



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

ANNEXES TOME II

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

SOMMAIRE

ANNEXE 1 RAPPORTS ET PUBLICATIONS	3
ANNEXE 2 LETTRE DE MISSION DES DEUX MINISTRES AUX CONFERENCES.....	5
ANNEXE 3 TEXTE INITIAL DE L'ORDONNANCE N°58-1373 DU 30 DECEMBRE 1958	8
ANNEXES 4 DONNEES STATISTIQUES SUR LES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES.....	11
ANNEXE 5 DISPOSITIONS STATUTAIRES REGISSANT LES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS DES CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES.....	41
ANNEXE 6 LISTE DES SECTIONS ET SOUS-SECTIONS DU CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES POUR LES DISCIPLINES MEDICALES, ODONTOLOGIQUES ET PHARMACEUTIQUES	51
ANNEXE 7 TABLEAUX COMPARATIFS DES AUTORITES COMPETENTES POUR LA GESTION DES PERSONNELS HU ET PH ET PROPOSITIONS DE LA MISSION EN MATIERE DE DECONCENTRATION	55
ANNEXE 8 LES DOUBLES CURSUS MEDECINE/SCIENCES	59
ANNEXE 9 GRILLE D'EVALUATION DU CNU SANTE.....	63
ANNEXE 10 INSTRUCTION DU MESR DE MAI 2015 : PROPOSITION DE CADRAGE POUR LA REVISION DES EFFECTIFS HU	67
ANNEXE 11 SCHEMA DE REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DE L'AP-HP	69
ANNEXE 12 SCORES SIGAPS/SIGREC PAR CHU	71
ANNEXE 13 LES ACTIVITES DE RECOURS ET DE REFERENCE.....	75
ANNEXE 14 INSTITUT GUSTAVE ROUSSY: EVALUATION DES PRATICIENS.....	79
ANNEXE 15 NOTICE ET GRILLE D'EVALUATION DU SCORE SIAPS REALISEES PAR LA CONFERENCE DES DOYENS DE MEDECINE.....	101
ANNEXE 16 COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	113

ANNEXE 1

RAPPORTS ET PUBLICATIONS

- Rapport des médiateurs au Premier ministre : « *Le système de santé français – réflexions et propositions* »- remis par les professeurs Jean Dausset, Jean Rey, Maurice Tudiana ; Pierre Schopflin et Jean Terquem, conseillers d'État- août 1983- Documentation française
- Rapport de l'Académie nationale de médecine, au nom de la Commission XIV (Enseignement et problèmes hospitalo-universitaires) : « *La désaffectation pour les carrières hospitalo-universitaires* »- Novembre 2000
- Rapport IGAS/IGAENR n°2000-060 et n°2004-033 : « *Évaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires* » - juillet 2004
- Rapport de François Giraud, sénateur, au Premier Ministre : « *Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions* »- 2005
- Rapport du Professeur Ducassou : « *Plan hôpital 2007 – Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université* »- avril 2003
- Rapport de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires, présidée par le Professeur Jacques Marescaux- mai 2009
- Rapport IGAENR /IGAS n°2010-046 et RM2010-088P : « *Le post-internat- -constats et propositions* »- juin 2010
- Rapport IGAENR n°2010-076 : « *Guide d'audit des établissements d'enseignement supérieur et de recherche en vue de l'optimisation des fonctions supports* » - juillet 2010
- Rapport IGAS/IGAENR n° R 2011-020P et 2011-008 : « *Mission sur la retraite des hospitalo-universitaires* »- Février 2011
- Rapport remis de Raphaël Gaillard- « *Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire* »- mai 2011.
- Rapport IGAENR n°2013-089 : « *Des effets de la loi LRU sur le processus de recrutement des enseignants-chercheurs* » - novembre 2013 »
- Rapport de Dominique Laurent, conseillère d'État à la ministre de la santé et des affaires sociales : « *L'activité libérale dans les établissements publics de santé* » -mars 2013
- Rapport IGAENR n°2015-073 : « *Le recrutement, le déroulement de la carrière et la formation des enseignants-chercheurs*»- septembre 2015
- Rapport IGAS n°2016-83 avec contribution de l'IGAENR : « *Risques psychosociaux des personnels médicaux* »- décembre 2016
- Rapport IGAENR/IGAS n°2016-095 et N°2016-045R : « *Le modèle économique des instituts hospitalo-universitaires (IHU)* »-décembre 2016
- Rapport IGAS/IGAENR n°2017-023 et n°2017-057: « *Attractivité et formation des professions de santé au travail* »-août 2017
- Rapport de la Cour des comptes : « *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale* »- décembre 2017

- 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* »- décembre 2017
- Rapport du Professeur Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ et Quentin HENNION-IMBAULT : « *Mission deuxième cycle des études de médecine* »- décembre 2017
- Rapport du Professeur Loïc Vaillant, avec l'appui de l'IGAS et de l'IGAENR : « *Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé* » - décembre 2017
- Rapport IGAS/IGAENR n° 2017-118R et R 2018-052 : « *Évaluation du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)* »- mai 2018.

ANNEXE 2

LETTRE DE MISSION DES DEUX MINISTRES AUX CONFERENCES



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET
DE L'INNOVATION

(7)

10 NOV. 2017

Professeur Michel CLAUDON
Président de la Conférence des présidents de CME de CHU
Monsieur Jean-Pierre DEWITTE
Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU
Professeur Jean-Luc DUBOIS-RANDE
Président de la Conférence des Doyens de faculté de médecine
Professeur Bernard MULLER
Président de la Conférence des Doyens de pharmacie
Professeur Gilles ROUSSEL
Président de la Conférence des Présidents d'Université
Professeure Corinne TADDEI-GROSS
Présidente de la Conférence des Doyens d'odontologie

Madame la Présidente, Messieurs les Présidents

L'ordonnance du 30 décembre 1958 a créé les centres hospitaliers universitaires en instaurant l'association par convention des centres hospitaliers régionaux publics et à l'époque, des facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et pharmacie ou écoles nationales de médecine, qui conservaient leur personnalité juridique respective.

Cette ordonnance introduit dans ses articles 2 et 3 la triple mission de soins-enseignement-recherche, caractéristique de « l'ADN » des CHU, et crée en son article 5 le temps plein hospitalo-universitaire.

René BILLIERES, ministre de l'Education nationale de l'époque, proposait alors de « faire de l'irréversible ».

C'est un fait : les ordonnances de 1958, qu'aucun texte législatif n'est venu modifier en profondeur, ont été le point de départ d'une de nos spécificités et d'un de nos marqueurs, reconnus au niveau international. Les CHU sont passés de 24 au début des années 1960 à une trentaine aujourd'hui et incarnent l'excellence collective.

Cette construction a permis de former plusieurs générations de professionnels de santé, de

développer et dynamiser la recherche médicale, et de structurer un échelon de recours dans la gradation de l'offre de soins. Notre pays s'est ainsi doté d'un outil d'excellence et d'innovation reconnu comme tel en France et à l'étranger. Nous pouvons en être fiers.

14 AVENUE DUQUESNE, 75350 PARIS - TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00
21 RUE DESCARTES, 75231 PARIS - TÉLÉPHONE : 01 55 55 10 10

Nous célébrerons en 2018 les 60 ans des ordonnances et du modèle hospitalo-universitaire. S'il ne s'agit pas de modifier ces textes fondateurs, les évolutions médicales, scientifiques, organisationnelles, technologiques, numériques, financières, sociétales, et en matière de prise en charge constituent autant de défis et d'opportunités pour faire évoluer le modèle et le positionnement du CHU dans ses trois dimensions soins-enseignement-recherche. Ces transformations impactent également l'ensemble des acteurs du système de soins, qui font preuve d'une forte capacité d'adaptation, au service des patients.

Les conférences des directeurs généraux de CHU, de présidents de CME de CHU, de Doyens de faculté de santé et de Présidents d'université ont démontré leur capacité à travailler de concert et mener la réflexion nécessaire. Comme vous l'indiquiez en effet dans le cadre de vos dernières Assises, il ne s'agit pas de se protéger d'évolutions internes et externes, ou de les subir, mais bien de les saisir comme autant d'opportunités pour faire évoluer un modèle hospitalo-universitaire acteur et moteur de ces transformations, avec une vision audacieuse.

Aussi, à quelques jours des « inter-Assises » à Nancy et à un an des prochaines Assises à Poitiers, nous souhaitons vous confier une mission commune sur « le CHU de demain ». Tout en gardant ce lien essentiel entre soins, recherche, et formation - initiale et continue, il vous faudra proposer les évolutions permettant de répondre dans le cadre de la stratégie nationale de santé et avec l'ensemble des autres acteurs de l'offre de soins aux enjeux d'organisation territoriale, de santé publique et notamment de prévention, de pluriprofessionnalité, d'accès aux soins, de pertinence et de qualité des actes et prises en charge. En concertation avec l'ensemble des acteurs de la recherche, et dans un contexte où la pluridisciplinarité, les liens avec la biologie, mais aussi les sciences dites dures et les sciences humaines et sociales sont essentiels, il vous faudra proposer les évolutions favorisant la recherche et l'innovation en santé pour que notre modèle français conserve sa reconnaissance internationale. Dans un contexte d'évolution rapide des méthodes pédagogiques, des attentes des étudiants et de leurs futurs patients, il vous faudra proposer les évolutions du rôle du CHU dans la formation des professionnels de santé.

Vous remettrez votre rapport contenant vos préconisations en novembre 2018, avant la tenue des 16^e Assises hospitalo-universitaires.

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, l'expression de notre sincère considération.



Agnès BUZYN



Frédérique VIDAL

ANNEXE 3

TEXTE INITIAL DE L'ORDONNANCE N°58-1373 DU 30 DECEMBRE 1958

(relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale)

Art. 1^{er}

Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente ordonnance. Ces centres prennent le nom de "centres hospitaliers et universitaires".

Les facultés ou écoles et les établissements hospitaliers conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs ; ils sont tenus de conclure des conventions pour préciser les modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires.

Les législations et réglementations universitaires et hospitalières restent respectivement applicables à ces centres, chacune dans son domaine propre, sous réserve des dérogations prévues par la présente ordonnance et ses textes d'application.

Art. 2

Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et les enseignements para-médicaux.

Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie.

Art. 3

Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les facultés et écoles nationales. Elles doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière.

Le régime des études médicales et post-universitaires, ainsi que l'organisation de la recherche sont fixés par décrets, pris sur le rapport du ministre de l'éducation nationale. En ce qui concerne la recherche, ces décrets sont contresignés par les ministres intéressés.

Art. 4

Les difficultés qui s'élèvent à l'occasion de la conclusion ou de l'application des conventions prévues à l'article 1er sont examinées par une commission comprenant le préfet, président, le doyen de la faculté ou le directeur de l'école et l'inspecteur divisionnaire de la Santé publique

À défaut d'accord intervenu devant cette commission, il est statué par décision commune des ministres de l'Éducation nationale et de la Santé publique et de la Population, dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Art. 5

Les membres du personnel médical et scientifique des centres créés à l'article 1^{er} 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'éducation nationale et de la santé publique 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 pourront être prévues par leur statut.

Ils sont soumis, pour leur activité hospitalière comme pour leur activité universitaire, à une juridiction disciplinaire unique instituée sur le plan national. Cette juridiction est présidée soit par un conseiller d'État, soit par un professeur d'enseignement supérieur, désigné conjointement par les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé publique ; elle est composée de membres pour moitié élus par les personnels intéressés et pour moitié nommés à parts égales par les mêmes ministres.

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.

Art. 6

Des conventions peuvent être conclues par les facultés ou écoles et par les établissements hospitaliers visés à l'article 1^{er} ci-dessus, agissant conjointement, avec d'autres hôpitaux ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article 2 ci-dessus.

Art. 7

Les charges financières résultant de l'application de la présente ordonnance sont supportées en totalité en ce qui concerne l'enseignement public médical et post-universitaire, par le budget du ministère de l'éducation nationale. En ce qui concerne la recherche médicale, les charges incombant à l'État sont réparties entre ce budget et celui du ministère de la santé publique et de la population (institut national d'hygiène).

Art. 8

Des décrets en conseil d'État déterminent les modalités d'application de la présente ordonnance, ainsi que les mesures transitoires nécessaires, et notamment :

- le statut et les conditions de rémunération du personnel médical et scientifique enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires ;
- les conditions dans lesquelles les assistants, les médecins, les chirurgiens, les spécialistes des hôpitaux des villes universitaires et les assistants, chefs de clinique, chefs de travaux agrégés, maîtres de conférences agrégés, professeurs des facultés ou écoles nationales de médecine et professeurs en service extraordinaire, en fonctions lors de la promulgation de la présente ordonnance, peuvent demander soit à être intégrés dans les nouveaux corps constitués en

application de l'article 5, soit à conserver le régime du corps auquel ils appartiennent (universitaires non hospitaliers ; hospitaliers non universitaires ; médecins hospitaliers à temps partiel, universitaires ou non) ;

- les conditions dans lesquelles certains services ou certains personnels médicaux des établissements hospitaliers visés à l'article 1er ci-dessus pourront être maintenus partiellement ou totalement en dehors de l'application de la présente ordonnance ;
- le régime de l'internat et de l'externat des hôpitaux des villes universitaires ;
- les conditions dans lesquelles sont établies les conventions prévues aux articles 1er et 6 ;
- les conditions d'application de la présente ordonnance à l'assistance publique de Paris, à l'assistance publique de Marseille et aux hospices civils de Lyon ;
- les conditions d'établissement des projets d'aménagement et d'équipement des centres hospitaliers et universitaires. le régime de la propriété des bâtiments construits ou aménagés en application de la présente ordonnance ;
- les conditions dans lesquelles les dépenses d'enseignement et de recherches qui ne peuvent être isolées dans le budget des établissements hospitaliers font l'objet d'un versement forfaitaire du ministère de l'éducation nationale ;
- les conditions dans lesquelles certaines dispositions de la présente ordonnance peuvent être rendues applicables aux études dentaires et aux chirurgiens-dentistes, ainsi qu'aux pharmaciens pour certaines disciplines biologiques.

Art. 9

L'article L. 734-1 du code de la santé publique est abrogé.

Art. 10

Les conditions et modalités d'application de la présente ordonnance dans les départements d'outre-mer, dans les départements d'Algérie et dans ceux des Oasis et de la Saoura sont déterminées par décret.

Art. 11

La présente ordonnance sera publiée au Journal officiel de la République française et exécutée comme loi.

Fait à Paris, le 30 Décembre 1958.

Charles DE GAULLE.

Par le président du conseil des ministres

Le ministre d'État, GUY MOLLET.

Le ministre de l'intérieur, EMILE PELLETIER.

Le ministre des finances et des affaires économiques, ANTOINE PINAY.

Le ministre de l'éducation nationale, JEAN BERTHOIN.

Le ministre du travail et de la sécurité sociale, PAUL BACON,

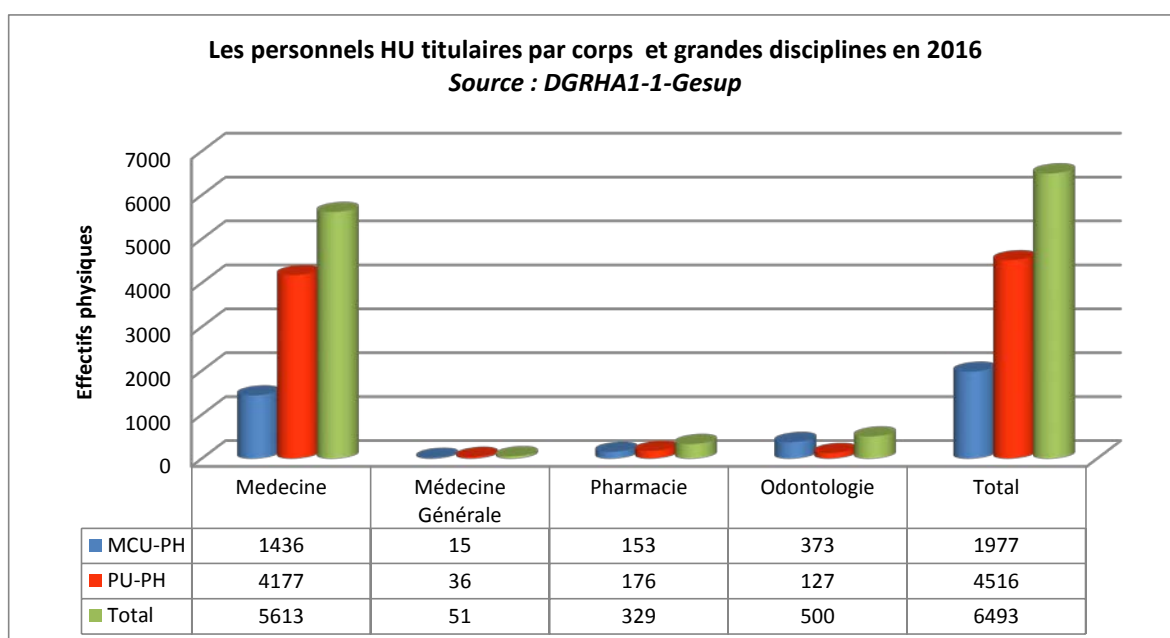
Le ministre de la santé publique et de la population

ANNEXES 4

DONNEES STATISTIQUES SUR LES PERSONNELS HOSPITALO- UNIVERSITAIRES

1 LES EFFECTIFS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS TITULAIRES EN 2016

Graphique 1 : Les personnels titulaires hospitalo-universitaires par corps et grandes disciplines en 2016 (effectifs physiques)



Source : DGRHA 1-1

Le graphique n°1 présente les effectifs des MCU-PH et PU-PH en médecine, odontologie et pharmacie, soit un total de 6493, et 6442 personnels titulaires (hors médecine générale).

Avec les personnels non titulaires HU (donc hors associés) (cf. tableau n°1 ci-dessous), on arrive à un effectif total de **10.779 personnels enseignants et hospitaliers en 2016**.

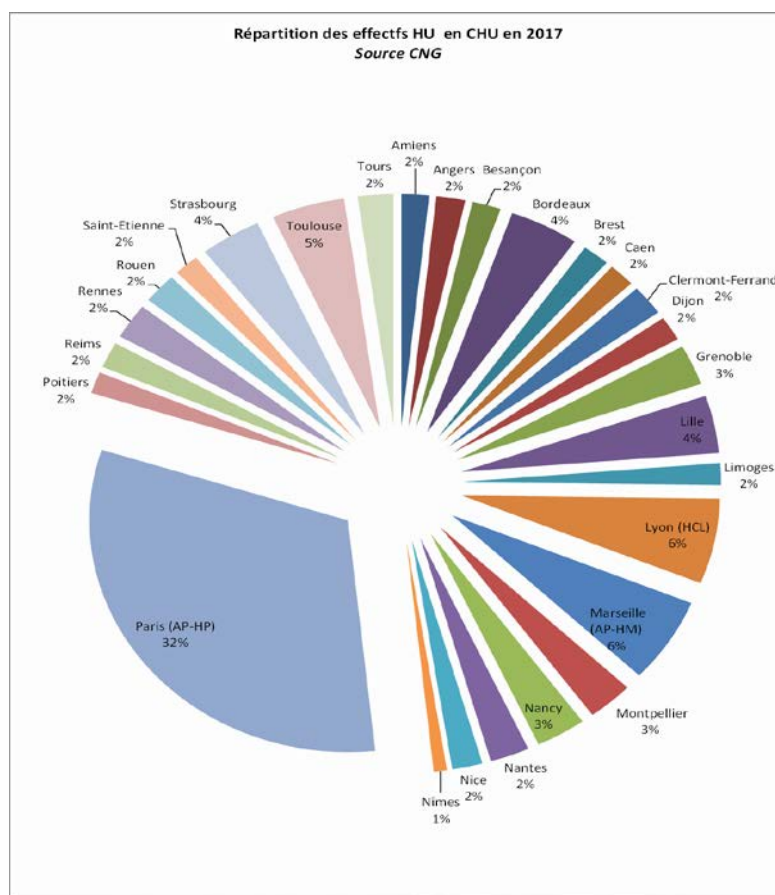
Tableau 1 : Les personnels non titulaires enseignants et hospitaliers –évolution 2012/2017

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
Personnel associé	209	232	254	235	221	12
Ensemble des personnels non titulaires HU	4559	4536	4631	4586	4568	9

Source : Enquête non permanents DGRH A2-3 de 2012 à 2016.

2 LA REPARTITION DES PERSONNELS HU TITULAIRES PAR CHU EN 2017

Graphique 2 : La répartition des effectifs HU titulaires (MCU-PH+PU-PH) en CHU en 2017 en %

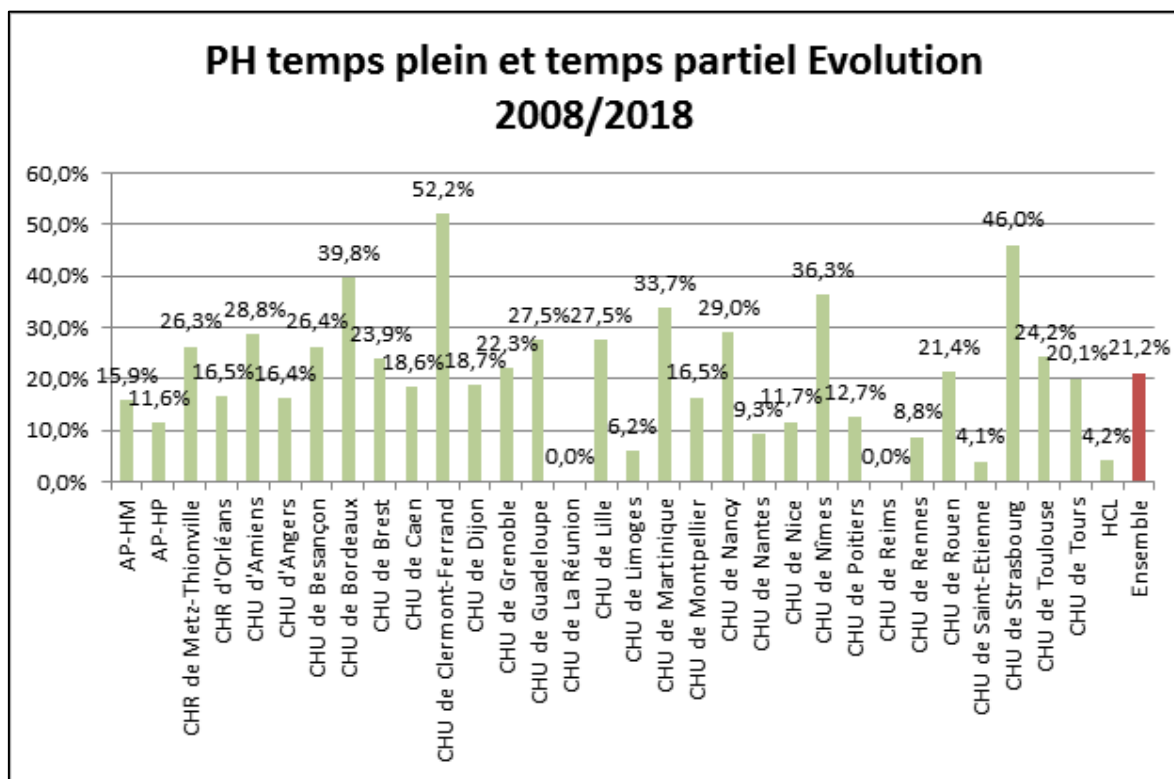


Source : CNG

Le graphique n°2 présente la répartition des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de médecine en fonction dans les CHU ; ceux-ci représentent 93,3 % de l'effectif total des HU titulaires. Le graphique met en lumière la forte concentration des personnels HU titulaires sur l'AP-HP (32 % du total), Lyon et Marseille représentant chacun 6 % et Toulouse 5 % des effectifs.

3 LES PH DANS LES CHU

Tableau 2 : Évolution du nombre de praticiens hospitaliers titulaires par CHU de 2008 à 2018.



Source : CNG

Le tableau n°2 ci-dessus met en lumière les différentiels d'augmentation du nombre de praticiens hospitaliers affectés dans les CHU entre 1998 et 2018 : + 52 % à Clermont-Ferrand, +46 % à Strasbourg, +39,8 % à Bordeaux, +27,5 % à Lille, +24,2 % à Toulouse pour +11,6 % à l'AP-HP, +6,2 % à Limoges et +4,1 % à Saint Etienne.

Tous CHU confondus, le nombre de PH a augmenté de 21,2 % entre 2008 et 2018.

4 ÉVOLUTION DES EFFECTIFS HU TITULAIRES

Par corps et grandes disciplines

Le tableau n°3 présente l'évolution des effectifs physiques HU sur 20 ans et met en lumière plusieurs phénomènes :

- une très légère hausse entre 1996 et 2016 (+117 postes) due notamment à la création de la filière de médecine générale, avec une augmentation modérée mais régulière des effectifs jusqu'en 2012 et un tassement à partir de 2013 (-144) ;
- une diminution du nombre de MCU-PH en médecine (-189) à compter de 2008, mais une augmentation continue des PU-PH sur toute la période (+ 253) ;
- une évolution inverse en odontologie où les PU-PH diminuent (-68) au profit des MCU-PH (+43 sur les vingt ans mais avec une diminution en 2015 et 2016) ;

- ▶ en pharmacie, la création des corps bi-appartenants enseignants et hospitaliers gagée sur la suppression des postes équivalents de statut universitaire.

Tableau 3 : Évolution des effectifs MCU-PH et PU-PH par grandes disciplines de 1996 à 2016

Grande discipline / Corps	1996	2000	2004	2008	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 96/2016
Médecine	5 549	5 519	5 564	5 615	5 747	5 706	5 695	5 731	5 664	115
MCMG								8	15	15
MCUPH	1 625	1 641	1 647	1 578	1 583	1 529	1 501	1 499	1 436	-189
PRMG								32	36	36
PUPH	3 924	3 878	3 917	4 037	4 164	4 177	4 194	4 192	4 177	253
Odontologie	525	517	517	530	530	525	533	513	500	-25
MCPHO	330	359	373	392	395	395	401	389	373	43
PR1G					5	2	1			0
PUPHO	195	158	144	138	130	128	131	124	127	-68
Pharmacie	1 737	1 787	1 783	1 825	1 795	1 811	1 772	1 776	1 764	27
MCF	1 071	1 137	1 167	1 217	1 213	1 099	1 048	1 046	1 032	-39
MCPHP						130	144	149	153	153
PR	666	650	616	608	582	413	405	399	403	-263
PUPHP						169	175	182	176	176
Total général	7 811	7 823	7 864	7 970	8 072	8 042	8 000	8 020	7 928	117

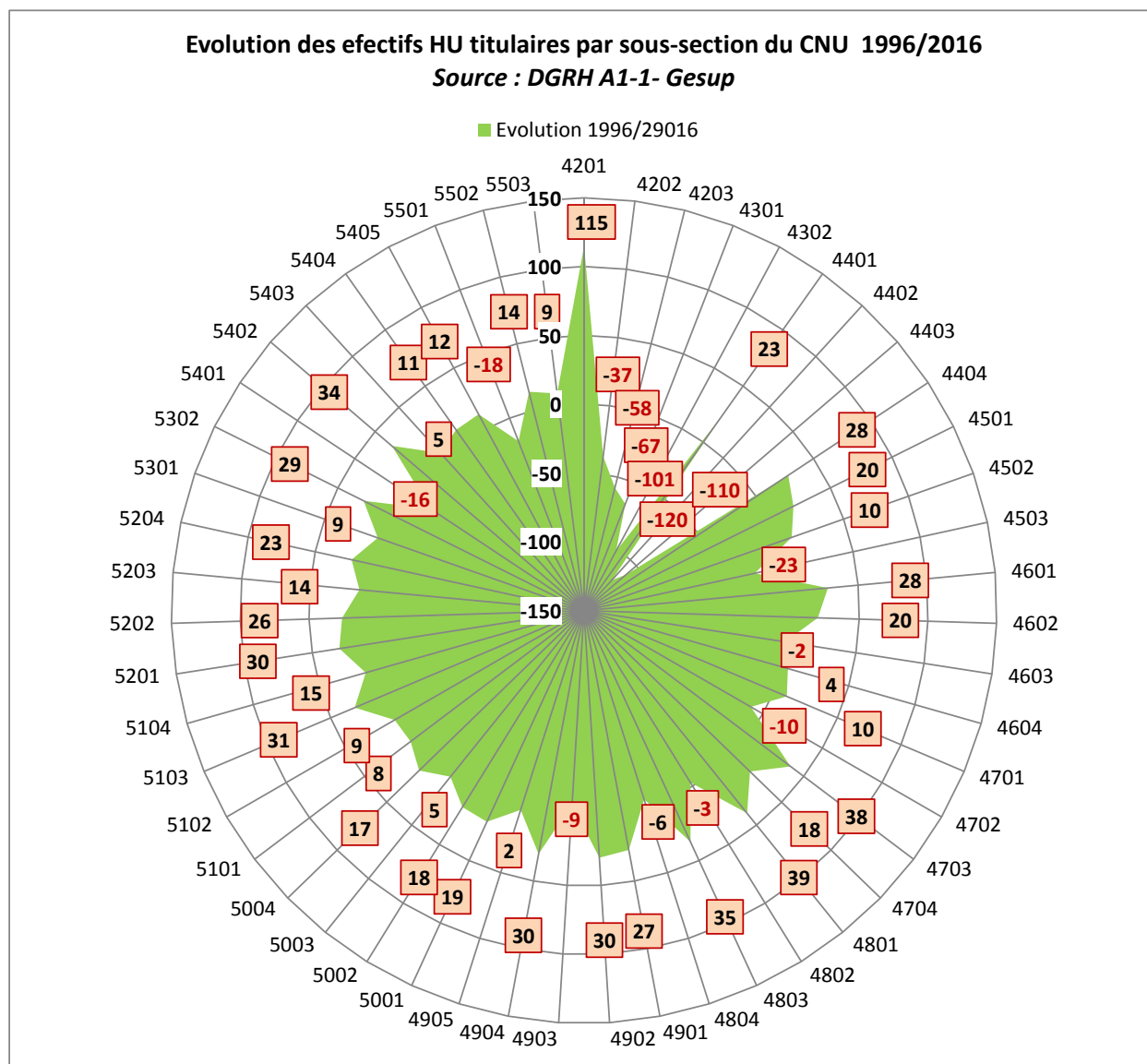
Source : DGRH A1-GesuP

Par section et sous-section du CNU

Le graphique n°3 et le tableau n°4 mettent en lumière l'évolution contrastée sur 20 ans des effectifs des différentes sous-sections de médecine avec des diminutions d'effectifs relativement importantes sur certaines disciplines biologiques (notamment en 43-01, 44-01 et 44-02). Les augmentations portent, quant à elles, sur les disciplines cliniques et mixtes.

En odontologie, les évolutions entre disciplines sont moins marquées.

Graphique 3 : Évolution de la répartition des effectifs hospitalo-universitaires titulaires (MCU-PH et PU-PH) en **médecine** par sous-section du CNU de 1996 à 2016



Source : DGRH A1-1: GESUP

NB : les numéros (42 01, etc....) renvoient aux numéros des sous- sections du conseil national des universités (CNU) des disciplines médicales figurant en annexe au rapport¹.

¹ Cf. annexe 6 : liste des sections et sous sections du CNU dans les disciplines de santé.

Tableau 4 : Répartition, par grande discipline, sous-section et corps, des personnels enseignants et hospitaliers- Évolution 1996-2016

Répartition par grande discipline, sous-section, corps et année des enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires										
Grande discipline / Sous-section	1996	2000	2004	2008	2012	2013	2014	2015	2016	évolution 1996/2016
Médecine	5 549	5 519	5 564	5 615	5 747	5 706	5 695	5 731	5 664	115
4201	152	140	139	140	129	126	122	119	115	-37
MCUPH	53	52	54	53	47	43	39	38	35	-18
PUPH	99	88	85	87	82	83	83	81	80	-19
4202	167	141	129	120	111	112	108	111	109	-58
MCUPH	103	92	90	76	68	64	59	61	59	-44
PUPH	64	49	39	44	43	48	49	50	50	-14
4203	225	221	217	201	175	164	165	162	158	-67
MCUPH	114	113	113	101	80	71	68	67	63	-51
PUPH	111	108	104	100	95	93	97	95	95	-16
4301	244	233	213	205	182	171	157	151	143	-101
MCUPH	152	151	135	120	107	97	85	78	72	-80
PUPH	92	82	78	85	75	74	72	73	71	-21
4302	166	180	178	180	189	191	194	192	189	23
MCUPH	8	12	12	15	20	19	20	20	18	10
PUPH	158	168	166	165	169	172	174	172	171	13
4401	326	312	300	253	247	241	224	213	206	-120
MCUPH	209	212	209	166	165	159	144	134	126	-83
PUPH	117	100	91	87	82	82	80	79	80	-37
4402	319	298	282	261	247	238	224	215	209	-110
MCUPH	202	192	191	172	143	132	119	111	103	-99
PUPH	117	106	91	89	104	106	105	104	106	-11
4403	70	79	88	96	102	101	100	98	98	28
MCUPH	32	42	44	46	50	49	51	49	48	16
PUPH	38	37	44	50	52	52	49	49	50	12
4404	44	52	64	61	61	60	62	64	64	20
MCUPH	11	14	19	17	18	18	19	22	20	9
PUPH	33	38	45	44	43	42	43	42	44	11
4501	230	237	244	246	242	245	247	244	240	10
MCUPH	142	149	154	143	140	143	142	144	138	-4
PUPH	88	88	90	103	102	102	105	100	102	14
4502	114	108	110	112	100	97	92	91	91	-23
MCUPH	75	71	74	77	65	63	57	55	56	-19
PUPH	39	37	36	35	35	34	35	36	35	-4
4503	55	64	62	69	72	74	80	82	83	28
MCUPH			2	4	7	8	12	12	15	15

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

PUPH	55	64	60	65	65	66	68	70	68	13
4601	91	97	98	100	105	109	109	115	111	20
MCUPH	45	43	44	38	41	41	41	44	43	-2
PUPH	46	54	54	62	64	68	68	71	68	22
4602	51	55	55	54	57	56	54	51	49	-2
MCUPH	21	22	23	25	27	26	24	21	19	-2
PUPH	30	33	32	29	30	30	30	30	30	0
4603	51	53	50	55	58	54	56	59	55	4
MCUPH	17	19	18	20	22	21	22	23	22	5
PUPH	34	34	32	35	36	33	34	36	33	-1
4604	76	81	92	92	95	90	90	90	86	10
MCUPH	40	42	44	46	47	41	40	41	37	-3
PUPH	36	39	48	46	48	49	50	49	49	13
4701	211	212	221	215	214	202	206	206	201	-10
MCUPH	93	92	92	84	81	66	68	66	62	-31
PUPH	118	120	129	131	133	136	138	140	139	21
4702	106	123	135	154	152	153	149	146	144	38
MCUPH	15	20	20	18	21	17	15	14	15	0
PUPH	91	103	115	136	131	136	134	132	129	38
4703	114	133	133	139	142	138	136	133	132	18
MCUPH	50	57	56	58	59	57	54	53	55	5
PUPH	64	76	77	81	83	81	82	80	77	13
4704	84	104	109	110	120	119	122	124	123	39
MCUPH	48	52	50	51	52	50	52	50	50	2
PUPH	36	52	59	59	68	69	70	74	73	37
4801	161	157	147	147	154	159	156	163	158	-3
MCUPH	61	53	36	20	21	22	23	26	21	-40
PUPH	100	104	111	127	133	137	133	137	137	37
4802	63	69	70	82	85	89	96	98	98	35
MCUPH			1	4	7	9	11	12	10	10
PUPH	63	69	69	78	78	80	85	86	88	25
4803	140	140	138	134	142	140	133	137	134	-6
MCUPH	74	71	71	75	73	72	64	64	61	-13
PUPH	66	69	67	59	69	68	69	73	73	7
4804	67	69	73	71	86	86	89	93	94	27
MCUPH	17	21	17	13	10	10	13	14	15	-2
PUPH	50	48	56	58	76	76	76	79	79	29
4901	101	103	106	110	119	123	131	136	131	30
MCUPH			3	5	11	9	13	15	15	15
PUPH	101	103	103	105	108	114	118	121	116	15
4902	78	70	69	75	73	70	69	67	69	-9
MCUPH					2	2	3	4	5	5
PUPH	78	70	69	75	71	68	66	63	64	-14
4903	67	66	66	79	89	87	94	98	97	30
MCUPH			1	2	7	6	9	9	9	9
PUPH	67	66	65	77	82	81	85	89	88	21

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

4904	33	33	34	35	40	40	41	37	35	2
MCUPH				2	3	4	3	1	1	1
PUPH	33	33	34	33	37	36	38	36	34	1
4905	35	40	45	50	50	52	52	53	54	19
MCUPH			2	5	1	4	4	5	5	5
PUPH	35	40	43	45	49	48	48	48	49	14
5001	63	67	66	75	82	84	85	83	81	18
MCUPH			2	9	8	10	11	10	11	11
PUPH	63	67	64	66	74	74	74	73	70	7
5002	97	97	99	98	105	110	104	103	102	5
MCUPH			1	2	7	7	8	6	5	5
PUPH	97	97	98	96	98	103	96	97	97	0
5003	67	62	68	76	78	78	78	77	84	17
MCUPH				4	8	9	10	9	10	10
PUPH	67	62	68	72	70	69	68	68	74	7
5004	28	27	30	30	30	35	37	37	36	8
MCUPH				1	2	3	6	7	8	8
PUPH	28	27	30	29	28	32	31	30	28	0
5101	89	86	90	94	100	98	101	99	98	9
MCUPH			3	5	9	7	7	8	8	8
PUPH	89	86	87	89	91	91	94	91	90	1
5102	125	122	135	137	146	149	150	155	156	31
MCUPH			1	3	9	10	11	13	14	14
PUPH	125	122	134	134	137	139	139	142	142	17
5103	84	87	84	90	99	98	96	100	99	15
MCUPH			1	2	6	7	6	10	9	9
PUPH	84	87	83	88	93	91	90	90	90	6
5104	42	52	61	69	72	70	72	72	72	30
MCUPH			2	2	5	6	9	10	10	10
PUPH	42	52	59	67	67	64	63	62	62	20
5201	119	117	122	134	139	141	143	145	145	26
MCUPH			4	5	6	10	13	15	10	10
PUPH	119	117	118	129	133	131	130	130	135	16
5202	59	57	60	65	66	67	71	68	73	14
MCUPH			1	3	3	2	2	3	3	3
PUPH	59	57	59	62	63	65	69	65	70	11
5203	67	71	71	72	82	81	81	85	90	23
MCUPH			1	7	5	5	5	10	10	10
PUPH	67	71	70	65	77	76	76	75	80	13
5204	70	71	81	85	82	82	83	81	79	9
MCUPH				4	2	3	4	4	5	5
PUPH	70	71	81	81	80	79	79	77	74	4
5301	198	170	164	162	171	175	177	217	227	29
MCMG								8	15	15
MCUPH			1	10	14	17	21	25	25	25
PRMG								32	36	36

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

PUPH	198	170	163	152	157	158	156	152	151	-47
5302	105	95	85	87	91	88	89	92	89	-16
MCUPH					4	6	6	7	6	6
PUPH	105	95	85	87	87	82	83	85	83	-22
5401	170	167	164	170	187	192	196	204	204	34
MCUPH			5	9	16	20	27	31	32	32
PUPH	170	167	159	161	171	172	169	173	172	2
5402	72	66	65	66	81	81	80	77	77	5
MCUPH				1	7	7	5	4	4	4
PUPH	72	66	65	65	74	74	75	73	73	1
5403	117	113	114	118	134	132	130	134	128	11
MCUPH			1	3	15	15	11	12	8	8
PUPH	117	113	113	115	119	117	119	122	120	3
5404	71	63	70	75	82	79	80	81	83	12
MCUPH			1	5	9	9	10	12	12	12
PUPH	71	63	69	70	73	70	70	69	71	0
5405	82	84	84	76	69	67	68	65	64	-18
MCUPH	43	49	48	41	35	32	33	32	31	-12
PUPH	39	35	36	35	34	35	35	33	33	-6
5501	81	83	89	86	97	98	100	96	95	14
MCUPH				2	5	6	8	8	8	8
PUPH	81	83	89	84	92	92	92	88	87	6
5502	65	58	62	70	74	75	76	74	74	9
MCUPH				3	7	9	10	6	7	7
PUPH	65	58	62	67	67	66	66	68	67	2
5503	37	34	33	34	42	39	40	38	32	-5
MCUPH				1	6	6	4	4	2	2
PUPH	37	34	33	33	36	33	36	34	30	-7
Odontologie	525	517	517	530	530	525	533	513	500	-25
5601	37	38	38	39	44	45	47	46	45	8
MCPHO	27	26	28	27	36	36	38	37	33	6
PUPHO	10	12	10	12	8	9	9	9	12	2
5602	65	62	59	60	59	49	48	42	41	-24
MCPHO	41	44	46	47	47	42	41	36	35	-6
PR1G					2					0
PUPHO	24	18	13	13	10	7	7	6	6	-18
5603	31	34	34	35	33	33	35	34	33	2
MCPHO	20	24	21	23	21	21	23	23	22	2
PR1G					1	1				0
PUPHO	11	10	13	12	11	11	12	11	11	0
5701	53	48	48	51	48	47	46	42	38	-15
MCPHO	29	33	35	41	37	37	35	29	27	-2
PR1G					1					0
PUPHO	24	15	13	10	10	10	11	13	11	-13
5702	58	52	57	61	60	58	59	57	54	-4
MCPHO	36	36	40	46	46	46	48	49	47	11

PR1G					1	1	1			0
PUPHO	22	16	17	15	13	11	10	8	7	-15
5703	42	45	43	44	48	48	49	49	46	4
MCPHO	26	30	28	26	28	27	29	29	26	0
PUPHO	16	15	15	18	20	21	20	20	20	4
5801	89	88	85	82	77	80	80	84	84	-5
MCPHO	54	59	62	65	58	61	60	63	62	8
PUPHO	35	29	23	17	19	19	20	21	22	-13
5802	103	97	97	103	100	103	107	101	98	-5
MCPHO	65	71	76	85	80	81	83	79	76	11
PUPHO	38	26	21	18	20	22	24	22	22	-16
5803	47	53	56	55	61	62	62	58	61	14
MCPHO	32	36	37	32	42	44	44	44	45	13
PUPHO	15	17	19	23	19	18	18	14	16	1
Pharmacie	1 737	1 787	1 783	1 825	1 795	1 811	1 772	1 776	1 764	27
8000						41	44	46	46	46
MCPHP						20	22	23	23	23
PUPHP						21	22	23	23	23
8100						104	115	125	125	125
MCPHP						47	55	61	63	63
PUPHP						57	60	64	62	62
8200						154	160	160	158	158
MCPHP						63	67	65	67	67
PUPHP						91	93	95	91	91
8500	541	546	534	522	514	478	462	457	455	-86
MCF	348	372	377	364	372	360	347	344	343	-5
PR	193	174	157	158	142	118	115	113	112	-81
8600	671	684	682	710	696	602	574	574	577	-94
MCF	389	398	410	448	440	407	386	389	389	0
PR	282	286	272	262	256	195	188	185	188	-94
8700	525	557	567	593	585	432	417	414	403	-122
MCF	334	367	380	405	401	332	315	313	300	-34
PR	191	190	187	188	184	100	102	101	103	-88
Total général	7 811	7 823	7 864	7 970	8 072	8 042	8 000	8 020	7 928	117

Source : DGRHA 2-3

5 LA PYRAMIDE DES AGES

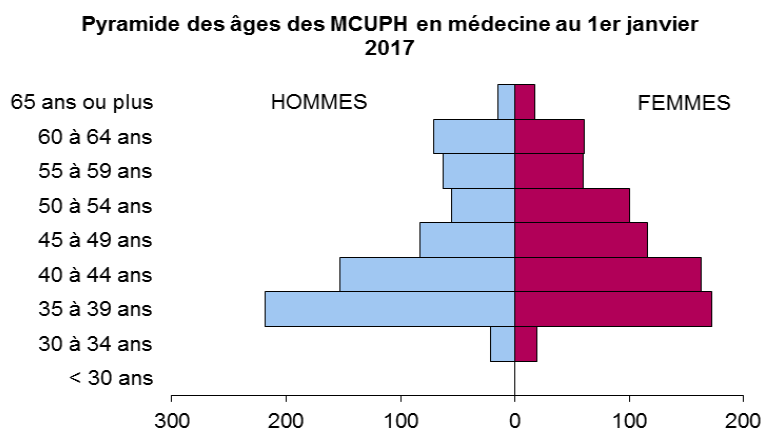
La répartition hommes/femmes –en médecine- est très déséquilibrée entre les deux corps puisque les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes dans le corps des MCU-PH, alors qu’elles ne représentent que 19 % chez les PU-PH (elles représentaient 24 % en 2016 chez les PU de statut universitaire).

Tableau 5 : La répartition -en médecine- par âges et par sexes des MCU-PH et PU-PH au 1^{er} janvier 2017

Caractéristiques des 5 170 HU exerçant en médecine en établissement au 01/01/2017									
Tranche d'âge	MCUPH			PUPH			Ensemble		
	Femme	Homme	Ensemble	Femme	Homme	Ensemble	Femme	Homme	Ensemble
< 30 ans	0	0	0	0	1	1	0	1	1
30 à 34 ans	19	21	40				19	21	40
35 à 39 ans	172	218	390	18	68	86	190	286	476
40 à 44 ans	163	153	316	85	284	369	248	437	685
45 à 49 ans	116	83	199	156	512	668	272	595	867
50 à 54 ans	100	55	155	199	671	870	299	726	1 025
55 à 59 ans	60	63	123	157	838	995	217	901	1 118
60 à 64 ans	61	71	132	104	609	713	165	680	845
65 ans ou plus	17	15	32	7	74	81	24	89	113
Ensemble	708	679	1 387	726	3 057	3 783	1 434	3 736	5 170
Age moyen	46,9 ans	46,1 ans	46,5 ans	52,6 ans	54,1 ans	53,8 ans	49,8 ans	52,6 ans	51,8 ans
Age médian	45,1 ans	42,9 ans	43,9 ans	52,5 ans	54,9 ans	54,5 ans	49,8 ans	53,8 ans	52,7 ans

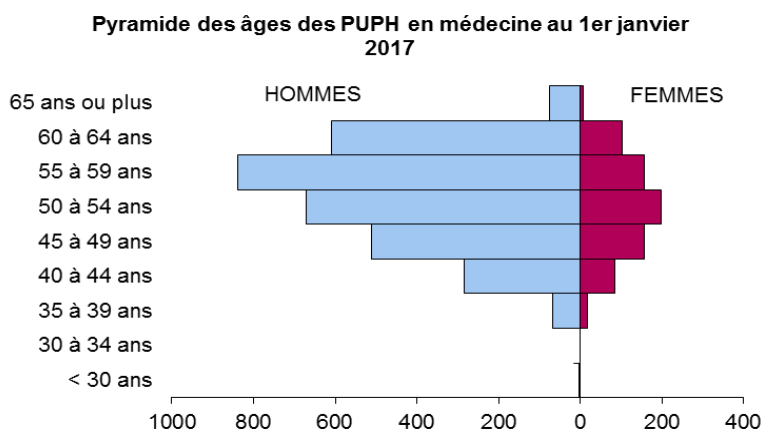
Source : CNG

Graphique 4 : Pyramide des âges en 2017 des MCU-PH de médecine



Source : CNG

Graphique 5 : Pyramide des âges des PU-PH de médecine en 2017



Source : CNG

➤ **Age d'entrée dans le corps et âge moyen des personnels enseignants et hospitaliers titulaires en 2017**

L'âge d'entrée dans le corps des MCU-PH varie selon les grandes disciplines : 36 ans en odontologie, 37 ans en médecine et 40 ans en pharmacie ; il est un peu plus élevé que celui de leurs homologues des autres disciplines universitaires (34 ans 3 mois pour les MCF²).

Les PU-PH de médecine sont en revanche recrutés plus tôt que dans les corps universitaires : 42 ans pour les PU-PH contre 45 ans 4 mois pour les PU, mais avec des variations fortes par discipline (34 ans 1 mois en droit/économie/gestion et 48 ans 8 mois en LSH). En odontologie, l'âge d'entrée dans le corps des PU-PH est de 46 ans ; quant à la pharmacie, il est nettement plus élevé, y compris par rapport aux corps homologues universitaires (50 ans).

L'âge moyen des MCU-PH et des PU-PH de médecine est assez proche de celui des MCF et des PU de statut universitaire (respectivement 45 ans 7 mois et 53 ans 11 mois) ; un peu plus élevé en pharmacie et odontologie.

Tableau 6 : Entrée dans le corps et âge moyen des MCU-PH et PU-PH par grande discipline (2017)

	Entrée dans les corps		Age moyen	
	MCU-PH	PU-PH	MCU-PH	PU-PH
Medecine	37	42	47	55
Pharmacie	40	50	50	56
Odontologie	36	46	40	55

Source : DGRH A1-1-Gesup

➤ **Âge moyen des MCU-PH et PU-PH par grande discipline et par sous-section**

Tableau 7 : Âge moyen des HU titulaires - Évolution 1996 /2017

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

² Source : note DGRH n° 7-juin 2017. Trajectoire professionnelle des enseignants-chercheurs recrutés en 2016.

Par sous-section du CNU

Tableau 8 : Âge moyen, par grande discipline, corps et sous-section, des personnels enseignants et hospitaliers –Évolution de 1996 à 2017

Grande discipline / Sous-section	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
4201	50,3	51,2	51,5	52,7	52,9	53,8	54,8	54,6	55,5	55,4
MCUPH	42,8	45,0	46,1	48,1	48,6	49,7	51,2	51,8	52,7	53,1
PUPH	54,2	54,8	54,8	55,5	55,3	56,0	56,5	56,0	56,7	56,0
4202	52,0	52,9	52,7	54,5	53,2	53,1	53,4	53,4	53,6	52,7
MCUPH	49,4	50,9	51,5	53,7	51,6	51,5	51,3	50,6	50,2	48,2
PUPH	56,1	56,5	55,6	55,8	55,7	55,2	56,0	56,8	57,6	57,0
4203	51,8	51,6	51,7	52,2	52,6	52,8	53,0	53,4	53,6	52,6
MCUPH	49,0	48,5	48,6	49,3	49,6	49,8	49,7	49,9	49,7	48,1
PUPH	54,6	54,8	55,1	55,1	55,1	55,2	55,3	55,9	56,2	55,3
4301	50,3	51,5	53,3	55,5	55,6	55,2	54,8	54,4	54,7	53,3
MCUPH	47,9	50,2	52,0	54,4	54,9	54,1	54,1	53,2	53,0	50,6
PUPH	54,3	53,9	55,5	57,0	56,5	56,6	55,8	55,6	56,4	55,5
4302	51,8	51,8	52,7	53,1	53,1	53,5	53,4	53,5	53,9	53,9
MCUPH	41,9	42,7	45,5	43,6	42,4	42,5	42,6	42,9	44,1	44,4
PUPH	52,3	52,5	53,2	54,0	54,4	54,8	54,7	54,8	54,9	54,8
4401	52,0	53,1	53,6	54,5	53,0	52,9	52,6	52,3	52,1	51,5
MCUPH	49,5	51,3	52,8	53,9	51,3	50,8	50,2	49,6	49,0	48,7
PUPH	56,4	57,0	55,4	55,8	56,6	57,0	57,1	57,0	57,1	55,7
4402	52,3	52,7	53,0	53,8	54,3	54,3	53,9	53,5	53,7	52,0
MCUPH	49,5	51,4	52,0	53,0	53,5	53,3	52,4	51,5	51,6	48,7
PUPH	57,1	55,1	55,3	55,5	55,5	55,6	55,5	55,6	55,8	54,9
4403	48,0	49,0	50,4	51,9	52,7	53,0	53,1	53,1	53,5	51,8
MCUPH	43,8	45,3	45,9	47,8	47,5	47,5	47,9	48,5	49,2	48,8
PUPH	51,5	53,2	54,8	55,6	57,6	58,3	58,5	57,7	57,5	55,2
4404	51,7	50,3	51,9	52,6	53,8	53,8	53,3	53,2	52,7	52,0
MCUPH	47,0	44,5	45,4	47,2	49,2	47,7	45,9	45,9	46,0	45,7
PUPH	53,2	52,4	54,7	54,7	55,7	56,4	56,6	57,0	55,8	54,5
4501	50,6	50,9	51,6	53,2	52,4	51,7	51,6	51,4	51,5	50,4
MCUPH	48,0	48,7	49,7	51,4	49,4	48,2	48,0	47,7	47,7	46,9
PUPH	54,7	54,5	54,8	55,8	56,4	56,5	56,5	56,6	56,5	54,7
4502	51,5	52,8	53,3	53,6	53,8	53,3	52,7	52,0	51,6	51,4
MCUPH	49,0	51,4	51,7	52,1	52,1	51,2	50,1	49,0	48,6	48,5
PUPH	56,2	55,6	56,7	56,8	56,8	57,2	57,0	56,6	56,3	56,5

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

4503	53,3	53,4	52,2	53,2	54,8	54,8	54,0	54,0	54,0	53,4
MCUPH			42,0	39,5	40,3	40,5	39,3	40,6	41,0	42,0
PUPH	53,3	53,4	52,6	54,1	56,4	56,5	56,5	56,3	56,9	55,9
4601	49,2	51,8	52,7	53,3	54,0	54,6	54,6	54,3	53,7	52,6
MCUPH	46,1	49,5	50,8	50,1	50,0	51,6	50,1	49,3	48,0	45,0
PUPH	52,3	53,5	54,3	55,4	56,6	56,4	57,3	57,4	57,3	56,2
4602	50,2	52,5	53,5	53,6	55,1	55,3	55,8	56,2	56,1	54,6
MCUPH	45,4	47,5	49,0	50,2	50,8	52,0	53,3	53,6	54,7	51,9
PUPH	53,5	55,9	56,8	56,6	59,0	58,1	57,8	58,0	57,0	56,4
4603	49,6	50,2	50,1	52,3	53,1	53,1	53,0	53,7	53,7	53,5
MCUPH	45,8	45,3	44,1	45,7	46,6	47,9	47,8	48,6	48,6	48,5
PUPH	51,5	53,0	53,5	56,1	57,0	56,4	56,4	57,0	57,0	56,1
4604	48,0	50,1	50,9	52,4	53,4	53,9	53,7	54,1	54,5	52,8
MCUPH	44,3	47,6	47,9	49,1	49,3	49,7	50,2	50,9	51,2	48,9
PUPH	52,2	52,8	53,7	55,8	57,4	57,5	56,5	56,9	57,0	55,6
4701	51,9	53,0	53,2	54,2	54,4	54,2	54,0	53,8	53,7	52,3
MCUPH	49,7	51,3	51,1	51,4	51,1	50,2	49,4	48,4	48,4	45,8
PUPH	53,5	54,3	54,7	55,9	56,3	56,2	56,3	56,3	56,1	55,3
4702	52,3	51,9	52,5	52,8	54,5	54,7	55,1	55,2	55,7	54,4
MCUPH	46,6	49,0	48,4	50,3	50,4	51,6	51,9	49,8	50,8	44,4
PUPH	53,2	52,4	53,2	53,2	55,2	55,1	55,5	55,8	56,3	56,0
4703	49,7	50,6	51,1	52,4	53,0	53,3	52,9	53,4	53,6	53,3
MCUPH	46,0	47,1	48,0	48,9	48,7	48,7	47,5	48,0	48,5	48,4
PUPH	52,6	53,2	53,3	55,0	56,1	56,5	56,5	57,0	57,2	56,4
4704	49,1	49,5	51,0	51,9	52,4	52,3	52,6	52,6	53,3	52,9
MCUPH	45,3	47,4	49,6	49,3	48,6	47,8	47,9	47,1	47,7	47,4
PUPH	54,1	51,7	52,1	54,2	55,3	55,6	56,1	56,3	57,1	56,6
4801	53,6	53,5	53,1	54,5	54,3	54,0	53,3	53,6	53,8	53,0
MCUPH	53,0	54,9	54,7	56,4	50,6	47,7	45,2	44,5	44,8	43,7
PUPH	54,0	52,7	52,5	54,2	54,9	55,0	54,7	55,4	55,2	54,2
4802	54,0	54,6	54,4	53,9	53,2	52,7	52,7	52,8	52,2	52,0
MCUPH			37,0	47,5	44,3	41,8	40,9	40,9	38,1	38,7
PUPH	54,0	54,6	54,6	54,2	54,0	53,9	54,2	54,4	53,8	53,9
4803	49,7	51,1	51,9	53,0	53,9	53,7	53,9	53,6	53,9	53,6
MCUPH	46,1	48,7	50,2	51,0	51,2	51,0	51,2	50,4	50,5	50,5
PUPH	53,7	53,6	53,7	55,6	56,8	56,4	56,5	56,4	56,7	56,1
4804	48,6	49,8	51,1	52,9	55,3	55,4	55,5	54,7	55,0	53,1
MCUPH	41,9	44,0	43,1	46,3	51,0	51,2	48,2	45,0	44,1	43,0
PUPH	50,9	52,4	53,6	54,3	55,9	56,0	56,7	56,4	57,1	55,8

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

4901	54,4	52,5	52,0	52,8	53,3	52,9	52,6	52,3	52,6	52,1
MCUPH			37,7	39,2	40,0	39,7	38,6	38,6	39,6	40,0
PUPH	54,4	52,5	52,5	53,4	54,6	53,9	54,1	54,0	54,3	54,2
4902	54,8	55,5	55,5	56,1	54,5	54,1	53,6	52,7	52,7	51,7
MCUPH					39,5	38,0	39,0	38,8	39,2	37,7
PUPH	54,8	55,5	55,5	56,1	55,0	54,5	54,2	53,5	53,8	53,2
4903	56,0	53,3	52,9	53,1	53,3	54,0	53,3	53,5	53,8	52,8
MCUPH			36,0	41,5	39,4	41,0	40,7	40,1	40,2	40,4
PUPH	56,0	53,3	53,2	53,4	54,5	55,0	54,7	54,8	55,2	54,2
4904	55,5	57,1	57,6	56,2	54,4	54,0	54,3	54,5	54,7	53,8
MCUPH				42,0	43,3	42,5	41,0	46,0	47,0	47,7
PUPH	55,5	57,1	57,6	57,1	55,3	55,3	55,3	54,8	54,9	54,4
4905	52,7	54,0	53,3	53,7	53,6	51,9	52,9	53,4	53,9	53,5
MCUPH			38,0	37,8	40,0	42,3	43,3	42,4	43,4	46,3
PUPH	52,7	54,0	54,0	55,4	53,8	52,7	53,7	54,6	55,0	54,1
5001	53,1	52,5	51,5	52,2	52,6	52,6	53,0	53,0	53,2	52,3
MCUPH			37,0	39,7	39,8	39,1	39,7	40,5	41,2	42,0
PUPH	53,1	52,5	52,0	54,0	54,0	54,4	55,0	54,7	55,1	53,3
5002	54,9	55,1	54,2	54,4	54,5	54,8	54,6	55,1	55,6	54,9
MCUPH			45,0	44,5	41,0	40,9	41,0	42,8	44,8	42,8
PUPH	54,9	55,1	54,3	54,6	55,5	55,7	55,8	55,9	56,2	55,4
5003	53,3	54,0	53,8	53,5	53,3	53,6	53,0	53,5	53,6	53,2
MCUPH				40,5	39,8	40,8	40,2	40,6	40,9	40,8
PUPH	53,3	54,0	53,8	54,2	54,9	55,3	54,9	55,2	55,4	55,0
5004	52,5	53,1	53,3	53,8	55,9	54,9	52,6	51,6	51,3	50,1
MCUPH				42,0	41,0	39,7	38,3	39,7	40,3	40,7
PUPH	52,5	53,1	53,3	54,2	56,9	56,3	55,4	54,4	54,4	52,4
5101	52,7	51,9	52,5	53,9	53,7	54,3	54,3	54,3	54,9	53,7
MCUPH			36,3	40,0	38,8	38,6	38,6	38,9	40,1	40,4
PUPH	52,7	51,9	53,0	54,7	55,2	55,5	55,5	55,6	56,2	55,3
5102	54,3	53,0	53,1	53,9	54,8	54,4	54,3	54,4	54,6	53,4
MCUPH			41,0	40,3	42,8	41,5	42,0	40,5	40,0	40,0
PUPH	54,3	53,0	53,2	54,2	55,6	55,3	55,3	55,6	56,0	55,1
5103	53,7	53,8	55,4	55,2	55,0	55,2	54,7	53,4	54,1	53,6
MCUPH			36,0	44,0	41,2	41,7	41,7	40,8	41,8	42,8
PUPH	53,7	53,8	55,7	55,5	55,9	56,2	55,6	54,8	55,3	54,6
5104	53,6	55,0	53,7	54,7	54,6	54,0	53,9	53,8	54,1	53,2
MCUPH			46,0	50,0	45,0	42,0	41,8	41,4	41,9	42,8
PUPH	53,6	55,0	54,0	54,8	55,4	55,1	55,6	55,8	56,1	54,5

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

5201	53,5	54,3	53,2	54,0	53,7	53,8	53,8	53,6	54,3	53,3
MCUPH			40,0	45,2	36,8	38,0	38,2	38,9	39,2	38,6
PUPH	53,5	54,3	53,6	54,4	54,4	55,0	55,4	55,3	55,4	54,4
5202	54,4	53,8	54,2	54,2	54,6	55,3	55,3	55,2	55,5	52,5
MCUPH			40,0	41,0	39,3	42,0	43,0	41,3	37,7	36,8
PUPH	54,4	53,8	54,4	54,8	55,3	55,7	55,6	55,9	56,3	54,5
5203	53,2	54,1	53,9	53,6	54,2	54,5	53,9	53,7	53,1	52,5
MCUPH			41,0	43,0	45,2	44,0	42,0	41,9	41,9	42,1
PUPH	53,2	54,1	54,0	54,7	54,7	55,2	54,7	55,2	54,5	53,8
5204	52,8	54,0	54,2	54,2	55,1	55,2	54,7	54,4	53,1	52,6
MCUPH				38,8	42,0	42,7	40,8	41,8	37,4	38,0
PUPH	52,8	54,0	54,2	55,0	55,4	55,7	55,4	55,1	54,2	53,4
5301	55,2	55,1	54,6	54,0	53,2	53,3	53,5	54,0	54,3	53,1
MCMG								43,5	43,7	43,4
MCUPH			35,0	42,4	40,3	40,0	41,4	41,0	41,9	40,9
PRMG								62,3	62,9	60,3
PUPH	55,2	55,1	54,7	54,8	54,4	54,7	55,1	54,9	55,4	54,9
5302	54,6	54,6	54,8	55,4	54,5	54,4	54,8	55,0	55,1	53,5
MCUPH					37,5	38,3	38,8	39,7	41,0	41,3
PUPH	54,6	54,6	54,8	55,4	55,3	55,5	56,0	56,3	56,1	54,7
5401	55,1	55,3	54,8	54,5	54,1	54,2	53,8	53,6	53,7	52,9
MCUPH			38,6	42,1	43,6	43,8	43,3	43,0	44,3	44,1
PUPH	55,1	55,3	55,3	55,2	55,1	55,4	55,5	55,5	55,5	54,8
5402	53,8	54,0	54,5	55,8	54,3	54,3	54,1	54,2	54,8	53,4
MCUPH				40,0	40,1	41,1	41,0	40,8	41,8	40,3
PUPH	53,8	54,0	54,5	56,1	55,6	55,6	55,0	54,9	55,5	55,0
5403	54,4	54,9	53,9	54,1	52,7	52,7	53,0	53,2	53,2	52,8
MCUPH			40,0	38,3	39,0	39,0	39,3	39,1	40,0	39,1
PUPH	54,4	54,9	54,1	54,5	54,4	54,4	54,2	54,6	54,1	53,7
5404	54,7	54,3	53,4	53,5	53,2	53,3	53,1	53,4	53,6	53,1
MCUPH			42,0	46,6	41,6	41,1	41,4	41,6	41,8	43,5
PUPH	54,7	54,3	53,6	54,0	54,6	54,9	54,8	55,4	55,6	54,6
5405	51,5	51,4	51,8	53,8	53,3	53,9	53,7	53,3	53,7	52,6
MCUPH	48,9	48,7	49,2	51,4	49,2	49,7	49,4	49,3	49,8	48,3
PUPH	54,4	55,3	55,3	56,5	57,5	57,8	57,7	57,2	57,4	55,9
5501	52,5	52,4	53,9	54,8	54,3	54,1	54,1	54,0	53,9	53,5
MCUPH				44,5	42,6	42,3	42,8	43,8	42,9	42,3
PUPH	52,5	52,4	53,9	55,1	54,9	54,8	55,1	54,9	54,9	54,5
5502	53,0	52,3	51,0	52,4	52,8	52,6	52,1	52,2	52,5	52,0

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

MCUPH				39,0	39,7	40,3	40,1	41,5	42,7	42,5
PUPH	53,0	52,3	51,0	53,0	54,1	54,2	53,9	53,2	53,6	52,8
5503	53,4	55,2	55,4	56,0	54,7	55,2	55,2	55,6	54,8	52,6
MCUPH				42,0	39,8	40,8	40,8	42,0	43,0	40,5
PUPH	53,4	55,2	55,4	56,5	57,2	57,8	56,8	57,2	55,6	53,6
Odontologie	50,5	50,5	51,4	52,1	52,5	52,2	52,1	51,6	51,7	51,4
5601	47,9	50,1	51,4	51,3	50,1	50,5	51,1	51,2	51,8	51,0
MCPHO	44,3	46,9	49,3	48,5	48,4	48,8	49,4	50,0	51,3	49,7
PUPHO	57,8	57,2	57,5	57,8	57,5	57,2	58,2	56,1	53,3	54,3
5602	51,6	52,0	51,6	54,2	55,1	54,3	55,0	53,6	54,3	53,2
MCPHO	47,1	49,1	49,9	52,4	53,1	53,2	53,9	52,3	52,9	52,3
PR1G					67,5					
PUPHO	59,4	59,1	57,3	60,8	61,7	60,7	61,7	61,8	62,8	61,5
5603	50,6	51,4	53,3	53,2	53,6	53,2	51,5	51,6	52,1	51,6
MCPHO	46,7	48,4	50,0	51,4	52,2	51,6	49,5	49,9	50,1	49,8
PR1G					66,0	67,0				
PUPHO	57,8	58,4	58,7	56,5	55,2	54,9	55,3	55,1	56,1	56,0
5701	53,5	52,3	54,1	54,4	55,0	53,9	53,5	52,6	52,1	51,6
MCPHO	49,0	49,2	51,9	52,8	53,5	52,1	51,3	49,8	49,4	49,7
PR1G					68,0					
PUPHO	59,0	59,1	60,0	61,3	59,3	60,3	60,6	59,1	58,5	56,4
5702	50,0	48,0	50,9	51,9	53,5	53,0	52,0	50,6	50,5	50,8
MCPHO	44,9	45,2	48,2	49,2	51,2	51,0	50,0	49,2	49,1	49,9
PR1G					66,0	67,0	68,0			
PUPHO	58,3	54,3	57,2	60,3	60,5	60,0	60,1	59,3	59,3	56,1
5703	46,8	49,4	50,7	51,4	51,7	51,4	51,5	51,2	50,5	49,6
MCPHO	43,1	45,7	47,5	50,1	50,3	51,1	51,1	50,6	49,3	47,5
PUPHO	52,9	56,6	56,7	53,3	53,7	51,8	52,2	52,0	52,0	52,2
5801	51,4	50,9	50,7	51,3	51,3	51,4	51,4	51,0	51,6	50,9
MCPHO	46,5	47,0	48,1	49,4	49,8	50,0	49,6	48,7	49,7	49,2
PUPHO	59,1	58,7	57,8	58,5	55,9	55,7	56,7	57,9	56,8	56,1
5802	51,4	51,1	51,6	51,3	52,6	52,6	52,8	52,6	52,5	52,4
MCPHO	47,1	48,4	49,1	50,1	51,2	51,0	51,1	51,3	51,0	51,0
PUPHO	58,7	58,3	60,7	56,9	58,2	58,3	58,3	57,3	57,7	57,4
5803	48,1	48,2	49,3	50,7	50,6	50,5	50,4	50,2	50,6	51,0
MCPHO	44,3	45,3	46,5	47,6	47,2	47,2	47,4	47,9	48,6	48,5
PUPHO	56,3	54,5	54,9	55,0	58,0	58,4	57,7	57,2	56,2	56,8
Pharmacie	49,2	49,5	49,6	48,9	48,6	48,4	48,3	48,3	48,5	49,5
8000						50,0	50,5	49,9	50,9	49,2

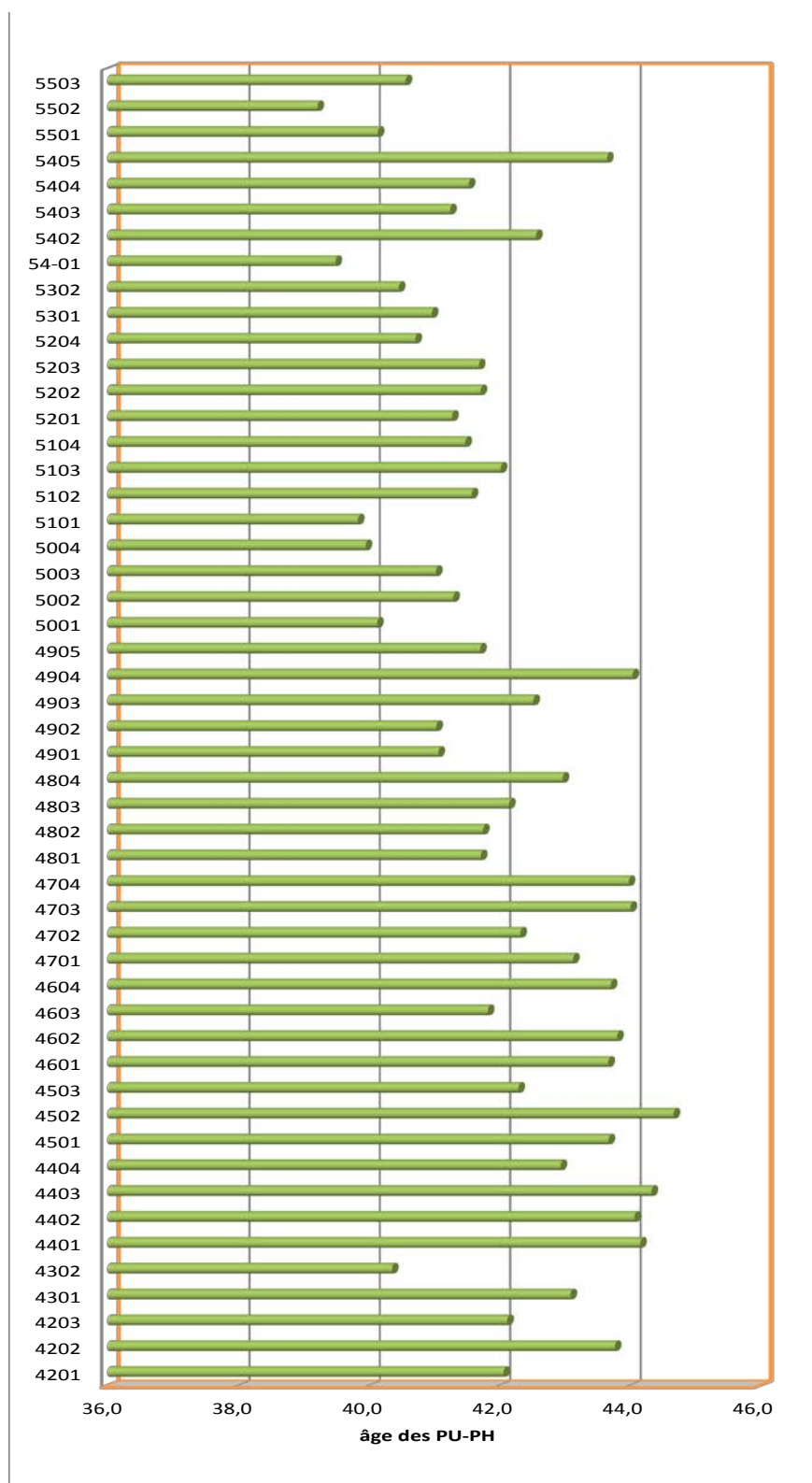
MCPHP						43,1	44,0	43,2	44,2	43,4
PUPHP						56,5	57,1	56,6	57,6	57,1
8100						50,5	49,3	48,9	49,3	48,0
MCPHP						43,7	42,2	42,3	43,0	42,6
PUPHP						56,1	55,7	55,1	55,7	54,0
8200						51,4	51,6	52,0	52,4	50,9
MCPHP						47,5	47,3	47,6	48,2	45,7
PUPHP						54,1	54,7	55,0	55,5	54,5
8500	49,5	49,3	49,5	49,0	48,3	48,1	47,9	47,8	47,5	46,3
MCF	46,4	46,3	47,3	46,4	45,5	45,8	45,7	45,5	45,2	44,0
PR	55,0	55,6	54,8	55,1	55,8	55,0	54,3	54,7	54,8	53,4
8600	49,3	49,7	49,1	48,4	48,5	47,7	47,6	47,6	48,0	47,0
MCF	46,1	46,3	45,6	44,7	44,5	44,6	44,6	44,8	45,3	44,2
PR	53,8	54,4	54,4	54,7	55,2	54,0	53,6	53,3	53,6	52,8
8700	48,8	49,6	50,4	49,3	49,0	48,0	47,9	48,1	48,3	46,9
MCF	46,0	46,7	47,8	46,8	46,1	45,7	45,8	46,1	46,3	45,0
PR	53,6	55,3	55,5	54,7	55,3	55,4	54,5	54,2	54,1	52,7
Total général	51,5	51,8	52,1	52,5	52,5	52,4	52,4	52,3	52,5	52,5

Source : DGRH A1-1 – Gesup

➤ Age moyen d'entrée dans le corps des PU-PH en médecine

Le graphique n°6 fait apparaître les différences d'âge de recrutement par sous-section en médecine : certaines disciplines, notamment cliniques ont ainsi des recrutements plus précoces (moins de 40 ans), par exemple la sous-section 55-02, tandis que d'autres dépassent 44 ans.

Graphique 6 : Age moyen d'entrée dans le corps des PU-PH par sous-section du CNU en 2017 – Médecine



Source : DHRH A-1 – Gesup-

6 L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS

Encadrement par discipline

Le tableau n°9 présente le taux d'encadrement des internes inscrits par DES : le % médian est de 4,3 internes/HU titulaire avec des variations de ce % médian qui vont de 0,1 interne /HU titulaire en médecine nucléaire à 9,9 internes/ HU titulaire en psychiatrie, et des écarts minimaux et maximaux par CH&U extrêmement importants.

Tableau 9 : Nombre d'internes en formation par MCU-PH et PU-PH, par discipline (2016)

SOUS-SECTION CNU	DES correspondant	RANG A Professeurs des universités-praticiens hospitaliers	RANG B Maîtres de conférences universités-praticiens hospitaliers	Cumul PU-PH et MCU-PH	Nombre d'internes en formation en DES (nov. 2016)	Nb d'internes / PU-PH/MCU-PH	min	médiane	max
Anatomie		73	35	108					
Physiologie		103	111	214					
Médecine légale et droit de la santé		32	23	55					
Anatomie et cytologie pathologiques	Anatomie et cytologie pathologiques	92	69	161	364	2,3	1,0	4,0	15,0
Cardiologie	Cardiologie et maladies vasculaire	133	19	152	897	5,9	3,1	7,0	16,0
Dermatovénérologie	Dermatologie et vénéréologie	70	13	83	425	5,1	3,0	6,0	14,0
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	68	14	82		2,3	1,0	2,9	10,0
Nutrition		43	22	65	341				
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie	Gastro-entérologie et hépatologie	138	15	153	540	3,5	1,7	6,0	14,0
Génétique	Génétique médicale	71	53	124	84	0,7		0,7	5,0
Hématologie ; transfusion	Hématologie	134	70	204	262	1,3	0,6	1,7	4,5
Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie		144	31	175			0,8	1,7	8,0
Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine interne	64	19		482	1,4			
Thérapeutique ; addictologie		67	22						
Immunologie		78	57						
Biophysique et médecine nucléaire	Médecine nucléaire	66	71	137	152	1,1	0,1	1,5	6,0
Médecine physique et de réadaptation	Médecine physique et de réadaptation	50	6	56	430	7,7	2,5	8,3	20,0
Néphrologie	Néphrologie	76	13	89	389	4,4	2,2	5,3	13,0
Neurologie	Neurologie	114	23	137	517	3,8	2,3	4,5	16,0
Cancérologie ; radiothérapie	Oncologie	126	20	146	689	4,7	2,3	5,1	22,0
Pneumologie ; addictologie	Pneumologie	79	14	93	492	5,3	2,5	7,3	16,0
Radiologie et imagerie médicale	Radiodiagnostic et imagerie médicale	167	23	190	1305	6,9	3,6	11,0	21,5
Rhumatologie	Rhumatologie	76	13	89	378	4,2	2,6	4,5	13,0
Chirurgie générale	Chirurgie générale	74	9		560	3,9	2,4	4,7	10,8
Chirurgie orthopédique et traumatologique		94	8						
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie		26	10						
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire		84	10						
Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire		61	13						
Chirurgie digestive		59	9						
Urologie		73	8						
Chirurgie infantile		68	9						
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie		24	4						
Neurochirurgie	Neurochirurgie	65	8	73	121	1,7	0,5	2,0	5,0
Ophthalmologie	Ophthalmologie	67	8	75	755	10,1	5,1	11,5	29,0
Oto-rhino-laryngologie	ORL et chirurgie cervico-faciale	82	10	92	444	4,8	3,0	5,7	15,0
Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence	Anesthésie-réanimation	136	32		274	8,7	5,5	10,5	23,5
Médecine intensive - réanimation		90	16						
Histologie embryologie et cytogénétique	Biologie médicale	51	58		923	0,5	0,3	0,6	4,0
Biochimie et biologie moléculaire		72	122						
Biologie cellulaire		44	52						
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière		101	145						
Parasitologie et mycologie		28	57						
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie		64	64						
Biologie et médecine du développement et de la reproduction		32	33						
Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale	Gynécologie médicale & gynécologie-obstétrique	123	10	133	1360	10,2	6,3	12,0	34,0
Médecine et santé au travail	Médecine du travail	26	21	47	440	9,4	2,0	8,6	24,0
Pédiatrie	Pédiatrie	169	43	212	1495	7,1	4,0	10,8	31,0
Psychiatrie d'adultes ; addictologie	Psychiatrie	86	14		137	16,3	9,9	20,3	62,0
Pédopsychiatrie ; addictologie		35	3						
Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	Santé publique	45	41		194	1,7		1,6	8,0
Epidémiologie, économie de la santé et prévention		65	43						
	Chirurgie orale				50				
TOTAL		4007	1616	5623	20186	3,6	2,2	4,3	10,7

Source : DGRH A2-3

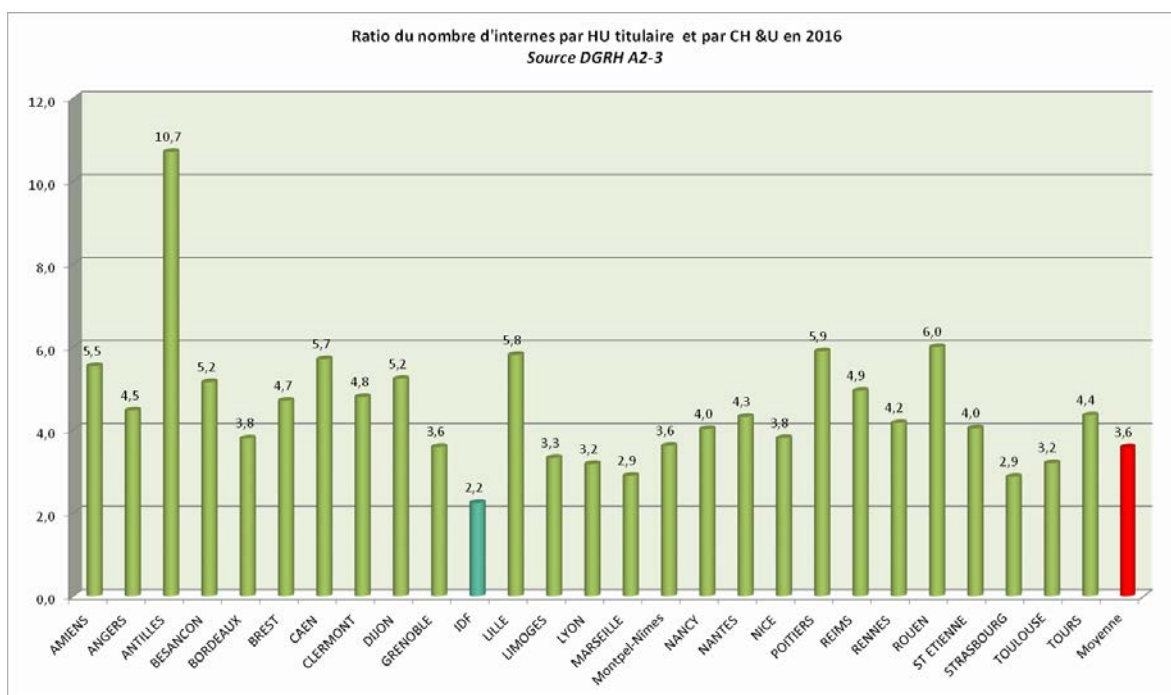
Encadrement par CH&U

Les graphiques n°7 et 8 sont élaborés à partir de deux sources de données différentes, d'où les différences dans les taux d'encadrement affichés :

- le graphique n°7 (source DGRH) prend en compte **l'ensemble des internes** de médecine, quel que soit le lieu d'affectation ;
- le graphique n°8 (source DGOS) ne prend en compte que les internes **affectés en CHU**.

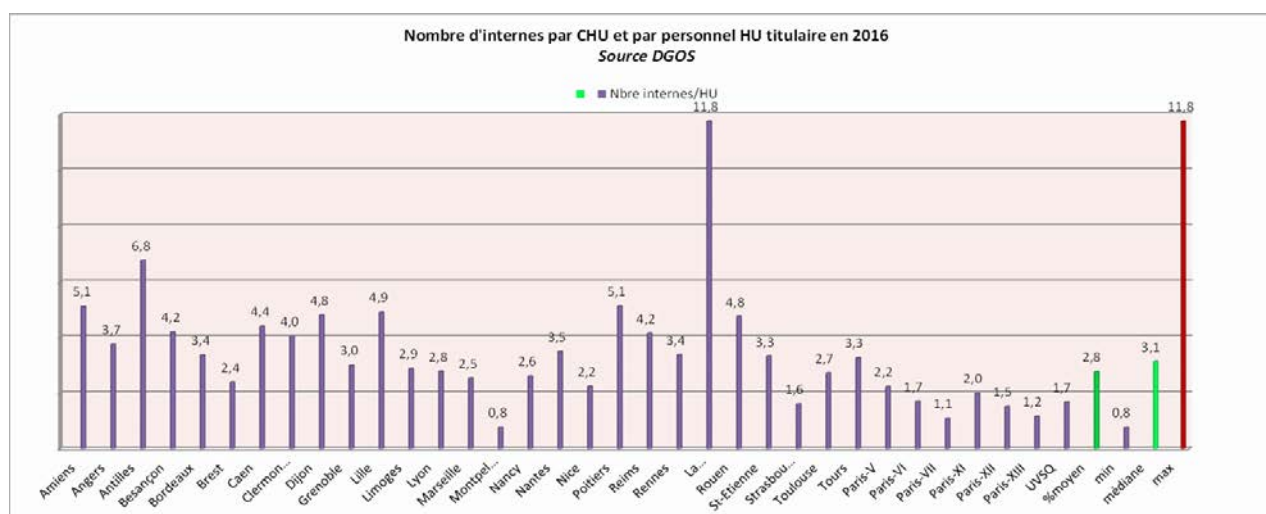
Les graphiques suivants n°9, 10 et 11 (source : conférence des DG de CHU), présentent successivement l'encadrement des internes, des étudiants et des étudiants et internes par HU titulaire et non titulaire (incluant donc les CCA et AHU), hors odontologie.

Graphique 7 : Ratio du nombre d'internes par HU titulaire et CH&U en 2016



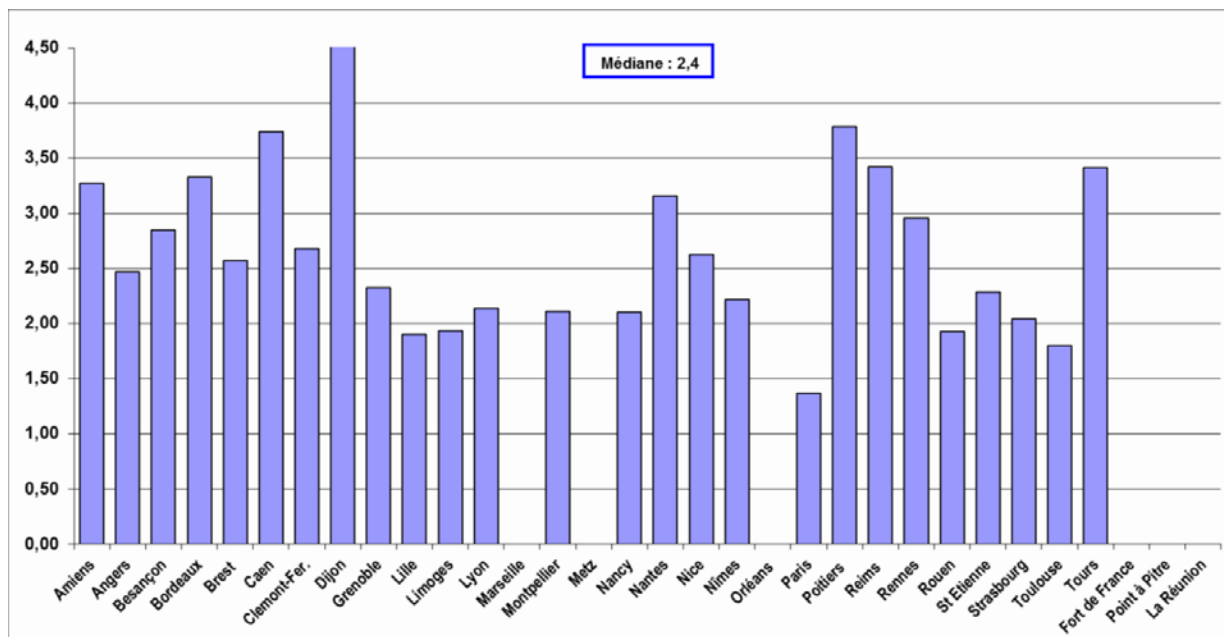
Source : DGRH A 2-3

Graphique 8 : Ratio du nombre d'internes affectés en CHU par HU titulaire en 2016



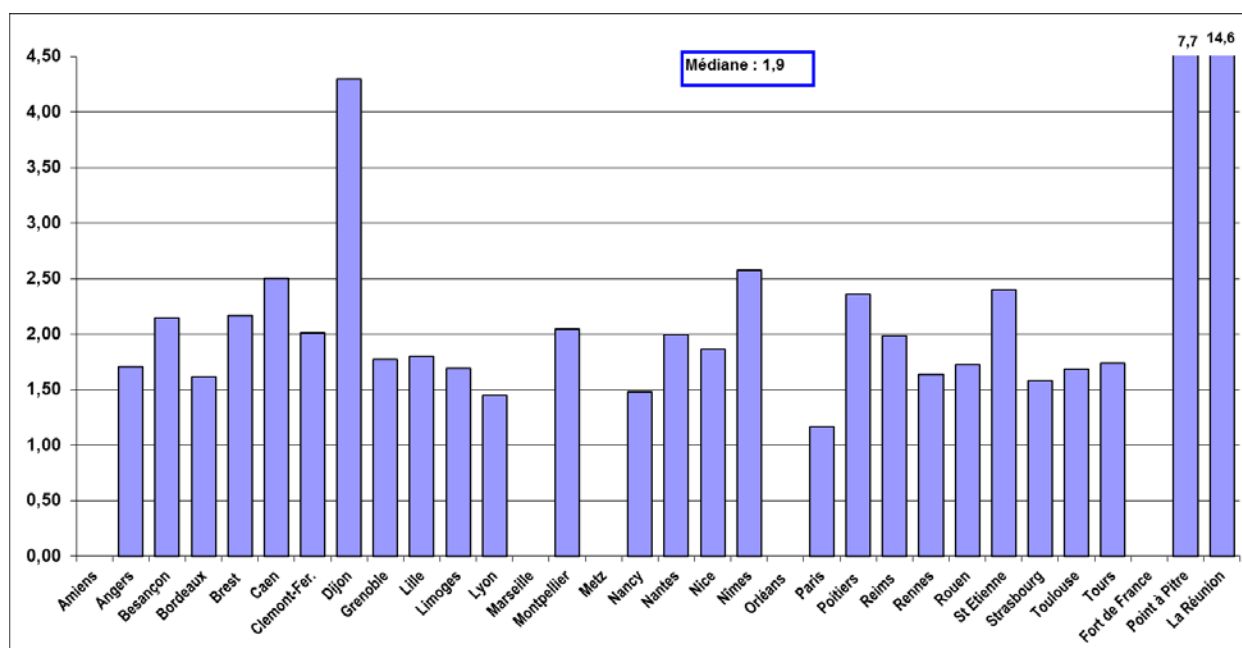
Source : DGOS

Graphique 9 : Taux d'encadrement des étudiants par HU titulaire et temporaire (hors odontologie)



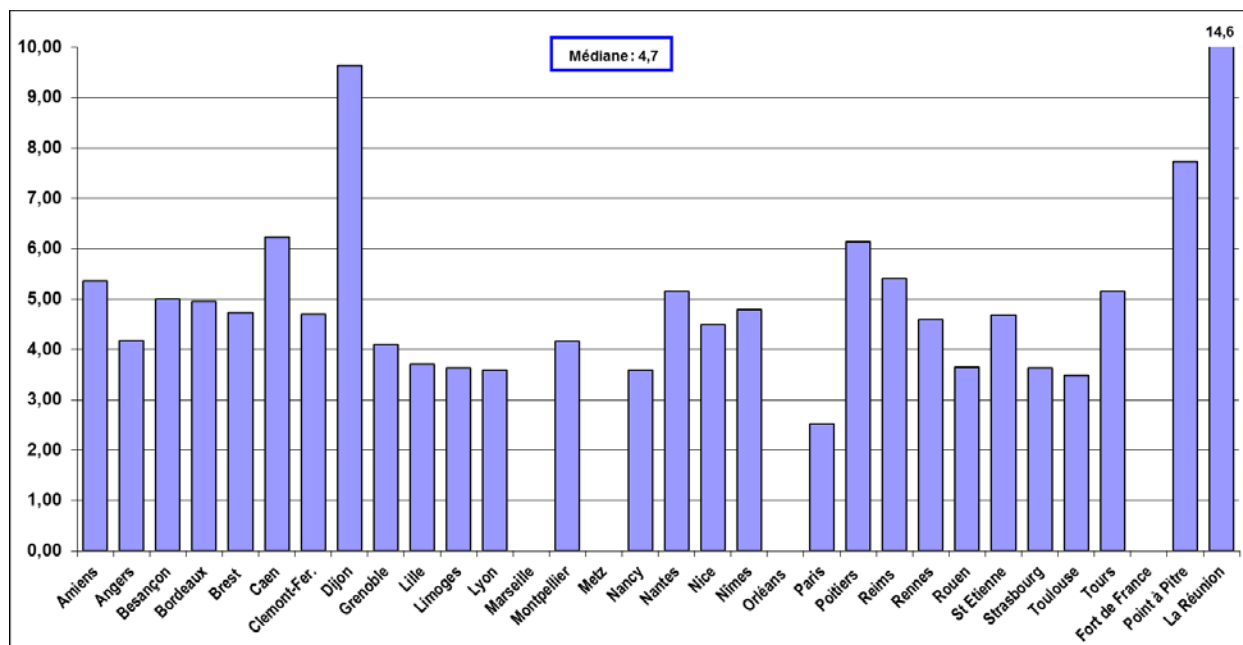
Source : Bilan social PM CHU année 2016

Graphique 10 : Taux d'encadrement des internes par HU titulaire et temporaire (hors odontologie)



Source : Bilan social PM CHU année 2016

Graphique 11 : Taux d'encadrement des internes et étudiants par HU titulaire et temporaire (hors odontologie)



Source : Bilan social PM CHU année 2016

Le tableau n°10 présente les choix des internes à l'issue des ECN : Nantes vient en tête comme le CHU le mieux classé par les internes, puis Lyon et Bordeaux. L'AP-HP ne vient qu'en n°4.

Tableau 10 : Statistiques ECN 2017 par CHU et classement des CHU préférés des nouveaux internes 2017/2018

CHU	Postes	CESP	Internes affectés	Rang min	Rang max	Rang CHU préférés des étudiants
Aix-Marseille	397	1	398	10	8167	11
Amiens	212	11	212	228	8357	27
Angers	223	5	227	201	8279	13
Besançon	192	7	196	134	8351	24
Bordeaux	356	7	363	7	8137	3
Brest	196	4	189	31	8358	19
Caen	234	13	214	314	8371	21
Clermont-Ferrand	195	16	205	117	8341	14
Dijon	227	9	226	104	8366	25
Grenoble	220	2	220	129	8354	5
APHP	1424	27	1306	1	8360	4
Lille	514	15	520	27	8253	9
Limoges	122	11	114	445	8364	23
Lyon	381	8	388	4	8236	2

Martinique / Guadeloupe	150	15	165	483	8189	20
Montpellier-Nîmes	306	7	313	18	8264	8
Nancy	302	7	305	132	8370	18
Nantes	244	4	247	64	7747	1
Nice	161	1	162	268	8094	16
Océan Indien	102	7	109	344	7981	12
Poitiers	236	12	243	658	8116	28
Reims	199	3	191	152	8361	26
Rennes	237	5	241	68	8082	6
Rouen	258	4	253	3	8327	17
Saint-Etienne	159	5	164	300	8363	22
Strasbourg	268	5	271	2	7910	10
Toulouse	326	9	335	11	8218	7
Tours	207	13	201	40	8372	15

Source : <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2017/chu> et réseau CHU

Le tableau n°11 relatif aux CHU attractifs pour les 100 premiers candidats aux ECN, montre que, l'attrait des CHU implantés dans les métropoles les plus importantes (Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nantes, Paris et Toulouse) ; ce sont aussi les CHU où l'activité de recherche est la plus forte.

Tableau 11 : Les CHU attractifs pour les 100 premiers candidats aux ECN

CHU	Candidats
APHP	46
Bordeaux	15
Lyon	12
Aix-Marseille	6
Nantes	4
Toulouse	4
Montpellier	3
Lille	3
Strasbourg	3
Rouen	1
Autres	3

Source : <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2017/chu>

7 LE RECRUTEMENT

Les tableaux 12 et 13 analysent l'origine des candidats recrutés comme PU-PH ; ils font notamment apparaître la part relativement importante des PH dans les recrutements de PU-PH.

Avertissement

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 (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.

Tableau 12 : Origine des PU-PH : part des PH dans les nominations de PU-PH

	2013	2014	2015	2016	2017
Total des nominations PU-PH/année	204	172	195	203	189
Nombre PH nommés	66	71	83	60	63
% PH parmi les PU-PH nommés	32%	41%	43%	30%	33%

Source : CNG-Retraitements mission

Tableau 13 : 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 INSTRUITS 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

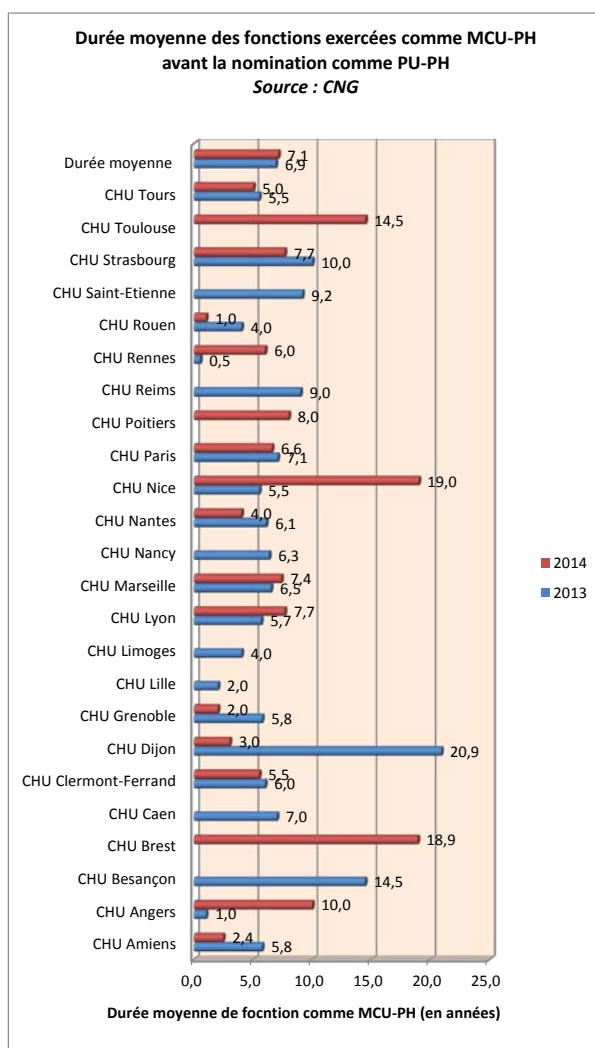
Tableau 14 : Détails de l'origine "autre" des PU-PH

Origine des PU-PH mentionnés "Autre"	Année 2015	Sous-section CNU	2016	Sous-section CNU	2017	Sous-section CNU
Chercheur	1	44-01			1	48-03
Professeur associé	3	45-01 + 47-01 + 47-04	2	49-01 + 53-02		
Professeur assistant	1	44-03				
Praticien spécialiste en CLCC	2	47-01 + 47-02			8	43-02 + 7 EN 47-02
Professeur d'université (hors France)					2	45-01 + 47-03
Responsable de laboratoire	1	47-03				
Non Renseigné	10		12		7	

Source : CNG

8 LA CARRIERE

Graphique 12 : Durée moyenne des fonctions exercées comme MCU-PH avant une nomination comme PU-PH (concours 2013 et 2014)



Source : CNG-Retraitements mission

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 odontologiques.

Tableau 15 : Sous-sections CNU concernées par les durées de carrière comme MCU-PH supérieures à la moyenne constatée (2013)

CHU d'affectation	Durée	Sous-section CNU
CHU Paris	17,9	58-03 - Sciences anatomiques et physiologiques, occlusodontiques, biomatériaux, biophysique, radiologie
CHU Paris	13,0	56-02 - Orthopédie dento-faciale
CHU Paris	12,0	58-02 - Prothèses (prothèse conjointe, prothèse adjointe partielle, prothèse complète, prothèse maxillo-faciale)
CHU Paris	9,0	47-03 - Immunologie
CHU Saint-Etienne	20,9	44-02 - Physiologie
CHU Dijon	21,9	44-02 - Physiologie
CHU Amiens	12,0	45-01 - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHU Paris	16,0	44-01 - Biochimie et biologie moléculaire
CHU Saint-Etienne	9,0	45-02 - Parasitologie et mycologie
CHU Paris	12,0	45-01 - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHU Marseille	9,0	47-02 - Cancérologie ; radiothérapie
CHU Saint-Etienne	12,0	44-01 - Biochimie et biologie moléculaire
CHU Tours	11,0	54-05 - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHU Besançon	9,0	45-01 - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHU Strasbourg	15,0	47-03 - Immunologie
CHU Reims	12,0	43-01 - Biophysique et médecine nucléaire
CHU Besançon	21,9	46-01 - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CHU Paris	15,0	44-02 - Physiologie
CHU Reims	14,0	44-03 - Biologie cellulaire
CHU Paris	12,0	54-05 - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHU Saint-Etienne	13,0	46-04 - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Source : CNG- Retraitement mission

Tableau 16 : Sous-sections CNU concernées en 2014 par les durées supérieures à la moyenne constatée

CHU d'affectation	Durée	Sous-section CNU
CHU Amiens	15,0	48-03 - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
CHU Angers	11,0	44-02 - Physiologie
CHU Brest	18,9	57-01 - Parodontologie
CHU Lyon	9,0	46-01 - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CHU Marseille	17,0	57-01 - Parodontologie
CHU Marseille	11,0	45-01 - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHU Nice	20,0	58-01 - Odontologie conservatrice, endodontie
CHU Paris	10,0	45-02 - Parasitologie et mycologie
CHU Paris	10,0	55-02 - Ophtalmologie
CHU Paris	16,0	44-03 - Biologie cellulaire

CHU Poitiers	13,0	46-01 - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CHU Rennes	10,0	57-01 - Parodontologie
CHU Strasbourg	11,0	44-03 - Biologie cellulaire
CHU Strasbourg	9,0	43-02 - Radiologie et imagerie médicale
CHU Toulouse	12,0	44-01 - Biochimie et biologie moléculaire
CHU Toulouse	19,0	48-04 - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

Source : CNG-Retraitements mission

Tableau 17 : Les départs en cours de carrière (démissions/radiations des corps HU) de 2013 à 2017 (source : DGOS)

Ces départs sont très limités et relativement stables sur les années observées.

Médecine

	PU-PH		MCU-PH		Total
	CH&U	Discipline	CH&U	Discipline	
2013	2		8		10
	1 Nice	Endocrinologie	1 Bordeaux	Radiologie	
	1 Lyon	Radiologie	1 Grenoble	Histologie	
			1 Paris	Biologie de la reproduction	
			1 Bordeaux	Physiologie	
			1 Paris	Epidémiologie	
			1 Paris	Physiologie	
			1 Martinique	Epidémiologie	
			1 Lille	Anatomie/orthopédie	
2014	5		3		8
	1 Paris	Cancérologie	1 Rouen	Radiologie	
	1 Poitiers	Cancérologie	1 Marseille	Immunologie	
	1 Marseille	Pédiatrie	1 Strasbourg	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
	1 Paris	Biophysique			
	1 Limoges	Radiologie			
2015	9		6		15
	1 Marseille	Neurochirurgie	1 Toulouse	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
	1 Strasbourg	Cancérologie	1 Strasbourg	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
	1 Paris	Pédiatrie	1 Dijon	Génétique	
	1 Paris	Gynécologie-obstétrique	1 Paris	Bactériologie-virologie	
	1 Paris	Bactériologie-virologie	1 Montpellier	Anatomie pathologique	
	1 Montpellier	Cardiologie	1 Lyon	Anatomie pathologique	
	1 Montpellier	Gynécologie-obstétrique			
	1 Lille	Hépatogastroentérologie			
	1 Paris	Chirurgie orthopédique			
2016	3		7		10
	1 St-Etienne	Neurochirurgie	1 Bordeaux	Anatomie pathologique	
	1 Nancy	Neurologie	1 Bordeaux	Anatomie pathologique	
	1 Paris	Biologie cellulaire	1 Rennes	Endocrinologie	
			1 Paris	Chirurgie orthopédique	
			1 Nancy	Maladies infectieuses	
			1 Strasbourg	Endocrinologie	
			1 Toulouse	Histologie	
2017	7		3		10
	1 Toulouse	Chirurgie générale	1 Nantes	Anatomie pathologique	
	1 Toulouse	Chirurgie orthopédique	1 Paris	Pédiatrie	
	1 Toulouse	Pharmacologie	1 St-Etienne	Gériatrie	
	1 Marseille	Médecine interne			
	1 Nantes	Anatomie/neurochirurgie			
	1 Paris	Chirurgie orthopédique			
	1 Paris	Chirurgie orthopédique			
Total	26		27		53

Source : DGOS

Odontologie

	PU-PH	MCU-PH	Total
2013	-	1 Rennes	1
2014	-	1 Strasbourg 1 Reims 1 Montpellier	3
2015	-	1 Marseille 1 Paris 1 Lyon	3
2016	-	1 Marseille 1 Lyon 2 Nice 1 Paris	5
2017	-	1 Lyon 1 Marseille 1 Montpellier 1 Nice	4
Total		16	16

Source : DGOS

Pharmacie

	PU-PH	MCU-PH	Total
2013	-	1 Paris	1
2014	-	-	
2015	-	-	
2016	-	-	
2017	1 Lille	1 Paris	2
Total	1	2	3

Source : DGOS

ANNEXE 5

DISPOSITIONS STATUTAIRES REGISSANT LES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS DES CENTRES 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 de base 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.

Ces 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 toutes les étapes de la carrière des personnels hospitalo-universitaires.

1 LES MODALITES DE RECRUTEMENT

Les références statutaires :

MEDECINE et PHARMACIE

- *Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires modifié notamment par le décret n° 2006-593 du 23 mai 2006*
- *Arrêté du 17 septembre 1987 relatif à la procédure de recrutement des MCU-PH et des PU-PH*
- *Arrêté du 18 août 1988 précisant les conditions de candidature pour certaines disciplines mixtes*

- *Arrêté du 26 janvier 1993 modifié fixant la liste des disciplines médicales dans lesquelles est organisée une épreuve pédagogique pratique*
- *Arrêté du 18 décembre 2006 relatif à l'équivalence ou à la dispense de certains diplômes requis pour le recrutement des personnels enseignants et hospitaliers*

ODONTOLOGIE

- *Décret statutaire n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CESRD) des centres hospitaliers et universitaires modifié*
- *Arrêté du 14 mai 1990 modifié relatif à la procédure de recrutement des MCUOD et PUOD*
- *Arrêté du 27 décembre 1999 modifié fixant la liste des disciplines odontologiques dans lesquelles est organisée une épreuve pédagogique pratique*
- *Arrêté du 18 décembre 2006 relatif à l'équivalence ou à la dispense de certains diplômes requis pour le recrutement des personnels enseignants et hospitaliers*

○ **La nature des concours**

Les concours hospitalo-universitaires, dans les trois secteurs disciplinaires (médecine, odontologie et pharmacie) sont « *des concours nationaux organisés pour chaque discipline* ».

○ **Les types de concours**

Les décrets du 24 février 1985 et 25 janvier 1990 organisent plusieurs voies d'accès aux corps des MCU-PH et PH-PH ; les conditions de candidature peuvent être variables en fonction des disciplines mais les dispositifs mis en place en médecine, pharmacie et odontologie ont en commun de prévoir des concours ouverts aux personnels hospitalo-universitaires (chefs de cliniques, assistants hospitalo-universitaires, PHU , MCU-PH pour les concours de PU-PH), mais aussi à d'autres profils : praticiens hospitaliers, chercheurs justifiant du doctorat ou de l'HDR.

Encadré 1 : Les différents types de concours de recrutement de MCU-PH et PU-PH en médecine

Pour les MCU_PH, l'article 48 du décret prévoit :

- Un **premier concours** ouvert, dans les disciplines cliniques et mixtes, aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et aux anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, et dans les disciplines biologiques et mixtes, aux assistants hospitaliers universitaires et aux anciens assistants hospitaliers universitaires. Ce premier concours est également ouvert, pour l'ensemble des disciplines, aux praticiens hospitaliers universitaires et aux praticiens hospitaliers. Les candidats doivent justifier d'au moins un an d'exercice effectif de fonctions en l'une ou l'autre de ces qualités et être titulaires du diplôme d'études et de recherches en biologie humaine ou du doctorat d'Etat en biologie humaine ou de diplôme admis en équivalence et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;
- Un **second concours** portant sur un tiers au plus des emplois mis au recrutement, ouvert aux candidats qui ne remplissent pas les conditions requises pour le premier concours et sont titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat ou de diplômes et titres étrangers de niveau équivalent.

Six types de concours sont offerts pour l'accès au corps des PU-PH :

- **Concours de type 1** (article 61) : ouvert, dans les disciplines biologiques et mixtes aux MCU-PH justifiant d'au moins deux ans de fonctions effectives, et, dans les disciplines cliniques et les disciplines mixtes, aux chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, aux anciens chefs de clinique des universités -

assistants des hôpitaux, aux praticiens hospitaliers universitaires, aux anciens praticiens hospitaliers universitaires et aux MCU-PH, ayant au moins deux ans de fonctions effectives.

Les candidats doivent être titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'État et avoir satisfait à l'obligation de mobilité. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes exigés.

NB : les professeurs associés de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres des Communautés européennes ou des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont accompli en cette qualité au moins trois ans de services effectifs soit à temps plein, soit à temps partiel peuvent faire acte de candidature au concours de type 1.

- **Concours de type 2** (article 62-a) : ouvert aux chercheurs titulaires et anciens chercheurs d'organismes publics, aux enseignants-chercheurs justifiant de deux ans de fonctions effectives et aux candidats ayant exercé, durant au moins deux ans, dans un établissement étranger d'enseignement supérieur ou de recherche, des fonctions d'enseignement ou de recherche d'un niveau au moins équivalent à celles confiées aux maîtres de conférences. Les candidats à ce concours doivent être titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'État. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes précités

- **Concours de type 3** (article 62-b) : ouvert aux praticiens hospitaliers classés au moins au 6e échelon de leur corps au 1er janvier de l'année du concours, ayant exercé une activité enseignante universitaire dans les conditions prévues par leur statut particulier.

- **Concours de type 4** (article 63) : réservé aux MCU-PH ayant dix ans d'ancienneté en cette qualité et titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'État. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes précités.

- **Concours de type 5** (article 63-1-I) : ouvert dans la limite de 5 % des recrutements avec accès direct à la 1ère classe du corps des PU-PH. Offert aux candidats ne relevant pas des statuts de personnels hospitalo-universitaires ou d'agents publics et ayant exercé pendant cinq ans au moins des fonctions d'enseignement ou de recherche ou de soins.

- **Concours de type 6** (article 63-1-II) : ouvert dans la limite de 2 % des recrutements avec accès direct à la classe exceptionnelle du corps des PU-PH. Offert aux candidats ne relevant pas des statuts de personnels hospitalo-universitaires ou d'agents publics et ayant exercé pendant huit ans au moins des fonctions d'enseignement ou de recherches ou de soins.

Les candidats non médecins, reçus aux concours mentionnés ne peuvent exercer de fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes médicaux que dans les disciplines énumérées à l'article 49 du décret n°84-135.

2 LA REPARTITION DES ROLES ENTRE INSTANCES NATIONALE ET LOCALES

Dans les disciplines de santé, les jurys de concours sont 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, par ordre alphabétique, la liste des candidats admis. Chaque candidat peut postuler sur chacun des emplois ouverts dans sa discipline.

Les candidatures sont examinées par le conseil de l'UFR et la commission médicale d'établissement ; ces différents avis sont transmis aux deux ministres qui nomment les MCU-PH, les PU-PH étant nommés par décret du Président de la République. Le rôle du CNU, ainsi que les modalités de concours, sont donc très différents de ceux applicables dans les autres disciplines

universitaires. La procédure de qualification préalable³ par l'instance nationale n'a en particulier pas été étendue aux disciplines de santé.

3 LE DEROULEMENT DE LA CARRIERE

Cf. décret n°84-135 du 24 février 1984 : articles 57, 57-1, 57-2 et 70-1, 70-2 pour l'avancement de grade des MCH-PH et PU-PH et décret n°90-92 du 24 janvier 1990 modifié portant statut particulier du corps des PUPH et MCUPH d'odontologie (articles 17, 18, 28-1 28-2).

Il est proche de celui des enseignants de statut universitaire mais le corps des MCU-PH a conservé trois grades (deuxième classe, première classe et hors classe) alors que les deux premiers grades ont été fusionnés pour les MCF de statut universitaire depuis 2001⁴.

La structure du corps des PU-PH est, en revanche, identique à celle des professeurs des universités et comprend trois grades (2^{ème}, 1^{ère} classe et classe exceptionnelle).

○ L'avancement des MCU-PH (médecine, odontologie, pharmacie)

Les quatre corps de maîtres de conférences (MCU-PH de médecine, MCU-PH de pharmacie, MCU-PH d'odontologie et MCU de médecine générale) sont structurés en trois grades :

- la 2^{ème} classe qui comporte 3 échelons (IM 454-564) ;
- la 1^{ère} classe qui comporte 6 échelons (IM 623-821) ;
- la hors-classe qui comporte 6 échelons (IM 658-963).

Le passage à la 1^{ère} classe se fait au choix parmi les maîtres de conférences ayant atteint le 2^{ème} échelon de la 2^{ème} classe.

Le passage à la hors-classe se fait au choix parmi les maîtres de conférences de 1^{ère} classe ayant atteint le 4^{ème} échelon de la 1^{ère} classe et ayant accompli au moins 5 ans de services en position d'activité ou en position de détachement.

³ 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).

⁴ Cf. [décret n°2001-429 du 16 mai 2001](#).

La durée des échelons est la suivante :

CLASSES et avancement d'échelon	ANCIENNETE REQUISE pour l'accès à l'échelon supérieur
Hors classe	
Du 5e au 6e échelon	5 ans
Du 4e au 5e échelon	1 an
Du 3e au 4e échelon	1 an
Du 2e au 3e échelon	1 an
Du 1er au 2e échelon	1an
1re classe	
Du 5e au 6e échelon	2 ans 10 mois
Du 4e au 5e échelon	2 ans 10 mois
Du 3e au 4e échelon	3ans 6 mois
Du 2e au 3e échelon	2 ans 10 mois
Du 1er au 2e échelon	2 ans 10 mois
2e classe	
Du 2e au 3e échelon	2 ans 10 mois
Du 1 ^{er} au 2 e échelon	2ans

○ **L'avancement des PU-PH**

Les corps des PU-PH comprennent trois grades :

- la 2^{ème} classe qui comporte 6 échelons (IM : 662-HE B)),
- la 1^{ère} classe avec trois échelons (IM : 825-HE C) :
- la classe exceptionnelle avec deux échelons (IM : HE D et HE E)

Les conditions d'avancement sont les suivantes :

- à la 1^{ère} classe des PU-PH : aucune condition d'ancienneté
- au 1^{er} échelon de la classe exceptionnelle après 18 mois d'ancienneté en 1^{ère} classe
- avancement du 1er au 2^{ème} échelon de la classe exceptionnelle après 18 mois d'ancienneté en CE1.

Les bonifications d'ancienneté d'échelon dont les PU-PH peuvent bénéficier viennent en déduction de cette durée.

CLASSES et avancement d'échelon	ANCIENNETE REQUISE pour l'accès à l'échelon supérieur
1re classe :	
Du 2e au 3e échelon	4 ans 4 mois
Du 1er au 2e échelon	4 ans 4 mois
2e classe :	
Du 5e au 6e échelon	5 ans
Du 4e au 5e échelon	1 an
Du 3e au 4e échelon	1 an
Du 2e au 3e échelon	1 an
Du 1er au 2e échelon	1 an

Les enseignants promus sont classés à l'échelon comportant un indice de rémunération égal ou immédiatement supérieur à celui détenu dans le grade d'origine. S'il n'y a pas d'augmentation de traitement, les intéressés conservent l'ancienneté acquise dans la limite de l'ancienneté exigée pour une promotion à l'échelon supérieur dans leur nouveau grade.

Sur le plan hospitalier, la grille des PU-PH comporte 5 échelons (12 ans), celle des MCU-PH, 7 échelons (18 ans). Ils perçoivent, une rémunération universitaire et des émoluments hospitaliers versés par l'hôpital (et non un salaire). Ces émoluments n'étant pas soumis à retenue pour pension, leur retraite n'est calculée que sur la partie universitaire.

4 LES OBLIGATIONS DE SERVICE

L'article 3 du décret du 24 février 1984 décline ainsi les obligations des personnels hospitalo-universitaires : *« Les membres du personnel enseignant et hospitalier [...] assurent des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières dans le respect des dispositions réglementaires concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie. 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. Ils consacrent aux fonctions définies aux alinéas précédents la totalité de leur activité professionnelle [...] »*

L'article 4 du même décret renvoie à un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés des universités, de la santé et du budget le soin de déterminer *« les obligations de service [de ces personnels] ainsi que les conditions de la répartition de ces obligations entre les différentes fonctions, compte tenu des structures et des besoins universitaires et hospitaliers. »*. Aucun arrêté n'ayant jamais été pris depuis 1984, le seul texte qui existe sur le sujet est un arrêté du 21 décembre 1960 (pris en application du décret du 24 septembre 1960) et une circulaire du même jour. L'arrêté du 21 décembre 1960 définit, comme l'indique la circulaire, *« de manière très générale »* les obligations de services *« sans essayer de faire un partage du temps qui doit être consacré à l'une ou l'autre de ces trois formes d'activité »*.

Ils doivent établir –tous les quatre ans- un rapport sur l'ensemble de leurs activités qui est adressé au directeur de l'UFR et au directeur du CHU (article 44 du décret n°84-431).

5 LES CONDITIONS D'EXERCICE D'UNE ACTIVITE LIBERALE AU SEIN DE L'HOPITAL ET LES CUMULS D'ACTIVITES ET DE REMUNERATIONS

○ L'activité libérale

Les personnels HU titulaires peuvent exercer une **activité libérale** au sein de l'établissement, limitée à une ou deux demi-journées selon qu'il y a ou non utilisation de lits. Une ou deux demi-journées peuvent être consacrées à des tâches d'intérêt général en soins, enseignement ou recherche (notion soumise à l'appréciation du directeur de l'établissement hospitalier)⁵.

⁵ Cf. articles L952-21 du code de l'éducation, issu de l'ordonnance du 30 décembre 1958 qui précise que les personnels HU doivent consacrer à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche l'intégralité de leur activité professionnelle sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut » et articles L.6154-2 et suivants du code de la santé publique qui encadrent l'exercice d'une activité libérale dans les hôpitaux publics.

Pris en application de l'article 138 de la loi de modernisation du système de santé, le décret⁶ du 11 avril 2017 modifie les articles R.6154-1 et suivants du code de la santé publique en introduisant des mesures renforçant le contrôle de l'activité libérale dans les établissements publics de santé.

Le décret prévoit notamment:

- le recueil et le suivi informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisées au titre de l'activité publique ;
- une charte d'activité libérale intra-hospitalière est établie par les établissements au sein desquels les praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale. Elle est arrêtée par le directeur de l'établissement après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la CME et du conseil de surveillance. Ces clauses visent "*à garantir l'information des patients quant au caractère libéral de l'activité et les tarifs pratiqués dans ce cadre, leur droit à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens, et la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales. Elles sont adaptées à la nature de l'activité de l'établissement public de santé*".

De nouvelles clauses sont introduites au sein des contrats d'activité libérale, telles que la clause de non concurrence ou l'instauration d'une commission régionale de l'activité libérale.

Le praticien doit dorénavant apporter une information sur ses recettes, le nombre de ses consultations, le nombre et la nature des actes qu'il effectue et ses dépassements d'honoraires éventuels (article L. 6154-3 CSP).

Cette obligation est le corollaire du recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisées personnellement au titre de l'activité publique afin de s'assurer du respect des conditions d'autorisation d'une activité libérale (article R. 6154-3 CSP). En effet, l'activité libérale ne peut être autorisée que si elle représente moins de 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire du praticien et si le nombre de consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale est inférieur au nombre de consultations et actes effectués au titre de l'activité publique (article L. 6154-2 CSP).

○ **Les cumuls d'activités et de rémunérations**

Le statut⁷ 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 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, le texte ne visant que les conditions de leur rémunération. Dès lors, en l'absence d'autres dispositions statutaires spécifiques applicables aux personnels hospitalo-universitaires, l'article 25 septies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des

⁶ Décret no 2017-523 du 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé

⁷ Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

fonctionnaires leur est applicable⁸. 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 [...]* ».

Les expertises ou les consultations auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé⁹, d'une personne publique¹⁰ ou d'une personne privée à but non lucratif sont permises mais elles doivent présenter un caractère accessoire, lequel s'apprécie au regard du temps consacré et de la rémunération afférente. Ces activités ne peuvent en outre être exercées qu'en dehors des heures de service. De même, la rédaction des rapports d'expertise doit impérativement se faire en dehors des heures de service des médecins qui les réalisent¹¹. Enfin, ces activités sont soumises à autorisation de l'autorité administrative.

6 LE REGIME DES CONGES ET POSITIONS STATUTAIRES

Ils bénéficient :

- des congés annuels et des autorisations spéciales d'absences applicables au PH (article R.6152-24 (1° et 8°),
- des congés et dispenses d'enseignement des personnels enseignants titulaires des universités

Ils peuvent être placés :

- en mission temporaire (maximum trois mois par période de deux ans) ;
- en délégation, pour mission d'étude ou enseignement sans émoluments hospitaliers (deux ans au plus non renouvelable avant trois ans) ;
- en détachement (sans rémunération hospitalière ni universitaire) : dans différentes structures publiques ou d'intérêt général, pour une durée variable ;
- mis à disposition, mis en disponibilité.

⁸ Ainsi que les décrets pris pour leur application n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié *relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'État* jusqu'au 27 janvier 2017 puis n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique.

⁹ Sociétés d'assurance notamment.

¹⁰ Par exemple les expertises réalisées à la demande d'un juge civil ou administratif ou encore des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) dépendant de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

¹¹ En revanche, les expertises ordonnées par un magistrat sur la base du code de procédure pénale obéissent à un autre régime. En effet, les expertises judiciaires ordonnées en application du code de procédure pénale réalisées par des praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps plein font partie de leurs obligations de service dans la limite de deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Si ces expertises, qui ne donnent donc pas lieu à rémunération du praticien hospitalier, ne peuvent pas se faire en dehors des horaires normaux de consultation du service, il revient au directeur de l'établissement public hospitalier et au praticien hospitalier de définir, le cas échéant, les modalités de compensation du temps consacré à ces examens.

7 LE REGIME DISCIPLINAIRE

Conformément à l'article L.952-22 du code de l'éducation, les personnels enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires sont soumis, pour leur activité hospitalière comme pour leur activité universitaire, à une juridiction disciplinaire unique instituée au niveau national (distincte de la juridiction universitaire de droit commun pour les autres enseignants-chercheurs constituée par la section disciplinaire du conseil académique en première instance et du CNESER en formation disciplinaire en appel).

Cette juridiction¹² est compétente pour les disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques. Elle est présidée par un conseiller d'État ou par un professeur de l'enseignement supérieur et est composée, pour moitié, de membres élus par les personnels intéressés et, pour moitié, de membres désignés par les ministres.

Les sanctions disciplinaires applicables sont fixées par les décrets statutaires et sont, par ordre croissant de gravité : l'avertissement, le blâme, la réduction d'ancienneté d'échelon, l'abaissement d'échelon, la suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération, la mise à la retraite d'office et la révocation avec ou sans suspension des droits à pension.

Les compétences dévolues à la juridiction disciplinaire ne font par ailleurs pas obstacle à l'exercice de l'action disciplinaire, en raison des mêmes faits, devant les ordres professionnels. Une décision récente du Conseil d'état a cependant rappelé que certains actes -indétachables de la fonction universitaire- ne pouvaient être poursuivis que devant la juridiction disciplinaire prévue à l'article L.952-22 du code de l'éducation et non devant les instances disciplinaires des ordres. À cette occasion, le Conseil d'État a rappelé que les personnels enseignants et hospitaliers étaient des enseignants-chercheurs et qu'à ce titre la garantie constitutionnelle d'indépendance leur était applicable (PFRLR).

Encadré 2 : Conseil d'État –décision 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...**) PU-PH ayant donné à ses étudiants, dans le cadre de son enseignement universitaire, un sujet d'examen dont le libellé était susceptible de méconnaître les principes déontologiques qui résultent des articles R. 4127-3 et R. 4127-31 du code de la santé publique (CSP). L'agissement mis en cause par ce grief n'est pas détachable des fonctions d'enseignement de l'intéressé en sa qualité de professeur des universités. Ce grief n'est pas recevable devant la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins.

¹² Les règles de procédure devant la juridiction disciplinaire sont fixées par le décret n°86-1053 du 18 septembre 1986.

ANNEXE 6

LISTE DES SECTIONS ET SOUS-SECTIONS DU CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES POUR LES DISCIPLINES MEDICALES, ODONTOLOGIQUES ET PHARMACEUTIQUES

(arrêté du 29 juin 1992 modifié fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques)

➤ **Sections et sous-sections en médecine**

Section 42 - Morphologie et morphogenèse

- Sous-section 4201 - Anatomie
- Sous-section 4202 - Histologie, embryologie, et cytogénétique
- Sous-section 4203 - Anatomie et cytologie pathologiques

Section 43 - Biophysique et imagerie Médecine

- Sous-section 4301 - Biophysique et médecine nucléaire
- Sous-section 4302 - Radiologie et imagerie Médecine

Section 44 - Biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, physiologie et nutrition

- Sous-section 4401 - Biochimie et biologie moléculaire
- Sous-section 4402 - Physiologie
- Sous-section 4403 - Biologie cellulaire
- Sous-section 4404 - Nutrition

Section 45 - Microbiologie, maladies transmissibles et hygiène

- Sous-section 4501 - Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière (2 options)
- Sous-section 4502 - Parasitologie et mycologie
- Sous-section 4503 - Maladies infectieuses ; maladies tropicales (2 options)

Section 46 - Santé publique, environnement et société

- Sous-section 4601 - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

- Sous-section 4602 - Médecine et santé au travail
- Sous-section 4603 - Médecine légale et droit de la santé
- Sous-section 4604 - Biostatistiques, informatique Médicale et technologies de communication
- Sous-section 4605 - Epistémologie clinique

Section 47 - Cancérologie, génétique, hématologie, immunologie

- Sous-section 4701 - Hématologie ; transfusion (2 options)
- Sous-section 4702 - Cancérologie ; radiothérapie (2 options)
- Sous-section 4703 - Immunologie
- Sous-section 4704 - Génétique

Section 48 - Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique

- Sous-section 4801 - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (2 options)
- Sous-section 4802 - Réanimation ; médecine d'urgence (2 options)
- Sous-section 4803 - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie (3 options)
- Sous-section 4804 - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie (3 options)

Section 49 - Pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation

- Sous-section 4901 - Neurologie
- Sous-section 4902 - Neurochirurgie
- Sous-section 4903 - Psychiatrie d'adultes ; addictologie (2 options)
- Sous-section 4904 - Pédopsychiatrie ; addictologie (2 options)
- Sous-section 4905 - Médecine physique et de réadaptation

Section 50 - Pathologie ostéo-articulaire, dermatologie et chirurgie plastique

- Sous-section 5001 - Rhumatologie
- Sous-section 5002 - Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Sous-section 5003 - Dermato-vénéréologie
- Sous-section 5004 - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie (2 options)

Section 51 - Pathologie cardiorespiratoire et vasculaire

- Sous-section 5101 - Pneumologie ; addictologie (2 options)
- Sous-section 5102 - Cardiologie
- Sous-section 5103 - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
- Sous-section 5104 - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (2 options)

Section 52 - Maladies des appareils digestif et urinaire

- Sous-section 5201 - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie (3 options)
- Sous-section 5202 - Chirurgie digestive
- Sous-section 5203 - Néphrologie
- Sous-section 5204 - Urologie

Section 53 - Médecine interne, gériatrie, chirurgie générale et médecine générale

- Sous-section 5301 - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie (3 options)
- Sous-section 5302 - Chirurgie générale
- Sous-section 5303 - Médecine générale

Section 54 - Développement et pathologie de l'enfant, gynécologie-obstétrique, endocrinologie et reproduction

- Sous-section 5401 - Pédiatrie
- Sous-section 5402 - Chirurgie infantile
- Sous-section 5403 - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie Médicale (2 options)
- Sous-section 5404 - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie Médicale (2 options)
- Sous-section 5405 - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie Médicale (2 options)

Section 55 - Pathologie de la tête et du cou

- Sous-section 5501 - Oto-rhino-laryngologie
- Sous-section 5502 - Ophtalmologie
- Sous-section 5503 - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

➤ Sections et sous-sections du CNU en odontologie

Section 56 - Développement, croissance et prévention

- Sous-section 5601 - Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale
- Sous-section 5602 - Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

Section 57 - Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

- Sous-section 5701 - Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

Section 58 - Réhabilitation orale

- Sous-section 5801 - Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

➤ **Sections et sous-sections en pharmacie**

Section 80 : sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Section 81 : sciences du médicament et des autres produits de santé

Section 82 : sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

ANNEXE 7

TABLEAUX COMPARATIFS DES AUTORITES COMPETENTES POUR LA GESTION DES PERSONNELS HU ET PH ET PROPOSITIONS DE LA MISSION EN MATIERE DE DECONCENTRATION

1 AUTORITES COMPETENTES PAR GRANDE PROCEDURE STATUTAIRE HU ET PH : LA SITUATION ACTUELLE

Recrutement	HU	PH
Révision des effectifs	MESRI / Santé (cabinets)	
Création de postes		Directeur de l'EPS
Ouverture des emplois à la mutation et aux concours	DGRH / DGOS	
Publication des postes		ARS puis CNG
Liste des autorisés à concourir	DGRH / CNG	CNG
Liste des admis à concourir	DGRH / CNG	CNG
Mutation	DGRH / CNG	CNG
Intégration	DGRH / DGOS	CNG

Entrée dans le corps	HU	PH
Nomination	DGRH / DGOS	CNG
Classement hospitalier dans le corps	CNG	CNG
Classement universitaire dans le corps	Universités / CNG	Sans objet

Mobilité	HU	PH
Changement de discipline	DGRH / CNG	Sans objet
Délégation pour mission d'études ou IUF	Universités / CNG	Sans objet
Détachement	Universités / CNG	CNG
Réintégration après détachement	DGRH / CNG	CNG
Disponibilité	Universités / CNG	CNG
Réintégration après disponibilité	DGRH / CNG	CNG
Mise à disposition	DGRH / CNG	Directeur de l'EPS
Réintégration après MAD	DGRH / CNG	Directeur de l'EPS

Etat pathologique	HU	PH
Saisine comité médical	Universités / CHU	Directeur de l'EPS, ARS ou CNG
CLM	Universités / CNG	Directeur de l'EPS
CLD	Universités / CNG	Préfet de département
Reconnaissance d'état d'invalidité temporaire	Universités / CNG	
Temps partiel pour raison thérapeutique	Universités / CNG	Préfet de département

Avancement	HU	PH
Echelons et grades universitaires	Universités / CNG	Sans objet
Echelons hospitaliers	CHU	CNG
Bonifications à l'ancienneté (volet U)	DGRH / CNG	Sans objet

Cumul d'activité	HU	PH
Missions temporaires	-Recteur / Préfet (médecine + pharmacie) -Universités / CHU (odontologie)	ARS
Autorisations de cumul	Universités / CHU	Directeur de l'EPS
Délégation pour création d'entreprise	Universités / CHU	

Maintien en activité au-delà de la limite d'âge	HU	PH
Recul de limite d'âge	DGRH / CNG	CNG
Prolongation d'activité	DGRH / CNG	CNG
Maintien en fonction	DGRH / CNG	Sans objet
Surnombre	DGRH / DGOS	CNG
Consultanat	DG ARS (après avis directeur UFR)	Sans objet

Sortie du corps	HU	PH
Retraite	DGRH / DGOS	CNG
Démission	DGRH / DGOS	CNG

Source : CNG

2 AUTORITES COMPETENTES PAR GRANDE PROCEDURE STATUTAIRE HU : PROPOSITIONS DE LA MISSION EN TERMES DE DECONCENTRATION

NB : Les propositions de changement de niveau de déconcentration sont en gras

Recrutement	Situation actuelle HU	Proposition Mission
Révision des effectifs	MESRI / Santé (cabinets)	Schéma régional pluriannuel Arbitrage national MESRI/santé
Création de postes		université/CHU
Ouverture des emplois à la mutation et aux concours	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS
Liste des autorisés à concourir	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Liste des admis à concourir	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Mutation	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Intégration	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS

Entrée dans le corps	Situation actuelle	Proposition Mission
Nomination	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS
Classement universitaire dans le corps	Universités / CNG	Université/ CHU
Classement hospitalier	Universités / CNG	Université/ CHU

Mobilité	Situation actuelle	Proposition Mission
Changement de discipline	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Délégation pour mission d'études ou IUF	Universités / CNG	Universités / CHU
Détachement sortant	Universités / CNG	Universités / CHU
Réintégration après détachement	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Détachement entrant (médecine et pharmacie)	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Réintégration après détachement	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Mise en disponibilité	Universités / CNG	Universités / CHU
Réintégration après disponibilité	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Mise à disposition	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Réintégration après MAD	DGRH / CNG	DGRH / CNG

Congés	Situation actuelle	Proposition Mission
Saisine comité médical et de réforme	Universités / CHU	Universités / CHU
CLM-CLD	Universités / CNG	Universités / CHU
Reconnaissance d'état d'invalidité temporaire	Universités / CNG	Universités / CHU
Temps partiel pour raison thérapeutique	Universités / CNG	Universités / CHU
Congé bonifié	Universités / CNG	Universités / CHU
Avancement	Situation actuelle	Proposition Mission
Avancement échelon et grade	Universités / CNG	Universités / CHU
Bonifications à l'ancienneté (volet U)	DGRH / CNG	DGRH / CHU

Cumul d'activité	Situation actuelle	Proposition Mission
Missions temporaires (article 34 du décret 84-135) Missions temporaires (article 41 du décret 90-92)	Recteur / Préfet (médecine + pharmacie) Universités / CHU (odontologie)	Universités / CHU
Autorisations de cumul	Universités / CHU	Universités / CHU
Délégation pour création d'entreprise	Universités / CHU	Universités / CHU
Saisine comité de déontologie	Universités / CNG	Universités / CHU
Autorisations prévues par les articles L 413-3, L143-11 et L 413614 du code de la recherche	Universités / CNG	Universités / CHU

Procédure	Situation actuelle	Proposition Mission
Octroi crédit d'heures mandats électifs prévus par le code général des collectivités territoriales	Universités / CHU	Universités / CHU
Retraite	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS
Démission	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS
Recul de limite d'âge	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Prolongation d'activité	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Maintien en fonctions jusqu'à la fin de l'année	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Surnombre	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS
Consultanat	DG ARS (après avis directeur UFR)	DG CHU (après avis directeur UFR)

Procédure disciplinaire	Situation actuelle	Proposition Mission
Arrêté procédure élections et organisation	DGRH / CNG	DGRH / DGOS
Secrétariat	DGRH / CNG	DGRH / DGOS
Saisine	DGRH/DGOS	Universités/CHU
Insuffisance professionnelle (article 43)	DGRH/DGOS CNG	DGRH/DGOS CNG
secrétariat	DGRH / CNG	DGRH / CNG
Saisine	DGRH/DGOS	Universités/CHU
Décision et actes	MESRI/ DGOS CNG	MESRI/ DGOS CNG

Sortie du corps	Situation actuelle	Proposition Mission
Retraite	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS
Démission	DGRH / DGOS	DGRH / DGOS

Source : Mission

ANNEXE 8

LES DOUBLES CURSUS

MEDECINE/SCIENCES

L'association Médecine Pharmacie Sciences (AMPS)¹³ évalue à environ une centaine par an le nombre d'étudiants qui suivent ce type de cursus (soit 1 % des effectifs étudiants), contre une cinquantaine avant 2010.

1 L'ECOLE DE L'INSERM LILIANE BETTANCOURT

L'école de l'Inserm, la plus ancien de ces dispositifs, a été créée en 2003 et sélectionne au niveau national, par an, environ 50 étudiants parmi l'ensemble des candidatures provenant des différentes.

La formation proposée s'inscrit dans un double cursus comportant deux étapes : l'obtention d'un master 2 recherche avant la 4^{ème} année d'études de médecine ou de pharmacie, puis celle d'une thèse de sciences avant ou pendant l'internat.

Les candidats sont présélectionnés sur dossier dès leur deuxième année d'étude et doivent être inscrits en master 1 et valider au moins une UE de master durant cette année, où ils reçoivent une formation théorique de l'école (pendant 14 jours en février).

L'admission en 2^{ème} année de l'école se fait sur concours à partir des enseignements de l'École dispensés en février et d'un travail personnel de l'étudiant réalisé sur la base de documents transmis par l'école.

Au cours de cette 2^{ème} année, les étudiants admis réalisent un stage de 6 mois (ou 2 fois 3 mois) d'initiation à la recherche à temps plein et doivent valider une seconde UE de Master 1. Les étudiants n'obtiennent pas de diplôme de master 1, mais une équivalence qui leur permet de s'inscrire en master 2 Recherche.

La 3^{ème} année de l'École est consacrée à l'obtention du master 2 recherche et nécessite une année d'interruption du cursus médical ou pharmaceutique.

Après l'obtention du master 2 Recherche, deux options sont possibles pour la préparation de la thèse de sciences :

- **préparer sa thèse de sciences avant l'internat** : L'étudiant choisit son laboratoire de recherche clinique ou fondamentale et maximise ses possibilités d'obtenir une bourse de thèse. Il reprendra son cursus médical ou pharmaceutique une fois docteur ès sciences et pourra prévoir un stage post-doctoral après l'internat, si possible dès le clinicat.

¹³ 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

- **préparer sa thèse pendant une interruption de l'internat** : l'étudiant peut préparer sa thèse de sciences dès la 2^e ou la 3^e année d'internat. Après avoir choisi son laboratoire d'accueil, il peut demander à bénéficier d'un contrat dans le cadre d'une école doctorale, d'un contrat d'accueil Inserm de deux ans après une année-recherche, ou encore de financements de diverses fondations.

2 LE PROGRAMME ENS MEDECINE/SCIENCES

La sélection à l'École Normale Supérieure se fait sur concours. Environ quatre places par an sont offertes aux candidats. Le cursus dure quatre ans pendant lesquelles les étudiants perçoivent une rémunération.

La première année du cursus est aménagée afin de permettre aux étudiants de suivre en parallèle la 3^{ème} année de médecine ou de pharmacie et une formation scientifique appropriée dans les différents établissements partenaires (équivalence d'un master 1). Cette formation comporte une série de cours puisés dans l'offre master de l'ENS et des établissements partenaires et un stage en laboratoire de 3 mois.

Après cette première année, les étudiants interrompent leur formation médicale pour suivre un master 2 recherche composé d'enseignements disponibles au sein des différents établissements du programme.

À l'issue de cette 2^{ème} année d'école, ils choisissent entre deux voies :

- s'engager immédiatement dans une thèse de science, pour reprendre à l'issue de celle-ci leurs études de médecine. Ils peuvent alors bénéficier de contrats doctoraux ;
- reprendre leurs études de médecine avec l'objectif de réaliser une thèse de science au cours de leur internat. Ils conservent leur rémunération pendant leur 4^{ème} et éventuellement 5^{ème} année de médecine/pharmacie, suivant leur statut.

Le financement des études garanti pendant les 3 premières années du programme, auquel pourra s'ajouter un contrat doctoral pour ceux qui effectueront une thèse précoce dans l'un des établissements partenaires.

3 LES DOUBLES CURSUS MIS EN PLACE PAR LES UNIVERSITES

4 LES CURSUS MEDECINE/SCIENCES EN AUTONOMIE

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.

- **L'année de recherche** ¹⁴:

Durant cette année, les internes sont placés en disponibilité pour recherche et continuent à percevoir leur salaire d'interne¹⁵. Le contrat d'année de recherche est conclu entre l'étudiant, le

¹⁴ Cf. article R.632-42 du code de l'éducation et arrêté du 4 octobre 2006 modifié définissant les modalités d'organisation de l'année-recherche durant le troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

directeur général de l'ARS, le directeur du CHU de rattachement, et le président de l'université d'inscription de l'étudiant.

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 publique¹⁶.

- **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 » correspondant¹⁷.

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.

¹⁵ 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.

¹⁶ Cf. article R.632-43bdu code de l'éducation.

¹⁷ Le remboursement de cette part hospitalière a été, pendant un temps, assurée par DGOS mais qui s'est désengagée du dispositif.

ANNEXE 9

GRILLE D'ÉVALUATION DU CNU SANTÉ

Principes généraux

La grille d'évaluation des personnels par les sous-sections et sections du CNU Santé prend en compte l'ensemble des missions des PU-PH et MCU-PH; elle s'applique à toutes les étapes de la carrière hospitalo-universitaire: nominations, promotions aux différentes classes.

L'unité d'évaluation est la sous-section qui fixe les modalités d'utilisation de la grille d'évaluation, la responsabilité de l'évaluation appartient au CNU.

Les règles suivantes sont précisées:

- tous les membres du CNU reçoivent tous les dossiers des candidats
- les MCU-PH n'ont pas compétence pour l'évaluation des PU-PH
- chaque dossier est évalué par 2 rapporteurs, désignés par le Président du CNU selon des critères géographiques et de compétence
- lorsqu'un dossier est évalué 2 années de suite, un rapporteur peut être identique à l'année précédente mais le second doit être nouveau et différent
- le rapport établi par chaque rapporteur est littéral et reprend tous les éléments de la grille; il est daté et signé
- afin de respecter la déontologie et de prévenir tous conflits d'intérêts, il est recommandé que candidat et rapporteurs n'aient pas de travail en commun, ni de co-directions de Thèses ou HDR, ni de participations concurrentes directes, ni de communauté d'intérêts
- lorsqu'un membre du CNU est concerné par sa propre évaluation, il ne participe pas à la discussion ni à la délibération le concernant; les mêmes règles s'appliquent s'il s'agit d'un élève direct de son équipe ou d'un membre de son équipe; dans ces situations, le jury délibère candidat par candidat
- les résultats globaux de l'évaluation sont communiqués à tous les membres de la sous-section; les résultats de l'évaluation du candidat sont communiqués à l'autorité de tutelle universitaire du candidat et au candidat sur sa demande
- toutes ces règles et la grille d'évaluation sont diffusées à tous les membres de la sous-section.

1 - Activités de Recherche

Publications dans des revues indexées

- Score SIGAPS personnel (*des 10 dernières années pour les PU-PU et des 5 dernières années pour les MCU-PH, joindre la copie du tableau*)
- Score SIGAPS de l'équipe (*des 10 dernières années, joindre la copie du tableau*)

Implication dans des PHRC/STIC/contrats de Recherche/essais cliniques/gestion de cohortes (*uniquement en tant que investigateur principal*)

- PHRC nationaux
- PHRC régionaux
- STIC
- Essais cliniques multicentriques / cohortes

- Subventions obtenues pour des projets de recherche
- Appartenance à une structure de recherche labellisée INSERM / CNRS, autres
- Direction/animation d'une équipe de recherche
- Encadrement de Masters et de doctorants (préciser le nombre, le pourcentage de l'encadrement et l'année)
- Valorisation de la Recherche: brevets, logiciels, financements publics/privés, transferts vers l'industrie, partenaires industriels, expertise, prix
- Rayonnement:
 - conférences comme invité
 - internationales
 - nationales
 - responsabilités éditoriales
 - jurys de Thèses/HDR
 - organisation de congrès/journées d'étude
- Appartenance à des Comités de lecture/Comité de rédaction (*préciser les revues et les fonctions exercées*)
 - revues internationales
 - revues nationales

2 - Activités d'Enseignement

1- Formation à la pédagogie

- Formation personnelle à la pédagogie :
 - diplôme de type DU, DIU,
 - lors de congrès (participation à des ateliers ou à des modules de formation)
 - mobilité à objectifs pédagogiques (préciser, date, lieu, durée)

Contribution à la formation pédagogique des enseignants :

- par des communications orales ou affichées lors de congrès pédagogiques,
- par le développement de dossiers types : APP, ECOS, LCA, TCS

Formation personnelle: DU, congrès, participation à des ateliers, mobilité à objectifs pédagogiques

Contribution à la formation pédagogique des enseignants: communications orales lors de congrès pédagogiques, APP, ECOS, LCA, TCS

2- Enseignement

Ces activités concernent la formation initiale et le DPC.

Enseignement théorique local (facultés, écoles)

- nombre d'enseignants dans la discipline (HU+H chargés d'enseignement)
- nombre d'heures (*sur les 5 dernières années, à insérer dans le tableau*)

	n-5	n-4	n-3	n-2	n-1
de la discipline					
du candidat					
dont en PACES					

Enseignement théorique interrégional/national

- nombre d'heures: DES, DESC, Master, jury d'examens

Enseignement pratique:

- certification des compétences des étudiants

- participation ECOS, simulation, ateliers pratiques
- stages cliniques hospitaliers: référent de stage
- encadrement de travaux pédagogiques:
- mémoires, Thèses, Doctorants

Évaluations

- une évaluation des enseignants par les étudiants est-elle disponible?
- oui non
- si oui (*joindre ces éléments*)
- d'autres évaluations des enseignements théoriques et pratiques (coordonnateur, collègue universitaire, responsable de discipline) sont-elles disponibles?
- oui non
- si oui (*joindre ces éléments*)

3- Innovation et recherche pédagogiques

Création de supports pédagogiques :

- livres, chapitres de livres,
- monographies,
- documents multimédia ou par e-learning,
- simulateur ou développement d'enseignement par simulation
- publications de pédagogie
- Obtention de financements au titre de la pédagogie: bourses, subventions, contrats

4- Responsabilités administratives d'enseignement

Facultés, Ecoles certifiées par le Doyen ou l'autorité compétente

Préciser le niveau local, inter régional, national, international

Type de responsabilité

- coordonnateur de DES/DESC
- responsable de l'organisation de DU/DIU/Master
- responsable ou appartenance à une commission pédagogique
- autre responsabilité académique

Pour chaque type de responsabilité, préciser :

- la structure (Faculté, Ecole)
- le niveau (local, régional, national, international)
- le ou les année(s) concernée(s)
- le module ou le cycle concerné

4- Activités de diagnostic et de soins

Activités cliniques ou médico-techniques *des 3 dernières années*

- indicateurs d'activité personnelle (*source SIH, PMSI*)

n-3	n-2	n-1
-----	-----	-----
- nombre de consultations (/an)
- nombre de visites (/an)
- nombre d'actes (/an)
- nombre de gardes/astreintes (/an)
- description qualitative et quantitative de l'activité
- indicateurs d'activité du service
- nombre de consultations/actes/séjours...
- nombre de praticiens seniors HU
- H (*préciser en ETP*)

Activités de référence

- thématiques de compétence
- activités de recours (*préciser les pathologies*)
- appartenance à un réseau régional/centre de référence/centre maladies rares
- labellisations

Activités nouvelles et innovantes (*en clair*)

Notoriété

- visibilité de l'activité et reconnaissance:
- locale/nationale/internationale
- attractivité (*accueil internes hors-CHU/médaille d'or de l'internat, mobilité, stagiaires étrangers...*)
- capacité à former les juniors

Contribution à la reconnaissance et à la pérennité de la discipline au niveau local/national (*gestion d'une équipe, nomination /promotion d'élèves, succession*)

Gestion médico-économique et management

- formation à la gestion
- responsabilités (*unité de soins, unité fonctionnelle, service, pôle*)

5 - Responsabilités collectives

Les fonctions non citées seront évaluées par assimilation

Au sein de l'université : doyen-président CNU

- président collège-fédération
- vice-doyen
- membre conseil faculté, du CNU

Au sein de l'Hôpital Président CME-commission nationale

- président commission CME
- membre CME
- responsabilités régionales (réseaux)

Au sein des Sociétés savantes Président - Secrétaire

- membre CA - président commission

Au sein des agences sanitaires Expert HAS, INCa

6 - Collaborations internationales

Soins

Enseignement

Recherche

ANNEXE 10

INSTRUCTION DU MESR DE MAI 2015 : PROPOSITION DE CADRAGE POUR LA REVISION DES EFFECTIFS HU

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Secrétariat d'État à l'Enseignement supérieur et à la Recherche

Paris, le 11 mai 2015

Objet : Propositions de cadrage concernant les révisions hospitalo-universitaires en médecine:

1) Discussion des postes et des stratégies (réunion tripartite) avec les doyens accompagnés éventuellement de leur président de CME dès le mois de juin avec identification des candidats.

2) Au niveau des CNU, affichage sur les sites des CNU des modalités de préauditions et d'auditions des candidats en affichant les prérequis sur les bases suivantes :

- MCU-PH : 3 papiers dans des revues internationales « impact factor » supérieur à 3 avec une modulation possible selon les disciplines : « impact factor » au moins supérieur à 2 acceptable.
- PU-PH : 6 papiers en premier ou en dernier dans des revues internationales, « impact factor » supérieur à 3 avec des modulations possibles selon les disciplines : « impact factor » au moins supérieur à 2 acceptable.

Chaque CNU a la responsabilité de définir les niveaux des « impact factor » supérieurs à 3 ou supérieurs à 2 en fonction de leur discipline. Ces choix pourront faire l'objet d'une discussion avec les ministères concernés.

3) Les candidats envoyés par leur doyen et/ou président de CME doivent avoir été pré-auditionnés par les CNU qui doivent remonter les informations suivantes au conseil de faculté.

- Candidat présentant l'ensemble des critères requis
- Candidat ne présentant pas l'ensemble des critères requis au jour de la pré-audition.

4) **Score SIGAPS et « impact factor »**

Il apparaît important de revoir les scores SIGAPS par discipline et par rapport aux différentes revues. En effet, certaines revues classées B, C voir D sont les revues de référence de la discipline concernée. Une pondération avec le Facteur H peut être proposée.

Néanmoins, une analyse rétrospective de la révision des effectifs 2014 fait apparaître que pour les candidats MCU-PH, un score SIGAPS au minimum de 200 (toutes disciplines confondues) est raisonnable. Concernant les PU-PH, un score SIGAPS au minimum de 400 (toutes disciplines confondues) est également raisonnable. Il est entendu que ce critère (score SIGAPS) ne peut pas

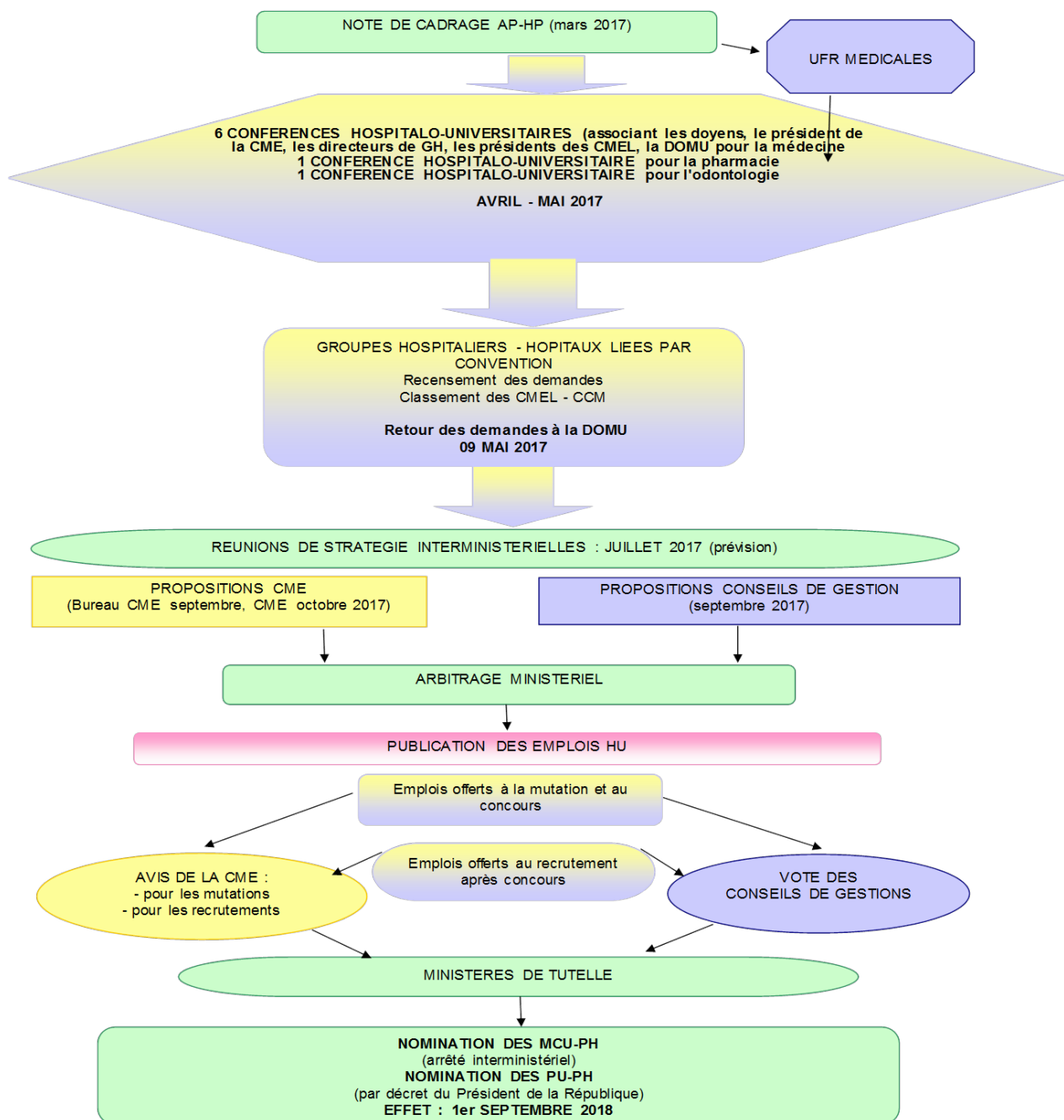
être retenu à lui tout seul et doit tenir compte également des missions d'enseignement et hospitalières. C'est là tout le sens des discussions entre les ministères et les doyens.

Au total : il appartient aux CNU de pondérer ou non les scores SIGAPS en fonction de leur discipline en restant toutefois ferme sur le nombre de publications internationales requises pour les postes de PU-PH et de MCU-PH.

ANNEXE 11

SCHEMA DE REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DE L'AP-HP

ANNEXE I REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES AU TITRE DE 2018 PU-PH & MCU-PH



ANNEXE 12

SCORES SIGAPS/SIGREC PAR CHU

Le score SIGAPS est lié à la taille de l'entité de recherche ; aussi, selon l'étude bibliométrique¹⁸ récente du comité national de coordination de la recherche (CNCR), 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 parangonnage par discipline.

Tableau 18 : 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 -arrêts 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)

¹⁸ Analyse bibliométrique des publications des CHU-CHR (2005-2014)- Février 2016

Tableau 19 : Comparaison des scores SIGREC (essais cliniques) – période 2013-2015]

Raison Sociale	Statut	Score Essai 2013	Score Essai 2014	Score Essai 2015	Score Essai 2013-2015	ScoreInc Promo 2013	ScoreInc Promo 2014	ScoreInc Promo 2015	ScoreInc Promo 2013-2015	ScoreInc Invest-2013	ScoreInc Invest-2014	ScoreInc Invest-2015	ScoreInc Invest-2013-2015
AP-HP	CHR	3661	3404	3305	12,35	2243,09	2330,12	2176,52	13,43	1902,98	2051,01	1958,29	12,38
CHU DE MONTPELLIER	CHR	1041	1336	1328	4,4	799,79	1055,31	1059,84	5,77	772,79	850,68	971,24	5,42
HOSPICES CIVILS DE LYON	CHR	1377	1369	1506	5,06	793,22	761,6	945,74	4,96	698,95	688,07	825,61	4,62
CHRU DE LILLE	CHR	1172	1069	1122	4	760,3	592,55	664,12	4,02	762,81	611,16	619,94	4,19
AP-HM	CHR	1002	947	978	3,48	712,96	650	673,08	4,05	695,01	656,83	679,18	4,26
CHU DE CLERMONT-FERRAND	CHR	910	956	907	3,3	605,86	702,83	633,69	3,86	614,3	675,6	609,81	3,98
CHU GRENOBLE	CHR	798	869	891	3,04	457,34	554,36	554,48	3,1	460,23	514,74	518,66	3,12
CHU DE NANTES	CHR	887	907	891	3,19	463,12	486,33	741,12	3,34	367,03	399,96	426,22	2,49
CHU DE TOULOUSE	CHR	721	861	859	2,9	406,17	493,92	522,85	2,82	429	450,46	463,29	2,81
CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	CHR	793	718	666	2,59	452,31	405,8	375,74	2,46	433,35	391,43	424,94	2,62
CHU DE STRASBOURG	CHR	549	617	750	2,27	250,18	363,54	399,91	2	334,92	442,86	490,72	2,64
CHU DE NIMES	CHR	542	547	522	1,92	432,78	447,88	363,17	2,48	402,93	419,43	291,41	2,34
CHU DIJON	CHR	625	579	576	2,12	417,21	371	381,23	2,33	384,09	332,75	348,82	2,24
CHU DE RENNES	CHR	590	645	656	2,25	305,54	352,87	374,96	2,05	275,01	374,42	363,88	2,11
CHRU DE BREST	GCS	445	450	492	1,65	391	377	501,52	2,52	332	311	417,33	2,21
GUSTAVE ROUSSY	CLCC	693	671	655	2,4	379,65	355	375,37	2,21	304,34	244,98	272,36	1,73
CHU DE BESANCON	CHR	559	599	567	2,05	362,68	355,64	309,36	2,05	341,86	362	306,4	2,12
CHU D'AMIENS	CHR	533	499	486	1,81	317,74	314,76	263,34	1,79	319,01	329,89	308,08	2,01
CHU D'ANGERS	CHR	453	491	567	1,79	280,56	290,62	390,29	1,9	288,71	283,53	326,69	1,88
CHU DE ROUEN	CHR	481	531	524	1,83	286,57	304,22	317,47	1,8	244,83	308,91	305,26	1,79
CHR DE POITIERS	CHR	537	509	453	1,79	340,17	270,74	327,37	1,87	272,81	247,69	295,46	1,71
CHU SAINT-ETIENNE	CHR	480	475	523	1,76	260,44	274,17	362,01	1,77	246,09	264,28	324,52	1,74
CHU DE NICE	CHR	474	470	511	1,73	219,81	280,84	260,04	1,51	233,94	249,34	257,59	1,55
CHU DE NANCY - SINCAL	CHU	375	435	434	1,48	231	284	242,56	1,5	250	303	291,2	1,76
CHRU DE TOURS	CHR	406	452	460	1,57	198,88	217,77	246,23	1,31	202,68	191,93	266,13	1,38

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

CHU DE CAEN	CHR	447	441	419	1,56	243,46	200,85	173,17	1,24	244,95	198,11	205,11	1,36
HOPITAL FOCH - FRANCO BRIT	EBNL	375	358	248	1,17	327,58	299,83	260,52	1,77	208,92	167	178,22	1,16
UNICANCER	GCS	485	450	520	1,73	321,85	382,47	407,26	2,2	0	0	0	0
INSTUTUT CURIE - ST-CLOUD	CLCC	375	383	342	1,31	210,06	226,27	208,97	1,28	209,63	201	171,7	1,22
CENTRE LEON BERARD	CLCC	416	401	403	1,45	186,83	148,4	160,65	0,99	183,73	151,44	142,5	1
CHU DE LIMOGES	CHR	339	318	332	1,18	156,9	168,67	184,81	1,01	157,87	162,43	158,11	1
CENTRE OSCAR LAMBRET	CLCC	397	373	356	1,34	168,83	135,02	136,79	0,88	114,05	105,36	118,55	0,71
FONDATION OPH ROTHSCHILD	EBNL	103	219	377	0,82	106,97	195,31	265,47	1,11	70,58	151,26	247,65	0,97

Source : DGOS

ANNEXE 13

LES ACTIVITES DE RECOURS ET DE REFERENCE

La répartition des budgets des CHU est assise notamment sur des données relatives à la nature et la gravité des séjours qui interviennent, via le PMSI, dans la constitution des GHM, donc des tarifs. Les budgets sont dépendants du "case-mix " des établissements (répartition des nombres de cas par GHM), et un malade " lourd " apporte plus de recettes à l'établissement qu'un malade « léger ».

o Un niveau de complexité des prises en charge qui distinguent certains CHU

La part des séjours de niveaux de sévérité élevée (3 et 4) des CHU est de 7,5 % pour 2017, soit une proportion faible comparée à celle des niveaux de sévérité 1 et 2. Les cas les plus sévères dans les CHU représentent ainsi une très faible part de leur activité. La fréquence du taux de séjours relevant du niveau 4 (niveau de sévérité le plus élevé) est en moyenne nationale de 2,3 % pour les CHU.

L'analyse des poids moyens de cas traités (PMCT- 2017) présentés dans la base Inter-CHU fait apparaître quelques différences entre CHU.

Tableau 20 : Casemix GHM des CHR par niveau de sévérité¹⁹ (e-pmsi)

ETABLISSEMENT	Nb séjours	% sévérité 3	RG	Nb séjours	% sévérité 4	RG
Amiens	6 233	4,4 %	25	3 350	2,4 %	13
Angers	6 230	6,1 %	5	2 704	2,6 %	3
Besançon	4 315	3,0 %	32	1 800	1,2 %	32
Bordeaux	12 148	4,6 %	24	6 681	2,5 %	6
Brest	6 289	5,1 %	19	2 524	2,0 %	24
Caen	7 523	6,3 %	3	2 933	2,5 %	6
Clermont Ferrand	6 435	5,3 %	13	3 182	2,6 %	3
Dijon	6 717	5,4 %	10	3 372	2,7 %	2
Grenoble	7 809	5,5 %	9	3 585	2,5 %	6
Guadeloupe	2 864	5,9 %	7	1 197	2,5 %	6
Lille	9 195	4,1 %	30	5 153	2,3 %	20
Limoges	5 469	4,4 %	25	2 422	1,9 %	29
Lyon	19 165	5,2 %	18	8 683	2,4 %	13
Marseille	12 837	4,4 %	25	6 879	2,4 %	13
Martinique	4 258	3,8 %	31	1 886	1,7 %	30
Metz	8 614	6,0 %	6	2 860	2,0 %	24
Montpellier	7 625	5,4 %	10	4 505	3,2 %	1
Nancy	8 171	5,3 %	13	3 837	2,5 %	6
Nantes	9 446	5,7 %	8	3 903	2,4 %	13
Nice	6 351	5,1 %	19	2 483	2,0 %	24
Nîmes	5 915	5,0 %	21	2 318	2,0 %	24
Orléans	6 049	5,4 %	10	2 221	2,0 %	24

¹⁹ Le pourcentage représente la part de la sévérité dans le case mix de l'établissement (tableau t1v5synts sur e-pmsi).

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

Paris	67 185	5,3 %	13	29 008	2,3 %	20
Poitiers	6 907	4,4 %	25	3 284	2,1 %	23
Reims	5 394	5,3 %	13	2 493	2,4 %	13
Rennes	8 020	6,7 %	1	3 044	2,6 %	3
Réunion	7 516	5,3 %	13	3 301	2,3 %	20
Rouen	10 117	6,3 %	3	4 014	2,5 %	6
Saint Etienne	6 811	6,6 %	2	2 510	2,4 %	13
Strasbourg	9 601	4,9 %	23	4 799	2,5 %	6
Toulouse	12 478	5,0 %	21	5 943	2,4 %	13
Tours	6 835	4,3 %	29	2 734	1,7 %	30
TOTAL	310 522	5,2 %	32	139 608	2,3 %	32

Source : Base inter-CHU/Retraitement mission

Tableau 21 : PMCT des CHR par type de séjour

ETABLISSEMENT	PMCT Séances		PMCT 0 nuit		PMCT 1 nuit et +	
	2017	RG	2017	RG	2017	RG
Amiens	336,2		889,9	7	4 239,9	
Angers	401,7	7	865,3	10	3 986,0	
Besançon	357,5		827,8		4 058,6	
Bordeaux	337,7		753,1		4 489,8	6
Brest	372,5		850,4		3 842,7	
Caen	376,8		861,4		4 233,7	
Clermont Ferrand	385,8		817,0		4 294,5	
Dijon	381,3		834,7		4 411,4	10
Grenoble	408,1	5	887,6	8	4 235,4	
Guadeloupe	364,1		977,5	3	4 846,8	1
Lille	393,1	9	796,4		4 240,9	
Limoges	318,8		782,5		3 782,3	
Lyon	371,9		848,4		4 153,2	
Marseille	338,1		794,6		4 412,2	9
Martinique	419,1	2	1 034,8	2	4 516,0	4
Metz	369,2		966,3	4	3 453,8	
Montpellier	417,1	3	814,4		4 449,7	8
Nancy	399,0	8	841,3		4 250,0	
Nantes	391,6	10	796,8		4 528,3	3
Nice	359,7		862,2		3 767,0	
Nîmes	307,1		806,9		3 895,0	
Orléans	338,5		933,8	5	3 645,3	
Paris	413,7	4	822,6		4 462,2	7
Poitiers	315,9		838,4		4 138,5	
Reims	362,3		830,8		4 296,5	
Rennes	379,8		875,3	9	4 492,9	5
Réunion	438,9	1	1 075,2	1	4 616,3	2
Rouen	373,7		708,2		3 850,5	
Saint Etienne	363,2		801,1		3 989,4	
Strasbourg	390,5		863,0		4 080,1	
Toulouse	401,9	6	786,7		4 167,7	
Tours	391,3		928,6	6	3 922,8	
TOTAL	374	32	855	32	4 180	32

Source : Base inter-CHU/Retraitement mission

On constate que cette analyse de niveaux de sévérité des séjours et des poids moyens de cas traités en CHU recoupe, dans une certaine mesure et partiellement, la classification établie pour les activités de recherche ou d'enseignement : parmi les sites, Paris, Montpellier, Bordeaux, Nantes et Rennes figurent dans le panel des CHU où le PMCT et les niveaux élevés de sévérité sont les plus représentés.

➤ **Les centres de référence maladies rares: des structures attractives pour les personnels hospitalo-universitaires**

Il y a 131 centres de référence maladies rares en France, regroupant des équipes hospitalo-universitaires hautement spécialisées, qui sont labellisés à ce jour et financés à hauteur de 140 millions d'€ dans le cadre des missions d'intérêt général (MIG).

Nés d'une volonté de structurer l'offre de soins pour les patients et de rendre plus visible les maladies rares et leur prise en charge, les centres de référence jouent un rôle d'expertise pour une maladie ou un groupe de maladies nécessitant des compétences spécifiques.

Les CRMR sont organisés autour d'une équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire hautement spécialisée ayant une expertise avérée pour ces maladies dans les domaines des soins, de la recherche-formation. Ils exercent une attractivité régionale, interrégionale, nationale, voire internationale, en fonction de la rareté de la maladie.

Le CRMR identifie, coordonne et anime sa filière de soins (structures d'amont et d'aval) à la fois dans son bassin de santé et au-delà selon le périmètre de sa mission de recours. Il assure l'animation et la coordination des structures qu'il regroupe (CCMR, réseaux de correspondants et structures hospitalières, professionnels du secteur médico-social et médico-éducatif). Toutes les actions du CRMR sont organisées, déployées et conduites en étroite coordination avec les actions de sa filière de santé maladies rares (FSMR) de rattachement.

Le ministère de la santé a créé, en 2014, 23 filières maladies rares. Ces filières visent à mieux structurer la prise en charge des maladies rares sur le territoire et à améliorer la collaboration entre professionnels de santé, associations de patients, etc.

Quatre missions doivent être soulignées.

○ l'expertise

Cette mission, en lien avec la prise en charge clinique de recours, implique l'organisation de réunions de synthèse ou de concertation pluridisciplinaires (RCP), l'élaboration et la diffusion de recommandations et de protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS), le recueil épidémiologique régulier (en priorité la mise à jour régulière de la banque nationale de données maladies rares (BNDMR), la mise en place de démarche et de procédures qualité en lien avec celles de l'établissement de santé de rattachement du CRMR.

○ le recours

Du fait de la rareté de certaines maladies, du faible nombre des experts et de l'expertise avérée du CRMR, le CRMR rayonne au-delà de son bassin de santé et assure, en pluridisciplinarité, une prise en charge diagnostique, thérapeutique et de suivi. Selon les cas, le CRMR assure lui-même cette prise en charge globale ou l'organise au sein de sa filière de soins.

- o la recherche

Le CRMR promeut, anime ou participe à la recherche translationnelle, clinique, ou organisationnelle. Les publications réalisées traduisent cette activité régulière du CRMR et contribuent à la reconnaissance de son expertise.

- o l'enseignement et la formation

Le CRMR promeut, anime ou participe à des enseignements universitaires, post universitaires et extra-universitaires dans le domaine de la maladie rare ou du groupe de maladies rares concernés.

Au niveau Européen, sur 23 Réseaux européens maladies rares approuvés par le "*Board member states*" en fin d'année 2016, les équipes HU des CHU, assurent la coordination de 5 "*European Reference Networks for rare or low prevalence complex diseases*" (ERNs): ERN SKIN, ERN EYE, Euroblood Net, VASCern et un projet de réseau "cancers rares de l'adulte".

Les pathologies compliquées prises en charge par ces CRMR représentent un intérêt particulier chez les candidats au parcours HU comme l'indiquent certains témoignages recueillis par la mission. Ainsi, une jeune MCUPH en immuno-pédiatrie souligne que malgré des opportunités en Allemagne ou aux États Unis, elle a préféré rester dans son "*service de pointe*" au regard de la file active de patients "spécifiques" qui permet à l'équipe d'assurer les quatre missions d'expertise, de recours, d'enseignement et de recherche. Un PHU en génétique a déclaré "*être prête à accepter un poste de PH lui permettant de poursuivre les missions d'enseignement et de recherche dans son service plutôt qu'un poste de PUPH dans un autre CHU*".

ANNEXE 14

INSTITUT GUSTAVE ROUSSY: EVALUATION DES PRATICIENS

Extrait de la convention régissant le statut des praticiens des Centre de lutte contre le cancer

Source : IGR

Chapitre II : Missions - Fonctions du personnel praticien

Missions

Article 1.2.1.

1.2.1.1. Cadre général (Modifié par avenant 2006-01 du 27 mars 2006)

Tous les praticiens exerçant dans un centre de lutte contre le cancer, régis par les articles 2.2.1.1., 2.2.1.2. et 2.2.1.3. Du titre II, chapitre II, quel que soit leur emploi et leur mode d'exercice, ont pour obligation de s'acquitter des missions de service public auxquelles les centres participent de par leur statut. Sont en particulier visées dans ce cadre général : l'égalité des soins, l'accessibilité aux soins, la réponse à l'urgence et ses conséquences : gardes et astreintes. Les missions citées ne sont pas exhaustives, mais elles sont essentielles. Nul ne peut s'y soustraire.

Ces praticiens ont également vocation, outre la mission primordiale de soins, à participer aux missions :

- d'enseignement ;
- de recherche clinique, de transfert ou fondamentale ;
- de santé publique (notamment épidémiologie, prévention, dépistage, réseaux ...).

Aucun praticien de centre n'est tenu de prendre en charge simultanément l'ensemble de ces missions. En revanche, il ne peut pas refuser d'assumer l'une d'entre elles si son responsable hiérarchique le lui demande dans le cadre du projet d'établissement ou de son service et, si ses compétences dans le domaine sont reconnues.

En plus des missions spécifiques de service public, qui sont en cohérence avec la définition des missions des centres de lutte contre le cancer issues de l'ordonnance du 2 mai 2005, les praticiens s'inscrivent dans la démarche de qualité et d'évaluation médicale. A ce titre, notamment, ils participent personnellement aux obligations nées de l'ordonnance du 24 avril 1996 concernant la certification, qu'il s'agisse de la certification du centre en tant qu'établissement de soins ou de la certification du réseau auquel participe le centre.

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 mission. Un support d'évaluation est renseigné par le praticien et ses responsables précisant notamment la répartition des activités clinique, de recherche, d'enseignement et de management.

Une part variable additionnelle des praticiens (cf. tableau 23), liée à l'atteinte d'objectifs, a été mise en place dès la campagne d'évaluation de l'année 2012, par la direction après avis de la commission médicale et du directoire. Cette part variable additionnelle valorise l'atteinte partielle ou totale des objectifs médicaux fixés aux départements et aux praticiens pour l'année écoulée.

Sont rendus éligibles à cette part variable additionnelle, les personnels Hospitalo-Universitaires :

- Les Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (PU-PH),
- Les Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers (MCU-PH),
- Les Chefs de Clinique - Assistants (CCA),
- Les Assistants Hospitalo-Universitaires (AHU).

ENTRETIEN ANNUEL EVALUATION DES PRATICIENS 2017

Date de l'entretien :

I – IDENTIFICATION DU PRATICIEN

NE PAS REMPLIR A LA MAIN - A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

Nom, Prénom :

Département :

Service ou Unité médicale :

Date d'entrée à l'IGR :

Fonctions médicales actuelles :

Entretien mené par le responsable hiérarchique :

Nom, Prénom :

Département :

Service ou Unité médicale :

Entretien précédent mené par : Date :

Changement de fonctions médicales au cours de l'année écoulée :OUI NON

Si oui, fonctions médicales précédentes :

Changement de Département, de Service ou d'Unité médicale
au cours de l'année écoulée :OUI NON

Si oui, Département, Service ou Unité médicale précédents :

*Les évaluations devront être terminées pour le **30 septembre 2017***

Les supports remplis, puis centralisés par les chefs de départements doivent être retournés au Bureau des Affaires Médicales

QUELQUES PRECISIONS IMPORTANTES

- ➔ Sur quelles dates travailler ?
 - Les chiffres fournis pour les activités cliniques (SIMBAD), de recherche (COMETH) et d'enseignement (« Relevé annuel des enseignements ») **sont ceux de l'année civile 2016**.
 - Pour le reste du bilan (activités cliniques, recherche et management), il faut apprécier les activités **entre l'EAE 2016 et la date de l'entretien 2017**.
 - Les objectifs doivent être discutés à partir de la date de l'entretien (donc sur l'année universitaire à venir, 2016-2017).
- ➔ Précisions :
 - Nouveaux malades : ce sont les patients adressés en **2016** pour la première fois à un praticien. Si le même malade voit 2 praticiens différents pour la première fois, ce sera un nouveau patient pour chacun des 2 praticiens
 - Dans le relevé « activités de recherche », la base Cometh restitue les renseignements fournis dans la fiche remplie par les investigateurs lors du passage à la CSET (en particulier les noms de l'investigateur principal et des co-investigateurs)
- ➔ L'ensemble des déplacements prévus doit être précisé. **Sauf exception, seuls les congrès, missions et participation à des groupes coopératifs déclarés dans l'EAE pourront faire l'objet d'un financement par le service formation**

II – BILAN DE L'ANNEE ECOULEE

ACTIVITES CLINIQUES	Nombre	Commentaires
<p>Données quantitatives d'activité à l'IGR (Relevé des résultats de l'année civile 2016) Indicateurs personnalisés (pour chaque département)</p> <p>1) Nombre d'actes tracés (préciser selon la spécialité): 2) Nombre d'actes produits (préciser selon la spécialité): 3) Nombre de formations/enseignements/présentations 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10). 11). 12).</p>		
<p>Développement d'activités cliniques nouvelles ou innovantes</p> <p>A préciser :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Développement d'activités cliniques visant à améliorer la qualité des soins et de la prise en charge des patients</p> <p>A préciser :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Activités hors IGR Activités hors IGR (ex : prévention, réseau, consultations avancées, etc ...) A préciser :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

ACTIVITES DE RECHERCHE		
	Nombre	Commentaires
1) Publications		
Nombre de publications (base Medline) <i>(Préciser le rang)</i>	
Nombre de livres ou chapitres de livres publiés <i>(Préciser le rang)</i>	
Nombre de publications didactiques (hors Medline) ... <i>(Préciser le rang)</i>	
2) Participation à un programme de recherche ou à une Unité de Recherche		
	
3) Communications scientifiques		
Nombre de communications scientifiques effectuées lors des congrès ou autres cadres		
National	
International	
4) Etudes répertoriées dans la base Cometh (Relevé des résultats de l'année civile 2016)¹		
◆ En tant que qu'investigateur principal		
Nombre d'études multicentriques internationales	
◆ En tant que tant que co-investigateur		
Nombre d'études multicentriques internationales	
◆ Nombre de patients inclus à GR		
5) Autres travaux de recherche clinique et translationnelle		
Nombre d'études internationales	
Nombre d'études nationales	
Nombre d'études IGR	
6) Recherche de financements		
◆ En tant que demandeur principal		
Nombre de financements obtenus	
Précisez le type (PCRD/ PHRC / Associations / Industrie /autres	
Précisez les montants obtenus (montant total et part IGR)	
◆ En tant que co- demandeur		
Nombre de financements obtenus	

¹ il s'agit des données répertoriées au 31 décembre 2016 dans la base COMETH

ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT		
	Nombre	Commentaires
1) Activités d'enseignement fournies par le recensement annuel (année civile 2016)¹ <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'heures de cours organisées par an • Nombre d'heures de cours dispensées par an <ul style="list-style-type: none"> Universitaires Non Universitaires..... A du personnel GR • Nombre d'étudiants encadrés²..... • Nombre de jurys • Nombre d'articles scientifiques expertisés • Nombre de projets de recherche scientifique expertisés 		

¹ Il s'agit des données déclarées pour l'année 2016 dans le relevé annuel des enseignements conduit par le SBE (Dr E Benhamou)

² Thèse de science, de médecine ou de pharmacie, DEA, DESS, etc..., à l'exception des internes et des résidents

AUTRES ACTIVITES		
	Nombre	Commentaires
Activités institutionnelles (Conseil Administration, Comité Exécutif de Direction, Conseil de Direction, Commission Médicale, Comité Technique, COMEDIMS, CLIN, CLAN, CLUD, etc...)		
Nombre de demi journées par mois	
Activités hors IGR (FNCLCC, industrie, groupes coopératifs, sociétés savantes etc...)		
Nombre de demi journées par mois	
Activités syndicales (IGR / hors IGR)		
Nombre de demi journées par mois	
Formations reçues dans l'année à l'IGR		
Nombre de formations reçues.....	
Nombre de journées de formations reçues.....	
Formations reçues dans l'année hors IGR		
Nombre de formations reçues.....	
Nombre de journées de formations reçues.....	

A remplir par le Praticien encadrant, en management direct ou transversal

ACTIVITES MANAGERIALES		Nombre	Commentaires
<i>Activités de management (y compris pour la mise en place de moyens ou de nouvelles organisations)</i>			
Nombre de demi-journées par mois		
Personnel à disposition (tout le personnel).....		
Personnel à évaluer		

COMPETENCES MANAGERIALES	Non acquise*	Partiellement acquise*	Acquise	Expertise	Sans objet
	▶ Connaître les activités (individuelles et collectives) de son équipe				
▶ Prendre une part active à la définition du projet professionnel, et aux moyens de sa réalisation, pour les collaborateurs qui lui sont rattachés					
▶ Garantir le respect des procédures					
▶ Apporter conseil et assistance à son équipe					
▶ Animer, conduire, mobiliser et fédérer son équipe					
▶ Définir les priorités de travail, les répartir au sein de l'équipe					

**** Si certaines compétences sont non acquises ou partiellement acquises, préciser :**

- la(les) raison(s) :

.....
.....

- le plan de progrès :

.....
.....

Avis/engagement du collaborateur sur ce plan de progrès :

.....
.....



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

CONTRIBUTION PERSONNELLE à la performance collective			
	Inexistante*	A développer*	Démontrée
▶ Inscrire son action dans les projets et les enjeux de l'IGR, du Département...			
▶ Partager et transmettre des savoir-faire propres à l'IGR, sa culture, ses valeurs			
▶ Animer des réunions, faire des présentations en public			
▶ Savoir engager les actions nécessaires pour prévenir les conflits (équipe, groupe projet, autre service...)			
▶ Transmettre l'information nécessaire à la continuité de l'activité de son équipe			
▶ Etre attentif au bien être de l'équipe			
▶ Développer des actions en partenariat et en réseau pour améliorer les résultats de l'équipe			

* Si certaines compétences sont non acquises ou partiellement acquises, préciser :

- la(les) raison(s) :

.....

- le plan de progrès :

.....

Avis/engagement du collaborateur sur ce plan de progrès :

.....



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

CONDITIONS D'EXERCICE ET OBJECTIFS DE PERFORMANCE

* Faits marquants de l'année écoulée :

.....
.....

* Difficultés rencontrées au cours de l'année écoulée :

.....
.....

Quelle appréciation le collaborateur porte-t-il sur sa propre charge de travail :

* En termes d'organisation et de répartition de la charge :

- Je m'organise correctement au regard de mes responsabilités
- Je rencontre des difficultés qui nécessitent la recherche de solutions

* Y-a-t-il un plan d'action à mettre en œuvre : OUI NON

Si oui, quelles sont les actions à mettre en place :

.....
.....

* En termes d'articulation entre vie professionnelle/vie privée :

- Je n'ai pas de commentaire particulier à faire
- J'estime important de faire un point précis de ce sujet, ayant le sentiment d'un déséquilibre durable qui nécessite la recherche de solutions.

* Y-a-t-il un plan d'action à mettre en œuvre : OUI NON

Si oui, quelles sont les actions à mettre en place :

.....
.....



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

**APPRÉCIATION DES OBJECTIFS FIXÉS EN
 2016**

Rappel des objectifs cliniques 2016-2017

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Résultats (1 à 4)	Commentaires
1)			
2)			
3)			

Rappel des objectifs de recherche 2016-2017

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Résultats (1 à 4)	Commentaires
1)			
2)			
3)			

Difficulté : 1 = objectif facile ; 4 = objectif difficile
Résultats : 1= non atteints ; 2 = partiellement atteints ; 3= atteints ; 4 = dépassés



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

Rappel des objectifs d'enseignement 2016-2017

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Résultats (1 à 4)	Commentaires
1)			
2)			
3)			

Rappel des objectifs de management 2016-2017

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Résultats (1 à 4)	Commentaires
1)			
2)			
3)			

Difficulté : 1 = objectif facile ; 4 = objectif difficile
Résultats : 1= non atteints ; 2 = partiellement atteints ; 3= atteints ; 4 = dépassés



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

EN CONCLUSION

Appréciation globale de l'évaluateur sur les objectifs de l'année écoulée

Echelle de niveau d'atteinte à renseigner obligatoirement par une croix dans l'une des cases souhaitées

Insuffisance

Atteinte

Dépassement

0

1

2

3

4

Argumentaire obligatoire de l'évaluateur sur l'appréciation des objectifs

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Commentaires de l'évalué

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**III – DETERMINATION DE LA REPARTITION DES
ACTIVITES POUR L'ANNEE A VENIR
(Année universitaire 2017-2018)**

Ce tableau de répartition d'activités est à remplir obligatoirement

Répartition des activités

Répartition des activités	Pourcentages fixés (2016-2017)	Pourcentages observés (2016-2017)	Pourcentages fixés (2017-2018)	Commentaires
Clinique%%%	
Recherche%%%	
Enseignement%%%	
Management%%%	



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

**IV – DETERMINATION DES OBJECTIFS POUR
 L'ANNEE A VENIR
 (Année universitaire 2017-2018)**

Objectifs cliniques 2017-2018

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Indicateurs de résultats Commentaires	Délai de réalisation
1)			
2)			
3)			

Objectifs de recherche 2017-2018

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Indicateurs de résultats Commentaires	Délai de réalisation
1)			
2)			
3)			

Estimation du degré de difficulté : 1 = objectif facile ; 4 = objectif difficile



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

Objectifs d'enseignement 2017-2018

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Indicateurs de résultats Commentaires	Délai de réalisation
1)			
2)			
3)			

Objectifs de management 2017-2018

Objectifs (énoncés des objectifs)	Difficulté (1 à 4)	Indicateurs de résultats Commentaires	Délai de réalisation
1)			
2)			
3)			

Estimation du degré de difficulté : 1 = objectif facile ; 4 = objectif difficile

**Congrès, missions
Et participation à des groupes coopératifs
(Année universitaire 2017-2018)**

Congrès et missions prévus pour l'année à venir	Financement IGR demandé		Durée (en jours)
	OUI	NON	

V – EVOLUTION DU COLLABORATEUR

Perspective d'évolution / mobilité

Evolutions souhaitées par le collaborateur ou le responsable	Délai envisagé	Avis du responsable N +1

Besoins de formations

Plan de Développement Managérial	Priorité	1	2	3
Management hiérarchique : déléguer, évaluer, motiver, conflits...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Management fonctionnel : animation d'équipe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annonce de la mauvaise nouvelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annonce du dommage associé aux soins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simulateur au bloc opératoire : améliorer la sécurité des patients		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer sa prise de parole et gagner en assertivité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Théâtre pour améliorer sa communication		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méditation en pleine conscience – atelier 8 sessions		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sophrologie – atelier 8 sessions		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langue				
Anglais collectif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anglais individuel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anglais médical		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer publications et présentations en anglais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formations Médicales ou congrès				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Autres formations				
.....				
.....				
.....				

VI – COMMENTAIRES



Support d'évaluation des praticiens (version juin 2017)
A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR ORDINATEUR

Commentaires du collaborateur sur l'entretien annuel d'évaluation

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date et signature :

Commentaires du responsable N+1

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date et signature :

Responsable N+2

.....
.....
.....
.....

Date et signature :

Tableau 22 : Synthèse PVA des 5 dernières années à l'IGR

PVA versées ces 5 dernières pour le personnel médical éligible en 2007 et sur base temps plein, soit 204 personnes La population totale éligible était de 243 personnes, temps plein et temps partiel. Les HU sont considérés temps plein pour la PVA et compte en ETP à 1

C Dept	L Dept	Max.	PVA		Max.	PVA		Max.	PVA		Max.	PVA		Max.	PVA	
			2013	Min.		2014	Min		2015	Min		2016	Min		2017	Min
COORDMED	Coordination	7271	2935	1722	3500	Moy.	1387	4500	2909	1613	4500	Moy.	1474	3528	2331	1785
DBO	Anesthésie	2580	2151	1722	1644	1644	1644	2584	1916	1782	2586	1969	1529	2618	1989	1270
DBP	Biologie et Pathologies M.	3771	2014	1342	2730	1870	1250	2374	1728	1141	2556	1764	1314	2635	1916	1818
DCG	Chirurgie Générale	1956	1956	1956	1487	1487	1487	1613	1613	1613	1893	1893	1893	2185	1889	1592
DCO	Cancérologie Cervico-	2500	2137	1956	2500	2150	2080	2500	1898	1812	3500	2129	1933	2600	1900	1800
DCP	Chirurgie Plastique	2956	2289	1956	2175	1807	1487	3436	2017	1613	1933	1907	1893	1889	1889	1889
DCV	Chirurgie Viscérale	2556	2556	2556	2862	2862	2862	3338	3338	3338	1893	1893	1893	1889	1889	1889
DHE	Hématologie	2426	2026	1826	1769	1769	1769	1913	1913	1913	2204	1801	967	2641	1889	1820
DIS	DISSPO	1956	1956	1956	2448	2038	1629	2595	2096	1613	2346	1994	1693	2010	1938	1505
DIT	DITEP	1826	1826	1826	3060	1900	1127	1814	1512	1209	1933	1933	1933	3009	2113	1889
DMD	Médecine ontologique	2826	2113	1218	2799	1932	1769	3338	2225	1750	2711	2262	1697	3009	2040	1235
DMI	Imagerie Médicale	2500	2052	2002	2500	2329	1594	3500	2303	1407	3540	2230	1200	3006	1942	1435
DPD	Pédiatrie	2573	1947	1150	2456	2290	1461	2003	1822	1228	2014	2014	2014	2294	1910	1863
DRE	Recherche	1956	1893	1829	2050	2050	2050	2862	2394	1926	1727	1727	1727	1889	1889	1889
DRT	Radiothérapie	2829	2117	1232	2710	2140	1807	2712	2182	1472	2155	2047	1617	2500	1982	1585
PHA	Pharmacie	2093	1970	1479	2806	2064	1569	1999	1793	1333	1793	1793	1793	2185	1889	1296
PLC	Ambulatoire	2175	1788	1013	1930	1930	1930	2128	1816	1504	3787	2893	2596	3185	2389	1592
PSA	Soins Aigus	3002	2727	2452	2527	2527	2527	2188	2188	2188	2071	1876	1485	2255	1941	1627
RCT	Recherche Clinique Total	1829 7271	1829 2165	1829 1013	2050 3500	2050 2076	2050 1127	2628 4500	2014 2094	1809 1141	2584 4500	1793 2095	967 967	2540 3528	1899 1990	1770 1235

Source : IGR

ANNEXE 15

NOTICE ET GRILLE D'ÉVALUATION DU SCORE SIAPS RÉALISÉES PAR LA CONFÉRENCE DES DOYENS DE MÉDECINE

1 GÉNÉRALITÉS

Ce score a vocation à quantifier l'implication des candidats dans le champ de la pédagogie. Il ignore volontairement les champs « recherche » et « soins » des dossiers des candidats. Ces autres champs seront défendus par les candidats à travers leurs dossiers. L'enseignement au lit du malade, au bloc opératoire ou sur plateau technique est de fait exclu du score. Seuls les enseignements à la faculté de médecine (ou dans certains instituts explicités) sont pris en compte. Si vous enseignez en odontologie ou pharmacie, répondez comme s'il s'agissait de la faculté de médecine.

Vos implications pédagogiques ne sont pas toutes prises en compte (exemple : préparation de support d'enseignement dirigé, cours dans d'autres organismes, formation continue non médicale) : comme tout score, SIAPS ne peut pas tout recenser, mais le score total reflètera néanmoins globalement votre implication pédagogique.

Étant construit sur 10 ans, comme le score SIGAPS, le score SIAPS ignore les activités anciennes de plus de 10 ans et est plus faible pour les carrières débutantes.

Dans chaque case, saisissez un nombre positif ou nul. Lisez systématiquement cette notice, elle contient des éléments non-évidents mais indispensables au remplissage du tableau. Les indications du type « Le score comptera... » signifient que le calcul sera réalisé par la feuille de calcul, ce n'est pas à vous de modifier votre saisie.

S'il vous semble que des éléments essentiels ont pu être oubliés (notamment s'ils ne figurent ni dans les listes d'exclusion ni dans celles d'inclusion), ou si le calcul appliqué ne vous semble pas cohérent entre la notice et la feuille de calcul, vous pouvez nous en faire part par écrit.

Le score doit être validé par le Doyen de la Faculté.

Section « [1] Charges d'enseignement »

[1a] PACES : nb d'heures de cours magistraux

Inclut :

- Les cours magistraux en amphithéâtre, en PACES.
- Compter également chaque répétition d'un même cours.

Exclut :

- Les enseignements dirigés de PACES
- L'enregistrement de cours vidéo

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 2 points par heure

[1b] MED2 à MED6 : nb d'heures de cours magistraux

Inclut :

- Les cours magistraux en amphithéâtre, en deuxième à sixième année de médecine.
- Compter également chaque répétition d'un même cours.

Exclut :

- Les enseignements dirigés ou pratiques, les enseignements optionnels, les centres de simulation
- Les cours de master 1 et 2, DU et DIU

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 1 point par heure

[1c] PACES à MED6 : nb d'heures d'ED

Inclut :

- Les enseignements dirigés ou classes inversées de première à sixième année
- Les enseignements optionnels (y compris magistraux) de première à sixième année

Exclut :

- Le troisième cycle
- Les conférences de préparation à l'ECN
- Les travaux pratiques
- Les heures en centre de simulation
- Les autres formations (masters, paramédicaux, sages-femmes, DU, DIU...)
- La préparation de ces séances si elles sont réalisées par d'autres personnes
- L'enseignement au lit du malade, au bloc opératoire ou sur plateau technique

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 1 point par heure

[1d] PACES à MED6 : nb d'heures de TP

Inclut :

- Les travaux pratiques de première à sixième année

Exclut :

- Les heures en centre de simulation
- Les autres formations (troisième cycle, masters, paramédicaux, sages-femmes, DU, DIU...)
- La préparation de ces séances si elles sont réalisées par d'autres personnes
- L'enseignement au lit du malade, au bloc opératoire ou sur plateau technique

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 0,5 point par heure

[1e] MED2 à MED6 : nb d'heures en centre de simulation

Inclut :

- Les heures réalisées en centre de simulation, comme PRESAGE à Lille, en premier, deuxième ou troisième cycle

Exclut :

- Les autres formes d'enseignement
- La préparation de ces séances si elles sont réalisées par d'autres personnes
- L'enseignement au lit du malade, au bloc opératoire ou sur plateau technique

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 1 point par heure

[1f] Conférences d'internat au sein de la Faculté de médecine : nombre de conférences

Inclut :

- Les conférences de préparation à l'ECN (ou anciennement au concours de l'internat) réalisées dans la faculté
- Compter également les répétitions d'une même conférence

Exclut :

- Les conférences réalisées dans d'autres institutions, qu'elles soient privées ou publiques.
- La préparation de ces séances si elles sont réalisées par d'autres personnes
- Les autres formes d'enseignement

Calcul :

- ATTENTION : Saisissez le nombre de conférences et non le nombre d'heures
- Le score comptera 2 points par conférence, quelle que soit sa durée.

[1g] 3° cycle et autres formations médicales (DES, DESC, DU, DIU) : nb d'heures de cours

Inclut :

- Les heures de cours magistraux ou d'enseignements dirigés, toutes confondues, réalisées en DES, DESC, DU, DU ou toute autre formation médicale de troisième cycle ou continue.

Exclut :

- L'enseignement au lit du malade, au bloc opératoire ou sur plateau technique
- La préparation de ces séances si elles sont réalisées par d'autres personnes
- La formation continue non médicale et non-soignante
- Les thèses d'université
- Les stages de DU ou masters

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 1 point par heure

[1h] Masters, thèses d'université : nb d'heures de cours

Inclut :

- Les heures de cours magistraux ou d'enseignements dirigés, toutes confondues, réalisées en master 1, master 2, ou thèse d'université.
- Les dispositifs équivalents existant autrefois (MSBM, DPRBM, certificats, etc.)

Exclut :

- Les thèses de médecine, DES et DESC
- La formation continue
- Les DU et DIU
- Les stages de DU ou masters

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 1 point par heure

[1i] Formations paramédicales facultaires : nb d'heures de cours

Inclut :

- Les heures de cours magistraux et enseignements dirigés réalisées pour les formations paramédicales internes à la faculté de médecine : orthoptie, orthophonie, audioprothésiste

Exclut :

- Les autres formations paramédicales, même si elles sont supervisées par la faculté (exemple : IFSI) ou en convention avec l'université (exemple : psychomotricité)

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 1 point par heure

1. [1j] Maïeutique : nb d'heures de cours

Inclut :

- Les heures de cours magistraux et enseignements dirigés réalisées pour les formations de maïeutique à la faculté de médecine.

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 0,5 point par heure

[1k] Formations paramédicales extra-facultaires : nb d'heures de cours

Inclut :

- Les heures de cours magistraux et enseignements dirigés réalisées pour les formations paramédicales externes à la faculté de médecine : infirmières, IADE, kinésithérapie, psychomotricité, manipulateurs radio, kinésithérapie, etc.

Exclut :

- orthoptie, orthophonie, audioprothésiste

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 0,5 point par heure

2. Section « [2] Formation pédagogique »

[2a] Possession d'un DU ou DIU de pédagogie, ou équivalent (1=oui)

Inclut :

- Les DU ou DIU de pédagogie
- Equivalent : labellisation à la pédagogie (Marseille)

Exclut :

- Les autres formes de formation
- Les formations que vous avez suivies mais pour lesquelles le diplôme final n'a pas été délivré.

Calcul :

- saisissez « 1 » lorsque vous avez validé une telle formation une année donnée, « 0 » les autres années.
- Le score comptera 20 points pour les titulaires d'une telle formation, quel que soit le nombre de formations différentes.

[2b] Nombre de journées de formation en pédagogie

Inclut :

- Les journées de formation dispensées par la Faculté
- Les congrès dédiés à la pédagogie

Exclut :

- Les autres formations, notamment les DU ou masters.

Calcul :

- Saisissez le nombre de journées chaque année.
- Le score comptera 1 point par journée, avec un maximum d'un point par an.

[2c] Titulaire de la certification SIDES (1=oui)

Inclut :

- La certification SIDES officielle

Exclut :

- Toute formation à SIDES qui ne se conclurait pas par la certification officielle

Calcul :

- saisissez « 1 » chaque année où vous êtes certifié
- Le score comptera 3 points pour une personne certifiée au moins une fois dans les 10 ans, et 0 dans les autres cas.

Section « [3] Activités pédagogiques et services rendus »

[3a] Production pédagogique numérique, TICE : nb d'heures de cours (hors mise à jour)

Inclut :

- La production de e-learning correspondant à une vidéo ou un diaporama commenté par une voix, pour la première fois. Comptez la durée d'une seule diffusion complète (si une séance d'une heure est répétée 30 fois sans enseignant, comptez 1 et non 30).
- Des formes de lourdeur équivalente pourront être acceptées sur justification précise

Exclut :

- La mise à jour d'un cours de e-learning existant
- La création ou la maintenance d'une plateforme d'e-learning, comme un cours sur Moodle ou Claroline
- La création ou la diffusion de supports d'enseignement dirigé ou de travaux pratiques utilisés par les enseignants en séance
- Le nombre d'heures qu'il aurait fallu en présentiel pour diffuser le même enseignement

Calcul :

- Saisissez le nombre d'heures de cours exact
- Le score comptera 3 points par heure

[3b] Publications en pédagogie ou didactique (nombre)

Inclut :

- Les publications références PUBMED, SCOPUS ou EMBASE, en Français ou en Anglais, portant exclusivement sur la pédagogie.

Exclut :

- Les publications essentiellement scientifiques évoquant l'enseignement.

Calcul :

- Saisissez le nombre de publication
- Le score comptera 2 points par publication

[3c] Participation à la rédaction d'un polycopié national ou livre (nombre, hors mise à jour)

Inclut :

- La rédaction d'au moins un chapitre de polycopié national pour la première fois
- La rédaction d'au moins un chapitre de livre porté par la discipline, c'est-à-dire soutenu par une société savante ou d'enseignants, et dont les auteurs sont plusieurs professeurs de villes différentes.

Exclut :

- La relecture ou correction
- La rédaction d'une petite partie de chapitre
- Toute contribution vous faisant apparaître dans les remerciements et non comme co-auteur officiel
- Les mises à jour (par exemple annuelles) d'un même polycopié, les rééditions d'un même livre
- Les polycopiés publiés par des officines privées à destination de leurs clients

Calcul :

- Saisissez le nombre de documents différents (et non de chapitres) chaque année, en excluant les mises à jour. La saisie d'un total supérieur à 1 devra être justifiée clairement.
- Le score comptera 10 points par ouvrage.

[3d] Participation à une commission pédagogique de la Faculté (nombre) ou à une commission pédagogique nationale

Inclut :

- Le fait de porter le titre de vice-doyen, ou d'assesseur dédié à une ou plusieurs années de formation
- La responsabilité d'un bureau des examens
- La participation à une commission permanente de pédagogie
- Les mandats en CFVU, commission de la formation et de la vie universitaire du conseil académique (ou anciennement en CEVU, conseil des études et de la vie universitaire)
- Les mandats en conseil de faculté
- Commission nationale : CNU, CNCI

Exclut :

- Les missions ou participations moins formelles
- Les commissions temporaires
- Les autres conseils académiques, qui ne sont pas directement liés à la pédagogie
- Le statut de membre invité aux conseils ci-dessus

Calcul :

- Saisissez le nombre de conseils ou titres chaque année (un mandat en CFVU de 4 ans permettra de répondre « 1 » cinq années d'affilée si le mandat débute en milieu d'année)
- Le score comptera 10 points par implication et par an

[3e] Rédaction de sujets d'examen de fin d'année (1 par dossier ou pour 15 QCM)

Inclut :

- Les préparations de sujet d'examen pour la faculté de médecine (médecine, orthophonie, orthoptie, masters, etc.), première ou deuxième session.

Exclut :

- Les préparations d'annales ou de sujets blancs
- Les préparations de moins de 15 QCM par an
- La centralisation, la correction, la mise en forme et le test de dossiers ou QCM d'autres enseignants
- La préparation de dossiers ou QCM pour des enseignements dirigés ou des conférences
- Les examens réalisés dans d'autres formations
- La correction d'examens quelle que soit leur forme

Calcul :

- Saisissez le nombre de dossiers, ainsi qu'un point par volée complète de 15 QCM (exemple : 0 de 0 à 14, 1 de 15 à 29, etc.), toutes disciplines confondues.
- Le score comptera 2 points par dossier ou par volée complète de 15 QCM.

[3f] Responsabilité d'UE 1er ou 2ème cycle études médicales (1 par UE)

Inclut :

- Les UE de premier ou deuxième cycle de médecine dont vous êtes officiellement le responsable (votre nom est inscrit dans le livret de la formation)

Exclut :

- Les parties d'enseignement dont vous avez la charge, sans que ce soit une responsabilité d'UE complète
- La coordination de plannings d'enseignement
- La coordination de stages, des ED, des TP, etc.
- Les UE dont vous êtes de fait le coordonnateur, mais pour lesquelles un autre enseignant est officiellement le responsable
- La coordination de DES ou de DESC
- La responsabilité d'UE paramédicale ou en maïeutique
- Les masters, DU, DIU, etc.

Calcul :

- Saisissez le nombre d'UE chaque année
- Le score comptera 10 points par UE

[3g] Responsabilité d'autre UE (1 par UE)

Inclut :

- Les UE dont vous êtes officiellement le responsable (votre nom est inscrit dans le livret de la formation) : maïeutique, paramédical, troisième cycle, masters, DU, DIU, etc.
- La coordination de DES ou de DESC

Exclut :

- Les parties d'enseignement dont vous avez la charge, sans que ce soit une responsabilité d'UE complète
- La coordination de plannings d'enseignement
- La coordination de stages, des ED, des TP, etc.
- Les UE dont vous êtes de fait le coordonnateur, mais pour lesquelles un autre enseignant est officiellement le responsable

Calcul :

- Saisissez le nombre d'UE chaque année
- Le score comptera 5 points par UE

[3h] Contributions ECNi validées (Faculté, SIDES) (1 par dossier ou pour 15 QRM)

Inclut :

- Les dossiers validés par la faculté ou sur SIDES
- Les volées complètes de 15 QRM validées par la faculté ou sur SIDES

Exclut :

- Les dossiers destinés à des ED, TP, conférences, e-learning
- Les examens blancs ou examens de fin d'année ne rentrant pas dans ce cadre

Calcul :

- Saisissez le nombre de dossiers, ou 1 point par volée complète de 15 QRM (0 de 0 à 14, 1 de 15 à 29, etc.)
- Le score comptera 2 points par dossier ou pour 15 QRM

[3i] Nombre de copies corrigées

Inclut :

- Les copies rédactionnelles corrigées durant les études médicales (PACES, premier et deuxième cycle de médecine)

Exclut :

- Les autres formes d'examens (correction manuelle de QCM, etc.)
- Les autres formations (paramédicales, masters, DU, DIU, troisièmes cycles, etc.)

Calcul :

- Saisissez le nombre de copies
- Le score comptera 1 point pour 50 copies, avec au maximum 100 copies par an.

RAPPORT CONJOINT IGAS N°2017-129R / IGAENR N°2018-058

[2] FORMATION PEDAGOGIQUE

[2a] Possession d'un DU ou DIJ de pédagogie, ou équivalent (1=oui)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0
[2b] Nombre de journées de formation en pédagogie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
[2c] Titulaire de la certification SIDES (1=oui)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Sous-total [2] FORMATION PEDAGOGIQUE												0

[3] ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES et SERVICES RENDUS

[3a] Production pédagogique numérique, TICE : nb d'heures de cours (hors mise à jour)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
[3b] Publications en pédagogie ou didactique (nombre)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
[3c] Participation à la rédaction d'un polycopié national ou livre (nombre, hors mise à jour)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
[3d] Participation à une commission pédagogique de la Faculté (nombre)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
[3e] Rédaction de sujets d'examen de fin d'année (1 par dossier ou pour 15 QCM)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
[3f] Responsabilité d'UE 1er ou 2ème cycle études médicales (1 par UE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
[3g] Responsabilité d'autre UE (1 par UE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
[3h] Contributions ECNi validées (Faculté, SIDES) (1 par dossier ou pour 15 QRM)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
[3i] Nombre de copies corrigées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,02	0
Sous-total [3] ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES et SERVICES RENDUS												0

Score SIAPS total

0

Le candidat certifie l'exactitude de cette déclaration.
Il atteste être en possession des justificatifs correspondants.
Date :

Signature

Le Doyen de la Faculté certifie l'exactitude de cette déclaration.

Date :

Signature :

S. I. A. P. S.

Score Individuel d'Aptitudes Pédagogiques en Santé



Nom : (saisir...) Faculté de Médecine de : (choisir...)
 Prénom : (saisir...) Candidature à : (choisir...)
 Date naissance : jj/mm/aaaa
 Sous-section : (choisir...)

Version 4.2 - 09/2015
 D. GOSSET

Année 2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	Coefficient	TOTAL
------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-------------	-------

[1] CHARGES D'ENSEIGNEMENT

[1a] PACES : nb d'heures de cours magistraux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
[1b] MED2 à MED6 : nb d'heures de cours magistraux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
[1c] PACES à MED6 : nb d'heures d'ED	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
[1d] PACES à MED6 : nb d'heures de TP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0
[1e] MED2 à MED6 : nb d'heures en centre de simulation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
[1f] Conférences d'internat au sein de la Faculté de médecine : nombre de conférences	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
[1g] 3 ^e cycle et autres formations médicales (DES, DESC, DU, DIU) : nb d'heures de cours	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
[1h] Masters, thèses d'université : nb d'heures de cours	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
[1i] Formations paramédicales facultaires : nb d'heures de cours	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
[1j] Maïeutique : nb d'heures de cours	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0
[1k] Formations paramédicales extra-facultaires : nb d'heures de cours	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0
Sous-total [1] CHARGES D'ENSEIGNEMENT												0

ANNEXE 16

COMPARAISONS INTERNATIONALES

La mission a conduit une enquête sur la gestion des personnels hospitalo-universitaires en Allemagne, Royaume-Uni, États-Unis et Québec²⁰, à partir des contributions des conseillers sociaux des postes diplomatiques concernés en réponse à un questionnaire établi par la mission, via la délégation des affaires européennes et internationales du ministère des solidarités et de la santé. C'est à partir de ces éléments que le panorama qui suit a été décrit.

2 LES MODELES D'ORGANISATION UNIVERSITAIRE ET HOSPITALIERE SONT MULTIPLES

L'organisation des CHU français et des universités apparaît moins intégrée que dans certains pays, qui ont fait des choix distincts.

Deux modèles coexistent en **Allemagne** : un **modèle dit intégratif** qui réunit dans une seule entité juridique le CHU et la faculté de médecine. Une direction commune est responsable de l'enseignement, de la recherche et des soins et un **modèle dit coopératif**, la faculté de médecine (avec des missions de recherche et d'enseignement) et les centres hospitaliers et universitaires (avec la mission de soins) sont deux entités juridiques différentes. Ainsi, le CHU est une institution de droit public, sans lien juridique avec l'université.

Au CHU de la Charité à Berlin par exemple, c'est le modèle coopératif qui est mis en œuvre et c'est le CHU qui emploie ses PU-PH.

Les facultés de médecine, ont des liens avec un hôpital universitaire "*Universitätsklinikum*" et sont liées aussi par voie conventionnelle avec des hôpitaux d'apprentissage "*Lehrkrankenhäuser*" pour la formation pratique des étudiants en médecine.

Des initiatives d'excellence sont développées en Allemagne, c.à.d. que certains CHU ont pour objectif de devenir les pôles d'excellence (« excellence clusters ») pour certains domaines de la médecine (à l'image de ce que l'on peut retrouver en France). Ainsi le CHU de Greifswald par exemple est spécialisé en santé publique et celui de Hanovre en transplantologie.

Les organisations universitaires et hospitalières sont différentes aux **États-Unis**.

Les universités et les hôpitaux ont des statuts différents. Là où en France les universités sont quasi-exclusivement publiques, elles sont très nombreuses à être privées aux États-Unis, principalement à but non-lucratif. Quant aux hôpitaux, ils sont également mixtes, même pour les hôpitaux dits "universitaires" puisqu'ils peuvent être en lien avec une université privée.

²⁰ Contribution attendue mais non adressée à la DAEI.

Ce sont des entités séparées même si parfois elles peuvent appartenir à un même réseau de santé dont voici à titre d'exemple :

- "*The Mayo Clinic*", basé à Rochester (Minnesota), est un groupe de 3 hôpitaux (Rochester, Phoenix et Jacksonville) qui possède en partie et opère "*the Mayo Clinic Health System*" (70 hôpitaux et centres médicaux dans le Minnesota, l'Iowa et le Wisconsin). Elle possède également "*The Mayo Clinic College of Medicine and Science*" qui est une université privée qui contient notamment une école de médecine et un programme de spécialisation et sous-spécialisation.
- Les hôpitaux dits "universitaires" n'ont pas de statut différent des autres hôpitaux. Ils sont universitaires car ils appartenaient à une université et sont souvent à la pointe de la recherche et de l'enseignement (de par leur proximité géographique avec des universités). Un mouvement important de séparation des hôpitaux des universités s'est engagé tout particulièrement au début des années 2000. La classification retenue aux Etats-Unis est celle des hôpitaux d'apprentissage "*teaching hospitals*" qui accueillent les personnels médicaux en formation.

Pour la plupart, les hôpitaux sont en réseau ou appartiennent à un groupe de santé qui peut comprendre d'autres acteurs notamment des centres médicaux, des universités ou des assurances.

La recherche est partie intégrante de l'activité des hôpitaux, la plupart se spécialisant sur certains sujets en sollicitant des fonds publics et privés. Le principal financeur de la recherche est le "*National Institute for Health*" qui dépend du "*Health and Human Services Department*", le ministère américain des affaires sociales et de la santé.

Un statut comme celui des praticiens hospitalo-universitaires n'a pas d'équivalent aux États-Unis, comme il n'existe pas, en réalité, de CHU. On peut trouver des similitudes mais elles sont rares.

Au Royaume-Uni, les relations juridiques entre l'hôpital et l'université sont complexes et différent d'un établissement à l'autre. A 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 mais les étudiants de Cambridge viennent à Londres pour leur formation pratique.

La gouvernance des hôpitaux universitaires varie selon les établissements. De manière générale on retrouve un conseil d'administration, "*Board of Directors*", et un "*Council of Governors*"²¹. Le président de l'hôpital universitaire est nommé(e) par le "*Hospital Trust*" (établissement hospitalier) et son "*Board*" (conseil d'administration). Le directeur d'un hôpital universitaire relève d'un statut particulier sur la base d'un contrat de travail spécifique.

Dans les exemples étrangers étudiés, les missions d'enseignement et de recherche sont effectuées à deux niveaux : la référence que constituent les hôpitaux universitaires et un niveau d'application (formation pratique) constitué d'hôpitaux dits d'apprentissage.

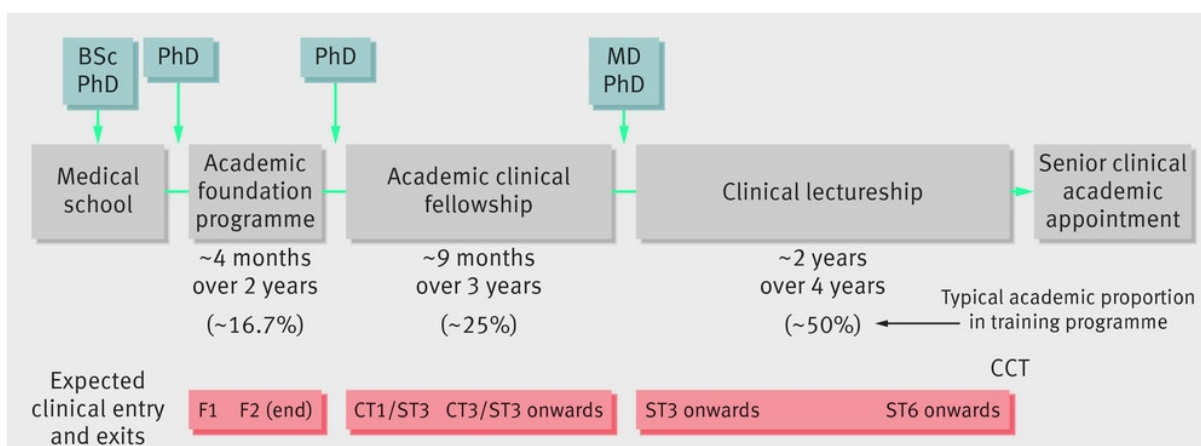
²¹ <http://www.ouh.nhs.uk/about/structure/default.aspx#top>

3 CERTAINES DISPOSITIONS APPLICABLES EN MATIERE DE PARCOURS ET DE RECRUTEMENT DES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES TRANCHENT AVEC LE MODELE FRANÇAIS ACTUEL

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 : la validation de stages de recherche durant la formation n'est pas nécessairement requise lors de la candidature à des postes académiques²² ; les étudiants peuvent entrer et sortir de ce cadre à différents moments de leur carrière.

Le schéma ci-dessous illustre la formation médicale en Angleterre "*integrated academic career path*", et indique les durées respectives allouées à la recherche F1 et F2 : "*Foundation training ; ST : Specialty training*". Ce schéma-cadre, introduit en 2005, sert à informer les parcours du personnel hospitalo-universitaire mais les carrières demeurent très flexibles : la validation de stages de recherche durant la formation n'est pas nécessairement requise lors de la candidature à des postes académiques ; les étudiants peuvent entrer et sortir de ce cadre à différents moments .

Ce parcours intégré vise à former ceux qui souhaitent faire de la recherche fondamentale ou clinique, et comporte également des options pour ceux souhaitant se diriger vers la santé publique, l'enseignement, le management et les postes de direction.



- *The road to clinical academic career, BMJ Careers*

Le parcours intégré prévoit d'abord la validation du cursus "*undergraduate*" en "*Medical School*". Les étudiants souhaitant se spécialiser en médecine académique, doivent postuler pour "*l'Academic Foundation Programme*", *AFP*, qui représente seulement 5 % des places disponibles et qui combine la formation standard avec un semestre dédié à la recherche (environ 4 mois). Les étudiants doivent ensuite se spécialiser au cours des 3-4 années de leur "*Academic Clinical Fellowship*" (*ACF*), puis candidatent à des postes de « conférenciers » "*clinical lecturer*" dont le recrutement s'effectue au cas par cas : les médecins spécialistes ayant suivi le programme de recherche doivent postuler aux offres disponibles via la plateforme commune du site du NIHR. Les candidatures sont évaluées par les bureaux locaux de "*Health Education England*" (*HEE* une agence du "*Department of Health*").

²² http://careers.bmj.com/careers/advice/The_road_to_a_clinical_academic_career

Les postes de "*clinical lecturer*" vont de trois à quatre ans et permettent aux étudiants de valider leur spécialisation. La dernière étape est celle de l'accès à un poste de "*senior academic*" (comme "*clinical senior lecture*" ou professeur).

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 ("*Medical Research Council*", "*Medical School Council*", "*Wellcome Trust*", "*Cancer Research UK*", etc.) 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.)²³.

Les hôpitaux universitaires au RU disposent d'un large degré d'autonomie, ce qui explique les différences de structure, de financement et de gouvernances entre établissements. Il revient ainsi à chaque université de former un partenariat avec les établissements des *National Health Services* (NHS)²⁴ voisins pour assurer la formation de leurs étudiants et la collaboration sur des projets de recherche.

Les personnels *clinical academics*²⁵ 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 NHS²⁶.

Les postes sont rémunérés à 43,6 % par les universités, à 43,9 % par les NHS et le *National Institute for Health Research* (dit NIHR²⁷) et à 12,5 % par diverses sources (les conseils de recherche, les œuvres caritatives et les dotations). Les sources de rémunération varient ainsi selon les nations britanniques mais les postes de professeur sont généralement financés par les universités (par exemple, les universités d'Oxford, de Lancaster ou de St Andrews qui rémunèrent entre 64 et 80 % des personnels hospitalo-universitaires).

Les décisions 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*)²⁸. Un *Memorandum of Understanding* publié en 2005 par le NHS précise les questions liées à l'interdépendance de ces contrats :

- le contrat substantiel est le contrat effectif signé avec l'employeur rémunérateur (soit le centre hospitalier, soit l'université ou un centre de recherche).
- le contrat honoraire qui encadre la relation entre l'employeur secondaire (non-rémunérateur) et les personnels hospitalo-universitaires.

En Allemagne, le cursus hospitalo-universitaire jusqu'au professorat de médecine met en regard les différents rôles et postes que peuvent occuper les candidats ainsi que les recommandations en termes de niveau de recherche (*cf. infra*).

²³ <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/wellcome-clinical-principles-report/>

²⁴ « des » NHS, car, la Santé étant une compétence dévolue, chaque Nation du Royaume-Uni a son propre système de Santé : *NHS England, NHS Scotland...*

²⁵ 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.

²⁶ <https://www.medschools.ac.uk/media/2026/medical-clinical-academic-staffing-levels-2017.pdf>

²⁷ 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.

²⁸ <https://www.bma.org.uk/advice/employment/contracts/academics-contracts/follett-review-principles>

Tableau 23 : Coursus hospitalo-universitaire en Allemagne²⁹

Niveau	Rôle	Recherche recommandée
Professorat	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de cliniques • Professeur « tandem » • Consultant 	<ul style="list-style-type: none"> • Projets de recherche • Mentoring
Habilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Praticien hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> • Projets de recherche • Mentoring
Spécialiste	<ul style="list-style-type: none"> • Fellowship • Sous-spécialisation • Faisant fonction de PH 	<ul style="list-style-type: none"> • Protected Time • Projets de recherche • Groupe " nouvelle génération "
Spécialisation (5-8 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de démarrage • Programme <i>Clinician Scientist</i> • Echange à l'étranger financé par bourses • Ecole post-doctorale • Recherches financées par bourses 	<ul style="list-style-type: none"> • Protected Time • Mentoring • Intégration de qualifications cliniques et scientifiques • Travaux scientifiques indépendants • Assurance qualité (garantir équivalences etc)
Etudes et doctorat (6 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Thèse de doctorat • Bourse 	<ul style="list-style-type: none"> • Modules scientifiques • Travaux scientifiques

• *Ambassade de France en Allemagne*

Ce sont les législations régionales des Länder qui déterminent le mode de gestion. Il existe plusieurs modèles : le PU-PH est soit fonctionnaire du Land dans lequel il exerce, soit agent de droit public dont l'employeur est l'hôpital dans lequel il travaille. Les processus de recrutements peuvent être très variables.

En matière de recrutement, les conditions exigées dépendent des spécialités, notamment des critères en termes de publications. Ils dépendent également des facultés, avec une très grande hétérogénéité. L'association des facultés de médecine (*Medizinischer Fakultätentag*) indique que l'une des grandes discussions en cours en Allemagne vise à **sortir de l'approche qui valorise le nombre de publications, dans une logique quantitative, pour mieux évaluer l'impact de ces publications, notamment à l'échelle internationale, dans une logique plus qualitative**. En Allemagne, il n'existe pas de Conseil National des Universités.

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. Les priorités des CHU sont variables en ce qui concerne les activités de soins, l'enseignement, la recherche et le management. Ces contrats individualisés des chefs de service sont négociés avec les équipes dirigeantes des CHU. Le doyen est associé aux négociations.

Aux **États-Unis**, il n'existe pas de CHU et de personnel hospitalo-universitaire. Il existe des enseignants dans les écoles de médecine et les programmes de formation pour les spécialités et sous-spécialités (distinctes des écoles de médecine même s'ils en sont proches) ainsi que des praticiens hospitaliers. La plupart d'entre eux sont recrutés par leur employeur : école de médecine (la plupart au sein d'une université) et les hôpitaux.

²⁹http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2015/empfehlungen_clinician_scientists_0415.pdf

L'ensemble des personnels dépend donc en très grande partie d'employeurs qui gèrent leurs carrières et les rémunèrent (bien que pour les actes des médecins, les hôpitaux servent d'interface de paiement entre les médecins, le patient et son assurance via le système de paiement à l'acte : "*fee for services*").

Néanmoins, la rémunération des médecins hospitaliers pour leurs enseignements peut prendre plusieurs formes : elle peut être comprise dans le cadre de leur contrat avec l'hôpital et faire l'objet d'une prise en charge ensuite par l'école de médecine, elle peut également faire l'objet d'un contrat séparé avec l'école de médecine ou un organisme tiers.

En résumé, les Universités (et leurs écoles de médecine notamment) recrutent leurs personnels ainsi que les hôpitaux en fonction de leurs besoins, leurs projets d'expansion ou de recherche, et des ressources qu'ils ont obtenues ou qu'ils prévoient d'obtenir. Les terrains d'apprentissage des professions médicales d'une université sont envisagés au sein de plusieurs hôpitaux différents et la recherche n'est pas l'apanage de l'université ou d'un certain type d'hôpital.

4 LA PRATIQUE DE LA MOBILITE EST PLUS PRESENTE DANS LES AUTRES PAYS MALGRE SON CARACTERE NON OBLIGATOIRE

La mobilité n'est juridiquement pas obligatoire dans le déroulement d'une carrière hospitalo-universitaire en **Allemagne**. Dans la pratique, dans certaines spécialités la mobilité représente bien souvent un avantage 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.

Au Royaume Uni, la mobilité n'est pas obligatoire mais dépend des postes disponibles dans les hôpitaux et les universités.

Aux **Etats-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.

Les différents acteurs (les personnels concernés comme les employeurs) sont dans un système très concurrentiel qui incite les uns et les autres à choisir de recruter telle ou telle personne ou d'accepter les offres de tel ou tel employeur. 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.

5 UN MANQUE D'ATTRACTIVITE DANS LA CARRIERE OBSERVE DANS LES AUTRES PAYS QUI CONDUIT A ADOPTER DES MESURES POUR SUSCITER L'INTERET POUR LA RECHERCHE PARMIS LES JEUNES MEDECINS

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*"³⁰.

Sur la base des informations fournies par 24 universités :

- le nombre des personnels hospitalo-universitaires employés par les universités est en déclin. Au total, en 2016, 3 361 "*clinical academics*" étaient recensés (soit 2,1 % de moins qu'en 2015 et 4,2 % de moins qu'en 2010). Cette baisse est liée à une diminution du nombre de "*Reader / Senior Lecturer*" de 4,2 % entre 2015 et 2016, soit 48,9 ETP de moins. Depuis 2000, cette baisse s'élèverait à 32 %, soit 270 ETP ;
- en revanche depuis 2000, le nombre de professeurs est en augmentation de 29,7 % soit environ 309 ETP ;
- plus de 40 % des "*clinical academics*" travaillent dans la catégorie médecins-praticiens (1.243 ETP) : 9,2 % en chirurgie, 8,1 % en psychiatrie et 7,4 % en médecine générale. Les deux spécialités sous-représentées sont la médecine d'urgence (7 ETP) et la médecine du travail (5 ETP) ;
- même si huit universités sur 24 affirment n'éprouver aucune difficulté à pourvoir leurs postes, entre 2015 et 2016, le nombre de postes vacants semble avoir augmenté d'environ 17 %³¹, principalement au niveau "*Reader / Senior Lecturer*". La proportion de postes vacants en 2016 est estimée à 5,6 % du nombre total de postes disponibles (contre 4,8 % du total en 2015). Les causes de ces vacances ne sont pas expliquées ; en médecine d'urgence, 12,5 % des postes sont inoccupés (soit 1 poste sur 8 postes disponibles), en radiologie, 11 % de postes sont inoccupés (soit 7 postes sur 61 disponibles), en oncologie, 11,5 % (20 postes vacants sur un total de 180 postes disponibles)³².

En Allemagne, on note un problème de relève dans la médecine hospitalo-universitaire. Dans la hiérarchie des priorités, les CHU allemands accordent une plus grande importance aux soins. Le **manque d'attractivité est ainsi 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.

Le programme "*Clinician Scientist*" a été créé avec pour objectif de former environ 1000 médecins par an à la recherche. En effet, il s'avère nécessaire de susciter l'intérêt et les vocations pour la recherche parmi les jeunes médecins qui ont tendance à donner la priorité à la pratique clinique et s'investissent de moins en moins dans la recherche. **Au moyen de programmes structurés des facultés de médecine, on doit garantir qu'à tous les niveaux de parcours médicaux, la formation continue clinique puisse être liée à une activité scientifique comportant un travail**

³⁰ <https://www.medschools.ac.uk/media/2026/medical-clinical-academic-staffing-levels-2017.pdf>

³¹ Estimation sur la base des données fournies par 32 universités (sur un total de 47).

³² <https://www.bma.org.uk/advice/employment/contracts/academics-contracts/follett-review-principles>

sur des projets de recherche. Dans cette perspective, la commission sénatoriale "*Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft*" opte en avril 2015 pour une structuration de la qualification médicale intégrant une formation continue scientifique. Elle reprend ses exigences fondamentales exprimées en 2010 en faveur de la **modélisation de la formation scientifique des médecins pour parvenir à la constitution d'une communauté de recherche** allemande.

Les programmes "*Clinician scientist*" sont conduits dans différentes universités qui permettent aux jeunes médecins d'obtenir un soutien et une incitation à faire leur propre recherche médicale.

Leurs objectifs principaux sont :

- créer voire développer des parcours de carrières qui soient fiables et applicables dans la recherche clinique ;
- assurer l'égalité des chances dans la planification de carrières alliant la clinique et la recherche ;
- intégrer la recherche et l'enseignement de modules liés à la recherche dans le curriculum de l'internat (*Facharztweiterbildung*) ;
- assurer l'obtention de compétences de recherche dans les différents parcours de formation des spécialités voire sous-spécialités.

Ces programmes sont destinés spécifiquement aux internes "*Facharztweiterbildung*" ayant obtenu de préférence leur doctorat (*Promotion*) – le travail de recherche pour la thèse de médecine ayant été entamé traditionnellement avant l'internat dans le cursus médical allemand –, ayant 3 ans d'expérience dans leur spécialité.

Ils ont une durée maximale de 3 ans ("*mentoring*" *tutorat*, "*protected time*" parcours protégé par une diminution de l'activité clinique et évaluation).

Aux États-Unis, les jeunes professionnels cherchent souvent à rester dans des endroits où l'offre culturelle et de loisirs est forte plutôt que d'aller dans des endroits moins peuplés. Recruter est donc beaucoup plus difficile dans ces lieux et pour certaines spécialités, les postes peuvent donc rester ouverts assez longtemps là où la concurrence est plus forte alors que les recrutements sont plus faciles sur les deux côtes et dans les grandes aires métropolitaines.

L'imbrication des parcours est forte dans le cadre de la formation initiale des médecins et des chercheurs entre les universités et les hôpitaux d'apprentissage. Le repérage et les opportunités se créent principalement dans ce cadre et dans les offres qui découlent des rotations et des stages, dans la recherche, la pratique ou l'enseignement.

Contrairement au système français, l'ouverture d'une formation (dans l'enseignement) ou d'un service (dans un hôpital) dépend de la volonté de la structure, de son financement (acquis ou prévisionnel) et de sa capacité à remplir les critères des accréditations. Le risque financier est pris par lui ainsi, là encore dans le cadre d'un environnement très concurrentiel. Il découle de ce système que l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire des États-Unis dans leur ensemble mais également à l'intérieur d'un État ou d'une aire métropolitaine donnant lieu à la constitution de " déserts hospitaliers".

6 LES OBLIGATIONS DE SERVICE DES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ENTRE LES DIFFÉRENTES MISSIONS (SOINS, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE)

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. Dans la pratique, les "PU-PH" enseignent peu, par manque de temps et parce que la recherche et le soin sont les priorités. Il est également possible qu'un praticien choisisse d'avoir des activités différentes avec des employeurs différents et que ses contrats le permettent.

Pour illustrer la situation aux États-Unis, l'exemple de l'université de **Stanford** se décline ainsi:

Au sein de l'école de médecine, les membres du corps professoral (493 membres) sont répartis en 3 catégories principales :

➤ **Universitaire** (Tenure et Non tenure) :

- **"Tenure line"** (CDI après 7 ans) priorité à l'enseignement et à la recherche (grade d'assistant professeur, de professeur associé et de professeur)

Les enseignants d'université doivent être nommés en science fondamentale ou clinique. Il est considéré que la proportion de temps et d'effort dédiée aux soins cliniques est moins importante que celle dédiée à la scolarité et à l'enseignement.

- **"Non-tenure line"** (grade d'assistant professeur, de professeur associé et de professeur) :
 - ceux de la **"Clinical Line"** (plus de recrutement depuis 1989, remplacé par Medical center line (MCL)) ;
 - ceux de la **"Research Line"** (grade d'assistant professeur, de professeur associé et de professeur.

Puisque cette catégorie est spécifiquement désignée pour la recherche, il n'y a pas d'obligation formelle d'enseignement. Cependant, les professeurs de la lignée **"Research Line"** enseignent souvent activement dans leurs laboratoires et peuvent également enseigner dans leur département. L'École de médecine décourage généralement les engagements de temps clinique importants pour ces enseignants.

- Ceux de la **"Teaching Line"** (grade de professeur associé et de professeur)

Puisque cette catégorie est spécifiquement désignée pour l'enseignement, il n'y a pas d'obligation formelle de recherche. Cependant, étant donné que l'enseignement et la recherche sont étroitement liés, on s'attend à ce que, dans de nombreux cas, les candidats soient de solides contributeurs savants, mais pas nécessairement des leaders dans le domaine. L'École de médecine décourage généralement les engagements de temps clinique importants pour ces enseignants.

➤ **"Medical center line"** (grade d'assistant professeur, de professeur associé et de professeur - 101 personnes) :

Ils ont 3 missions (les soins cliniques, l'enseignement et les activités savantes qui font progresser la médecine clinique) dont la quotité va dépendre des objectifs stratégiques et des financements du département (dans lequel ils se situent) et de l'école de médecine et tiendra également compte des intérêts et des points forts du membre du corps professoral.

Avant qu'un membre de la faculté MCL soit autorisé à assumer des responsabilités pour les soins aux patients à "Stanford Hospital and Clinics" et/ou "Lucile Packard Children's Hospital", il doit être membre du personnel médical et être approuvé par un processus formel d'accréditation qui aboutit à des "privilèges" cliniques. De même, un membre du corps professoral de MCL qui travaille dans un établissement autre que celui de Stanford doit obtenir et conserver en règle les privilèges de cet établissement applicables à ses fonctions.

Les nominations aux centres médicaux sont subordonnées au membre du corps professoral de MCL qui obtient et maintient les privilèges nécessaires à l'exécution du rôle clinique prévu du membre de la faculté. Le défaut d'obtenir et de conserver de tels privilèges entraînera généralement la résiliation immédiate de la nomination du professeur à la faculté.

- **"Clinician educator"** : (garde d'instructeur clinique, d'assistant-professeur clinique, de professeur associé clinique et de professeur clinique- 264 personnes) affiliés et non-affiliés

Les cliniciens-éducateurs sont des employés salariés de l'Université Stanford. Bien que les cliniciens-éducateurs soient classés comme membres du personnel, bon nombre de leurs responsabilités, qui sont axées sur les soins cliniques et l'enseignement clinique (et peuvent comprendre un rôle administratif ou des activités savantes), sont semblables à celles des membres du professorat. Par conséquent, en raison de leurs références académiques et de leurs contributions multidimensionnelles à la mission éducative de l'École, les éducateurs cliniciens sont considérés familièrement comme des professeurs et sont désignés comme tels dans un usage quotidien.

Au Royaume Uni, la répartition des **obligations de service** est la suivante :

- pour les "*Academic Clinical Fellows*" (ACF) employés par le NHS : 75 % pratique médicale et 25 % recherche.
- pour les "*clinical lecturers*" : 50 % pratique médicale et 50 % recherche / enseignement.
- pour les "*clinical senior lecturers*" et les professeurs, le temps alloué à chaque mission varie selon le poste.

La gestion des personnels hospitalo-universitaires a fait l'objet d'une réflexion sous l'égide du Professeur Sir Brian Follett.³³ Ces travaux ont débouché sur une série de recommandations, les "*Follet Review Principle*"s. **Ces recommandations ne remettent pas en cause l'indépendance de chaque contrat, hospitalier et académique mais préconisent une complémentarité et l'interdépendance devant conduire à une évaluation conjointe des personnels concernés.**

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 PU-PH enseignent peu, par manque de temps et parce que la recherche et le soin sont les priorités.

³³ Sir Brian Follett était alors Président de l'Université de Warwick.

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 cela reste très variable. Si un professeur n'a pas le temps d'assurer sa mission d'enseignement, il doit faire en sorte qu'un autre le remplace pour que le contingent d'heures soit assuré au final. Des accords entre la recherche et les soins sont trouvés au cas par cas. De plus, les moyens financiers alloués aux différents services sont en pratique souvent dépendants de l'impact de leur recherche sur la scène nationale et internationale.

7 L'EVALUATION INDIVIDUELLE CONJOINTE DE CES PERSONNELS, EN SOINS, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE EST PRATIQUEE AU ROYAUME UNI

Celle-ci est pratiquée notamment au Royaume-Uni, sur le fondement d'un contrat révisé annuellement qui **définit la répartition du temps de travail** du "*clinical academic*".

Tous les personnels hospitalo-universitaires sont soumis aux principes d'évaluation établis par la "*Review of appraisal, disciplinary and reporting arrangements for senior NHS and university staff with academic and clinical duties*" (publié en 2001), communément appelés les "*Follett Review Principles*"³⁴, aux termes desquels :

- des organismes conjoints de planification stratégique doivent être mis en place entre les universités et les établissements du NHS pour la gestion des personnels hospitalo-universitaire ;
- des procédures communes doivent permettre de bien couvrir l'ensemble des fonctions ;
- chaque personne doit être pleinement consciente qu'elle est responsable de tous les aspects de son poste ;
- les contrats de travail et les contrats honoraires doivent être recoupés, rester cohérents et être regroupés dans un seul et même document ;
- l'évaluation conjointe et l'évaluation des performances pour les tâches cliniques doivent être basées sur le système utilisé pour tous les spécialistes du NHS ;
- les contrats de travail et les contrats honoraires doivent être interdépendants, les deux parties étant tenues d'informer l'autre partie de toute question relative à l'évaluation, à la planification du travail, à la discipline ou au renvoi de la personne concernée.

Au total, l'évaluation des personnels hospitalo-universitaires est réalisée conjointement par l'université et l'hôpital.

Aux-Etats-Unis, les modalités d'évaluation sont prévues par chacun des employeurs ainsi que dans les accords entre institutions.

Les situations étant variées en Allemagne, la mission n'a pas pu obtenir d'éléments précis sur ce sujet liés aux disparités régionales et des pratiques propres à chaque CHU.

³⁴ <https://www.bma.org.uk/advice/employment/contracts/academics-contracts/follett-review-principles>

8 UNE RESPONSABILITE MANAGERIALE AFFIRMEE DE PLUS LONGUE DATE A L'ETRANGER

Le rapport IGAS/IGAENR³⁵ traitant de la mise en responsabilité médicale, a permis d'élaborer un panorama des pratiques à l'étranger.

Initié, dans les années 1970, à l'hôpital universitaire Johns Hopkins de Baltimore avec l'expérimentation de l'organisation polaire et de la mise en responsabilité des médecins, le leadership médical se diffuse également en Europe à partir des années 1980.

L'étude des modèles américains hospitaliers s'appuyant sur un management médical renforcé semble démontrer une performance accrue des unités de soins sur ce modèle³⁶.

Les résultats d'une étude³⁷ notent que les médecins sont de plus en plus impliqués dans la gestion des hôpitaux dans les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) et l'accent mis sur la performance de l'hôpital semble aller de pair avec une forte implication médicale dans la gouvernance des hôpitaux.

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.

La littérature internationale décrit le médecin manager comme le dépositaire d'un leadership médical (légitimité) ; son expertise permettant d'ajuster le couple qualité/efficience avec pertinence ; son inscription dans la hiérarchie formelle de l'hôpital permettant de dépasser les tensions entre monde professionnel et monde managérial ; son engagement permettant d'améliorer la performance des établissements³⁸.

³⁵ 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.

³⁶ LARTIGAU Jérôme, BARBOT Jean-Marie, GIRIER Matthieu, MOCELLIN Marie-Cécile. Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital. Paris : Editions Infodium. 2015/09 231pages.

³⁷ ROTAR A. M, BOTJE D., KLAZINGA N. S LOMBARTS K. M., GROENE O., SUNOL R., and PLOCHG T. : The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management : a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. BMC Health Serv Res. 2016; 16 (Suppl 2) : 160.

³⁸ LAUDE Laetitia : Exploration des pôles : terra nova du management hospitalier EHESP. Institut du management 22 nov. 2011.

SYNTHESE

Secrétariat général - Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) – Mai 2018



Les personnels hospitalo-universitaires

*Contributions des conseillers pour les affaires
sociales (CAS)¹ **Allemagne, États-Unis,***

<i>Statut des personnels hospitalo-universitaires (PHU).....</i>	<i>1</i>
<i>La répartition des obligations de service entre les différentes missions.....</i>	<i>2</i>
<i>Gouvernance du centre hospitalo-universitaire (CHU) et de l'université.....</i>	<i>3</i>
<i>Parcours de formation des PHU – Processus de recrutement.....</i>	<i>3</i>
<i>Parcours de formation des PHU – Obligation de mobilité.....</i>	<i>4</i>
<i>Parcours de formation des PHU – Déroulé de la carrière</i>	<i>4</i>
<i>Les pénuries de personnels hospitalo-universitaires</i>	<i>5</i>
<i>Les priorités de recrutement des PHU.....</i>	<i>5</i>

Statut des personnels hospitalo-universitaires	
	Ce sont les législations régionales des <i>Länder</i> qui déterminent le mode de gestion des PHU. Il existe plusieurs modèles : le PHU est soit fonctionnaire du <i>Land</i> dans lequel il exerce, soit agent de droit public employé par l'hôpital dans lequel il travaille.
Allemagne	
	Un statut comme celui des PHU en France n'a pas d'équivalent aux États-Unis, comme il n'existe pas, en réalité, de CHU. Il existe des enseignants dans les écoles de médecine et les programmes de formation pour les spécialisations ainsi que des praticiens hospitaliers (PH). La plupart d'entre eux sont recrutés par les écoles de médecine (souvent au sein d'une université) et les hôpitaux. Une grande partie des universités sont privées (à but lucratif principalement). L'ensemble des personnels dépend donc en très grande partie d'employeurs qui gèrent leurs carrières et les rémunèrent (bien que pour les actes des médecins, les hôpitaux servent d'interface de paiement entre médecins, patient et son assurance via le système de paiement à l'acte : <i>fee for services</i>). Traditionnellement les médecins hospitaliers sont payés à l'acte mais depuis plusieurs années de nombreux hôpitaux ou système de santé ont une approche plus globale de la prise en charge du patient et salarient leurs médecins (avec des formes d'incitations financières). La rémunération des PH pour leurs enseignements peut être comprise dans le cadre de leur contrat avec l'hôpital et faire l'objet d'une prise en charge ensuite par l'école de médecine, elle peut également faire l'objet d'un contrat séparé avec l'école de médecine ou un organisme tiers.
Etats-Unis	

¹ Manuel BOUGEARD (Allemagne), Mikaël GARNIER-LAVALLEY (États-Unis), Céline JAEGGY-ROULMANN (États-Unis), Marie ICEIRLE (Royaume-Uni)

Statut des personnels hospitalo-universitaires (PHU)	
France	Les PHU (chefs de clinique-assistants et assistants hospitalo-universitaires), maîtres de conférences-praticiens hospitaliers, professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH)) exercent à temps plein et de façon conjointe une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont salariés de l'État et l'université est leur employeur à titre principal ; ils exercent parallèlement au sein d'un CHU qui leur verse des émoluments complémentaires.
Royaume-Uni	<p>Les hôpitaux universitaires disposent d'un large degré d'autonomie, avec des différences de structure, financement et gouvernances entre établissements. Il revient à chaque université de former un partenariat avec les établissements des National Health Services (NHS) voisins pour assurer la formation de leurs étudiants et la collaboration sur des projets de recherche.</p> <p>Les personnels <i>clinical academics</i>² répartissent leur activité entre l'université et la pratique médicale au sein des établissements des NHS. Ils peuvent être : 1) employés par les établissements universitaires et travailler pour le NHS sur la base de contrats honoraires pour continuer la pratique médicale ; 2) employés par le NHS et employés à titre honoraire au sein des universités pour dispenser des cours et mener des travaux de recherche.</p> <p>Les sources de rémunération varient selon les nations britanniques mais les postes de professeur sont généralement financés par les universités.</p>

La répartition des obligations de service entre les différentes missions	
	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 PU-PH enseignent peu, par manque de temps et parce que la recherche et le soin sont les priorités. En Allemagne, il n'existe pas de Conseil National des Universités.
Allemagne	Théoriquement, les services doivent assurer les trois missions, mais dans les faits cela reste très variable. Si un professeur n'a pas le temps d'enseigner, il doit faire en sorte qu'un autre le remplace pour que le contingent d'heures soit assuré au final. Des accords entre la recherche et les soins sont trouvés au cas par cas. De plus, les moyens financiers alloués aux différents services sont souvent dépendants de l'impact de leur recherche sur la scène nationale et internationale.
Etats-Unis	La recherche est partie intégrante de l'activité des hôpitaux aux États-Unis, la plupart d'entre eux en font donc au quotidien en se spécialisant sur certains sujets et en allant chercher des fonds publics et privés. Le principal financeur de la recherche est le <i>National Institute for Health</i> qui dépend du <i>Health and Human Services Department</i> , le ministère américain des affaires sociales et de la santé. Ainsi, des médecins se consacrent à la recherche, à l'enseignement ou à la pratique pendant toute ou partie de leur carrière. Quand les activités sont multiples, tout va dépendre de la relation entre l'école de médecine (ou programme de spécialisation) avec l'hôpital d'apprentissage. Il peut exister ou non un accord qui indique les modalités de travail des agents de l'un vers l'autre et inversement ainsi que les compensations économiques qui en découlent. Il est également possible qu'un agent choisisse d'avoir des activités différentes avec des employeurs différents et que ses contrats le permettent.
France	Le statut des PHU favorise une certaine souplesse dans l'exercice des 3 missions avec la possibilité de privilégier l'une ou l'autre de ces activités, selon leurs appétences et leurs projets professionnels, tout au long de la carrière. Au-delà des 3 missions inscrites dans la loi, une activité s'ajoute: le management des services, ou des fonctions de représentation au sein de l'établissement ou de l'université.
Royaume-Uni	La répartition des obligations de service est la suivante : 1) pour les <i>Academic Clinical Fellows</i> (ACF) employés par le NHS : 75 % pratique médicale et 25 % recherche ; 2) pour les <i>clinical lecturers</i> : 50 % pratique médicale et 50 % recherche/enseignement ; 3) pour les <i>clinical senior lecturers</i> et les professeurs, le temps alloué à chaque mission varie selon le poste.

² 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.

Gouvernance du centre hospitalo-universitaire (CHU) et de l'université	
	Deux modèles coexistent. Un modèle dit <i>intégratif</i> qui réunit dans une seule entité le CHU et la faculté de médecine et dont la gestion administrative est intégralement prise en charge par le CHU et un modèle dit <i>coopératif</i> dans lequel l'université bénéficie d'un droit de regard et assure certaines missions administratives. Ainsi :
Allemagne	- dans le modèle dit coopératif , la faculté de médecine (avec des missions de recherche et d'enseignement) et les CHU (avec la mission de soins) sont deux entités juridiques différentes. Ainsi, le CHU est une institution de droit public, sans lien juridique avec l'université ; - dans le modèle dit intégratif , la faculté de médecine et le CHU forment une seule entité juridique. Ils forment en règle générale un organe de droit public et leurs membres se
	Des universités publiques et privées : Universités et hôpitaux ont des statuts différents. Les universités sont très nombreuses à être privées aux États-Unis (à but non-lucratif). Quant aux hôpitaux, ils sont également mixtes, même pour les hôpitaux dits « universitaires » puisqu'ils peuvent être en lien avec une université privée. Des hôpitaux d'apprentissage et des hôpitaux universitaires : Les hôpitaux dits « universitaires » n'ont pas un statut différent des hôpitaux réguliers. Ils sont universitaires car ils appartiennent ou, plutôt, appartenaient à une université et sont souvent à la pointe de la recherche et de l'enseignement. La classification retenue aux États-Unis est celle des hôpitaux d'apprentissage « <i>teaching hospitals</i> » qui accueillent les personnels médicaux en formation. Des universités, des écoles de médecine et des hôpitaux inclus dans des réseaux : Pour la plupart, les hôpitaux sont en réseau ou appartiennent à un groupe de santé qui peut comprendre d'autres acteurs notamment des centres médicaux, des universités ou des assurances.
Etats-Unis	
France	Le CHU et l'université sont 2 entités autonomes qui coopèrent pour mener à bien les missions conjointes d'enseignement et de recherche au moyen d'une convention qui précise les modalités de leur coopération.
Royaume-Uni	Les relations juridiques entre l'hôpital et l'université sont complexes et différent d'un établissement à l'autre. A titre d'exemple, la faculté de médecine de Londres dépend de l'Université de Londres. La plupart des facultés de médecine sont à proximité d'un hôpital mais les étudiants de Cambridge viennent à Londres pour leur formation pratique. La gouvernance des hôpitaux universitaires varie selon les établissements. De manière générale on retrouve un conseil d'administration, <i>Board of Directors</i> , et un <i>Council of Governors</i> . Le président de l'hôpital universitaire est nommé par l'établissement hospitalier et son conseil d'administration. Le directeur d'hôpital universitaire relève d'un statut particulier sur la base d'un contrat de travail spécifique.

Parcours de formation des PHU – Processus de	
	Les conditions exigées dépendent des spécialités, notamment en termes de publications, et des facultés qui élaborent des listes de candidats, classés via leur comité de sélection. Celui-ci dépend du conseil de la faculté, qui peut mettre un veto à la liste. Cette liste est ensuite soumise au ministère régional en charge de l'éducation et de la recherche du Land qui dispose également d'un droit de veto mais aussi d'un droit de changer l'ordre du classement, qui est rarement utilisé. Dans les faits, c'est généralement le CHU qui prend la décision. Vient ensuite la nomination du médecin qui obtiendra la chaire et les négociations de moyens alloués. Le professeur accepte par la suite formellement sa nomination, et devient généralement fonctionnaire de son Land pour une période de probation de quelques années avant de pouvoir espérer une titularisation.
Allemagne	

Le schéma général est que chaque entité recrute ses propres personnels et que les terrains d'apprentissage des professions médicales d'une université ne font leurs rotations et stages dans plusieurs hôpitaux différents et non un seul. Les relations avec ces hôpitaux peuvent être par ailleurs assez différentes en fonction de leurs propriétaires et des accords passés.

Le schéma général est ainsi que les universités (et leurs écoles de médecine notamment) recrutent leurs personnels et que les hôpitaux fassent de même en fonction de leurs besoins, leurs projets ou de recherche et des ressources qu'ils ont obtenues ou qu'ils prévoient d'obtenir.

Parcours de formation des PHU – Processus de recrutement	
France	Il n'existe pas de procédure formalisée et individualisée d'évaluation de ces personnels. Le décret statutaire qui régit les carrières hospitalo-universitaires ³ fixe les conditions de candidature suivantes aux emplois de PU-PH : 1) avoir exercé des fonctions de maître de conférences ou de chef de clinique pendant au moins 2 ans, 2) être titulaire d'une habilitation à diriger des recherches.
Royaume-Uni	Le parcours intégré prévoit d'abord la validation du cursus <i>undergraduate</i> en <i>Medical School</i> . Les étudiants souhaitant se spécialiser en médecine académique, doivent postuler pour l' <i>Academic Foundation Programme, AFP</i> , (alors que les futurs médecins suivent le programme standard de <i>Foundation Programme</i>) qui combine la formation standard avec un semestre dédié à la recherche. Les étudiants doivent ensuite se spécialiser au cours des 3-4 années de leur <i>Academic Clinical Fellowship (ACF)</i> , puis candidater à des postes de « conférenciers » dont le recrutement s'effectue au cas par cas. Les candidatures sont évaluées par les bureaux locaux de <i>Health Education England</i> (une agence du Department of Health). Les postes de <i>conférenciers</i> (3-4 ans) permettent aux étudiants de valider leur spécialisation. La dernière étape est celle de l'accès à un poste de <i>senior academic</i> (comme <i>clinical senior lecturer</i> ou professeur). Outre la formation et l'expérience acquise, la poursuite d'une carrière dans la recherche est conditionnée par l'obtention d'un financement qui dépend principalement de huit institutions, dont le <i>Medical Research Council (MRC)</i> .

Parcours de formation des PHU – Obligation de mobilité	
Allemagne	La mobilité n'est juridiquement pas obligatoire dans le déroulement d'une carrière hospitalo-universitaire en Allemagne.
Etats-Unis	Le système n'étant pas national, la question de la mobilité n'est pas envisagée sous la même forme et les déroulés de carrière diffèrent selon les individus, les opportunités de recherche et les financements associés, les opportunités d'enseignement ou de pratiques ainsi que les rémunérations et avantages sociaux qui peuvent y être associés.
France	Les candidats aux postes de PHU doivent avoir satisfait à une obligation de mobilité d'un an hors de l'établissement où ils ont exercés comme chefs de clinique ou MCU-PH.
Royaume-	La mobilité n'est pas obligatoire, elle dépend des postes disponibles dans les hôpitaux et les universités.

Parcours de formation des PHU – Déroulé de la carrière	
	On devient généralement PH vers 40 ans et médecin-chef ou chef de service vers 50 ans. La carrière hospitalo-universitaire se construit comme en France sur de

Allemagne	longues années. Il existe des programmes de <i>coaching</i> destinés aux jeunes médecins, afin de les accompagner dans le déroulement de leur carrière. Ceux-ci sont gérés et déployés à échelle locale. Dans l'Est de l'Allemagne où la pénurie de médecins est aiguë, certains spécialistes peuvent immédiatement prétendre à devenir <i>Oberarzt</i> (équivalent de PH) en France.
Etats-Unis	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 (université, hôpital) ou un groupe de santé.

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

Parcours de formation des PHU – Déroulé de la carrière	
Royaume-Uni	Il n'existe pas de cadre national de gestion des carrières des <i>clinical academics</i> . Toutefois, les écoles de médecine et les centres de recherches nationaux et privés (<i>Medical Research Council, Medical School Council, Wellcome Trust, Cancer Research UK, etc.</i>) 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 pénuries de personnels hospitalo-universitaires	
Allemagne	On note un problème de relève dans la médecine hospitalo-universitaire particulièrement criant dans les zones géographiques les moins attractives ou dans certaines spécialités moins valorisées comme la gynécologie et l'urologie. Le manque d'attractivité est aussi 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. Les CHU sont en compétition avec les hôpitaux non universitaires pour capter l'activité hospitalière et générer des actes donc du financement de l'assurance maladie. En termes de perspectives de carrière, le milieu hospitalo-universitaire semble ne plus apporter plus d'avantages notables par rapport à d'autres lieux
Etats-Unis	Compte tenu du vieillissement de la population et d'une plus grande couverture santé pour les américains, la pression sur le recrutement est forte et tourne à l'avantage des candidats. Elle oblige également les organismes qui recrutent à prévoir des « packages » plus généreux (pouvant prendre en charge les congés payés, les frais de formation...) ou à nouer des relations fortes avec les futurs candidats lors de la formation. Comme en France recruter est plus difficile dans certains territoires
France	Les ministres respectivement chargés de l'enseignement supérieur et la recherche et de la santé publient les vacances d'emplois de PHU. Les mutations sont prononcées par les ministres concernés après avis du conseil de la faculté et de la commission médicale d'établissement.

Royaume-Uni	<p>Le nombre de PHU 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 d'environ 17 %, principalement au niveau Reader/Senior Lecturer.</p> <p>La proportion de postes vacants en 2016 est estimée à 5,6 % du nombre total de postes disponibles, contre 4,8 % du total en 2015.</p>
--------------------	---

Les priorités de	
	Le processus de recrutement tient compte des besoins en formation, recherche et activités de soins. Ce sont des profils précis qui sont recrutés. Au moment de leur recrutement, les chefs de service négocient longuement avec les équipes dirigeantes des CHU et le doyen leur contrat pour définir un objectif commun dans le cadre de leur activité.
Allemagne	Les priorités des CHU sont variables en ce qui concerne les activités de soins, l'enseignement, la recherche et le management. Sont développées également des initiatives d'excellence, c.à.d. que certains CHU ont pour objectif de devenir les pôles d'excellence (« <i>excellence clusters</i> ») pour certains domaines de la médecine.
	Le système est fortement concurrentiel entre les acteurs, il n'y a pas de schéma national. Ainsi côté recherche , les Universités comme les hôpitaux cherchent à être financés par des fonds publics ou privés des mêmes sources. Côté formation , le système américain est marqué par une grande liberté et c'est souvent le marché qui détermine les éléments sous-tendant cette réponse
Les priorités de recrutement des PHU	
France	Des concours nationaux sont organisés pour chaque discipline chaque année.
Royaume-Uni	<p>Les décisions sont prises de manière conjointe par les universités et les centres hospitaliers. Les <i>clinical academics</i> disposent de contrats spécifiques composés de deux parties distinctes : la composante substantielle (<i>substantial contract</i>) et la composante honoraire (<i>honorary contract</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrat substantiel est le contrat effectif signé avec l'employeur rémunérateur (soit le centre hospitalier, soit l'université ou un centre de recherche). - le contrat honoraire qui encadre la relation entre l'employeur secondaire (non-rémunérateur) et les personnels hospitalo-universitaires. <p>Un <i>Memorandum of Understanding</i> publié en 2005 par le NHS précise les questions liées à l'interdépendance de ces contrats :</p>

