

18^{es} ASSISES NATIONALES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

14 ET 15 DÉCEMBRE 2023
PALAIS DES CONGRÈS **VERSAILLES**

10 PROPOSITIONS CLÉS DES TROIS CONFÉRENCES DE CHU

Conférence des Doyens
des facultés de Médecine



| | |
|--|----|
| 1. Un constat d'essoufflement du modèle de 1958 largement documenté | 4 |
| 1.1. Le rapport IGAS/IGAENR de juillet 2018 | 4 |
| 1.2. Les propositions du groupe de travail constitué à la suite du Ségur | 4 |
| 1.3. Les trois Conférences constatent que cet essoufflement n'est pas enrayé | 5 |
| 1.3.1 Le succès incontestable de la réforme Debré | 5 |
| 1.3.2 Une réforme affaiblie par un monde profondément différent | 5 |
| 1.3.3 Des atouts incontestables qui ne demandent qu'à être mobilisés | 6 |
| 2. Une réforme centrée sur trois piliers : attractivité, territoire, recherche-innovation | 7 |
| 2.1. Restaurer l'attractivité HU Continuer d'attirer les meilleurs à l'hôpital public | 7 |
| 2.1.1 L'attractivité HU: le cœur de la réforme Debré | 7 |
| 2.1.2 Les indices convergents d'une perte d'attractivité bien réelle | 7 |
| Axe 1 Adapter les conditions d'exercice aux attentes des plus jeunes | 8 |
| 1. Contractualiser sur la durée de la carrière l'exercice des trois missions. La triple mission constitue le cœur du statut hospitalo-universitaire | |
| 2. Accompagner la féminisation des nominations | |
| 3. Favoriser une formation au management et à la gestion de projets | |
| Axe 2 Moderniser et revaloriser les statuts des HU | 10 |
| 1. Traiter le sujet de la retraite des HU | |
| 2. Rénover le statut des CCU-AH | |
| 3. Moderniser et revaloriser les statuts de PU-PH et de MCU-PH | |
| A. Une perte de pouvoir d'achat significative sur trente ans... | |
| B. ... que l'activité libérale et les activités accessoires ne sauraient masquer | |
| C. Des pistes de revalorisation accessibles | |
| D. Moderniser les droits | |
| Axe 3 Préserver le temps d'enseignement et de recherche. | 12 |
| A. De multiples facteurs concourent à mettre sous tension les temps enseignement et recherche | |
| B. La nécessité d'augmenter le nombre de postes HU | |
| 2.2. Territoire : permettre la création d'emplois HU titulaires par les collectivités territoriales | 13 |
| A. La place nouvelle des collectivités territoriales | |
| B. Permettre la création d'emplois HU titulaires | |
| C. Favoriser une émulation entre collectivités territoriales | |
| 2.3. Territoire : le CHU et l'UFR santé hors de leurs murs | 14 |
| 2.4. Recherche et innovation : clarifier, assouplir et motiver | 15 |
| 2.4.1 Clarifier et dynamiser la politique de recherche nationale et territoriale | 15 |
| 2.4.2 Promouvoir un intéressement des services au plus près du terrain | 15 |
| 2.4.3 Porter l'innovation en santé dans les territoires | 15 |

14 ET 15 DÉCEMBRE 2023
PALAIS DES CONGRÈS **VERSAILLES**

Quel modèle hospitalo-universitaire pour **demain** ?

Propositions clés des trois Conférences de CHU

Les trois Conférences que nous représentons ont fait le choix de dresser un constat lucide et nuancé sur la situation du modèle hospitalo-universitaire en 2023.

La réforme Debré, après avoir brillamment porté ses fruits en hissant le système de santé et la recherche française du vivant de la France au plus haut, a été progressivement affaiblie par un contexte mondial et sociétal radicalement différent de celui dans lequel elle avait été conçue.

Au cœur de cet affaiblissement, la promesse cardinale de 1958 d'attirer les meilleurs de leur génération au CHU n'apparaît plus aussi certaine que par le passé.

Dans le même temps, la période la plus récente, marquée par la crise sanitaire et les enjeux de l'après-crise, a mis en évidence la place centrale des CHU, à la fois pour l'accès aux soins dans les territoires, l'avenir de la recherche en santé, l'innovation et la création de valeur en santé et, finalement, pour la souveraineté sanitaire du pays.

Aussi, nos Conférences ont fait le choix de formuler quelques propositions clés de réforme, délibérément peu nombreuses. Elles sont destinées, si les pouvoirs publics y consentent, à relancer le modèle hospitalo-universitaire français, idéalement pour au moins une génération, dans un monde aux défis inédits.

1. Un constat d'essoufflement du modèle de 1958 largement documenté

Depuis plus de vingt ans, de multiples rapports ont eu à évaluer le modèle hospitalo-universitaire et se sont interrogés sur son évolution. Parmi ceux-ci peuvent être cités le rapport Marescaux de mai 2009 sur l'avenir des CHU, le rapport Gaillard de mai 2011 sur l'évolution du statut hospitalo-

universitaire et les rapports de la Cour des comptes de décembre 2017 sur le rôle des CHU. Plus près de nous, le rapport IGAS/IGAENR de juillet 2018 s'intéresse spécifiquement aux personnels enseignants et hospitaliers, à l'occasion des 60 ans de l'ordonnance de 1958.

1.1. Le rapport IGAS/IGAENR de juillet 2018

Diligenté par les deux ministres à l'occasion du 60^e anniversaire de la création des CHU, le rapport IGAS/IGAENR dresse plusieurs constats importants.

■ Un cadre législatif et réglementaire globalement inchangé

Ce rapport souligne que « près de 60 ans après la publication de l'ordonnance du 30 décembre 1958 qui a créé les centres hospitaliers universitaires 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 ».

■ « Une évolution de l'environnement hospitalier et universitaire qui modifie profondément les conditions d'exercice de ces personnels »

Le rapport souligne également :

- que « les augmentations d'effectifs (de 22 % entre 1996 et 2016) dont ont bénéficié les autres disciplines universitaires n'ont pas profité aux disciplines de santé » ;
- que « 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 % entre 2008 et 2018 » ;
- que, « dans le même temps, les effectifs étudiants et internes ont doublé, avec des taux d'encadrement des étudiants et des internes qui se sont dégradés ».

Or, ce rapport précède le remplacement du *numerus clausus* par le *numerus apertus*, qui a encore augmenté significativement le nombre d'étudiants.

■ Une perte d'attractivité ressentie par tous les interlocuteurs

Le rapport relève aussi que « les éléments mis en avant pour expliquer cette perte d'attractivité portent 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, la gestion du temps pour les missions H et U, les difficultés ressenties du parcours des femmes ».

1.2. Les propositions du groupe de travail constitué à la suite du Ségur

Les accords du Ségur de la santé prévoyaient la création d'un groupe de travail spécifique consacré à l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires.

Ce groupe de travail a rendu ses conclusions en juillet 2021.

Les propositions formulées à cette occasion ont été partiellement mises en œuvre.

1.3. Les trois Conférences constatent que cet essoufflement n'est pas enrayé

1.3.1 Le succès incontestable de la réforme Debré

La réforme de 1958 a hissé la médecine française au plus haut niveau.

- En termes de soin, elle a permis une standardisation des savoirs et des pratiques tout en irriguant la médecine libérale et les centres hospitaliers non universitaires de professionnels compétents.
- En termes d'enseignement, elle a permis un saut qualitatif dans la formation. Les CHU français ont accueilli de nombreux étudiants étrangers qui ont gardé des liens importants avec leurs écoles de formation.
- En termes de recherche, la France a acquis une place enviable de grande puissance en recherche médicale.

Au total, la médecine est devenue un *soft power* à la française, des années 70 aux années 2000.

1.3.2 Une réforme affaiblie par un monde profondément différent

- La mission de soin est bousculée par les difficultés croissantes de notre système de santé à s'adapter au vieillissement de la population, au poids croissant des maladies chroniques et au poids de la précarité

Devant les difficultés de la première ligne de soin ambulatoire, les CHU ont dû faire face à une demande croissante de soins de proximité, au détriment parfois de leurs missions distinctives de soins de recours, d'enseignement et de recherche. Ainsi, concernant les urgences hospitalières, des rapports Steg, qui tentaient de les structurer, à aujourd'hui, nous sommes par exemple passés d'une activité d'urgence embryonnaire à 24 millions de passages par an. La crise chronique des urgences, qui occupe aujourd'hui les gouvernances des CHU six à huit mois par an, est une illustration parmi d'autres de cette hypertrophie de la mission de proximité des CHU. En trente ans, le métier de nos hôpitaux académiques a changé, en les éloignant toujours un peu plus de la vocation d'origine, d'excellence et de recours pensée par la réforme de 1958.

Dans des CHU sous tension permanente, les conditions d'exercice sont à l'origine d'une perte de sens.

- La mission d'enseignement est confrontée à des évolutions sociétales profondes

L'augmentation importante du nombre d'étudiants, accentuée récemment par le remplacement du *numerus clausus* par le *numerus apertus*, s'est conjuguée avec une réforme ambitieuse et lourde des études médicales, portant sur l'entrée dans les études comme sur les 2^e et 3^e cycles. Les méthodes pédagogiques ont dû s'adapter, en intégrant notamment la simulation en santé. Enfin, les étudiants eux-mêmes ont évolué dans leurs attentes et leurs caractéristiques (isolement, précarité, exigence, etc.).

- La mission recherche résiste bien, tout en faisant face à une concurrence mondiale sans précédent

Depuis les années 1990, les critères de nomination vont veiller à accroître le niveau scientifique des HU : prérequis de détention de l'HDR et de la thèse de sciences, mobilité obligatoire pour les nominations de PU-PH, poids croissant des publications, notamment des publications de rang A, et valorisation forte au sein des CHU de la composante recherche, parfois au détriment de la mission d'enseignement. Les chiffres produits par le CNCR témoignent de cet effort important d'adaptation alors que, sur la période, comme le souligne le rapport IGAS/IGAENR, le nombre d'emplois HU reste stable. Ainsi, les publications progressent de 46 % entre 2011 et 2020 ; le nombre d'articles dans le 1% mondial (ICN) progresse de 83 % entre 2011 et 2020.

Pourtant, à partir des années 2000, une concurrence mondiale d'une intensité inédite va s'imposer. Cette évolution va être concomitante de la diminution de l'effort national en faveur de la recherche en santé. Les arbitrages nationaux ne prennent pas en compte l'intensification de la concurrence en recherche qui voit le jour. Les comparaisons avec la Grande-Bretagne et l'Allemagne montrent un retard notable d'investissement de la France. D'après le rapport de la Cour des comptes de décembre 2017, la part attribuée au domaine de la santé n'occupait que 15,20 % de la dépense intérieure brute en recherche et développement (DIRD) en France. Comparativement, cette proportion était de 30,70 % au Royaume-Uni, 29,40 % aux États-Unis et 18,00 % pour l'Europe des Vingt-Sept.¹

Devant un système de santé confronté à des difficultés croissantes, la France semble un temps subrepticement renoncer à la santé comme *soft power*.

1. La Cour des comptes, « Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale », décembre 2017

1.3.3 Des atouts incontestables qui ne demandent qu'à être mobilisés

Paradoxalement, la période la plus récente, marquée par la crise sanitaire et les enjeux de l'après-crise, a redonné une place centrale aux CHU, à la fois pour le système de santé et la souveraineté sanitaire du pays.

En post-crise, les 32 CHU français apparaissent comme des plateformes majeures de soin, d'enseignement, de recherche, d'innovation et de création de valeur, dans un pays qui pense désormais son développement à partir des territoires. À condition de faire leur *aggiornamento*, les CHU et le modèle hospitalo-universitaire, réservoirs de talents prodigieux, dont la surface scientifique et économique constitue une force, ont vocation à être un atout essentiel pour permettre au pays de relever les défis qui sont les siens.

■ La crise Covid a mis en évidence le rôle structurant des CHU

85% des patients Covid ont été pris en charge par l'hôpital public. Au sein de celui-ci, le rôle des CHU, à la fois dans leur métropole siège et sur leurs territoires, a été décisif pendant la crise sanitaire.

Pendant cette période critique, les CHU se sont distingués comme une infrastructure sanitaire d'une robustesse incomparable, qui a permis au système hospitalier français de prendre en charge tous les patients qui le nécessitaient. Les CHU ont été une composante importante de la souveraineté sanitaire du pays.

■ Les 32 CHU : une force pour notre système de santé et pour nos territoires

En 1958, la France centralisée de l'époque ne disposait pas de 32 CHU. Alors que les rapports de la Cour des comptes de 2017 s'interrogeaient sur la pertinence du nombre de CHU, le maillage territorial permis par l'existence de 32 CHU apparaît en post-crise comme une force.

Ainsi, différents modèles d'universitarisation des territoires se développent, afin de répondre aux enjeux de l'accès aux soins, au plus près des déserts médicaux, sous la houlette des UFR de médecine et des pôles santé. Les Assises seront l'occasion de faire connaître en détail ces modèles.

De même, les enjeux d'innovation en santé peuvent prendre appui sur ce maillage fin comme sur les écosystèmes territoriaux.

■ Le plan Santé 2030 et la stratégie d'innovation en santé

En consacrant 7,5 milliards d'euros à l'innovation en santé et en donnant naissance à l'Agence d'innovation en santé, la France fait le choix de considérer la santé, non plus seulement comme un coût, mais comme un moteur de croissance.

Cette inflexion rejoint la politique de souveraineté sanitaire développée par les pouvoirs publics.

En pensant sa réindustrialisation à partir des territoires, et non plus seulement à partir de « grands champions nationaux », le pays est conduit à s'appuyer naturellement sur ces réservoirs de talents singuliers (talents médicaux, soignants, d'ingénierie les plus divers, managériaux, notamment en termes de gestion de la complexité, etc.) que sont les 32 CHU français. Les liens nouveaux apparaissent, au gré des projets et des enjeux, entre ceux-ci et les grandes collectivités territoriales (régions, métropoles...), qui en font des partenaires incontournables.

Fortes du constat paradoxal d'un essoufflement du modèle de 1958 dans un monde radicalement nouveau et de la modernité du concept de CHU compte tenu des défis spécifiques de notre époque (accès aux soins et territorialisation, recherche-innovation-crédation de valeur, souveraineté sanitaire), nos trois Conférences appellent à une réforme du modèle.

Dans notre esprit, cette réforme doit permettre de relancer le modèle hospitalo-universitaire français au moins pour la génération qui vient, en en faisant un point d'appui central pour le pays.

2. Une réforme centrée sur trois piliers : attractivité, territoire, recherche-innovation

2.1. Restaurer l'attractivité HU : continuer d'attirer les meilleurs à l'hôpital public

2.1.1 L'attractivité HU : le cœur de la réforme Debré

La réforme de Robert Debré avait pour point central la volonté d'attirer les meilleurs d'une génération à l'hôpital public. Pour y parvenir, un statut prodigieusement transgressif, totalement iconoclaste, va voir le jour. Il va en effet transgresser toutes les frontières pourtant solidement établies : celle de l'hôpital et celle de l'université, celle du public et celle du privé.

Il est intéressant pour nous de noter que la réforme Debré va se donner les moyens de ses ambitions. Elle ne va baisser pavillon devant aucun conformisme et aucune doxa.

2.1.2 Les indices convergents d'une perte d'attractivité bien réelle

Différents signaux témoignent aujourd'hui d'une perte d'attractivité.

Dans les années 1990, et encore dans les années 2000, aucun médecin n'aurait imaginé refuser une carrière hospitalo-universitaire. Aujourd'hui, les PU-PH doivent rivaliser d'arguments pour parvenir à persuader les jeunes médecins à faire le choix d'une telle carrière ; choix qui doit résister à un parcours long, exigeant et incertain, qui constitue une épreuve familiale. D'autant plus que ce parcours se construit au moment où les projets familiaux se concrétisent, ce qui est plus lourd encore à porter lorsque les nominations se féminisent.

À partir des années 2010, alors que le statut apparaissait encore il y a peu comme la « voie royale », justifiant ainsi des efforts eux-mêmes peu courants, des départs de PU-PH ont été constatés dans de nombreux CHU.

Chez ceux qui restent, il faut le dire, il n'est pas exceptionnel de lire parfois une lassitude et une perte de motivation, qui peuvent se traduire par une volonté de « lever le pied ».

Enfin, plus grave encore, au regard de la promesse de la réforme Debré d'attirer les meilleurs à l'hôpital, certains CNU alertent clairement désormais sur

le fait qu'ils n'ont plus l'assurance de nommer les éléments les plus brillants de leur génération, même s'ils parviennent encore à trouver des candidats. La situation de faiblesse d'un nombre important de CHU sur leur territoire, dans des disciplines médicales et chirurgicales considérées comme matricielles il y a vingt ou trente ans, vient conforter malheureusement ce signal d'alerte.

La crise Covid, en revisitant à nouveau l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, devrait encore faire bouger le curseur et complexifier l'exercice. Pour les nouvelles générations, la vie personnelle et familiale devient désormais le point d'entrée dans la recherche d'un équilibre de vie. La vie professionnelle doit s'y adapter, là où, il y a trente ans, un équilibre de vie se bâtissait d'abord à partir d'une réussite professionnelle. Dans le secteur libéral, l'exercice à temps partiel, parfois sur deux jours, deux jours et demi, voire trois jours par semaine, est en plein essor, illustrant un mouvement sociétal profond qu'il serait vain de vouloir ignorer.

Devant ces éléments de contexte, les trois Conférences considèrent que l'avenir des CHU se joue d'abord sur l'excellence du recrutement hospitalo-universitaire. On ne construira pas un rayonnement durable et puissant des CHU, au bénéfice de tout le système de santé et des territoires, sans d'abord garantir une attractivité forte de ses emplois académiques.

Il s'agit donc de renouer, dans le contexte spécifique et nouveau de notre époque, avec la promesse centrale de la réforme Debré.

Les Conférences considèrent qu'il faut traiter le sujet de l'attractivité en faisant bouger les lignes de trois paramètres centraux :

- les conditions d'exercice doivent s'adapter clairement aux attentes des plus jeunes ;
- la modernisation et la revalorisation des statuts HU, qu'il convient désormais d'assumer ;
- la nécessité impérieuse de préserver le temps enseignement et recherche en s'en donnant véritablement les moyens.

AXE 1

Adapter les conditions d'exercice aux attentes des plus jeunes

1

Contractualiser sur la durée de la carrière l'exercice des trois missions.

La triple mission constitue le cœur du statut hospitalo-universitaire.

Cependant, comme l'explique le rapport de l'IGAS/IGAENR, « 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 ». Il convient donc de concilier la liberté offerte par le statut HU et un exercice de clarification.

Dans un contexte où l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle a tendance à s'inverser, l'exercice simultané des trois missions se retourne désormais contre l'attractivité hospitalo-universitaire. Comme explicité plus haut, les jeunes générations ne parviennent plus à s'identifier à leurs aînés, pour lesquels la vie professionnelle mobilisait l'essentiel de l'existence.

Pour gagner en attractivité, il faut concrètement faire « baisser le niveau de pression », c'est-à-dire de contraintes, notamment sur les plus jeunes, en protégeant le temps universitaire.

Dès lors, les trois Conférences sont favorables à une contractualisation de l'exercice des trois missions, par service, c'est-à-dire au sein de l'équipe, puis par hospitalo-universitaire.

Ce contrat serait par définition évolutif dans le temps. Les CNU, qui évaluent actuellement la triple mission, devront prendre en compte ce contrat afin de ne pas bloquer les promotions et les avancements de carrière.

Il serait soumis au trio de gouvernance des CHU (doyen/DG/PCME) afin de donner une cohérence globale inter-équipe des missions de soins d'enseignement et de recherche au niveau du CHU comme de l'UFR. Cette contractualisation des missions commencera à s'appliquer pour les futures nominations.

Il conviendrait de préciser le portage juridique et managérial de cette évolution majeure.

À terme, cette évolution pourrait amener à lancer une réflexion sur le statut médical en CHU et sur la possibilité de carrières permettant des passerelles d'accès des fonctions hospitalières vers les fonctions universitaires. Cette réflexion devra se faire avec la participation du CNU santé, en plus de celle des doyens.

2

Accompagner la féminisation des nominations

La féminisation des nominations HU est indispensable. Un mouvement est engagé en ce sens mais il reste progressif. Au 1^{er} janvier 2023, on dénombre 24,7% de femmes parmi les PU-PH, 49,3% parmi les MCU-PH.

Les trois Conférences considèrent qu'il convient désormais d'adapter les organisations et les méthodes de travail pour se donner véritablement les moyens de favoriser la promotion des femmes aux carrières hospitalo-universitaires et aux postes de responsabilité. Cela est d'autant plus nécessaire qu'elles représentent actuellement entre 65 et 70 % des étudiants d'une promotion.

À ce titre, nous proposons la **constitution d'un groupe de travail constitué de femmes hospitalo-universitaires et de femmes praticiens hospitaliers** pour qu'elles explicitent ce qui leur a manqué et ce qui serait concrètement de nature à les aider.

Les conclusions de ce groupe de travail seront rendues au premier trimestre 2024.

1

PROPOSITION 1

Contractualiser
au niveau du service,
sur la durée
de la carrière,
l'exercice
des trois missions.

3

Favoriser une formation au management et à la gestion de projets

Pour les trois Conférences, ces formations sont aujourd'hui nécessaires pour permettre aux hospitalo-universitaires d'assumer pleinement l'animation d'équipe qui leur sera confiée à un moment ou un autre, pour éviter des conflits de personnes et pour favoriser la conduite des projets dans des organisations par nature complexes.

Ces formations seraient proposées après la nomination, de façon à ne pas constituer un obstacle supplémentaire dans des parcours de nomination dont nous connaissons le caractère exigeant.

Elles seraient graduées, en abordant d'abord la gestion des conflits, l'animation de réunion, puis la gestion d'équipe et le management de projets.

Pour autant, ces formations ne doivent pas compliquer le parcours des MCU-PH, qui ont le plus souvent vocation à être rapidement nommés PU-PH.

Les praticiens hospitaliers peuvent exercer aussi des fonctions de chefs de service, d'animation d'équipe et de gestion de projets. Il convient donc de favoriser également leur formation dans ce domaine.

PROPOSITION 2

Favoriser une formation au management et à la gestion de projets.

AXE 2

Moderniser et revaloriser les statuts des HU

1

Traiter le sujet de la retraite des HU

Les trois Conférences se félicitent des annonces des ministres afin d'aligner le taux de remplacement de revenus à la retraite des HU à un niveau comparable à celui des PH.

Les modalités de déploiement devront cependant veiller à une équité de mise en œuvre entre les différentes générations.

2

Rénover le statut des CCU-AH

Le statut des CCU-AHA (ou CCA) souffre d'une vétusté notable en regard de celui des assistants et, plus encore, depuis la création du statut de docteur junior. Les enquêtes menées par la Conférence des doyens de médecine sur 2022 et 2023 montrent qu'environ 5 à 6 % des postes ne sont plus pourvus depuis deux ans. Pour certaines disciplines, cela correspond véritablement à un début d'apoptose, car l'absence de relais après les départs à la retraite des HU qui sont en fin de carrière signifie l'impossibilité d'enseigner ces disciplines. Ces postes vacants de CCA représentent une alerte massive qu'il convient de ne pas ignorer et de traiter au plus vite.

Des propositions concrètes ont été formulées à cet égard. Il s'agit d'en assurer la traduction dans le

3

Moderniser et revaloriser les statuts de PU-PH et de MCU-PH

A. Une perte de pouvoir d'achat significative sur trente ans...

Comme l'écrit le gouvernement dans la reprise des conclusions du groupe de travail sur l'attractivité HU (juillet 2021), « suite aux mesures de revalorisation des grilles des PH issues des accords du Ségur de la santé, la différence de rémunération entre ces praticiens hospitaliers et les MCU-PH et les PU-PH s'est réduite. Par ailleurs, les MCU-PH et les PU-PH atteignent rapidement l'échelon sommital, pour y rester jusqu'à la retraite ».

À ce titre, le gouvernement a décidé :

- pour le corps des MCU-PH, de supprimer les deux premiers échelons de la grille et de créer deux échelons en sommet de grille ;
- pour les PU-PH, de supprimer le premier échelon de la grille et de créer un échelon en sommet de grille.

Pour autant, cette mesure utile n'épuise malheureusement pas le sujet.

En prévision des Assises HU, les Conférences ont diligenté une étude de pouvoir d'achat des HU entre 1993 et 2023. Il s'agissait d'objectiver le ressenti de la communauté hospitalo-universitaire dans son ensemble d'un effritement au fil du temps du statut social des HU dans la société française.

Les conclusions de cette étude mettent en évidence une baisse du pouvoir d'achat des PU-PH (à euros constants) d'environ 20 % sur la période. La perte de pouvoir d'achat des MCU-PH est d'environ 10 %. **FIGURE 1**

PROPOSITION 3

Rénover le statut des CCU-AH (CCA)

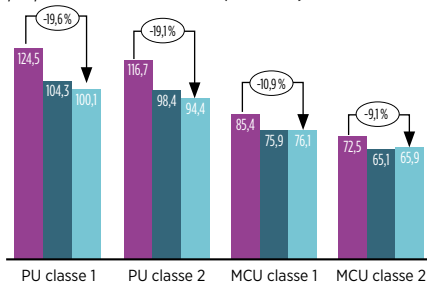
droit positif.

FIGURE 1

La rémunération fixe brute annuelle des hospitalo-universitaires a continûment baissé depuis 1993, traduisant ainsi la baisse de leur pouvoir d'achat

L'analyse présente l'évolution de la rémunération fixe brute annuelle par profil entre 1993 et 2023. L'année intermédiaire 2019 permet de rendre compte de l'impact du Ségur.

Évolution de la rémunération fixe brute annuelle par profil en K€ 2015 constants (1993-2023)



Évolution moyenne annuelle de la rémunération fixe brute annuelle en € 2015 constants (1993-2023)

| | | Classe 1 | Classe 2 |
|--------|-----------|----------|----------|
| PU-PH | 1993-2023 | -0,72 % | -0,71 % |
| | 1993-2019 | -0,68 % | -0,66 % |
| MCU-PH | 1993-2023 | -0,38 % | -0,31 % |
| | 1993-2019 | -0,45 % | -0,41 % |

Les PU-PH ont perdu 0,7 % par an, les MCU-PH environ 0,4 %. L'effet Ségur a plus bénéficié aux MCU-PH qu'aux PU-PH.

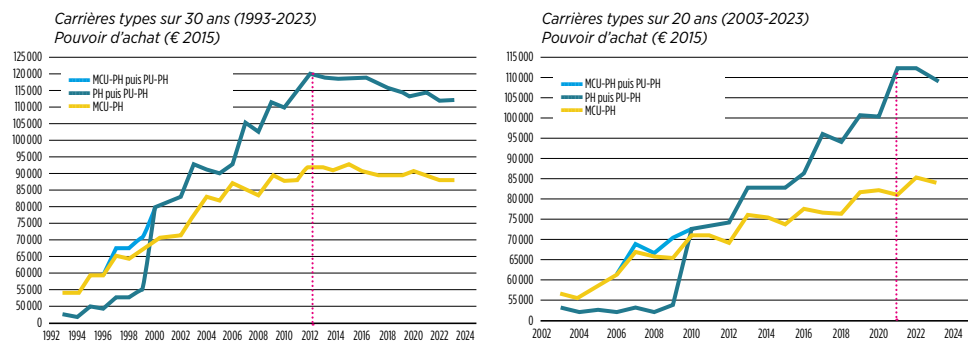
Les PU-PH ont perdu près de 20 % de leur pouvoir d'achat, les MCU-PH environ 10 %.

Source : « Étude sur le pouvoir d'achat des HU entre 1993 et 2023 », cabinet CMI, octobre 2023.

FIGURE 2
Sur la durée de la carrière HU, l'atteinte des plafonds d'échelon et d'indice se traduit par une baisse du pouvoir d'achat

Cette baisse se manifeste depuis 2012 pour une carrière ayant débuté en 1993 (donc après 19 ans de carrière), depuis 2021 pour une carrière commencée en 2003 (donc dès 18 ans de carrière).

L'étude montre aussi que la fin de carrière est très pénalisante puisqu'elle se traduit par une baisse rapide du pouvoir d'achat dans les dernières années d'exercice. **FIGURE 2**



Source : « Étude sur le pouvoir d'achat des HU entre 1993 et 2023 », cabinet CMI, octobre 2023.

B. ... que l'activité libérale et les activités accessoires ne sauraient masquer

Il serait assez délétère pour l'avenir des CHU de laisser l'attractivité HU se déliter au nom de dispositifs utilisés que par une petite minorité.

● **L'activité libérale concerne 1/5^e des HU et se trouve concentrée sur certaines disciplines**

Au terme des données en notre possession au 31 décembre 2022, 17% des HU ont une activité libérale (20% des PU-PH, 7% des MCU-PH).

Sur la base des honoraires moyens, on peut considérer que le complément de rémunération de ceux qui ont une activité libérale s'élève à 62 000 euros par an en moyenne.

Enfin et surtout, il ne faut pas perdre de vue que cette activité libérale est concentrée sur les disciplines à actes et qui sont concurrentielles.

Alors que 83% des HU ne disposent pas d'une activité libérale, il y aurait un vrai danger, pour l'avenir des CHU français, à laisser globalement le statut social des hospitalo-universitaires décrocher.

● **Des activités accessoires dont le montant moyen est limité**

41,5% des HU ont une activité accessoire au terme de l'enquête menée par la Conférence des directeurs généraux de CHU. Cette activité reflète le plus souvent leur expertise reconnue dans leur domaine d'excellence.

Le revenu moyen des activités accessoires déclarées s'élève en 2022 à 7 438 euros par an et par HU qui exerce une activité de cette nature.

C. Des pistes de revalorisation accessibles

Le choix des pouvoirs publics de remettre à niveau le revenu de remplacement à la retraite des HU, via une cotisation à l'Ircantec, va poser la question des échelons terminaux de la carrière hospitalière des HU pour compenser les effets d'une baisse mécanique du pouvoir d'achat.

Il faut se saisir de l'opportunité de cette discussion pour, par exemple, ajouter des échelons en fin de carrière afin de corriger la perte de pouvoir d'achat objectivée.

D. Moderniser les droits

Il convient d'harmoniser les droits des HU avec ceux des praticiens hospitaliers, notamment :

- harmoniser les règles de reprise d'ancienneté sur la base de celles existantes pour les PH ;
- ramener les obligations de service à 10 demi-journées par semaine ;
- donner l'accès au temps de travail additionnel ;
- ouvrir la possibilité d'exercice à mi-temps ;
- faciliter l'exercice à temps partiel des HU ;
- harmoniser la durée des congés.

Les trois Conférences demandent l'ouverture d'une concertation sur la modernisation et la revalorisation des statuts des PU-PH et de MCU-PH.

PROPOSITION 4



Ouvrir une concertation sur la modernisation et la revalorisation des statuts HU.

AXE 3

Préserver le temps d'enseignement et de recherche.

La redéfinition de conditions d'exercice mieux cadrées, la modernisation et la revalorisation des statuts sont indispensables. Pour autant, elles ne seront pas suffisantes si on ne préserve pas mieux les temps d'enseignement et de recherche des HU.

A. De multiples facteurs concourent à mettre sous tension les temps enseignement et recherche

La densification des soins est souvent évoquée pour expliquer la réduction du temps d'enseignement et de recherche. Cet argument est réel, comme le montre l'exemple du poids croissant des soins de proximité dans l'activité des CHU.

Pour autant, d'autres facteurs concourent structurellement à ce phénomène.

- **Le rapport de l'IGAS/IGAENR de 2018 l'a montré, le nombre d'étudiants a doublé entre 2005 et 2015, avec des taux d'encadrement par des personnels HU qui se sont dégradés.**

« 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.² »

Bilan ECN 2005-2015

| Année | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | augmentation 2005/2015 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------------|
| Numerus clausus 5 ans + tôt | 380 | 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 mission²

- Les exigences de qualité des examens dans le cadre de la R2C, les évolutions de la docimologie, l'apprentissage par la simulation, les ECOS et les modalités d'enseignement par petits groupes sont consommateurs de temps universitaires.

- Le temps de travail des HU juniors s'est réduit sur la période.
- Les soins se sont progressivement seniorisés.
- Les procédures de recherche sur le vivant se sont complexifiées sur la période.
- Le niveau d'excellence de la recherche s'est progressivement accru à mesure de la montée en puissance de la concurrence mondiale dans ce domaine.

En réalité, tous les facteurs d'évolution de l'exercice des trois missions ont contribué, sur le plan national comme sur le plan international, à consommer plus de temps d'enseignement et de recherche. Dans le même temps, le nombre de personnels HU est resté globalement stable.

B. La nécessité d'augmenter le nombre de postes HU

Par conséquent, un examen lucide de la situation conduit à la conclusion qu'il est illusoire de penser desserrer l'étau sur les missions d'enseignement et de recherche uniquement par un effet d'optimisation. Pour se donner les moyens de nos ambitions, il est devenu indispensable d'augmenter, dans des proportions suffisantes, le nombre de postes hospitalo-universitaires.

Le Ségur de la santé a marqué une première évolution en actant la création de 250 postes sur cinq ans dans un contexte où de nouveaux DES ont vu le jour. Ces postes seront en bonne partie consommés par l'ouverture des postes universitaires dans les sections 90, 91 et 92 du CNU (infirmiers, métiers de la rééducation et de la maïeutique), par l'ouverture d'un deuxième cycle aux Antilles et à la Réunion et, enfin, par la création du CHU d'Orléans.

Pour autant, sur 6 542 postes HU, il ne serait pas déraisonnable d'augmenter le nombre de postes d'environ 15% sur une période pluriannuelle. Cette proposition aboutirait à la création de 800 postes HU supplémentaires en médecine, auxquels il conviendrait d'ajouter 200 postes en pharmacie et odontologie. La création de ces 1000 postes aurait un coût universitaire d'environ 70 millions d'euros, et 140 millions en y intégrant la part hospitalière.

Ces montants sont importants mais ils sont à mettre en rapport avec le million de fonctionnaires hospitaliers et les 102,5 milliards d'euros de l'Ondam établissements de santé rectifié en 2023.

2. Rapport IGAS/IGAER, « Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution », p. 24.



PROPOSITION 5

Créer 1000 postes HU titulaires sur cinq ans.

2.2. Territoire

Permettre la création d'emplois HU titulaires par les collectivités territoriales

Pour répondre aux problèmes d'accès aux soins et aux besoins des territoires, un des principaux enjeux des CHU est de former plus de personnels de santé pour irriguer ceux-ci.

Un état des lieux des disciplines actuellement en danger à court et moyen termes et un travail prospectif d'évaluation des besoins de formation doivent guider l'évolution du nombre d'étudiants à former et d'emplois HU nécessaires pour les former.

Dans l'immédiat, l'implication des collectivités territoriales doit être favorisée.

A. La place nouvelle des collectivités territoriales

Face aux enjeux d'accès aux soins, les collectivités territoriales ont été amenées ces dernières années à financer des emplois de HU contractuels de façon à favoriser l'implantation territoriale des jeunes médecins.

Les enjeux de recherche, de rayonnement scientifique et de création de valeur constituent un second motif de création de postes HU territoriaux.

B. Permettre la création d'emplois HU titulaires

Afin de dépasser le plafond d'emplois du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, nos Conférences proposent que les collectivités territoriales qui le souhaitent puissent créer des emplois titulaires.

Les intéressés doivent être nommés dans les corps de PU-PH ou de MCU-PH.

Il conviendrait que les universités concernées et les CHU s'engagent à garantir le financement des postes créés, dans l'hypothèse, politiquement très peu probable, où la collectivité territoriale concernée remettrait en cause son financement s'agissant de postes pérennes.

Un travail est à engager, avec les cabinets santé et recherche, afin d'identifier les modalités techniques (numérotation de postes...) permettant de développer cette pratique sans obstacle administratif particulier.

C. Favoriser une émulation entre collectivités territoriales

Le débat de la place des collectivités territoriales dans le système de santé a souvent été posé.

En ouvrant cette possibilité sur un effet de levier majeur (les supports HU) de la politique des CHU et des sites universitaires, une émulation nouvelle entre collectivités territoriales serait ainsi ouverte.

Cette possibilité serait cohérente avec l'émergence de l'approche par les territoires des questions d'accès aux soins, d'innovation et de création de valeur.

PROPOSITION 6

Permettre aux collectivités territoriales de financer des postes HU titulaires.

6

2.3. Territoire : le CHU et l'UFR santé hors de leurs murs

Le CHU et l'UFR santé représentent l'épicentre d'un système de santé, de formation et de recherche biomédicale qui doit s'ouvrir sur son territoire, l'irriguer et s'en « nourrir ». La lutte contre les déserts médicaux fait partie de la responsabilité des pôles hospitalo-universitaires. L'UFR santé, avec le vaisseau amiral de la formation qu'est le CHU, a pour vocation de former les professionnels de santé, en adéquation avec les besoins de son territoire et en interprofessionnalité.

Cette stratégie doit s'appuyer sur la territorialisation et la graduation des filières de soins d'ores et déjà menées par les CHU dans leurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) et au sein de leur subdivision d'internat dans le cadre des conventions d'association passées avec les centres hospitaliers non universitaires, supports de GHT. Ces politiques, activement mises en œuvre, se traduisent par de très nombreux postes hospitaliers partagés (assistants, praticiens contractuels, praticiens hospitaliers), parfois par des équipes communes de territoires (urgences, anesthésie, obstétrique) et des cadres de santé en temps partagés. Elles permettent de renforcer la graduation et les filières de soins et, dès lors, un accès et une qualité des soins renforcés. Globalement, la territorialisation des modes d'exercice, tant pour les médecins que pour les cadres et les directeurs, peut être considérée comme un acquis important des quinze dernières années, sur lequel il convient de prendre appui.

Le défi de formation, qu'il convient de relever, se complexifie avec l'augmentation importante du nombre d'étudiants. Le maintien d'une formation médicale de qualité est un enjeu majeur pour lequel les doyens doivent se porter garant. L'intégration universitaire des professions paramédicales complexifie encore ce défi. Le plafond des capacités de formation doit donc être repoussé en maintenant le compagnonnage essentiel à la transmission des compétences. Ainsi, la recherche de terrain de stages formateurs associée à l'objectif d'irrigation territoriale nécessite de disposer de relais ou d'antennes universitaires répartis sur la subdivision de chaque CHU. Plusieurs modèles existent sur le territoire national, même s'ils sont encore trop peu connus et inégalement répartis. Ils doivent être adaptés aux particularités locales et certains commencent à faire la preuve de

leur efficacité, qu'il s'agisse de maisons de santé universitaires en médecine ambulatoire, de maîtres de stage universitaire, de postes de professeurs ou de maîtres de conférences associés, de postes de CCA ou d'assistants territoriaux, de chefferies de service partagées, mais aussi dans quelques cas de postes d'hospitalo-universitaires titulaires. Ces derniers ont leur activité médicale, d'enseignement et de recherche clinique dans un centre hospitalier tout en émargeant dans l'équipe universitaire de l'UFR santé de leur subdivision. Le binôme opérationnel est celui d'un enseignant-clinicien senior et d'un CCA ou d'un assistant. Ce dernier, s'il trouve pendant ces années de post-internat une relation professionnelle constructive et sécurisante, s'installera, dans le cadre d'un réseau de soins, à proximité de la structure qui l'a accueilli, peut-être même dans l'équipe où il a été assistant. Le renouvellement de ces postes de jeunes médecins permet d'assurer une irrigation progressive. Par ailleurs, ce binôme « senior universitaire/assistant » permet d'envoyer des externes et des internes en stage dans le territoire, garantissant leur apprentissage dans de bonnes conditions d'encadrement. L'expérience, notamment havraise, montre que ces étudiants, en découvrant l'exercice médical loin de la ville universitaire du CHU, expriment souvent le souhait d'y faire carrière. Ainsi, ces antennes universitaires délocalisées favorisent l'attractivité de jeunes professionnels de santé qui viennent se fixer dans le territoire.

Par ailleurs et dans le cadre de cette universitarisation territoriale, l'ouverture d'un PASS ou d'une LAS délocalisés dans une ville disposant d'une infrastructure universitaire, mais pas d'une UFR santé, permet aussi de donner accès aux études médicales à des jeunes qui n'ont pas encore l'autonomie et la maturité pour quitter leur environnement familial. Ces jeunes reviennent très souvent, après leurs études, s'installer pour exercer leur métier dans le territoire dont ils sont issus.

Enfin, le maillage territorial par ces antennes universitaires permet la création d'un réseau de recherche clinique à l'échelle de la subdivision, aussi bien hospitalier qu'en médecine ambulatoire. Ce réseau permet de donner accès à des populations parfois éloignées du CHU, aux protocoles de soins innovants. Il s'agit là d'un enjeu majeur d'égalité d'accès à l'innovation. Il permet également de favoriser les inclusions dans les protocoles multicentriques et le

développement de cohortes territoriales. Enfin, il permettra l'élaboration de stratégies de prévention en soins primaires, s'appuyant sur le numérique en santé et donc le traitement de données massives.

PROPOSITION 7

Décliner un modèle d'universitarisation des territoires.

2.4. Recherche et innovation: clarifier, assouplir et motiver

Les trois Conférences considèrent que le plan de rénovation de la recherche constitue une opportunité.

CHU et recherche sont intrinsèquement et intimement liés: les jeunes médecins s'orientent vers les carrières HU par curiosité, désir de comprendre et, finalement, la volonté de contribuer au progrès de la lutte contre la maladie. En retour, le niveau de la recherche médicale tire vers le haut la qualité des soins prodigués à la population, consolide la place des CHU et contribue au rayonnement scientifique de la France.

À cet égard, nos Conférences formulent trois propositions principales.

2.4.1 Clarifier et dynamiser la politique de recherche nationale et territoriale.

Nos Conférences proposent deux outils nouveaux de nature à donner une impulsion nouvelle.

- **Un accord-cadre national pour affirmer une cohérence nouvelle**

Cet accord-cadre national serait signé par l'Inserm, les Conférences HU et France Universités. Il permettrait d'affirmer une cohésion nouvelle de l'écosystème santé:

- en définissant une gouvernance et un espace pérenne de dialogue;
- en choisissant des objectifs stratégiques précis;
- en affirmant la volonté d'avancer vers des mécanismes opérationnels destinés à faciliter la vie des chercheurs: définition de guichets uniques, partage principal de la propriété intellectuelle, règle unique régissant les échantillons, etc.

Chaque site aurait ensuite pour responsabilité de décliner ces orientations à son niveau.

- **Un contrat de site Inserm/Université/CHU**

Ce contrat serait conclu pour cinq ans afin de dynamiser la politique de site.

Il permettrait de s'accorder sur la politique de recherche en santé menée par le site.

Les moyens affectés par les institutions pour cette ambition seraient explicitement listés.

Lorsque le CHU investit des moyens en propre dans les UMR, la cotutelle de celles-ci par le CHU serait favorisée afin de permettre une visibilité, pour les institutions et les chercheurs, sur la stratégie et les moyens engagés par les différentes parties prenantes.

Enfin, en cohérence avec l'accord-cadre national, des objectifs concrets de simplification de la vie des chercheurs seraient définis.

PROPOSITION 8

Créer une cohérence et une dynamique nouvelle par un accord-cadre national et des contrats de site sur la recherche en santé

2.4.2 Promouvoir un intéressement des services au plus près du terrain

Les trois Conférences conviennent de la nécessité d'organiser un retour au niveau du service de crédits MERRI.

Le Ségur de la santé a acté l'augmentation de 50 millions d'euros par an, sur cinq ans des crédits MERRI. Cette augmentation offre l'opportunité d'imaginer un intéressement des services à la croissance de ces crédits.

Les trois Conférences HU et le CNCR travaillent à la définition de plusieurs modèles d'intéressement.

Ces modèles seront présentés aux CHU afin qu'ils définissent une modalité d'intéressement qui leur semble la plus adaptée.

Dans l'esprit des Conférences, il s'agit d'un intéressement collectif ciblé sur le service de soin ou sur l'équipe de recherche.

PROPOSITION 9

Généraliser un intéressement par service à la croissance des crédits recherche.

2.4.3 Porter l'innovation en santé dans les territoires

Les CHU, comme les universités, ont vocation à porter l'innovation en santé et une politique de création de valeur dans les territoires. Cette ambition commence par le rôle territorial que les CHU souhaitent tenir en matière de recherche en santé publique (santé globale, prévention, soins primaires...).

S'agissant de l'innovation, il est proposé que chaque CHU définisse un guichet unique, facilement accessible, pour les start-up et les entreprises du territoire. Afin de favoriser cette mise en lien des écosystèmes territoriaux, un tiers-lieu par CHU pourrait être imaginé.

De la même façon, les conditions réglementaires posées pour la prise de participation des CHU dans les start-up devraient être assouplies.

PROPOSITION 10

Assouplir les conditions réglementaires d'entrée d'un CHU au capital d'une start-up.

10 PROPOSITIONS CLÉS

DES TROIS CONFÉRENCES DE CHU

1

PROPOSITION 1

Contractualiser au niveau du service, sur la durée de la carrière, l'exercice des trois missions.

2

PROPOSITION 2

Favoriser une formation au management et à la gestion de projets.

3

PROPOSITION 3

Rénover le statut des CCU-AH (CCA).

4

PROPOSITION 4

Ouvrir une concertation sur la modernisation et la revalorisation des statuts HU.

5

PROPOSITION 5

Créer 1000 postes HU titulaires sur cinq ans.

6

PROPOSITION 6

Permettre aux collectivités territoriales de financer des postes HU titulaires.

7

PROPOSITION 7

Décliner un modèle d'universitarisation des territoires.

8

PROPOSITION 8

Créer une cohérence et une dynamique nouvelle par un accord-cadre national et des contrats de site sur la recherche en santé.

9

PROPOSITION 9

Généraliser un intéressement par service à la croissance des crédits recherche.

10

PROPOSITION 10

Assouplir les conditions réglementaires d'entrée d'un CHU au capital d'une start-up.

Conférence des Doyens
des facultés de Médecine

