitaires.

Au terme de son enquête, la mission formule un certain nombre de recommandations qui, sans remettre en cause les principes fondateurs du statut hospitalo-universitaire, proposent des pistes d'amélioration possibles pour permettre à ces personnels de continuer à assumer au mieux les missions qui leur ont été confiées par l'ordonnance du 30 décembre 1958. Ces recommandations se situent dans la perspective fixée par les deux ministres, qui est à la fois de renforcer et de faire évoluer le modèle et le positionnement du CH&U dans ses trois dimensions soins-enseignement et recherche.



Avertissement

Tout au long du rapport, la mission sera amenée à utiliser alternativement les termes de centres hospitaliers et universitaires (CH&U) et de centres hospitaliers universitaires (CHU). Or, les deux sigles ne doivent pas être confondus comme ils le sont trop souvent, y compris dans de récents rapports :

- *les CH&U, comme le précise l'article L.6142-3 du code de la santé publique, désignent l'ensemble constitué par les centres hospitaliers régionaux et les unités de formation et de recherche de santé des universités qui ont passé convention pour organiser ensemble leurs services.*
- *Les CHU désignent, quant à eux, les seuls centres hospitaliers régionaux qui ont passé une convention avec une université en application de l'article L.6142-3 et sont donc, à ce titre, partie prenante à un CH&U.*

1 UNE POPULATION ET UN STATUT QUI SE CARACTERISENT PAR UNE APPARENTE STABILITE

Près de 60 ans après l'ordonnance du 30 décembre 1958⁹ qui a créé les centres hospitaliers et universitaires (CH&U) et réorganisé l'offre de soins, de recherche et d'enseignement, les principales dispositions de l'ordonnance sont toujours en vigueur ; elles figurent ainsi, en des termes quasi-inchangés, aux articles L.6142-3 du code de la santé publique et L.952-21 du code de l'éducation et constituent le cadre législatif dans lequel se sont construits les statuts actuels des corps hospitalo-universitaires¹⁰.

Article L.6142-3 du code de la santé publique : « Dans les villes sièges d'unités de formation et de recherche de médecine et de pharmacie, les universités, pour ce qui concerne ces unités, et les centres hospitaliers régionaux organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres hospitaliers et universitaires.

Les universités et les centres hospitaliers régionaux conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs ; ils sont tenus de conclure des conventions pour préciser les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional. [...] »

Article L.952-21 du code de l'éducation : « Les membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires créés en application de l'article L. 6142-3 du code de la santé publique, cité à l'article L.713-5 du présent code, exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun.

Ils sont nommés par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ou sur le rapport de ces ministres.

Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut.

Les effectifs du personnel faisant l'objet du présent article sont fixés, pour chaque centre et pour chaque catégorie, par décision commune des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. »

Sont inscrits dans ces articles ce qui fonde encore aujourd'hui la particularité des corps hospitalo-universitaires :

- la nature de leurs fonctions, à la fois hospitalières et universitaires où soins, recherche et enseignement qui sont indissociablement liés et exercés au sein de structures conventionnelles, les centres hospitaliers et universitaires dont ils sont le cœur ;
- la gestion partagée de ces personnels par les deux ministères de l'enseignement supérieur et de la santé.

À cette stabilité du cadre législatif, répond cependant une évolution de l'environnement hospitalier et universitaire qui modifie les conditions d'exercice de ces personnels.

⁹ Annexe 3 : texte initial de l'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

¹⁰ Les huit articles de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 ont été codifiés dans le code de la santé publique et dans le code de l'éducation ; on ne peut d'ailleurs que regretter l'éclatement de ces articles dans les deux codes qui a fait perdre une bonne part de sa cohérence et de sa lisibilité au texte initial.

1.1 Une stabilité apparente des effectifs des HU titulaires qui masque une diminution de leur poids dans les CHU et des inégalités entre CHU et disciplines

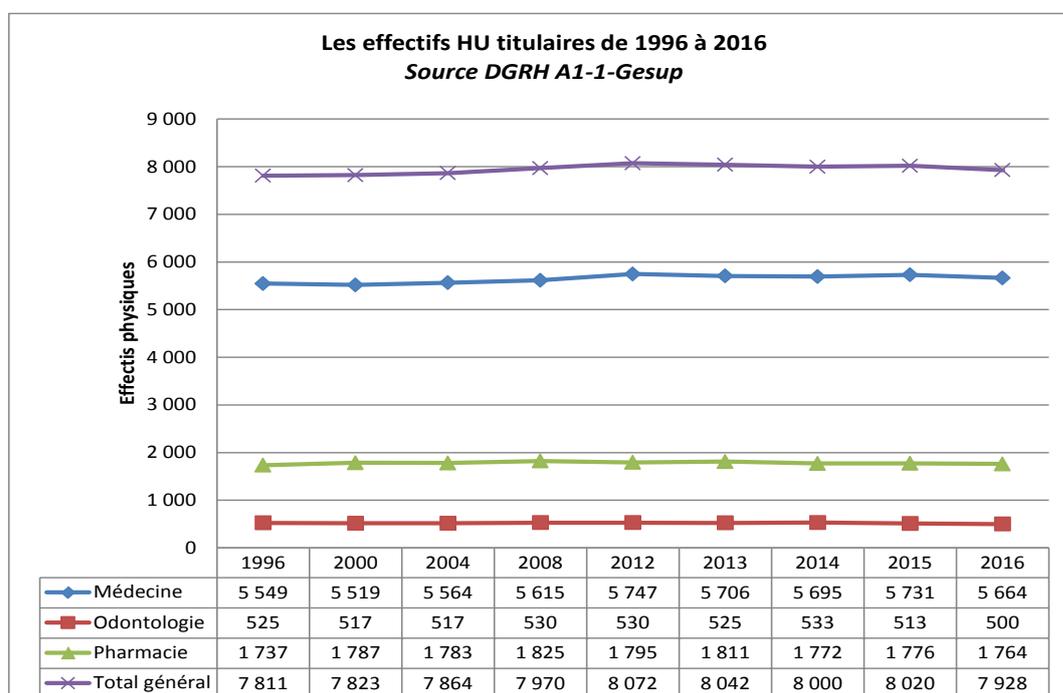
Avertissement : les données utilisées par la mission proviennent de plusieurs sources, en particulier de la direction générale des ressources humaines (DGRH) du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère des solidarités et de la santé et du centre national de gestion (CNG). La mission tient à cette occasion à remercier les différents services des données qui lui ont été communiquées. Elle souligne cependant que **les différences apparaissant sur certains chiffres cités sont dues à l'absence de système d'information partagé entre les deux administrations** (cf. infra § 1.2.3).¹¹

1.1.1 Des effectifs hospitalo-universitaires qui sont stables depuis 1996

Plusieurs observations peuvent être faites au vu de l'évolution des effectifs hospitalo-universitaires depuis 20 ans.

Tout d'abord, comme le montre le graphique n°1, les effectifs des corps de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont globalement stables, voire en légère diminution à partir de 2013 (-144 emplois entre 2012 et 2016), après avoir légèrement augmenté jusqu'en 2012.

Graphique 1 : Évolution 1996-2016 des effectifs MCU-PH et PU-PH dans les disciplines de santé ¹²



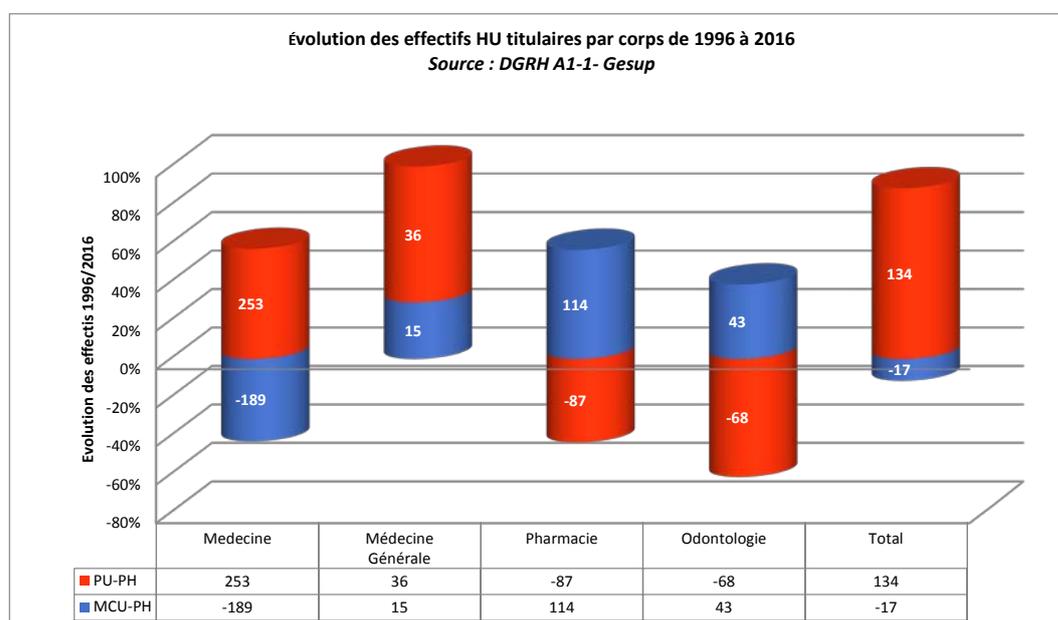
Source : DGRH A1-1 –GESUP - retraitement mission ¹³

¹¹ Des statistiques détaillées sont présentées en annexe 4

¹² Ces chiffres globaux incluent, en médecine les enseignants-chercheurs en médecine générale et, en pharmacie, les enseignants-chercheurs mon-appartenants. Ne figurent pas les chiffres de 2017, non stabilisés dans la base Gesup.

Cette quasi stabilité des effectifs globaux s'accompagne cependant d'une redistribution entre corps (graphique n°2). On constate ainsi en médecine une diminution du nombre de MCU-PH (-189 emplois), compensée par des créations d'emplois de PU-PH (+253). La diminution du nombre de postes depuis 2013 en médecine s'explique notamment par la création de la filière de médecine générale sans abondement budgétaire. Les supports d'emplois ont été dégagés soit par redéploiement d'emplois universitaires à la demande des établissements, soit par redéploiement national de postes gelés, avec en parallèle, des transformations de MCU-PH en PU-PH. Quelques postes ont également été dégagés pour les CH&U des Antilles et de la Réunion : + 8 PU-PH et 4 MCU-PH pour les Antilles et + 8 PU-PH et 2 MCU-PH pour la Réunion. En pharmacie, comme le montre bien le graphique, la création des corps de MCU-PH et PU-PH a été gagée par transformation des emplois de maîtres de conférences et de professeurs de statut universitaire.

Graphique 2 : Évolution par corps des effectifs MCU-PH et PU-PH dans les disciplines de santé de 1996 à 2016¹⁴



Source : DGRH A1-1 -GESUP - Retraitement mission

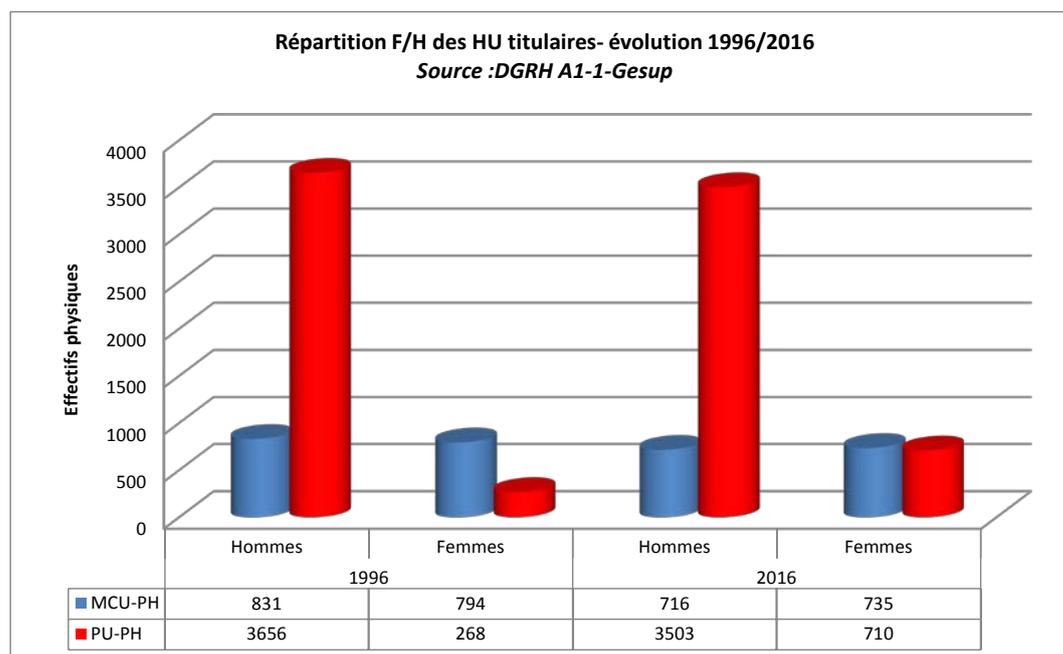
La répartition femmes/hommes est, quant à elle, très différente suivant le corps d'appartenance :

- chez les MCU-PH de médecine (graphique n°3 ci-dessous), il y a une quasi parité (les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes en 2016) ;
- dans le corps des PU-PH, en revanche, on ne compte en 1996 que 6,8 % de femmes et 17 % en 2016, soit une augmentation sensible de leur part relative et de leurs effectifs, même si la répartition demeure très déséquilibrée.

¹³ Les données figurant dans ce graphique et dans le graphique n°2, englobe, pour la médecine, les enseignants de médecine générale, et, pour la pharmacie, l'ensemble des enseignants mono et bi-appartenants.

¹⁴ En pharmacie, les effectifs pris en compte incluent les enseignants mono-appartenants de pharmacie, de statut universitaire, affectés dans les UFR de pharmacie.

Graphique 3 : Répartition femmes/ hommes des personnels HU titulaires en médecine, en 1996 et 2016



Source : DGRH A1-1 -GESUP - Retraitement mission

La part des femmes en odontologie était, en 1996, de 19 % (20 % chez les MCU-PH et 13 % chez les PU-PH en odontologie) ; elle atteint 39 % en 2016 (avec un pourcentage équivalent dans les deux corps).

Les corps de MCF et MCU-PH en pharmacie sont plus féminisés (58 % de femmes en 1996 chez les MCF (mono-appartenants) et 59 % en 2016) ; cette part est de 60 % chez les MCU-PH en 2016 ; chez les PR de pharmacie, en 1996, la part des femmes était de 23 % ; elle est de 42 % en 2016 et de 34 % chez les PU-PH de pharmacie.

A titre de comparaison, dans les établissements d'enseignement supérieur, toutes disciplines confondues, les femmes représentent, en 2017, 44 % des maîtres de conférences et 24 % des professeurs des universités¹⁵.

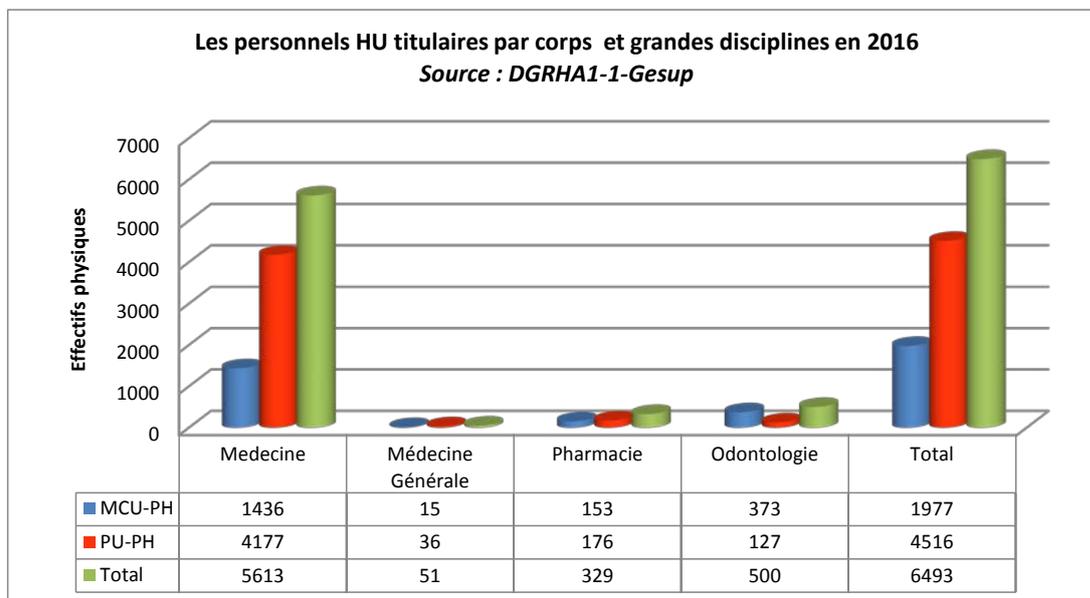
Les **redistributions d'effectifs entre disciplines** sont également importantes mais parfois difficiles à interpréter, dans la mesure où elles sont souvent liées à des reconfigurations internes des sections et sous-sections du CNU, qui ont été nombreuses. On peut cependant remarquer une redistribution des effectifs entre sections et sous-sections avec notamment une baisse dans certaines disciplines fondamentales : 162 emplois en moins en section 42 (morphologie et morphogenèse), 182 emplois en section 44 (biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, physiologie et nutrition) dont -120 en sous-section 44.01 (biochimie et biologie moléculaire) et -110 en sous-section 44.02 (physiologie), baisses qui ne sont que partiellement compensées par les créations en 44.03 (biologie cellulaire) et 44.04 (nutrition). En revanche, les disciplines cliniques voient plutôt leurs effectifs maintenus ou augmentés : +38 en 47-02 (cancérologie) ; +39 en génétique (47-04) ; +35 en médecine d'urgence et réanimation (48-02) ; +33 en neurologie (49-01). La section 53-01 (médecine interne et gériatrie) connaît une forte augmentation (+57) qui

¹⁵ Source : MESRI : vers l'égalité femmes / hommes -Chiffres clés- édition 2018.

s'explique quant à elle, notamment par la création du corps des enseignants de médecine générale¹⁶.

Au-delà de ces évolutions communes aux trois secteurs disciplinaires, une des singularités est la répartition entre les deux corps de MCU-PH et PU-PH, totalement atypique en médecine.

Graphique 4 : Les personnels hospitalo-universitaires titulaires par corps en 2016 (effectifs physiques)



Source : DGRH A1-1-Retraitemment mission

Les PU-PH représentent en effet environ 75 % de l'ensemble des titulaires en médecine. Cette situation s'explique notamment par la création relativement récente du corps des MCU-PH dans les disciplines cliniques¹⁷ mais elle est inhabituelle, à la fois dans les corps de la fonction publique et dans les autres corps d'enseignants-chercheurs où la proportion des rangs A par rapport aux rangs B est inverse. À cet égard le pyramidage, en pharmacie et en odontologie est beaucoup plus « classique » : en odontologie, les MCU-PH représentent 74,6 % de l'ensemble des titulaires tandis qu'en pharmacie, la répartition entre les deux corps est plus équilibrée (46,5 % de MCU-PH et 53,5 % de PU-PH). Cette répartition entre les deux corps, qui est historique en médecine, et notamment dans les disciplines cliniques, s'explique par l'importance du post-internat et le nombre de CCA et d'AHU (cf. *infra* § 2.1.).

¹⁶ L'évolution des effectifs par sous-section du CNU est présentée en détail dans l'annexe 4.

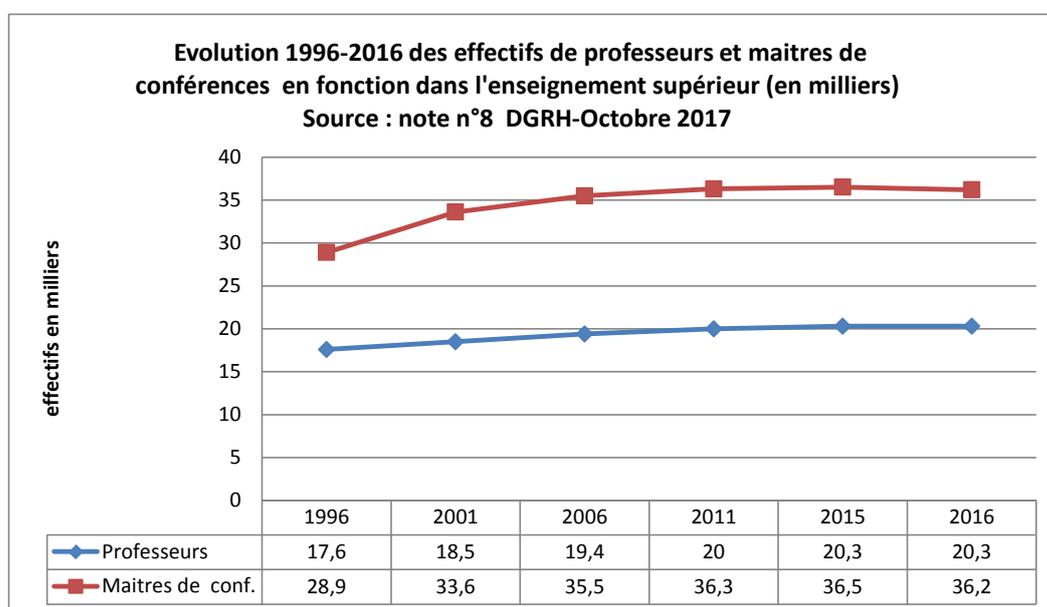
¹⁷ Le recrutement de maîtres de conférences dans les disciplines cliniques a été ouverte par le décret n° 2001-952 du 18 octobre 2001 modifiant le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

1.1.2 Dans le même temps, les effectifs des corps universitaires et des praticiens hospitaliers augmentent

À la différence de leurs homologues HU, les effectifs des **corps universitaires** ont connu, entre 1996 et 2016, une augmentation de 22 % (+15,3 % pour les professeurs et +25,3 % pour les maîtres de conférences), comme le montre le graphique n°5 réalisé à partir des données de la DGRH.

Même si, sur la période 2006-2016, l'évolution des enseignants-chercheurs titulaires (et stagiaires), toutes disciplines confondues, est beaucoup moins forte que durant la période 1996-2006, on constate cependant une légère hausse (+3,4 %), alors que les disciplines de santé enregistrent une légère baisse (-0,6 %)¹⁸, qui n'est pas compensée par une hausse des non-titulaires (cf. *infra* § 2.1.1.).

Graphique 5 : Évolution des effectifs des enseignants chercheurs de statut universitaire de 1996 à 2016



Source : DGRH - Retraitement mission

Sur la période 2008-2018, l'évolution du nombre des praticiens hospitaliers des hôpitaux est comparable à celle des effectifs universitaires hors santé. Selon les données du centre national de gestion (CNG), toutes disciplines confondues, les effectifs des praticiens hospitaliers (PH) ont en effet progressé de 21,2 %, **passant 11 942 PH exerçant, au 1^{er} janvier 2008 dans les CHU à 14 479 PH au 1^{er} janvier 2018.**

Cette hausse n'a pas été identique selon les statuts des personnels et selon les hôpitaux. Ainsi, alors que le nombre de PH temps plein a augmenté de 22,6 % en dix ans, celui des PH temps partiel n'a progressé que de 9,2 %. Dans les CHU, la progression varie de 4,1 % pour Saint-Etienne à 52,2 % pour Clermont-Ferrand. Seul le CHU de Reims a connu un effectif de PH stable sur la période 2008-2018, tous statuts confondus (voir annexe 4 précitée).

¹⁸ Note de la DGRH n°8 octobre 2017- enseignement supérieur.

1.1.3 Des inégalités fortes dans la répartition des personnels entre CHU, accentuées par l'augmentation des effectifs étudiants et internes

Le tableau n°1 met en lumière les inégalités entre CHU dans la répartition des personnels HU titulaires en médecine : au 1^{er} janvier 2017, 31,3 % des personnels HU titulaires sont affectés en Ile-de-France dans les établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'AP-HP, l'AP- hôpitaux de Marseille et les Hospices Civils de Lyon (HCL) regroupent, à eux trois, 43,1 % de l'effectif global des personnels enseignants et hospitaliers titulaires affectés dans les CHU, ce qui est à mettre en corrélation avec le poids de la recherche dans ces grands centres¹⁹.

Sur l'ensemble des CHU, les PU-PH représentent plus de 65 % de l'ensemble des personnels titulaires enseignants et hospitaliers. La plus forte proportion de PU-PH est observée dans le CHU de La Réunion (92,3 %).

Tableau 1 : Répartition des personnels HU titulaires en médecine au 1^{er} janvier 2017 par CHU

2017					
CHU	MCUPH	PUPH	Ensemble	%	Part des PUPH (en %)
CHU d'Amiens	23	65	88	1,7	73,9
CHU d'Angers	29	64	93	1,8	68,8
CHU de Besançon	24	68	92	1,8	73,9
CHU de Bordeaux	59	163	222	4,3	73,4
CHU de Brest	24	63	87	1,7	72,4
CHU de Caen	25	60	85	1,6	70,6
CHU de Clermont-Ferrand	26	83	109	2,1	76,1
CHU de Dijon	16	72	88	1,7	81,8
CHU de Grenoble	38	107	145	2,8	73,8
CHU de Lille	50	156	206	4,0	75,7
CHU de Limoges	17	61	78	1,5	78,2
CHU de Lyon (HCL)	83	222	305	5,9	72,8
CHU de Marseille (AP-HM)	85	220	305	5,9	72,1
CHU de Montpellier	34	113	147	2,8	76,9
CHU de Nancy	41	120	161	3,1	74,5
CHU de Nantes	31	95	126	2,4	75,4
CHU de Nice	24	73	97	1,9	75,3
CHU de Nîmes	9	33	42	0,8	78,6
CHU de Paris (AP-HP)	447	1 173	1 620	31,3	72,4
CHU de Poitiers	19	58	77	1,5	75,3
CHU de Reims	23	70	93	1,8	75,3
CHU de Rennes	34	93	127	2,5	73,2
CHU de Rouen	20	89	109	2,1	81,7
CHU de Saint-Etienne	17	63	80	1,5	78,8
CHU de Strasbourg	71	124	195	3,8	63,6
CHU de Toulouse	83	151	234	4,5	64,5
CHU de Tours	27	87	114	2,2	76,3
France métropolitaine	1 379	3 746	5 125	99,1	73,1
CHU de Guadeloupe	5	11	16	0,3	68,8
CHU de Martinique	2	14	16	0,3	87,5
CHU de La Réunion	1	12	13	0,3	92,3
Ensemble DOM-TOM	8	37	45	0,9	82,2
Ensemble France entière	1 387	3 783	5 170	100	73,2

Source : CNG- SIGHU

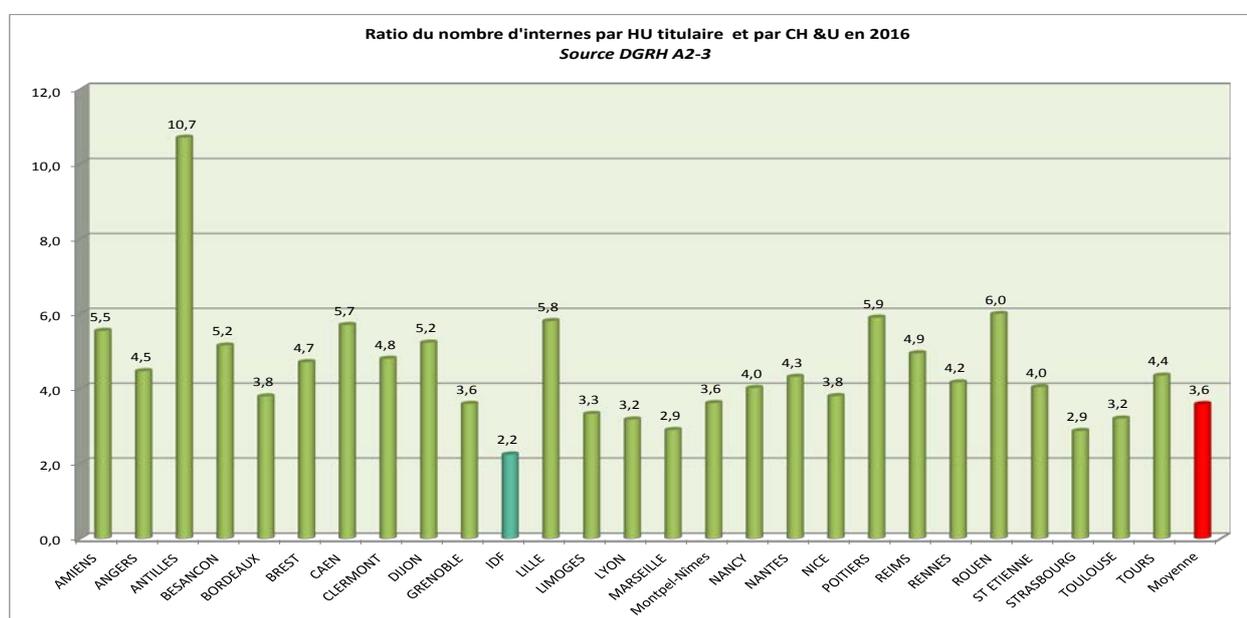
¹⁹ Cf. annexe 12.

Ces disparités sont encore plus marquées si l'on rapproche les effectifs des personnels hospitalo-universitaires titulaires du nombre d'internes, comme le montrent les deux graphiques suivants.

Le graphique n°6 souligne –en médecine- les différences d'encadrement des internes par CH&U : le ratio moyen est de 3,6 internes par personnel HU titulaire et le ratio médian de 4,3 internes /HU titulaire avec des variations fortes selon les CH&U : 10,7 aux Antilles, 6 internes/ HU titulaire à Rouen, 5,9 à Poitiers, 5,8 à Lille, 2,9 à Strasbourg et Marseille et 2,2 en ile de France.

Ces disparités se retrouvent sur l'encadrement par diplôme d'études spécialisées (voir annexe 4 précitée), avec des écarts qui reflètent les particularités des disciplines et des CH&U : 16,3 internes/HU titulaires en santé publique ; 10,1 en ORL et chirurgie maxillo-faciale ; 9,4 en DES de pédiatrie ; 7,1 internes/HU titulaire en psychiatrie ; 3,5 en génétique médicale ; 0,7 en hématologie ; 0,6 en DES de gynécologie médicale et gynécologie obstétrique...

Graphique 6 : Ratio du nombre d'internes en médecine par MCU-PH et PU-PH et par CH&U en 2016



Source : DGRH A2-3- retraitement mission

- ✓ Qui sont accentuées par l'augmentation des effectifs étudiants et du nombre d'internes

Alors que les effectifs HU stagnent, dans les UFR de santé, sur la période 2005-2015, le nombre d'étudiants affectés à l'issue des ECN a doublé en dix ans. Cette forte croissance est imputable pour l'essentiel, à l'augmentation significative du numerus clausus; elle accentue les différences d'encadrement entre CH&U. En creux, elle pose d'ailleurs la question de la taille minimale des équipes HU et donc de l'organisation territoriale des disciplines.

Tableau 2 : Bilan des ECN 2005 à 2015

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% augmentation 2005/2015
Numéros clausus cinq ans + tôt	3850	4100	4700	5100	5550	6200	6850	7100	7300	7400	7400	92,2 %
Candidats aux ECN	4472	5176	5631	5884	6422	7106	7924	8156	8441	8668	9049	102,3 %
Étudiants affectés	3823	4430	4905	5084	5518	6132	6941	7313	7623	7860	8477	121,7 %

Source : CNG retraitement mission

De ces quelques données introductives, plusieurs observations peuvent être tirées :

- la part –et donc le poids –des personnels enseignants et hospitaliers dans l’hôpital, a diminué depuis 10 ans (ils représentaient 34 % des effectifs cumulés PH+HU en 2008 contre seulement 31 % en 2016) ;
- les augmentations d’effectifs dont ont bénéficié les autres disciplines universitaires, notamment après 2007 et l’accès des universités à l’autonomie, n’ont pas profité aux disciplines de santé dont les effectifs ont légèrement diminué sur cette même période ;
- dans le même temps, les effectifs étudiants et internes ont doublé, avec des taux d’encadrement de ces étudiants par les personnels HU qui se sont dégradés, consacrant les écarts importants entre CH&U²⁰.

1.2 Des statuts directement issus de l’ordonnance du 30 décembre 1958, qui ont peu évolué malgré un environnement hospitalier et universitaire transformé

Dans le même temps qu’elle réorganisait l’offre de soins et d’enseignement au sein des CH&U, nouvelles structures rassemblant par convention les services hospitaliers et les facultés de médecine et de pharmacie, l’ordonnance du 30 décembre 1958 prévoyait que les missions universitaires et hospitalières seraient exercées au sein des CH&U par des corps spécifiques exerçant leurs missions à la fois à l’hôpital et à l’université, des « bi-appartenants », cogérés par les ministères chargés de l’enseignement supérieur et de la santé.

Les personnels hospitalo-universitaires constituent donc des corps distincts à la fois des enseignants-chercheurs de statut universitaire et des praticiens hospitaliers, même si certaines des dispositions applicables à ces corps leur ont été étendues, et notamment la garantie constitutionnelle d’indépendance²¹. Ils sont des agents publics relevant du titre I du statut général des fonctionnaires, mais les titres II (fonction publique de l’État) et III (fonction publique hospitalière) ne leur sont en revanche pas applicables, l’ordonnance de 1958, codifiée depuis dans

²⁰ Voir en **annexe 4** l’analyse détaillée des évolutions des effectifs et des taux d’encadrement par CHU.

²¹ Cf. décision du Conseil d’État n° 406887 du 13 avril 2018- : « Il résulte des articles L. 952-2 et L. 952-22 du code de l’éducation ainsi que des articles 22 et 24-1 du décret n° 84-135 du 24 février 1984, **interprétés au regard du principe fondamental reconnu par les lois de la République de l’indépendance des enseignants chercheurs**, que si les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH) ou les maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers sont susceptibles de faire l’objet de poursuites devant les juridictions de l’ordre dont ils relèvent pour tout fait lié à l’exercice de leurs fonctions, il n’en va toutefois pas de même pour ceux de ces faits qui seraient indétachables de leur activité universitaire, lesquels ne sont susceptibles de fonder régulièrement des poursuites que devant la juridiction spécialisée instaurée par l’article L. 952-22 du code de l’éducation. »

les codes de l'éducation et de la santé publique, constituant toujours le fondement législatif de ces corps, 60 ans après leur création²².

1.2.1 Un corpus de textes qui fonde la particularité des personnels hospitaliers et universitaires

Les personnels hospitalo-universitaires, titulaires et non titulaires sont principalement régis par deux décrets :

- le décret n°84-135 du 24 février 1984 qui constitue le cadre statutaire des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. Ce décret a été complété en 2006 pour ouvrir les carrières hospitalo-universitaires aux pharmaciens (cf. décret n°2006-593 du 23 mai 2006) ;
- le décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires.

Les deux décrets cadres répartissent les personnels hospitalo-universitaires en trois catégories :

- les personnels titulaires groupés, pour chaque discipline (médecine, pharmacie et odontologie) en deux corps : professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) ;
- les personnels temporaires qui sont les praticiens hospitaliers universitaires (PHU) (praticiens hospitaliers détachés dans le corps des PHU pour une période n'excédant pas huit ans y compris les années de clinicat) ;
- les personnels non titulaires qui comprennent les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU) dans les disciplines biologiques ou mixtes. Ils sont nommés pour une période de deux ans avec la possibilité de deux renouvellements d'une année chacun.

Les décrets statutaires sont complétés par un corpus de textes (décrets et arrêtés) qui organisent le recrutement et les étapes de la carrière des personnels hospitalo-universitaires. Parmi ces nombreux textes (plus d'une cinquantaine), on pourra citer en particulier :

- le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, instance nationale qui se prononce sur toutes les mesures individuelles relatives au recrutement et à la carrière des personnels hospitalo-universitaires ;
- le décret n° 2009-462 du 23 avril 2009 qui fixe les règles de classement des personnes nommées dans les corps d'enseignants-chercheurs des établissements publics d'enseignement supérieur et de recherche relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et qui s'applique aux personnels hospitalo-universitaires ;
- le décret n° 2012-195 du 7 février 2012 qui étend les possibilités de déconcentration aux présidents d'université des actes de gestion individuelle relatifs aux personnels hospitalo-universitaires et l'arrêté du 12 mars 2012 les actes de gestion effectivement déconcentrés.

²² Cf. décision du CE du 16 octobre 1987, N° 57895 58715 58760 58761 63579 87379, publiée au *Recueil*.

La double appartenance des personnels hospitalo-universitaires, qui fonde leur particularité, a des conséquences sur l'ensemble de leur carrière, leurs recrutements, leurs modalités d'exercice, leur rémunération mais aussi les modalités de gestion des corps qui associent dans tous les cas les autorités universitaires et hospitalières. À cet égard, et malgré les diverses modifications (près d'une vingtaine) qui ont pu être apportées au décret du 24 février 1984, ce statut a subi peu de changement important en plus de 30 ans, hors son ouverture aux pharmaciens en 2006. Il continue à constituer un modèle à part, qui comporte des différences marquées avec les dispositions applicables aux enseignants de statut universitaire²³.

C'est ainsi que **les modalités de recrutement**, si elles associent, comme dans les corps universitaires, les instances nationales (CNU) et locales, présentent des spécificités fortes, non seulement dans les textes mais dans les pratiques :

- le caractère national des concours : alors que les recrutements des enseignants-chercheurs de statut universitaire se font « *par concours ouverts par établissement en vue de pourvoir un ou plusieurs emplois d'une même discipline* »²⁴, les concours hospitalo-universitaires, dans les trois secteurs disciplinaires (médecine, odontologie et pharmacie) sont « *des concours nationaux organisés pour chaque discipline* » ;
- le rôle prépondérant du CNU dans les recrutements : les jurys de concours sont en effet constitués par les membres des sous-sections, sections ou intersections du CNU pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. Ce sont ces jurys nationaux qui auditionnent les candidats et arrêtent la liste des candidats admis. Les instances locales n'interviennent que dans un second temps, avec l'examen des candidatures par le conseil de l'UFR et la commission médicale d'établissement ; leurs avis sont transmis aux deux ministres qui nomment les MCU-PH, les PU-PH étant nommés par décret du Président de la République. La procédure de qualification préalable²⁵ par l'instance nationale, telle qu'elle a été mise en œuvre, depuis 1992, pour le recrutement des enseignants de statut universitaire, n'a pas été étendue aux disciplines de santé. Les modes de recrutement des personnels hospitalo-universitaires se rapprochent à cet égard d'avantage des dispositions en vigueur pour le recrutement, via le concours de l'agrégation, des professeurs des disciplines juridiques, économiques et de gestion ;
- l'existence d'une procédure informelle de pré-recrutement : mise en œuvre, suivant des modalités diverses, dans toutes ces disciplines, elle associe étroitement les instances locales et le CNU (cf. *infra* § 2.2.), permettant un accompagnement réel et sur plusieurs années des candidats mais constituant de fait un frein à toute ouverture réelle des concours à des candidats extérieurs, et ce nonobstant l'obligation statutaire de mobilité pour l'accès au corps des PU-PH ;

²³ Les dispositions applicables aux personnels hospitalo-universitaires sont détaillées en **annexe 5**.

²⁴ Cf. décret n°84-431 du 6 juin 84 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences.

²⁵ Le décret n°84-135 du 6 juin 1984 prévoit une procédure de recrutement en deux temps pour les MCU comme pour les professeurs : les candidats doivent d'abord être inscrits sur une liste de qualification arrêtée par l'instance nationale ; l'inscription sur la liste de qualification est valable quatre ans. Les candidats peuvent, pendant la durée de validité de leur inscription, se présenter aux concours ouverts par établissement et par discipline. Des comités de sélection constitués par l'établissement (article 9-1 du décret) arrêtent une liste, classée par ordre de préférence, des candidats qu'ils retiennent. Au vu de la liste classée et de l'avis motivé émis par le comité de sélection, le conseil académique de l'établissement propose le nom du candidat sélectionné ou, le cas échéant, une liste de candidats classés (mais sans pouvoir modifier l'ordre arrêté par le comité de sélection). Cette procédure de qualification a été introduite par le décret no 92-71 du 16 janvier 1992. Supprimée en 1995, elle a été réintroduite en 1997 et appliquée depuis à tous les recrutements.

- l'obligation de mobilité, sur laquelle le rapport reviendra également, n'a pas d'équivalent dans les autres corps d'enseignants-chercheurs ; si aucun des interlocuteurs rencontrés ne remet en cause l'intérêt de cette mobilité, les conditions dans lesquelles elle est organisée et financée posent en revanche de nombreuses questions.

Le cœur de la spécificité des corps hospitalo-universitaire est leur **triple mission** d'enseignement, de recherche et de soin, inscrite dans l'ordonnance de 1958 et déclinée dans les décrets statutaires²⁶.

Depuis l'origine, les personnels HU, dans l'exercice de leur triple mission, à laquelle s'est naturellement surajoutée la mission d'encadrement et de gestion, se sont heurtés à de grandes difficultés matérielles, la fonction de soins prenant le pas sur la recherche et l'enseignement, lorsque la taille des équipes ne permet de faire face à toutes les obligations de manière équilibrée.

De fait, la répartition des tâches entre ces différentes missions n'est pas uniforme et peut varier tout au long de la carrière, ce que soulignait déjà le rapport de 1983 sur le système de santé français²⁷. Tous les interlocuteurs rencontrés par la mission confirment que, si le lien enseignement/recherche et soins est essentiel, l'ensemble des missions ne peut être assumé simultanément par un seul individu mais doit être apprécié sur la durée d'une carrière et au sein d'un service, ou d'une équipe²⁸.

C'est ce qui explique qu'aucun ministre, depuis 1960, n'ait pris la responsabilité de définir de manière précise le temps consacré à chaque activité et que l'arrêté prévu à l'article 4 du 24 février 1984 n'ait jamais été publié. Le seul texte existant en la matière est l'arrêté du 21 décembre 1960 (pris en application du décret du 24 septembre 1960), qui, comme l'indique la circulaire du même jour, se borne à définir « *volontairement de manière très générale* » les obligations de service de ces personnels « *sans essayer de faire un partage du temps qui doit être consacré à l'une ou l'autre de ces trois formes d'activité* ». L'arrêté renvoie aux tableaux de service annuels le soin de fixer la répartition de ces différentes tâches tandis que la circulaire insiste déjà sur le caractère éminemment variable suivant les disciplines et les services du temps à consacrer aux différentes activités.

La réforme en cours des statuts hospitalo-universitaire s'inscrit, à cet égard, totalement dans la continuité des statuts actuels : elle propose en particulier, tant pour les personnels titulaires que non-titulaires, une fusion des trois corps de professeur des universités-praticien hospitalier et des trois corps de maître de conférences des universités-praticien hospitalier et un alignement total des dispositions applicables dans les trois disciplines, tant pour les personnels titulaires que non titulaires.

²⁶ Cf. articles 3 et 4 du décret n°84-431 du 24 février 1984 et article 3 du décret n°90-92 du 24 janvier 1990. À noter qu'en l'état du statut du 24 février 1990, les MCU-PH des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires peuvent exercer leurs fonctions à temps-plein ou à temps partiel. L'article 4 du décret du 24 février 1984 prévoit par ailleurs : « *Un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés des universités, de la santé et du budget détermine les obligations de service des personnels enseignants et hospitaliers ainsi que les conditions de la répartition de ces obligations entre les différentes fonctions, compte tenu des structures et des besoins universitaires et hospitaliers.* »

²⁷ Cf. rapport précité de MM. Jean Dausset et Jean Rey –publié à la documentation française-1983.

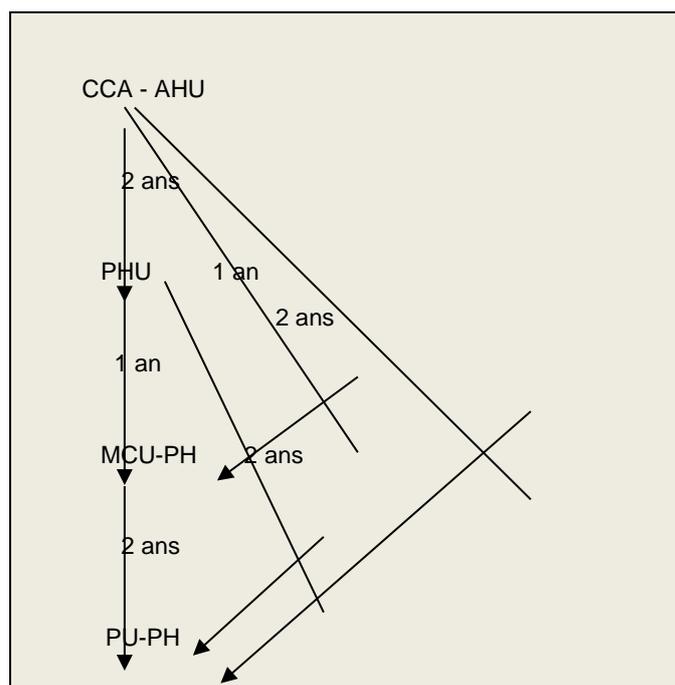
²⁸ Le rapport « Marescaux » de juin 2009, préconisait ainsi une « approche collective » de la triple mission.

L'ambition de la réforme est ainsi de :

- favoriser la constitution de viviers de recrutement des personnels hospitalo-universitaires et renforcer l'attractivité de leurs carrières ;
- harmoniser les parcours de carrière des personnels des disciplines pharmaceutiques et odontologiques sur ceux des disciplines médicales cliniques ; en odontologie en particulier, l'exercice des missions sera désormais obligatoirement à temps plein ;
- apporter plus de souplesse dans leurs parcours professionnels en facilitant notamment les passerelles entre les disciplines de santé (accueils en détachement nécessaires actuellement) ;
- permettre la création, au sein du Conseil national des universités santé, de sections ou sous-sections communes aux disciplines médicales et pharmaceutiques ou odontologiques sur des thématiques transversales comme la santé publique et favoriser ainsi la recherche interdisciplinaire ;
- constituer un levier pour le développement des unités de formation et de recherche de santé, regroupant les trois disciplines.

Le graphique suivant présente la nouvelle carrière, avec l'accès direct, désormais possible dans toutes les disciplines, au corps des PU-PH, sans passer par le corps des maîtres de conférences.

Graphique 7 : Projet de décret : la nouvelle carrière toutes disciplines de santé



Source : DGRH

Ces dispositions constituent effectivement un progrès en termes de carrière ; elles devraient encourager les rapprochements interdisciplinaires mais elles ne touchent pas au cœur du statut et il paraît douteux qu'elles contribuent, à elles seules, à renforcer l'attractivité des carrières. Elles posent par ailleurs des problèmes spécifiques d'application en odontologie qui seront évoqués *infra*.

À côté de ces personnels qui sont directement régis par les dispositions de l'ordonnance du 30 décembre 1958, doivent également être mentionnées deux autres catégories, les enseignants associés et les personnels enseignants de médecine générale. Même s'ils ne sont pas des « bi-appartenants » au sens de l'ordonnance de 1958 et ne rentrent donc pas directement dans le champ du présent rapport et si leur nombre reste encore limité, ils exercent, pour la plupart d'entre eux des doubles fonctions sans pour autant appartenir aux corps hospitalo-universitaires :

- les **enseignants associés** des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques régis par le décret n°91-966 du 20 septembre 1991

Les enseignants associés sont des personnels contractuels qui exercent des missions d'enseignement et de recherche et sont recrutés à temps plein ou à temps partiel ; ils peuvent se voir également confier des activités hospitalières au sein du CHU et en accord avec les autorités hospitalières qui participent-en ce cas- à leur recrutement. En 2016, ils étaient 221²⁹ ;

- les personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de **médecine générale**

Ils ont été créés par la loi du 8 février 2008 et par le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008³⁰. Les enseignants de médecine générale se sont vu assigner par la loi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. La loi du 8 février 2008 a en effet prévu une dérogation au statut des enseignants-chercheurs, leur imposant, en plus des missions d'enseignement et de recherche propres aux corps universitaires, une activité de soins qui s'exerce en médecine générale et ambulatoire hors centre hospitalier universitaire. Les enseignants de médecine générale sont répartis entre : deux corps de titulaires –les professeurs des universités de médecine générale et les maîtres de conférences des universités de médecine générale – ; des personnels non titulaires, les chefs de clinique des universités de médecine générale. En 2016, ils étaient 87 titulaires (36 MCU et 51 PU) et 116 chefs de clinique³¹. Leur mode de recrutement est calqué sur celui des corps équivalents hospitalo-universitaires.

1.2.2 Un processus de révision annuelle des effectifs qui reste pour l'essentiel national, sans association directe des universités

Chaque année, les ouvertures d'emplois par CHU –et les redistributions éventuelles entre disciplines et CHU– sont validées, au niveau interministériel, dans la cadre de la procédure dite de « révision annuelle des effectifs ».

²⁹ Source : DGRH (effectifs physiques exerçant à temps plein ou temps partiel).

³⁰ **Article L.952-3-1** (créé par la loi n°2008-112 du 8 février 2008) : « *Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale.*

Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire.

Pour leur activité d'enseignement et de recherche, ils sont soumis à la juridiction disciplinaire mentionnée à l'article L.952-22.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application de la présente section, et notamment le statut des personnels enseignants de médecine générale, les conditions de leur recrutement et d'exercice de leurs fonctions ainsi que les mesures transitoires et les conditions dans lesquelles les enseignants associés de médecine générale peuvent être recrutés ou demander à être intégrés dans les nouveaux corps. »

³¹ Source : DGRH (effectifs physiques).

Ce dispositif, piloté par les deux cabinets ministériels, est propre aux disciplines de santé. Dans toutes les autres disciplines, depuis la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, la masse salariale a été transférée aux universités et le ministère n'intervient pas dans les campagnes de publication d'emplois ; ce sont les universités qui décident librement de l'ouverture de leurs emplois au recrutement dans les limites des plafonds d'emplois qui leur ont été attribués et de leurs possibilités budgétaires³².

Les personnels HU sont restés à la marge de ce transfert des responsabilités aux universités. Techniquement, les universités ont bien reçu la masse salariale correspondant aux personnels hospitalo-universitaires affectés au sein de leurs UFR santé mais elles ne disposent d'aucune marge de manœuvre concernant ces personnels : elles ne peuvent ni créer, ni transformer des emplois HU sans accord avec le CHU au niveau local, et sans validation par les deux tutelles ministérielles.

Ce sont les doyens, qui préparent en amont les propositions de révision des effectifs hospitalo-universitaires en lien avec le président de la CME et le DG du CHU et les transmettent aux cabinets ministériels. Le dispositif demeure donc très centralisé et, même si les présidents y sont formellement associés, il reste piloté au niveau local par les doyens des UFR santé.

Les présidents rencontrés par la mission voient d'ailleurs le secteur santé comme une « boîte noire » et ont souvent le sentiment d'être mis devant le fait accompli, malgré des relations avec les doyens la plupart du temps bonnes, voire très bonnes. Ils sont informés par leurs doyens des propositions qui seront faites mais il est rare qu'ils interviennent directement et que les ouvertures d'emplois HU soient intégrées dans une stratégie globale de l'université. Dans certaines universités visitées, des réunions de travail ont cependant lieu en amont de la révision des effectifs, ce qui permet à l'université de mieux anticiper les besoins en emplois, et dans certains cas, d'arriver à dégager les supports nécessaires à des créations de postes (par exemple en pharmacie à Amiens ou à Paris Est Créteil). Mais, dans la majorité des cas, il s'agit d'une validation *a posteriori* de choix de candidats faits par l'UFR, plus que le résultat d'une réflexion pluriannuelle collective s'appuyant sur une stratégie scientifique de l'établissement.

À l'issue de cette phase de concertation locale, l'ensemble des acteurs sont conviés chaque année par les cabinets des ministres en charge de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la santé pour faire le point précis des emplois vacants et susceptibles d'être publiés, ainsi que des redéploiements d'emplois envisagés entre disciplines et spécialités. Sont conviés les présidents d'université, les directeurs d'UFR concernées, les DG et les présidents de CME de CHU, ainsi que les DG d'ARS³³. Ces réunions de révision sont suivies par la remontée des demandes d'ouverture transmises par les doyens (en novembre de l'année N-1), la publication des postes après arbitrage par les cabinets (en janvier de l'année N), puis par l'audition des candidats par les CNU au printemps.

³² Cf. article L712-9 du code de l'éducation : *«Le contrat pluriannuel d'établissement conclu par l'université avec l'État prévoit, pour chacune des années du contrat et sous réserve des crédits inscrits en loi de finances, le montant global de la dotation de l'État en distinguant les montants affectés à la masse salariale, les autres crédits de fonctionnement et les crédits d'investissement.»*

Les montants affectés à la masse salariale au sein de la dotation annuelle de l'État sont limitatifs et assortis du plafond des emplois que l'établissement est autorisé à rémunérer. Le contrat pluriannuel d'établissement fixe le pourcentage maximum de cette masse salariale que l'établissement peut consacrer au recrutement des agents contractuels mentionnés à l'article L.954-3.»

³³ Dans les faits, peu de présidents d'université estiment utile d'être présents à ces réunions qui demeurent pilotées par les doyens d'UFR médicales. Il en est de même des DG d'ARS qui n'interviennent que rarement lors des réunions.

Cette année, les réunions d'échange, présidées par les conseillers des ministres, ont été organisées en septembre 2017 par grandes régions. Elles ont été marquées par la volonté de recentrer la procédure en clarifiant le rôle des acteurs et en dégagant des priorités par site en matière d'enseignement, de recherche et de soins. Dans le message adressé aux présidents d'université, doyens et directeurs généraux de CHU, les cabinets ministériels ont ainsi rappelé les objectifs poursuivis :

- faire coïncider les priorités identifiées par site et les besoins au niveau national ;
- insérer la gestion de ces emplois dans une politique publique qui tienne compte des besoins de l'enseignement, de la recherche et des soins et des exigences de la triple mission des personnels hospitalo-universitaires ;
- inscrire les propositions de recrutement pour 2018 dans l'élaboration d'une stratégie pluriannuelle de recrutement cohérente et qui tienne compte des orientations retenues à l'échelon régional en matière d'offre de soins mais aussi des besoins en termes de recherche et d'enseignement ;
- prendre en compte les besoins prospectifs au niveau national dans certaines disciplines (par exemple la pédopsychiatrie, la santé publique, la médecine du travail) mais aussi des candidats disponibles, avec la difficulté de faire concorder le temps long de la préparation des candidats avec les urgences en matière de politiques publiques.

Dans cette perspective, il avait été demandé, pour la première fois, aux directeurs généraux d'ARS d'élaborer une note de synthèse des enjeux en présence pour identifier les problématiques spécifiques à chaque région. Ces notes devaient mettre en lumière les faiblesses particulières, chroniques ou provisoires, de certaines spécialités, l'émergence de nouveaux axes médicaux, les possibilités de mutualisation ou de complémentarité à encourager entre subdivisions...³⁴ Mais les délais étaient trop courts pour que l'analyse soit approfondie et reflète une vraie stratégie territoriale. Un directeur général d'ARS rencontré par la mission notait ainsi que les ARS sont « *des témoins muets, des notaires peu porteurs d'une politique d'harmonisation du recours et de développement de la recherche, ces évolutions positives nous incitent à nous y intéresser* ».

Les réunions de révision ont donc voulu s'inscrire dans une forme de rupture avec les pratiques des années précédentes, où les cabinets ministériels se prononçaient non seulement en fonction des besoins des disciplines et des sites mais aussi des profils des candidats. L'approche, cette année, se voulait beaucoup plus stratégique et régionale³⁵. Tous les interlocuteurs de la mission ont par ailleurs salué les progrès réalisés par rapport aux années précédentes et la qualité de l'écoute et la meilleure association des différents acteurs (ARS, présidents...).

Plusieurs remarques peuvent être faites à ce stade sur cette procédure :

- malgré les progrès enregistrés cette année, le processus de révision, tel qu'il est organisé dans le cadre d'une discussion annuelle, ne permet pas d'engager une réflexion prospective à moyen terme : de fait, les demandes sont exprimées d'abord par les UFR et les arbitrages rendus essentiellement en fonction des candidats « prêts », sans vision consolidée des besoins par discipline au niveau du site, de la région ou au niveau national ;

³⁴ Chaque ARS a envoyé à la DGOS- en amont des réunions de révision une note qui contenait des éléments d'analyse sur l'offre de soins et les problématiques de planification territoriale (et notamment sur les disciplines en tension). Vu les délais très courts dont elles disposaient, les ARS n'ont pu réaliser qu'une analyse succincte.

³⁵ Dans les années 1998-2000, une approche régionale de ce type avait déjà été mise en place par les conseillers éducation et santé. Les demandes des UFR et des CHU devaient s'inscrire dans un projet pluriannuel.

- le dispositif peine à modifier les équilibres entre CHU et les déficits d'encadrement de certaines équipes, si ce n'est à la marge³⁶. Les arbitrages se font UFR par UFR, et portent quasi exclusivement sur les emplois libérés temporairement, notamment les emplois de PU-PH en surnombre, rendant toute politique raisonnée de redéploiement très complexe, tant entre disciplines qu'entre CH&U ; le format régional des réunions de révision ne s'est pas encore traduit par une approche régionale des besoins ;
- les présidents d'université et les directeurs généraux d'ARS se sentent très « en dehors » du processus, même s'ils y sont formellement associés ; il n'y a -sur le sujet- pas de conflit entre doyens et présidents mais plutôt le constat, chez les présidents, que compte-tenu de la double fonction H et U, ils n'ont aucun poids, ni aucune marge de manœuvre sur ces emplois et sur la masse salariale correspondante qui leur est déléguée formellement mais reste « sanctuarisée », notamment lorsque les universités sont confrontées à la mise en œuvre de plans de retour à l'équilibre financier ;
- du côté des acteurs, et en particulier des conférences des doyens de santé, l'attachement reste très fort au principe d'une gestion nationale des emplois et d'un arbitrage final réalisé par les deux ministères en charge de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la santé. Même s'ils ne rejettent pas l'idée de travailler en amont d'avantage sur l'approche régionale. Il y a une vraie crainte de perdre cette instance de recours en cas de conflit ; par ailleurs, en l'absence de toute création, l'arbitrage national permet seul des redéploiements, même si ceux-ci restent très limités ;
- la procédure nationale de révision des effectifs a pu entretenir une forme de confusion, sur des périodes relativement récentes, entre le rôle des cabinets et celui des sections du CNU constituées en jury. Les cabinets des deux ministres sont totalement légitimes pour décider des ouvertures ou transformations d'emplois au vu des orientations nationales en matière de soin, de recherche et d'enseignement ; en revanche, c'est aux jurys de recrutement et à eux seuls qu'il revient de se prononcer sur la valeur des candidats. Des pratiques antérieures de confusion des rôles ont laissé des traces dans la communauté et montrent la limite d'un exercice qui consiste, *in fine*, à arbitrer en fonction des candidats, beaucoup plus qu'au vu des besoins de santé publique, qu'ils soient régionaux ou nationaux.

Il est encore trop tôt pour évaluer les effets du recadrage, opéré cette année, des réunions de révision mais il est certain que l'inscription dans une réflexion pluriannuelle au niveau régional paraît indispensable. À cet égard, les présidents d'université et les DG des ARS devraient être associés d'avantage, en amont, aux demandes d'ouverture de postes présentées.

1.2.3 Une gestion des personnels partagée entre de nombreux acteurs, avec des modalités de coopération qui ne sont pas optimales

➤ Une déconcentration inaboutie de la gestion des personnels HU

La gestion partagée entre les deux tutelles de l'enseignement supérieur et de la santé est inscrite dans la « bi-appartenance » des personnels hospitalo-universitaires.

Jusqu'à une période très récente, cette gestion est restée totalement centralisée au niveau des administrations centrales des deux ministères. Mais, depuis 2012, un mouvement de déconcentration a été engagé.

³⁶ Cf. en annexe 4 l'évolution des effectifs par CHU et disciplines sur les cinq dernières années.

Du côté universitaire, poursuivant un processus initié en 1993 pour les personnels de l'enseignement supérieur, un décret du 7 février 2012³⁷ a autorisé la déconcentration d'un certain nombre d'actes de gestion des personnels hospitalo-universitaires auprès des présidents d'université, qui peuvent déléguer, en la matière, leur signature au directeur de l'unité de formation et de recherche de santé concernée.

L'arrêté du 12 mars 2012, pris en application du décret du 7 février 2012, a listé les actes qui faisaient l'objet de cette déconcentration. Il s'agit de tous les actes de gestion individuelle concernant les MCU-PH et les PU-PH, à l'exception des décisions relatives à la nomination dans les corps et à la cessation de fonctions. L'organisation des concours reste également centralisée à la DGRH et au CNG.

Simultanément (au 1^{er} septembre 2012), un transfert de la gestion des personnels hospitalo-universitaires a été opéré de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère chargé de la santé vers le centre national de gestion (CNG), dans le cadre du décret n°2007-704 du 4 mai 2007. Mais ce transfert (qui n'est pas une déconcentration) n'a pas été homogène : certains actes, en nombre limité, ont été déconcentrés aux ARS ou aux CHU, d'autres sont restés au CNG, donc dans le cadre d'une gestion qui reste nationale, alors que les mêmes actes étaient déconcentrés auprès des universités³⁸.

Il faut par ailleurs souligner que le fondement de la délégation des compétences du CNG en matière de gestion des personnels HU n'est pas totalement clair. Aucun texte analogue à l'article L. 951-3 du code de l'éducation ne prévoit en effet la possibilité pour le ministre chargé de la santé de déléguer au CNG les pouvoirs de gestion qu'il tient des dispositions de l'article L. 952-21 du code de l'éducation. L'article 116 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires à la FPH indique en effet que « *le Centre national de gestion est l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers* » sans mentionner la gestion des personnels enseignants et hospitaliers titulaires. Enfin, ni les dispositions de l'article 2-1 du décret susvisé du 4 mai 2007, ni celles des décrets susvisés du 24 février 1984 et du 24 janvier 1990 portant statuts des personnels concernés ne renvoient à un arrêté le soin de définir les modalités d'une telle délégation.

Au-delà du problème de base légale du dispositif de délégation du côté CNG, il s'en suit un mode de gestion complexe où les niveaux de déconcentration des actes entre le volet hospitalier et le volet universitaire n'ont pas été harmonisés³⁹.

³⁷ Décret n° 2012-195 du 7 février 2012 modifiant le décret n° 93-1335 du 20 décembre 1993 relatif à la déconcentration de certaines opérations de gestion concernant les professeurs des universités, les maîtres de conférences, les assistants de l'enseignement supérieur et les enseignants-chercheurs assimilés aux professeurs des universités et aux maîtres de conférences : l'article L. 951-3 du code de l'éducation prévoit que le ministre chargé de l'enseignement supérieur peut déléguer aux présidents des universités et aux présidents ou directeurs des autres établissements publics d'enseignement supérieur tout ou partie de ses pouvoirs en matière de recrutement et de gestion des personnels titulaires, stagiaires et non titulaires de l'État qui relèvent de son autorité. Le décret du 7 février 2012 modifie les conditions d'application de cette délégation de pouvoirs en matière de recrutement et de gestion des enseignants-chercheurs et assimilés, des personnels enseignants et hospitaliers et des personnels enseignants de médecine générale fixées par le décret n° 93-1335 du 20 décembre 1993.

³⁸ Cf. arrêté du 26 juin 2012 relatif aux opérations de gestion des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, et des personnels enseignants et hospitaliers des centres d'enseignement, de soins et de recherche dentaires, exercées par le centre national de gestion au nom du ministre chargé de la santé.

³⁹ Cf. annexe 7 qui présente, par catégorie d'actes, les autorités compétentes pour la gestion des personnels HU.

S'il est logique de laisser les entrées et les sorties de corps ainsi que l'organisation des concours, gérées au niveau central, puisqu'il s'agit de corps nationaux, rien ne justifie que l'établissement hospitalier d'affectation n'ait pas été privilégié comme niveau de déconcentration de base pour les actes de gestion courante, par parallélisme avec ce qui avait été fait en 2012 pour les universités. Le choix, côté santé, de transférer au CNG la quasi-totalité des actes de gestion concernant les personnels HU titulaires vide dès lors largement de son sens la déconcentration opérée du côté universitaire.

La comparaison des deux niveaux de déconcentration met par ailleurs en lumière des incohérences et anomalies, par exemple :

- les autorisations de missions temporaires ont été déconcentrées aux universités et aux CHU en odontologie mais confiées aux préfets et aux recteurs en médecine et pharmacie ;
- la décision d'octroi du consultanat⁴⁰ est confiée au DG de l'ARS alors qu'elle pourrait être confiée plus directement au directeur général de CHU (c'est le seul acte de gestion de ces personnels assuré par l'ARS), avec allocation des ressources correspondantes.

Au total, la mission ne peut que constater le caractère inabouti du processus de déconcentration qui n'a pas été mené de manière parallèle par les deux ministères. Les deux administrations, tant au niveau central (entre le CNG et la DGRH) qu'au niveau local (entre CHU et services de l'université et des UFR santé), entretiennent, dans l'ensemble, de bonnes relations interpersonnelles et structurelles. En revanche, tous les acteurs soulignent la lourdeur de la gestion au quotidien, engendrée par les niveaux décisionnels non cohérents entre les deux administrations.

➤ L'absence d'outils partagés de gestion entre les deux administrations

Cette double gestion est encore compliquée par l'absence de données partagées entre les services des deux ministères : DGRH et DGESIP pour le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, DGOS et le CNG, du côté du ministère chargé de la santé.

Côté santé, le CNG a des données partielles sur la population qu'il gère : en effet, il ne dispose d'aucune donnée avant 2012, date du transfert de la gestion des personnels ; il a dû reconstituer un fichier des effectifs physiques, la DGOS et/ou la DGRH, au moment du transfert ne leur ayant pas communiqué les données antérieures à 2012, ce qui lui interdit des analyses historisées de l'évolution de la population par discipline et CHU.

Il ne dispose également pas des données sur les emplois, qui restent gérés au niveau national et se trouve donc dans l'impossibilité, par exemple, d'évaluer le nombre d'emplois vacants. De même, il lui est difficile de récupérer en temps réel les sorties de corps (qui restent gérées au niveau ministériel).

Enfin, ni la DGOS, ni le CNG n'ont de données consolidées sur les personnels non-titulaires, ce qui leur interdit d'avoir une vue d'ensemble de la population hospitalo-universitaire.

Côté enseignement supérieur, deux directions sont impliquées dans la gestion des personnels hospitalo-universitaires.

⁴⁰ Le consultanat permet au PU-PH bénéficiant du maintien en activité en surnombre universitaire de poursuivre des fonctions hospitalières. Il n'est pas de droit mais s'inscrit dans un projet contractualisé. Ce statut au financement national est abandonné dans certains CHU et profite essentiellement à l'AP-HP.

○ La DGRH

Elle possède pour sa part l'ensemble des données (effectifs physiques et emplois), pour les personnels titulaires, par corps, par discipline (au sens des sections et sous-sections du CNU) et par CHU, notamment à partir de la base GESUP pour les effectifs physiques. Elle a également des données sur les effectifs hospitalo-universitaires non titulaires.

En revanche, la base GESUP ne permet pas d'avoir d'éléments sur les recrutements et le déroulement des carrières. Le secteur santé est en effet resté en dehors de la politique de dématérialisation des dossiers de candidature et d'organisation des concours que la DGRH a généralisée dans tous les autres secteurs disciplinaires⁴¹, ce qui interdit toute analyse fine sur l'origine des candidats aux concours, les recrutements et les carrières, à la différence de ce que réalise la DGRH dans tous les autres secteurs disciplinaires.

○ La DGESEP

Elle assure la gestion de la masse salariale et, s'agissant des personnels HU, ajuste les montants délégués chaque année aux établissements en fonction des éléments communiqués par la DGRH (création, suppression, transformation d'emploi, professeurs en surnombre...). Mais, les présidents interrogés estiment qu'ils n'ont qu'une vision tronquée de la masse salariale représentée par les personnels hospitalo-universitaires, d'autant que le suivi des professeurs en surnombre engendre des incertitudes fortes et nécessite des réajustements en cours d'année. Par ailleurs les présidents d'université ne disposent d'aucune marge de manœuvre véritable sur cette masse salariale : tout au plus peuvent-ils, dans le cadre de la révision des effectifs décider de « repyramider » des emplois santé en « dépyramidant » des emplois hors-santé, ou de financer des emplois de médecine générale en « rendant » en contrepartie des emplois non HU (PR, MCF, ATER). Mais ils n'ont pas la main sur les créations et suppressions de ces emplois, plaçant de fait les disciplines de santé hors du périmètre de l'autonomie universitaire.

Au total, les services gestionnaires des deux administrations n'ont pas d'outils communs de dialogue, ce qui entraîne un alourdissement inutile de la gestion et un certain nombre de conséquences :

- une absence de vision consolidée et partagée de la situation et du déroulement de carrière des personnels HU ;
- des différences qui peuvent être relevées –à la marge– sur les effectifs suivant que les chiffres émanent du CNG ou de la DGRH ;
- une population dont la gestion reste encore très centralisée mais sur laquelle –assez paradoxalement– les ministères manquent de données d'analyse fines.

C'est ainsi que la Cour des comptes a pu dire, dans son récent rapport sur le sujet⁴², que les effectifs hospitalo-universitaires étaient mal connus ; de fait, si ces effectifs sont connus et recensés par la DGRH en particulier qui possède –théoriquement– une base exhaustive des effectifs et des emplois, il est vrai que l'absence de données partagées entre les deux ministères et le CNG nuit à la lisibilité et à la compréhension globale au niveau national.

⁴¹ Cette non-extension des mesures d'informatisation et dématérialisation aux concours dans les disciplines de santé résulte d'une décision expresse, en 2013, du conseiller santé au MESR (courriel en ce sens adressé à la DGRH).

⁴² Cf. rapport précité de la Cour des comptes : *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et le recherche universitaire* - décembre 2017, p. 133 et suivantes.

1.2.4 Un environnement hospitalier et universitaire dont l'évolution constante rejait sur les modalités d'exercice des personnels hospitalo-universitaires

Conçu, en 1958, pour occuper une place centrale, voire exclusive, dans la recherche médicale et la formation des étudiants, le CH&U a vu son rôle se modifier peu à peu, avec les réformes de l'organisation et de la gouvernance hospitalières qui se sont succédées depuis les années 1970. On peut notamment citer, pour mémoire :

- la loi du 31 décembre 1970⁴³ qui, en créant la notion de service public hospitalier (SPH), sera la première à ouvrir à d'autres acteurs que les CH&U, la possibilité de concourir à la recherche ;
- la loi n°91-748 du 31 décembre 1991 portant réforme hospitalière : en élargissant la mission de recherche à l'ensemble des établissements de santé, la loi affirme l'unicité du système hospitalier au-delà du statut des établissements. Elle instaure les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et introduit de nombreuses innovations, notamment dans les domaines de l'organisation hospitalière et de la coopération entre établissements de santé. C'est elle qui crée les centres hospitaliers universitaires (CHU), introduisant d'ailleurs une forme de confusion malheureuse entre les nouveaux CHU et les CH&U issus de l'ordonnance de 1958. L'ordonnance du 24 avril 1996 a ensuite créé les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) chargées, entre autres, d'élaborer les SROS et de répartir les enveloppes financières régionales entre les établissements de santé ;
- en septembre 2003⁴⁴, le plan Hôpital 2007 introduit des modifications profondes dans l'activité des hôpitaux publics. Il renforce le pouvoir des agences régionales de l'hospitalisation et modifie les règles de la « gouvernance hospitalière ». Le Plan Hôpital 2007 réforme également les modes de financement des établissements publics et privés avec la tarification à l'activité (T2A) ;
- la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) crée, quant à elle, un statut unique pour l'ensemble des établissements de santé, leur attribue des missions communes et revoit l'organisation et la gouvernance, y compris des CHU ;
- avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, des modifications sont à nouveau apportées dans l'organisation régionale et territoriale du système de soins. La loi remanie ainsi le projet régional de santé, créé par la loi HPST, en instaurant un schéma régional de santé unique (au lieu de trois précédemment). Le remplacement des communautés hospitalières de territoire par des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est également acté dans la loi. Elle confie aux centres hospitaliers universitaires, la responsabilité de coordonner, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés, les missions d'enseignement, de formation initiale des professionnels médicaux ; les missions de recherche, de gestion de la démographie médicale et les missions de référence et de recours.

Ces nouvelles circonscriptions hospitalières sont censées mieux répartir les responsabilités entre les différents acteurs mais les difficultés de coordination ainsi que l'enchaînement rapide des réformes ont complexifié le paysage et entraîné une imbrication des missions qui rend difficile la lecture de l'organisation territoriale actuelle.

⁴³ Loi n°70- 1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴⁴ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Dans le même temps, des regroupements universitaires ont vu le jour à la suite des lois de 2007 et de 2013⁴⁵, ce qui a amené soit la fusion d'établissements, soit la création de communautés d'universités et d'établissements (COMUE) dans lesquelles la place des UFR de santé se trouve de fait modifiée.

Conséquence de ces évolutions, les activités de soins, de recherche et de formation ne sont plus de la seule compétence du CH&U ; elles sont organisées à la fois :

- à l'échelon interrégional, avec notamment les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) et les circonscriptions du troisième cycle des études médicales, qui regroupaient, jusqu'en 2017 un ou plusieurs CHU⁴⁶ ; à l'échelon infrarégional avec la création des groupements hospitaliers de territoire, qui sont dotés d'un volet et de mission hospitalo-universitaires⁴⁷ ;
- dans les établissements publics ou privés, ou en libéral auprès des cabinets médicaux, avec la multiplication des lieux de stages pour les étudiants et les internes.

Le modèle du CH&U et les conditions d'exercice du « métier » hospitalo-universitaire ont ainsi profondément évolué en même temps qu'évoluaient l'organisation et la gouvernance tant des hôpitaux que des universités, les CHU perdant le « monopole » de la formation et de la recherche.

Un personnel hospitalo-universitaire, s'il veut développer une recherche clinique, a ainsi accès à des crédits et des structures dévolus dans le cadre de programmes hospitaliers propres, hors université. Des structures dédiées à la recherche clinique se sont en effet développées dans les établissements de santé et sont financées par des dotations spécifiques versées au titre des « missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation » (MERRI). Les crédits MERRI, qui ne sont ouverts ni aux universités, ni aux organismes de recherche, financent également les appels à projets lancés annuellement par le ministère chargé de la santé et portant sur les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)⁴⁸. En même temps, d'autres services et établissements hors CH&U (CH, ESPIC, privé commercial...) se voient reconnaître leur participation aux missions d'enseignement, de soins et de recherche et émargent à ce titre aux crédits des MERRI, d'où une concurrence vécue souvent difficilement au sein des CH&U⁴⁹.

Dans le même temps, les exigences vis-à-vis des personnels hospitalo-universitaires sont de plus en plus fortes : les critères de recherche pour le recrutement et la carrière sont renforcés (cf. *infra* § 2.4.3.), la pression budgétaire s'accroît dans les hôpitaux mais aussi dans les universités, où les besoins d'encadrement des étudiants augmentent avec la croissance du numérus clausus.

⁴⁵ Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (dite loi LRU) et loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 (loi « Fioraso ») relative à l'enseignement et à la recherche.

⁴⁶ Depuis 2017 et la réforme du troisième cycle, les terrains de stage sont désormais effectués au niveau régional.

⁴⁷ Cf. L.6132-1 du code de la santé publique : « III.- Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire. »

Voir aussi article L.6132-4 : « IV. - Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

4° Les missions de référence et de recours. »

⁴⁸ Cf. rapport 2018 de l'IGAS et de l'IGAENR sur cette question des PHRC.

⁴⁹ Le rapport de la Cour des comptes de décembre 2017 évoque « l'érosion de la part des CHU dans les recettes de MERRI » : entre 2011 et 2017, la part des CHU dans les recettes MERRI au titre de la dotation socle a baissé de près de 5 %, passant de 84,61 % à 79,83 %.

La stabilité apparente des effectifs et du statut masque ainsi une profonde évolution du métier hospitalo-universitaire. Proportionnellement moins nombreux, avec des conditions d'exercice qui se sont considérablement modifiées à l'hôpital mais aussi à l'université, les personnels hospitalo-universitaires s'inquiètent de ce qu'ils considèrent, pour la plupart d'entre eux, comme une perte d'attractivité de la carrière et craignent que l'hôpital public peine de plus en plus à recruter les meilleurs. À cet égard, les conditions d'accès à la carrière suscitent de nombreuses questions.

2 L'ATTRACTIVITE DE LA CARRIERE EN QUESTION

La période –longue (en moyenne au moins six à huit ans) – qui sépare la fin de l'internat du recrutement sur un emploi de titulaire, représente la première étape obligatoire de l'entrée dans la carrière hospitalo-universitaire. Elle est marquée par les incertitudes d'un parcours à la fois exigeant et peu transparent. Les règles du jeu sont totalement intériorisées par les « postulants » mais peu explicitées et l'incertitude des résultats constitue une source d'angoisse pour les intéressés, qui explique souvent les abandons en cours de route et l'attrait des carrières privées face au parcours ressenti comme « semé d'embûches » du post-internat.

2.1 Les incertitudes du post-internat

Le « post-internat » englobe traditionnellement une période hybride qui est utilisée à plusieurs fins complémentaires, voire contradictoires :

- elle permet aux intéressés, à l'issue de l'internat, d'approfondir leur formation professionnelle et de préparer leur carrière future à l'hôpital ou dans le secteur libéral, où le titre d'ancien assistant ou chef de clinique permet d'accéder au secteur ²⁵⁰ ;
- elle permet à l'université et à l'hôpital d'assurer l'encadrement des étudiants et des internes ;
- elle est l'étape obligatoire pour les candidats aspirant à entrer dans la carrière hospitalo-universitaire, dans le cadre d'un exercice particulier à la fois clinique et scientifique.

Ces finalités étaient déjà présentes lors de l'adoption du statut de février 1984⁵¹, et c'est ce qui fait la richesse de cette période qui doit permettre aux futurs praticiens de choisir entre les différents types de carrières possibles, en participant aux activités de soins à l'hôpital tout en leur permettant de s'initier à l'enseignement et à la recherche.

2.1.1 Un dispositif multi-faces

L'essentiel des moyens consacrés au post-internat dans les CH&U est constitué par les postes de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et assistants-hospitalo-universitaires (AHU), qui reçoivent, comme les personnels titulaires, une rémunération principale versée sur le budget des universités et des émoluments hospitaliers, non soumis à retenues pour pension⁵². Ce dispositif a été complété, depuis 2009, par l'implantation –en CHU– de postes

⁵⁰ Le secteur 2, ou secteur conventionné à honoraires libres, regroupe les médecins qui sont autorisés à appliquer des honoraires libres et qui donc peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires « avec tact et mesure ».

⁵¹ Le rapport d'août 1983 sur le système de santé français assignait déjà à la période du post internant ce triple objectif.

⁵² Cf. article 26-6 du décret n°84-135, article 38 du décret n°90-24 et arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunération ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

d'assistants hospitaliers qui n'ont pas de valence universitaire et qui étaient initialement réservés aux seuls CH.

Des personnels qui, par leur nombre, occupent une place essentielle dans les CH &U

Le tableau suivant met en lumière trois éléments :

- l'importance de cette population non titulaire : en 2016, elle représentait, 45 % du total des effectifs hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires des trois disciplines); ces personnels constituent à ce titre un apport essentiel, par leur activité de soins, dans le fonctionnement actuel des CH&U mais aussi dans l'encadrement des étudiants de deuxième et troisième cycles ;
- la stabilité globale de ces effectifs alors même que le nombre d'étudiants à encadrer augmente et que, dans le même temps, la pression en matière de soins est de plus en plus forte ;
- une redistribution limitée, notamment au bénéfice des centres de soins et de recherche dentaires et de la médecine générale.

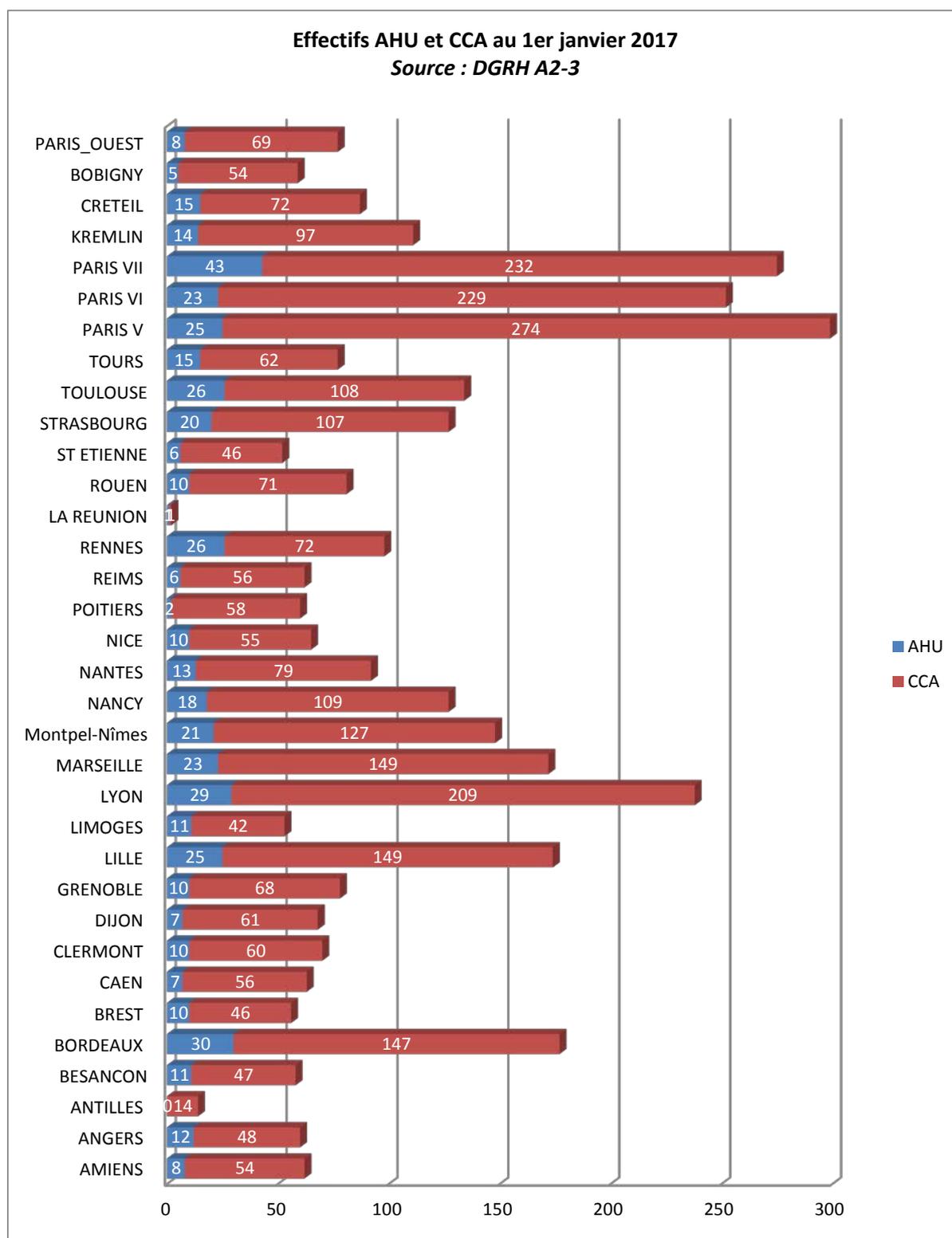
Tableau 3 : Évolution des effectifs des personnels hospitalo-universitaires non titulaires de 2012 à 2016

Type de contrat ou de fonctions	2012	2013	2014	2015	2016	Evol 2012/2016
Praticien hospitalier universitaire (PHU)	196	180	180	134	138	-58
Chef de clinique - assistant des hôpitaux (ASM)	3659	3624	3624	3642	3601	-58
Assistant hospitalier universitaire des disciplines pharmaceutiques et des CSERD (AHUP et AHUO)	415	415	488	490	492	77
Chef de clinique des universités de médecine générale	80	85	85	85	116	36
TOTAL	4350	4304	4377	4351	4347	-3

Source : DGRH A1-1

Comme le montre le graphique suivant, la répartition est par ailleurs très inégale entre les CH&U, reproduisant sans surprise les disparités constatées dans la répartition des personnels titulaires : le tiers des effectifs est concentré sur l'Île-de-France et les trois universités *intra-muros* de Paris V, Paris VI et Paris VII totalisent à elles seules 826 postes.

Graphique 8 : Les effectifs (physiques) de CCA et AHU au 1^{er} janvier 2017 par CH&U



Source : DGRH A2-3-retraitement mission

Les créations, au niveau national, ont été très limitées durant les dernières années et ciblées :

- 10 emplois de chefs de clinique ont été créés budgétairement en 2017, pour un montant de 70 000€ par poste, afin de faciliter l'accès à la carrière universitaire des jeunes médecins en soins palliatifs ;
- 80 emplois de postes chef de clinique ont été réservés à la filière de médecine générale ; d'abord financés par le ministère de la santé via les agences régionales de santé, ces emplois ont été inscrits au budget du MESRI au 1^{er} janvier 2018.

La répartition entre CHU de ces supports d'emplois reste donc essentiellement historique. Cette répartition fait l'objet d'arrêtés annuels interministériels qui fixent la répartition par CH&U et par discipline des effectifs hospitalo-universitaires titulaires et non titulaires. Mais ces arrêtés entérinent la plupart du temps des décisions locales. Les supports de CCA, d'AHU et de PHU sont gérés directement par les doyens, en lien avec les autorités hospitalières. Les pratiques peuvent être différentes d'une UFR à l'autre mais les doyens –en règle générale– font masse des différents types de supports de non titulaires (CCA, AHU et PHU) et utilisent la ressource existante en fonction des besoins des services et des candidatures.

Ainsi, à Amiens, qui est un des CH&U où le taux d'encadrement par étudiant est l'un des plus faibles, tous les supports d'assistants/AHU/CCA et PHU sont regroupés pour donner plus de visibilité sur les postes offerts. Comme la ressource est rare, les postes sont tournants et aucun service n'en est considéré comme propriétaire. L'identification des besoins et des priorités régionales est réalisée en collaboration avec tous les acteurs avant l'ouverture des postes qui a lieu en janvier. UFR, direction des affaires médicales du CHU, présidents de CME du CHU mais aussi des autres hôpitaux de la région, coordinateurs de filières sont associés à la décision, qui est prise *in fine* par le doyen et le DG du CHU, cosignataires des publications d'emplois de CCA et AHU. On retrouve le même type de coopération hospitalière et universitaire dans la plupart des CH&U visités, avec un poids plus ou moins grand du CHU dans l'arbitrage des postes.

2.1.1.1 Les assistants spécialistes : des moyens complémentaires au titre du post-internat

À côté du clinicat et de l'assistantat, qui restent la voie privilégiée pour accéder à la carrière hospitalo-universitaire, se sont développés en CHU depuis quelques années les postes d'assistants spécialistes. Le décret n°2009-24 du 8 janvier 2009 (article 7) a en effet étendu aux CHU la possibilité de recruter des assistants spécialistes⁵³.

Comme le précise la circulaire DGOS du 26 janvier 2009⁵⁴, les fonctions d'assistant spécialiste doivent permettre à de jeunes médecins d'approfondir leur formation spécialisée dans les établissements sur des fonctions de plein exercice, de participer, le cas échéant, à l'encadrement des internes. La circulaire précise notamment que : « *ce nouvel outil statutaire dont disposent désormais les CHU ne doit pas être détourné de sa finalité. Dans les CHU, l'assistant spécialiste doit devenir un instrument de rapprochement et de collaboration avec les CH dans le cadre de conventions de coopération. Un assistant spécialiste n'a pas pour vocation à exercer exclusivement en CHU. [...] L'objectif du dispositif est de s'appuyer sur l'excellence de la formation dans les CHU pour renforcer les centres hospitaliers et non de vider les CH de précieuses ressources médicales* ».

À la différence des postes de CCA et AHU, la gestion des supports d'emplois d'assistants spécialistes appartient aux établissements publics de santé et *in fine* à l'ARS, les UFR étant consultées mais pas décisionnaires.

⁵³ Cf. article R.6152-501 de code de la santé publique.

⁵⁴ CIRCULAIRE N° DHOS/RH/2009/26 du 26 janvier 2009 relative au recrutement d'assistants spécialistes dans les CHU.

La dotation allouée en 2018 aux CHU pour le financement des postes d'assistants spécialistes et des postes partagés financés par les ARS au titre des vagues 8 (2016-2018) et 9 (2017-2019) s'élevait ainsi à 29,5 M€. Par ailleurs, 43 postes d'assistants spécialistes en médecine de la douleur-médecine palliative sont financés au titre du plan soins palliatifs à hauteur de 2M€ correspond aux dix mois d'exercice en 2018 sur la base d'un coût annuel brut de 57 600 €.

Complétant ce dispositif, certaines régions se sont impliquées dans le financement du post-internat sans qu'il ait été possible à la mission d'avoir une vision consolidée de l'implantation de ces postes qui sont gérés localement. Ainsi, on trouve dans le Nord Pas-de-Calais 252 postes de post-internat payés par l'établissement; au contraire, la région Picardie s'est peu impliquée dans ce type de créations.

Selon un recensement effectué par la conférence des DG de CHU pour l'année 2016, on comptait pour 28 CHU, 1 422 postes d'assistants spécialistes financés à 100 % par les CHU et 811 postes d'assistants spécialistes partagés financés totalement ou partiellement par l'ARS (436 avec recrutement par les CHU et 375 avec recrutement par les CH), ce qui représente 2 200 postes environ (contre 4 400 supports de post-internat HU).

La diversification des supports de post-internat via les créations d'assistants spécialistes et d'assistants partagés, si elle représente une initiative intéressante, reste cependant limitée en nombre, les postes hospitalo-universitaires restant la voie privilégiée pour les internes, y compris pour ceux qui n'ont pas l'intention de s'engager, à terme, dans une carrière hospitalo-universitaire.

2.1.1.2 Le clinicat et l'assistantat : un statut intermédiaire, à la fois attractif et source d'incertitude

Les chefs de clinique-assistants des hôpitaux (CCU) et les assistants hospitalo-universitaires (AHU) font partie à part entière des personnels hospitaliers et universitaires et, à ce titre, les dispositions qui les régissent sont intégrées dans les décrets « statutaires » du 24 février 1984 et du 24 janvier 1990. L'article 1^{er} du décret du 24 février 1984 rappelle ainsi que « *dans les centres hospitaliers et universitaires, les fonctions universitaires et hospitalières sont exercées conjointement par un personnel médical et scientifique* » qui comprend :

- des personnels titulaires (les PU-PH et MCU-PH) ;
- en médecine, les praticiens hospitalo-universitaires qui sont des personnels temporaires ;
- des personnels non-titulaires : les chefs de clinique et les assistants hospitalo-universitaires.

Cette intégration dans les décrets statutaires⁵⁵, qui n'a pas d'équivalent dans les autres disciplines, se traduit dans les conditions de recrutement et les modalités d'exercice :

- ils partagent avec les personnels hospitalo-universitaires titulaires, la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche ; ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions, au contrôle des connaissances, aux jurys d'examen et de concours. Ils peuvent également participer à des actions de coopération internationale ;
- leur gestion est assurée conjointement par les autorités universitaires et hospitalières ;
- ils relèvent de la juridiction disciplinaire spécifique aux personnels hospitalo-universitaires.

⁵⁵ Le fait d'avoir fait figurer dans le même texte, les dispositions concernant à la fois les personnels non titulaires et les personnels titulaires souligne la nature particulière du statut et des obligations de services de ces personnels qui relèvent, comme les personnels titulaires, de l'ordonnance du 31 décembre 1958.

Les dispositions qui régissent les CCA et AHU sont quasi identiques ; la différence principale réside dans l'appartenance à la discipline universitaire. Les postes de CCA sont réservés aux disciplines cliniques, ceux d'AHU aux disciplines pharmaceutiques, biologiques et mixtes.

➤ **Les conditions et modalités de recrutement**

Les décrets statutaires prévoient une nomination par décision conjointe du directeur général du CHU et du directeur de l'UFR sur proposition du chef de service et après avis du conseil de l'UFR et de la CME dans les trois années suivant l'obtention de leur DES ou la fin de leur internat⁵⁶. Le recrutement est donc local, avec une procédure dans laquelle les doyens jouent un rôle essentiel, tant dans l'ouverture ou non des postes que dans les modalités de recrutement.

Les CCA et AHU sont nommés pour une première période de deux ans avec possibilité de deux renouvellements d'une année chacun, soit quatre ans maximum auxquelles il faut ajouter la possibilité d'être recruté comme praticien hospitalier universitaire, ce qui porte à huit ans la durée totale des fonctions exercées en qualité de CCA, AHU et praticien hospitalier universitaire (cf. *infra* § .2.2.1). La possibilité de moduler la durée des fonctions confiées dans le cadre du post-internat doit permettre –théoriquement– d'assurer la jonction avec la suite de la carrière, qu'elle soit libérale ou aboutisse à un recrutement dans un des corps de titulaire hospitalier ou hospitalo-universitaire.

Mais, au-delà de ces dispositions réglementaires, la situation varie beaucoup d'un CH&U à l'autre, voire, au sein d'un même CH&U, d'un service à l'autre, que ce soit dans les modalités de recrutement ou dans les conditions d'exercice.

⁵⁶ Peuvent en outre faire candidature aux fonctions d'AHU les titulaires depuis moins de trois ans d'un diplôme d'études et de recherche en biologie humaine ou d'un doctorat en biologie humaine, ou d'un diplôme équivalent.

Encadré 1 : Des modalités de recrutement organisées localement et propres à chaque UFR

En règle générale, dans les CH&U visités, ce sont les chefs de service qui « repèrent » les candidats et les postes ne sont pas véritablement ouverts au recrutement externe, même si dans certains cas, les candidats peuvent venir de l'extérieur. Mais chaque UFR a ses propres pratiques et organise ses campagnes de recrutement, en faisant éventuellement appel, à une commission mixte hôpital/UFR qui se prononce sur les ouvertures de postes et éventuellement les candidatures.

Ainsi, à l'**université Lyon I**, les candidatures aux postes de CCA et AHU sont examinées et discutées par le comité de coordination des études médicales (CCEM) et les représentants des hospices civils de Lyon, chaque dossier étant présenté par le chef de service et le collège de la spécialité; les candidats sont ensuite auditionnés et seront accompagnés pendant tout leur clinicat par le collège de la spécialité. La décision d'ouverture d'un emploi, comme le suivi des candidats sont donc assurés collégialement. Les procédures de recrutement en pharmacie sont calquées sur celles de la médecine avec une commission d'audition mixte HCL/université, y compris pour les AHU. L'UFR de pharmacie est invitée à la commission mixte médecine et vice-versa. L'audition des candidats aux postes de CCA et AHU et le suivi personnalisé après leur nomination paraissent essentiels au président de la CCEM.

A l'université **Paris-Est Créteil (UPEC)**, qui recrute environ 50 CCA et AHU par an, la procédure de recrutement est également caractérisée par la forte collaboration université/hôpital. La commission chargée de sélectionner les candidats est mixte et regroupe des représentants de l'UFR de médecine, de l'Inserm et de la commission médicale d'établissement. Cette mixité garantit la cohérence dans les choix mais aussi les promesses faites aux candidats. Les différents besoins (en soin, en enseignement et recherche) peuvent plus facilement être pris en compte.

Les recrutements de CCA et AHU à l'UFR de médecine de l'**université Paris V** se font à l'initiative des chefs de service avec validation du doyen. Chaque année, l'UFR interroge les chefs de service sur leurs besoins (entre 80 et 100 demandes en moyenne par an). C'est le doyen qui arbitre sur les demandes de postes, sans faire appel à une commission. Il se fonde pour affecter les emplois de CCA et d'AHU sur les besoins des services, sachant que la répartition des supports entre services est souvent très « historique » et s'explique le plus souvent par la pression en termes de soins ainsi que l'investissement des personnels HU dans l'enseignement et la pédagogie et par la notoriété scientifique du service. Le doyen laisse en revanche le choix du candidat au chef de service.

En pharmacie et en odontologie, la décision est également prise le plus souvent par le doyen en relation avec les chefs de service, sans faire appel à une commission.

➤ **L'exercice des fonctions**

La vraie question est de savoir si, au-delà du prestige encore attaché à ces fonctions, le clinicat et l'assistantat conservent leur attractivité. Les témoignages recueillis, que ce soit auprès des intéressés eux-mêmes ou des enseignants titulaires, sont partagés.

Dans les freins évoqués dans les entretiens, reviennent moins le différentiel de rémunération – même s'il joue sur certaines disciplines – que la complexité et plus encore le manque d'information et l'incertitude du parcours, trop dépendants de l'aide qu'apportera ou non le chef de service. Il s'y ajoute les conditions de travail, les contraintes sur la vie personnelle et familiale, les sacrifices en termes financiers et de disponibilité que suppose l'engagement dans une carrière hospitalo-universitaire, et en particulier pour les femmes. Le terme de « *plafond de verre* » revient souvent pour évoquer les difficultés spécifiques que posent aux femmes le cursus, en particulier l'obligation de mobilité pour accéder au corps des PU-PH. Beaucoup des jeunes internes ou chefs de clinique interrogés disent ainsi qu'en voyant leurs aînés, le métier « *ne leur fait pas envie* ». Un interlocuteur parle ainsi de l'image d'impuissance que renvoient les actuels chefs de service, submergés par des tâches administratives pour lesquelles les plus jeunes n'ont aucun goût. Sont évoqués également le manque de reconnaissance au sein du CHU et une baisse de prestige de la fonction de professeur.

De tous les entretiens réalisés en particulier avec les jeunes praticiens, se dégage également un constat quasi unanime : le plus difficile est de dégager du temps pour la recherche, alors même que c'est pour cette ouverture sur la recherche qu'ils ont choisi la voie du post-internat. Quelques-uns ont pu bénéficier au sein de leurs équipes, de plages dans leur emploi du temps réservées à leur laboratoire mais les cas restent rares et très liés à la taille des équipes. Dans les petits CHU, sous-encadrés, où des services fonctionnent souvent avec un seul HU titulaire, la pression sur les CCA et AHU est trop forte en termes d'activité de soins pour qu'ils puissent espérer se libérer pour avancer sur leurs travaux de recherche et remplir les critères de recrutement sur des emplois de titulaires. Dans ce cas, les exigences posées pour le recrutement en termes de recherche leur paraissent inatteignables (cf. sur ce point *infra* § 2. 4.3.) et, dans la pratique, le sont effectivement dans certains services, d'où un fort sentiment d'injustice et d'impuissance.

Les questions soulevées par l'ISNI (intersyndicale nationale des internes) révèlent des préoccupations proches : *« le système des quatre valences pose question. S'il était sans doute pertinent en 1958, on peut se demander s'il a encore un sens »*. L'ISNI souligne ainsi que la sélection hospitalo-universitaire se fonde quasi exclusivement sur la recherche, et pas sur les autres valences, ce qui ne leur paraît pas correspondre à la réalité de l'exercice du métier. Elle déplore une forme de *« course à l'échalote »* et se demande s'il ne faudrait pas limiter l'exercice du métier à une double valence, notamment au niveau des MCU-PH, et dégager du temps pour leur permettre de se préparer aux concours. Toujours selon l'ISNI, notamment en début de carrière, il est demandé aux HU de toute faire ; *« leur vie est un enfer »*. *« Il faudrait fixer des missions en fonction des envies individuelles et dégager du temps en début de carrière pour la recherche et l'activité hospitalière. Il faudrait notamment un temps dédié à la recherche pour les jeunes CCA et MCU-PH, alors que, pour l'instant, ils assurent le fonctionnement courant de l'hôpital »*.

Au-delà de ces inquiétudes exprimées, restent cependant l'intérêt intellectuel, scientifique, l'esprit d'équipe, la diversité des activités et le contact avec les étudiants que seule la carrière hospitalo-universitaire peut offrir. La richesse du statut HU est souvent évoquée ainsi que la possibilité offerte à chacun de faire évoluer son activité tout au long de sa carrière en fonction de ses choix.

Le constat des responsables de service interrogés est assez semblable à celui de leurs jeunes collègues, quelle que soit la taille du CHU : le statut de CCA et d'AHU reste attractif après l'internat mais les chefs de service ont souvent du mal à retenir les candidats pour une carrière HU longue. Ces éléments expliquent que beaucoup de praticiens fassent le choix, après leurs deux années de clinat, de partir vers le privé ou de la carrière de praticien hospitalier jugée beaucoup moins exigeante et contraignante pour des conditions matérielles, au total, plus attractives. Plus que leurs aînés, les nouvelles générations mettent en balance leur vie privée et ne sont pas prêts à tout sacrifier pendant au moins dix ans à un espoir de recrutement comme PU-PH qui reste aléatoire. Leur motivation est moins institutionnelle et plus personnelle.

Au total, ce qui ressort en premier des entretiens est une forme de tension, voire de frustration entre :

- d'une part l'intérêt du travail et la diversité de la fonction, liée aux trois missions;
- d'autre part, des conditions d'exercice ressenties comme de plus en plus difficiles dans un contexte de restriction budgétaire et de restructuration hospitalière, avec des activités de soins qui, dans de nombreux cas, prennent le pas sur la recherche et l'enseignement.

Ce constat soulève au moins deux questions :

- La première est celle de la finalité du post-internat. A l'heure actuelle, les postes hospitalo-universitaires accueillent plusieurs types de candidats : ceux qui veulent s'engager dans une carrière HU ou à défaut en hôpital public et ceux qui se destinent à une carrière en libéral. La demande, largement exprimée par les intéressés, est une identification plus claire et précoce des candidats aux carrières HU, qui permettrait de garantir à ces candidats une prise en compte plus équilibrée du volet universitaire de leurs obligations de service. Il ne s'agit que de revenir au fondement du statut des CCA et AHU.
- La deuxième question est celle de l'accompagnement de ces carrières HU. Pour redonner l'envie aux jeunes internes de s'engager dans le parcours, la qualité de l'accompagnement des candidats est déterminante à toutes les étapes de la carrière et en particulier dans le parcours recherche, qui doit commencer très tôt.

2.1.2 L'insuffisance des dispositifs d'accompagnement à la formation et à la recherche

Ce qui pousse les jeunes médecins à s'orienter vers la carrière hospitalo-universitaire, est, dans la majorité des entretiens de la mission, expliqué par la curiosité, le désir de comprendre, de se former à la recherche avec le sentiment de contribuer au progrès de la lutte contre la maladie, même s'il est modeste. C'est ce lien entre recherche fondamentale et clinique, entre hôpital et université qui fait l'originalité de la « bi-appartenance » et continue à attirer les meilleurs malgré la difficulté du parcours et des conditions de rémunération qui ne peuvent –dans la plupart des disciplines– rivaliser avec le privé.

L'enjeu de la double formation médecin/ chercheur est évident; il s'agit d'avoir des cliniciens formés à la recherche fondamentale et clinique, capables de développer des innovations au service des patients. Or, la période du post-internat qui est statutairement conçue pour être la période privilégiée pour s'engager dans la recherche, est souvent embolisée par une activité de soins trop prégnante pour laisser du temps aux travaux de recherche.

Par ailleurs, l'initiation à la démarche scientifique doit démarrer bien en amont du post-internat, et même de l'internat; cette immersion précoce est nécessaire à tous les futurs médecins et indispensable si les candidats veulent pouvoir espérer remplir les conditions exigées désormais pour un recrutement comme MCU-PH ou PU-PH. Les critères de recrutement des sections du CNU santé ont en effet été renforcés depuis plusieurs années, sous l'impulsion du cabinet du ministère de la recherche. Si cette exigence nouvelle en termes de recherche n'est pas vraiment contestée sur le fond, encore faut-il que les parcours de formation soient facilités, pour ceux qui souhaitent s'engager dans ce type de carrière.

Un certain nombre de dispositifs existent à l'heure actuelle, pour faciliter la poursuite simultanée des études de médecine, pharmacie, odontologie et d'un parcours scientifique. Certains, comme l'année recherche sont financés par l'État, d'autres ont été mis en place à l'initiative de l'Inserm ou des établissements d'enseignement supérieur.

➤ Les dispositifs réglementaires : l'année recherche et la disponibilité

Les dispositions réglementaires régissant l'internat permettent aux internes de bénéficier d'une année recherche au cours de leur formation⁵⁷, pour s'inscrire en master 2, débiter ou poursuivre une thèse.

Durant cette année, les internes sont placés en disponibilité pour recherche et continuent à percevoir leur salaire d'interne⁵⁸. Le contrat d'année recherche est conclu entre l'étudiant, le directeur général de l'ARS, le directeur du CHU de rattachement, et le président de l'université d'inscription de l'étudiant. L'année doit s'effectuer dans un laboratoire de recherche français agréé ou un laboratoire étranger. Le seul critère comptant pour l'attribution est la qualité du projet de recherche.

Le nombre de postes offerts chaque année est fixé par arrêté interministériel (budget, enseignement supérieur et santé). Au titre de l'année 2017-2018, 404 années recherche ont été accordées en médecine, 84 en pharmacie et 9 en odontologie⁵⁹. Au titre de l'année 2018, huit années recherche supplémentaires sont financées dans le cadre du plan soins palliatifs pour un montant de 33 750€ l'année soit un total de 0,3 M€. Elles sont financées pour les internes, afin de favoriser les recherches ayant pour thématique la fin de vie.

L'étudiant de troisième cycle des études de médecine peut en outre demander à préparer une formation doctorale dans une école doctorale en vue de l'obtention du diplôme national de doctorat. Si sa candidature est retenue, il peut bénéficier d'une mise en **disponibilité d'une durée de trois ans**, conformément à l'article R. 6153-26 du code de la santé publique⁶⁰.

➤ Les dispositifs créés à l'initiative des organismes et établissements

Ils se sont mis en place peu à peu depuis une dizaine d'année pour accompagner et encourager les doubles cursus sciences/médecine, et permettre aux étudiants en médecine de bénéficier d'une initiation précoce à la recherche. Mais ces dispositifs restent peu nombreux⁶¹.

Il s'agit en particulier de l'école de l'Inserm, du cursus de l'ENS et des filières spécifiques organisées par certaines universités. Ces doubles-cursus proposent aux jeunes étudiants en médecine une formation scientifique et un accès au master 2 de sciences avant les examens classant nationaux de fin d'études (ECN). Les étudiants inscrits dans ces doubles cursus ont ensuite la possibilité de préparer leur thèse de sciences soit pendant une interruption de l'internat, soit directement après le master, avant de passer les ECN. L'association Médecine Pharmacie Sciences (AMPS)⁶² évalue à environ 100 par an le nombre d'étudiants qui suivent ce type de cursus (soit 1 % des effectifs étudiants), contre une cinquantaine avant 2010.

⁵⁷ Cf. article R.632-14 du code de l'éducation et arrêté du 4 octobre 2006 définissant les modalités d'organisation de l'année de recherche durant le troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

⁵⁸ L'année de recherche est accomplie dans un laboratoire de recherche français agréé, reconnu dans le contrat quinquennal université-ministère, et participant à l'enseignement d'un master ou préparant à la soutenance d'une thèse de doctorat ou dans un laboratoire étranger participant à une formation équivalente.

⁵⁹ Cf. Arrêté du 26 avril 2017 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine, de troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques et de troisième cycle long des études odontologiques susceptibles de bénéficier d'une année de recherche pour l'année universitaire 2017-2018.

⁶⁰ Cf. article R.632-43 du code de l'éducation.

⁶¹ Cf. annexe 8 : Les doubles cursus médecine/sciences.

⁶² Cf. note sur les doubles cursus médecine sciences en France ; état des lieux et perspectives réalisée par l'Association Médecine/Pharmacie-Sciences (AMPS). L'AMPS a été créée en 2009. Elle a pour objectifs de rassembler la communauté des médecins- et pharmaciens-chercheurs en formation, peu nombreux et dispersés sur le territoire. Ses autres objectifs sont de promouvoir les DC et de faciliter les collaborations par le biais d'un réseau national et international.

À côté des programmes médecine/sciences sélectifs et bien encadrés, il existe la possibilité de faire le même type de cursus en autonomie, en utilisant notamment l'année recherche prévue dans le statut des internes.

➤ Les contrats d'interface de l'Inserm

L'Inserm fournit à des PHU ou PH, un accueil (entre 50 et 100 % de temps) dans un laboratoire Inserm, sur la base d'un contrat individuel signé entre le CHU et l'Inserm et visé par les intéressés, basé sur un projet dont ils assureront la prospective et le suivi. Le contrat initial est conclu pour une durée déterminée entre les parties et qui ne saurait être inférieure à trois ans et l'Inserm rembourse à l'hôpital le « temps hospitalier » correspondant⁶³.

Les contrats d'interface permettent notamment :

- d'améliorer le transfert des connaissances des formations de recherche vers les activités de soins, de biologie clinique et de santé publique menées dans les Hôpitaux,
- d'encourager la participation à la recherche des personnels médicaux hospitaliers en leur permettant de consacrer tout ou partie de leur temps à la recherche dans les structures de l'Inserm.

Le même type de dispositif vient d'être mis en place en 2017-2018 pour des **chefs de clinique**, l'Inserm remboursant la part hospitalière de l'activité du CCA à l'hôpital. Cinq postes ont été ouverts cette année à cet effet par l'Inserm.

L'enquête réalisée par l'association médecine/pharmacie sciences (AMPS), que confirment les entretiens réalisés par la mission, montre que la majorité des étudiants issus de ces cursus souhaitent poursuivre une activité d'enseignement et de recherche en parallèle de leur pratique clinique et se destinent donc à une carrière hospitalo-universitaire.

Mais, quel que soit l'intérêt de ces initiatives, elles restent limitées en nombre, pas toujours assez connues des étudiants et insuffisamment valorisées dans les cursus. Elles posent par ailleurs des questions d'articulation avec les études médicales qui ne sont qu'imparfaitement résolues, en particulier pour les étudiants qui choisissent d'interrompre leurs études en deuxième cycle pour préparer leur thèse avant les ECN. La poursuite de leurs travaux de recherche et la préparation simultanée de l'examen classant national s'avèrent complexes ; de même l'interruption des travaux de recherche pendant toute la durée de l'internat est problématique pour la dynamique des équipes de recherche.

2.1.3 La situation particulière en pharmacie et en odontologie

La réforme statutaire en cours a pour objet de fusionner les six corps de MCU-PH et PU-PH existant et d'aligner totalement les dispositions applicables, tant en ce qui concerne les personnels titulaires que non-titulaires dans les trois disciplines (médecine, odontologie et pharmacie).

Si les deux conférences des doyens concernées ainsi que l'ensemble des interlocuteurs rencontrés se sont félicités de cette fusion et des avancées statutaires et sociales qui y sont attachées, il n'en reste pas moins que l'odontologie et la pharmacie sont dans des situations très différentes de la médecine, en particulier en ce qui concerne le post-internat et plus globalement l'attractivité de la carrière.

⁶³ Le remboursement de cette part hospitalière a été, pendant un temps, assurée par DGOS mais qui s'est désengagée du dispositif.

2.1.3.1 Les personnels hospitalo-universitaires en pharmacie : une intégration récente qui s'est effectuée dans des conditions difficiles

Alors que les dispositions législatives qui ouvrent des possibilités d'intégration aux enseignants de pharmacie dans les corps hospitalo-universitaire datent de janvier 2002⁶⁴, le décret d'application mettant en œuvre cette mesure n'a été publié que le 23 mai 2006 (n°2006-593), soit plus de quatre ans après la loi.

Ce décret ouvrait une période de trois ans où les enseignants concernés pouvaient demander leur intégration après avis d'une commission nationale. L'objectif était de constituer des équipes hospitalo-universitaires dans les disciplines pharmaceutiques.

L'intégration est unanimement saluée par les pharmaciens comme une avancée positive mais l'absence de créations, en particulier de postes d'assistants, au moment de la constitution des corps, a été très pénalisante pour la dynamique de la discipline : les intégrations se sont faites en effet à effectifs constants, et ont été réalisées quasi exclusivement par transformations d'emplois. La conséquence en est une stagnation des effectifs hospitalo-universitaires qui restent, plus de dix ans après le lancement du processus, très minoritaires dans les UFR de pharmacie, face aux enseignants « mono-appartenants ».

Le tableau suivant met en évidence la part réduite des personnels HU par rapport aux personnels de statut universitaire (moins de 20 % de l'effectif global des enseignants titulaires), avec de fortes disparités par UFR et par section.

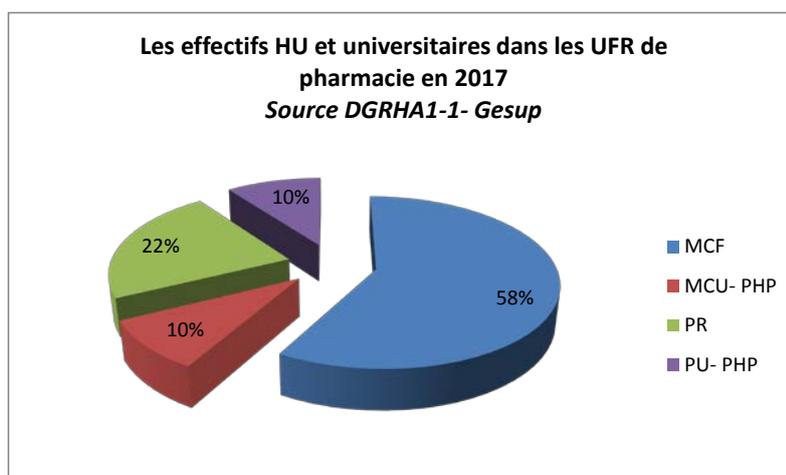
Tableau 4 : Évolution des effectifs (personnes physiques) dans les UFR de pharmacie de 1996 à 2017

Pharmacie	1996	2000	2004	2008	2012	2013	2014	2015	2016	2017	écart 1996/ 2017
MCF	1071	1137	1167	1217	1213	1099	1048	1046	1032	1015	-56
MCU- PHP						130	144	149	153	163	163
PR	666	650	616	608	582	413	405	399	403	389	-277
PU- PHP						169	175	182	176	176	176
Total	1737	1787	1783	1825	1795	1811	1772	1776	1764	1743	6

Source : DGRH A1-1 – Gesup

⁶⁴ Cf. loi n°-du 17 janvier 2002 – article 65-1 9°. À noter que les facultés de pharmacie figuraient, dès l'origine, dans l'ordonnance du 30 décembre 1958. Au moment de la constitution des corps hospitalo-universitaires, en 1960, quelques pharmaciens ont pu ainsi être intégrés mais le mouvement ne s'est pas poursuivi, les doyens n'y étant pas favorables à l'époque.

Graphique 9 : Répartition des effectifs enseignants hospitalo-universitaires et universitaires dans les UFR de pharmacie en 2017



Source : DGRH A1-1 – Gesup-Retraitemment mission

Cette question des effectifs est particulièrement cruciale en ce qui concerne le vivier. En 2016, au niveau national, on ne compte que dix supports d'emplois AHU à répartir entre les 24 UFR de pharmacie, emplois qui ont tous été gagés par des transformations de postes de MCU-PH, cet effectif est très insuffisant pour assurer le simple renouvellement des deux corps actuels et encore plus si l'on veut renforcer la part des effectifs HU dans les UFR de pharmacie. Les emplois de MCU-PH ou de PU-PH servent donc souvent de support aux recrutements d'AHU⁶⁵. La réforme statutaire en cours va permettre aux UFR de pharmacie de recruter des praticiens hospitalo-universitaires, ce qui constitue une avancée mais ne résoudra pas les difficultés actuelles, si des supports ne sont pas dégagés pour favoriser la jouvence des corps.

Cette absence d'emplois pérennes réservés au vivier a des multiples répercussions sur les conditions d'exercice et le déroulement de la carrière en pharmacie :

- elle pèse d'abord sur l'organisation des enseignements : les charges d'enseignement confiées aux AHU, mais également aux personnels titulaires sont particulièrement lourdes : en moyenne 100 à 150 heures/an. Dans un certain nombre de sites, la mission a pu constater que ces obligations d'enseignement étaient –de fait- fixées à 192h, comme celles des enseignants-chercheurs « mono-appartenants », et ce pour éviter les tensions entre des personnels enseignants relevant de statuts différents ;
- la conséquence directe de cette surcharge est la difficulté, pour les AHU mais aussi les MCU-PU, de dégager du temps pour la recherche, réduisant d'autant leurs chances d'accéder au corps des professeurs, compte tenu de la prévalence des critères recherche dans les recrutements. Les exigences du CNU ne sont pas contestées en elles-mêmes mais les candidats à une carrière HU estiment, dans la plupart des cas, leurs activités de soins et d'enseignement trop lourdes pour pouvoir remplir des critères recherche de plus en plus élevés ;
- le peu de postes ouverts crée un double goulot d'étranglement pour les candidats potentiels, pour l'accès aux postes de MCU-PH mais aussi aux postes de PU-PH.

⁶⁵ En 2016, on comptait 192 supports d'emplois de PU-PH et 202 de MCU-PH (source : DGRH A2-3)- voir annexe 4.

Une des propositions présentées par la conférence des doyens des facultés de pharmacie, dans sa contribution aux réflexions sur la stratégie nationale de santé 2017-2022, résume l'inquiétude de la discipline. Dans sa proposition 6, la conférence demande ainsi que soient favorisé « *l'essor du CHU-pharmaceutique par la création de supports pérennes d'assistants hospitalo-universitaires et de praticiens hospitaliers universitaires, et celle de valences hospitalières pour des enseignants-chercheurs statutaires, afin d'accompagner la réforme du 3ème cycle, d'augmenter l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires, et de favoriser la recherche et l'innovation dans nos domaines d'expertise hospitalo-universitaires en réponse aux besoins prioritaires de santé.* »

Au total, le bilan de cette intégration est donc contrasté :

- la création de corps HU en pharmacie est jugée très positive ;
- les jeunes pharmaciens sont attirés par un métier jugé intéressant dans sa triple dimension mais s'inquiètent du manque de débouchés et de l'incertitude du parcours qui leur est proposé ;
- le peu de débouchés constitue un frein, tant pour l'accès au corps des MCU-PH qu'à celui des PU-PH, avec une pyramide des emplois beaucoup moins favorable qu'en médecine ;
- les charges d'enseignement sont souvent très lourdes et ne préservent pas assez le temps « recherche ».

À cet égard, la conférence des doyens de pharmacie considère la réforme statutaire en cours, et la fusion des corps hospitalo-universitaires de médecine, odontologie et pharmacie qui doit en découler, comme une avancée majeure pour le développement d'un vivier hospitalo-universitaire en pharmacie. Les doyens espèrent que le statut unique permettra de lever un certain nombre de verrous qui existaient jusqu'à présent.

Il n'est pas sûr cependant que la fusion suffise, à elle seule, à régler le problème d'attractivité vis-à-vis des jeunes pharmaciens.

2.1.3.2 Le cas particulier de l'odontologie et les incidences du projet de réforme statutaire en cours

Le statut actuel des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) se distingue notamment du texte applicable aux médecins sur un point : seuls les PU-PH exercent obligatoirement leurs fonctions à temps plein ; les assistants hospitaliers universitaires sont recrutés à temps partiel et les MCU-PH peuvent choisir un exercice à temps partiel ou à temps plein⁶⁶.

La réforme en cours, en particulier la fusion des corps, est largement souhaitée au sein des UFR d'odontologie mais elle aura des conséquences sur les modalités d'exercice qui seront désormais dans tous les cas à temps plein et sur le renouvellement du vivier. Ces conséquences sont encore difficiles à mesurer et inquiètent les enseignants et la conférence des doyens.

⁶⁶ Cf. article 33 du décret n°90-92 du 24 janvier 1990.

Encadré 2 : Le projet de réforme vue par les conférences des doyens d'odontologie

La conférence des **doyens d'odontologie** est favorable au nouveau statut qui ouvre un certain nombre d'avantages, en particulier l'alignement sur les carrières entre les trois disciplines. La possibilité de pouvoir recruter des PHU est également perçue positivement.

Cependant ce nouveau statut va poser un vrai problème en termes de vivier de recrutement. En effet, le recrutement actuel des MCU-PH se fait essentiellement hors internat et très peu d'assistants hospitalo-universitaires (AHU) sont titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES). La grande majorité des étudiants qui font l'internat et un DES (90 % environ) s'installent en libéral à l'issue de l'internat et ne seront pas candidats à une carrière HU. En odontologie, l'internat n'est donc pas le vivier naturel des recrutements des personnels hospitalo-universitaires. Or, le nouveau statut modifie les conditions d'accès à l'assistantat : le DES sera désormais exigé pour recruter les AHU, d'où une inconnue sur les comportements et les orientations à terme des titulaires de DES.

Il a donc été nécessaire de prévoir une période transitoire de six ans pour permettre à l'odontologie d'adapter ses modalités de recrutement aux nouvelles exigences prévues par le projet de texte. Mais, malgré cette période transitoire, l'application des nouvelles dispositions reste un problème difficile pour l'avenir.

Le passage au temps plein pourrait également détourner de la carrière HU certains praticiens qui sont attachés à garder une activité libérale parallèle. Des mesures ont cependant été prises au plan budgétaire pour anticiper le passage au temps plein des AHU des CSERD.

Encadré 3 : Mesures budgétaires concernant l'odontologie

La circulaire DGOS⁶⁷ du 28 décembre 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé annonce les mesures suivantes :

Transformation d'emplois d'assistant hospitalier universitaire (AHU) d'odontologie à temps partiel en emplois à temps plein :

Dans le souci de privilégier l'exercice à temps plein des personnels hospitalo-universitaires d'odontologie, il est procédé à des transformations d'emplois d'AHU à temps partiel en emplois à temps plein. Les crédits reconductibles sont délégués pour un montant de 0,02 M€ en et correspondent à 4 453 € par transformation (montant brut annuel chargé), soit 25 % du coût d'une transformation.

Transformation d'emplois de maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) d'odontologie à temps partiel en emplois à temps plein : La poursuite du processus de transformation d'emplois de MCU-PH d'odontologie à temps partiel en emplois à temps plein visant à privilégier l'exercice de carrières publiques hospitalo-universitaires, se traduit par le financement de **14 nouvelles transformations** d'emplois au titre de l'année 2017. La délégation d'un montant reconductible de 0,1 M€ en est établie sur la base de 8 305 € par transformation (montant brut annuel charges comprises), soit 25 % du coût d'une transformation.

D'une manière générale, chez les doyens, et les enseignants d'odontologie rencontrés, comme en médecine et en pharmacie, l'attractivité et la carrière pour les jeunes reste le point de préoccupation essentielle.

La pyramide des corps, comme il a été évoqué *supra*, est beaucoup moins favorable en odontologie qu'en médecine : les MCU-PH représente 75 % de l'ensemble des titulaires HU dans les CSERD, soit une proportion inverse de celle dont bénéficie la médecine. Beaucoup de MCU-PH ne deviendront en conséquence jamais PU-PH. Ce déséquilibre entre les deux corps ne posait pas de vrai problème tant qu'une partie corps des MCU-PH avait choisi l'exercice à temps partiel. Il n'en sera pas de même quand tous devront exercer leurs fonctions à temps plein.

⁶⁷ CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2017/355.

Par ailleurs, dans certaines disciplines, notamment en orthodontie, l'exercice libéral est beaucoup plus attractif sur le plan financier et les difficultés de recrutement peuvent encore être accentuées par l'obligation d'exercice à temps plein.

Dans les disciplines les plus tendues, attirer les internes vers la recherche et les postes d'AHU reste une forme de gageure, même dans les UFR parisiennes. La plupart des praticiens, après leurs années d'assistantat, ne veulent pas s'engager dans la carrière HU, ressentie comme trop incertaine, pas assez rémunérée et avec trop peu de débouchés. À cet égard, le passage au temps plein obligatoire, même s'il est considéré comme une mesure très positive au sein des UFR d'odontologie, est ressenti aussi comme un pari risqué.

Selon un PU-PH d'odontologie rencontré par la mission, la situation peut être résumée ainsi :

- les jeunes sont mal informés sur la carrière HU et les attendus du métier ;
- les conditions matérielles de travail et d'équipement ne sont pas à la hauteur de ce que l'on peut trouver dans le privé ;
- la carrière n'est pas du tout compétitive en termes de rémunération ;
- le parcours HU est difficile, coûteux en termes d'investissement financier et humain (sur la vie familiale en particulier) ; la porte d'accès au corps des PU-PH est très étroite et les aides insuffisantes, notamment au moment de la mobilité ;
- le métier est peu valorisé avec un sentiment fort de manque de reconnaissance au sein du CHU ; être professeur ne représente plus rien ou presque ;
- enfin, les HU doivent faire face à une forme de fronde des enseignants à temps partiel qui critiquent la généralisation de l'obligation d'exercice à temps plein et estiment que plus personne n'enseignera la vraie pratique libérale, alors que c'est cette voie que choisiront la quasi-totalité des étudiants.

Pour pallier ce manque d'attractivité, les UFR d'odontologie développent des mesures d'information et d'accompagnement. Ainsi, à l'UFR d'odontologie de Paris V, les AHU et les jeunes MCU-PH bénéficient de modulations de service pour préparer leurs travaux de recherche, qui sont examinés, une fois par an, par une commission interne qui les aide et les conseille pour consolider leurs dossiers. Des dispositifs de même nature ont été mis en place dans d'autres UFR et les jeunes AHU interrogés par la mission témoignent, en règle générale, de cet accompagnement attentif par leurs chefs de service et leurs doyens. Mais la portée de ces incitations reste limitée ; peu d'étudiants en odontologie demandent à bénéficier de l'année recherche et la question du renouvellement des équipes HU, et donc de l'encadrement des diplômés d'études spécialisées (DES) dans certaines disciplines en particulier, se pose déjà de manière aiguë.

2.1.4 Les incidences prévisibles de la réforme du troisième cycle des études médicales sur le post internat⁶⁸

A la suite d'une réflexion initiée dès 2010 par différentes missions et rapports, une réforme du troisième cycle des études médicales a été mise en œuvre à la rentrée universitaire 2017⁶⁹. Cette réforme a notamment pour objectifs :

- une redéfinition des objectifs de formation et de l'organisation du troisième cycle ;
- une mise en situation professionnelle et une acquisition progressive de l'autonomie pour les étudiants.

Le troisième cycle comprendra désormais 44 diplômes d'études spécialisées (DES) remplaçant les anciens DES et DES complémentaires (DESC)⁷⁰. Chaque DES suffira désormais à définir un champ de qualification et d'exercice de la spécialité.

Chacune des maquettes de formation des 44 DES est organisée en trois phases : la phase socle d'acquisition des connaissances, l'approfondissement et la consolidation qui prépare à l'exercice professionnel en autonomie. Cette troisième phase est d'un an pour les spécialités médicales et de deux ans pour les spécialités chirurgicales. Elle n'est accessible que si la seconde phase a été validée et si la thèse d'exercice a été soutenue.

Dans l'ancien système toujours en vigueur pour les internes entrés avant 2017, le choix de réaliser un post-internat répondait, comme il a été vu *supra*, à trois préoccupations, indépendantes ou non : se préparer à une carrière hospitalo-universitaire, continuer à se former et renforcer leurs compétences, ou accéder au secteur 2, prévu par les conventions médicales. Avec la mise en place de la troisième phase de l'internat, la réforme de 2017 change la finalité du post-internat qui ne devrait plus servir comme complément de formation initiale.

La réforme emporte par ailleurs une évolution de l'accès au secteur 2. Actuellement réservé, selon les termes de la convention médicale, aux anciens chefs de clinique-assistants ou assistants des hôpitaux, le secteur 2 n'est donc accessible qu'après les deux ans de fonctions effectives en cette qualité qui sont nécessaires pour obtenir le titre d'ancien assistant ou chef de clinique. Or, dans le nouveau dispositif la phase de consolidation compte comme une année pour l'accès au secteur 2. Il ne restera donc aux étudiants de troisième cycle à accomplir qu'une seule année comme CCA, AHU ou assistant des hôpitaux pour remplir la condition d'accès au secteur 2.

La mise en place du nouveau troisième cycle plaide donc pour une modification des conditions de recrutement des CCA et AHU avec un recentrage des postes sur des fonctions véritablement hospitalo-universitaires, et une meilleure préservation d'un temps dédié à la recherche. Cette évolution correspond d'ailleurs à la demande des candidats qui se destinent à des carrières HU et qui, dans les faits, ont le plus grand mal à résister à la pression de l'activité de soins.

⁶⁸ Voir rapport IGAENR /IGAS n° 2017-119 et R2018-011 : « Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : Propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales.

⁶⁹ Cf. décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016 (modifiant les articles R.632-1 et suivants du code de l'éducation) et l'arrêté du 12 avril 2017, portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Voir également arrêté du 18 septembre 2017 sur l'organisation régionale du troisième cycle.

⁷⁰ Créés sous leur forme actuelle en 1984, les diplômes d'études spécialisées (DES) et diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) ont remplacé certificats et capacités, puis le troisième cycle a intégré en 2004 la création du DES de médecine générale et une très succincte définition des maquettes de formation par l'arrêté du 22 septembre 2004.

Mais les conditions d'un recentrage équilibré sont délicates à mettre en œuvre. Les entretiens menés montrent que les internes qui s'engagent dans le clinicat et l'assistantat n'ont souvent pas une idée précise de la voie qu'ils souhaitent suivre à terme. Les vocations se dégagent peu à peu au cours des années de post-internat. Cette période intermédiaire de choix est d'autant plus utile qu'elle permet à différentes populations de se confronter à l'enseignement et à la recherche, de tester leurs aptitudes et goûts mais aussi d'apprendre à travailler ensemble- et donc à faciliter les mobilités et les évolutions de carrière futures. Réserver l'assistantat et le clinicat aux seuls candidats aux carrières HU serait réducteur et appauvrirait considérablement le vivier, en présentant le risque de détourner trop tôt des candidats de la carrière HU et de l'hôpital public.

L'augmentation du numéris clausus et donc *in fine* du nombre d'étudiants et d'internes, va créer des besoins d'encadrement qui devront être pris en charge, ce qui plaiderait *a minima* pour un maintien du potentiel HU actuel. Cette situation posera par ailleurs la question d'un accès au post-internat de plus en plus sélectif compte-tenu de l'augmentation du nombre d'internes, ce qui plaide en amont pour une clarification des critères de sélection et pour une identification plus claire de ce qui est attendu du post-internat, tant du point de vue de l'hôpital que de l'université. Le financement partagé de ces postes et la bi-appartenance inscrite dans le statut actuel doivent être repensés pour retrouver une réalité qui, dans beaucoup de cas, a été perdue de vue.

2.2 Les spécificités du statut HU en question

2.2.1 Les PHU : un statut intermédiaire ambigu et qui ne remplit pas totalement sa vocation :

La création d'une catégorie de personnels « temporaires » entre le post internat et le recrutement dans les corps de titulaires HU fut une des novations du décret initial du 24 février 1984. L'objectif était de permettre aux candidats aux carrières HU de mieux se préparer aux concours en consolidant notamment leur dossier scientifique, les fonctions de CCA ou AHU étant limitées à une durée maximale de quatre ans. Or, ce statut est paradoxalement très peu utilisé, alors même qu'il offre-en théorie de nombreux avantages.

- Un statut conçu pour faire la transition entre les années de formation et l'entrée dans la carrière HU

Les données fournies par l'enquête de la DGRH font ressortir que le dispositif PHU est peu utilisé : environ 140 PHU en 2016 et près de 200 PHU en 2012. Ce nombre est à rapprocher des effectifs des CCA et AHU (environ 4 200 par an-voir *supra*) et du volume de recrutement dans les corps de MCU-PH (entre 130 et 180 par an) et de PU-PH (environ 200 recrutements par an)

Tableau 5 : Effectifs physiques des praticiens hospitaliers universitaires –Évolution 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Praticien hospitalier universitaire (PHU)	196	180	180	134	138	-58

Source : Enquête non permanents DGRH

Les raisons de cette sous-utilisation ne sont pas faciles à cerner.

La première explication est sans doute le peu de supports dédiés spécifiquement aux recrutements des PHU, ce qui impose tant aux responsables de service qu'aux directeurs d'UFR, de geler un emploi de CCA ou d'AHU pendant une durée pouvant aller jusqu'à six ans, pour pouvoir opérer un recrutement de PHU.

La mission a en effet constaté, lors de ses auditions sur site, que dans la plupart des cas, ces fonctions temporaires étaient occupées par des anciens CCA ou AHU qui avaient vocation à être recrutés à terme sur des emplois de titulaires HU mais qui n'avaient pas atteint de degré de maturité scientifique pour occuper un poste de MCU-PH. Ainsi, aux hospices civils de Lyon (HCL), en principe, le recrutement sur un contrat de PHU constitue un engagement fort de l'UFR de lui assurer une carrière HU à terme. Parmi les PU-PH recrutés à Lyon, il y a d'ailleurs presque autant d'anciens PHU que d'anciens MCU-PH.

Dans d'autres situations, le recours à un recrutement sur un contrat de PHU est utilisé en cas de manque de disponibilité d'un poste de HU titulaire. Il s'agit d'assurer un statut transitoire au candidat pressenti dans l'attente qu'un poste de MCU-PH ou de PU-PH, selon le cas, se libère. La mission a rencontré ce type de situation à plusieurs reprises. Le recrutement comme PHU permet alors au candidat de prolonger son parcours HU pendant quatre à six années supplémentaires après son clinicat ou son assistantat sans avoir à interrompre ses travaux de recherche et sa charge d'enseignement.

D'une manière générale, s'engagent en principe dans cette voie les seuls candidats qui ont un projet de carrière déjà établi avec les responsables de la discipline. En d'autres termes, dans la plupart des cas, l'octroi d'un poste de PHU constitue la première étape d'un recrutement futur espéré et attendu.

La volonté de créer une période de transition entre le post-internat HU et le recrutement sur un emploi de titulaire est visible dans chacune des dispositions qui régissent les fonctions de PHU.

Dans le décret statutaire, les PHU représentent ainsi une catégorie à part : entre les non-titulaires et les titulaires, ils sont qualifiés de « *personnels temporaires* ».

La durée de l'engagement en tant que PHU est fonction du parcours antérieur : la durée totale des fonctions dans un centre hospitalier et universitaire en qualité de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ou d'assistant hospitalier universitaire et en qualité de praticien hospitalier universitaire ne peut excéder huit ans.

Le lien entre le statut de PH et l'emploi de PHU se retrouve également dans les conditions de rémunération des PHU, qui sont identiques à celle des PH, mais la rémunération est versée pour moitié par le CHU d'affectation et pour moitié par l'université, la totalité servant d'assiette pour le calcul de la retraite.

➤ Des conditions ambiguës pour postuler aux emplois vacants de praticien hospitalier universitaire

S'agissant des modalités d'examen des candidatures, comme pour les CCA et les AAU, elles associent autorités universitaires et hospitalières mais les dossiers sont soumis au CNU alors que le recrutement des CCA et AHU est resté local⁷¹. Le décret statutaire dispose ainsi que « *les candidats peuvent postuler sur les emplois vacants de praticien hospitalier universitaire en indiquant un ordre*

⁷¹ Dans le décret initial du 24 février 1984, la nomination des PHU se faisait au niveau local, sans examen par l'instance nationale. C'est en 1988 que le recrutement a été soumis à l'instance nationale et les nominations prononcées par les deux ministres.

de préférence. Un premier examen de ces candidatures est effectué par le conseil de l'unité de formation et de recherche de l'UFR, qui procède à l'audition des candidats et par la commission médicale d'établissement. Ces instances procèdent chacune au classement des candidats qu'elles retiennent. Les dossiers des candidats retenus par l'une au moins de ces instances sont ensuite examinés par une commission composée du président de la sous-section concernée du Conseil national des universités, président de la commission, et de deux rapporteurs désignés par le président de la section concernée parmi les membres des sections du groupe des disciplines médicales. Un au moins des deux rapporteurs doit être membre de la sous-section concernée. Pour chaque emploi vacant, la commission propose un candidat. » Les nominations sont prononcées par le directeur de l'UFR et le DG du CHU.

Dans la pratique, le candidat postule sur un emploi ouvert bien souvent par un gel temporaire de l'emploi de CCA ou AHU qu'il occupe, sous la condition que le responsable de service et le directeur de l'UFR concernée soient favorables. La nomination se fait par décision conjointe du directeur général du CHU et du doyen après que le dossier ait été examiné par cette commission.

S'agissant des conditions de recrutement, le statut de PHU est censé offrir une garantie à l'issue du contrat : soit le candidat est reçu à un concours de MCU-PH ou de PU-PH, soit, si l'accès à un poste de HU titulaire ne s'avère pas possible, un poste de PH doit lui être ouvert. C'est ce qui découle de l'obligation qui est faite aux candidats d'être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de praticien hospitalier :

Encadré 4 : Les conditions de recrutement des PHU⁷²

« Les emplois vacants de praticien hospitalier universitaire sont pourvus dans les conditions suivantes :

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes à la date limite de dépôt des candidatures :

1-Compter au moins deux ans de services effectifs en qualité de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ou d'assistant hospitalier universitaire et exercer ces fonctions ou avoir cessé de les exercer depuis moins de deux ans.

2-Etre inscrits sur la liste d'aptitude établie à l'issue du concours national de praticien des établissements publics de santé mentionné à l'article 1er du décret n° 99-517 du 25 juin 1999 organisant le concours national de praticien des établissements publics de santé, au titre des épreuves de type I mentionnées à l'article 3 du même décret.

3-Postuler une nomination à titre permanent dans le corps des praticiens hospitaliers à temps plein relevant du décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé. »

Mais la troisième condition imposée par l'article 27 du décret du 24 février 1984 comporte une forme d'ambiguïté, car postuler à une nomination ne signifie pas être nommé dans le corps des praticiens hospitaliers. Si le CHU n'a pas ouvert de poste de praticien hospitalier (PH) pour permettre au candidat d'être nommé à titre permanent dans le corps des PH au moment de postuler sur l'emploi de PHU, le candidat est placé, de ce fait, dans une situation précaire. À l'issue de son engagement en tant que PHU, le praticien devra, le cas échéant, se réinscrire au concours national de PH, afin de pouvoir postuler à un poste de PH. Ce cas a été rapporté à la mission lors de ses entretiens avec les PHU sur les sites visités. En effet, la durée de validité de la liste d'aptitude aux fonctions de PH, établie pour chaque discipline ou spécialité et chaque type de concours, est de quatre ans, ce qui signifie qu'un PHU peut se voir opposer, dans certains CHU, le fait que son inscription n'est plus valide, à l'issue de ses fonctions de PHU.

⁷² Article 27 du décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

- Pour autant des modalités existent dans le statut des praticiens hospitaliers qui ont pour objet de sécuriser le parcours des PHU

Les dispositions statutaires propres aux praticiens hospitaliers disposent pourtant expressément que les PHU sont des PH détachés temporairement pour exercer des fonctions universitaires et qu'à l'issue de leur détachement et à défaut d'être titularisés dans le corps des MCU-PH, ils peuvent être réintégrés dans un emploi de PH.

Encadré 5 : Détachement temporaire dans un emploi de praticien hospitalier universitaire

Les candidats nommés praticiens hospitaliers universitaires, en application des dispositions de l'article 27 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires sont simultanément nommés et titularisés en qualité de praticiens hospitaliers. Ils sont placés en position de détachement sur un emploi de praticien hospitalier universitaire par arrêté du directeur général du Centre national de gestion.

À l'issue de leur détachement et à défaut d'être titularisés dans un corps du personnel enseignant et hospitalier, ils sont réintégrés dans un emploi de praticien hospitalier dans les conditions prévues au 3° de l'article R.6152-7 (ils peuvent faire acte de candidature aux postes vacants de praticien hospitalier lorsqu'ils sollicitent leur réintégration).

Ils sont placés, le cas échéant, en disponibilité d'office, pour la période comprise entre la fin du détachement en qualité de praticien hospitalier universitaire et leur réintégration dans le corps des praticiens hospitaliers.

Le statut de PH offre donc de vraies garanties sur ce point, parfois méconnues des candidats et des établissements. **Il serait donc nécessaire de modifier l'article 27 du décret n°84-135 du 24 février 1984 pour l'harmoniser totalement avec les dispositions des articles R.6152-51⁷³(5°), R.6152-60⁷⁴ et R.6152-61⁷⁵ du CSP.**

- Une extension du statut de PHU en pharmacie et en odontologie dans le cadre du projet de décret fusionnant les statuts des trois disciplines de santé

Le dispositif des PHU n'est pour l'instant ouvert que dans les disciplines médicales. Il est cependant revendiqué par les doyens de pharmacie et d'odontologie et devrait être accessible à ces disciplines dans le cadre de la réforme statutaire en cours.

Le projet de décret fusionnant les statuts des trois disciplines de santé prévoit en effet, dans le cadre de l'alignement complet des parcours des personnels des disciplines médicales biologiques, pharmaceutiques et odontologiques sur celui des disciplines médicales, la création de praticiens hospitaliers universitaires (PHU) en pharmacie et en odontologie afin de permettre aux non titulaires de mieux se préparer aux concours ainsi que la possibilité pour les PHU de présenter directement le concours de PU-PH.

⁷³ Le détachement sur demande ne peut avoir lieu que dans l'un des cas suivants : article R.6152-51 : [...] « Détachement en qualité de praticien hospitalier-universitaire, dans les conditions prévues à l'article R. 6152-60. »

⁷⁴ Article R.6152-60 : « Les candidats nommés praticiens hospitaliers universitaires, en application des dispositions de l'article 27 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires sont simultanément nommés et titularisés en qualité de praticiens hospitaliers. Ils sont placés en position de détachement sur un emploi de praticien hospitalier universitaire par arrêté du directeur général du Centre national de gestion. »

⁷⁵ Article R.6152-60 A l'issue de leur détachement et à défaut d'être titularisés dans un corps du personnel enseignant et hospitalier, ils sont réintégrés dans un emploi de praticien hospitalier dans les conditions prévues au 3° de l'article R. 6152-7. Ils sont placés, le cas échéant, en disponibilité d'office, pour la période comprise entre la fin du détachement en qualité de praticien hospitalier universitaire et leur réintégration dans le corps des praticiens hospitaliers. »

Au total, la mission a le sentiment que le statut de PHU, qui était une construction particulièrement originale et inédite dans la sphère publique, a été sous-employé et trop souvent utilisé, non comme une vraie période de pré-recrutement des futurs HU mais comme une simple prolongation des fonctions de CCA et AHU, utilisée par défaut plus que dans une vraie logique de vivier. À cet égard, certaines universités, comme Lyon I, fournissent un contre-exemple en intégrant les emplois PHU dans une vraie logique de gestion prévisionnelle des carrières construite avec les partenaires hospitaliers.

2.2.2 Le recrutement dans les corps de MCU-PH et PU-PH : un processus complexe, qui s'est construit pour partie « hors textes »

2.2.2.1 Un processus de recrutement complexe

La première caractéristique de ce mode de recrutement est à la fois son caractère centralisé et sa complexité, avec une multiplication des concours « réservés » (pas moins de six pour l'accès au corps des PU-PH)⁷⁶ et des conditions de candidatures qui semblent faites pour s'adapter sur mesure au profil de chaque candidat, plus que pour fixer un niveau d'exigence clair.

Or, il est très difficile d'évaluer si la multiplication des types de concours assure réellement une diversité des profils. Faute d'avoir été autorisée à dématérialiser –alors qu'elle le souhaitait– les dossiers de candidatures et les opérations de concours, la DGRH n'est en effet pas en mesure d'analyser, par concours, l'origine des candidats à la différence de ce qu'elle a réalisé pour toutes les autres disciplines universitaires.

➤ Les origines des candidats

Les statistiques qui ont été fournies à la mission sont de ce fait parcellaires, tant pour les MCU-PH que pour les PU-PH mais donnent cependant quelques indications sur les parcours :

Tableau 6 : Origine des MCU-PH de médecine nommés entre 2013 et 2017

Origine des MCU-PH par année	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAL DES NOMINATIONS MCU-PH	136	161	131	156	173
DOSSIERS INSTRUITS SUR ORIGINES	35	66	63	61	71
CCA	9	19	13	15	9
AHU	12	6	18	1	13
PH	9	26	8	21	23
PH sur totalité des nominations	25	36	27	43	45
PHU	3	12	6	13	15
Autre	2	3	18	11	11

Source : CNG⁷⁷

⁷⁶ Cf. annexe 5 précitée.

⁷⁷ Les données sur les origines des MCU-PH et des PU-PH nommés proviennent des dossiers instruits par le CNG dans le cadre du concours (il convient de préciser que le CNG a géré les disciplines mixtes en années impaires et les disciplines cliniques en années paires). Chaque année, le MESRI et le CNG se répartissent l'instruction de la recevabilité des concours. **Aussi ces données ne concernent que la partie instruite par le CNG chaque année et ne concernent ni l'odontologie, ni la pharmacie qui restent instruites au niveau du MESRI. En revanche, dans les différents tableaux présentés, la partie « origine PH sur totalité des nominations » concerne l'ensemble des lauréats PH aux différents concours** puisque le CNG peut les identifier via la gestion qu'il assure des PH.

Globalement, un tiers des MCU-PH sont issus des statuts de PH et de PHU (cf. tableau 6). Cette proportion apparaît cependant très variable d'une faculté de médecine à l'autre.

Tableau 7 : Origines des PU-PH de médecine nommés entre 2013 et 2017

Origine des PU-PH par année	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAL DES NOMINATIONS PU-PH	204	172	195	203	189
DOSSIERS INSTRUMENTS SUR ORIGINES	110	133	106	98	127
MCU-PH	58	45	52	32	52
CCA	5	16	7	4	19
AHU	15	0	0	3	6
PH	28	53	22	40	22
PH SUR TOTALITE DES NOMINATIONS	66	71	83	60	63
PHU	2	16	7	5	10
Autre	2	3	18	14	18

Source : CNG/Retraitement mission

Les sous-sections concernent principalement la cancérologie, la génétique, l'hématologie, l'immunologie, la biologie cellulaire et moléculaire.

Les PH et PHU représentent près de 40 % des nominations de PU-PH en médecine en 2017. En 2016, ils ne sont que 28 % mais, sur les cinq années présentées, leur poids dans les nominations reste très important. On voit donc qu'à côté du corps des MCU-PH, les PH et les PHU constituent des viviers essentiels du corps des PU-PH, mais les parcours restent complexes, les modes de recrutement peu lisibles, ce qui plaide pour une simplification des voies d'accès.

➤ **Les ratios nombre de candidats/postes : une absence de concurrence au moment du concours**

Sont présentés ici, à titre d'exemple, les résultats des concours 2017 qui illustrent une des spécificités les plus marquantes des concours HU : l'adéquation presque parfaite entre le nombre de candidats et le nombre de postes, qui pose question.

Ainsi pour le concours 2016, 337 candidats ont été reçus aux concours de MCU-PH et de PU-PH sur 345 candidatures présentées.

Tableau 8 : Les concours 2017 dans les disciplines cliniques

	Candidatures présentées	Candidatures recevables	Candidats reçus	% de réussite
PU-PH / médecine (disciplines cliniques)	98	98	98	100 %
MCU-PH / médecine (disciplines cliniques)	61	61	59	96,7 %
Total	159	159	157	98,7 %

Source : Bilan d'activité CNG

Tableau 9 : Les concours 2017 dans les disciplines biologiques, mixtes et odontologiques :

	Candidatures présentées	Candidatures recevables	Candidats reçus	% de réussite
PU-PH /médecine (bio -mixte)	95	95	93	97,9 %
MCU-PH/médecine (bio - mixte)	79	78	76	97,4 %
PU-PH Odontologie	5	5	5	100 %
MCU-PH Odontologie	7	7	6	85,7%
Total	186	185	180	97,3 %

Source : Bilan d'activité CNG

Dans le projet de décret relatif à la fusion des corps de personnels enseignants et hospitaliers, les modalités de recrutement en médecine, odontologie et pharmacie, seront alignées sur les dispositions applicables actuellement dans les disciplines cliniques. Ainsi, dans l'ensemble des disciplines, les assistants hospitaliers universitaires, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les PHU auront la possibilité de passer les concours de MCU-PH après un an de fonctions et les concours de PU-PH après deux ans de fonctions. En revanche, les dispositions sur les modes de concours seront transposées sans modification, ni simplification, ce qui ne paraît pas satisfaisant à la mission.

2.2.2.2 Le rôle central du CNU dans le processus de recrutement

Le conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques (CNU santé) est l'instance nationale compétente à l'égard du recrutement et du suivi de la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences de ces disciplines. Il comprend 23 sections (14 en médecine, 3 en odontologie et 6 en pharmacie), avec un fractionnement en 63 sous-sections (53 en médecine, 4 en odontologie et 6 en pharmacie) qui limite l'interdisciplinarité, soit une très grande fragmentation disciplinaire en médecine.

Encadré 6 : Les différentes nomenclatures disciplinaires

La multiplicité des nomenclatures disciplinaires met en relief la difficulté à échanger et comparer les données disponibles :

- le CNG utilise 47 spécialités pour les praticiens hospitaliers ;
- le CNOM compte à ce jour 42 commissions de qualification ;
- les arrêtés du 12 et du 21 avril 2017 (réforme du troisième cycle des études médicales) définissent 44 diplômes d'études spécialisées (DES) remplaçant les anciens DES et DES complémentaires (DESC) ;
- les disciplines des collèges nationaux d'enseignants en médecine sont au nombre de 59.

Pour les recrutements, comme d'ailleurs les avancements, ces sous-sections jouent un rôle essentiel, puisque ce sont elles qui, constituées en jury national, auditionnent et arrêtent la liste des candidats admis, les instances locales n'intervenant que dans un second temps (voir *supra* § 1.2.1.).

Mais la spécificité du dispositif, qui s'est construit de longue date dans les disciplines de santé, tient avant tout au rôle joué par le CNU en amont des recrutements. De manière totalement informelle – puisque hors de toute disposition statutaire – les sous-sections ont mis en place des dispositifs de « repérage » et d'accompagnement des candidats. Chaque sous-section a ses méthodes et ses critères, qui figurent –en règle générale mais pas toujours– sur le site officiel du CNU santé. Mais, au-delà des règles propres à chaque sous-section, une forme de « procédure » s'est généralisée en amont du concours proprement dit, le vidant d'ailleurs d'une bonne partie de son sens, puisque –au moment où sont ouverts les postes par arrêté ministériel– les jeux sont faits et les futurs lauréats en principe parfaitement identifiés par les jurys, comme le souligne l'adéquation presque parfaite entre le nombre de postes et le nombre de candidats (cf. *infra*).

Les principales étapes de ce pré-recrutement sont les suivantes :

➤ **Les candidatures sont soumises en amont à une « pré-audition » par le CNU**

Les sous-sections ont mis en place depuis quelques années une procédure en amont du concours, dénommée « Pré-CNU » qui ne fait l'objet d'aucune formalisation réglementaire mais à laquelle les instances locales adhèrent globalement, comme d'ailleurs les candidats qui ont intériorisé les règles. Toutes les UFR auditionnées par la mission en font ainsi un prérequis à la transmission d'une candidature et donc à l'ouverture d'un poste.

Dans le cadre de ce dispositif, les sous-sections examinent les dossiers des candidats, vérifient le niveau de publication scientifiques et de préparation globale; elles programment quasi systématiquement une pré-audition et un certain nombre d'entre elles organisent même une visite dans le service dont est originaire le candidat. À l'issue de ces pré-auditions, le doyen et le candidat sont informés de l'avis de la sous-section, ce qui leur permet d'être éclairés sur l'état du dossier et les « chances » du candidat.

À titre d'exemple sont présentées les recommandations d'une sous-section, figurant sur le portail du CNU :

Encadré 7 : Exemple de procédure dite de Pré-CNU

Une « pré-audition », par le jury du CNU, des futurs candidats à un poste de PU-PH ou de MCU-PH dans la discipline en amont de leur concours de recrutement est organisée dans la sous-section 42-02 du CNU Santé. Il est vivement recommandé que le candidat se présente en pré-audition le plus tôt possible, bien en amont de son éventuelle candidature à un poste de MCU-PH ou de PU-PH, afin de faire le point sur son état de préparation, d'identifier un vivier pour la discipline et, le cas échéant, d'appuyer sa candidature auprès de son Doyen et des instances locales. Il convient de répéter régulièrement (tous les 3 ans) les préauditions et que la **dernière pré-audition intervienne au maximum deux ans avant le concours de recrutement**. Ces préauditions se déroulent en général dans le cadre des sessions d'avril et de juin du CNU.

Pour une pré-audition par le CNU, le Doyen, le responsable local de la discipline ou, à défaut, le candidat lui-même prend l'attache du Président de la sous-section pour l'informer de la **demande de pré-audition** et lui transmettre le **curriculum vitae du candidat**.

Le candidat rédige et transmet par courriel au Président de la sous-section son épreuve de titres et travaux. Il contacte ensuite celui-ci afin d'être informé des modalités de la pré-audition et de définir avec lui le sujet de son exposé didactique.

Dans le mois qui précède la pré-audition, le candidat envoie son épreuve de **titres et travaux à tous les membres du jury** (aux 6 du 1^{er} collège pour les candidats PU-PH et aux 12 des 2 collèges pour les candidats MCU-PH), ceci **par courriel**.

La pré-audition est organisée comme suit :

1/ Tout d'abord, le candidat expose en 10/15 minutes ses titres et travaux à l'aide d'un support vidéo-projeté. Il présente non seulement son bilan mais aussi son projet universitaire et hospitalier en insistant sur le contexte local de sa **future intégration**.

2/ Il répond ensuite aux questions du jury (10/15 minutes).

3/ Il présente enfin un exposé didactique (15/20 minutes).

Pour ce faire, le candidat prépare sa leçon à l'avance et se présente avec son support préétabli. Cet exposé didactique est pour les candidats PU-PH et MCU-PH de type cours magistral à l'usage des étudiants du 1^{er} cycle des études médicales ou, le cas échéant pour les PU-PH, de niveau master santé.

Lors de la pré-audition, le candidat décrit le plan de sa leçon, présente au jury comment il en traite les différentes parties en insistant sur les notions les plus importantes à retenir et en faisant appel le plus possible à des schémas et illustrations et termine son exposé en énonçant les points forts que l'étudiant doit retenir. Il ne doit pas « traiter in extenso » la leçon. En alternative, le candidat peut choisir de présenter, une innovation ou une démarche pédagogique originale qu'il a élaborée dans sa Faculté.

Source : Portail du CNU – sous-section 42-02

➤ Les critères de sélection des sous-sections

Chaque sous-section du CNU établit ses critères en tenant compte d'une grille d'évaluation établie par le CNU⁷⁸. Ces critères sont d'abord des critères de nature scientifique. Ainsi, pour l'ensemble des sous-sections, le niveau de publication requis pour les candidats MCU-PH est au minimum de trois articles originaux en premier auteur dans des revues internationales et de six articles en premier ou dernier auteur pour les candidats PU-PH, suivi d'autres publications qui témoignent de l'intérêt pour la discipline. Dans la pratique, que confirme les témoignages tant des jeunes HU amorçant leur parcours hospitalo-universitaire que des doyens, à côté de ce niveau de publication, est exigé un socle de 200 points SIGAPS⁷⁹ pour un candidat MCU-PH et de 400 points SIGAPS pour un candidat PU-PH, certaines sous-sections, par exemple la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, allant même jusqu'à 600 points.

Le renforcement des critères scientifiques et la référence aux points SIGAPS qui sont –à quelques nuances près- communs à toutes les sections, sont souvent présentés par les acteurs rencontrés sur site comme résultant d'une « directive ministérielle » émanant du MESRI. De fait, la mission a pris connaissance d'un document émanant du secrétariat d'État à l'enseignement supérieur et à la recherche datant du 11 mai 2015, qui formule des propositions précises de cadrage concernant les conditions de recrutement dans les corps hospitalo-universitaires⁸⁰. Ces recommandations, où figurent notamment les références aux 200 points SIGAPS exigés des MCU-PH et aux 400 points SIGAPS pour l'accès au corps des PU-PH, ont été intégrés tant par les doyens au niveau local que par le CNU.

À côté de ces critères proprement recherche, la plupart des sites des sous-sections affichent également des prérequis pédagogiques et hospitaliers.

Encadré 8 : Exemple de prérequis pédagogiques et hospitaliers demandés par une sous-section

Prérequis pédagogique

- Pour les candidats MCU-PH une participation effective aux enseignements dirigés de la discipline en 1^{er} cycle des études médicales est souhaitée, au minimum durant l'année universitaire précédant le concours pour les candidats non AHU dans la discipline.

- Pour les candidats PU-PH une participation effective aux cours magistraux et, le cas échéant, aux enseignements dirigés de la discipline en 1^{er} cycle des études médicales est souhaitée, au minimum durant l'année universitaire précédant le concours pour les candidats non MCU-PH dans la discipline. Une participation à l'enseignement en 2^{ème} et 3^{ème} cycles (M1 et M2 notamment), en formation continue... est également appréciée.

Prérequis hospitalier

Le candidat doit justifier d'une activité hospitalière, que celle-ci relève de notre discipline (cytologie, histologie, embryologie/reproduction ou cytogénétique) ou d'une autre discipline, clinique en particulier. A défaut, s'il n'est pas hospitalo-universitaire, il devra justifier de ses compétences scientifiques et technologiques lui permettant de s'insérer dans une équipe hospitalière. Ceci concerne notamment les candidats non médecins ou non biologistes médicaux qui ne peuvent exercer que des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes médicaux. »

Source : Portail du CNU – sous-section 42-02

⁷⁸ Cf. annexe 9 : grille d'évaluation du CNU santé.

⁷⁹ Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques. Dans SIGAPS, les revues sont classées en 6 niveaux : A, B, C, D, E et NC (A correspondant aux excellentes revues, B aux très bonnes,...). Ce classement est réalisé à partir des Facteurs d'Impact (indice de notoriété) des revues, mais classés par discipline.

⁸⁰ Cf. annexe 10 : note du MESR de juin 2015.

Certaines sous-sections demandent ainsi aux futurs candidats aux postes de PU-PH, un engagement plus affirmé en matière de pédagogie, avec, par exemple, l'obligation d'être titulaires d'un diplôme universitaire de pédagogie. La conférence des doyens a d'ailleurs proposé, en 2015, d'intégrer le score individuel d'aptitudes pédagogiques « SIAPS »⁸¹ dans les critères retenus pour le recrutement et l'avancement des HU. Ce score « SIAPS » reste cependant, selon le CNU, encore peu utilisé.

Malgré ces quelques ouvertures, les critères recherche restent en effet prépondérants ; c'est sur la qualité du parcours scientifique, plus que sur l'enseignement ou l'activité hospitalière que se fait le tri entre les candidats, ce que déplorent certains responsables HU. Ainsi, selon un PU-PH, président d'une commission des effectifs d'un CHU visité, « *il ne faut pas nommer des jeunes qui ne sont que des chercheurs; les HU devront prendre des responsabilités hospitalières; les CNU sont un peu plus sensibles à cet aspect management et bloquent certains candidats qui n'ont pas d'expérience ou de légitimité suffisante sur l'activité hospitalière. Il ne faut pas trop surévaluer dans le recrutement l'aspect recherche mais tenir compte aussi des autres qualités nécessaires à une carrière HU* ».

Le CNU développe par ailleurs une fonction d'accompagnement. Certaines sous-sections ont ainsi mis en place un dispositif de repérage et de conseil pour les plus jeunes, intéressés par une carrière HU, en vue de la constitution d'un vivier de futurs MCU-PH et PU-PH. Elles repèrent les candidats prometteurs et sont les seules à avoir une vision globale de la situation de la discipline et du vivier potentiel, ce qui leur permet dans certains cas, de jouer un rôle de régulation et d'orientation des candidats vers des services qui sont à la recherche d'un candidat potentiel.

2.2.2.3 Les phases locales de révision des effectifs et de pré-recrutement varient suivant les établissements

En amont des auditions organisées par les « Pré-CNU », les UFR ont toutes mis en place des dispositifs de repérage précoce et d'accompagnement des candidats. Les révisions annuelles des effectifs au niveau local et les demandes d'ouvertures de postes aux concours sont préparées en fonction de ces opérations de pré-sélection interne des candidats.

Les UFR organisent des auditions locales des candidats dans des configurations différentes et des modalités de concertation des acteurs assez hétérogènes suivant les sites visités.

⁸¹ Cf. 1. Notice et grille d'évaluation du score SIAPS réalisées par la conférence des doyens de médecine.

Encadré 9 : La révision annuelle des effectifs et les modalités de participation des différents acteurs à cette révision dans sa phase locale

1. L'AP-HP⁸²

La révision annuelle des effectifs HU de l'AP-HP (7 UFR de médecine, 2 UFR de pharmacie et 2 UFR d'odontologie), commence en mai-juin de l'année n par un cycle de conférences hospitalo-universitaires associant, par UFR, les doyens, la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU), le président de la CME, le président de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM), le ou les directeurs des groupes hospitaliers et le ou les présidents de commissions médicales d'établissement locales (CMEL).

Les nominations se feront pour les PU-PH et les MCU-PH au 1^{er} septembre de l'année n+1.

Ce cycle permet la mise en cohérence des demandes avec les orientations stratégiques, scientifiques et pédagogiques des structures hospitalières et universitaires. Le classement des CMEL est demandé dès cette phase. Il précède généralement le classement des conseils de gestion des UFR. Il donne lieu à une instruction des dossiers par les services administratifs de l'AP-HP (DOMU) et des UFR afin de vérifier les vacances de postes liées notamment aux départs en retraite, mutations etc... Les hôpitaux liés par convention à l'AP-HP font également remonter leurs demandes de postes par leur UFR de rattachement.

Des points particuliers dans le processus de la révision HU peuvent donner lieu à des échanges importants :

- la proposition de nomination d'un PU-PH dans un hôpital conventionné et dans une discipline concurrentielle avec l'activité hospitalière de l'AP-HP ;
- la nomination d'un HU pour des raisons strictement pédagogiques (nécessité pour le doyen d'assurer l'enseignement d'une discipline) sans lien avec l'activité hospitalière.

2. À POITIERS.

La commission mixte (UFR- CHU) de révision des effectifs n'existe pas mais pour autant une concertation a lieu entre le DG du CHU, le doyen et le PCME. Le doyen organise une audition axée sur l'enseignement et la recherche, devant le conseil de l'UFR (le président de la CME est invité) mais sans rapporteurs ; ainsi, l'activité hospitalière n'est pas évaluée. Selon les acteurs locaux, le dispositif reste assez archaïque et non structuré.

Pour pallier ce manque, le président de la CME a créé en 2016 un comité mixte chargé de suivre les jeunes candidats potentiels HU. Dans ce comité, siègent le doyen, le VP recherche du directoire, le VP du CS de la faculté. Le comité sollicité par le chef de service, rencontre les candidats potentiels. Les candidats sont auditionnés avec leur « *mentor* » ; l'audition dure 30 mn.

3. À Amiens

Au CHU d'AMIENS, une commission de révision des effectifs en médecine présidée par le doyen, réunit le président de la CME, le DG du CHU, le bureau du conseil de gestion de l'UFR, un représentant du président de l'université et des représentants de l'UFR. Cette commission a un rôle de conseil auprès du doyen de l'UFR de médecine et du directeur Général du CHU pour l'élaboration annuelle de la révision des effectifs hospitalo-universitaires de l'UFR de médecine. Elle se réunit à leur demande conjointe. Elle a également pour mission :

- d'auditionner les candidats potentiels hospitalo-universitaires en médecine ;
- d'aider à étudier les perspectives de recrutements par spécialité en médecine ;
- d'aider à analyser les demandes de postes de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants spécialistes en médecine ;
- de participer à la réflexion avec l'Agence Régionale de Santé sur la démographie hospitalo-universitaire (internat) en médecine.

Une commission distincte concernant la pharmacie, issue du conseil de l'UFR de pharmacie auditionne les candidats proposés par le Doyen.

Un classement des candidatures intervient en tenant compte des besoins des disciplines et de l'établissement après un vote en conseil de gestion de l'UFR et en CME.

⁸² Cf. annexe 11 : schéma du calendrier de révision des effectifs de l'AP-HP.

Le cas de Lyon est particulièrement intéressant comme exemple de coordination réussie entre les hôpitaux civils de Lyon (HCL) et l'université Claude Bernard Lyon 1. Une des particularités de la situation lyonnaise est le rôle joué par le comité de coordination des études médicales (CCEM) dont les missions sont larges, regroupant la coordination de l'enseignement et de la recherche entre les UFR, la gestion des collèges de spécialités, la révision des effectifs HU et l'internat (troisième cycle). L'ensemble des acteurs est associé aux processus de recrutement avec la mise en place d'une commission mixte d'audition présidée par le président du CCEM et associant des représentants des HCL et de l'université. La commission médicale d'établissement, qui est également paritaire H et U émet un avis sur les classements proposés et les priorités institutionnelles du CHU ; globalement le classement de la commission mixte d'audition est respecté avec parfois quelques ajustements.

Le dispositif présenté ci-après, met en valeur la prise en charge précoce et le suivi des candidats.

La révision annuelle des effectifs à Lyon

La commission mixte d'audition procède à un classement sur la base du dossier pédagogique, scientifique et de l'audition. Le classement est fait toutes disciplines confondues, et détermine l'ouverture des postes mais après arbitrage en fonctions des besoins H et U. Les postes ne sont pas ouverts uniquement en fonction du classement mais celui-ci a une influence ; le classement permet aussi d'avoir un vivier de candidats et d'exporter des candidats bien classés qui n'auraient pas de place à Lyon. Ce dispositif existe depuis quinze ans.

Stratégie de recrutement des candidats à Lyon

- repérage précoce des candidats – Suivi CCEM personnalisé ;
- objectif : limiter l'« endogamie » ;
- recherche de candidatures de haut niveau – Les effectifs par discipline ne sont pas figés ;
- priorités de recrutement ;

Soin : importance du projet institutionnel, positionnement par rapport à la concurrence, implication dans les réseaux ;

Enseignement : formation à la pédagogie, implication SIDES, responsabilités locales/nationales/internationales ;

Recherche : rattachement à unité labellisée, intégration aux axes du CHU, niveau de publications, temps imparti minimum ;

Mobilité : hors hexagone, plutôt 2 ans, de préférence après la période CCA-AHU, retombées en termes de publications ;

Management : formation en amont, implication institutionnelle ;

Innovation : exigée dans le domaine clinique ou de recherche ou les deux.

Trajectoire locale

- rencontre précoce et répétée des candidats ;
- intégration du projet personnel au projet de la discipline (voire des disciplines voisines) ;
- validation par les collèges ;
- rencontre préparatoire du CNU ;
- validation par les instances universitaires et hospitalières ;
- commission audition en mai – Classement des candidats MCU-PH et PU-PH ;
- commission mixte hospitalo-universitaire en juin ;
- rattachement UFR et HCL ;
- CNU année N+1 ;
- prise de fonction année N+1.

Source : Document présenté par le président du CCEM à la mission

Au total, le plus frappant est que la majorité des acteurs rencontrés adhèrent à ce dispositif informel de pré-recrutement, et notamment au rôle joué par le CNU, même s'il fonctionne hors de toute base réglementaire. Les candidats voient en particulier dans le CNU une garantie d'objectivité par rapport à ce qui pourrait être perçu comme un risque d'arbitraire si les choix étaient uniquement locaux. Ce dispositif permet également d'accompagner les candidats dans leur projet professionnel et leur offre une aide et des conseils pour compléter leur dossier. Les doyens ont, quant à eux, intégrés globalement les exigences du CNU et contestent moins le renforcement des

critères recherche imposé par le ministère à compter de 2013 que la référence aux points SIGAPS, inadaptée à la diversité des disciplines et non pertinente pour une évaluation des performances individuelles.

S’agissant de la phase locale, les modalités de détection des candidatures et de révision des effectifs HU sont dans certains sites très structurées ; les jeunes candidats sont bien informés et suivis dans leur projet de carrière ; dans d’autres CH&U, elles sont au contraire peu lisibles et mal connues des candidats, qui sont ont le sentiment de n’être pas épaulés. **À cet égard, il paraît souhaitable qu’au sein de chaque site, soit généralisé le principe du recours à une commission mixte d’audition des candidats rassemblant, autour des doyens d’UFR santé, des représentants du président de l’université et du directeur général du CHU ainsi que le président de la CME.**

Enfin, il convient de souligner que les phases locales de révision des effectifs ont en commun, quel que soit le site, de se dérouler en dehors des campagnes d’emplois menées par les universités sur leurs emplois d’enseignants-chercheurs, avec des calendriers qui ne concordent pas. La conséquence en est que les instances universitaires n’examinent jamais en même temps les emplois HU et les autres emplois scientifiques, ce qui nuit à des redéploiements éventuels et, d’une manière plus générale, à la cohérence de la politique scientifique de l’établissement et aux interactions entre disciplines et équipes scientifiques. Ce « déphasage » des deux calendriers de campagnes d’emplois est signalé comme une anomalie par tous les présidents rencontrés par la mission.

2.2.3 Le déroulement de carrière

2.2.3.1 Un accès au corps des PU-PH très variable suivant les disciplines

La durée des « carrières » et l’âge moyen pour accéder au corps des PU-PH est très dépendant de la discipline, ne serait-ce qu’en raison des conditions de candidatures, puisque, dans les disciplines cliniques, les CCA et les PHU peuvent se présenter directement au concours de de PU-PH, alors que, dans les discipline biologiques et mixtes, ils doivent obligatoirement avoir justifier de deux ans de fonctions effectives de MCU-PH pour pouvoir candidater aux concours PU-PH.

L’âge moyen des personnels enseignants et hospitaliers est relativement stable comme le montre le graphique suivant mais avec des variations par sous-section :

Tableau 10 : Âge moyen des personnels enseignants et hospitaliers par grande discipline depuis 1996

Grande discipline	1996	2000	2004	2008	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	52,3	52,7	52,9	53,7	53,8	53,8	53,6	53,6	53,7	52,8
Odontologie	50,5	50,5	51,4	52,1	52,5	52,2	52,1	51,6	51,7	51,4
Pharmacie	49,2	49,5	49,6	48,9	48,6	48,4	48,3	48,3	48,5	49,5

Source : DGRH A1-1 – Gesup

En revanche, on voit un certain recul **de l’âge moyen d’entrée dans les corps** de MCU-PH et PU-PH en médecine et surtout en pharmacie, avec des variations par discipline. Ainsi l’âge moyen d’entrée dans le corps des PU-PH passe de 38,4 ans en 2004 à 40,6 ans en 2017 avec une variation entre sections : en 2017, l’âge moyen de nomination dans le corps était de 39,2 ans en

ophtalmologie (55-02), de 39,8 ans en pneumologie (55-01) mais de 44 ans en immunologie et en génétique (sous-sections 47-03 et 47-04)⁸³.

En 2016, l'âge moyen d'accès au corps des professeurs d'universités est plus élevé (46 ans) avec de fortes variations par champs disciplinaire (34 ans 1 mois en droit, économie, gestion via l'agrégation externe, 43 ans 5 mois en sciences et techniques et 48 ans 8mois en lettres et sciences humaines⁸⁴).

Tableau 11 : Âge moyen d'entrée dans le corps des personnels enseignants et hospitaliers par grande discipline depuis 2004

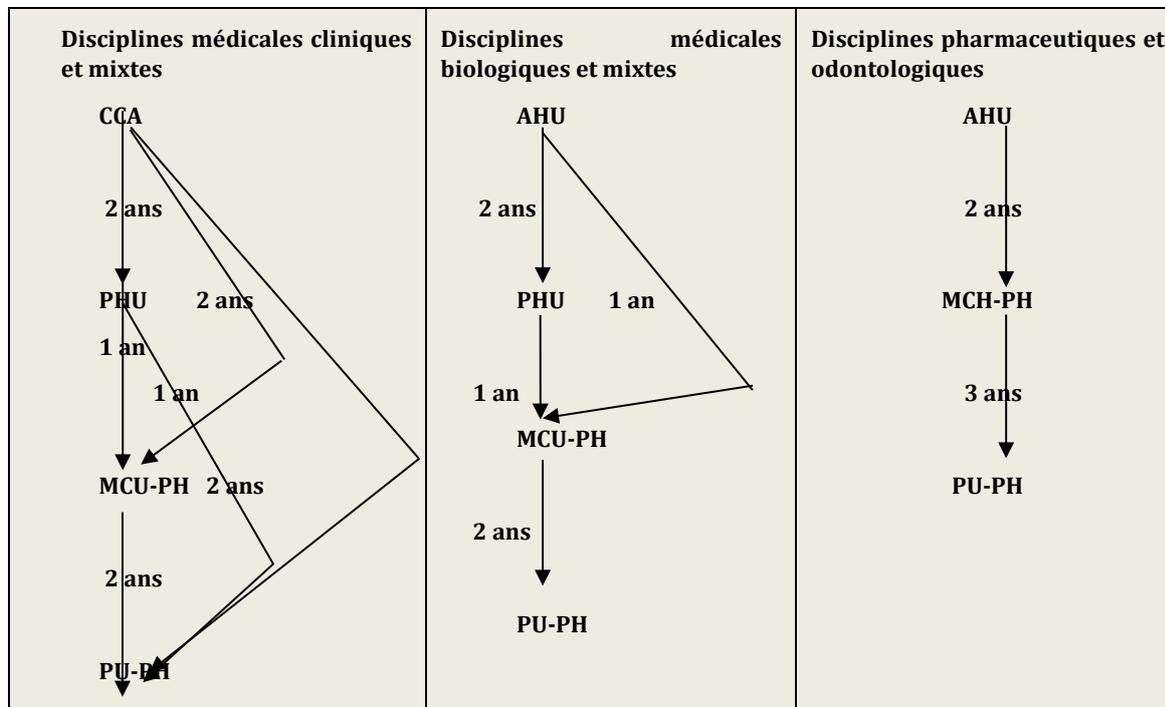
	2004	2008	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	39,3	39,5	39,8	39,9	40,0	40,5	40,5	40,8
Odontologie	41,1	40,8	40,1	39,8	39,6	39,3	39,2	38,9
Pharmacie	38,0	37,2	36,5	38,1	38,0	37,8	37,6	44,9

Source : DGRH A&61 - Gesup

Au-delà de ces différences dans l'accès au corps, les durées de carrière varient également selon les disciplines et les CH&U, comme le montrent les données issues du CNG⁸⁵.

Le graphique n°8 présente ainsi la carrière « théorique » type par grand champs disciplinaire, tandis que les tableaux suivants permettent d'affiner le constat et de mesurer les écarts de situation.

Graphique 10 : Parcours HU dans le cadre des dispositions actuelles



⁸³ L'évolution des âges moyens dans les corps de MCU-PH et PU-PH est présentée en détail dans l'annexe 4 précitée.

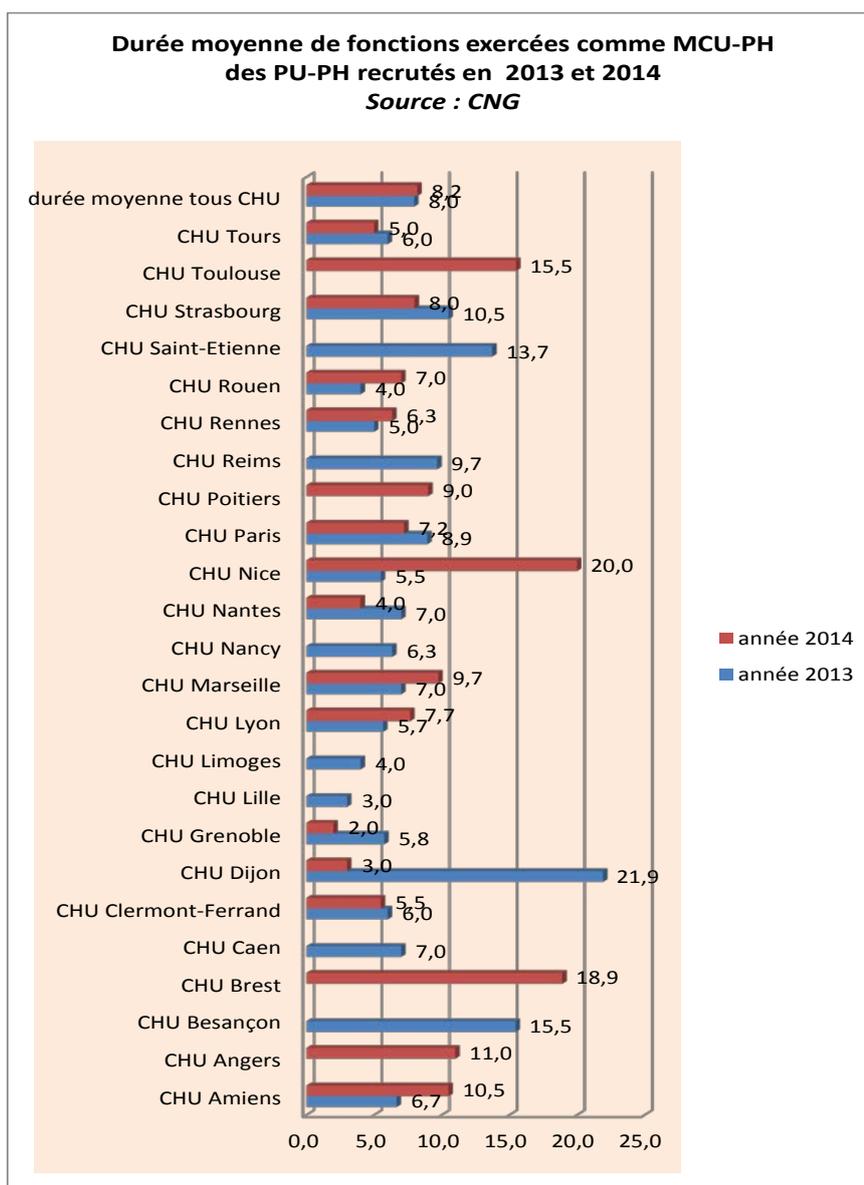
⁸⁴ Source note DGRH n°7-juin 2017.

⁸⁵ Pour les raisons expliquées *supra*, la DGRH n'est pas en mesure à l'heure actuelle d'effectuer les analyses sur les origines des candidats qui existent dans toutes les autres disciplines universitaires.

Source : DGRH A2-3

Les données issues des concours 2013 et 2014 (tableau n°13) font apparaitre de fortes variations, selon les CH&U : les durées passées comme MCU-PH avant d'accéder au corps des PU-PH vont ainsi de 4 ans à plus de 20 ans. Il apparaît difficile d'objectiver les raisons pour lesquelles certaines carrières sont si longues. Pour autant, certains candidats peuvent faire le choix de rester MCU-PH, notamment pour ceux qui ne veulent pas s'investir dans les responsabilités d'encadrement⁸⁶.

Graphique 11 : Ancienneté des candidats MCU-PH pour accéder aux fonctions de PU-PH (en nombre d'année)



Source : CNG Retraitement mission

⁸⁶ Chez les enseignants-chercheurs de statut universitaire, la durée moyenne passée en tant que maître de conférences pour ceux qui deviennent professeurs est de 12 ans 2 moi, soit des carrières plus longues que dans les disciplines de santé. (source : DGRH- note n°7-juin 2017).

Pour les durées supérieures à la moyenne nationale (au moins 9 ans), les sous-sections les plus concernées correspondent, sans surprise, majoritairement aux disciplines de type mixte ou biologique et aux disciplines odontologiques⁸⁷.

À titre d'exemple, sont présentés, pour les concours 2013, 2014 et 2015, le délai moyen d'accès des MCU-PH au corps des PU-PH à l'université Paris V. Par rapport aux résultats nationaux présentés *supra*, et malgré une certaine disparité des situations, le temps d'attente dans les fonctions de MCU-PH est relativement court (cinq ans et demi en moyenne) dans l'université. Les candidats externes aux fonctions de PU-PH (MCU-PH venant de l'extérieur et nommé PU-PH) n'ont pas été pris en compte dans ce tableau.

Tableau 12 : Durée moyenne des fonctions antérieures des MCU-PH pour les candidats nommés PU-PH à l'université Paris Descartes de 2013 à 2015

Délai entre nomination MCU-PH et PU-PH en années	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	Total nominations de MCU-PH à PU-PH	Délai moyen nomination de MCU-PH à PU-PH
Nombre de promotions de MCU-PH à PU-PH en 2013	1	2		1	2				6	5,2
Nombre de promotions de MCU-PH à PU-PH en 2014		1			1	1		1	4	7,3
Nombre de promotions de MCU-PH à PU-PH en 2015	3	1	1					1	6	4,7
Total Promotions MCU-PH à PU-PH 2013-2015	4	4	1	1	3	1		2	16	5,5

Source : UFR Paris V

2.2.3.2 L'absence presque totale de mobilité : l'endo-recrutement prévaut pour le recrutement des hospitalo-universitaires titulaires

La seule mobilité obligatoire est celle nécessaire pour accéder au statut de PU-PH (mobilité d'un an à partir du post-internat, qui peut être réalisée en plusieurs fois). Ainsi, les PU-PH, nommés vers 45 ans, peuvent avoir été internes dans leur hôpital et y finir leur carrière.

Des constats effectués par la mission, la grande majorité des recrutements réalisés par les sites visités, le sont par endo-recrutement et très peu par voie externe. Cette dernière voie n'est utilisée que lorsque la succession dans une discipline n'est pas assurée, car non préparée, ou lorsque le candidat interne pressenti a abandonné son parcours hospitalo-universitaire. Le candidat externe « pré choisi » est dans la majorité des cas, présenté par le chef de service en lien avec le directeur de l'UFR et le CNU qui a connaissance du vivier. De fait, la demande d'ouverture du poste au concours ne se fait que lorsque le candidat a été adoubé par toutes les instances et il est extrêmement difficile d'obtenir une mutation si le candidat n'a pas tous les accords au niveau du CHU et des instances locales.

⁸⁷ Voir en annexe 4, le détail des résultats par sous-section.

Bien que prévu par le statut, qui impose que tous les emplois offerts au recrutement soient d'abord proposés à la mutation, il n'y a pas de véritable appel à candidatures au moment des concours, le processus de pré-recrutement évoqué *supra* rendant *de facto* toute candidature « libre » très complexe, voire impossible. Dans la phase locale de recrutement, chaque candidat inscrit sur la liste d'admission peut postuler en théorie à un ou plusieurs des emplois mis au concours. En réalité, il postule à l'emploi ouvert, qui lui est destiné.

La conséquence en est, comme le montrent les tableaux suivants, un taux de mutation faible pour les MCU-PH (6 % en moyenne des recrutements), celles des PU-PH sont un peu plus élevées (13 % en moyenne des recrutements) mais limitées⁸⁸.

Tableau 13 : Mutations de HU titulaires entre 2013 et 2017

ANNEE	Mutation MCU-PH	Recrutements par concours	% mutations
2013	9	147	6
2014	13	152	8
2015	11	116	9
2016	6	137	4
2017	8	150	5
TOTAL PERIODE	47	702	6

ANNEE	Mutation PU-PH	Recrutements par concours	% mutations
2013	30	185	14
2014	30	168	15
2015	28	191	13
2016	33	184	15
2017	14	174	7
TOTAL PERIODE	135	902	13

Source : DGRH

Les entretiens effectués par la mission mettent en relief cette question de l'endo-recrutement et la nécessité d'atténuer l'entre soi pour innover. L'ouverture à des personnalités extérieures, notamment étrangères est souhaitée mais perçue comme complexe. Les freins intrinsèques à l'ouverture sont connus au premier rang desquels les réticences, sinon les résistances, des équipes elles-mêmes à voir se généraliser, à toutes les étapes de la carrière, une obligation de mobilité, à l'instar de ce que pratiquent certaines disciplines scientifiques –les mathématiques par exemple– qui se font une règle de ne jamais recruter un candidat interne. La difficulté à intégrer ainsi un jeune HU qui n'a pas été formé sur place est également souvent évoquée. Trop souvent, dans les carrières HU, la mobilité est vécue comme un échec ou une sanction et non comme une ouverture.

⁸⁸À titre de comparaison, le pourcentage de mutation et détachement chez les enseignants de statut universitaire est légèrement plus élevé : sur la campagne de recrutement 2016, il était de 11% chez les MCF et de 18% chez les PR, avec là encore, des variations par discipline. La proportion de recrutements extérieurs est par ailleurs nettement plus forte : 80% des MCF sont recrutés à l'extérieur (ils ont obtenu leur thèse dans un autre établissement que celui où ils ont été recrutés ou ont obtenu une mutation) ; quant aux PR, 66% viennent d'un autre établissement soit par recrutement, soit par mutation. (Source : DGRH- note n°7- juin 2017).

Même pour les successions ou renouvellements de chefferie de service, les appels à candidatures ne sont pas systématiques. L'appel à candidature intervient, en règle générale, lorsqu'il n'y a pas de successeur ou lorsque le successeur naturel (l'adjoint) ne fait pas consensus. À l'AP-HP cependant, le candidat doit désormais présenter un projet de service, notamment sur l'aspect managérial, qu'il aura partagé en amont avec les personnels soignants. C'est une procédure à laquelle tous les GH de l'AP-HP ont eu ou auront recours sur un service ou un département. Paris-Ouest, Necker, Mondor, Paris Sud, Paris Seine Saint-Denis y ont eu recours.

Quant aux postes de PU-PH sans responsabilité managériale, sur les quatre dernières années, deux exemples d'appel à candidatures externe ont été évoqués devant la mission, un en cardiopathies congénitales à l'HEGP et l'autre à la Pitié Salpêtrière sur la myologie, qui n'a pas été conclusif en raison du salaire.

2.2.4 Les questions posées par l'exercice de la triple (quadruple) mission

2.2.4.1 Des modalités d'exercice qui ne sont pas déclinées statutairement et sont mal connues

Comme il a été évoqué *supra*, la triple mission constitue le cœur du statut hospitalo-universitaire. Les modalités d'exercice de cette triple mission n'ont jamais été déclinées de manière précise dans les textes, par crainte de rigidifier un mode d'exercice, alors même que ces différentes fonctions sont nécessairement intégrées.

Dans les faits, le décompte de ces obligations reste, dans la plupart des cas, théorique : par convention, un médecin hospitalo-universitaire est décompté généralement pour ½ ETP hospitalier, l'autre 0,5 ETP étant considéré comme un temps de travail consacré à la recherche et à l'enseignement. Les tableaux de service qu'a pu consulter la mission sont ainsi soit non remplis, soit remplis de manière forfaitaire et sans lien avec la réalité de l'exercice au quotidien qu'il est –dès lors– difficile de cerner, sauf à travers les témoignages individuels.

Aux HCL, un récent rapport⁸⁹ de la chambre régionale des comptes précise ainsi :

« La gestion du temps de travail médical se fait par l'application GTMed. Celle-ci permet aux praticiens de consulter et mettre à jour leurs tableaux de service, ou encore de déclarer leurs déplacements dans le cadre des astreintes. Les tableaux de service ne font pas l'objet d'une validation par les chefs de service. Si ceux-ci sont, en théorie, responsable de leur vérification, les tableaux sont de toute façon validés automatiquement à la survenance de la date butoir mensuelle paramétrée dans le logiciel.

En ce qui concerne les hospitalo-universitaires, et en particulier les PU-PH, GTMed ne retrace pas la répartition de leur temps de travail entre activité d'enseignement et service hospitalier. Pourtant, dans sa fiche à destination des personnels médicaux relative à l'élaboration des tableaux de service élaborée en juillet 2007, la DAM rappelait qu'il convient « de faire figurer dans le tableau de service mensuel l'intégralité des activités des personnels bi-appartenants, qu'elles soient hospitalières et universitaires. ». Elle précisait que « la réglementation ne définit pas le temps qui doit être respectivement consacré aux activités de soins, d'enseignement et de recherche, mais elle prévoit que le tableau de service précise la répartition entre ces différentes activités. » La DAM et l'université ont confirmé que la répartition du temps de travail hospitalier et universitaire des hospitalo-universitaires est très difficile à apprécier et laissée à l'appréciation de chacun d'entre eux ».

⁸⁹ Rapport CRC Auvergne-Rhône-Alpes : Hospices civils de Lyon (69) Exercices 2010 à 2016 Observations définitives délibérées le 22 juin 2017.

La mission a constaté sur sites que la situation est très variable suivant les CHU et la taille des équipes. Le statut favorise une certaine souplesse nécessaire dans l'exercice des trois missions avec la possibilité de privilégier l'une ou l'autre de ces activités, selon leurs appétences et leurs projets professionnels. Pour autant, ni le CHU, ni l'université n'ont de visibilité réelle sur l'activité des HU. Des entretiens réalisés, il ressort cependant le sentiment très fort que la charge incombant aux personnels HU, et particulièrement de la valence hospitalière, est globalement de plus en plus lourde, en raison de la part croissante de l'activité de soins et des contraintes financières fixées par l'hôpital.

Les enjeux de recherche et d'enseignement imposent pourtant de pouvoir mieux identifier les temps consacrés à chacune des fonctions. C'est la raison pour laquelle la mission préconise, non pas un décompte du temps de travail, mais un repérage et une valorisation des engagements sur chaque mission des hospitalo-universitaires, cette identification et cette reconnaissance passant par **une contractualisation interne de l'exercice des missions tout au long de la carrière**.

2.2.4.2 Une activité de recherche clinique des personnels HU imparfaitement mesurée

L'évaluation individuelle des personnels HU, que ce soit au moment du recrutement ou durant la carrière (pour les avancements de grade) repose prioritairement sur des critères d'activité scientifique. Or, cette activité est mesurée essentiellement à travers leur performance en points « SIGAPS », alors même que cet outil est, de l'avis général, peu adapté à l'évaluation des performances individuelles.

Le score SIGAPS est en effet lié à la taille de l'entité de recherche; aussi, selon une étude bibliométrique récente du comité national de coordination de la recherche (CNCR)⁹⁰, il n'est pas approprié pour la comparaison d'établissements de tailles différentes. En revanche, le score moyen par article est un indicateur indépendant de la taille de l'entité et peut être utilisé pour comparer les différentes structures. L'impact scientifique apprécié au travers des scores de publications, est variable selon les établissements et peut sembler au total limité même si on manque d'éléments de comparaison par discipline.

La mission a donc analysé les scores SIGAPS en le rapportant au nombre de personnels HU présents dans les structures.

Le tableau comparatif de ces scores SIGAPS montre que l'activité de recherche des CHU implantés dans les métropoles les plus importantes où se concentrent un nombre élevé d'hospitalo-universitaires, obtiennent les meilleures performances à l'échelle nationale (Paris, Lyon, Marseille, Lille, Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Nantes et Strasbourg). Ce constat présente cependant des exceptions. L'institut Gustave Roussy et l'Institut Curie qui emploient beaucoup moins d'hospitalo-universitaires se placent en effet dans le top 15 des établissements les plus productifs⁹¹.

⁹⁰ Analyse bibliométrique des publications des CHU-CHR (2005-2014)- Février 2016

⁹¹ Cf. annexe 12 : les scores SIGAPS/SIGREC par CHU.

Tableau 14 : Scores SIGAPS par HU titulaire et ratio HU titulaires/HU temporaires

CHU	Score-2012	Score-2013	Score-2014	Score-2015	PU-PH MCU- PH	CCA/ PHU	Ratio SIGAPS/ PU-MCU	Ratio PU- MCU/ CCA
AP-HP	118185	121030	110656	154673	1684	1145	91,85	1,47
HOSPICES CIVILS DE LYON	22830	23238	21900	28149	326	243	86,35	1,34
AP-HM	18471	18234	17904	18232	334	177	54,59	1,89
CHRU DE LILLE	14117	15041	13714	16213	235	184	68,99	1,28
CHU DE TOULOUSE	13921	15262	13372	15293	253	135	60,45	1,87
CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	13805	13137	13855	16211	246	180	65,90	1,37
CHU DE MONTPELLIER*	12504	14361	13570	13943	169*	122*	82,50	1,38
CHU DE NANTES	10426	10669	10901	11290	135	91	83,63	1,48
CHU DE STRASBOURG	9821	9701	9237	10314	225	131	45,84	1,72
CHU DE NANCY - SINCAL	9331	9395	9055	10042	176	132	57,06	1,33
CHU GRENOBLE	8404	8943	8008	8818	145	85	60,81	1,71
CHU DE RENNES	7073	7511	7636	8865	137	103	64,71	1,33
CHRU DE TOURS	6798	7748	6692	7588	124	77	61,19	1,61
CHU DE NICE - FONDATION LENVAL	6475	6005	7284	7289	104	67	70,09	1,55
CHU D'ANGERS	5281	6063	6027	6852	107	65	64,04	1,65
CHU DE NIMES*	6416	7179	5930	3928	59*	61*	66,57	0,97
CHU DIJON	5670	5611	5679	6331	100	70	63,31	1,43
CHU DE ROUEN	5685	5358	5255	5932	109	79	54,42	1,38
CHU DE CLERMONT-FERRAND	4654	5653	5278	6365	118	74	53,94	1,59
CHU SAINT-ETIENNE	5002	4952	5370	5930	91	56	65,16	1,63
CHU DE BESANCON	4627	4979	5267	5697	96	63	59,34	1,52
CHU DE CAEN	4032	5236	4862	5191	99	68	52,43	1,46
CHRU DE BREST	4227	3851	4697	5637	90	57	62,63	1,58
CHU D'AMIENS	4228	4766	4471	4579	98	65	46,72	1,51
CHR DE POITIERS	4116	4276	3705	3991	95	58	42,01	1,64
CHU DE REIMS	4054	4022	3561	4377	101	67	43,34	1,51
CHU DE LIMOGES	3657	3625	4091	4398	87	60	50,55	1,45

Source : Données SIGAPS 2017 DGOS -arrêtés MESR et MASS du 5 septembre 2016 fixant les effectifs enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires des centres hospitaliers et universitaires et données extraites du bilan social PM des CHU année 2015 (hors centres de soins et traitements dentaires)

Des entretiens effectués par la mission, il apparaît que le score SIGAPS ne reflète pas de manière exhaustive les performances de recherche. Il fournit une indication de la capacité d'un chercheur, d'une unité de recherche ou d'une structure à publier des travaux dans des revues de rang international. Mais il ne saurait représenter à lui seul la performance de recherche médicale. D'une part, il ne qualifie pas l'efficacité de cette recherche et les avancées thérapeutiques qui en résultent. D'autre part, il ignore les éventuels progrès de la recherche qui ne font pas l'objet d'une publication. Les travaux en cours en ce domaine menés par le Hceres (*Cf. infra*) devraient permettre de compléter les indicateurs actuels, qui ne sont pas adaptés.

2.2.4.3 Les personnels concourant réellement à l'enseignement mal identifiés

Pendant longtemps, la notion d'enseignement s'est référée aux cours dispensés en présentiel à la faculté. Or, en réalité, au fil des années, à l'exception de la première partie du premier cycle, les enseignements se font de façon intégrée sur les terrains de stage. Le développement du numérique amène par ailleurs de plus en plus de facultés à dématérialiser la majorité, voir l'intégralité des enseignements. Le volume d'heures effectuées dans l'enceinte de la faculté ne peut donc plus être considéré comme la référence,

L'enseignement médical, odontologique et pharmaceutique présente de fait des caractéristiques qui rendent difficile tout décompte, comme l'identification des praticiens qui y concourent :

- les étudiants, en second cycle, sont en stage dans les services hospitaliers près de la moitié de leur temps, en alternance avec leur formation théorique, stages hospitaliers le matin, enseignements dirigés l'après-midi ;
- pendant leur troisième cycle, ils assurent des responsabilités hospitalières, même si elles sont exercées par délégation et sous le contrôle d'un PU-PH responsable. Les stages cliniques impliquent donc une supervision par des médecins seniors, hospitalo-universitaires (PU-PH, MCU-PH, CCA) ou praticiens hospitaliers. Ce temps médical n'est jamais comptabilisé, et difficile à évaluer, quelle que soit l'organisation du service ;
- pour l'enseignement plus théorique réalisé à l'université, les cours magistraux sont en très nette diminution à la faveur de nouveaux outils (plateforme SIDES, simulation).

À la différence des enseignants de statut universitaire, les personnels hospitalo-universitaires ne sont pas astreints à un nombre annuel d'heures de cours ou de TD, la contrepartie étant qu'ils ne peuvent percevoir aucune rémunération pour heures complémentaires. En l'absence de tableaux de service, il est donc très difficile de mesurer le temps réel consacré aux fonctions d'enseignement qu'ils ne sont pas seuls à assurer.

D'autres personnels concourent en effet à cet enseignement : les enseignants de médecine générale, les enseignants associés et les praticiens hospitaliers sont les principaux intervenants, sans qu'il soit possible de mesurer la contribution assurée par chacune de ces catégories de personnels.

S'agissant des praticiens hospitaliers, l'article R. 6152-2 du code de la santé publique précise qu'ils « *participent aux actions définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2* », l'article L. 6111-1 mentionnant « *la formation, l'enseignement universitaire et post-universitaire, la recherche et l'innovation en santé* ». De même, l'article R. 6152-30 du code de la santé publique précise que les praticiens hospitaliers à temps plein « *peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche* ».

Le temps consacré par les praticiens hospitaliers aux missions d'enseignement (et de recherche) n'est pas pour autant quantifiable. Les UFR et les CHU rencontrés, pas plus d'ailleurs que les centres hospitaliers, ne sont en mesure d'objectiver une quotité de temps, ou un pourcentage des praticiens mono-appartenants contribuant à l'enseignement et à la recherche.

Les études médicales sont par essence des études professionnalisantes et nécessitent des conditions d'accompagnement autour d'un projet professionnel construit par l'étudiant. Le développement du temps de formation par implication de praticiens hospitaliers à l'enseignement est un facteur d'attractivité des carrières hospitalières au sein des CHU, les personnels hospitalo-

universitaires assurant, selon la conférence des doyens de médecine, « *l'animation et la coordination des parcours de formation des étudiants.* »

Les CHU sont des sites essentiels d'apprentissage au lit du malade même si d'autres établissements de santé y participent également. L'enseignement est cependant le parent pauvre du métier HU, l'investissement est souvent insuffisant car peu évalué, non valorisé et l'incitation à la formation à la pédagogie est récente. L'amélioration de l'enseignement passe donc par une meilleure synchronisation des enseignements théoriques et pratiques au lit du malade, qui engendre plus de temps et d'enseignants.

Dès lors, si la politique de formation des internes et des étudiants est placée sous la responsabilité de l'université et des UFR santé (étudiants de deuxième et troisième cycle en médecine, pharmacie, odontologie...), elle ne peut se faire qu'en étroite association avec l'hôpital. Cependant, la CME investit peu le champ de l'organisation de la partie professionnelle de la formation initiale et en particulier la programmation et la gestion des stages des étudiants et des internes dans les services hospitaliers (accueil, déroulement des stages, encadrement, évaluation...). Ce manque d'appropriation par les CME⁹²⁹³ de la politique de formation des étudiants et des internes nuit à l'articulation indispensable entre l'enseignement théorique et pratique en stage hospitalier et traduit un déficit de coopération entre l'université et l'hôpital. Par ailleurs, la participation des praticiens hospitaliers à l'enseignement, voire dans certains cas à la recherche, devrait être mieux identifiée et reconnue, notamment à travers les dispositifs existants (recrutement sur des emplois d'associés ou comme chargés et attachés d'enseignement⁹⁴).

Au regard notamment des évolutions contenues dans les réformes des études médicales récentes (troisième et second cycle), **la mission considère comme indispensable le développement d'une politique médicale d'établissement prenant mieux en compte la formation et les modalités de suivi des étudiants hospitaliers et des internes**, grâce à un compagnonnage HU renforcé chargé du suivi de l'interne tout au long de son parcours.

2.2.4.4 Une participation majeure des CHU aux activités de soins de recours et de référence qui a des conséquences sur l'exercice des missions des personnels enseignants et hospitaliers

Les CHU sont des lieux de concentration de malades issus du territoire de santé et assurent à ce titre trois niveaux de soins : des soins dits de proximité assurés aussi par l'ensemble des établissements de santé et des soins complexes et innovants, dits de recours et de référence. Ces trois niveaux de soins sont indispensables à l'enseignement et à la recherche. Les activités de recours et de référence sont en évolution constante et consommatrices de ressources mobilisées sur un nombre restreint de patients. Pour autant, la situation est hétérogène compte tenu de la taille, de l'environnement mais aussi de la réputation et de l'attractivité du CHU. La politique nationale de labellisation des centres de référence et de variation de l'allocation budgétaire consacrée à la recherche et à l'enseignement vise à différencier les CHU entre eux.

⁹² Art. R. 6144-1.-I. du CSP prévoit que la commission médicale d'établissement est consultée sur la politique de formation des étudiants et internes et sur les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

⁹³ Rapport IGAS-IGAENR non publié.

⁹⁴ Cf. décret n°86-555 du 14 mars 1986 relatif aux chargés d'enseignement et aux attachés d'enseignement dans les disciplines médicales et odontologiques.

Les soins de proximité représentent une part importante comparativement aux soins de recours et de référence⁹⁵. La charge de travail et les responsabilités à l'hôpital prennent, dans de nombreux cas, le pas sur la recherche et l'enseignement ; la valence universitaire est parfois perdue de vue.

En 2003, le rapport Ducassou⁹⁶ faisait un certain nombre de propositions visant à moderniser et améliorer les performances des CHU. Le rapport notait à cette occasion que : *« Le temps universitaire des personnels hospitalo-universitaires est de plus en plus détourné au profit des activités hospitalières qui tendent à privilégier les soins de proximité au détriment des activités de recours. En effet, les CHU sont confrontés au quotidien au choix permanent entre soins de proximité, de recours et de référence. La notion de recours est celle qui est la plus difficile à gérer dans un environnement peu coopératif »*

De même, le rapport de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé animée par Olivier Veran, mentionnait : *« La recherche d'efficacité financière est perçue par certains professionnels comme une pression permanente qui les pousse à augmenter l'activité et diminuer les coûts de séjour, parfois aux dépens de la qualité. La valorisation de l'activité aurait pour eux des conséquences sur leurs pratiques. »*

2.2.4.5 L'exercice des trois ou quatre missions est aujourd'hui considéré par les personnels enseignants et hospitaliers rencontrés par la mission, comme illusoire.

Aux trois missions statutaires, se sont rajoutées des fonctions de management (responsable de service, chef de pôle), des fonctions transversales (président de CME, doyen, assesseur, membre du CNU...). Cette diversité est le plus souvent présentée positivement même si elle est considérée comme lourde à assumer, car elle permet une souplesse qui est appréciée par les personnels hospitalo-universitaires.

Cette accumulation des missions a pourtant un corollaire : il est, dans les faits, impossible d'assumer toutes les missions simultanément et au même degré d'investissement et d'excellence. Les témoignages sur ce point se recoupent. S'il n'est pas vraiment possible d'exercer pleinement et simultanément les trois tâches d'enseignement, de recherche et de soins (et aussi de management d'équipe), elles peuvent s'accomplir successivement au cours d'une carrière. Les HU amorçant leur parcours, comme les « séniors » rencontrés soulignent que *« la recherche du HU doit être protégée au moins durant les années qui suivent la fin de la thèse de sciences »*.

De fait, la pratique des personnels HU est souvent celle d'un exercice sur deux valences. Certains hospitalo-universitaires publient peu, voire pas du tout, et sont avant tout des praticiens cliniciens enseignants, quand d'autres ne font que de la recherche et très peu de soins.

Ainsi, un PHU en chirurgie digestive rencontré par la mission a indiqué avoir choisi la carrière HU pour rester dans son équipe actuelle ; ce qui l'a motivé, c'est de développer l'activité de recherche et d'enseignement d'une spécialité en pleine évolution. Pour lui, *« la valence clinique est indispensable pour la recherche dans cette spécialité »*, d'où la nécessité du lien qui doit demeurer entre les différentes fonctions même si elles ne sont pas exercées avec la même intensité.

Une cheffe de service PU-PH dans l'un des sites visités, a le sentiment que *« le statut est pour une part inadapté ; la part hospitalière représente dans les faits souvent plus de 50 % ; faire de la recherche est, dès lors, difficile. Les PU-PH ne dirigent pratiquement plus jamais les équipes de*

⁹⁵ Cf. annexe 13 : statistiques sur les activités de recours et de référence en CHU.

⁹⁶ Mission « Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université »-Avril 2003- Dominique DUCASSOU, Daniel JAECK et Benoit LECLERCQ.

recherche ; ils n'en ont plus le temps. Et pourtant, les trois fonctions sont très liées et doivent le rester. Dans son service, les tâches sont partagées mais tout ne peut être mené de front. Elle aurait ainsi souhaité passer la chefferie de service à son collègue qui n'en a pas voulu. Sur l'évaluation, elle serait favorable à la publicité des évaluations ; personne n'est bon sur les trois valences ; il faudrait pouvoir choisir prioritairement ce sur quoi on est bon ».

Le cadre trop étroit d'une unité hospitalière fonctionnelle où le rôle en clinique de chaque médecin y est incontournable, est un handicap mais la recherche reste possible au sein d'un ensemble clinique plus large tel qu'un pôle d'activité HU (sous réserve de constitution du pôle avec cet objectif). Selon les personnes rencontrées, il n'est pas facile à des praticiens hospitaliers d'accepter que certains de leurs collègues HU réservent une part de leur temps à la recherche. Il n'est pas évident aussi pour le CHU de petite ou moyenne importance de dégager du temps libre pour la recherche et de faciliter l'implantation de jeunes équipes de HU.

Selon la conférence des doyens de faculté de médecine, les missions de soins, d'enseignement et de recherche sont indissociables mais posent question : « *comment répartir le temps entre les trois missions, d'un chirurgien qui participe à un essai clinique et enseigne à l'interne et à l'externe qui l'aident au bloc opératoire ?* »

La reconnaissance du rôle moteur des PU-PH dans le domaine du recours, de l'innovation et de la recherche pose la question de la délégation des tâches de gestion clinique à des responsables hospitaliers non universitaires et plus largement de la définition de la notion d'équipe hospitalo-universitaire, qui doit être le cadre dans lequel est évalué l'exercice des missions HU.

2.2.4.6 L'absence actuelle de véritable évaluation périodique de ces missions et la perspective d'un suivi de carrière des personnels titulaires

Une dernière remarque doit être faite sur les modalités d'exercice des personnels hospitalo-universitaires et sur les conditions d'évaluation de leur exercice professionnel

L'article 44 du décret n°84-135 du 24 février 1984 dispose que « *les membres du personnel titulaire sont tenus d'établir tous les quatre ans un rapport sur l'ensemble de leurs activités. Ces rapports sont adressés au directeur de l'unité de formation et de recherche et au directeur général du centre hospitalier universitaire* ». En l'état, ce dispositif n'est pas mis en œuvre et n'emporte de toute façon aucune conséquence sur le déroulé de la carrière du praticien.

Parallèlement, l'activité hospitalière des hospitalo-universitaires n'est que rarement évaluée du côté CHU. Les exercices d'évaluation, quand ils existent, restent indépendants des évaluations universitaires, car répondant à des processus distincts et des finalités différentes.

S'ajoute à cela que les enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires ne sont pas forcément préparés à diriger des équipes au sens où ils doivent maîtriser des techniques de leadership, d'organisation et de gestion d'une structure et où ils doivent gérer les intérêts d'un collectif de travail.

L'accession à des responsabilités, chefferie de pôle et/ou de service, reste considérée comme une promotion et une reconnaissance de l'institution de l'excellence clinique ou universitaire. En revanche, assez paradoxalement, il n'était pas prévu jusqu'à présent que les compétences managériales soient évaluées avant ces nominations.

Ainsi l'ensemble de l'activité hospitalo-universitaire ne fait pas l'objet d'une évaluation intégrée et d'un échange régulier ; son exercice n'est pas accompagné, dans le temps, par un regard collégial visant à améliorer sa qualité, son environnement et son organisation.

Pourtant, des évolutions sont en cours sur ces questions. Le décret du 11 mars 2016⁹⁷ renforce l'encadrement des conditions de nomination aux chefferies de service, en prévoyant notamment que les responsables de structure interne, service ou unité fonctionnelle des pôles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable et que le règlement intérieur de l'établissement définit les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes. Cette disposition introduit désormais une évaluation des fonctions managériales des personnels médicaux mais qui ne se met que peu à peu en place.

Ainsi le plan « ressources humaines - personnels médicaux » (RHPM)⁹⁸ de l'AP-HP prévoit désormais une procédure avant toute nomination, dans la pratique.

Encadré 10 : Modalités de nomination des chefs de service, de département et d'UF directement rattachées aux pôles de l'AP-HP

Prérequis :

- capacité à porter un projet médical et universitaire ;
- compétences managériales : formation recommandée au management, préalable à la prise de fonction ;
- présentation du projet médical et universitaire de service à l'équipe par le ou les candidats.

Procédure de 1ère nomination, deux hypothèses selon que le candidat local est ou non agréé par la gouvernance du GH :

- **candidature locale** : Pour les premières candidatures à un poste de chef de service, le président de la CME recueille au préalable l'avis d'une commission ad hoc qui auditionne le ou les candidats. Cette commission est composée au minimum du président de la CME locale, du directeur de l'UFR concernée, du directeur de GH, du chef de pôle, auxquels peuvent s'adjoindre des personnalités qualifiées pour le lien qu'elles entretiennent avec le service concerné comme les chefs de service en lien avec le service. Cette commission prendra toute information nécessaire auprès des praticiens titulaires du service et du (ou de la) cadre paramédical(e) ;
- **appel à candidatures** : en cas d'absence de candidature émanant du groupe hospitalier ou en cas d'absence d'avis favorable de la commission mentionnée ci-dessus sur ces candidatures, une procédure d'appel à candidatures est mise en place. Les candidats présentent leur projet managérial et de service devant la commission ad hoc, à laquelle il est possible d'adjoindre deux personnalités extérieures au groupe hospitalier désignées respectivement par le directeur du groupe hospitalier, le président de la CMEL et le directeur de l'UFR. L'avis de la commission est transmis au président de la CME et à la DOMU.

Chaque GH se fixe un objectif de recours à l'appel à candidature pour les renouvellements de chefferie et communique sur les services retenus à cette procédure au sein du GH. La DOMU est chargée, aux termes de deux ans, de procéder à l'évaluation des bénéficiaires du recours à cette procédure dans les GH.

Le bilan du précédent mandat établi par conseil de service tel qu'évoqué infra sera transmis à la commission.

Entretien avec les candidats non retenus :

Si le candidat non retenu le souhaite, il peut bénéficier d'un entretien avec le directeur du GH, le Doyen et le PCMEL au cours duquel seront notamment évoquées les motifs du choix effectué ainsi que les perspectives de carrière de l'intéressé.

Accompagnement à l'accession à la chefferie de service :

- la prise de fonction est marquée comme un événement par la gouvernance du GH ;
- il est mis en place une proposition de formation au management à tous les nouveaux chefs de service, conformément à la réglementation ;
- il est mis en place un dispositif d'accompagnement qui pourrait être proposé à tout nouveau chef de service, grâce à un « pool » de personnalités extérieures ;

⁹⁷ Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de service et de responsable de département, unité fonctionnelle ou structure interne des établissements publics de santé.

⁹⁸ Dans sa séance du 4 janvier 2016, le Directoire de l'APHP a adopté un plan d'action visant à prévenir et à traiter les situations complexes et conflictuelles impliquant des praticiens.

- l'entretien annuel avec le chef de pôle est systématisé.

Renouvellement de fonction de responsable de service, de département ou d'UF rattachée à un pôle :

- le candidat remet à la gouvernance du GH et au doyen un rapport qui commente notamment des indicateurs RH (turn-over des personnels médicaux, paramédicaux, des cadres, nombre d'entretiens annuels) et d'activité que le GH aura mis à sa disposition. Ce rapport fait l'objet d'une présentation en comité exécutif ;
 - lorsque le directeur du GH, le PCMEL et le chef de pôle le décident, un second rapport est réalisé par un tiers extérieur qu'ils désignent. Ces rapports sont transmis à la DOMU et au PCME.

Source: AP-HP

De même, aux HCL, un renouvellement très important de chefferies de service est intervenu en 2016, ce qui a permis de revoir la procédure de nomination des chefs de service en se mettant en conformité avec le décret du 11 mars 2016. La procédure mise en œuvre rappelle que tout praticien titulaire (hospitalo-universitaire ou non) peut se porter candidat à la fonction de chef de service. Les candidats sont invités à présenter :

- un engagement personnel à assurer les missions définies par la CME ;
- un projet de management de service qui se concentrera sur la proposition de cinq actions à mener dans les vingt-quatre mois en matière de management, d'organisation du service et de projet médical en reprenant les missions recensées dans la procédure ;
- une proposition de quelques indicateurs (élaborés et suivis avec la direction) permettant, à mi-parcours et en fin de mandat, d'évaluer la bonne réalisation de ces actions.

Parallèlement, le suivi de carrière des enseignants-chercheurs de statut universitaire a évolué de façon notable ces dernières années. Plusieurs raisons expliquent cette évolution. D'une part, les activités de formation et de recherche sont de plus en plus perçues comme ayant une dimension collective affirmée, ce qui suppose aussi un regard plus collégial sur celles-ci. D'autre part, les lois « *libertés et responsabilités des universités* » de 2007 et « *Enseignement supérieur et recherche* » de 2013 ont modifié la structure des organes et la répartition des compétences en matière de recrutement des enseignants chercheurs. Enfin la dimension européenne et internationale de l'enseignement supérieur et de la recherche suppose l'établissement de références et d'orientations pour la qualité ce qui repose pour partie sur la mise en œuvre de démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité au sein des systèmes universitaires nationaux.

Encadré 11 : Le suivi de carrière chez les enseignants-chercheurs (EC) de statut universitaire

Dans le cadre d'une démarche qualité qu'on peut qualifier de « *pluri-niveaux* », le décret du 2 septembre 2014⁹⁹ a posé, dans ses articles 7-1 et 18-1, le principe d'un suivi de carrière des enseignants chercheurs confié au CNU. Le dispositif, en cours de déploiement dans les universités françaises, est applicable à tous les EC relevant du décret du 6 juin 1984, et ce, au moins tous les cinq ans¹⁰⁰¹⁰¹.

Cette démarche vise à fonder une discussion entre l'EC et les pairs de la discipline académique au plan national sur la base d'un rapport établi par ce dernier avec, à la clef, des recommandations sur les évolutions professionnelles envisageables ou attendues, les stratégies pouvant ou devant être développées en matière

⁹⁹ Décret n° 2014-997 du 2 septembre 2014 modifiant le décret n° 84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statuts particuliers du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences.

¹⁰⁰ Hors enseignants chercheurs (EC) à 4 ans de la retraite et ceux ayant obtenu un grade dans les quatre ans, ce qui fait une « population » concernée de l'ordre de 55 % des EC.

¹⁰¹ La commission permanente du CNU a, lors de son assemblée générale du 9 juin 2016, adopté le principe de l'organisation du suivi de carrière dans les conditions définies avec la DGRH et la CPU.

de recherche et de formation, l'amélioration de la qualité de la candidature de l'enseignant chercheur à diverses promotions. Une telle démarche peut ainsi constituer une opportunité pour l'EC de faire un point, partagé et extérieur à son établissement sur une possible situation qu'il juge difficile ou pouvant ou devant être améliorée.

Selon les éléments de bilan établi par la DGRH¹⁰² après quatre années d'expérimentation (2013-2016), ce suivi offre un dialogue direct, indépendamment de toute opération de carrière, et permet aux instances académiques de mieux appréhender l'évolution du métier et de percevoir les contraintes auxquelles les EC sont confrontés. Il permet aussi aux sections d'inciter les EC à progresser dans leur carrière¹⁰³.

Pour la session 2017, 2 534 universitaires « prioritaires » ont déposé un dossier sur les 6 456 recensés, soit un taux de participation de 39 %. En outre, 277 universitaires non concernés par le suivi de carrière de 2017, dits « non prioritaires », ont déposé un dossier. Au total, 2 811 EC ont donc participé au dispositif. Près de 2 000 dossiers (71 %) ont fait l'objet d'un avis de la part de 27 sections du CNU ; 431 d'entre eux (soit 22 %) ont reçu des avis assortis de suggestions¹⁰⁴ d'actions à mettre en œuvre par l'établissement, dont 204 (10 %) sont relatives à l'EC concerné ; les autres (les 227 restants) concernent l'ensemble de l'établissement d'affectation de l'EC.

À partir de la campagne de 2018, la conférence des présidents d'université (CPU), la commission permanente du conseil national des universités (CP-CNU) et la DGRH du MESRI se sont accordées pour généraliser le suivi de carrière à tous les établissements chaque année pour quelques-unes de leurs sections. Au terme de cinq années l'ensemble des sections de tous les établissements, c'est à dire la totalité des universitaires aura été couvert par le dispositif. L'objectif est de faciliter la mise en place d'une procédure d'accompagnement des EC.

Ce suivi de carrière devrait être étendu aux personnels hospitalo-universitaires dans le cadre de la réforme statutaire en cours¹⁰⁵, afin de mieux évaluer leurs missions (enseignement, recherche et soins). L'instance d'évaluation étant déjà commune aux corps existants de personnels enseignants et hospitaliers, la fusion des corps pourrait faciliter la création de sous-sections communes aux trois disciplines au sein du CNU pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. Certaines disciplines comme la santé publique, la pharmacologie, la biochimie et l'hématologie constituent d'ailleurs actuellement des sous-sections médicales tout en étant présentes au sein des sections pharmaceutiques.

Le rapport d'activité sera établi, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche (UFR), par les personnels HU. Il sera réalisé cinq ans après la première nomination dans le corps des MCU-PH ou PU-PH, puis tous les cinq ans ou à tout moment à la demande des intéressés. Les avis seront donnés par les sous-sections du CNU lors des réunions du mois de juin, avec l'examen des

¹⁰² Cf. note de la DGRH n°2 – mars 2018

¹⁰³ Note de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche aux présidents et présidents des sections du conseil national des universités, « mise en œuvre du suivi de carrière, expérimentation en 2016, travaux en vue d'une généralisation en 2017 »- 17 mars 2016.

¹⁰⁴ Un peu plus de la moitié des 204 suggestions d'action du CNU à mettre en œuvre invite les établissements à alléger les tâches d'enseignement, en accordant des décharges d'enseignement ou en réduisant le volume des heures complémentaires par exemple. Une trentaine d'avis suggèrent de modifier les conditions de l'activité de recherche, notamment en aidant à l'intégration d'une équipe de recherche ou en facilitant un changement de laboratoire.

Une suggestion sur dix propose de regrouper des enseignements afin de minimiser le nombre de sites d'enseignement pour un même enseignant-chercheur.

¹⁰⁵ L'assemblée du 9 juin 2016 de la commission permanente du conseil national des universités a demandé que cette procédure soit appliquée aux bi-appartenants (MCU-PH et PU-PH).

promotions et de la prime d'encadrement doctoral et de recherche (PEDR). Il permettra au CNU pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques d'échanger, sur la base de leur rapport, avec les personnels et de les conseiller sur leur carrière. Ce suivi permettra également d'identifier des situations individuelles sensibles, nécessitant un accompagnement de la part des établissements.

Cet outil de dialogue a notamment pour ambition de mieux prendre en compte la partie hospitalière des activités des HU, notamment en ce qu'elle détermine leur activité de recherche et de formation.

2.2.5 L'entretien annuel d'évaluation : l'exemple de l'Institut Gustave Roussy (IGR)

La structuration de l'activité clinique autour de laquelle Gustave Roussy s'est organisée avec onze départements et un plateau de soins aigus offre des terrains de stage accueillant des professionnels de santé en formation, médicaux et paramédicaux. Si le nombre d'externes de médecine est demeuré stable sur la période 2010-2017, avoisinant les 200 étudiants par an, le nombre d'internes (170) a lui presque doublé, comme dans tous les CH&U.

Tableau 15 : Effectifs hospitalo-universitaires de Gustave Roussy et volume d'internes et externes affectés sur la période 2010-2017

Année	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	nov-10	mai-11	nov-11	mai-12	nov-12	mai-13	nov-13	mai-14	nov-14	mai-15	nov-15	mai-16	nov-16	mai-17	nov-17	
PU-PH - MCU-PH	16	17		20		19		19		19		22		23		
CCA-AHU	9	10		9		10		11		9		9		9		
Internes	50	48	58	61	60	63	67	71	68	66	70	79	83	80	90	
Externes	180	204		173		191		198		194		185		205		
Ratio int./CCA	5,56	4,80	5,80	6,78	6,67	6,30	6,70	6,45	6,18	7,33	7,78	8,78	9,22	8,89	10,00	
Ratio ext./PU-MCU	11,25	12,00		8,65		10,05		10,42		10,21		8,41		8,91		

Source : IGR

L'établissement accueille ainsi dans ses locaux 300 chercheurs appartenant à 36 équipes de recherche Inserm-CNRS/Paris-Sud XI/Gustave Roussy avec lesquelles travaillent directement les hospitalo-universitaires, garants ainsi d'un *continuum* translationnel¹⁰⁶ des études conduites. L'activité de recherche clinique est une priorité stratégique de Gustave Roussy incarnée par la création du département d'innovation thérapeutique et d'essais précoces accueillant dans un service dédié les essais de phases précoces, alors que les phases III et IV sont conduites dans chacun des départements concernés. Cette organisation permet d'inclure 27 % des patients de l'établissement dans des essais, académiques ou industriels, pour lesquels Gustave Roussy est

¹⁰⁶ Le concept de recherche translationnelle vise à ce que les avancées de la recherche fondamentale se traduisent par une amélioration de la santé des populations. La recherche translationnelle assure un continuum entre recherche fondamentale et recherche clinique.

souvent le seul centre français ouvert, et constitue, dans le contexte particulier de l'innovation en cancérologie, une offre de recours pour les patients issus de l'ensemble du territoire national.

L'activité de recherche donne par ailleurs lieu à une importante production scientifique avec environ 1 200 publications par an, dont 200 ont un facteur d'impact supérieur à 10, soit des valeurs très importantes par comparaison avec le niveau de publication des CHU et CLCC français, et ce *a fortiori* si l'on rapporte par ailleurs ce résultat à leurs effectifs hospitalo-universitaires et à leurs capacités (Cf. annexe 12 tableau Comparaison SIGAPS-SIGREC).

La performance de la structure repose notamment sur l'implication forte de ses 545 médecins (pour 440,4 ETP). A l'instar des praticiens hospitaliers des hôpitaux publics, les praticiens des centres de lutte contre le cancer peuvent en effet prendre part aux missions d'enseignement et de recherche conformément à la convention collective régissant leur statut (cf. encadré annexe 14).

L'implication de chaque médecin, universitaire ou non, dans les trois missions classiques du CHU (soin, enseignement, recherche), auxquelles s'ajoutent les responsabilités institutionnelles, fait l'objet d'une discussion avec son responsable hiérarchique annuellement à l'occasion de son entretien d'évaluation qui permet de faire le bilan de l'année écoulée et de projeter l'année à venir en définissant des cibles d'activité par mission¹⁰⁷. Sur la base de cet entretien, une part variable additionnelle à la rémunération est attribuée aux médecins.

Le succès de ce dispositif est un facteur clef de la productivité scientifique générale de l'établissement, et il est une condition pour que les missions d'enseignement et de recherche animées par les personnels hospitalo-universitaires puissent être accomplies de manière optimale. Le fait que ces derniers s'appuient sur une équipe qui prend non seulement part à ces missions mais leur permet également de s'y consacrer réellement est un élément fondamental qui tranche singulièrement avec la situation, fréquente dans les CH&U de taille restreinte, d'un PU-PH isolé, investi dans des fonctions de chef de service, seul responsable universitaire de sa spécialité dans la subdivision, avec une équipe de praticiens hospitaliers principalement concentrés sur l'activité clinique.

Tableau 16 : Scores SIGAPS de Gustave Roussy par statut de personnel pour la période 2015-2017

	2015	2016	2017
Autres	5 816	5 707	5 033
CCU-AH / AHU	977	952	1 093
Ing.	976	1 048	1 077
MCU-PH	184	141	229
P Cont >=50 %	13 910	12 656	14 794
PH Tit - TP			31
PU-PH	3 422	3 610	3 211
Total général	25 285	24 114	25 468

Source : IGR

Les personnels hospitalo-universitaires permanents produisent ainsi environ 14 % des publications, les autres personnels médicaux autour de 77 % et les CCA-AHU environ 4 %.

¹⁰⁷ Annexe 14 : IGR -support d'évaluation « EAE 2017 » ; tableau de répartition de la part variable de praticiens et extraits de la convention collective.

2.2.6 Les modalités de rémunérations et les retraites : des questions en suspens

Il convient de noter tout d'abord que les personnels HU ont mal vécu les nombreuses évolutions sociales dont ont bénéficié les autres catégories de médecins hospitaliers, sans qu'il leur soit proposé d'avancées similaires.

Le principal reproche avancé par les HU concerne la **retraite** non calculée sur les émoluments hospitaliers, dont l'impact financier est considérable. Même si la mission n'entendait pas traiter ce sujet, il faut cependant souligner le caractère névralgique du problème des retraites qui a été évoqué dans la plupart des entretiens.

Quelques avancées ont été obtenues à l'issue du rapport IGAS/IGAENR¹⁰⁸ de 2011 mais qui ne règlent pas la question au fond.

Encadré 12 : Les avancées en matière de retraite

Le décret n° 2013-462 du 4 juin 2013 a modifié le décret n°2007-527 du 5 avril 2007 relatif à la participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés à l'article L 952-21 du code de l'éducation.

L'abondement de l'employeur était de 5 % des émoluments hospitaliers plafonné à 2 000 euros. Ce plafonnement à 2 000€ a été supprimé, ce qui permet aux personnels HU titulaires de pouvoir cotiser une somme plus importante, et de bénéficier d'une participation de l'hôpital pour le même montant.

En pratique, la participation de l'hôpital au titre des cotisations versées par les personnels hospitalo-universitaires titulaires est égale à 9 % des émoluments hospitaliers bruts majorés de l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Le tableau suivant dresse un comparatif sommaire entre les statuts des personnels hospitaliers et hospitalo-universitaires titulaires. Il permet de visualiser les avantages respectifs des deux statuts.

Tableau 17 : Comparaison des statuts des personnels hospitaliers et hospitalo-universitaires titulaires

Praticien hospitalier :

- Missions de soins avec possibilité de participer à des activités d'enseignement et de recherche.
- Obligation de service : dix plages hebdomadaires dont la durée n'est pas définie.
- La demi-journée n'est pas définie en heure ou activité : la durée légale est de 48h avec 20j de RTT+ possibilité de plages additionnelles.
- RTT ne sont accessibles que si dix demi-journées effectuées et limitées à 20j par an qui peuvent être rémunérées.
- Possibilité d'un compte épargne temps.
- Prime de service public exclusif (500€ par mois) si absence d'activité libérale.
- Activité libérale : 2 demi-journées/hebdomadaire.
- Salaire brut ¹⁰⁹: de 50 000€ (1^{er} échelon) à 90 000€ (13^{ème} échelon > 20 ans) à l'ancienneté.
- Pas de système d'évaluation des missions.

¹⁰⁸ RM IGAS 2011-020P et IGAENR 2011-008 : Mission relative à la retraite des hospitalo-universitaires, par M. Michel DURAFFOURG et M. Jacques-Bertrand de REBOUL membres de l'inspection générale des affaires sociales et M. Patrice BLEMONT et M. François DONTENWILLE, membres de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.

¹⁰⁹ Arrêté du 12 janvier 2017 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

- Prime d'exercice territorial¹¹⁰ (pour une demi-journée : 250€ brut à 1 000€ brut pour quatre et plus demi-journées).
 - Gardes sur place sont intégrées dans les obligations de service.
 - Prime pour poste de PH en zone de tension démographique ?
 - Retraite 67 ans et possibilité prolongation de trois ans sur volontariat
- MCU-PH et PU-PH :**
- Missions : soins, enseignement et recherche.
 - Obligations de service non définies : assurent leurs missions avec souplesse et sans limitation de durée de temps de travail.
 - Pas de RTT
 - Prime de service public exclusif ou secteur libéral identique aux PH.
 - Prime d'exercice territorial identique aux PH.
 - Gardes (pas de cotisation retraite et ne sont pas intégrées dans les obligations de service) indemnisées selon l'échelle des plages additionnelles.
 - Progression des revenus à l'ancienneté pour émoluments H ; Dispositif mixte lié à l'ancienneté avec évaluation par le CNU (passage 1° classe ou classe exceptionnelle) pour le salaire universitaire.
 - Pour les **MCU-PH**¹¹¹ : salaire U (26 000 à 60 000€) + émoluments H de 27 000 à 45 000€ bruts annuels.
 - Pour les **PU-PH** : salaire U (37 000 à 74 000€) + émoluments H de 34 000 à 56 000€ bruts annuels).
 - Retraite : possibilité d'être maintenu en activité en surnombre jusqu'à 68 ans du côté universitaire mais pas du côté hospitalier (dispositif du consultanat¹¹²).

Les différences statutaires sont fréquemment mises en avant par les personnels HU, notamment la question de la RTT, moins pour revendiquer un alignement sur les PH que pour exprimer un sentiment de frustration devant la dégradation des conditions de travail et les difficultés à assurer leurs différentes missions.

2.2.7 L'activité libérale et les activités accessoires

2.2.7.1 Une situation hétérogène des personnels HU pour l'exercice de l'activité libérale

La possibilité d'exercer une activité libérale est autorisée par le statut et valorisée comme un élément d'attractivité lors du recrutement des praticiens¹¹³. Le plafond d'activité libérale qui peut être exercé par chaque praticien à l'intérieur de l'hôpital est ainsi limité par les textes à 20 % du temps hebdomadaire dédié au service hospitalier.

Cependant, l'absence de décompte précis du temps de travail hospitalier et universitaire rend difficile l'appréciation réelle de la part dédiée à l'exercice libéral et donc la vérification du plafond des 20 %. Dans les faits, quelle que soit la durée réelle de service hospitalier des praticiens

¹¹⁰ Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

¹¹¹ Arrêté du 12 janvier 2017 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

¹¹² Cf. articles L.6151-3 et D.6151 du CSP -2 : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques et des professeurs des universités de médecine générale peuvent être maintenu en activité en surnombre, après leur retraite, jusqu'à l'âge de 68 ans. L'octroi du surnombre universitaire est de droit. Le bénéfice du surnombre permet de pouvoir solliciter un consultanat hospitalier, qui lui, n'est pas automatique mais doit faire l'objet d'une décision du DG de l'ARS après avis du président de la CME et du doyen de l'UFR. .

¹¹³ Cf. article 6 du décret du 24 février 1984 et articles R.6154-2 et suivants du code de la santé publique.

hospitalo-universitaires, le plafond de 20 % d'activité libérale est calculé de la même manière que pour les mono-appartenants (deux demi-journées).

A défaut de chiffres exhaustifs sur l'activité libérale au sein des CHU (les ministères ne disposent pas de données consolidées sur ce point), la mission a pu constater, à l'occasion de ses visites, que les situations varient d'un CHU à l'autre.

Aux hospices civils de Lyon, les PU-PH sont les plus concernés par l'exercice d'une activité libérale. Sur les 145 contrats d'activité libérale, 90 concernent des HU (62 PU-PH, 1MCU-PH et 1 PHU selon la liste communiquée à la mission sur un effectif de 348 HU soit un taux de 18,4 %). Dans certaines spécialités, tous les PU-PH dont le statut le permet exercent une activité libérale. Il s'agit notamment des disciplines de chirurgie, et plus particulièrement la chirurgie orthopédique, l'urologie, l'ophtalmologie, et la stomatologie/chirurgie maxillo-faciale.

À Strasbourg, 58 PU-PH sur 135 ont une activité libérale, soit un taux de **43 %** pour 1 MCU-PH, 1 CCA et 8 % de l'effectif des PH qui l'exercent.

Au CHU de Poitiers, 14 HU (dont 11HU de spécialités chirurgicales) sur un total de 88 HU ont une activité libérale, soit un taux de 15,9 %.

AU CHU d'Amiens, 20 PU-PH ont une activité libérale (7 en médecine, 11 en chirurgie, 2 en anesthésie-réanimation) sur 77 PU-PH soit un taux de 26 %.

S'agissant de l'AP-HP, sur les 350 contrats d'activité libérale, près de 65 % de ces contrats sont attribués à des PU-PH en 2016. Le taux d'activité libérale chez les PU-PH de l'AP-HP étant de 20,6%. 6.59 % des effectifs hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers statutaires temps plein disposent d'un contrat d'exercice libéral.

Tableau 18 : Nombre de praticiens AP HP remplissant les conditions d'exercice d'activité libérale – nombre de praticiens exerçant une activité libérale en 2016

STATUT	Nb AP HP	Nb exerçant une AL	% de praticiens exerçant une AL en 2016
PU PH	1 182	243	20,56 %
MCU PH	500	13	2,60 %
PH PT	2 792	93	3,33 %
PHU - CCA - AHU	834	1	0,12 %
Total	5 308	350	6,59 %

Source : ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS -rapport d'activité libérale 2016

Ce taux varie de 8.1 % pour les HU travaillant à l'hôpital Robert Debré à 39 % pour les HU de Paris Ouest. 2.6 % des MCU-PH détiennent un contrat d'activité libérale et 3.3 % des praticiens hospitaliers temps plein. Ce taux varie de 0.5 % chez les HU en poste à Robert Debré à 7.1 % aux HU de La Pitié Salpêtrière-Charles Foix.

2.2.7.2 Le recensement et la déclaration des activités accessoires peu développés

Le statut¹¹⁴ des personnels hospitalo-universitaires dispose, en son article 3, qu'ils consacrent à leurs activités hospitalo-universitaires « *la totalité de leur activité professionnelle* », des dérogations

¹¹⁴ Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers

étant ouvertes en application de l'article 6, lequel renvoie à un arrêté ministériel le soin de déterminer « *les conditions de rémunérations des expertises et consultations que les membres du personnel enseignant et hospitalier peuvent être autorisés à effectuer ou à donner, à la demande, soit d'une autorité administrative ou judiciaire, soit d'un organisme privé, soit d'un organisme de sécurité sociale* » .

Il se déduit de ces dispositions que les activités d'expertise font partie de celles qui peuvent être autorisées, sous réserve des règles de cumul de rémunération applicables dans la fonction publique, règles qui sont applicables aux personnels hospitalo-universitaires¹¹⁵.

Là encore, il n'existe pas de données consolidées au niveau national sur l'importance de ces activités. À travers ses visites, la mission a pu cependant rassembler des données partielles.

À Lyon, le recensement des déclarations pour l'année 2017 obtenu par la mission, concernent 123 HU (dont 14 MCU-PH, 1 PHU et 6 CCA-AHU) pour 429 déclarations. Les informations relatives aux dates auxquelles interviennent ces activités et les données financières font l'objet de déclarations parfois non renseignées ou imprécises.

À Poitiers, 19 HU (dont 2 MCU-PH) ont effectué une ou plusieurs demandes pour 40 déclarations. Les données financières ne sont pas renseignées.

Les sites visités ont indiqué à la mission qu'ils ne recevaient pas toutes les demandes d'activités accessoires, dont la communication, tant à l'université qu'au CHU, reste aléatoire.

À l'AP-HP, une procédure d'autorisation uniforme pour tous les groupes hospitaliers et commune avec l'université a été mise en œuvre en fin d'année 2017. Une application informatique « *Espace cumul* » a été créée permettant aux intéressés de remplir en ligne leurs demandes en cohérence avec les informations données dans le guide intitulé : « *Personnel médical à l'hôpital- avoir une activité extérieure-Ce qui est autorisé, ce qui ne l'est pas* ».

Par ailleurs, les conférences nationales des doyens des facultés de médecine et d'odontologie ont élaboré en 2017, une charte éthique et déontologique qui prévoit de mettre en place une commission chargée d'examiner les demandes de cumul d'activités accessoires sur la base des recommandations de l'ensemble des conférences nationales (doyens de médecine, de pharmacie, de chirurgie dentaire, présidents de CME et directeurs généraux de CHU).

À ce titre, la mission recommande que, sur chaque site, il soit procédé à un rappel des règles applicables en la matière (par note conjointe CHU/université adressée à l'ensemble des personnels HU), avec établissement d'un formulaire unique de demande d'autorisation d'activités accessoires ainsi que l'instauration d'une commission mixte associant CHU et université.

et universitaires.

¹¹⁵ Cf. article 25 septies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires leur est applicables. Aux termes de cet article, « *le fonctionnaire consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit* » mais il « *peut être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève à cumuler des activités accessoires à leur activité principale, sous réserve que ces activités ne portent pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service.* » Le même article précise qu'« *il est interdit au fonctionnaire [...] 1° De créer ou de reprendre une entreprise lorsque celle-ci donne lieu à immatriculation au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou à affiliation au régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, s'il occupe un emploi à temps complet et qu'il exerce ses fonctions à temps plein ; 2° De participer aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif [...].* »

2.3 Un défaut d'attractivité mis en avant par les interlocuteurs de la mission mais difficile à objectiver

Le sentiment d'une perte d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires est communément exprimé et repris dans des articles de presse, chaque fois qu'est annoncée le départ d'un PU-PH vers le privé. Pourtant, au-delà de l'expression d'un malaise qu'il traduit, rien dans les chiffres ne vient confirmer qu'un mouvement de « fuite » vers le privé est en cours.

2.3.1 Des chiffres stables

Les sorties de corps sont stables de 2013 à 2017, avec un nombre de démissions qui oscille, par an, entre 6 et 18, ce qui est très peu par rapport aux effectifs concernés. Comparativement, la mission souligne qu'en 2017, 173 MCU-PH et 189 PU-PH ont été recrutés par concours.

Tableau 19 : Sorties de corps suite à démission, licenciement et retraites entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Démission total	12	6	18	17	15
MCU-PH	7	3	8	7	5
PU-PH	5	3	10	10	10
Licenciement Total	0	0	1	0	0
MCU-PH			1		
PU-PH					
Radiation retraites Total	252	232	227	225	177
PU PH	169	166	175	167	128
MCU PH	83	66	52	58	49
Radiation retraites Total	0	6	7	5	2
PU MG total		4	7	3	2
MCU MG		2		2	
Total	2013	2014	2015	2016	2017
PU-PH	174	169	185	177	138
MCU-PH	90	69	61	65	54
PU MG	0	4	7	3	2
MCU MG	0	2	0	2	0
Total Général	264	244	253	247	194

Source : DGRH A2-3

2.3.2 Mais un malaise réel

La stabilité des chiffres ne doit pas pour autant masquer les déclarations qui se recourent, quels que soit les interlocuteurs : « la carrière ne fait plus rêver » ; « manque de vision pluriannuelle et contradiction entre la bienveillance de l'équipe et la froideur institutionnelle » ; « on n'a pas envie de faire ce que vous faites, le parcours HU est compliqué » ; « hypertrophie de la recherche, comme critère du CNU, les prérequis ne sont pas modulés selon l'environnement et la discipline » ; « pour la mobilité, on doit se débrouiller, il faut sécuriser son financement » ; « la charge HU est trop lourde, les jeunes

n'acceptent plus autant de sacrifices, l'engagement n'a plus la même valeur, il faut tenir compte du changement sociétal ».

Malgré la souplesse offerte par le statut, les difficultés d'exercice professionnel de ces personnels font hésiter les plus jeunes à s'engager dans cette carrière. Cependant, la liberté d'organiser son activité, l'exercice des trois fonctions ont été cités comme des éléments d'attractivité.

Ainsi, un PHU en chirurgie orthopédique a indiqué à la mission n'avoir pas voulu, initialement, faire une carrière PU-PH ; c'est en allant dans une unité Inserm, durant son internat, que l'idée lui en est venue. Ce qui l'attire, c'est là encore la triple valence, et notamment la recherche (il est dans une unité Inserm, a en charge des protocoles de recherche et est chargé de la coordination de l'enseignement de la discipline). Pour lui, *« la crise de vocation concerne toutes les disciplines. La perte d'attractivité vient des conditions de travail, pas de la rémunération. Les chefs de services ont du mal à former et garder des jeunes, notamment en orthopédie. Désormais, les exigences de recherche sont plus fortes ».*

Une PU-PH témoignant de son parcours, a indiqué : *« il y a deux façons d'être recruté : l'incubation précoce ou rencontrer des gens qui vont vous orienter et vous donner envie de faire une carrière HU à un moment donné ; pour elle, ce fut la deuxième option ; elle ne voulait pas faire que de la pratique clinique mais aussi de l'enseignement et de la recherche. Elle juge le métier est très dur, violent même (y compris en termes de frustration créée par la difficulté du parcours) ; « il faut des candidats qui soient suffisamment résistants et souples, qui soit capables de travailler en équipe. Le parcours hyper sélectionne les individualistes. Il y a une énorme tension avec l'administration hospitalière qui est omni présente et n'entend que les arguments financiers ; c'est la raison pour laquelle la fonction de chef de service devient un cauchemar. Le métier de PU-PH, c'est avant tout régler des problèmes administratifs et pas des problèmes médicaux. Les jeunes s'en aperçoivent et cela fait fuir. »*

Une cheffe de service en endocrinologie a précisé à la mission qu'elle avait des difficultés à recruter des HU ; trois femmes de son service ont abandonné en route, à cause de leurs projets familiaux. La question financière ne joue pas ; il n'y a en effet pas de concurrence avec le privé dans sa spécialité. *« Le prestige du statut diminue ; les PU-PH n'ont plus le pouvoir qui est passé aux administratifs et financiers. Le travail est intense, ce qui n'attire pas ; un des problèmes est celui du temps ; il devrait être possible d'entrer plus tard dans la carrière, notamment pour les femmes. Il faudrait savoir diversifier les profils, soutenir les profils atypiques. Il faut ouvrir, avoir des critères moins sévères à l'entrée mais faire de l'évaluation régulière. »*

La question du peu de personnels HU dans certaines équipes revient souvent, notamment dans certaines disciplines (radiothérapie, dermatologie, urologie, médecine physique et réadaptation, médecine du travail, endocrinologie). Selon un responsable, *« depuis dix ans, non seulement la situation ne s'améliore pas mais elle se détériore, ce qui pose la question de la masse critique ; dans ces spécialités, il y avait un seul HU, qui est parti ailleurs ou en retrait. En moyenne, dans son CHU, il y a un HU par spécialité. Certains PU-PH ne préparent pas assez leur succession, mais, pour préparer la succession, il faut que le service ait une activité de recherche, ce qui n'est pas toujours le cas. ».* Ces propos illustrent la situation de bon nombre de CHU de petite taille.

L'ARS Nouvelle Aquitaine dresse un constat plus large en établissant un lien entre HU et démographie médicale : *« on ne peut traiter la démographie médicale sans regarder l'état des HU ; on ne peut former des internes sans HU. Quand on a une dynamique HU dans une discipline, il y a un effet en retour sur toute la discipline hospitalière. Et l'inverse est vrai. L'attractivité hospitalière dépend directement de l'état du volet HU. »*

L'ARS évoque également le rôle prépondérant des coordonnateurs HU dans le suivi du projet professionnel des internes : « *ce sont les HU qui peuvent dynamiser les réseaux et le tissu hospitalier. Il faut que les HU aillent dans les hôpitaux pour monter des projets. Si les HU sont peu nombreux, cette dynamique est rompue.* »

Pour la conférence nationale des doyens de facultés de médecine, un nombre croissant de disciplines et spécialités médicales ont des difficultés à pourvoir les emplois vacants de HU et plusieurs éléments ont contribué à diminuer l'attractivité du métier hospitalo-universitaire : les conditions matérielles de travail, la carrière HU voie non spécifique pour une activité de recherche et de formation du métier hospitalo-universitaire, l'importante augmentation des tâches administratives pesant sur les soignants au détriment des missions de recherche et de formation. L'isolement et une charge de travail parfois démesurée sont aussi des facteurs de frustration parmi les HU ou ceux qui envisagent une carrière HU et in fine de précarisation des HU.

Le collège des pédiatres universitaires de Lyon a, pour sa part, réalisé en 2017, une enquête concernant l'attractivité pour une carrière HU qui résume à la fois le ressenti et les propositions formulées par les personnels HU rencontrés sur sites par la mission.

Encadré 13 : Quelle attractivité pour une carrière hospitalo-universitaire en 2017 ?

« *L'activité HU ne m'a jamais attiré car j'ai l'impression que les contraintes en termes de rythme de vie sont trop importantes. Et également car elle me semble éloignée de la pratique clinique, qui est pour l'instant ce qui me plaît dans ce métier* » Interne

« *Je ne suis pas très intéressée par ce genre de carrière, je ne me sens pas capable d'exercer à l'hôpital toute une vie* » Interne

« *Challenge intellectuel et professionnel, intérêt scientifique, limité par l'impact sur la vie personnelle/familiale.* » CCA

« *La carrière HU en 2017 est attractive pour le prestige et l'intérêt intellectuel, et est freinée par l'esprit de compétition entre les professionnels et la peur du retentissement sur la vie personnelle.* » Interne

« *Attractivité : alternance activité clinique et de recherche, intérêt pour la recherche, enseignement mais freins : monde de la recherche peu connu lorsqu'on est interne avec possible appréhension, limite dans les postes HU, charge de travail.* » Interne

Évolutions/Propositions

- Amélioration du statut « horaire » des HU.
- RTT, repos de sécurité.
- Prise en compte des week-ends/jours fériés de travail U.
- Amélioration du statut financier.
- Ajustement du salaire en fonction des responsabilités administratives.
- Prise en compte de l'ensemble du salaire H&U dans le calcul de la retraite.
- Augmenter le nombre d'HU proportionnellement au nombre d'étudiants.
- Réduire la charge administrative et le poids de l'administration.
- Définir au mieux le temps de chacun dans chaque tâche.
- Simplification de l'accès à la recherche.
- Financements dédiés : thèse, mobilité, etc.
- Renforcement transitoire des équipes lors d'une mobilité.
- Statuts, missions et reconnaissance des PH de CHU vs Suppression MCU-PH ?

Au total, les éléments mis en avant lors des entretiens effectués par la mission portent particulièrement sur l'opacité des critères de recrutement, l'incertitude en début de carrière, la charge de travail, la comparaison avec les carrières des PH revalorisées (question de la retraite pour de nombreux HU rencontrés), la gestion du temps pour les missions H et U, l'aménagement du parcours pour les femmes (mobilité notamment) et sur des critères moins sévères à l'entrée mais un parcours assorti d'une évaluation régulière.

2.3.2.1 La situation atypique des établissements associés

Les établissements de santé (IGR et Foch) visités par la mission¹¹⁶¹¹⁷, qui reçoivent par la convention conclue avec l'AP-HP et l'université, des missions d'enseignement et de recherche, emploient des personnels hospitalo-universitaires et sont autorisés à former des étudiants. À ce titre, sont attribués, pour leur fonctionnement des postes couvrant différentes disciplines mis à la disposition de l'AP-HP.

L'IGR perd des talents, faute de pouvoir leur offrir un accès à un emploi universitaire. En effet, la reconnaissance que confèrent les titres universitaires en fait pour beaucoup la voie menant vers une nouvelle étape de leur carrière médicale et scientifique. Il a été rapporté à la mission, que la structure a perdu quatre chirurgiens et radiothérapeute en 2017-2018.

Certaines des spécialités les plus productives médicalement et scientifiquement n'ont pas d'emplois universitaires (chirurgie digestive, plastique, des sarcomes ou cervico-faciale) ou auraient largement la capacité et la légitimité à avoir davantage d'emplois, notamment sur des disciplines constituant le cœur d'expertise de Gustave Roussy (anatomo-pathologie, radiothérapie, oncopédiatrie, oncologie médicale). Ce handicap, lié non pas à un manque d'attractivité de la structure mais à un manque de supports et donc de débouchés hospitalo-universitaires, représente un enjeu stratégique pour ces deux établissements dans leurs liens avec leurs établissements de rattachement.

2.4 La situation des enseignants-chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique

Le rapport IGAS/IGAENR¹¹⁸ de Juin 2017 intitulé « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé » apporte en particulier des propositions pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université. Ce rapport rappelle que certains professionnels paramédicaux ou en maïeutique ont aujourd'hui un doctorat d'État. Un petit nombre de ces professionnels, qualifiés par le conseil national des universités (CNU), sont d'ailleurs maîtres de conférences dans des composantes de santé des universités, où ils sont parfois affectés dans des disciplines déjà universitarisées. Dans la mesure où ces personnels universitaires sont mono-appartenants, ils ne peuvent exercer en parallèle la profession pour laquelle ils ont été formés.

¹¹⁶ L'IGR, centre de lutte contre le cancer passe avec l'université et l'AP-HP, la convention mentionnée à l'article L. 6142-5 en vue de définir une organisation commune en matière d'enseignement et de recherche cancérologiques.

¹¹⁷ L'hôpital Foch, établissement de santé privé d'intérêt collectif passe avec l'université et l'AP-HP, la convention mentionnée à l'article 6142-5 du CSP : « Des conventions peuvent être conclues par les universités et par les centres hospitaliers régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1 ».

¹¹⁸ RAPPORT IGAS N°2016-123R et IGAENR N°2017-043 - Juin 2017 – Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé établi par Jean DEBEAUPUIS, Axel ESSID Membres de l'Inspection générale des affaires sociales et Patrick ALLAL, Stéphane ELSHOUD, Frédéric THOMAS Membres de l'Inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la recherche.

Le 14 mars 2018, la ministre des solidarités et de la santé, et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, ont installé le comité de suivi du processus d'universitarisation des formations en santé, à l'occasion de la remise du rapport réalisé par Stéphane Le Bouler, missionné par les ministres le 5 septembre 2017.

Ce rapport préconise de « conduire des travaux techniques et de concertation en vue de favoriser les recrutements d'enseignants-chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique autour de trois axes de travail : les voies pertinentes de la qualification, les statuts appropriés, le financement des moyens dédiés à la recherche compte tenu des spécificités de ces filières ».

Certains des acteurs rencontrés (AP-HP, conférence des doyens de médecine) ont évoqué la situation de ces enseignants chercheurs lors des entretiens avec la mission. Cette question n'entre pas dans le périmètre de la présente mission relative à la gestion des personnels hospitalo-universitaires d'autant plus que des travaux sont conduits actuellement par le comité de suivi du processus d'universitarisation des formations en santé.

2.5 Des relations entre les acteurs complexes

2.5.1 Une gouvernance du CH&U qui s'est éloignée des objectifs de l'ordonnance de 1958

Les CH&U, tels qu'ils sont issus de l'ordonnance du 30 décembre 1958, ne constituent pas des entités juridiques autonomes -et c'est sans doute l'originalité principale et le caractère novateur du dispositif initial : leur existence et leurs modalités de fonctionnement sont fixées dans le cadre de simples conventions signées entre les établissements de santé et les universités. Dans l'esprit de l'ordonnance de 1958, il s'agissait donc d'un dispositif souple fondé sur la coopération -et non la concurrence- entre université et hôpital, la convention ayant pour objet de régler entre les acteurs les modalités concrètes d'exercice de la triple mission de formation, de soins et de recherche. La double appartenance hospitalière et universitaire des personnels exerçant au sein des CH&U était le garant d'une excellence scientifique, mise au service de l'innovation dans les soins.

Soixante ans après, le fonctionnement des actuels CH&U s'est à la fois complexifié et éloigné des principes qui avaient présidé à leur création. À cela, on peut évoquer plusieurs raisons :

- dans l'organisation et le pilotage des hôpitaux, les questions financières sont passées au premier plan des préoccupations ainsi que la nécessité de faire face à la demande de soins de plus en plus importante, faisant parfois perdre de vue les autres missions dévolues aux CH&U ;
- il n'y a pas de véritable stratégie hospitalo-universitaire, ni au niveau national, ni au niveau régional ;
- le CH&U a perdu le monopole de la recherche et de la formation ; l'ouverture vers d'autres structures est une évolution positive, voire indispensable, ne serait-ce que pour faire face à l'augmentation des étudiants et à l'évolution des modes d'enseignement, mais cet élargissement des acteurs, au lieu de renforcer les coopérations, a aiguisé les antagonismes et fait perdre de vue la spécificité des missions des CH&U et des corps hospitalo-universitaires, qui sont pourtant les seuls à être investis -statutairement- de missions de recherche et de formation ;

- il n'y a aucune réelle évaluation des résultats obtenus par les CH&U dans l'exercice de leur triple mission de soin, d'enseignement et de recherche; ces missions sont évaluées séparément, du côté universitaire et du côté hospitalier (voir *infra* § 2.4.3) sans regard global sur les performances des CH&U en tant qu'entités propres chargées de missions spécifiques.

Mais, ce qui est sans doute le plus frappant est la perte de vue de ce qui est le fondement du dispositif hospitalo-universitaire, à savoir la nécessaire coopération entre les acteurs. De nombreux rapports l'ont déjà signalé, en particulier le rapport IGAS/IGAENR consacré aux conventionnements hospitalo-universitaires¹¹⁹ comme le dernier rapport de la Cour des comptes qui y consacre de longs développements : les structures hospitalières et universitaires cohabitent; elles se répartissent les compétences plutôt que de les exercer ensemble, ce qui est en complète opposition avec ce qui est le fondement du CH&U et soulève la question de son avenir à moyen terme.

Pourtant, les instruments de coopération ne manquent pas et ont été renforcés à plusieurs reprises par le législateur.

✓ Les conventions constitutives des CH&U

Ce sont elles qui sont, théoriquement, le fondement du fonctionnement du CH&U, comme le rappelle l'article L.6142-3 du code de la santé publique. Ce texte, issu de l'article 1^{er} de l'ordonnance de 1958, resté quasi sans changement jusqu'en 2009, a été complété par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) qui a notamment prévu que les conventions hospitalo-universitaires devraient être révisées tous les cinq ans et être en cohérence avec les contrats pluriannuel passés entre l'État et les universités et les projets d'établissement des centres hospitaliers régionaux. :

Encadré 14 : Article L.6142-3 du code de la santé publique :

« Dans les villes sièges d'unités de formation et de recherche de médecine et de pharmacie, les universités, pour ce qui concerne ces unités, et les centres hospitaliers régionaux organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres hospitaliers et universitaires.

Les universités et les centres hospitaliers régionaux conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs; ils sont tenus de conclure des conventions pour préciser les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional.

Ces conventions sont élaborées en cohérence avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1, les projets d'établissement mentionnés à l'article L. 6143-2, les contrats pluriannuels d'établissement mentionnés à l'article L. 711-1 du code de l'éducation et les contrats de projets État-régions.

Elles portent en particulier sur la politique de recherche impliquant la personne humaine de l'université et les modalités de son déploiement au sein du centre hospitalier et universitaire et les modalités de participation du centre hospitalier régional et le cas échéant des autres établissements de soins à l'enseignement universitaire et post-universitaire.

Des établissements de santé ainsi que des établissements publics à caractère scientifique et technologique ou autres organismes de recherche peuvent être associés à ces conventions pour tout ou partie de leurs clauses.

Ces conventions sont révisées tous les cinq ans. [...]»

¹¹⁹ Rapport IGAS/IGAENR n°2004-033 de juillet 2004 sur l'évaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires.

Les modifications introduites en 2009 montraient que le législateur avait la volonté de renforcer le dispositif conventionnel mais ces mesures n'ont été que très partiellement suivies d'effet :

- sur le fond, dans toutes les conventions examinées par la mission¹²⁰, à l'exception de celle de Strasbourg, les partenaires s'engagent effectivement à « harmoniser progressivement leur stratégies » en matière de recherche et de formation et à solliciter un avis respectif sur leurs projets d'établissement ; différentes modalités de coordination sont prévues, en particulier des réunions régulières de concertation entre les responsables des deux établissements, auxquelles est associé l'Inserm ;
- en revanche, les conventions ne sont pas remises régulièrement à jour, contrairement à ce que prévoit la loi : ainsi, sur les six conventions examinées lors des visites réalisées par la mission, une seule a été signée il y a moins de cinq ans (Poitiers, en 2015) et la plus ancienne (Strasbourg) date de 1974 et n'a pas été mise à jour depuis ; celle signée entre l'AP-HP et l'université Paris-Est Créteil est datée de 2008, les trois autres sont de 2010/2011.

Plus grave, la volonté affichée de coordination reste au total relativement théorique : il n'y a pas de véritable articulation entre les différents documents contractuels : chacun est signé séparément alors que le rapport IGAS/IGAENR de 2004 préconisait déjà des signatures croisées et simultanées avec des annexes communes sur le volet hospitalo-universitaire. Contrairement à ce qui avait été voulu en 1958 et réaffirmé en 2009, les conventions constitutives ne sont pas devenues les instruments d'une politique stratégique coordonnée entre l'hôpital et l'université, en particulier en matière de recherche.

✓ Les autres outils de coordination

Pour faciliter les relations universités/hôpital, plusieurs types de dispositifs ont été introduits dans la loi, en plus des conventions constitutives.

- **Les comités de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP)**

Instaurés en 2005¹²¹, ils sont venus remplacer les comités de coordination hospitalo-universitaires (CCHU), eux-mêmes créés par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Les CRBSP, comme avant eux les CCHU, sont censés être à la fois une instance de réflexion stratégique sur la recherche hospitalière et de coordination de ses acteurs. À ce titre, ils associent des représentants du CHU, de l'université et des organismes de recherche partenaires (Inserm et CNRS en particulier). Leur composition est revue tous les quatre ans¹²². Ils se prononcent notamment sur :

- les modifications et le renouvellement de la convention constitutive entre le CHU et l'université, ainsi que les autres conventions d'association en matière de recherche ;

¹²⁰ Aucun des deux ministères ne dispose de l'ensemble des conventions et, bien que prévue par la loi tous les cinq ans, la révision des conventions constitutives ne semble faire l'objet d'aucun suivi par l'État.

¹²¹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹²² Article R. 6142-43 : « Le comité comprend douze membres qualifiés dans le domaine de la recherche :

1° Quatre représentants du centre hospitalier universitaire désignés conjointement par le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement après avis du conseil exécutif et de la commission médicale d'établissement. Lorsque plusieurs centres hospitaliers universitaires composent le centre hospitalier et universitaire, leurs représentants sont désignés conjointement par les directeurs généraux et les présidents de commissions médicales d'établissement après avis des conseils exécutifs et des commissions médicales d'établissement ;

2° Quatre représentants de l'université désignés conjointement par le président de l'université et les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine, pharmacie et odontologie. Lorsque plusieurs universités composent le centre hospitalier et universitaire, leurs représentants sont désignés conjointement par le président et les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine, pharmacie et odontologie de chaque université ;

3° Quatre représentants des organismes de recherche associés aux missions du centre hospitalier et universitaire dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 6142-5, désignés par le directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, après consultation de leur directeur. »

- la politique de recherche du CHU et le projet de recherche des pôles ;
- le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du CHU ;
- les projets en recherche biomédicale et en santé publique qui figurent dans le contrat pluriannuel de l'université.

Sa composition et ses missions devraient donc faire du CRBSP un des lieux essentiels pour arrêter une stratégie commune en matière recherche entre l'hôpital et l'université. En fait, dans les sites visités, le rôle des CRBSP semble des plus limité. Il n'est pas évoqué spontanément comme un lieu de dialogue où serait élaborée une politique de recherche commune entre les acteurs du site. Dans certains sites (Créteil par exemple), le CRBSP n'a d'ailleurs pas été mis en place ; à l'hôpital Gustave Roussy, la situation est identique : un comité de ce type est prévu mais non mis en œuvre. Il y a cependant des contre-exemples de sites où le CRBSP semble bien fonctionner et est utilisé comme instance de dialogue entre CHU et université ; c'est par exemple le cas à Lyon.

Encadré 15 : Les relations CHU/Université sur le site de Lyon

Elles sont qualifiées par les acteurs de régulières et développées. L'actuelle équipe présidentielle a mis en place un vice-président chargé des relations avec l'hôpital, qui à ce titre, participe à l'élaboration de la stratégie recherche du CHU, même s'il n'est pas membre du directoire de l'hôpital. Le président et le directeur général du CHU se voient régulièrement ; ces réunions sont préparées en amont par les équipes administratives qui ont des rencontres régulières (tous les trois ou quatre mois). Les dossiers stratégiques scientifiques sont portés en commun (l'université souhaite associer d'avantage le CHU à l'Idex). Le CRBSP travaille sur l'attractivité des postes et sur tous les dossiers transversaux.

Le président du comité de coordination des études médicales (CCEM) joue également un rôle d'interface important ; il voit le président tous les deux mois et fait partie de l'équipe de gouvernance de l'université ; du côté du CHU, il est systématiquement invité aux réunions CHU et CME. Le fonctionnement actuel permet, selon les acteurs hospitaliers et universitaires, de parvenir à de véritables codécisions.

Mais ces bonnes pratiques dépendent avant tout des relations interpersonnelles plus que d'une organisation formelle ; la convention constitutive n'a pas été revue depuis 2010 et, comme l'indique un des interlocuteurs : *« elle vit dans l'esprit mais, formellement elle n'est pas vraiment appliquée. »*

• Les conventions d'association

L'article L.6142-5 stipule que *« des conventions peuvent être conclues par les universités et par les centres hospitaliers régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L.6142-1. »* Afin d'assurer la coordination des missions hospitalo-universitaires, au bénéfice des GHT, le CH&U conclut, dans le périmètre de sa subdivision universitaire, une convention d'association avec chacun des autres établissements support des GHT de cette subdivision universitaire.

La convention hospitalo-universitaire type prévoit par ailleurs que *« le CHU organise avec les UFR en santé de la subdivision et les établissements supports du GHT de sa subdivision, au moins une fois par an, une conférence régionale hospitalo-universitaire. Cette rencontre associe les directions, les présidents de collège ou de commission médicale de groupement de GHT, les présidents de Commission Médicale d'Établissement de CHU et le ou les Doyen(s) (...). Le Directeur Général, le Président de la CME et le(s) Doyen(s) de(s) la Faculté(s) de santé ou leurs représentants sont conviés au comité stratégique du GHT de la subdivision universitaire du CHU au moins une fois par an (...). »*

- **La représentation des universités dans les instances statutaires des CHU**

Les textes prévoient par ailleurs des représentations des UFR santé dans les instances des CHU :

- dans les CHU, une des vice-présidences est assurée par un doyen d'UFR santé ; par ailleurs les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales sont nommés par le DG du CHU, sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'UFR médicale ou du président du CCEM ;
- dans les CHU également a été créé un vice-président recherche qui est membre du directoire ; ce VP recherche est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de l'Inserm, le président de l'université et le VP du directoire directeur d'UFR ;
- le président du directoire et les directeurs d'UFR santé assistent avec voix consultative aux réunions de la commission médicale d'établissement.

En revanche, dans les universités et les conseils d'UFR, les textes ne prévoient pas de manière expresses la présence des autorités hospitalières mais celles-ci participent, dans les faits aux instances, le plus souvent au titre des personnalités extérieures.

Les outils de coordination existent donc mais la participation croisée aux instances statutaires des deux établissements ne permet pas d'assurer à elle seule l'émergence d'une stratégie commune hospitalo-universitaire et le CRBSP, qui aurait pu avoir vocation à assurer ce rôle, reste très diversement utilisé suivant les sites.

2.5.2 Un empilement des structures qui rend difficile une approche coordonnée des volets H et U

Les paysages hospitalier et universitaire ont connu des évolutions récentes (cf. *supra* § 1.2.4.) qui font se superposer plusieurs niveaux de structures dont l'articulation reste à trouver.

✓ Du côté de l'hôpital

Il est encore trop tôt pour évaluer les répercussions qu'auront les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Si les CHU visités ont tous commencé à s'engager dans la démarche, d'ores et déjà il apparaît que les conventions d'association des CHU aux GHT ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des liens existants entre les CHU et les autres établissements de santé de la région. Ainsi, le CHU Mondor de Créteil a des conventions avec les hôpitaux de Provins et avec Sens qui sont « hors GHT ». De même, il n'y a pas de correspondance entre les secteurs gériatriques et psychiatriques et les GHT auxquels Mondor participe. Un directeur d'ARS souligne par ailleurs que, pour l'instant, il n'y a pas d'articulation entre les conventions de GHT et les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les CHU, ni avec les conventions CHU/université.

Le positionnement du CHU comme tête de réseau des GHT pourrait être facteur de renforcement de son rôle d'établissement de référence et d'excellence et constituer l'occasion d'affirmer sa spécificité mais, paradoxalement, alors que l'enseignement et de recherche sont inscrits dans les missions du GHT, la dimension universitaire n'est pas représentée dans les instances des GHT, sauf à travers le directeur de l'UFR de formation et de recherche médicale qui est membre de droit du conseil stratégique du GHT (article R 6132-10 du code de la santé publique). Plus étonnant encore, les universités, ne sont pas signataires des conventions constitutives des GHT, créant, en droit et en fait, une contradiction majeure entre l'article L.713-4 du code de l'éducation qui confie aux universités et, en leur sein, aux UFR de santé l'organisation des enseignements des deuxième et troisième cycle des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques. Contrairement à ce que

semble indiquer l'article L.6132-1 du code de la santé publique, le CHU, seul, ne saurait donc avoir compétence pour coordonner des missions de formation et de recherche qui appartiennent en propre aux UFR de santé. On peut ainsi craindre que le GHT à cet égard, soit un facteur de confusion, plus que de clarification des rôles, même si la convention d'association hospitalo-universitaire type a introduit théoriquement une coordination entre les UFR en santé de la subdivision et les établissements supports du GHT de sa subdivision (voir *supra*).

Au-delà des coopérations institutionnelles, les fonctionnements paraissent donc de plus en plus cloisonnés, sans réelle approche globale. Les universités sont marginalisées dans le fonctionnement des divers regroupements hospitaliers qui, pourtant, se voient reconnaître des compétences sur des volets qui relèvent en principe exclusivement de leur responsabilité scientifique et académique. La convention constitutive du CH&U, instrument fondateur du modèle hospitalo-universitaire, perd ainsi peu à peu de sa substance et de sa raison d'être.

✓ Du côté universitaire

L'organisation territoriale de l'enseignement supérieur et de la recherche a, elle aussi, connu des évolutions successives et des restructurations profondes qui se sont accélérées sur les dix dernières années : parmi les plus récents de ces dispositifs, peuvent être cités les réseaux thématiques de recherche avancée (les RTA créés en 2006), les programmes d'investissement d'avenir (PIA), les initiatives d'excellence (IDEX et I-site), la création de communautés d'universités et d'établissements (COMUE). Tous ont en commun de vouloir favoriser le rapprochement entre universités, écoles et organismes de recherches pour donner plus de visibilité et renforcer l'attractivité internationale des grandes universités.

Les fusions d'université et la politique de structuration territoriale mise en place par la loi « Fioraso » du 23 juillet 2013 ont contribué à modifier profondément le paysage de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il en résulte notamment la constitution de grands ensembles pluridisciplinaires, soit par fusion d'universités (Aix-Marseille université, universités de Lorraine, de Bordeaux), soit par association (sur le site de Reims), soit encore par regroupement dans des communautés d'universités et d'établissements (COMUE).

Ces regroupements, quelle que soit la forme juridique adoptée, sont censés resserrer les liens entre les différents acteurs de l'enseignement supérieur et de la recherche présents sur le site. Or, à quelques exceptions près, les CHU en sont absents. Ainsi, 17 des 18 COMUE existantes comportent au moins une composante santé, mais une seule, l'université de Côte d'Azur, compte le CHU parmi ses membres fondateurs. Quelques autres, peu nombreuses, ont ouvert le statut de membre associé aux CHU du site : Paris Est qui a conventionné avec l'AP-HP, Bretagne Loire avec les quatre CHU d'Angers, Brest, Nantes et Rennes, ou encore l'université de Reims qui a passé une convention d'association avec le CHU.

Encadré 16 : L'association entre l'université de Reims et le CHU

Le décret n° 2017-1832 du 29 décembre 2017 portant association d'établissements du site champenois liste organisation la coordination des différents établissements du site parmi lesquels le CHU qui a signé une convention avec l'université de Reims. L'article 3 du décret liste ainsi les compétences mises en commun entre l'université et le CHU ;

Article 3 : « Les compétences mises en commun entre le centre hospitalier universitaire de Reims et l'université de Reims concernent les actions suivantes, dans le domaine de la santé :

1° Recherche : cellule d'appui commune aux projets de recherche, plateforme et plateaux techniques, laboratoires ;

2° Politique doctorale : création de parcours doctoraux pour les paramédicaux ;

3° Formation initiale : élaboration et réalisation d'actions de formation coordonnées ou communes notamment en matière de langues étrangères et d'enseignements à distance ;

4° Formation continue : offre de formation continue et/ou professionnelle commune, centre de formation par apprentissage ;

5° Numérique : en matière d'infrastructures, réseaux, télécom, services, des systèmes d'information, des outils numériques supports et des outils numériques liés à la pédagogie ;

6° International : accueil des étudiants, enseignants-chercheurs et chercheurs étrangers ;

7° Innovation pédagogique ;

8° Mutualisation en matière de documentation et ressources numériques et de ressources humaines. »

Mais les associations, sous une forme ou une autre, avec les CHU restent rares. Or, certains de ces regroupements ont des pôles santé qui rassemblent des forces scientifiques considérables. Peuvent être cités en premier lieu à Sorbonne Paris Cité qui a parmi ses membres fondateurs les universités de Paris V et Paris VII¹²³, mais aussi les universités de Lyon, d'Aix Marseille, de Bordeaux, Strasbourg, Lille. Le fait que les CHU ne soient pas associés directement aux regroupements en cours ne veut pas dire qu'il n'y pas des liens de coopération entre l'université et l'hôpital mais il est symptomatique et inquiétant que, là où tous les acteurs de la recherche et de la formation sont appelés à s'unir, le volet hospitalier ne soit, à quelques rares exceptions près, pas présent.

Une autre interrogation porte sur la place des UFR de santé au sein de ces nouveaux regroupements, et soulève la question du maintien d'un statut spécifique pour ces UFR. Ce statut les place en quelque sorte hors de la logique d'autonomie renforcée qui a marqué l'évolution de la gouvernance universitaire depuis la loi LRU du 10 août 2007. Du fait de la double tutelle santé-enseignement supérieur et du caractère spécifique des corps hospitalo-universitaires, les emplois dans ces disciplines ont été « sanctuarisés ». La masse salariale correspondant aux emplois HU a bien été déléguée aux universités mais cette délégation est restée très théorique. Les présidents d'université n'ont en effet aucune prise sur ces emplois dont l'évolution est subordonnée aux décisions qui sont prises au niveau national dans le cadre de révision annuelle des effectifs, et qui sont gérés directement par la DGRH, qui elle-même transmet à la DGESIP les informations nécessaires à l'actualisation des dotations. Cette situation a différentes conséquences qui ne sont pas toutes favorables aux UFR santé :

- quand les universités, pour maintenir leur équilibre budgétaire, ont dû geler des emplois, voire en supprimer, les effectifs HU ont été épargnés, puisque, de fait, intouchables ;

¹²³ Les personnels enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires de ces deux universités représentent actuellement à eux seuls environ 15% de la totalité des effectifs nationaux hospitalo-universitaires.

- en contrepartie, les disciplines de santé ont peu bénéficié des moyens nouveaux accordés aux universités sur les dernières années ;
- les présidents regrettent leur manque de visibilité sur les emplois HU, tant en ce qui concerne la révision annuelle des effectifs que la gestion de la part HU de la masse salariale. La question de la gestion des emplois des professeurs en surnombre est en particulier un sujet d'inquiétude et d'incertitude pour eux (voir infra encadré) ;
- de fait, les présidents sont peu impliqués dans les réunions de révision des effectifs au niveau national ; les interlocuteurs des cabinets ministériels demeurent les doyens et, si les présidents sont invités, ils sont peu nombreux à participer effectivement à ces réunions et se sentent peu concernés.

Encadré 17 : La gestion des professeurs en surnombre¹²⁴

Les professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH) ayant atteint la limite d'âge de leur corps ont la possibilité d'être maintenus en activité en surnombre jusqu'à 68 ans. Or, les universités ne maîtrisent pas les incidences financières qui en découlent (maintien en poste des PU-PH au-delà de 65 ans et arrivée de nouveaux recrutés sur les supports devenus fictivement vacants). Les ajustements à la hausse ou à la baisse sont appliqués la DGESIP en fonction des données qui lui sont communiquées par la DGRH. La valorisation du flux de PU-PH est réalisée sur la base conventionnelle suivante : prise en compte des nouveaux surnombres avec augmentation de la masse salariale au coût valorisé à l'Indice Net Majoré (INM) 734 et prise en compte des sortants avec diminution de la masse salariale au coût de l'INM 1164.

Ces règles de compensation qui sont appliquées à toutes les universités, sont donc de nature à induire des disparités aussi bien en sur-financements qu'en sous-financements par rapport aux dépenses réelles de masse salariale de l'établissement. Les présidents d'université rencontrés par la mission ont souligné la difficulté que représentait pour leur établissement l'absence de visibilité en temps réel et les difficultés qu'entraînait cette situation pour une gestion fine de leur masse salariale.

Les restructurations universitaires portent en elles un risque d'isolement des composantes santé qui sont restées en dehors des évolutions internes qu'ont connues les autres composantes. Le doyen de l'UFR santé constitue souvent le seul « pont » entre des établissements de santé qui développent de plus en plus des activités de formation et de recherche et une université où le secteur santé, de par la spécificité de son fonctionnement, est resté en marge de l'évolution la plus récente de la gouvernance universitaire. Cet éloignement des deux volets H et U - que masquent pour un temps encore la qualité et l'ancienneté des relations interpersonnelles - ainsi que le risque d'isolement des composantes santé au sein de l'ensemble universitaire posent à terme la question de l'avenir des CH&U. Au-delà de l'adhésion de façade au modèle de coopération intégrée qu'il représentait, on peut craindre que le CH&U ne soit destiné à se diluer dans d'autres formes d'organisations territoriales qui se sont construites à côté et parfois en contradiction avec lui.

Le rapport présenté par le Sénateur Giraud en 2004 soulevait déjà le même type d'interrogations, lorsqu'il concluait son analyse par cette remarque : « *La spécificité des CH&U, qui conserve toute sa valeur conceptuelle, se trouve menacée. Faute d'être suffisamment identifiée et rappelée aux établissements, son appréhension est faussée. Il en résulte un amalgame avec les autres établissements de santé, l'ambiguïté des trois missions, la confusion des activités de soins de proximité, de recours, de référence [...]. Les fonctions de professeur d'université et de praticiens hospitaliers des CH&U se dévalorisent et de jeunes médecins se détournent de la carrière.* » Quatorze ans après le rapport Giraud, les évolutions successives, tant du côté universitaire que du côté de l'hôpital se sont faites dans prendre en compte les spécificités du CH&U, lui faisant perdre à la fois de sa visibilité mais également de ses moyens d'action.

¹²⁴ Cf. rapport d'audit de l'IGAENR sur l'université Paris V.

2.5.3 Un processus morcelé d'évaluation des activités au sein du CHU et de l'université qui reflète cette dichotomie entre les deux ensembles

2.5.3.1 Une évaluation des activités de soins par la haute autorité de santé (HAS)

La procédure de certification, mise en place à partir de 1996, s'impose à l'ensemble des établissements de santé en application des articles L. 6113-3 et suivants du code de la santé publique. Mise en œuvre par la HAS, la certification est un dispositif d'évaluation externe. Elle est effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la HAS, son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations des hôpitaux et cliniques en France.

Les établissements qui s'engagent dans la certification suivent un parcours d'évaluation en continu avec des étapes essentielles : l'entrée dans la procédure, le compte qualité, la visite de certification, le rapport de certification et le suivi.

Le compte qualité traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. Il permet notamment de répondre à l'obligation d'autoévaluation de chaque établissement prévue à l'article R.6113-13 du CSP. La visite de certification a pour objectif d'identifier des points de conformité et des écarts par rapport au référentiel applicable : le manuel de certification. Lors de la visite, des méthodes d'investigation sont utilisées comme l'audit de processus ou le patient traceur qui permettent d'évaluer la maturité de la démarche qualité et gestion des risques et la prise en charge réelle d'un patient.

Un bilan HAS des résultats¹²⁵ de certification, établi en mai 2017, fait apparaître un lien entre le type d'établissement et son niveau de certification. Les établissements de taille importante, tels que les CHU, avec un volume d'activité élevé, ont des résultats moins favorables. Sont en cause la multiplicité des prises en charge, la difficulté d'avoir un management cohérent dans de grosses structures, mais aussi la gestion d'activités à risque.

Cette évaluation externe des activités de soins est totalement dissociée de celle concernant les missions de formation et de recherche des CH&U et ne permet donc pas d'assurer le lien entre les trois missions.

2.5.3.2 Une accréditation des médecins et des équipes médicales qui mobilise peu en CHU

L'accréditation des médecins et des équipes médicales de disciplines à risques¹²⁶ a dix ans. Cette démarche volontaire de gestion des risques est fondée sur la déclaration d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS), en application de l'article L. 1414-3-3 du CSP, permet d'identifier et de réduire les risques associés aux soins. L'enjeu majeur de cette démarche est d'améliorer la sécurité des soins délivrés aux patients.

¹²⁵ Premier bilan des résultats de certification de la V2014 qui concerne les 990 premiers établissements de santé qui ont fait l'objet d'une décision du Collège de la HAS entre le 30 juin 2015 et le 15 mars 2017.

¹²⁶ L'accréditation concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque » en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs. La liste des spécialités ou activités concernées et les modalités de réalisation de l'accréditation sont définies par le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006.

L'accréditation est délivrée aux médecins et équipes médicales qui ont satisfait aux exigences du programme de leur spécialité. Un premier certificat d'accréditation, valable quatre ans, est délivré sous réserve de réaliser un bilan annuel. Le renouvellement de l'accréditation donne droit à un nouveau certificat pour la même durée.

Le programme de l'accréditation en équipe répond aux mêmes exigences que celles du programme individuel des médecins (déclaration des EIAS, recommandations à appliquer, activités à réaliser) mais il est centré sur la dimension collective. Le bilan annuel permet d'évaluer le fonctionnement de l'équipe et de donner un avis individuel sur chaque médecin. Au final, le médecin obtient un certificat d'accréditation qui lui permet de faire valoir son développement professionnel continu¹²⁷ (DPC) et une attestation de réalisation de la démarche en équipe qui peut être affichée et valorisée auprès de son établissement de santé.

Au 5 juin 2018, selon les données de la HAS, 475 praticiens en CHU (sur 6 500 praticiens du secteur public) sont accrédités sur les 33 000 éligibles à l'accréditation. Par ailleurs, 60 équipes médicales sont engagées dans le processus depuis le lancement de l'accréditation en équipe en 2014 parmi lesquelles figurent quatre équipes en CHU et une équipe en CHR. Ces données témoignent d'un déficit de culture de l'évaluation.

Tableau 20 : L'accréditation des praticiens en CHU

Equipes	Nombre de médecins	CHU
Orthorisq	12	G. H. PARIS ILE-DE-FRANCE OUEST - SITE AMBROISE PARE (AP-HP)
CFA-HGE	11	CHR d'Orléans
CFA-HGE	10	HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU (AP-HP)
CFA-HGE	6	CHRU de Brest
OA CHIRPED	6	CHRU de Brest
Total	45	

Source : HAS Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS)-Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

2.5.3.3 Les missions d'enseignement et de recherche imparfaitement prises en compte dans l'organisation interne des CHU

La loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a érigé une nouvelle gouvernance hospitalo-universitaire qui a voulu mieux identifier le rôle et la place de l'UFR de médecine dans les instances du CHU et assurer la présence des missions de formation et de recherche de l'établissement au sein du directoire (voir *supra* § 2.4.1.).

L'organisation interne des CHU en pôles s'est généralisée, majoritairement sur une base médicale centrée sur la proximité des disciplines au plan universitaire en associant des spécialités complémentaires ou des services par thématiques d'organes, voire par filières de soins, les activités de recherche s'effectuant souvent dans un cadre plus large.

¹²⁷ L'engagement dans une démarche d'accréditation permet de satisfaire l'obligation de DPC d'un médecin, (Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 et Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016).

Le rapport « *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*¹²⁸ » recommandait : « *les pôles doivent privilégier des projets de recherche et de formation dont les thématiques sont cohérentes avec leur projet médical et l'organisation des activités médicales. L'adossement à un ou plusieurs EPST s'avère hautement souhaitable pour développer des thématiques de recherche et assurer le continuum recherche – innovation – soins (...). Les indicateurs spécifiques de la recherche pourraient également être intégrés (SIGAPS, SIGREC, PHRC, etc.). Le contrat de pôle doit mettre en exergue les axes thématiques de recherche développés dans les pôles hospitalo-universitaires (...), intégrer des indicateurs relatifs aux résultats en matière de recherche et d'innovation.* »

Cependant, le contenu des contrats que les chefs de pôle signent avec la direction du CHU est variable dans les établissements visités. Les objectifs d'activité, d'efficience médico-économique, de qualité ou encore de management et d'organisation sont bien présents dans les contrats remis à la mission, contrairement aux objectifs en matière de recherche, d'activités d'enseignement et de formation qui figurent peu dans les contrats de pôle.

Pour exemple, les contrats de pôle 2015-2019 de l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades spécifient que l'action des pôles s'inscrit notamment dans la mise en œuvre effective du projet d'enseignement et de recherche de l'établissement et intègrent ainsi les objectifs de stratégie hospitalo-universitaire en matière de recherche. Le contrat du pôle du médico-chirurgical pédiatrique consulté par la mission, mentionne qu'au-delà les projets spécifiques de chaque unité qui le compose, la recherche au sein du pôle est caractérisée par l'intégration de chacune des équipes du pôle au sein de l'institut hospitalo-universitaire (IHU) Imagine et/ou de l'Institut Necker, par des projets transversaux concernant plusieurs services du pôle et par des activités plus spécifiques à chaque service (recherche clinique et appliquée, recherche dans le cadre des centres de référence pour les différentes maladies rares, élaboration de cohortes en lien avec les autres CHU...). Cependant, les objectifs en matière d'enseignement ne sont pas abordés dans le contrat et contrairement à l'activité soins, les indicateurs et cibles en matière de recherche sont occultés et ne peuvent ainsi être évalués dans le cadre polaire.

La mission ne peut que constater que l'organisation en pôles hospitalo-universitaires, n'a pas donné lieu véritablement (sauf exception) à des démarches de valorisation, de suivi et d'évaluation des missions d'enseignement et de recherche au plus près des acteurs HU et PH, ce qui aurait permis aux CHU de mieux appréhender l'implication de chaque acteur sur ces valences universitaires.

La présence du doyen au sein du directoire du CHU, le visa du doyen requis sur le contrat de pôle et pour la nomination de chef de pôle, ne permettent pas, à eux seuls, de s'assurer de la prise en compte des missions de formation et de recherche et d'assurer une vraie coordination avec la stratégie scientifique de l'université. **Un bilan national du fonctionnement des pôles HU mériterait d'être initié.**

2.5.3.4 Des dispositifs d'évaluation non coordonnés qui ne traitent pas de manière globale les relations entre le CHU et l'université et la politique de recherche et de formation du CH&U

Sous la responsabilité de l'AERES, puis du Hceres, l'évaluation des CHU et des universités a été menée en parallèle, sur un calendrier qui est désormais coordonné (avec des vagues contractuelles synchronisées par site). Mais, au-delà de cette articulation temporelle, les deux procédures restent séparées.

¹²⁸ Rapport de mission des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

➤ L'évaluation des établissements de soins par l'Hceres

L'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES)¹²⁹, a entamé, dès 2011, à la demande du ministère de la santé, une évaluation des CHU qui a porté particulièrement sur l'évaluation de leur stratégie et de leur gouvernance.

Cette évaluation a été poursuivie par le haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hceres)¹³⁰, qui a succédé à l'AERES mais axée davantage sur les missions de recherche du CHU.

Les CHU et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) développant des activités de recherche qui constituent une des missions de service public, leurs structures et équipes de recherche bénéficient de cette procédure d'évaluation externe. Le périmètre de l'évaluation couvre les chercheurs et enseignants-chercheurs du CH&U, mais ne couvre pas les unités labellisées associées au site. Selon le Hceres, l'évaluation de l'activité de recherche a pour premier objectif d'aider les personnels HU à caractériser leur potentiel et à préciser leur position dans leur environnement régional, national et international, au regard de leurs missions et en conformité avec les objectifs de la stratégie de leurs établissements ou organismes de rattachement.

Cette évaluation est basée, comme pour les universités, sur un dossier d'autoévaluation (complétée par celle des axes de recherche, un dossier spécifique sur les départements hospitalo-universitaires (DHU)) et une visite sur site d'un comité d'experts, qui examine :

- le bilan général de l'établissement en matière de recherche (principaux objectifs du projet scientifique en cours et pour chacun d'eux les actions entreprises pour les atteindre et les résultats obtenus, les nouveautés marquantes dans la stratégie scientifique de l'établissement), le bilan d'activité des structures d'appui à la recherche (structures impliquées dans les fonctions technico-règlementaires, unités de méthodologie), la stratégie et perspectives scientifiques (diagnostic s'appuyant sur des indicateurs, projets et objectifs des structures d'appui à la recherche).
- Le projet scientifique de l'établissement explicitant, dans le contexte régional et territorial, ses objectifs au regard de ses missions, de sa taille et de son organisation et tenant compte de la façon dont ont été réalisés les objectifs précédents. Cette évaluation de la recherche des établissements de santé est dissociée de l'évaluation des centres d'investigation clinique (CIC), des unités de recherche et des structures fédératives.

¹²⁹ L'AERES a été créée par la loi de programme n° 2006-450 du 18 avril 2006 pour la recherche.

¹³⁰ La loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche a chargé le HCERS :

« 1° D'évaluer les établissements d'enseignement supérieur et leurs regroupements, définis à l'article L. 718-3 du code de l'éducation, les organismes de recherche, les fondations de coopération scientifique et l'Agence nationale de la recherche...

2° D'évaluer les unités de recherche à la demande de l'établissement dont elles relèvent, en l'absence de validation des procédures d'évaluation...

3° D'évaluer les formations et diplômes des établissements d'enseignement supérieur...

Lorsque ces formations font l'objet d'une demande d'accréditation prévue à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, l'évaluation est préalable à l'accréditation ou à sa reconduction. Le Haut Conseil s'assure de la conformité de la formation au cadre national des formations et de l'effectivité de la participation des étudiants à l'évaluation des enseignements ;

4° De s'assurer de la prise en compte, dans les évaluations des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche, de l'ensemble des missions qui leur sont assignées par la loi et leurs statuts particuliers.

5° De s'assurer de la valorisation des activités de diffusion de la culture scientifique, technique et industrielle dans la carrière des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche... (). »

L'AERES a publié un document reprenant les évaluations de la recherche et de l'enseignement supérieur conduites depuis sa création dans toutes les régions de France, qui permettent, région par région, d'identifier les forces ou faiblesses en termes de recherche. Les CHU sont à peine évoqués dans ce document. Ils ne sont évoqués-très sommairement- que sous l'angle de leurs relations avec les universités.

➤ **L'évaluation des universités**

Du côté universitaire, le Hceres s'est fixé comme objectif de réaliser une évaluation globale et cohérente des coordinations territoriales et de ses entités soumises à évaluation, en analysant la stratégie de l'établissement porteur de la coordination territoriale, sa mise en œuvre opérationnelle au sein des établissements du site, et son articulation avec les politiques de développement spécifiques à chacun d'entre eux ; en s'assurant de l'exhaustivité et du continuum de l'ensemble des évaluations conduites par le Hceres (coordination territoriale, établissement, formation, recherche).

Toutefois, ces évaluations, tant des CHU que des universités, ne portent à aucun moment, du moins directement sur les liens entre les deux types d'établissement et sur l'exercice de leur mission dans la cadre de la convention constitutive qui les lie au titre du CH&U.

➤ **L'évaluation des formations de santé des premier et deuxième cycles universitaires de médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique conférant le grade de licence et de master**

Cette évaluation concerne chaque établissement ayant une offre de formation de niveau licence et master (licence, licence professionnelle, master, ainsi que les formations de santé de premier et deuxième cycles conférant le grade de licence et master). L'évaluation se déroule en deux temps : une phase d'évaluation de l'offre, organisée en « champs de formations » et s'appuyant sur l'autoévaluation réalisée par l'établissement et une phase d'évaluation du projet d'accréditation de l'établissement.

Le Hceres a prévu d'intervenir également dans l'évaluation du fonctionnement et de l'organisation du troisième cycle des études de médecine dans les universités (vague E).

À cet égard, le rapport¹³¹ IGAS/IGAENR « Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : Propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales » préconise que les sujets prioritaires d'évaluation de l'organisation du troisième cycle portent notamment sur :

- « le fonctionnement de l'accompagnement pédagogique : la réforme prévoit un renforcement de l'encadrement et la prise de ces nouvelles responsabilités pédagogiques par les enseignants hospitalo-universitaires notamment doit être évaluée, (...) ;
- l'évaluation des terrains de stage de troisième cycle, impliquant les professionnels et les apprenants : les bonnes pratiques existantes sont à identifier, avec notamment des éléments de capacité à « coacher » (temps de bibliographie, enseignements/accompagnement, analyse diagnostique d'un cas complet. »

Dans cet esprit, le Hceres élabore le référentiel d'évaluation et va lancer une première évaluation pour la rentrée universitaire 2018/2019.

¹³¹ Rapport établi par Jean DEBEAUPUIS-Florence ALLOT, membres de l'Inspection générale des affaires sociales et Stéphane ELSHOUD-Philippe PERREY, membres de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche-Décembre 2017.

L'évaluation du troisième cycle des études médicales est la suite logique de l'évaluation récemment mise en œuvre pour les formations médicales des premier et deuxième cycles, l'évaluation des terrains de stage constituant un enjeu majeur permettant de faire le lien avec la formation pratique délivrée notamment dans les CH&U et les établissements associés aux conventions liant l'université au CH&U. L'orientation projetée par l'Hceres est plutôt du domaine de l'assurance qualité : vérifier si la réalisation du stage est conforme au niveau d'exigence métier.

Cette structuration de l'évaluation de l'enseignement et de la recherche ne permet donc pas de traiter de manière globale les relations de l'hôpital et de l'université, ni la cohérence de la politique de recherche et de formation menée au sein du CH&U.

Le Hceres conscient du nécessaire continuum entre recherche clinique et translationnelle et recherche fondamentale élabore désormais une synthèse de site sur la base des différents rapports d'évaluation des établissements.

Il paraît dès lors indispensable de mettre en place une évaluation globale et transversale assurée par le Hceres en liaison avec la HAS, afin de couvrir les trois missions des CH&U et d'assurer la cohérence des stratégies déployées.

2.5.3.5 Un début et un suivi de carrière des HU dont l'évaluation est limitée et non harmonisée

Instance nationale, le conseil national des universités (CNU) santé (disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques) est compétent pour le recrutement et le suivi des carrières¹³² des professeurs des universités et des maîtres de conférences des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Cette instance collégiale intervient à certains moments « clefs » de la carrière des hospitalo-universitaires, d'une part au moment de leur recrutement comme PU-PH ou MCU-PH et d'autre part au long de leur carrière. En tout état de cause le principe est celui d'une évaluation par des pairs occupant un emploi d'un rang au moins égal à celui de l'emploi postulé (cf. § 2222).

Les grilles et critères de sélection, de recrutement et d'avancement utilisées par les sous-sections du CNU santé ont été progressivement réévaluées pour mieux prendre en compte les performances en matière de recherche et d'enseignement (voir en ce sens la prise en compte des points obtenus à partir du système *Impact factor* (IF) et de l'indicateur d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) ou encore du score individuel d'aptitudes pédagogiques en santé (SIAPS) récemment introduit). Les activités de diagnostic et de soins et les éventuelles responsabilités collectives sont aussi normalement prises en considération mais dans une moindre mesure¹³³.

Certains acteurs rencontrés souhaiteraient une amélioration, voire une refondation de l'indicateur SIGAPS qui présente des limites (Cf. *supra* § 2.3.4.2.) malgré ses effets vertueux depuis la révision annuelle des effectifs 2013. Une évaluation multicritères de la recherche pour les candidats au parcours HU semble incontournable en matière d'intégrité scientifique. Par ailleurs, selon le Hceres, le score SIGAPS doit évoluer plus sur la base de citations et non pas sur l'IF avec les scores

¹³² Article 1 du décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au CNU Santé.

¹³³ Une refonte des grilles CNU santé a été opérée en 2013 sur impulsion du cabinet du MENESR, suite à des décisions ministérielles de refus de publications de certains postes de MCU-PH et de PU-PH considérant que certaines candidatures ne pouvaient prétendre aux fonctions sollicitées.

fractionnaires¹³⁴ (nombre d'auteurs). Au total, les instruments d'évaluation doivent évoluer et être réajustés.

Comme il a été rappelé supra, l'acte de candidature est précédé d'un avis « pré-CNU » et certaines sous-sections organisent des visites sur site pour vérifier sur place et directement les qualités du candidat pressenti ou « appuyé ». Il arrive que la nomination soit bloquée après une visite de site. Cet échange non obligatoire avec les pairs sur site, pourtant essentiel pour l'appréciation de l'environnement, de l'implication réelle du candidat n'est néanmoins ni systématique, ni régulier.

S'agissant de la promotion, seule étape actuelle d'évaluation par les pairs, les activités développées dans les trois champs (hospitalier, recherche, pédagogique) sont prises en compte, tant quantitativement que qualitativement.

- les activités hospitalières sont valorisées sur les aspects suivants : chefferie de pôle, chefferie de service, responsabilité d'UF... ;
- pour les activités de recherche sont plus particulièrement pris en compte comme pour les recrutements : la production scientifique (SIGAPS), l'encadrement doctoral (ou M2 pour les MCU) et scientifique, la diffusion des travaux et rayonnement (jurys de thèse, conférences invitées, jury AAP, membre d'un comité éditorial, comité scientifique ou d'organisation de congrès), l'animation scientifique d'unité de recherche, l'animation scientifique de contrat, les prix et distinctions scientifiques ;
- les activités pédagogiques sont appréciées au travers d'indicateurs de volume horaire de cours (score SIAPS)¹³⁵, de responsabilité et coordination des enseignements de leur discipline, encadrement d'étudiants (types de cours assurés, niveaux encadrés), intervention dans différents masters, coordination de PACES, responsabilités pédagogiques.

Les responsabilités collectives sont également évaluées dans les trois domaines du soin, de la pédagogie et de la recherche.

Le décret à venir, relatif à la fusion des statuts des personnels hospitalo-universitaires introduit par ailleurs un suivi de carrière sur la base du rapport d'activité, qui sera établi par les HU titulaires tous les cinq ans, afin de mieux évaluer leurs missions (enseignement, recherche et soins) tout au long de leur parcours.

¹³⁴ Dans le contexte d' « une logique de contribution à la science mondiale [où] les contributions d'auteurs à chaque article et le nombre de citations reçues par ces articles sont fractionnées pour obtenir des sommes égales à 100 % sur l'ensemble des acteurs. La contribution de l'institution à une publication est décomptée au prorata du nombre d'adresses d'entités relevant de son établissement (composantes, unités de recherche) dans la liste complète des adresses professionnelles des différents auteurs. Le principe est également appliqué à la répartition éventuelle d'un journal scientifique entre plusieurs disciplines. (...) Les publications sont comptées au prorata du nombre total d'adresses différentes et non au prorata du nombre de chercheurs de chaque adresse » (OST, 2008). L'évaluation des publications scientifiques : Nouvelles approches, nouveaux enjeux par Manuel Durand-Barthez SCD, Université Paul Sabatier de Toulouse 3

¹³⁵ Cf. annexe 15 : grille d'évaluation du score SIAPS, réalisée par la conférence des doyens de médecine.

2.6 Les enseignements tirés des exemples étrangers

La mission a conduit une enquête sur la gestion des personnels de type hospitalo-universitaire en Allemagne, au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Québec¹³⁶, à partir de contributions des conseillers sociaux des postes diplomatiques concernés. Les réponses apportées mettent en lumière à la fois la diversité des situations et la spécificité du modèle hospitalo-universitaire « à la française » ; elles permettent également de dégager des préoccupations communes et des enseignements dont sont inspirées pour partie les recommandations de la mission¹³⁷.

2.6.1 Des modèles d'organisation universitaire et hospitalière multiples

Les pays observés ont fait, chacun, des choix propres, souvent assez éloignés du modèle français de type CH&U ou hôpital et universités organisent théoriquement ensemble leurs activités d'enseignement, de recherche et de soins mais restent des établissements distincts.

Ainsi, en **Allemagne**, coexistent un **modèle dit intégratif**, qui réunit dans une seule entité juridique le CHU et la faculté de médecine, et un **modèle dit coopératif** où la faculté de médecine (avec des missions de recherche et d'enseignement) et les centres hospitalo-universitaires (avec la mission de soins) sont deux entités juridiques différentes.

Aux **États-Unis**, les universités et les hôpitaux sont des entités séparées, même si parfois elles peuvent appartenir à un même réseau de santé. Un mouvement important de séparation des hôpitaux des universités s'est engagé tout particulièrement au début des années 2000.

Au Royaume-Uni, les relations juridiques entre l'hôpital et l'université sont complexes et diffèrent d'un établissement à l'autre. À titre d'exemple, la faculté de médecine de Londres dépend de l'université de Londres (UCL) dont le centre hospitalier universitaire est l'« *University College London Hospitals* ». La plupart des facultés de médecine sont à proximité d'un hôpital et les hôpitaux universitaires disposent d'un large degré d'autonomie, ce qui explique les différences de structure, de financement et de gouvernances entre établissements.

2.6.2 Certaines dispositions applicables en matière de parcours, de recrutement et de mobilité tranchent avec le modèle français actuel

En Allemagne, pas plus d'ailleurs que dans les autres pays observés, il n'existe d'instance nationale de recrutement qui soit l'équivalent du Conseil national des universités. Ce sont les législations régionales des *Länder* qui déterminent le mode de gestion : les personnels sont soit fonctionnaires du *Land* dans lequel ils exercent, soit agents de droit public dont l'employeur est l'hôpital dans lequel ils travaillent. Les processus de recrutements peuvent être très variables d'un *Land* à l'autre.

En matière de recrutement, les conditions exigées dépendent des spécialités, notamment les critères en termes de publications. Elles dépendent également des facultés, avec une très grande hétérogénéité. L'un des principaux sujets de discussions en Allemagne est de **sortir de l'approche quantitative qui valorise le nombre de publications, pour mieux évaluer l'impact de ces publications, notamment à l'échelle internationale, dans une logique plus qualitative.**

¹³⁶ Contribution attendue mais non adressée à la DAEL.

¹³⁷ Cf. : en annexe 16, synthèse détaillée des contributions transmises par la délégation des affaires européennes et internationales du ministère des solidarités et de la santé, ainsi que le questionnaire établi par la mission.

Le processus de recrutement tient compte des besoins en formation, recherche et activités de soins. Au moment de leur recrutement, les chefs de service négocient souvent leur **contrat** pour définir un objectif commun dans le cadre de leur activité (*Zielvereinbarung*), notamment la part dite « variable » de leur rémunération, en intégrant les objectifs correspondants. Ces contrats individualisés des chefs de service sont négociés avec les équipes dirigeantes des CHU. Le doyen est associé aux négociations.

Au **Royaume-Uni**, un schéma-cadre a été introduit en 2005 et sert à informer les parcours du personnel hospitalo-universitaire mais les carrières demeurent très flexibles : ainsi, ce qui constitue différence notable avec la France, la validation de stages de recherche durant la formation n'est pas nécessairement requise lors de la candidature à des postes académiques¹³⁸.

Il n'existe pas de cadre national de gestion des carrières des « *clinical academics* ». Toutefois, les écoles de médecine et les centres de recherches nationaux et privés se sont engagés, dans un document signé en janvier 2017, à assurer un soutien constant au déroulement de carrière du personnel hospitalo-universitaire (flexibilité des emplois du temps, clarté des critères de performance, parcours personnalisés, etc.).

Les personnels *clinical academics*¹³⁹ répartissent leur activité entre l'université (où ils dispensent des cours et poursuivent des recherches académiques) et la pratique médicale au sein des établissements des NHS¹⁴⁰. Les postes sont rémunérés à 43,6 % par les universités, à 43,9 % par les NHS et le *National Institute for Health Research* (dit NIHR¹⁴¹) et à 12,5 % par diverses sources (les conseils de recherche, les œuvres caritatives et les dotations). Les postes de professeur sont quant à eux généralement financés par les universités.

Les décisions de recrutement sont prises de manière conjointe par les universités et les centres hospitaliers. Les *clinical academics* disposent de **contrats spécifiques** composés de deux parties distinctes : la composante substantielle (*substantial contract*) et la composante honoraire (*honorary contract*)¹⁴².

Aux **États-Unis**, il n'existe pas de personnels de type hospitalo-universitaire. Les fonctions enseignantes et hospitalières sont séparées. L'ensemble des personnels dépend en très grande partie d'employeurs qui gèrent leurs carrières et les rémunèrent.

La **pratique de la mobilité** est également présente dans ces pays malgré son caractère non obligatoire.

La mobilité n'est juridiquement pas obligatoire dans le déroulement d'une carrière hospitalo-universitaire en **Allemagne** mais, dans certaines spécialités, elle représente bien souvent un atout lors des processus de recrutement organisés par les CHU. Il arrive régulièrement aussi que des candidats ayant été identifiés très tôt comme particulièrement prometteurs dans les plus grands CHU soient promus de manière interne et que l'hôpital veille à se constituer un vivier interne. L'enjeu pour les CHU est cependant de veiller à ne pas se priver de talents extérieurs. Les plus petits CHU recrutent généralement en externe.

¹³⁸ http://careers.bmj.com/careers/advice/The_road_to_a_clinical_academic_career

¹³⁹ Selon la définition donnée par l'*Association of UK University Hospitals*, un *clinical academic* peut être un infirmier, une sage-femme, un médecin ou un autre professionnel de santé, qui participe simultanément à la pratique clinique et à la recherche.

¹⁴⁰ <https://www.medschools.ac.uk/media/2026/medical-clinical-academic-staffing-levels-2017.pdf>

¹⁴¹ Le NIHR est le centre de recherche en santé britannique, directement financé et géré par le *Department of Health and Social Care*. Son budget dépasse 1 milliard de £ en 2015-16, ce qui fait de lui le plus grand bailleur de fonds national en Europe.

¹⁴² <https://www.bma.org.uk/advice/employment/contracts/academics-contracts/follett-review-principles>.

Au Royaume-Uni, la mobilité n'est pas obligatoire mais dépend des postes disponibles dans les hôpitaux et les universités.

Aux **États-Unis**, la gestion n'étant pas nationale, la question de la mobilité ne se pose pas sous la même forme qu'en France. Les déroulés de carrière diffèrent selon les individus, leurs envies et les opportunités de recherche et les financements associés, d'enseignement ou de pratiques ainsi que les rémunérations et avantages sociaux qui peuvent y être associés. En fonction des statuts qui sont les leurs, de leurs parcours et des incitations qu'ils reçoivent, les professionnels peuvent faire toute leur carrière dans une entité (une université, un hôpital) ou un groupe de santé.

2.6.3 Un manque d'attractivité dans la carrière qui conduit à adopter des mesures pour susciter l'intérêt pour la recherche parmi les jeunes médecins

En Allemagne, on note un problème de relève dans la médecine hospitalo-universitaire. Le **manque d'attractivité est lié à la prédominance des soins** dans l'exercice médical, si prégnant que s'instaure une vraie logique de concurrence entre les soins et la recherche. La médecine des « soins » est au moins aussi bien, voire mieux rémunérée que la médecine hospitalo-universitaire qui implique de consacrer une partie de son temps à la recherche. Par ailleurs, les postes dédiés aux soins permettent de mieux maîtriser les horaires, ce qui est un paramètre déterminant pour les choix de postes des jeunes médecins.

Des programmes « *Clinician scientist* » ont donc été créés, pour lutter contre cette perte d'attractivité, avec pour **objectif de former environ 1000 médecins par an à la recherche**. Ces programmes sont destinés spécifiquement aux internes « *Facharztweiterbildung* » ayant obtenu de préférence leur doctorat – le travail de recherche pour la thèse de médecine ayant été entamé traditionnellement avant l'internat dans le cursus médical allemand –, ayant trois ans d'expérience dans leur spécialité. Ils ont une durée maximale de trois ans. Ce parcours est protégé par une diminution de l'activité clinique.

Au Royaume-Uni, le NHS ne publie pas de données spécifiques sur les postes de personnels hospitalo-universitaires mais le « *Medical Schools Council* » (entité qui réunit toutes les universités médicales du RU) publie un rapport annuel sur les recrutements des « *clinical academics* »¹⁴³, sur la base des informations recueillies dans 24 universités. Des informations en provenance de ces universités, il ressort que le nombre des personnels de type hospitalo-universitaires employés par les universités est en déclin. En revanche, depuis 2000, le nombre de professeurs est en augmentation. Même si 8 universités sur 24 affirment n'éprouver aucune difficulté à pourvoir leurs postes, entre 2015 et 2016, le nombre de postes vacants semble avoir augmenté.

Aux États-Unis, les jeunes professionnels cherchent souvent à rester là où l'offre culturelle et de loisirs est forte plutôt. Recruter est donc beaucoup plus difficile dans les régions les moins peuplées et, dans certaines spécialités, les postes peuvent donc rester ouverts assez longtemps là, alors que les recrutements sont plus faciles sur les deux côtes et dans les grandes aires métropolitaines.

¹⁴³ <https://www.medschools.ac.uk/media/2026/medical-clinical-academic-staffing-levels-2017.pdf>

2.6.4 Les modalités de répartition des obligations de service des personnels entre les différentes missions (soins, enseignement, recherche)

En Allemagne, on vient en général à la recherche via la pratique clinique. L'enseignement fait partie intégrante de la période équivalente à l'habilitation à la recherche. Dans la pratique, les professeurs de médecine enseignent peu, par manque de temps et parce que la recherche et le soin sont les priorités. Mais, comme en France, il existe une grande latitude dans la répartition entre les trois missions. Théoriquement, les services doivent assurer les trois missions, mais dans les faits, la répartition reste très variable.

Au Royaume-Uni, la répartition des obligations de service varie en fonction des types de contrat et d'engagement.

Aux États-Unis, les médecins se consacrent à la recherche, à l'enseignement ou à la pratique pendant toute ou partie de leur carrière. Ils peuvent également mixer ces pratiques à certains moments, changer d'emploi ou d'employeur.

2.6.5 L'évaluation individuelle conjointe des fonctions de soins, d'enseignement et recherche n'est systématique qu'au Royaume Uni

L'évaluation systématique des activités est pratiquée au **Royaume-Uni**, sur le fondement d'un **contrat révisé annuellement qui définit la répartition du temps de travail** du « *clinical academic* ». **L'évaluation des personnels hospitalo-universitaires est réalisée conjointement par l'université et l'hôpital.**

Aux États-Unis, les modalités d'évaluation sont prévues par chacun des employeurs ainsi que dans les accords entre institutions.

Les situations sont variées en **Allemagne** et la mission n'a pas pu obtenir d'éléments précis sur ce sujet liés aux disparités régionales et des pratiques propres à chaque CHU.

2.6.6 Une responsabilité managériale affirmée de plus longue date à l'étranger

Le rapport IGAS/IGAENR¹⁴⁴ traitant de la mise en responsabilité médicale, a permis d'élaborer un panorama des pratiques à l'étranger.

Dans cinq systèmes de santé européens (Allemagne, Italie, Norvège, Pologne et Royaume-Uni), les médecins sont impliqués dans les différents niveaux de gestion : direction, intermédiaire et proximité. La formation au management n'est pas encore une obligation pour les médecins, sauf en Italie pour ceux qui prennent un poste de directeur clinique et de chef de service. Toutefois, les offres de formation en management et leadership se développent au sein des établissements ou en ayant recours à l'université ou à des écoles de management. Des incitations financières peuvent être mises en place sous forme d'augmentation de salaire ou de prime, mais elles ne parviennent pas à être à la hauteur des différences de revenus comparativement à une activité privée.

¹⁴⁴ Rapport 2016-83R Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge-Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques : Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON et Hamid SIAHMED IGAS avec la contribution de Stéphane ELSHOUD - IGAENR

2.7 Bilan du constat : un dispositif « original » mais aujourd’hui fragilisé

En termes de conclusion de cet essai de diagnostic sur la situation des personnels hospitalo-universitaires, plusieurs points ressortent des nombreux entretiens qu’a menés la mission. Que ce soit auprès des plus jeunes, internes, assistants ou chefs de clinique ou des PU-PH confirmés, et au-delà des particularités disciplinaires, la tonalité de certaines observations est suffisamment convergente pour mériter que l’on s’y attarde :

- ce qui dès l’abord est exprimé fortement, c’est l’attachement au métier, à la richesse du lien enseignement/soins/ recherche qui n’est pas remise en cause dans sa finalité ;
- la conviction que les ambitions présidant en 1958 à la naissance des CH&U demeurent totalement pertinentes aux yeux des personnels rencontrés, qu’ils soient HU eux-mêmes ou dirigeants d’université, de CHU, d’ARS. Le dispositif, « révolutionnaire » à l’époque, a fait ses preuves et a permis de tirer vers le haut le système de soins français et d’attirer les meilleurs des praticiens vers l’hôpital public. Tous les interlocuteurs de la mission ont insisté sur l’apport des CH&U au niveau régional. Comme le dit un directeur général d’ARS rencontré : « *la présence du CH&U tire vers le haut les disciplines* » ; à cet égard, les exemples étrangers, s’ils livrent des pistes intéressantes pour des évolutions possibles, ne remettent en cause ni l’originalité du modèle français fondé sur le lien consubstantiel entre université et hôpital, entre recherche et soins, ni le rôle fondamental que ce modèle continue à jouer dans la qualité de l’hôpital public.

Mais, au-delà de cet attachement affirmé au métier, un certain nombre de points sont dénoncés :

- les conditions d’exercice du métier sont remises en question par les plus jeunes mais aussi les anciens : reviennent de manière récurrente la baisse d’attractivité de la carrière, la dégradation des conditions de travail, la perte d’« aura » de la fonction, un parcours de carrière de plus en plus complexe et incertain avec des entrées ressenties comme plus tardives (même si, en réalité, les âges moyens ont peu évolué) ;
- les tensions sont de plus en plus fortes entre les activités de soins et les activités de recherche, ces dernières étant trop souvent sacrifiées aux besoins hospitaliers qui sont naturellement jugés prioritaires ; à cela s’ajoute, la lourdeur des tâches administratives imposées aux PU-PH, en particulier lorsqu’ils assument des fonctions de responsable de service ou de chef de pôle et qui ont un effet « repoussoir » chez les plus jeunes ;
- les conditions dégradées d’exercice de la triple mission posent la question de la masse critique des équipes HU et donc de la répartition des emplois entre CHU mais aussi des mécanismes de coopération à trouver au niveau régional ;
- l’absence quasi-totale de mobilité qui favorise et entretient les conflits interpersonnels ;
- la sanctuarisation des emplois HU qui présente des avantages mais aussi des dangers ; les financements nationaux sont allés, sur les dernières années, aux universités ou encore aux IHU, laissant de côté, au sein des universités, les UFR de santé et limitant d’autant les possibilités de rééquilibrage entre CHU et disciplines ;
- cette sanctuarisation a cependant protégé les UFR santé des gels ou suppression d’emplois qu’ont connues, dans certains cas, les autres composantes universitaires ;
- la dispersion des financements de la recherche qu’a souligné le rapport de décembre 2017 de la Cour des comptes, avec une multiplication des sources de financements mais aussi des bénéficiaires, a créé une concurrence entre les acteurs de la recherche et contribue à tendre les relations entre les acteurs académiques (Inserm et universités) et les structures hospitalières ;

- l'absence de pilotage stratégique et de structures de coopération efficaces, tant au niveau national que local, compromet à moyen terme, l'ensemble du dispositif.

Les difficultés dans l'exercice de la triple mission, qui est pourtant le fondement et la raison d'être du statut, la multiplication des acteurs intervenant de manière concurrentielle dans la formation et recherche, les exigences renforcées pour l'accès à la carrière, la perte d'attractivité par rapport aux évolutions dont ont bénéficié les carrières hospitalières, tous ces éléments se conjuguent pour fragiliser le statut hospitalo-universitaire.

3 LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

Quel que soit ses atouts, il serait illusoire aux yeux de la mission de penser que le statut hospitalo-universitaire peut survivre encore longtemps sans évoluer. La mission propose en conséquence des pistes d'amélioration qui ont toutes pour objet de préserver l'originalité du dispositif, tout en lui permettant de s'adapter aux évolutions de son environnement.

En revanche, la mission a écarté volontairement l'hypothèse d'une disjonction des trois missions, qui consacrerait la disparition d'un statut hospitalo-universitaire spécifique. Une possible fusion des corps de praticiens hospitaliers et des corps hospitalo-universitaires est en effet évoquée parfois par certains acteurs, notamment les internes. La contrepartie de cette fusion/absorption serait une ouverture plus grande des corps de praticiens hospitaliers aux fonctions d'enseignement, voire de recherche, avec la possibilité de consacrer une partie de leurs services à ces fonctions en bénéficiant d'un contrat de type professeur associé qui serait passé avec l'université.

Cette fusion des corps réglerait, pour ceux qui la défendent, la question des différences actuelles de traitements et d'avantages entre les deux carrières et notamment le problème récurrent des retraites hospitalo-universitaires. Elle leur paraît constituer une voie d'accès plus facile car moins sélective sur les recrutements et plus souple sur les modalités d'exercice. En revanche, elle couperait incontestablement la recherche clinique de la recherche fondamentale, appauvrirait le vivier scientifique puisque, très naturellement, le recrutement des praticiens hospitaliers ne présente pas les mêmes exigences, en terme scientifique, que le recrutement des personnels enseignants et hospitaliers. Elle priverait de même les étudiants d'un corps d'enseignants permanents dont la triple fonction leur permet d'assurer le lien indispensable entre enseignement, recherche et pratique clinique.

Au moment où les deux ministres ont rappelé aux conférences, dans leur lettre de mission sur le CHU de demain, qu'il ne s'agissait pas de remettre en cause les textes fondateurs de 1958 mais de les adapter, la disparition des corps HU constituerait –aux yeux de la mission– une régression sur le plan scientifique comme sur la qualité des soins. Aux assises de Nancy en novembre 2017, la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation a d'ailleurs insisté sur la nécessité de développer des interactions plus grandes entre les CHU et tous les secteurs de l'université, au-delà des composantes de santé. Elle considère ainsi que « *cette évolution [...] dans le champ de la formation ou du développement de cursus mixtes de biomathématiques, bio-informatique, bio-ingénierie est une nécessité stratégique, comme dans celui de la recherche* ». La suppression d'un véritable corps d'enseignants-chercheurs dans les disciplines de santé ne va évidemment pas dans ce sens.

Les évolutions proposées par la mission visent dès lors à :

- restaurer l'attractivité des carrières ;

- revenir aux principes fondamentaux de la bi-appartenance et revoir en conséquence les modalités d'exercice du métier, dans ses différentes dimensions, en particulier universitaires ;
- améliorer le pilotage du dispositif et les modalités de coordination des acteurs au niveau national et local.

3.1 Accompagner l'entrée dans la carrière et diversifier le recrutement des personnels enseignants et hospitaliers

3.1.1 Mieux accompagner, en amont, les étudiants souhaitant s'engager dans un parcours recherche

Si l'on veut que les carrières hospitalo-universitaires continuent à attirer les jeunes les plus brillants, il faut très en amont détecter ceux d'entre eux qui sont attirés par la recherche et les aider dans leurs parcours. Des initiatives intéressantes de doubles cursus médecine/sciences sont en cours –on l'a vu- portées par l'Inserm et par les universités mais elles sont encore trop peu connues et touchent un nombre trop limité d'étudiants. Surtout, ces parcours ne sont pas assez valorisés et les candidats se heurtent concrètement à de nombreuses difficultés. Les étudiants suivant ces doubles cursus ont en effet actuellement deux parcours possibles :

- soutenir leur thèse de sciences pendant l'internat ; actuellement 80-85 %¹⁴⁵ des étudiants en double cursus suivant cette voie 1 ;
- les autres (environ 20 %) passent leur thèse de sciences immédiatement après le M2 (voie 2).

Les avantages et les inconvénients de ces deux voies ont été analysés par l'association Médecine Pharmacie Sciences (AMPS).

La voie 1 présente ainsi plusieurs avantages : l'interruption du cursus médical initial est courte, permettant par l'année de M2 précoce de s'immerger dans le milieu scientifique ; elle ne pèse pas sur la préparation des ECN et permet de choisir un sujet de thèse en adéquation avec la spécialité médicale. Mais la réalisation d'une thèse scientifique durant l'internat est complexe et les taux d'abandon en cours sont importants (50 % des étudiants de la voie 1 abandonnent selon l'AMPS).

Dans la voie 2, la réalisation de la thèse immédiatement après le M2, est facilitée avec une grande liberté du choix pour l'étudiant, à la fois dans la thématique retenue et le laboratoire d'accueil. Mais l'interruption longue du cursus médical complique la préparation du concours de l'internat (ECN), avec le risque de voir les classements obtenus par les étudiants ne pas correspondre à la voie envisagée au moment de la thèse. Par ailleurs, une fois internes, l'interruption du cursus scientifique est longue, risquant de faire perdre une partie de l'expertise scientifique acquise pendant la préparation de la thèse.

¹⁴⁵ Source AMSP.

Ces deux types de parcours ont par ailleurs en commun d'être peu connus, difficiles, peu flexibles, avec des interruptions longues, soit de la formation médicale, soit de la formation scientifique. Pour remédier à ces difficultés et faciliter ces parcours recherche, la mission propose un certain nombre de mesures qui peuvent être mises en œuvre rapidement :

➤ **Améliorer l'information des étudiants**

Les parcours hospitalo-universitaires sont, à l'heure actuelle, peu valorisés et mal connus des étudiants qui n'ont qu'une information très fragmentaire à la fois sur la réalité du « métier » et surtout sur les exigences en termes de recherche, comme sur les dispositifs dont ils pourraient bénéficier.

Cette information est laissée en général à l'appréciation du chef de service qui, le plus souvent « repère » les candidats potentiels parmi ses étudiants. Ce « tutorat » individuel a évidemment toute sa valeur mais il ne saurait se substituer à une information plus large, organisée par l'UFR, de manière systématique (certaines UFR le font mais il ne semble pas que la pratique soit générale)

Recommandation n°1 : **Prévoir, dès la fin du premier cycle, une information systématique des étudiants sur les parcours hospitalo-universitaires et sur les dispositifs d'aide à la recherche existants.**

➤ **Conforter et développer les dispositifs d'aide existants, actuellement insuffisants et peu lisible**

L'année recherche, prévue actuellement dans le statut de l'internat, constitue une aide intéressante mais trop ponctuelle et ne règle pas les problèmes d'organisation et de financement des doubles cursus. Les doubles parcours santé/recherche doivent être encouragés, leurs modalités d'accès transparentes et ouvertes ; par ailleurs, le parcours des étudiants qui s'engagent dans ces doubles cursus doit pouvoir être pris en compte et valorisé au moment de l'internat, notamment dans les choix de spécialité qui correspondent aux travaux de recherche engagés.

Recommandation n°2 : **Mieux accompagner les étudiants engagés dans des « parcours recherche ».**

• **Encourager le développement des doubles cursus précoces, à la fois par une augmentation du nombre des années recherche et par le soutien au développement de doubles cursus, sur le modèle des dispositifs mis en place par l'Inserm et dans certaines universités.**

• **Adapter les modalités d'accès aux choix des stages pour les internes engagés dans un parcours recherche.**

3.1.2 **Rendre au post-internat sa vocation première de vivier pour la carrière HU**

Sous la pression de plus en plus grande des activités de soins, à laquelle s'ajoute l'augmentation du nombre d'étudiants et d'internes à encadrer, la double valence universitaire et hospitalière des chefs de clinique et des assistants est trop souvent devenue une fiction, en particulier dans les services sous tension, où les personnels hospitalo-universitaires sont trop peu nombreux.

La question de la finalité du post-internat doit être posée clairement, comme celle de la durée de ces fonctions et des objectifs qui leurs sont assignés. À cet égard, la réforme du troisième cycle des études médicales a nécessairement des conséquences sur l'organisation du post-internat qu'il faudra prendre en compte.

Pour autant, le post-internat a joué, depuis plus de 60 ans, un rôle clé dans la formation des praticiens et la qualité des recrutements opérés à l'hôpital public. Ce dispositif, dont on ne retrouve l'équivalent pour aucune autre discipline universitaire et qui se rapproche d'avantage de la « *tenure* » anglo-saxonne, a fait ses preuves. Mais la dégradation des conditions matérielles et l'éloignement de la recherche constituent désormais des freins et risquent à terme de détourner les meilleurs candidats d'une carrière trop incertaine.

L'objectif est de permettre au post-internat de retrouver sa raison d'être à travers l'exercice effectif des trois missions : il doit être un temps d'immersion dans la recherche et l'enseignement mais aussi une période de formation à une pratique hospitalière de haut-niveau.

Pour cela, il faut d'abord revoir les modalités de recrutement, qui doivent permettre d'offrir une lisibilité aux candidats futurs et s'inscrire dans une stratégie universitaire et hospitalière à moyen terme. Certaines universités, Lyon par exemple, ont su inscrire ces recrutements dans une réflexion avec le CHU et **construire une politique d'accompagnement des candidats** ; c'est vers ce type de dispositif qu'il faut que chaque UFR se dirige. Les politiques de recrutements ne peuvent se limiter à entériner les vœux des chefs de service et à reconduire des affectations « historiques » de postes. De la qualité de ces premiers recrutements dépend toute la suite de la carrière. Or, beaucoup d'internes et de jeunes chefs de clinique ont regretté le manque de lisibilité sur les postes offerts, l'opacité du mode de recrutement, l'inégalité entre les services, les décisions de recrutement et de renouvellement trop tardivement connues et difficiles à gérer sur le plan individuel, le sentiment d'être totalement dépendants de leur chef de service. Si beaucoup rendent hommage à l'accompagnement dont ils ont bénéficié à ce stade de leur carrière, la décision de recrutement ne peut être que **collégiale** et se fonder prioritairement sur la qualité du projet du candidat.

Il faut également qu'au moment où il s'engage dans des fonctions de CCA ou d'AHU, tout candidat ait des garanties sur ses conditions d'exercice et en particulier sur la répartition de ses obligations de service entre l'hôpital et l'université. En d'autres termes, il faut que les fonctions qu'ils leurs sont confiées correspondent effectivement à leur statut de « bi-appartenant » et à leur double rémunération. Cette **remobilisation du potentiel d'enseignement et de recherche** que représente le post-internat HU, trop souvent consacré aux activités de soins, devrait faire l'objet d'objectifs précis fixés au moment du recrutement et évalués pour l'octroi du renouvellement des fonctions. Le temps du post-internat ne devra pas être, comme il l'est trop souvent actuellement, un temps où les travaux de recherche sont interrompus mais au contraire un temps privilégié pour poursuivre et approfondir sa formation scientifique.

Il faut enfin garantir aux CCA et AHU engagés dans un projet de recherche une durée de contrat compatible avec l'avancement de leurs travaux et de leur projet de carrière.

Recommandation n°3 : Redonner au post-internat sa vocation de vivier des carrières hospitalo-universitaires.

- **Confier les recrutements des chefs de clinique (CCA) et assistants hospitalo-universitaires (AHU) à des instances collégiales universitaires et hospitalières.**
- **Définir, dans le contrat de recrutement, le temps consacré à chacune des trois missions et les objectifs fixés au candidat.**
- **Ouvrir des postes d'accueil dans les laboratoires pour les CCA et AHU engagés dans une thèse, avec la possibilité d'être totalement déchargés, pour un temps donné, de leurs**

obligations hospitalières (sur le modèle des postes partagés et contrats d'interface Inserm/hôpitaux).

• **Assurer aux CCA et AHU une formation minimale aux fonctions d'enseignement, sur le modèle de ce qui a été mis en place dans les universités pour les maîtres de conférences stagiaires¹⁴⁶.**

• **Fixer la durée du contrat initial des CCA et AHU engagés dans un parcours recherche, à trois ans, renouvelable une fois pour un an. Pour les autres CCA et AHU, le contrat pourrait être d'un an, renouvelable une fois pour un an, soit deux ans maximum.**

Dans cette réflexion sur le post-internat, devront être prises en compte les problématiques d'attractivité et de recrutement propres à **l'odontologie et à la pharmacie** ; ces deux disciplines souffrent en effet d'un manque de postes réservés au post-internat et de la faiblesse des dispositifs d'aide à la recherche.

La réforme du troisième cycle des études médicales, la modification des conditions d'accès au secteur 2 et plus généralement l'augmentation du nombre des étudiants et internes à encadrer, soulèvent par ailleurs un certain nombre de questions :

➤ **Sur la finalité des fonctions de chefs de clinique et d'assistants hospitalo-universitaires**

A l'heure actuelle, beaucoup de candidats aux fonctions de chefs de clinique ne le sont que pour pouvoir bénéficier du titre d'ancien chef de clinique qui donne accès au secteur 2 après deux années de fonctions effectives. Or, avec la réforme du troisième cycle (voir *supra* § 2.1.4.), la durée nécessaire pour l'accès au secteur 2 va être ramenée à un an de post-internat ; la logique voudrait donc que les candidats qui s'engagent dans un post-internat sans avoir un projet de recherche structuré et sans volonté de poursuivre à terme une carrière hospitalo-universitaire, soient orientés de préférence vers un post-internat exclusivement hospitalier.

➤ **Sur le calibrage du nombre de postes de post-internat à réserver aux fonctions HU**

Le recentrage des fonctions exercées par les CCA et AHU sur des missions de type universitaire a nécessairement des conséquences en terme hospitalier, où l'apport de ces personnels est essentiel. Deux solutions sont envisageables à ce stade :

- soit prévoir une augmentation du nombre de supports réservés au post-internat, ce qui serait cohérent avec l'augmentation des effectifs étudiants à encadrer, mais a un coût financier difficilement supportable à l'heure actuelle tant pour les universités que les hôpitaux ;
- soit faire bloc de l'ensemble des supports réservés actuellement au post-internat et redéfinir en fonction des besoins et des stratégies hospitalières et universitaires, les supports pour lesquels la double valence devra effectivement être garantie, voire les supports réservés exclusivement à des parcours recherche (de type postes partagés Inserm). En contrepartie, le recrutement sur les autres supports se fera prioritairement sur les fonctions hospitalières ; cette orientation prioritaire sur des fonctions d'enseignement et de recherche ou sur des fonctions hospitalières devra être précisée dans le contrat initial de recrutement mais pourra être modifiée à l'occasion du renouvellement dans les fonctions et de l'état d'avancement des travaux des candidats.

¹⁴⁶ Cf. décret n° 2017-854 du 9 mai 2017 modifiant les articles 32 et 32-1 du décret n°84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences et **arrêté** du 8 février 2018 fixant le cadre national de la formation visant à l'approfondissement des compétences pédagogiques des maîtres de conférences stagiaires.

Cette analyse devrait être l'occasion, au moment de la révision annuelle des effectifs, d'identifier les besoins d'encadrement ainsi que les disparités entre disciplines et permettre d'engager une politique de redéploiements régionaux et interrégionaux.

Par ailleurs, devrait être posée la question du maintien du lien établi, depuis 2000, entre post-internat et autorisation de dépassement d'honoraires (secteur 2). C'est en effet ce lien qui contribue à gonfler artificiellement la demande de post-internat, une partie des places étant occupée par des praticiens dont le secteur 2 constitue la motivation principale, sinon unique. Comme le soulignait déjà le rapport IGAS-IGAENR de 2010¹⁴⁷ consacré au post-internat, ce lien a un « effet perturbateur sur l'organisation du post-internat ». **La mission recommande un réexamen des conditions d'accès conventionnel au secteur 2.**

Recommandation n°4 : Définir, de manière concertée entre l'hôpital et l'université, les besoins nécessaires en supports de post-internat et leurs implantations, avec leurs valences universitaires et/ou hospitalières.

3.1.3 Faire évoluer le statut des PHU vers un dispositif contractuel assurant un meilleur continuum dans la carrière HU

Le rapport de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers et universitaires de mai 2009 préconisait notamment de :

- *« maintenir le caractère indissoluble des trois missions des PU-PH en appréciant son exercice à une échelle collective au niveau du DHU plutôt qu'à un niveau individuel ; certains PU-PH pourraient ainsi par exemple se consacrer prioritairement à la recherche un temps de leur carrière, dans un cadre contractuel clairement établi avec le responsable du DHU ;*
- *accélérer l'entrée et le développement de la carrière PU-PH afin de permettre le recrutement et la promotion des meilleurs en :*
 - *offrant à l'issue de l'assistantat universitaire une position temporaire équivalente au statut d'« Assistant Professor » aux Etats-Unis ;*
 - *donnant une place privilégiée à l'évaluation des compétences et à la performance dans le déroulement des carrières. »*

La mission partage, pour l'essentiel, l'analyse réalisée en 2009, puis en 2011 par le rapport « Gaillard ». À l'instar de ce qui était préconisé en 2011, elle propose de créer un nouveau statut remplaçant les PHU et les MCU-PH, pour accueillir des différents profils de candidats souhaitant s'orienter vers la carrière hospitalo-universitaire.

3.1.3.1 Des « professeurs assistants hospitalo-universitaires » (PaHU) qui exerceraient leurs fonctions à titre temporaire et contractualisé

Pour la mission, au regard des constats effectués, il s'agit de rénover le statut de PHU et de MCU-PH pour créer un statut souple de « **PaHU** » contractuel à durée déterminée (quatre ans renouvelables une fois, soit au total huit ans, sans décompter le temps passé antérieurement sur le statut de contractuel (CCA-AHU)). Ce nouveau statut permettrait d'accueillir, sur ces emplois, plusieurs types de profils (anciens CCA et AHU ayant exercé ces fonctions pendant au moins deux ans, PH, médecins libéraux ayant un minimum de prérequis en termes de recherche et d'enseignement, chercheurs

¹⁴⁷ Rapport IGAS n°2010-046 et IGAENR RM2010-088P : « Le post-internat -constats et propositions »- juin 2010

français ou étrangers...). Cette position, assimilable à la « *tenure* » anglo-saxonne et correspondant à l'équivalent du statut de « *assistant professor* » aux États-Unis, ne devrait pas comporter d'incertitude sur le devenir à l'issue de la période contractuelle, à la différence du statut actuel de PHU.

La mise en œuvre de ce nouveau statut supposera que les supports actuels de PHU et de MCU-PH soient mutualisés et qu'il n'y ait plus de recrutement au corps de MCU-PH. Parallèlement, la mission préconise de préserver, et donc de garantir, les avancées de la réforme en cours, pour ceux qui resteront dans le corps de MCU-PH (dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR)¹⁴⁸.

Les fondamentaux du statut de « professeur assistant HU » reposent sur :

- la **contractualisation**, au moment du recrutement, du projet professionnel H et U et la détermination des obligations de service liées aux différentes missions ;
- le renouvellement du contrat après **évaluation individuelle** réalisée sur la base des objectifs fixés dans le cadre du contrat d'engagement ;
- à la fin de ce contrat :
 - soit le recrutement dans le corps des PU-PH sur des critères d'évaluation qui prennent en compte les résultats obtenus sur les trois missions (soins, recherche et enseignement) ;
 - soit le retour vers le corps des PH ;
 - soit le départ ou le retour dans le privé.

Dans une logique de responsabilisation des acteurs locaux, ces personnels seraient recrutés par décision conjointe du président de l'université et du directeur général de CHU, sur proposition d'une commission composée paritairement de représentants de l'université et de l'hôpital, sans intervention du CNU. La présence, dans cette commission, de membres extérieurs au CH&U serait souhaitable.

Cette rénovation des statuts de PHU et MCU-PH en un statut unique de « PaHU », recentré sur la logique initiale d'accessibilité à un poste de titulaire PU-PH, implique une gestion prévisionnelle pluriannuelle des emplois afin d'offrir une progression de carrière plus clairement identifiée, dans la logique qui a présidé à la réforme statutaire en cours. L'intérêt est de permettre l'exercice de la triple mission dans un cadre contractuel et donc de valider ou non à l'issue du contrat l'accès au corps des PU-PH sur la base d'une évaluation de l'ensemble des missions et des compétences. Pour ceux d'entre eux qui seront recrutés comme PU-PH, le reclassement dans le corps devra prendre en compte les fonctions exercées comme PaHU.

Recommandation n°5 : Créer un nouveau statut de professeur assistant hospitalo-universitaire (PaHU), exerçant des fonctions à titre temporaire, qui aurait vocation à remplacer –à terme- les actuels maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et praticiens hospitaliers universitaires (PHU) ; ces PaHU seraient recrutés sur proposition d'une commission paritaire locale universitaire et hospitalière.

¹⁴⁸ Un échelon exceptionnel contingenté permettant d'accéder à la HEB au sommet de la hors-classe des MCU-PH sera créé. Le contingentement de cet échelon terminal de la hors-classe sera de 10 % des effectifs du nouveau corps des MCU-PH.

Dans la logique de la réforme du statut de PHU, il est également prévu de revoir l'accès au corps des PU-PH (*cf. infra*). La conjugaison de ces deux préconisations permettra une simplification du parcours HU, une plus grande mobilité des acteurs et une meilleure réponse aux attentes des jeunes HU.

3.1.4 Ouvrir les processus de recrutement dans le corps des PU-PH

Les modalités de recrutements dans les différents concours de MCU-PH et PU-PH ont été rappelées *supra* (§ 2.2.2.). Elles n'ont cessé de se complexifier au fil des modifications statutaires, avec la multiplication de concours « réservés » à certaines catégories de personnels. L'ouverture des corps à des profils les plus variés possibles constitue une richesse qui doit absolument être préservée. Mais il n'est pas nécessaire, pour atteindre cet objectif, de multiplier les types de concours, restreignant inutilement les candidatures et donc les choix possibles des établissements et accentuant les effets de l'endo-recrutement qui caractérise ces disciplines. Ce phénomène est particulièrement visible pour le recrutement des PU-PH où il n'existe pas moins de six types de concours.

La mission propose de ne garder, pour l'accès au corps des PU-PH, qu'un seul type de concours. Les professeurs assistants HU deviendraient le vivier principal de ce concours qui demeurerait cependant ouvert aux autres catégories de personnels actuellement visées par les concours réservés. La possession de l'habilitation à diriger des recherches (HDR) ou d'un diplôme étranger équivalent devrait être exigée pour tous les candidats mais pourrait être remplacée par l'exercice d'au moins huit années de fonctions d'enseignement, de recherche ou de soins dans des établissements d'enseignement supérieur, de recherche ou de soins en France ou à l'étranger. Il appartiendra aux jurys de recrutement (CNU) d'apprécier la nature et le niveau des fonctions et d'accorder sur cette base la dispense de l'HDR.

L'exigence de mobilité devra être maintenue pour les candidats chefs de clinique, assistants HU ou professeurs assistants HU et elle sera étendue à tous les candidats, y compris les praticiens hospitaliers, dès lors qu'ils candidatent dans le CH&U où ils exercent ou ont exercé les fonctions au titre desquels ils sont recrutés. Cette obligation sera appréciée avant le concours mais elle pourra également être effectuée, à titre exceptionnel, immédiatement après le recrutement et sera en ce cas portée à deux ans d'exercice effectifs hors du CH&U. La modification des conditions de mobilité devrait inciter les UFR à ouvrir leurs concours à des candidats extérieurs qui seraient, dès lors, réputés remplir la condition de mobilité.

Recommandation n°6 : Unifier les conditions d'accès au corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), en exigeant la possession de l'habilitation à diriger des recherches (HDR) ou d'un diplôme étranger équivalent, ou, en dispense de l'HDR, l'exercice de huit années de fonctions d'enseignement, de recherche ou de soins.

Recommandation n°7 : Maintenir l'exigence de mobilité pour tous les candidats, y compris les praticiens hospitaliers, qui présentent leur candidature dans le CH&U où ils exercent ou ont exercé les fonctions au titre desquels ils sont recrutés.

3.2 Améliorer les conditions d'exercice du métier

L'attractivité des carrières passe d'abord par une amélioration des conditions d'exercice du métier. Les propositions de la mission visent avant tout à redonner plus de flexibilité dans le déroulement de la carrière et l'exercice des différentes missions.

3.2.1 Introduire plus grande fluidité de la carrière HU

L'absence de mobilité, aussi bien au moment du recrutement que dans le déroulement de la carrière, est la marque des trajectoires hospitalo-universitaires. C'est ainsi que, de 2013 à 2017, le taux de mutations sur les campagnes de recrutement chez les MCU-PH est de 6 % en moyenne, et celui des PU-PH de 13 %¹⁴⁹. Comparativement, à l'issue des deux tours de recrutement de PH des années 2016 et 2017, le taux de mutation s'élève en moyenne à 22 % dans le corps de PH.

À cet égard, l'obligation de mobilité d'un an instaurée lors de la réforme statutaire de 1984 pour l'accès au corps professoral était innovante¹⁵⁰ et doit être conservée mais elle doit être mieux accompagnée. En effet, son organisation est souvent complexe, y compris sur le plan matériel et familial¹⁵¹. La prise en charge financière n'est pas toujours garantie, ce qui pose de nombreux problèmes à des candidats qui doivent faire face en parallèle à leurs obligations personnelles et se trouvent confrontés à une forme de précarité, à un moment où leurs collègues qui ont choisi l'exercice libéral sont au contraire déjà installés. Beaucoup de candidats cherchent en conséquence à se « débarrasser » de cette contrainte et à effectuer leur mobilité le plus tôt possible, durant l'internat ou le clinicat. Dans la plupart des cas, à l'exception de cette année passée hors de leur CH&U d'origine, les MCU-PH et PU-PH feront toute leur carrière dans le même service.

Les propositions de la mission modifiant les conditions statutaires de mobilité (cf. *supra* recommandation n°7) vont dans le sens d'une ouverture plus grande des recrutements aux candidats extérieurs. Mais, au-delà de cette mobilité statutaire qu'il faut accompagner, il s'agit également de favoriser les mobilités tout au long de la carrière, et en particulier :

- la mobilité temporaire notamment pour poursuivre des travaux de recherche à l'extérieur de son établissement d'origine; elle est prévue par le statut mais peu utilisée;

¹⁴⁹ Chez les enseignants de statut universitaire, le taux de mutation et détachement observé sur la campagne de recrutement 2016 était de 10% des emplois pourvus pour les maîtres de conférences et 16% des emplois pour les professeurs des universités. (Source : note DGRH n°6- juin 2017 – campagne de recrutement et d'affectation 2016 MCF et PU.).

¹⁵⁰ Une disposition parallèle avait été introduite dans le décret initial du 6 juin 1984 pour l'accès au corps des professeurs des universités. Cette obligation a été supprimée dès 1987 (décret n°87-555 du 17 juillet 1987).

¹⁵¹ L'arrêté du 23 juillet 2003 (modifié en 2009) fixe les conditions de mobilité exigées des candidats au concours de professeur des universités-praticien hospitalier des centres hospitaliers et universitaires. L'année de mobilité peut notamment être effectuée de manière fractionnée, avant ou pendant le clinicat ou l'assistantat, voire même pendant l'internat s'il s'agit de fonctions d'enseignement ou de recherche. Dans tous les cas, cette mobilité doit être effectuée, en France ou à l'étranger, en dehors du centre hospitalier et universitaire dans lequel le candidat est affecté ou a été affecté en dernier lieu.

- la mobilité géographique et les réorientations disciplinaires en cours de carrière : elles sont théoriquement possibles puisque tous les emplois ouverts au recrutement doivent d'abord être offerts à la mutation (articles 47 et 60 du décret du 24 février 1984) et que les changements de discipline sont également autorisés (article 40 du décret du 24 février 1984) ; mais-dans les faits- elles restent peu pratiquées. La raison première est qu'il n'y a pas de vrai appel à candidature à la mutation au moment des campagnes de recrutement : les postes ouverts sont déjà préemptés, dans la quasi-totalité des cas,-par un candidat local, rendant toute mobilité en cours de carrière extrêmement aléatoire. À cet égard, la concordance presque totale entre le nombre de postes mis aux concours et le nombre de candidatures est éclairante des pratiques qui consistent à n'ouvrir un poste que lorsque le candidat pressenti est « prêt » (cf. *supra* § 2.2.2.).

Recommandation n°8 : Encourager la mise en place de dispositifs d'aide à la mobilité sur le modèle des commissions mobilité mises en place dans certains CHU.

Recommandation n°9 : Étendre le dispositif de missions temporaire à six mois par période de deux ans (actuellement limité à trois mois par période de deux ans).

3.2.2 Améliorer les conditions d'exercice et l'évaluation des différentes missions

Ainsi que développé précédemment, les valences hospitalières et universitaires (y compris les fonctions de management) sont rarement effectuées simultanément par un seul individu. De fait, leur exercice doit être évalué au niveau d'une équipe. L'ensemble des acteurs convergent par ailleurs sur la nécessité d'une évolution des missions tout au long de la carrière. Il s'agit de prévoir et organiser cette évolution dans le temps de la part relative consacrée à des activités de soins, d'enseignement, de recherche, de management et de responsabilités transversales et d'introduire le concept de « trajectoire » HU qui autorise une intensité différenciée, en cours de carrière, dans l'exercice des différentes valences.

Les missions des HU doivent pouvoir être exercées à une échelle collective et appréciées notamment au niveau de l'équipe et non au niveau individuel, suivant des critères qui sont arrêtés par l'institution (cf. *supra* l'exemple de l'institut Gustave Roussy).

Ce constat (voir *supra* § 2.2.3.) est largement partagé depuis plus de vingt ans. Le rapport Gaillard de 2009 indiquait ainsi : « *il n'est pas raisonnable de penser que le même individu peut assurer au même niveau d'excellence les trois, voire quatre missions hospitalo-universitaires. [...] C'est la communauté hospitalo-universitaire qui porte la triple mission et non un seul individu.* ». Le rapport des médiateurs de 1983 disait de même que la triple mission incombe à l'équipe et non simultanément à chacun des membres de l'équipe. Ce rapport conseillait de répartir, pour le mois ou l'année, le temps de recherche entre les membres de chaque équipe, ce qui permet au sein d'une équipe- et pour une période donnée- de décharger par exemple un HU, titulaire ou non, de toutes ses obligations de soins pour se consacrer à des travaux de recherche.

Il y a également un consensus sur la nécessité de conserver le lien entre les trois missions, qui fait la force du modèle et l'intérêt du métier. Si ces missions peuvent difficilement être accomplies simultanément de manière satisfaisante par un individu, elles doivent toutes les trois avoir été exercées au cours de la carrière avec des « temps » d'investissement qui peuvent varier.

Le deuxième constat est que le temps réservé à la recherche doit être protégé, notamment pour les jeunes praticiens. La question est de savoir comment assurer cette « protection ». Le cadre d'une unité hospitalière fonctionnelle -le rôle en clinique de chaque médecin y est incontournable- est sans doute trop étroit pour assurer une répartition équilibrée entre les fonctions de soins, de

recherche et d'enseignement mais cette répartition pourrait être garantie au sein d'un ensemble plus large, tel qu'un pôle d'activité HU.

Dans une contribution rendue dans le cadre de la stratégie de la transformation du système de santé, la conférence des doyens de CHU estime ainsi que « *le temps consacré aux missions d'enseignement et de recherche, devant exceptionnellement être inférieure à 50 %* ».

Partant de ces constats partagés, les propositions de la mission s'ordonnent autour de quelques principes :

- ne pas s'enfermer dans une définition réglementaire rigide des obligations de service qui ne résoudrait rien. A cet égard, la situation des enseignants-chercheurs de statut universitaire et l'échec, depuis 1984, de toutes les réformes qui ont essayé d'instaurer une vraie modulation de service entre les différentes missions, notamment de recherche et d'enseignement, constituent un contre-exemple à ne pas suivre ;
- s'orienter vers un parcours « à la carte » formalisé dans un contrat tripartite (université/hôpital/ HU) et, en tout état de cause, garantir la valence universitaire pour les jeunes (condition de l'attractivité) ;
- prévoir une vraie évaluation des trois missions sur la base des objectifs qui ont été fixés aux équipes personnels HU dans le cadre de ce contrat individuel ;
- revoir les critères de promotion pour qu'ils prennent en compte la réalité des différentes missions exercées et les résultats de l'évaluation périodique réalisée dans le cadre du suivi de carrière qui devra tenir compte des objectifs fixés dans le contrat tripartite. Là encore, il s'agit de revenir à une des dispositions initiales du décret du 24 février 1984¹⁵², en lui donnant une véritable portée.

3.2.2.1 Une contractualisation pluriannuelle tripartite du temps de travail pour chaque personnel enseignant et hospitalier

La mission propose de contractualiser la répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires, à travers un engagement pluriannuel tripartite (université, hôpital et personnel HU) définissant les objectifs fixés pendant la période concernée et la part consacrée à chacune des activités (enseignement, recherche, soins et encadrement). **Cette répartition devra garantir, à l'échelle collective du service ou du pôle, l'exercice des différentes missions**, tout en permettant à certains PU-PH de se consacrer par exemple prioritairement à la recherche, dans un cadre contractuel clairement établi avec le responsable du service, le CHU et l'université. C'est en effet au niveau d'une équipe que doit être évalué l'exercice simultané de l'ensemble des missions hospitalo-universitaires. Ces contrats devraient permettre une évolution de la répartition des modalités d'exercice tout au long de la carrière, en fonction des besoins du service et des objectifs de chaque pôle.

Les contrats devraient ainsi définir, pour chaque personnel HU, les objectifs concertés (à quatre ans pour les PaHU et à cinq ans pour le PU-PH, en lien, pour eux, avec le rapport d'activité réglementaire et le suivi de carrière-voir *infra*.), les moyens mis à sa disposition dans ce cadre et la modulation de la répartition de ses obligations de service sur les différentes missions. L'évaluation

¹⁵² L'article 44 du décret statutaire du 24 février 1984 jamais mis en œuvre, prévoit que les personnels HU devraient établir, tous les quatre ans un rapport, sur l'ensemble de leurs activités. Cet article est, pour partie, la traduction d'une des préconisations du rapport des médiateurs de 1983. Le rapport recommandait en effet l'instauration d'un système d'évaluation périodique des enseignants-chercheurs de statut HU, à l'instar de ce qui pratique pour les corps de chercheurs. Cette évaluation des différentes activités de ces personnels devait être confiée, dans l'esprit des auteurs du rapport, à des commissions interrégionales, dont les avis seraient pris en compte par le CNU pour l'avancement.

pourrait être confiée à une instance composée de pairs, nommés paritairement par le doyen et le directeur général du CHU et devrait s'inscrire dans le dispositif du suivi de carrière.

Cette contractualisation du temps de travail instaurerait une garantie pour les personnels dans la répartition de leurs activités ; elle contribuerait à plus de transparence entre l'université et l'hôpital dans l'exercice effectif des missions H et U et reconnaîtrait ainsi qu'à un moment donné, un personnel HU puisse faire plus de recherche, moins de soins et inversement. Elle serait enfin l'occasion de mieux prendre en compte la réalité de l'exercice des différentes missions, dans l'avancement en cours de carrière (avancement de grade notamment).

Mais elle pose aussi la question de la cohérence de la structuration des pôles hospitaliers et universitaires. Pour qu'une contractualisation de ce type soit possible, il faudra nécessairement que la structuration des pôles d'activité soit adaptée et qu'ils atteignent une taille critique afin que **la quadruple mission puisse être prise en charge au niveau de l'équipe hospitalo-universitaire et non de l'individu.**

Recommandation n°10: Introduire, dans le décret statutaire, le principe d'une contractualisation pluriannuelle portant sur les modalités d'exercice de chacune des missions hospitalo-universitaires :

- Cette contractualisation se fera dans le cadre d'un contrat passé entre le PU-PH et les autorités universitaires et hospitalières.
- Elle devra être en cohérence avec les objectifs fixés à chaque équipe dans les contrats d'objectifs et de moyens passés par les pôles hospitalo-universitaires qui devront prendre en compte les activités universitaires et hospitalières des personnels HU.
- Une évaluation individuelle périodique sera réalisée sur la base des objectifs fixés dans le contrat et en lien avec le suivi de carrière.

3.2.2.2 Une contractualisation pour chaque hospitalo-universitaire qui suppose une modernisation de la politique de rémunération et d'intéressement individuel.

Du côté universitaire, les décrets statutaires (article 38 du décret n°84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels hospitalo-universitaires de médecine et article 35 du décret n°90-92 du 24 janvier 1990 modifié portant statut des personnels hospitalo-universitaires d'odontologie) ont été modifiés pour permettre aux personnels enseignants et hospitaliers de percevoir, en sus de leur rémunération universitaire, et comme leurs collègues des autres disciplines, une indemnité lorsqu'ils exercent les fonctions de directeur d'UFR ou de président d'université¹⁵³. Ils peuvent également percevoir la prime d'encadrement doctoral¹⁵⁴.

¹⁵³ Décret n°90-50 du 12 janvier 1990 instituant une prime d'administration et une prime de charges administratives attribuées à certains personnels de l'enseignement supérieur. La prime versée aux présidents d'université s'élève à 18639,37 € au 1^{er} février 2017 (majorée de 50% en cas d'établissement passé aux responsabilités et compétences élargies).

¹⁵⁴ Décret n° 2009-851 du 8 juillet 2009 relatif à la prime d'encadrement doctoral et de recherche attribuée à certains personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche.

En revanche, **du côté hospitalier**, la reconnaissance des fonctions d'encadrement et de responsabilité reste très partielle :

- l'article 38 du décret statutaire prévoit une indemnité correspondant à une part complémentaire variable des émoluments hospitaliers, subordonnée au respect d'un engagement contractuel déterminant, dans le respect des dispositions des articles R. 4127-5, R.4127-95, R.4127-97, R..4127-249 et R.4235-18 du code de la santé publique, des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.
- l'article R.6146-7 modifié par décret n°2011-117 du 27 janvier 2011 -art. 1- prévoit le versement d'une indemnité de fonction aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté du 11 juin 2010¹⁵⁵.
- enfin, l'article D.6143-37-3 modifié par décret n°2011-546 du 18 mai 2011 - art. 1 prévoit que le temps consacré aux fonctions de président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés. Une indemnité de fonction est versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté du 30 avril 2010¹⁵⁶.

Une cohérence globale est nécessaire et des réponses adaptées doivent être trouvées, afin de mieux valoriser l'implication des personnels enseignants et hospitaliers dans leurs différentes missions et de disposer de leviers pour ceux qui exercent des responsabilités collégiales à l'hôpital. Une meilleure valorisation des responsabilités administratives et managériales est, aux yeux de la mission, à promouvoir, ce qui requiert une modernisation de la politique de rémunération et d'intéressement de ces personnels. À cet égard le dispositif d'intéressement mis en place à l'institut Gustave Roussy constitue un exemple intéressant.

Recommandation n°11: Revoir les dispositifs de rémunération complémentaires des personnels enseignants et hospitaliers pour valoriser leur implication dans l'exercice des différentes missions.

3.3 Améliorer le pilotage et la gestion du dispositif

Même si le sujet n'est pas au cœur du présent rapport, traiter de la carrière des personnels hospitalo-universitaires sans évoquer l'environnement dans lequel ils exercent ne serait pas réaliste.

Les propositions qui suivent ont toutes pour objet de **responsabiliser les acteurs de terrain, universités, UFR de santé, et hôpitaux**, et d'améliorer la gestion au quotidien, sans remettre en cause le caractère national des corps HU.

¹⁵⁵ L'indemnité prévue à l'article R.6146-7 du code de la santé publique comprend :

- une part fixe mensuelle d'un montant de 200 euros ;
- une part variable annuelle d'un montant maximum de 2 400 euros déterminé par le directeur de l'établissement en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Cette indemnité est assujettie aux cotisations du régime de retraite complémentaire institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques.

¹⁵⁶ Le montant mensuel de l'indemnité prévue à l'article D. 6143-37-3 du code de la santé publique est fixé à 300 euros bruts. Cette indemnité est assujettie au régime de retraite complémentaire institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques.

Il s'agit tout d'abord d'instituer, au niveau régional, une procédure de révision des effectifs, tout en gardant le principe du recours à l'arbitrage ministériel, garant de l'adéquation entre les priorités nationales de santé publique et les recrutements hospitalo-universitaires.

Par ailleurs, le mouvement de déconcentration engagé en 2012 (cf. *supra* § 1.2.3.) devrait être poursuivi et harmonisé entre l'hôpital et l'université. Un certain nombre d'actes de gestion courante pourraient en effet être décentralisés, avec un réel gain en termes de simplification et d'efficience.

3.3.1 Passer d'une vision annuelle à une vision pluriannuelle de la gestion des emplois, fondée sur une analyse régionale des besoins

La démarche engagée en 2017 par les cabinets des deux ministères de tutelle, lors de la révision annuelle des effectifs, a consisté à demander aux CHU et aux universités de travailler en amont, au niveau régional, pour évaluer les besoins de manière concertée. Un des objectifs était d'associer davantage l'ensemble des acteurs hospitaliers et universitaires au niveau local (voir *supra* § 1.2.2.).

La mission ne peut qu'encourager la poursuite et la consolidation de cette démarche visant à responsabiliser les acteurs. En région Grand-Est, le directeur général de l'ARS a ainsi indiqué que la stratégie concertée ARS/doyen/hôpital universitaire de Strasbourg a fait ses preuves, citant l'exemple de la faiblesse de la recherche clinique comparativement à la recherche fondamentale en cancérologie qui a conduit à redéployer un poste HU de la génétique vers la cancérologie ainsi qu'en neurologie. Pour autant, l'ARS déplore l'absence de cadre permettant d'associer les trois CHU, les trois universités médicales et la région (au titre des professions paramédicales) pour une démarche plus globalisée.

Au regard des constats de la mission, l'échelon régional constitue le bon niveau pour analyser les besoins et la répartition des emplois. Ces questions sont d'ailleurs en lien direct avec la dimension des équipes et l'ancrage universitaire de certaines disciplines. Elles se posent dans bon nombre de CH&U, sur des disciplines comme par exemple la santé au travail ou la pédopsychiatrie mais également de manière plus localisée en chirurgie pédiatrique (par exemple en Nouvelle Aquitaine).

Dans cette approche régionale et dans un contexte de contraintes économiques fortes, et de secteurs disciplinaires en difficulté en matière de personnels enseignants et hospitaliers, les ARS devraient avoir un rôle plus important à jouer dans la définition des besoins de santé. Ainsi, toutes les régions doivent être en mesure de proposer des conditions d'accès aux formations de santé et une offre de soins de recours comparables.

Du côté universitaire, **les besoins et les priorités en matière de recherche** doivent également être pris en compte dans la réflexion sur le bon niveau de répartition et de redéploiement éventuel des emplois hospitalo-universitaires.

En amont des réunions ministérielles de révision des effectifs, la mission recommande en conséquence de généraliser au niveau régional une procédure de concertation associant les présidents d'université, les doyens d'UFR santé, les directeurs généraux de CHU, les présidents de CME de CHU et les directeurs généraux d'ARS. Cette concertation devra permettre d'établir un **schéma stratégique pluriannuel des emplois HU au niveau régional**, qui tienne compte des besoins en matière de santé publique et des priorités scientifiques et pédagogiques des universités concernées. Les propositions annuelles conjointes d'ouvertures de postes, de suppressions ou de créations d'emplois devraient s'inscrire dans ce schéma stratégique pluriannuel, validé par les deux cabinets ministériels et annexé à chaque convention constitutive de CH&U ainsi qu'aux contrats de site universitaires et au CPOM des CHU.

Cette concertation locale renforcée devrait favoriser le développement des relations entre les CHU et universités d'une même région. De plus, elle permettrait d'assurer une plus grande fluidité dans l'accès aux postes de HU entre le moment de la fin de l'internat et le moment où un poste HU devient disponible. Les plans de carrière devraient être plus souples et faciliter des échanges entre CHU. Si l'équilibre général du dispositif reste assuré au niveau national, les acteurs régionaux se verraient ainsi confier sa mise en œuvre concrète.

L'arbitrage national final, auquel tous les interlocuteurs de la mission sont particulièrement attachés, serait donc conservé. Cet arbitrage pourrait dès lors s'inscrire dans une vision pluriannuelle des priorités et des besoins déclinés par grande région et par discipline.

Cette recommandation est assortie d'une mesure de généralisation au niveau de chaque site d'une **commission mixte des carrières et de la prospective des emplois enseignants et hospitaliers** associant université et hôpital. Dans l'esprit de la mission, il s'agirait de la première étape de la mise en œuvre, dans les CH&U, d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), la commission mixte –sur le modèle de qui existe déjà sur certains sites– serait chargée d'analyser les besoins, de recenser les futurs postes vacants et de prévoir la meilleure façon de les pourvoir. Elle comprendrait, de droit, le président de l'université, les doyens des facultés de santé, le directeur général du CHU et le président de la CME.

Recommandation n°12 : Établir au niveau régional, un schéma pluriannuel stratégique des emplois, dans le cadre d'une procédure de concertation entre les acteurs hospitaliers et universitaires.

Recommandation n°13 : Généraliser au niveau de chaque site, la mise en place d'une commission mixte des carrières et de la prospective des emplois hospitalo-universitaires associant université et CHU.

3.3.2 La gestion des personnels enseignants et hospitaliers doit évoluer pour mieux responsabiliser les acteurs des sites hospitalo-universitaires

Sans remettre en cause l'existence de corps nationaux, deux types de mesures pourraient redonner toute leur place à une gestion intégrée au niveau local.

3.3.2.1 Confier la gestion des emplois aux universités et aux CHU

Dans le cadre du passage des universités aux responsabilités et compétences élargies, les personnels hospitalo-universitaires ont été laissés en marge, au nom de la spécificité de leur statut et de leur double appartenance. Les présidents d'université, pas plus d'ailleurs que les DG de CHU, n'ont de pouvoir réel sur ces emplois et sur les personnels, ce qui explique d'ailleurs le peu d'implication des présidents d'université dans les opérations de révision annuelle des effectifs.

Ni l'université, ni le CHU ne peuvent donc décider de redéployer un emploi sur un autre secteur disciplinaire (hors champ santé). En effet, l'indissociabilité des activités de soins de celles de l'enseignement de la recherche impose une décision concertée sur les deux champs d'activité. Cette indissociabilité est d'ailleurs rappelée au dernier alinéa de l'article L.952-21, issu de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 30 décembre 1958 : « *Les effectifs du personnel faisant l'objet du présent article, sont fixés pour chaque centre et pour chaque catégorie, par décision commune des ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé publique.* ».

Cette situation n'apparaît pas totalement saine à la mission ; elle isole les personnels hospitalo-universitaires au sein de l'université, plus qu'elle ne les protège, et déresponsabilise l'ensemble des acteurs locaux. Elle rend très difficile la construction d'une vraie politique prévisionnelle des emplois et des carrières concertée entre université et CHU. Elle contrecarre également les synergies nécessaires avec les autres secteurs scientifiques de l'université.

La mission propose, sans remettre en cause les termes de l'ordonnance, de confier la gestion des emplois HU aux responsables locaux universitaires et hospitaliers. **Les présidents d'université, sur proposition des doyens de santé, et les directeurs généraux de CHU**, pourraient, par décision conjointe et dans la limite de leurs plafonds d'emplois respectifs, créer, transformer ou supprimer ces emplois.

Cette possibilité serait ouverte sous réserve que les modifications proposées s'inscrivent dans le schéma prévisionnel pluriannuel des emplois annexé à la convention constitutive du CH&U et validé par les deux ministères (voir *supra*).

L'arbitrage national dans le cadre de la révision annuelle des effectifs serait maintenu et les ministres trancheraient en cas de désaccord entre l'hôpital et l'université, pour les propositions qui ne s'inscriraient pas dans le schéma prévisionnel du CH&U ou pour arbitrer des redéploiements nécessaires entre région ou entre disciplines (du type de ce qui a été fait pour la médecine générale).

Le bénéfice attendu est d'avoir des acteurs pleinement responsables et armés pour conduire la gestion de la masse salariale et des effectifs enseignants et hospitaliers d'une part, et la stratégie pluriannuelle de recrutement cohérente avec les enjeux liés à l'offre de soins, à la formation et à la recherche, d'autre part.

Recommandation n°14 : Confier aux responsables locaux universitaires et hospitaliers la gestion conjointe des emplois hospitalo-universitaires, tout en maintenant un arbitrage final des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

3.3.2.2 [Revoir les outils de gestion des recrutements et des carrières HU de manière coordonnées entre les deux administrations](#)

Le constat, déjà fait dans d'autres rapports, notamment par la Cour des comptes, est qu'il n'y a pas une coordination suffisante entre les deux administrations sur la gestion des personnels hospitaliers et universitaires. Les difficultés qu'a rencontrées la mission à rassembler des données consolidées et identiques, illustre ce manque. La cause principale en est l'absence d'outils communs et d'échanges systématiques de données entre les différents services gestionnaires.

Par ailleurs, la mission ne peut que regretter que les disciplines de santé aient été tenues à l'écart du mouvement de dématérialisation de la gestion des dossiers et des candidatures, qui a été réalisé avec succès par la DGRH dans les autres disciplines.

Recommandation n°15 : Engager la dématérialisation des procédures et des dossiers de recrutement et d'avancement des personnels enseignants et hospitaliers, à l'instar de ce qui a été mis en place dans les autres disciplines.

3.3.2.3 Poursuivre de manière harmonisée la déconcentration des actes de gestion de carrière

Comme il a été vu *supra*, la déconcentration des actes de gestion reste incomplète et déséquilibrée entre les autorités universitaires et hospitalières. Certains actes afférents à la gestion des personnels enseignants et hospitaliers titulaires (PU-PH et des MCU-PH) ont en effet été délégués aux présidents d'université en 2012, alors que du côté santé, les CHU ont été exclus du mouvement de déconcentration, tous les actes restant centralisés au Centre national de gestion.

La mise à plat des procédures de déconcentration des actes de gestion permettrait de responsabiliser les acteurs locaux et de fluidifier la gestion au quotidien.

➤ **Le périmètre actuel des pouvoirs délégués**

L'examen comparé des différents textes fixant la liste des actes déconcentrés en matière de gestion des personnels enseignants et hospitaliers et des praticiens hospitaliers amène à s'interroger sur le choix qui a été fait à l'époque de confier la gestion des personnels HU au CNG et non aux CHU, alors que les mêmes actes étaient confiés aux présidents d'université.

L'arrêté du 26 juin 2012 précité, qui organise la délégation de gestion au CNG pour les personnels hospitalo-universitaires, classe les actes délégués sous trois rubriques :

- la première concerne les opérations de recrutement exercées conjointement avec le ministère de l'enseignement supérieur : organisation des procédures de mutation et des concours, listes des candidats admis à concourir, listes des candidats admis à l'issue des épreuves et publication des emplois ;
- la deuxième concerne les actes relatifs à l'exercice des fonctions et à la carrière des PU-PH et MCU-PH ;
- la troisième concerne toutes les opérations qui ont trait à l'exercice conjoint du pouvoir disciplinaire avec le ministère de l'enseignement supérieur : opérations électorales pour constituer la juridiction disciplinaire, secrétariat de cette juridiction et de cette même instance siégeant en formation non juridictionnelle dans le cadre de procédure d'insuffisance professionnelle ; prise des actes consécutifs à cette procédure, à l'exception de l'admission à la retraite et du licenciement).

Les délégations consenties au CNG dans les première et troisième rubriques de l'arrêté paraissent justifiées dans la mesure où il s'agit de procédures qui s'inscrivent à un niveau national et sont menées en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur.

En revanche, certains actes figurant dans la deuxième rubrique de l'arrêté (décisions relatives à l'exercice des fonctions et à la gestion de carrière), qui ont été délégués aux présidents d'université en 2012, pourraient l'être, par parallélisme, aux directeurs généraux de CHU¹⁵⁷.

➤ **Une harmonisation nécessaire entre université et CHU en matière de déconcentration**

Seraient donc ainsi retirées des délégations consenties au CNG pour être confiées aux DG de CHU les décisions déjà déconcentrées aux présidents d'université, portant sur les matières suivantes :

- la titularisation ou prolongation de stage des MCU-PH ;
- le classement dans le corps ;

¹⁵⁷ Cf. annexe 7 précitée.

- le classement initial dans la carrière hospitalière ;
- la délégation pour mission d'étude prévue par l'article 35 (1° et 4°) du décret du 24 février 1984 susvisé et par l'article 42 (I et IV) du décret du 24 janvier 1990 susvisé ;
- le détachement sortant ;
- la mise en disponibilité ;
- l'avancement d'échelon universitaire ;
- l'avancement de grade universitaire ;
- l'octroi et le renouvellement des congés (autres que le congé parental) ;
- l'octroi des congés prévus par le décret du 7 octobre 1994 susvisé ;
- l'octroi des congés bonifiés ;
- l'octroi et le renouvellement d'un service à temps partiel pour raison thérapeutique ;
- la reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire et l'ouverture du droit au versement de l'allocation d'invalidité temporaire et, le cas échéant, à la majoration pour tierce personne ;
- la saisine de la commission de déontologie prévue à l'article 87 de la loi no 87-122 du 29 janvier 1993 modifiée.

➤ **Les actes maintenus au niveau central**

Seuls devraient être maintenus au niveau du CNG comme de la DGRH, les actes qui permettent d'avoir une vision nationale de la gestion des corps et des emplois. Resteraient gérés à ce titre, au niveau du CNG, les actes suivants :

- l'attribution du plein temps pour des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires exerçant leurs fonctions hospitalières à temps partiel dans l'attente de la parution du décret de fusion des statuts des trois disciplines de santé ;
- les mutations ;
- les changements de discipline ;
- la mise à disposition et la réintégration après mise à disposition ;
- la réintégration après détachement ;
- la réintégration après disponibilité ;
- le détachement entrant pour les personnels visés à l'article 1er (1°) du décret du 24 février 1984 ;
- les bonifications d'ancienneté universitaire ;
- le recul de limite d'âge, sauf si la radiation des cadres est prononcée par le même acte ;
- la prolongation d'activité prévue par l'article 1er-I de la loi no 84-834 du 13 septembre 1984 modifiée sauf si la radiation des cadres est prononcée par le même acte ;
- le maintien en fonctions jusqu'à la fin de l'année universitaire sauf si la radiation des cadres est prononcée par le même acte ;

- l'octroi des autorisations prévues par les articles L. 531-1, L. 531-8 et L. 531-12 du code de la recherche concernant la participation à la création d'une entreprise, l'apport d'un concours scientifique à une entreprise ou la participation dans le capital social d'une entreprise.

➤ **Le cas particulier de la gestion des missions temporaires et du consultanat**

Les actes relatifs aux missions temporaires (article 34 du décret 84-135) sont actuellement, assez curieusement, délégués au recteur et au préfet. Le décret prévoit que les personnels HU peuvent être placés sur leur demande en position de mission temporaire pour une durée maximum de trois mois par période de deux ans, par décision conjointe du préfet du département et du recteur chancelier. La mission propose que cette décision conjointe relève désormais de la compétence du président d'université et du directeur général de CHU.

S'agissant de l'octroi du consultanat¹⁵⁸, qui permet aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers maintenus en surnombre du côté universitaire, de poursuivre des fonctions hospitalières en qualité de consultants, la décision relève du DG d'ARS après avis du doyen de l'UFR santé. Cette délégation déconcentrée pourrait plus opportunément relever du directeur général du CHU, avec maintien de l'avis du doyen, et délégation des crédits correspondants aux CHU. Les DG d'ARS consultés par la mission ne semblaient d'ailleurs pas opposés à cette simplification, d'autant que -dans les faits- ils s'en remettent en règle générale à l'avis du DG du CHU pour accorder ou non le consultanat.

➤ **Les procédures disciplinaires et d'insuffisance professionnelle**

Elles pourraient, elles aussi, faire l'objet d'aménagements.

L'article 1er du décret n°86-1053 du 18 septembre 1986, qui fixe les règles de procédure de la juridiction disciplinaire propre aux membres des personnels enseignants et hospitaliers, précise que la juridiction est saisie par les deux ministres.

De même l'article 25 du décret du 24 février 1984, comme l'article 53 du décret du 24 janvier 1990 auquel il renvoie, disposent que : *« lorsque l'intérêt du service l'exige, la suspension d'un agent qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être prononcée par arrêté conjoint des ministres respectivement chargés des universités et de la santé »*.

Ce pouvoir d'engager les poursuites disciplinaires et de prononcer une suspension pourrait être exercé conjointement par les présidents d'université et les directeurs généraux de CHU, à l'instar de ce qui existe pour les enseignants- chercheurs de statut universitaire, qui relèvent également d'une juridiction disciplinaire spécifique. L'article R.712-29 du code de l'éducation prévoit en effet que, pour les enseignants de statut universitaire, l'engagement des poursuites disciplinaires est fait par le président d'université, par le recteur en cas de défaillance du président, et par le ministre lorsque les poursuites sont engagées à l'encontre du président d'université.

Ces dispositions pourraient être adaptées pour les personnels enseignants et hospitaliers, le recteur et le DG de l'ARS se substituant au DG du CHU et président d'université en cas de désaccord ou défaillance de ceux-ci. Les ministres demeureraient compétents quand un président d'université ou un doyen d'UFR serait en cause.

¹⁵⁸ Décret n° 2003-993 du 16 octobre 2003 (JORF 18.10.03) modifiant le décret n° 92-826 du 20 août 1992 relatif au statut de consultant et modifiant le Code de la santé publique

Recommandation n°16 : Modifier le dispositif de délégation de pouvoirs en matière de gestion des carrières des PU-PH et MCU-PH dans un objectif de mieux responsabiliser les universités et les CHU et de rapprocher la décision du terrain.

3.3.3 Renforcer les outils de coordination

➤ Ouvrir les instances de l'université au CHU

Le décret n° 2006-1355 du 7 novembre 2006 instaure, dans chaque CHU, un comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP). Cette instance de réflexion stratégique sur la recherche hospitalière, et de coordination de ses acteurs, réunit le CHU, l'université et les organismes de recherche associés aux missions du centre hospitalier et universitaire.

Ainsi qu'indiqué *supra*, cette instance ne se réunit pas dans certains CHU visités et mérite d'être dynamisée, renforcée et généralisée au sein des CHU en tant que seule instance de coordination des acteurs. La mission propose que l'évaluation du Hceres prenne en compte la production des comptes rendus de réunion et des avis émis par cette instance.

Recommandation n°17 : Prévoir, dans la procédure d'évaluation du haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hceres), la production des comptes rendus de réunion du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP) et des avis émis par cette instance.

Les dispositions de la loi HPST de 2009 confèrent une place indéniable à l'université dans la gouvernance des CHU. Elle dispose notamment, au sein du directoire, de deux sièges en tant que vice-présidents : une vice-présidence assurée par le doyen, et une vice-présidence recherche assurée par un hospitalo-universitaire désigné sur proposition du président de l'université et du directeur général des EPST (voir *supra* § 2.4.1. et 2.4.2.). Les universités sont donc présentes et représentées à travers les doyens dans les instances statutaires des CHU.

En revanche, aucune disposition ne prévoit expressément la participation du CHU aux instances des UFR santé, ni à celles de l'université et des regroupements universitaires, même si cette participation est effective dans les UFR et pratiquée dans un certain nombre d'universités (via les personnalités extérieures). Il serait souhaitable que cette participation devienne la règle dans les regroupements universitaires comportant des pôles santé.

Recommandation n°18 : Promouvoir la participation des CHU aux coordinations territoriales prévues à l'article L.618-3 du code de l'éducation lorsqu'elles comportent un pôle santé et aux instances statutaires des universités ;

➤ Articuler convention constitutive, CPOM du CHU et contrat de site de l'université

L'ensemble des acteurs rencontrés par la mission estiment nécessaire d'articuler les processus de contractualisation des sites universitaires et des CHU, en harmonisant leurs calendriers et leurs durées, en formalisant une **annexe spécifique** au secteur hospitalo-universitaire du contrat de site de l'université et du contrat d'objectifs et de moyens du CHU. Ce document devrait être élaboré conjointement par l'université et le CHU et soumis pour avis au CRBSP et aux instances statutaires propres des deux établissements.

➤ **Articuler les différents contrats avec la convention constitutive du CH&U**

Même si des progrès ont été faits, les conventions constitutives consultées par la mission restent peu stratégiques dans les domaines du soin, de l'enseignement et de la recherche. Les conventions d'association du CHU avec d'autres établissements (centres de lutte contre le cancer, établissements de santé PSPH) que l'ordonnance de 1958 avait prévues dans son article 5, ont également une portée parfois limitée à certains objectifs (mise à disposition de quelques personnels hospitalo-universitaires), et ne traduisent pas une stratégie d'ensemble d'enseignement et de recherche. Pour exemple, la convention d'association concernant l'Institut Gustave Roussy a prévu la mise en place d'un CRBSP, instance de réflexion stratégique, qui ne s'est jamais réunie.

Inscrire la convention constitutive comme la déclinaison en plans d'action pluriannuels de la stratégie commune définie par l'annexe du contrat de l'université et du CHU, lui redonnerait tout son sens en cohérence avec l'esprit de l'ordonnance de 1958.

Recommandation n°19 : Articuler convention constitutive, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHU et contrat de site de l'université :

- **Rappeler aux établissements l'obligation légale de mise à jour tous les cinq ans des conventions constitutives des CH&U ;**
- **Prévoir un document stratégique unique signé conjointement par les autorités universitaires et hospitalières, annexé aux différents contrats et à la convention constitutive du CH&U**
- **Demander au haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hceres) de faire figurer ce document dans les pièces à fournir lors des procédures d'évaluation des CH&U.**

➤ **Compléter le paysage hospitalo-universitaire par la structuration d'une coopération régionale hospitalo-universitaire**

Sans modifier les principes législatifs actuels contenus dans les ordonnances de 1958 qui définissent le CH&U, de nouvelles formes de groupement hospitalo-universitaires pourraient être prévues pour répondre aux besoins hospitalo-universitaires notamment lorsque l'association des CH&U aux universités et à la coordination territoriale ne recouvre pas l'aire régionale.

La mise en réseau des CHU apparaît comme une condition à l'amélioration de la coordination stratégique entre ces établissements au bénéfice de leurs missions d'enseignement, de recherche et de recours. La définition au niveau régional d'un cadre de coordination des actions menées dans les domaines de l'enseignement, de la recherche et des soins de recours, associant notamment les CHU, les universités, les organismes nationaux de recherche, l'agence régionale de santé (ARS) permettrait d'améliorer les grands choix stratégiques régionaux.

L'ambition est d'assurer à l'échelle de chaque région, à un haut niveau d'excellence, les missions hospitalo-universitaires, en adéquation avec la stratégie nationale en matière de santé d'enseignement supérieur et de recherche.

Dans un contexte de compétition internationale de plus en plus difficile, un CHU quel que soit sa taille, ne peut plus prétendre exister seul. Au début des années 2000, l'État a organisé des regroupements territoriaux supra-régionaux pour inciter les coopérations entre CHU. Les CHU se

sont donc engagés dans une dynamique de coordination et de coopération interrégionale en matière de recherche, par la constitution des GIRCI¹⁵⁹.

Des exemples peuvent être évoqués comme les régions Bretagne, Centre et Pays de la Loire, comptant cinq CHU et un CHR qui ont cherché à mettre en place une organisation coordonnée par un groupement de coopération sanitaire (Hôpitaux Universitaires Grand Ouest (HUGO)) des missions de recherche (activité mise en œuvre par le GIRCI Grand Ouest), de formation (commission Enseignement) et de soins de recours (commission soins) qui dépassent le cadre régional.

La mission propose, sur la base d'une évaluation du dispositif mis en place dans le Grand-Ouest, d'encourager les coopérations organisées autour des regroupements territoriaux en associant tous les acteurs : ARS et CHU, universités et EPST.

3.3.4 Mieux coordonner les différents processus d'évaluation

Dans le cadre de la convention constitutive du CH&U, les établissements publics de santé contribuent, à côté des universités, à l'enseignement et à une recherche clinique « *au chevet du patient* » ; ils participent aussi de façon très importante, par leur activité et leur personnel (HU et PH), aux activités de recherche translationnelle. Or, actuellement, les évaluations des activités de recherche des CHU et des universités font l'objet d'évaluations distinctes réalisées par le Hceres

Il y aurait donc une logique d'organisation et d'efficience à demander au Hceres de réaliser une évaluation coordonnée des activités de formation et de recherche des universités et des CHU.

Cette évaluation conjointe permettrait de consolider :

- la lisibilité de la stratégie de site du CH&U, tant en matière d'organisation des études médicales, que de recherche et de soins ;
- les relations des CHU avec l'université, afin de renforcer la visibilité de la recherche en santé.

Elle devrait porter notamment sur :

- l'organisation de la recherche et de l'innovation sur le site ;
- la formation des étudiants en santé ;
- les liens entre l'université et le CHU et la place des CHU dans les regroupements territoriaux universitaires,
- les relations avec les EPST ;
- les liens avec les autres acteurs : établissements de soins et les professionnels de santé, industries de santé, collectivités, ARS ;
- les collaborations nationales et internationales ;
- les actions de formation à la recherche ;
- l'évaluation des organisations et des structures conjointes H et U : IHU, FHU, DHU...);

¹⁵⁹ Les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) sont chargés d'assurer des missions spécifiques d'animation et de soutien de l'activité de recherche, ne pouvant être efficacement assurées au niveau local, en étroite collaboration avec les universités et l'Inserm, chargé de la coordination avec les autres EPST et établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC). Les GIRCI ont été institués en juillet 2011 par le circulaire DGOS du 29 juillet 2011, en remplacement des délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC).

- l'évaluation du contexte régional en analysant le rôle joué par le CH&U dans le développement de la recherche clinique au sein des GHT et son insertion dans une dynamique de coopération H et U régionale ou inter-régionale.

Cette évaluation permettrait de mesurer la cohérence des thématiques et de la gouvernance sur le site hospitalo-universitaire, sur la base des engagements stratégiques de chaque partie déclinés dans la convention constitutive du CH&U ainsi que dans les annexes communes des contrats du CHU et de l'université.

Les modalités de participation des CHU aux regroupements territoriaux universitaires et la place qui leur est faite au sein de ces ensembles devraient constituer un point important de cette évaluation.

Recommandation n°20: Assurer, par le biais du Hceres, une évaluation conjointe de la formation et de la stratégie de recherche des universités et des CHU dans le domaine de la santé.

CONCLUSION

À l'issue de son enquête, et tout en ayant conscience qu'elle n'a pu qu'effleurer certains sujets, notamment ceux touchant à l'environnement hospitalo-universitaire, la mission a essayé de présenter un ensemble cohérent de propositions, qui ont toutes pour objectif d'améliorer l'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire et de donner aux personnels enseignants et hospitaliers les moyens d'accomplir les missions dont ils sont chargés.

Meilleur accompagnement des jeunes chercheurs, clarification des modes de recrutement, plus grande fluidité dans les carrières, possibilités accrues d'évoluer dans l'exercice du métier, mobilité facilitée, simplification de la gestion pour la rapprocher des acteurs locaux, tels sont les principes directeurs qui sous-tendent les propositions de la mission en matière de gestion et de carrière de ces personnels. Ces propositions s'inscrivent ainsi dans la ligne des objectifs du programme gouvernemental « Action publique 2022 ».

Parallèlement, la mission a fait un certain nombre de préconisations visant à redonner tout son sens au concept de centre hospitalier et universitaire. À cet égard, les questions de sémantique ne sont pas neutres et la confusion entretenue entre l'établissement public hospitalier qu'est le CHU et le « centre hospitalier et universitaire » qui désigne l'ensemble formé par l'hôpital et l'université, est symptomatique d'une perte de vision de ce que sont les missions d'un CH&U.

C'est pourquoi la mission propose un certain nombre de pistes qui sont susceptibles de renforcer la coopération entre les acteurs universitaires et hospitaliers. Deux de ces mesures lui paraissent essentielles pour redonner une dimension stratégique au CH&U : d'une part, confier au Hceres le soin de réaliser une évaluation intégrée des activités d'enseignement et de recherche réalisées au sein du CH&U ; d'autre part inviter les universités et les CHU à décliner conjointement, dans un document unique, les axes stratégiques retenus en matière d'enseignement, de recherche et de soins au titre du CH&U. Ces documents stratégiques devront être annexés au contrat du CHU et, du côté des universités, aux contrats pluriannuels de site rénovés et renforcés dont le Premier Ministre a annoncé la mise en place rapide.

Isabelle ROUSSEL

Hamid SIAHMED

Membre de l'Inspection générale de
l'administration de l'éducation
nationale et de la recherche

Membre de l'Inspection générale des
affaires sociales

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	Prévoir, dès la fin du premier cycle, une information systématique des étudiants sur les parcours hospitalo-universitaires et sur les dispositifs d'aide à la recherche existants.	2	Universités (UFR santé) et CHU	2018/2019
2	Mieux accompagner les étudiants engagés dans des « parcours recherche » <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le développement des doubles cursus précoces, à la fois par une augmentation du nombre des années recherche et par le soutien au développement de doubles cursus, sur le modèle des dispositifs mis en place par l'Inserm et dans certaines universités. • Adapter les modalités d'accès aux choix des stages pour les internes engagés dans un parcours recherche. 	2	Universités/ministères MESRI et SANTÉ (DGRH, DGESIP et DGOS)	2018/2019
3	Redonner au post-internat sa vocation de vivier des carrières hospitalo-universitaires : <ul style="list-style-type: none"> • Confier les recrutements des chefs de clinique (CCA) et assistants hospitalo-universitaires (AHU) à des instances collégiales universitaires et hospitalières. • Définir, dans le contrat de recrutement, le temps consacré à chacune des trois missions et les objectifs fixés au candidat. • Ouvrir des postes d'accueil dans les laboratoires pour les CCA et AHU engagés dans une thèse, avec la possibilité d'être totalement déchargés, pour un temps donné, de leurs obligations hospitalières (sur le modèle des postes partagés et contrats d'interface Inserm/hôpitaux). • Assurer aux CCA et AHU une formation minimale aux fonctions d'enseignement, sur le modèle de ce qui a été mis en place dans les universités pour les maîtres de conférences stagiaires. • Fixer la durée du contrat initial des CCA et AHU engagés dans un parcours recherche, à trois ans, renouvelable une fois pour un an. Pour les autres CCA et AHU, le contrat pourrait être d'un an, renouvelable une fois pour un an, soit deux ans maximum. 	1	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS) Universités, EPST et CHU Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS)	2018/2019
4	Définir, de manière concertée entre l'hôpital et l'université, les besoins nécessaires en supports de post-internat et leurs implantations, avec leurs valences universitaires et/ou hospitalières.	1	Universités (UFR santé) et CHU	2018/2019
5	Créer un nouveau statut de professeur assistant hospitalo-universitaire (PaHU), exerçant des fonctions à titre temporaire qui aurait vocation à remplacer –à terme- les actuels maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et praticiens hospitaliers universitaires (PHU) et seraient recrutés sur proposition d'une commission paritaire locale universitaire et hospitalière.	1	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS)	2018/2019

6	Unifier les conditions d'accès au corps des professeurs des universités- praticiens hospitaliers (PU-PH), en exigeant la possession de l'habilitation à diriger des recherches (HDR) ou d'un diplôme étranger équivalent, ou, en dispense de l'HDR, l'exercice de huit années de fonctions d'enseignement, de recherche ou de soins.	1	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS)	2018/2019
7	Maintenir l'exigence de mobilité pour tous les candidats, y compris les praticiens hospitaliers, qui présentent leur candidature dans le CH&U où ils exercent ou ont exercé les fonctions au titre desquels ils sont recrutés.	1	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS)	2018/2019
8	Encourager la mise en place de dispositifs d'aide à la mobilité sur le modèle de commissions mobilité mises en place dans certains CHU	2	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS); universités (UFR santé) et CHU	2018/2019
9	Étendre le dispositif de missions temporaires à six mois par période de deux ans	2	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS)	2018/2019
10	Introduire, dans le décret statutaire, le principe d'une contractualisation pluriannuelle portant sur les modalités d'exercice de chacune des missions universitaires et hospitalières. <ul style="list-style-type: none"> • Cette contractualisation se fera dans le cadre d'un contrat passé entre le PU-PH et les autorités universitaires et hospitalières. • Elle devra être en cohérence avec les objectifs fixés à chaque équipe dans les contrats d'objectifs et de moyens passés par chaque pôle hospitalo-universitaire qui devront prendre en compte les activités universitaires et hospitalières des personnels HU. • Une évaluation individuelle périodique sera réalisée sur la base des objectifs fixés dans le contrat et en lien avec le suivi de carrière. 	1	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS)	2018/2019
11	Revoir les dispositifs de rémunération complémentaires des personnels enseignants et hospitaliers pour valoriser leur implication dans l'exercice des différentes missions.	2	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH et DGOS)	2018/2019
12	Établir au niveau régional, un schéma pluriannuel stratégique des emplois, dans le cadre d'une procédure de concertation entre les acteurs hospitaliers et universitaires.	1	Universités (UFR santé), CHU et ARS	2018/2019
13	Généraliser au niveau de chaque site, la mise en place d'une commission mixte des carrières et de la prospective des emplois hospitalo-universitaires associant université et CHU.	1	Universités (UFR santé) et CHU	2018/2019
14	Confier aux responsables locaux universitaires et hospitaliers la gestion conjointe des emplois hospitalo-universitaires, tout en maintenant un arbitrage final des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.	2	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH, DGESIP et DGOS)	2018/2019

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

15	Engager la dématérialisation des procédures et des dossiers de recrutement et d'avancement des personnels enseignants et hospitaliers, à l'instar de ce qui a été mis en place dans les autres disciplines.	1	Ministères MESRI et SANTÉ (DGRH, DGOS et CNG)	2018/2019
16	Modifier le dispositif de délégation de pouvoirs en matière de gestion des carrières des PU-PH et MCU-PH dans un objectif de mieux responsabiliser les universités et les CHU et de rapprocher la décision du terrain	2	Ministères MESRI et SANTÉ : (DGRH, DGOS et CNG)	2018/2019
17	Prévoir, dans la procédure d'évaluation du haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hceres), la production des comptes rendus de réunion du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP) et des avis émis par cette instance.	1	Hceres/Ministères MESRI et SANTÉ ((DGESIP et DGOS)	Sur les prochaines vagues contractuelles
18	Promouvoir la participation des CHU aux coordinations territoriales prévues à l'article L.618-3 du code de l'éducation lorsqu'elles comportent un pôle santé et aux instances statutaires des universités.	2	Ministères MESRI et SANTÉ / universités et CHU	Au moment du renouvellement des instances
19	Articuler convention constitutive, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHU et contrat de site de l'université : <ul style="list-style-type: none"> • Rappeler aux établissements l'obligation légale de mise à jour tous les cinq ans des conventions constitutives des CH&U ; • Prévoir un document stratégique unique signé conjointement par les autorités universitaires et hospitalières, annexé aux différents contrats et à la convention constitutive du CH&U • Demander au Hceres de faire figurer ce document dans les pièces à fournir lors des procédures d'évaluation des CH&U. 	1	Ministères MESRI et SANTÉ (DGESIP et DGOS)/ universités, CHU et ARS	2018/2019
20	Assurer, par le biais du Hceres, une évaluation conjointe de la formation et de la stratégie de recherche des universités et des CHU dans le domaine de la santé.	1	Hceres/Ministères MESRI et SANTÉ (DGESIP et DGOS)	Sur les prochaines vagues contractuelles.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Cabinet

- Isabelle Richard, conseillère santé

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

- François Couraud, coordonnateur du collège des conseillers scientifiques
- Éric Piozin, chef de service
- François Lafitte, adjoint à la cheffe de département de l'allocation des moyens
- Jean-Christophe Paul, chef du département des formations en santé

Direction générale de la recherche et de l'innovation (DGRI)

- Alain Beretz, directeur général
- Anne Paoletti, directrice scientifique du secteur Biologie et Santé ;

Direction générale des ressources humaines (DGRH)

- Brice Lannaud : chef du service des personnels enseignants de l'enseignement supérieur
- Anne Bentowski, département des études statutaires et réglementaires
- Sylvie Dehaye, département des personnels enseignants-chercheurs des disciplines de santé
- Maryline Genieys, ancien chef du département des personnels enseignants-chercheurs des disciplines de santé
- Marie Mauffret-Vallade, cheffe du département des personnels enseignants-chercheurs des disciplines de santé
- Thierry Reynaud, sous-directeur des études de gestion prévisionnelle, statutaires et des affaires communes
- Fabien Srobel, sous-directeur du pilotage du recrutement et de la gestion des enseignants-chercheurs

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

Cabinet

- Lionel Collet, conseiller santé
- Hervé Le Marec, conseiller santé

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins
- Mathias Albertone, sous- directeur des ressources humaines et du système de santé
- Odile Brisquet, chef du bureau RH 4

CENTRE NATIONAL DE GESTION

- Danielle Toupillier, directrice générale
- Jean-François Cabon, conseiller technique
- Bernard Chenevière, chef du département de gestion des praticiens hospitaliers
- Benoit Magrez, coordonnateur –gestion des personnels enseignants et hospitaliers universitaires

HAUT CONSEIL DE L'EVALUATION DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

- Michel Cosnard, président
- Pierre Glaudes, directeur du département d'évaluation de la recherche (DER)

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM)

- Yves Levy, directeur général

ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE

- Claude Vigneron, président de l'académie nationale de Pharmacie
- Gilles Aulagner, pharmacien des hôpitaux (pharmacien)

ASSOCIATION MÉDECINE/PHARMACIE SCIENCES

- Thomas Bienvenu
- Marc Scherlinger
- Erwan Eriau

CONFERENCE DES DIRECTEURS GENERAUX DE CHU

- Jean Olivier Arnaud, DG de l'AP-HM, président de la commission des affaires médicales de la conférence
- Armelle Dexter, coordinatrice de la commission des affaires médicales

CONFERENCE NATIONALE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE

- Jean-Luc Dubois-Randé, ancien président de la conférence, doyen de la faculté de médecine de l'université de Paris-Est Créteil
- Jean Sibia, président de la conférence, doyen de la faculté de médecine de l'université de Strasbourg

CONFÉRENCE NATIONALE DES DOYENS D'ODONTOLOGIE

- Corinne Taddei, présidente de la conférence des doyens d'odontologie

CONFERENCE NATIONALE DES DOYENS DE PHARMACIE

- Bernard Muller, président de la conférence, doyen de la faculté des sciences pharmaceutiques de l'université de Bordeaux
- Christine Vinciguerra, doyenne de l'institut de sciences pharmaceutiques et biologiques de l'université Lyon 1
- Frédéric Lagarce, directeur adjoint de la faculté de Santé de l'université d'Angers et directeur du département pharmacie

CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS DE CME DE CHU

- Michel Claudon, président

CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS DE CME DE CENTRES HOSPITALIERS

- Thierry Godeau, président
- Pierre Charestan, secrétaire adjoint

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS D'UNIVERSITÉ

- Gilles Roussel, président
- Yvon Berland, président de la commission santé de la CPU, président d'Aix-Marseille université
- Michèle Cottier, présidente de l'université Jean Monet Saint Etienne
- Kevin Neuville, chargé de mission-formations de santé

INTER SYNDICALE NATIONALE DES INTERNES

- Jean-Baptiste Bonnet, président
- Abdellah Hedjoudje, vice-président en charge de l'insertion professionnelle
- Maxime Bacquet, vice-président en charge de l'enseignement supérieur

INTERSYNDICALE NATIONALE DES CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS

- Laurent Gilardin, président
- Benjamin Chousterman, chef de clinique en réanimation à Paris (Lariboisière), vice-président

SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSEURS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

- Patrick Goudot, président
- Bertrand Diquet, président du SNHU et Délégué général de la Confédération nationale des syndicats HU
- Jean Paul Feugeas, président du SNMBCHU
- Christophe Tresallet, membre du CA du SNPHU

SYNDICAT NATIONAL DES PHARMACIENS PRATICIENS HOSPITALIERS ET PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

- Pascal Le Corre, président

VISITES EN ÉTABLISSEMENTS AMIENS

Université et CHU

- Mohamed Benhasem, président de l'université d'Amiens
- Danielle Portal, directrice générale CHU
- Valérie Boismartel, directrice des affaires médicales du CHU
- Gabriel Choukroun, doyen de l'UFR médecine
- Duverlie, doyen de l'UFR de pharmacie
- Pierre Krystkokowiak, président de la CME

PU-PH

- Thierry Caus, PU-PH de chirurgie cardiaque
- Hervé Dupont, PU-PH, chef de service et chef de pôle
- Sylvie Testelin PU-PH de chirurgie maxillo-faciale
- Wallois, PU-PH, directeur d'une unité Inserm

MCU-PH et PHU

- Etienne Brochot, MCU-PH en pharmacie
- Olivier Baledent, MCU-PH biophysicien.
- Raphael Guiheneuf, PHU
- Sophie Labieuf, MCU-PH en pharmacie
- Michel Lefranc, MCU-PHU,
- Charles Muszinski, PHU
- Sophie Tasseel Ponche, PHU

CCU et AHU

- Sandra Bodeau, AHU en pharmacie

- Guillaume Jedraszak, AHU en génétique
- Thomas Forzimi, CCA en urologie

Agence régionale de santé des Hauts de France

- Monique Ricomes, directrice générale
- Arnaud Corvaisier, directeur offre de soins
- Magali Longuepée, sous-directrice des établissements de santé SDES

ÎLE DE FRANCE

Assistance Publique – hôpitaux de Paris (AP-HP)

- Martin Hirsch, directeur général
- Christine Welty, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

Conférence des doyens de santé d'Ile de France

- Bruno Riou, président, doyen de l'UFR de médecine de l'université Paris 6 Pierre et Marie Curie

Commission médicale d'établissement de l'AP-HP

- Noël Garabédian, président

ARS d'Ile de France

- Christophe Devys, directeur général
- Michel Fournier, conseiller médical
- Didier Joffre, directeur de l'offre de soins
- Benoit Schlemmer, conseiller
- Caroline Suberbielle, conseillère médicale du directeur

Université Paris Est Créteil et CHU Henri Mondor

- Frédéric GERVAIS, président par intérim de l'UPEC
- Jean-Luc Dubois Randé, doyen de la faculté de médecine
- Martine Orio, directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor
- Ariane Mallat, présidente de la CME

PU-PH

- Vincent Audard, service de néphrologie-transplantation,
- Lorgue Boczkowski, directeur de l'UMRB
- Bertrand Godeau, chef du pôle Minggus
- Bernard Maitre, président du GPHU
- Christophe Tournigand, chef de service d'oncologie médicale
- Pierre Wollkenstein, chef de pôle CITI

MCU-PH

- Nicolas Montgardon, anesthésie réanimation
- Emilie Sbidian, dermatologie
- Matthieu Mahevas, médecine interne
- Slim Fourati, bactériologie/virologie
- Corinne Pondarré, pédiatrie (CHIC)

CCU, AHU et PHU

- Jean Bardon, CCU, anesthésie –réanimation
- Barbara Hersant, PHU, chirurgie plastique
- Caroline Morbieu, CCA, médecine interne
- Claire Théodore, CCA au centre hospitalier intercommunal
- Léa Marchiano, AHU anatomie pathologique

Internes

- Fabien Roy-Gasch,
- Samuel Levy
- Damien Fard
- Adrien Mirouse
- Anais Rabourdin
- Steven Bennington

Université Paris V

- Frédéric Dardel, président de l'université
- Jean-Louis Beaudeau, doyen de l'UFR de pharmacie
- Catherine Chaussin, PU-PH, vice-doyenne à la recherche
- Gérard Friedlander, doyen de l'UFR de médecine
- Louis Maman, doyen de la faculté de chirurgie dentaire
- Michel Vidal, PU-PH, vice- doyen recherche
- Mme Fadiga, directrice générale des services adjointe de l'université
- M. Jeanjean, directeur général des services de l'université
- Jean-François Mescoff, chef des services administratifs
- Ludivine Mehlem, responsable du service des personnels, secrétaire générale adjointe
- Mireille Simon, chef du service du personnel enseignant

PU-PH

- Cécile Badoual,
- Jean-Emmanuel Bibault,
- Didier Borderie,
- Alain Cario,
- Xavier Jeunemaitre,

MCU-PH et PHU

- Caroline Charlier, MCU-PH
- Marie-Aude Piot, PHU
- Béatrice Parfait, MCU-PH
- Benjamin Planquette, MCU-PH

CCA et AHU

- Marion Alcantara, AHU
- Tania Pusca, CCA
- François Bocquet, AHU

Hôpital Necker-Enfants Malades

- Vincent-Nicolas Delpech, Directeur général
- Pierre Carli, président CMEL
- Florence Baguet, directrice des affaires médicales

PU-PH

- Gérard Chéron, chef de service des urgences pédiatrique, chef de pôle, responsable de la commission des effectifs
- Stéphanie Pannier, chef du service de chirurgie orthopédique pédiatrique
- Michel Zerah, chef de service de neurochirurgie
- Capucine Picard, chef du centre d'étude des déficits immunitaires

MCU-PH et PHU

- Guillaume Canaud, MCU-PH
- Valérie Leluc-Malan, MCU-PH
- Despina Mohous, MCU-PH
- Caroline Michot, PHU

CCA et AHU

- Sylvain Auvity, AHU (pharmacie)
- Amélie Dureault, CCA, service des-maladies infectieuses

Internes

- Sophie Bellut, interne en réanimation pédiatrique
- Suzanne Ferrier, interne en ORL
- Chloé Friedrich, interne en hématologie biologique
- Aurélie Hansmann, interne en radiologie pédiatrique
- Ariane Jaoui, interne en pneumologie
- Wladimir Mauhin, interne en hématologie clinique adultes

Hôpital Foch

- Jacques Leglise, directeur général
- Brigitte Bonan, présidente de la CME
- Stéphanie Forte, directrice des affaires médicales et des coopérations

- Élisabeth Hulier-Ammar, directrice DRCI
- Bertrand Lapergue, neurologue
- Morgan Le Guen, anesthésiste
- Yann Neuzillet, MCU-PH, urologue

Hôpital Gustave Roussy

- Alexander Eggermont, directeur général,
- Isabelle Borget, pharmacien, économiste de la santé, maître de conférences
- Thierry De Baere, Responsable du service de radiologie interventionnelle
- Michel Ducreux, directeur des affaires médicales
- Nathalie Lassau, Directrice de Institut de formation supérieure biomédicale (IFSBM)
- Pernelle Lavaut, interne
- François Lemare, Chef du département de pharmacie
- Claire Petit, département de biostatistiques et épidémiologie
- Didier Samuel, doyen de la faculté de médecine, Paris Sud
- Jean Yves Scoazec, Chef du département du Biologie & pathologie médicales
- Stéphane Champiat, oncologue médical
- Eric Solary, directeur de la recherche
- Frédéric Varnier, Directeur général adjoint
- Grégory Vial, Directeur de la stratégie et du développement

LYON

Université et hospices civils de Lyon

- Frédéric Fleury, président de l'université
- Carole Burillon, doyenne de l'UFR de médecine Lyon-Sud
- Philippe Chevalier, vice-président de la CFVU
- Olivier Claris, président de la CME
- Pierre Cochat, président du comité consultatif des études médicales (CCEM)
- Patrick Deniel, secrétaire général des hospices civils de Lyon
- Dominique Marchand, directrice générale des services de l'université
- Didier Revel, vice-président du conseil d'administration de l'université
- Gilles Rode, doyen de l'UFR de médecine Lyon-Est,
- Christine Vinciguerra, doyenne de l'institut de sciences pharmaceutiques et biologiques

PU-PH

- Florence Adler
- Françoise Borson-Chazot, cheffe de service
- Luc Zimmer, pharmacologie
- Florence Morfin, virologie
- Vincent Piriou, chef de service et chef de pôle

MCU-PH et PHU

- Virginie Desestret, MCU-PH médecine, histologie (universitaire) et neurologie (hospitalière)
- Carole Ferraro-Peyret, MCU-PH Pharmacie
- Audrey Janoli-Dumenil, MCU-PH Pharmacie

- Guillaume Passot, PHU
- Carole Vuillerot, MCU-PH médecine
- Julien Wegrzyn, PHU

CCA et AHU

- Thomas Bochaton, CCA en cardiologie
- Cédric Dananche, AHU médecine
- Yvan Jamilloux CCA médecine interne
- Alexandre Janin, AHU Pharmacie
- Laetitia Koppe, CCA en néphrologie
- Élise Levigoureux, AHU pharmacie

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

- Jean-Yves Grall, directeur général
- Corinne Rieffel, directrice déléguée pilotage opérationnel et premier recours
- Corinne Panais, responsable du service démographie médicale et professions de santé

POITIERS

Université et CHU

- Yves Jean, président de l'université de Poitiers
- Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU
- Carles De Bideran, directeur des affaires médicales
- Bertrand Debaene, président de CME
- Séverine Masson, directrice générale adjointe du CHU
- Pascal Roblot, doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

PU-PH

- Christine Silvain, chef de service
- Marc Paccalin
- Denis Frasca

MCU-PH

- Marion Albouy Llaty
- Frédéric Bilan
- Rémy Coudroy
- Blandine Rammaert

CCA-AHU et PHU

- Damien Boutin
- Arnaud Caupenne

- Pierre-Olivier Delpech
- Michaela Rehman Tudrej
- Matthieu Boisson
- Alexia Delbreil

Internes

- Rémi Domart

ARS Nouvelle Aquitaine

- Michel Laforcade, directeur général
- Dr Benoit Elbolde, conseiller médical

STRASBOURG

Université et CHU

- Michel Deneken, président de l'université de Strasbourg
- Franck D'attoma, DG adjoint du CHU
- Jean-Marie Danion, président de la CME
- Armelle Drexler, directrice du pôle affaires médicales, recherche, qualité et stratégie médicale internationale
- Bernard Goichot, vice-doyen de l'UFR de médecine
- Jean-Pierre Gies, doyen de l'UFR de pharmacie
- Anne Giersch, directrice de recherche, directrice d'une unité Inserm
- Corinne Taddei- Gross, doyenne de l'UFR d'odontologie

PU-PH

- Jean-Jacques Baldauf, membre du directoire et de la CME
- Philippe Bodin
- Anne Charpiot
- Pierre Diemunsch, membre du directoire
- Vincent Laugel, chef de service
- Florent Meyer
- Julien Pottecher

MCU-PH et PHU

- Stéphanie Deboscker, PHU
- Julie Helms, MCU-PH
- Thierry Lavigne, MCU-PH
- Anne Olland, PHU
- François Severac, PHU
- Guillaume Koch, PHU
- Philippe Riegel MCU-PH

CCA et AHU

- Aurélien Guffroy, CCA en immunologie
- Marie-Pierre Ledoux, CCA en hématologie
- Joris Muller, AHU en santé publique

ARS Grand-Est

- M. Lannelongue, directeur général
- Caroline Potin, directrice de la stratégie
- Sybille Rigon, responsable du département gestion des RH en santé

SIGLES UTILISÉS

AHU	assistant hospitalo-universitaire
AP-HP	assistance publique – hôpitaux de Paris
ARS	agence régionale de santé
AVIESAN	alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
CCA	chef de clinique-assistant
CET	compte épargne temps
CHR	centre hospitalier régional
CHU	centre hospitalier universitaire
CH&U	centre hospitalier et universitaire
CME	commission médicale d'établissement
CNCR	comité national de coordination de la recherche
CNG	centre national de gestion
CNU	conseil national des universités
COMUE	communauté d'universités et d'établissements
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPU	conférence des présidents d'université
CRBSP	comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique
DES	diplôme d'études spécialisées
DGESIP	direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGRH	direction générale des ressources humaines (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)
DGRI	direction générale de la recherche et de l'innovation
DIU	diplômes interuniversitaires
DU	diplômes d'université
ECN	épreuves classantes nationales
EPST	établissement public à caractère scientifique et technologique
GHT	groupement hospitalier de territoire
GIRCI	groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation
HAS	haute autorité de santé
Hceres	haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCL	hospices civils de lyon
HDR	habilitation à diriger des recherches
HU	hospitalo-universitaire
HUS	hôpitaux universitaires de strasbourg
IGAENR	inspection générale de l'administration générale de l'éducation nationale et de la recherche

IGAS	inspection générale des affaires sociales
IF	impact factor
IGR	institut Gustave Roussy
Inserm	institut national de la santé et de la recherche médicale
MCU-PH	maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MERRI	mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MESRI	ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
PEDR	prime d'encadrement doctoral et de recherche
PH	praticien hospitalier
PHU	praticien hospitalier universitaire
PaHU	professeur assistant hospitalier universitaire
PHRC	programme hospitalier de recherche clinique
PU-PH	professeur d'université-praticien hospitalier
SIAPS	score individuel d'aptitudes pédagogiques en santé
SIGAPS	système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC	système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
UFR	unité de formation et de recherche