

RAPPORT

Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire

**Remis le mardi 3 mai 2011 à Madame Valérie PECRESSE,
Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche**

par Raphaël GAILLARD

SOMMAIRE

Introduction	5
I. La formation à la recherche.....	11
A. <i>La formation initiale à la recherche</i>	11
- La nécessaire sélection des étudiants	11
- Limiter le gâchis : la mise en place de la PACES	12
- Le modèle du <i>College</i>	12
- Mise en place d'une licence préalable à l'inscription en médecine	13
- Une solution intermédiaire : l'expérimentation dans le cadre de l'autonomie des universités	14
- Exemple du projet de l'Université Pierre et Marie Curie.....	15
B. <i>La recherche pendant les études de médecine</i>	16
- L'enseignement des sciences en L2 et L3	16
- Les cursus MD-PhD	19
- Disponibilités pour la recherche pendant l'Internat	21
- Bourses post-doctorales : la règle de la continuité entre thèse et post-doctorat n'a pas de sens en médecine.....	22
- La lecture critique d'article	22
- La formation à la recherche clinique	23
- La place des sciences humaines et sociales dans la formation médicale	24
II. Les statuts hospitalo-universitaires	26
A. <i>Le post-internat universitaire</i>	26
- Etat des lieux	26
- Les solutions.....	29
B. <i>La mise en place de postes faisant la jonction entre clinicien et poste de professeur titulaire</i>	33
- Etat des lieux	33
- La question de la titularisation	34
- Le modèle de la <i>tenure track</i>	35
- Principes pour la création de nouveaux statuts de jonction	36
- Un nouveau statut hospitalo-universitaire non titulaire : Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH)	37
- La promotion d'un statut universitaire mis à disposition des universités autonomes : le statut de professeur invité.....	39
- Devenir du statut de PHU et de MCU-PH	41
- Les spécificités de la médecine générale.....	42
C. <i>Le concept de triple mission</i>	43
- L'expertise des CHU	44
- La communauté hospitalo-universitaire porte la triple mission	44
- A l'échelle individuelle, la triple mission n'impose ni une obligation de résultat, ni une obligation de moyens	45
D. <i>Triple mission et qualification universitaire</i>	46
- L'exemple de la biologie médicale	46
- Assouplissement des conditions de recrutement des PU-PH	48

III. Les acteurs et outils spécifiques pour l'évaluation	53
A. <i>Le rôle du CNU</i>	53
- Missions du CNU	53
- CNU santé et autonomie des universités : une logique contradictoire ?	53
- Le rôle des structures transversales dans le cadre d'une autonomie des acteurs ...	54
- La spécificité de la santé	54
- La nécessaire évolution du CNU santé	55
- L'évaluation quadriennale des hospitalo-universitaires	58
- Valorisation salariale, CNU et acteurs autonomes	58
B. <i>Le rôle des hôpitaux</i>	58
- Le développement de nouvelles activités	58
- La gestion prospective des carrières	60
- L'interaction entre hôpitaux et universités : la nouvelle gouvernance	61
- des CHU	
- La valorisation de la recherche clinique	62
- La valorisation universitaire de la recherche clinique	69
C. <i>Vers une bibliométrie intelligente</i>	71
- L'évaluation bibliométrique individuelle et ses premiers écueils	71
- Un premier enjeu de la bibliométrie : distinguer signature et contribution	72
- L'évaluation bibliométrique individuelle dans les CHU : inadéquation du score SIGAPS	73
- Vers une évaluation des méthodes de bibliométrie	74
- Les grands principes	75
D. <i>Les nouveaux outils</i>	77
- Les contrats d'objectifs et de moyens	77
- L'évaluation déclinée selon la triple mission	78
- Utilisation des outils multimédias	79
Conclusion et synthèse	81
Recommandations	85
Résumé	89
Lettre de mission	93
Liste des membres de la mission	95
Liste des personnalités auditionnées ou consultées	97
Glossaire	101
Annexes	105
- Arrêtés PACES	107
- Arrêtés passerelles	117
- Projet Université Pierre et Marie Curie concernant la première année	123
- Disponibilités Internat	127
- Décret 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires	129

Introduction

La mission que nous a confiée Madame Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, concerne l'ensemble de la carrière hospitalo-universitaire. Elle s'intéresse donc autant à la formation initiale qu'à l'évaluation et la valorisation des hospitalo-universitaires titulaires, avec une attention particulière pour les étapes permettant l'accès aux statuts hospitalo-universitaires. Nous avons d'emblée souhaité que nos travaux s'inscrivent dans une double perspective : la perspective de la compétition internationale tout d'abord, imposant une réflexion comparative pour positionner la carrière académique en France par rapport aux alternatives à l'étranger ; la perspective des remaniements profonds que connaît l'Université française ces dernières années, remaniements dont la médecine est partie prenante.

La compétition internationale

A l'échelle européenne, la compétition internationale s'illustre tout d'abord par l'harmonisation des cursus universitaires. Le processus de Bologne, mis en œuvre au début des années 2000, doit faciliter la mobilité des étudiants d'un pays à l'autre. Cette dynamique, initiée en 1998 par la déclaration de la Sorbonne puis par la signature à Bologne en 1999 par 29 pays européens (46 en 2007) d'une déclaration commune, vise à une harmonisation des cursus selon le schéma Licence-Master-Doctorat (LMD) d'une part, et à la mise en place de systèmes d'assurance qualité d'autre part. Dans ce contexte, une compétition internationale s'instaure peu à peu, imposée par les étudiants amenés à choisir leur cursus à l'échelle européenne. Il devient en effet possible de superposer les cursus effectués dans chaque pays et par conséquent de comparer la qualité des enseignements dispensés. La philosophie générale qui anime cette dynamique ne peut être ignorée en médecine.

Au niveau des enseignants-chercheurs, l'échelle pour la compétition internationale dépasse le cadre européen. La mobilité des chercheurs a toujours été une réalité, mais elle s'amplifie. C'est d'abord la conséquence de la généralisation de l'expérience de mobilité professionnelle. Du stage de recherche post-doctoral à l'obligation de mobilité professionnelle des candidats à un poste de Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH), la culture de la mobilité s'intègre progressivement dans la réflexion française. Si les bénéfices sont évidents pour l'Université française, en termes notamment d'ouverture intellectuelle, de construction de collaborations internationales et d'intégration des pratiques nées de cette expérience, une telle mobilité présente également un risque : celui de perdre les éléments les plus brillants au gré de la compétition internationale que se livrent désormais les universités. Ce mouvement d'expatriation est à ce jour bien difficile à chiffrer, mais la grande majorité des personnes auditionnées s'accorde sur le constat de son amplification ces dernières années. C'est parfois des secteurs d'activité extrêmement porteurs que l'on voit ainsi mis en danger par le départ d'un ou de plusieurs hospitalo-universitaires. Les Etats-Unis gardent à ce titre un potentiel d'attraction qui ne se dément pas au cours des années, mais l'on observe également l'apparition de nouveaux flux, pour le Canada, la Grande Bretagne ou plus récemment la Suisse par exemple.

La compétition internationale nous est apparue comme un enjeu majeur de l'évolution de la carrière académique en France, et nous avons souhaité par conséquent adopter une démarche

comparative. Non pour faire le constat d'une supériorité de tel ou tel pays, mais pour tenter de définir les points forts comme les points faibles de chaque système et pour déterminer si certains modes d'organisation efficents pouvaient être intégrés au cursus français.

L'évolution de l'Université française

L'autonomie des universités

La loi *Libertés et Responsabilités des Universités* (LRU) d'août 2007¹ a redéfini les modalités de pilotage des universités en remplaçant la loi d'orientation de 1984². Elle consacre un mouvement de fond qui anime le paysage universitaire français. Les universités françaises sont relativement jeunes en comparaison des universités anglaises ou allemandes, et cette jeunesse impose une maturation accélérée vers l'âge de l'autonomie. L'enjeu de l'autonomie est de donner aux universités le pouvoir de l'initiative et, dans le même temps, de les rendre responsables de leurs initiatives. Pour l'université autonome, il s'agit donc autant de se donner les moyens d'innover que d'en répondre. Dans cette dynamique, la question des moyens se pose. Moyens humains tout d'abord avec en principe la liberté d'organiser les ressources humaines et, par exemple, la nomination des enseignants-chercheurs. Moyens financiers également, avec par exemple la gestion autonome du parc immobilier.

On peut d'emblée souligner les obstacles rencontrés sur ce chemin de l'autonomie. La jeunesse des universités françaises autonomes ne leur permet pas de disposer des moyens financiers comparables à ceux théâtralisés sur plusieurs siècles par les universités anglo-saxonnes. Ainsi le patrimoine de l'Université d'Harvard est estimé à 25 milliards d'euros. De plus les universités françaises ne bénéficient pas des importants droits d'inscription payés par les étudiants américains. *De facto*, les universités françaises restent donc en très grande majorité financées directement par l'Etat.

Par ailleurs, les universités françaises doivent assumer les décisions du passé avant même de pouvoir assumer leurs décisions, une fois autonomes. L'universitarisation de masse des années 80 pèse ainsi considérablement sur les infrastructures, notamment en termes de moyens humains, héritage que les universités autonomes seront contraintes d'assumer.

La logique de l'autonomie amène également à définir de nouvelles modalités de gouvernance. La seule représentation de chaque corps professionnel de l'université pourrait ne pas être un gage de succès et l'expérience des pays étrangers a mis en évidence l'importance de la prise en compte des partenaires externes. Les universités doivent en effet mettre en perspective leur exercice avec l'évolution des demandes de la société, ce qui passe par l'intégration de représentants de cette société dans la gouvernance des universités. Le partage de la gouvernance entre légitimité exécutive (le modèle du *board of trustees* américain) et légitimité académique est observé dans la plupart des pays, à des degrés divers, et permet de favoriser les initiatives de l'université autonome.

Enfin, la tradition française des grandes écoles a pu, par le passé, réduire l'aura des universités françaises, voire les priver d'étudiants prometteurs. Si un mouvement de rapprochement des grandes écoles de l'Université a été perceptible avant même la mise en

¹ Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000824315>

² Loi n°84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068841>

place de la loi LRU, un tel rapprochement ne peut se faire du jour au lendemain et implique de définir de nouvelles articulations dans les parcours au sein de l'Enseignement Supérieur.

Quels que soient les obstacles rencontrés sur le chemin de l'autonomie des universités, le mouvement est en marche et modifiera l'Enseignement Supérieur en profondeur.

Nous avons pu constater pendant nos travaux que la compétition entre universités qui accompagne leur autonomie stimule fortement leur créativité, aussi bien dans le champ de la recherche que dans celui de l'enseignement. Mais cette compétition pourrait également bouleverser les équilibres déjà fragiles entre les trois missions de soin, d'enseignement et de recherche des hospitalo-universitaires. Ainsi la logique universitaire pourrait progressivement diverger de la logique hospitalière. Certes des avancées telles que l'intégration de l'Université dans la gouvernance des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), grâce aux amendements, issus de la commission Marescaux, à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)³, protègent d'un tel risque. Pour autant, il n'est pas évident d'anticiper toutes les transformations qu'implique l'autonomie des universités, et il nous a semblé essentiel d'éclairer son impact sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire.

L'Université, acteur pivot de la recherche

La loi du 18 avril 2006 pour la Recherche⁴ a donné naissance à l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) et à l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES). Parallèlement il s'est produit un mouvement de retour des chercheurs vers l'Université, depuis les institutions de recherche dont ils faisaient partie. Ce mouvement d'intégration des chercheurs au sein de l'Université permet de simplifier le paysage scientifique français, jusqu'ici menacé par un éclatement des affiliations des chercheurs. Il rend également à l'Université sa visibilité comme acteur de la recherche. Enfin la définition dans le même temps d'un acteur pivot de la recherche (l'Université), d'une agence de moyens (l'ANR) et d'une agence d'évaluation (l'AERES) modifie structurellement l'organisation de la recherche. Cette séparation des pouvoirs a en effet pour ambition de garantir une juste répartition des moyens, en limitant les conflits d'intérêts et en promouvant les équipes et les projets de haut niveau.

La désignation de l'Université comme acteur pivot de la recherche oblige l'Université à se positionner clairement quant à ses deux missions de recherche et d'enseignement. L'avenir dira si ces missions se déclinent différemment selon les secteurs d'activité au sein d'une même université, ou si l'on distinguera des universités de recherche et des universités d'enseignement. Dans un cas comme dans l'autre, une telle évolution pourrait, là aussi, modifier les équilibres hospitalo-universitaires. Parallèlement à l'autonomie des universités, les réformes de la recherche en France amènent donc à repenser l'exercice des hospitalo-universitaires, à l'échelle individuelle comme à l'échelle collective.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

⁴ Loi n°2006-450 du 18 avril 2006 de programme pour la recherche
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000426953>

Le grand emprunt : les investissements d'avenir

La question des moyens financiers et humains est cruciale pour le succès des réformes de l'Université. Comme nous l'avons vu, la séparation entre l'Université acteur de la recherche, une agence de moyen (l'ANR) et une agence d'évaluation (l'AERES) vise à une allocation optimale des moyens. Dans cette perspective, on observe une modification des modalités d'attribution des moyens depuis un objectif d'égalisation vers un objectif de promotion de l'excellence. Si le premier objectif a longtemps prévalu en France, avec l'ambition noble de garantir le niveau de tous mais le risque de brider certaines équipes et projets, le second, l'excellence, s'affiche dans la mise en place par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche des Réseaux Thématiques de Recherche Avancée (RTRA), du plan campus ou encore des chaires d'excellence. Notons que cette dynamique n'est en rien restreinte à la France, et que le programme d'*Excellenzinitiative* développé en Allemagne répondait déjà à cette même logique.

En 2010, la mise en place du grand emprunt national accélère encore le mouvement. En pleine crise financière internationale, qui pourrait conduire à un recul de tous les investissements, la recherche est considérée comme le moteur de la croissance économique de demain et fait donc l'objet d'un pari de grande ampleur. La loi du 9 mars 2010 de finances rectificative pour 2010⁵ prévoit l'ouverture de 34,6 milliards d'euros de crédits supplémentaires au sein des comptes budgétaires de l'Etat pour financer des *investissements d'avenir* dans le cadre du grand emprunt. Dès l'été 2010, l'ANR lance les premiers appels à projets pour ce programme ambitieux. Le Commissaire général à l'investissement s'appuiera sur les recommandations de jurys internationaux pour sélectionner les projets, en veillant notamment à leurs retombées socio-économiques. Le Conseil de surveillance du grand emprunt assurera quant à lui le contrôle de la mise en œuvre des projets.

Au cours de nos auditions, nous avons pu constater à plusieurs reprises l'effet de levier que cet appel à projets permet. En matérialisant les moyens alloués à la recherche, il rappelle aux structures hospitalo-universitaires que la recherche ne se fait pas à fonds perdus mais constitue au contraire un enjeu positif pour les budgets hospitaliers. En encourageant l'excellence, il amène les acteurs de la recherche que sont les universités à déterminer quels sont leurs domaines d'expertise et comment en libérer le potentiel. On peut noter ici que l'approche dite *bottom up*, celle de l'appel à projets, approche qui caractérise les nouvelles modalités du financement de la recherche, permet l'émergence de nouvelles thématiques incarnées par de nouvelles collaborations. A ce titre, les appels à projets des *investissements d'avenir* semblent avoir permis, quel qu'en soit le résultat final, des reconfigurations universitaires et hospitalières balayant l'immobilisme ou les crispations identitaires qui les hypothéquaient jusque-là.

Les hospitalo-universitaires jouent un rôle essentiel dans cette dynamique, au travers par exemple des appels d'offres des Instituts Hospitalo-Universitaires (860 millions d'euros), Santé et biotechnologies (1,55 milliards d'euros) ou encore Laboratoires d'excellence (1 milliard d'euros). Dans cette course à l'excellence, ils sont amenés à définir au sein de leur communauté ceux qui sont porteurs ou associés à de tels projets, et surtout comment s'articulent ces projets de recherche avec les missions de soin et d'enseignement. Concernant les soins, on observe ainsi une amplification du mouvement consistant à centrer la mission de soin sur une activité d'expertise, de recours, plutôt que sur les soins courants. Concernant l'enseignement, on observe un même effet de disjonction selon les départements entre deux

⁵ Loi n° 2010-237 du 9 mars 2010 de finances rectificative pour 2010
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021943745>

niveaux différents : un enseignement hautement spécialisé d'un côté, et un enseignement généraliste, du niveau licence par exemple de l'autre côté. Dans la continuité des effets de l'autonomie des universités et de la redéfinition de l'Université comme acteur pivot de la recherche, le grand emprunt national impose donc une remise à plat de la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche.

La démarche de nos travaux

La compétition internationale d'une part, et les profonds remaniements de l'Université ces dernières années d'autre part ont un impact majeur sur la définition du métier des hospitalo-universitaires.

La double appartenance des hospitalo-universitaire, à la fois hospitalière et universitaire, est le garant d'un équilibre possible entre les soins et les missions universitaires d'enseignement et de recherche. Dans les pays où cette double affiliation fait défaut, le risque est de mettre en concurrence l'Hôpital et l'Université, ou pire encore de les voir coexister sans lien. Une telle concurrence, et pire encore une telle disjonction des exercices, rend le métier d'universitaire en médecine difficilement tenable, pouvant conduire à privilégier un exercice sur l'autre. La question n'est pas tant celle du confort des hospitalo-universitaires, qui ne représentent que 4% des médecins⁶. Certes il faut souligner que cette question peut guider la mobilité internationale des hospitalo-universitaires et donc la capacité des pays à recruter les plus brillants éléments. Mais plus fondamentalement, il s'agit de définir les modalités d'exercice permettant aux trois missions de soin, d'enseignement et de recherche de fonctionner de concert dans l'intérêt de la communauté nationale. La mission de soin enrichit la démarche scientifique en guidant ses développements et en lui donnant une prise directe avec la médecine. La mission d'enseignement conditionne l'excellence des soins apportés demain au plus grand nombre. Enfin la mission de recherche bénéficie directement à la formation des futurs médecins et aux soins apportés dans nos hôpitaux : en donnant une place à la recherche au sein des hôpitaux, on met à disposition de tous les traitements les plus innovants le plus tôt possible. L'enjeu de la double appartenance hospitalière et universitaire des hospitalo-universitaires est donc de permettre aux patients de bénéficier des soins les plus modernes, administrés par des médecins dont les connaissances sont conformes à l'état de l'art.

Ainsi la double appartenance des hospitalo-universitaires apparaît-elle, à un moment où l'Université française connaît précisément une accélération spectaculaire, comme le garant du transfert de l'excellence universitaire vers les soins apportés au plus grand nombre. Dans cette perspective, il convient de définir les modalités de formation des hospitalo-universitaire, les statuts permettant leur épanouissement et les outils assurant leur évaluation et leur promotion.

La première partie de ce rapport porte sur la formation à la recherche. Nous nous sommes interrogés sur la formation initiale à la recherche, autour du rôle joué par la ou les premières années d'études pour construire les fondements du raisonnement scientifique. Nous avons cherché à promouvoir un dispositif ne visant pas uniquement à la sélection des étudiants en premier cycle mais leur permettant d'acquérir la culture scientifique nécessaire à leur investissement futur dans la recherche. Puis nous avons exploré les modalités de la recherche pendant les études de médecine, depuis le programme scientifique des premières années d'études médicales jusqu'à la mise en place d'une filière universitaire de recherche clinique,

⁶ 216450 médecins actifs (Atlas de la démographie médicale en France 2010, Conseil National de l'Ordre des Médecins) et 9576 hospitalo-universitaires (Note d'information mars 2011 DGRH MESR)

en passant par les étapes où se superposent la formation médicale et la formation doctorale. Ce n'est pas en sortant du bloc opératoire à l'âge de 30 ans que l'on peut rattraper les carences de la formation scientifique initiale, et il est donc nécessaire d'apporter au plus tôt au plus grand nombre les dispositions nécessaires au raisonnement scientifique.

La seconde partie de ce rapport porte sur les statuts hospitalo-universitaires, de la vocation hospitalo-universitaire des chefs de clinique aux modalités de mise en place des postes faisant la jonction entre clinicité et poste universitaire titulaire. Ces propositions nous ont amené à préciser ce que peut être le concept de triple mission de soin, d'enseignement et de recherche et à rappeler que la qualification universitaire ne se superpose pas strictement avec la qualification médicale.

Enfin la troisième partie de ce rapport porte sur les modalités d'évaluation des hospitalo-universitaires tout au long de leur carrière. Nous avons proposé des règles générales pour l'analyse bibliométrique, et nous avons réaffirmé la nécessaire transparence des évaluations et des disponibilités de postes. Nous avons cherché à cerner la place de nouveaux outils tels que les contrats d'objectifs déclinés pour les trois valences ou encore les plateformes multimédias. Enfin nous avons proposé des pistes pour définir les missions et les règles de fonctionnement du Conseil National des Universités (CNU) santé dans le contexte de l'autonomie des universités.

I. La formation à la recherche

L'enjeu de la formation à la recherche est de permettre aux futurs hospitalo-universitaires de disposer d'une culture scientifique solide. A cette fin, il est nécessaire de commencer au plus tôt cette formation scientifique, pour que puisse par la suite se construire une thématique de recherche sans qu'elle soit bridée par des carences dans les connaissances requises. Comme nous l'avons rappelé plus haut, ce n'est pas en sortant du bloc opératoire, à l'âge de 30 ans, que l'on peut combler des lacunes dans le raisonnement scientifique. En revanche, c'est bien à ce moment que le jeune hospitalo-universitaire peut faire le lien entre les développements de son activité de soin, notamment les problématiques auxquelles celle-ci se confronte, et une thématique de recherche personnelle. Il convient donc de mettre à disposition du plus grand nombre et le plus tôt possible un enseignement de la démarche scientifique et des outils qu'elle requiert afin de favoriser, après coup, l'épanouissement de la mission de recherche des hospitalo-universitaires. Cette ouverture initiale doit bien sûr s'accompagner tout au long du cursus médical des aménagements nécessaires à la poursuite de cet engagement scientifique, et tout notamment à la préparation et l'obtention d'une thèse de sciences pendant l'internat ou au-delà dans les meilleures conditions possibles.

Plus fondamentalement, nous considérons que l'enseignement des sciences bénéficie au plus grand nombre. En aiguisant la curiosité des esprits, en apprenant aux futurs médecins à poser des questions plutôt qu'à toujours chercher des réponses existantes, la formation à la recherche leur apprend la démarche qui permettra la mise à jour constante de leurs connaissances. Les progrès de la médecine imposent en effet cette constante remise en question, car les médecins doivent tout au long de leur vie professionnelle réapprendre leur métier et parfois même remettre en cause des dogmes bien établis qu'ils ont eux-mêmes respecté.

A. La formation initiale à la recherche

La nécessaire sélection des étudiants

Un arrêté des ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement Supérieur fixe chaque année le numerus clausus qui a notamment pour objectif de réguler le nombre de médecins. Ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés.

Du fait du numerus clausus, la première année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM) est une année extrêmement sélective : ainsi en 2009 on comptait 46500 inscrits pour 7400 places en médecine. Cette première année était donc pour beaucoup d'étudiants synonyme d'échec, voire de vocation brisée. Un certain nombre de redoublants, découragés, abandonnaient en cours d'année et pour d'autres, malgré un investissement très important, cette année se soldait à nouveau par un échec. De nombreux étudiants se retrouvaient ainsi exclus des études médicales après deux échecs, ressentant un découragement profond et ayant des difficultés d'adaptation dans d'autres cursus, sans possibilités le plus souvent de faire valoir leurs acquis.

Limiter le gâchis : la mise en place de la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES)

La nécessité de réformer les modalités d'accès aux études de santé s'imposait donc de manière évidente. Pour la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche « *ce gâchis de temps, d'énergie, d'espoirs et de rêves n'était acceptable ni pour l'étudiant, ni pour sa famille, ni pour la société* ». Elle a donc chargé le Professeur Jean-François Bach, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, d'élaborer des propositions concrètes de réforme de la première année de médecine avec « *l'objectif prioritaire que cette première année ne soit pas uniquement orientée vers le concours et que l'enseignement dispensé permette aux étudiants en situation d'échec de se réorienter* ». La mission confiée au Professeur Jean-François Bach a abouti au vote de la loi, d'origine parlementaire, portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

En application de ces dispositions législatives, l'arrêté du 28 octobre 2009 organise l'année commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de maïeutique (PACES)⁷ qui a été mise en place à la rentrée universitaire 2010-2011. Elle est sanctionnée par 4 concours distincts. Le tronc commun est adapté à la formation, notamment scientifique, nécessaire aux quatre filières et comprend une Unité d'Enseignement (UE) intitulée « santé, société, humanité » ; il est complété par des enseignements spécifiques à chacune des filières au second semestre. Une partie des Unités d'Enseignement (UE) spécifiques peut être mutualisée pour permettre aux candidats qui le souhaitent de se présenter à plusieurs concours. Au cours du premier semestre, les étudiants bénéficient d'une information sur les différents métiers afin d'assurer les meilleures orientations en fonction des capacités et des affinités de chacun et d'une sensibilisation à la recherche biomédicale.

La loi prévoit également la limitation du nombre des redoublements avec l'instauration d'une réorientation à l'issue du premier semestre ou de la première année. En fonction du classement obtenu à l'issue des épreuves du premier semestre ou du deuxième semestre, les candidats pourront être réorientés vers d'autres formations universitaires par décision du Président de l'Université. Les étudiants ayant validé des Unités d'Enseignement (UE) se voient attribuer un certain nombre de crédits ECTS (*European Credit Transfer System*) qu'ils pourront faire valoir dans d'autres parcours universitaires.

Enfin, les candidats concernés par les mesures de réorientation seront autorisés à se réinscrire en première année commune aux études de santé après avoir acquis un complément de formation, en particulier scientifique. Ce dispositif dit « de la deuxième chance » est destiné à permettre aux étudiants d'optimiser leurs chances de réussite aux épreuves de classement de fin de première année. Les dispositions concernant la réorientation des étudiants seront mises en place au plus tard à la rentrée universitaire 2012-2013.

Le modèle du Collège

La PACES vise à réduire le gâchis de la sélection survenant en fin de première année. En faisant de cette première année une année commune aux études de santé, elle augmente les chances des étudiants d'intégrer une formation de santé et donc de valoriser leurs acquis et de bénéficier finalement d'une qualification. Sans ignorer les difficultés qui ont pu accompagner

⁷ Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755>

la mise en place de la PACES, on peut se demander si la démarche entamée ne devrait pas aller plus loin encore. Si l'objectif est de faire de la formation initiale une formation qualifiante, alors ce n'est probablement pas sur une seule année que le raisonnement devrait s'appliquer. De plus, il n'est pas évident que les étudiants recalés à telle ou telle formation de santé se satisfassent réellement d'une autre formation de santé. C'est donc au-delà des formations de santé qu'il faudrait appliquer la logique de l'élargissement des débouchés. On peut également s'interroger sur l'intérêt d'une inscription précoce à un cursus de santé. Il n'est pas certain que le choix des étudiants soit éclairé lors de cette première inscription universitaire. Il n'est pas certain que l'Université gagne à organiser en son sein des composantes en santé d'emblée distinctes du reste du cursus universitaire. Et il n'est probablement pas raisonnable que la première année de ces composantes soit conçue comme une « prépa intégrée » (la première année n'est pas externalisée, elle fait déjà partie du cursus médical), avec un taux de succès à l'admission en seconde année (moins de 15%) qui disqualifie l'idée même de prépa intégrée. Enfin, on peut s'interroger sur un inévitable effet pervers de cette sélection en vase clos parmi les formations de santé : la sélection par l'échec n'est pas adaptée à l'investissement personnel que ces métiers de santé requièrent.

Face à ces limites, le modèle nord-américain du *college* pourrait être adapté. Aux Etats-Unis, 3 à 4 années de *college* font suite à la *high school*, équivalent au lycée. Durant ces 3 à 4 années, les étudiants reçoivent des enseignements scientifiques fondamentaux (mathématiques, chimie générale et organique, biologie cellulaire et moléculaire générale notamment). Depuis 1986, une place non négligeable est faite également à l'enseignement des sciences humaines, à la culture générale et aux humanités pour les étudiants qui souhaitent s'orienter vers un cursus médical. L'accès à la formation médicale à proprement parler ne se fait qu'après validation de ce premier cycle. Classiquement, seuls les étudiants ayant obtenu le niveau A au *college* peuvent espérer réussir l'examen d'admissibilité en médecine (MCAT *Medical College Admission Test*). Le système du *college* vise donc à une qualification universitaire des étudiants, quelle que soit leur vocation finale, et non à une sélection précoce au prix d'un grand nombre d'étudiants sans diplôme ou formation équivalente contraints de reprendre à zéro un parcours universitaire.

Ce système présente l'avantage d'assurer une formation scientifique de qualité et un bagage solide indispensable pour ceux qui se destinent ultérieurement à la recherche. Cette période de *college* entièrement tournée vers les sciences fondamentales et les sciences humaines permet aux étudiants de construire leur projet professionnel et donc d'atteindre une certaine maturité au moment de choisir la filière médicale. Alors que ce préliminaire peut sembler long pour ceux qui ne se destinent pas à la recherche en médecine, notons que le cursus global d'un médecin est long, de l'ordre par exemple en médecine générale de 8 à 11 ans selon les Etats, et qu'il laisse donc largement la place à la formation médicale à l'issue du *college*.

Mise en place d'une licence préalable à l'inscription en médecine

L'adaptation du modèle du *college* dans le cursus médical en France consisterait à sélectionner les étudiants en médecine à l'issue du grade licence ou au minimum d'un niveau L2. Cette externalisation de la licence (ou d'une partie de la licence) en dehors du corps des études de médecine permettrait de reconnaître le rôle pivot joué par l'Université dans la formation initiale. Plutôt qu'un modèle de prépa intégrée, dont il faut redire qu'il est disqualifié par un taux d'échec de 85% au minimum, le pari serait fait d'une formation universitaire qui ne serait pas exclusivement tournée vers l'accès aux études de médecine.

Cette formation initiale serait donc qualifiante par elle-même, au-delà de l'usage qui en est fait immédiatement après (accès aux études de médecine notamment).

Un tel espace de liberté serait mis à profit pour une formation scientifique de qualité. Une large place pourrait être laissée aux disciplines dont les effets bénéfiques sur la formation intellectuelle sont évidents et qui paradoxalement ne sont pas les plus choisies, telles que les mathématiques. Les sciences de la vie trouveraient bien évidemment toute leur place, enseignées à la fois par des universitaires non médecin et des hospitalo-universitaires. Mais les options choisies pourraient ne pas être exclusivement dévolues aux sciences dites dures, et une place de choix pourrait ainsi être accordée aux sciences humaines, dont on sait la pertinence pour l'exercice ultérieur du métier de médecin. Plus généralement, cette réforme mettrait à profit les moyens et la culture développés par chaque université, en déclinant le programme de ce premier cycle selon les spécificités de chaque université. Ainsi, c'est une diversification des cursus menant au métier de médecin que permettrait cette réforme.

Notons d'emblée qu'il ne s'agit pas de diminuer la qualité de l'enseignement de la médecine. La première année y contribue peu ou pas du tout à l'heure actuelle, les étudiants se consacrant totalement à un bachotage leur donnant le sésame des études de médecine et leur nombre ne permettant pas l'interaction nécessaire à la formation médicale. Quant à la seconde année, elle reste à ce jour peu médicale, sans pour autant garantir une formation scientifique de qualité. Toutefois, il faut garder en tête que consacrer les premières années d'études à un cursus non médical implique de donner un tour résolument médical une fois intégrées ces études. L'enjeu est en effet de maintenir le niveau d'excellence dans la formation aux soins. Outre le programme de cours, c'est probablement du côté de la présence à l'hôpital que se joue cette formation médicale. Dans cette perspective, il faudrait passer du temps partiel à l'hôpital (les matinées que passent les étudiants en médecine à l'hôpital) à un temps plein, à l'instar des étudiants en médecine américains. Cette évolution valoriserait l'enseignement au lit du malade et permettrait aux étudiants d'acquérir la culture médicale nécessaire à leur futur métier.

Une solution intermédiaire : l'expérimentation dans le cadre de l'autonomie des universités

On imagine aisément les réticences que pourrait rencontrer une réforme consistant à externaliser le premier cycle. Aux yeux des parents, ce détour par l'université ne rassurerait pas car s'éloignant du modèle des grandes écoles et de leurs classes préparatoires, calqué ici de manière inappropriée aux études de médecine. Aux yeux de certains hospitalo-universitaires, la crainte serait de perdre des moyens au gré de cette externalisation (bien qu'à l'évidence ils participeraient à l'enseignement en premier cycle dans leurs universités). Aux yeux des étudiants, une telle liberté pourrait faire peur, et il est en effet courant que les individus préfèrent choisir une mauvaise solution dont les issues sont définies à l'avance que de laisser une place à l'incertitude. Enfin, d'aucuns considèrent que certains exercices médicaux justifient de s'engager d'emblée dans une formation professionnalisante plutôt que de laisser une place de choix à une formation plus fondamentale. Dans cette perspective, un investissement le plus précoce possible dans la formation clinique est demandé, et tout détour par les sciences, fussent-elles humaines, est suspect de favoriser des intérêts qui ne sont pas ceux des soins.

Ces réticences s'amenderaient probablement au prix d'un effort pédagogique sur les enjeux d'une telle réforme, mais il faut, à l'heure actuelle, en tenir compte. Par ailleurs la mise en place de la PACES est toute récente et il est donc légitime d'attendre qu'elle porte ses fruits avant une

nouvelle réforme. Notons d'ailleurs que certains proposent d'optimiser la PACES en évitant la dispersion entre unités d'enseignements spécifiques différentes selon les 4 concours (dispersion qui peut nuire au succès des étudiants et *in fine* réduire leurs débouchés) : on pourrait par exemple garder un cursus commun mais avec des coefficients différents affectés aux différentes disciplines selon les 4 concours.

Dans ce contexte, une solution intermédiaire serait de donner aux universités autonomes la possibilité de structurer un cursus commun de une ou deux années au gré de leurs composantes santé et autres, et parallèlement d'utiliser une proportion non négligeable du numerus clausus pour des accès parallèles aux études de médecine. Si des passerelles⁸ permettent désormais de faciliter l'accès aux études médicales à partir de ces cursus parallèles (essentiellement les plus grandes écoles), leur emprunt reste marginal de sorte qu'il n'existe aucune répercussion sur le numerus clausus. Une ouverture plus large et affichée aux entrées parallèles pourrait permettre un désengorgement du premier cycle à la faveur d'une formation alternative et d'une maturation du cursus que souhaitent suivre les étudiants qui s'engagent dans les études médicales. Loin d'affaiblir la filière, cette diversité des horizons et des cursus apporterait une vision plurielle et enrichirait les dimensions de l'exercice médical, la recherche, la formation et les soins.

Cette proposition s'accorde avec la logique de l'autonomie des universités. Ce serait à ces dernières de décider ou non de structurer un cursus commun d'une ou deux années et de faire basculer une partie significative du numerus clausus qui leur est consenti vers les entrées parallèles. La proportion du numerus clausus utilisée pour ces entrées parallèles pourrait augmenter progressivement. Chaque université aurait ainsi la liberté d'expérimenter en la matière, au gré de ses composantes et orientations générales (ambitions scientifiques, liens entre l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de médecine et le reste de l'université, place des sciences humaines et sociales au sein de l'université par exemple) et en se donnant le temps requis pour évaluer les bénéfices de cette expérimentation. Enfin, rien n'interdirait aux étudiants non reçus à l'une des voies d'entrée dans les études de médecine d'emprunter les voies parallèles, ce qui leur offrirait une deuxième chance de devenir médecin tout en se qualifiant pour d'autres cursus entre ces tentatives. Notons que bon nombre de grandes écoles ont adopté le même principe ces dernières années en diversifiant les modalités de recrutement.

Recommandation : au titre de solution intermédiaire, accorder aux universités autonomes, dans le cadre du droit à l'expérimentation, la possibilité de structurer un cursus commun de une ou deux années, à partir de leurs composantes santé et autres, et à faire basculer un pourcentage significatif du numerus clausus qui leur est alloué vers les entrées parallèles.

Exemple du projet de l'Université Pierre et Marie Curie

Il est intéressant de noter que les universités autonomes ont, d'ores et déjà, conçu des projets de ce type. Ainsi l'Université Pierre et Marie Curie a-t-elle récemment proposé d'élaborer un cursus au sein duquel 25% du numerus clausus est dévolu à des entrées parallèles⁹. Le cursus débute par un L1 *Santé, sciences et humanités* réalisé au sein du PRES avec au terme de cette première année un concours d'entrée dans les études de médecine. Pour les étudiants non

⁸ Cf annexe « Arrêtés passerelles » p 117

⁹ Cf annexe « Projet Université Pierre et Marie Curie concernant la première année » p 123

reçus et ayant au dessus de 10 de moyenne (les étudiants ayant moins de la moyenne sont orientés vers un L2 infirmier), il est possible de préparer un 2^{ème} concours à la fin du premier semestre de L2, leur permettant d'accéder en L2 de médecine sans vrai retard par rapport aux étudiants ayant réussi le premier concours. Le redoublement du L1 est également possible, mais il ne permet de se présenter qu'au 2^{ème} concours : on évite ainsi les redoublements volontaires, qui sont non qualifiants. Enfin un troisième concours permet de rejoindre les études de médecine à l'issue d'un L3.

B. La recherche pendant les études de médecine

L'enseignement des sciences en L2 et L3

Dans l'attente de réformes ou d'expérimentations modifiant la formation scientifique préalable à la formation médicale, au moins dans une proportion significative des étudiants accédant aux études de médecine, on peut noter que les années L2 et L3 de médecine ont une place particulière. Situées après un concours extrêmement difficile (l'application du numerus clausus à la fin de la première année) et avant que les étudiants investissent l'hôpital, ces années sont le plus souvent vécues par les étudiants comme un sas de décompression. C'est du reste ce qui est classiquement décrit pendant la première année des grandes écoles, à l'issue des années de classes préparatoires.

Ce sas de décompression a probablement des vertus, il faut même se garder d'inscrire trop tôt dans la ligne de mire la préparation d'un nouveau concours, celui des Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui viendra en 6^{ème} année. Pour autant rien n'interdit de mettre à profit ces années de répit. Nous pensons qu'elles devraient permettre d'éveiller les étudiants à la démarche scientifique. Au travers de cette démarche scientifique, c'est l'idée que les connaissances font constamment l'objet d'un renouvellement et qu'il faut donc cultiver une forme de curiosité plutôt que de se satisfaire d'un état de l'art, qui pourrait germer dans l'esprit des futurs médecins.

Les enseignements prévus par la Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Santé (CPNES)

Pendant la période de nos travaux sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire, la Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Santé (CPNES) a été mise en place. Un projet d'arrêté émanant de cette commission, en cours de signature, étend l'application du schéma LMD aux semestres qui suivent la première année commune aux études de santé. La formation a pour objectifs :

- l'acquisition des connaissances scientifiques de base, indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice des métiers médicaux. Cette base scientifique est large, elle englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes et plusieurs disciplines des Sciences Humaines et Sociales (SHS) ;
- l'approche fondamentale de l'homme sain et de l'homme malade, incluant tous les aspects de la sémiologie.

Les intitulés des enseignements sont les suivants :

- biomédecine quantitative (biostatistique),
- bases moléculaires et cellulaires des pathologies,
- biopathologie tissulaire, illustrations et moyens d'exploration,
- bases moléculaires, cellulaires et tissulaires des traitements médicamenteux,
- génétique médicale,
- tissu sanguin et système immunitaire, bases générales,
- sémiologie générale,
- agents infectieux, hygiène, aspects généraux.

Parmi les Unités d'Enseignement (UE) librement choisies, qui s'intègrent dans des parcours proposés par la structure en charge de la formation, certaines concernent la formation à la recherche. Ces Unités d'Enseignement (UE) s'inscrivent dans des parcours de masters habilités qui constituent une réelle formation à la recherche et permettent, dans des conditions qui sont fixées par l'université, l'accession à une deuxième année de master à orientation recherche. Ces parcours comprennent généralement deux Unités d'Enseignement (UE) et un stage de 4 à 8 semaines dans un laboratoire de recherche reconnu.

Le principe d'autonomie

Les principes et les intitulés des enseignements listés ci-dessus servent de cadre à la mise en place effective des enseignements par les universités. Ces dernières ont la responsabilité de construire leur offre de formation dans le cadre de leur autonomie pédagogique. Cette autonomie est à souligner, car elle permet aux universités, au-delà du simple constat des degrés de liberté possible, de différencier leurs cursus les unes par rapport aux autres. Ces années L2 et L3 ne faisant pas encore l'objet de la puissance normative de la préparation de l'ECN elles constituent un espace où la créativité des universités est sollicitée. Nous faisons le pari que la plupart d'entre elles chercheront à mettre à profit cet espace pour encourager la démarche scientifique chez leurs étudiants, et que la concurrence qui s'installera entre elles stimulera encore cette volonté.

Dans cette perspective, notons tout d'abord que les intitulés des enseignements listés ci-dessous laissent une large place à l'initiative locale, puisqu'ils peuvent être interprétés assez librement. Cette initiative locale dépendra notamment des moyens humains disponibles, ce qui signifie que ces enseignements se déclineront naturellement dans les universités au gré des points forts de chacune d'entre elles. On imagine ainsi, à titre d'exemple, que l'intitulé *bases moléculaires et cellulaires des pathologies* pourra avoir une prédominance néphrologique dans une université, et oncologique dans une autre.

Pour autant, cette diversification des enseignements et donc des cursus entre les universités n'interdit pas de dégager des principes communs. C'est ainsi que l'arrêté insiste sur quatre principes :

- *le rejet de l'exhaustivité : l'enjeu est d'acquérir des concepts qui permettront à l'étudiant au cours de ses études ultérieures et de sa vie professionnelle de disposer des outils pour faire évoluer ses savoirs et ses savoir-faire. La progression très rapide des connaissances impose des choix et conduit à rejeter toute idée d'exhaustivité. Elle rend aussi nécessaire une initiation à la recherche dans le champ de la santé.*

- *la participation active de l'étudiant : afin de favoriser l'efficience de la formation, il convient de privilégier, chaque fois que cela est possible, l'acquisition des connaissances à travers la participation active de l'étudiant sous forme de travaux dirigés, d'exposés, de résolution de cas, de stages pour lesquels un contrôle des connaissances adapté est mis en place.*
- *la pluridisciplinarité : les métiers de la santé, au service de l'Homme, s'appuient sur de nombreuses disciplines et l'apprentissage de la pluridisciplinarité est nécessaire. Cet apprentissage se fait par la mise en place d'unités d'enseignement, faisant appel à des spécialistes de disciplines différentes autour de l'étude d'un organe, d'une grande fonction, d'une problématique de santé publique.*
- *l'ouverture : les métiers de la santé sont nombreux et variés de même que les pratiques professionnelles. Il convient de préparer, dès le niveau licence, les différentes orientations professionnelles. Dans ce but, la formation comprend, outre un tronc commun, des unités d'enseignement librement choisies ou libres. Elles peuvent permettre un approfondissement des connaissances acquises dans le cadre du tronc commun. Elles peuvent également correspondre à une initiation à la recherche à travers des parcours de masters. Elles peuvent enfin concerner des disciplines non strictement médicales. Elles permettent ainsi aux étudiants d'acquérir des spécificités et de s'engager éventuellement dans des doubles cursus qu'ils pourront développer au cours de leur formation de niveau master.*

En lien avec ces principes génériques, nous pouvons décliner quelques éléments de méthodologie qui devraient guider la mise en place de ces enseignements.

Le premier élément de méthodologie tient à la nature des connaissances transmises. Par le *rejet de l'exhaustivité*, on entend qu'il est nécessaire de ne pas transmettre aux étudiants l'idée qu'il existe un répertoire fini de connaissances. Tout au contraire, tout doit être fait pour mettre en évidence les progrès effectués et les progrès à faire. A cette fin, il ne devrait pas être possible d'enseigner un corpus de connaissance sans le resituer dans une perspective historique, pour mieux souligner les étapes ayant permis l'élaboration de ces connaissances, et le cas échéant les ruptures nécessaires avec des dogmes bien identifiés. Il faudrait par ailleurs enseigner des questions dont les solutions ne sont pas encore connues, là aussi en décrivant les démarches empruntées, leurs impasses éventuelles, plutôt que leurs fruits.

Le second élément de méthodologie tient à la nature des deux années L2 et L3, dont nous avons souligné la singularité parmi les études de médecine. En effet l'absence d'enjeu immédiat (un concours) autorise de cultiver l'originalité. L'objectif est d'intéresser les étudiants et non plus, ou pas encore, de les sélectionner. La *participation active de l'étudiant*, principe exposé dans l'arrêté, peut paraître un vœu pieux dans le contexte d'une augmentation massive du nombre d'étudiants (leur nombre a doublé) sans ou presque d'augmentation du nombre d'enseignants. L'interactivité forte des grandes universités anglaises, dans lesquelles l'essentiel des enseignements passe par les échanges directs entre un groupe de quelques étudiants et un tuteur, est difficile à cultiver dans ce contexte. Toutefois des solutions intermédiaires sont possibles, et parmi celles-ci les cours magistraux exclusifs n'en sont manifestement pas une. Notons ainsi que la Lecture Critique d'Article (LCA) nécessite une participation active des étudiants. Quels que soient les travers qu'elle peut rencontrer en tant qu'épreuve de l'ECN, la méthode portera ses fruits si l'objectif se situe bien au-delà d'une telle épreuve.

Enfin le troisième élément de méthodologie, correspondant à la fois aux principes de *transdisciplinarité* et d'*ouverture*, c'est la nécessité de laisser aux étudiants une grande liberté dans leur choix d'enseignements. L'oxymore d'usage, les enseignements « optionnels obligatoires » (appelés désormais Unités d'Enseignement, librement choisies), est à première vue surprenante mais elle prend tout son sens si l'on veut bien entendre qu'il y a obligation à se différencier, au gré de son propre choix parmi des options différentes. C'est ainsi que les étudiants matérialisent entre eux la diversité des approches et des points de vue, et c'est ainsi qu'ils jettent les bases de leur propre démarche tant médicale que scientifique.

Recommandation : faire du L2-L3 de médecine le moment privilégié de la formation scientifique. L'objectif est de permettre aux étudiants de développer l'esprit critique et le sens de l'innovation propres à la démarche scientifique.

Les cursus MD-PhD

Les cursus MD-PhD (sanctionnés à la fois par une thèse en médecine et une thèse d'université) ont pour objectif de permettre à un petit nombre d'étudiants en médecine animés par un questionnement scientifique d'accéder de façon précoce à un enseignement fondamental plus approfondi que celui dispensé dans les UFR de médecine. Cette démarche passe également par une expérience précoce de recherche, dans un laboratoire dont la qualité conditionne la formation scientifique. Si de tels programmes existent depuis plusieurs dizaines d'années aux Etats-Unis et y constituent une filière d'excellence, leur création est relativement récente en France. En effet, à l'exception du second concours Médecine Pharmacie Sciences des Ecoles Normales Supérieures, le premier programme de cette nature a été créé en 2003 seulement en France. Plus récemment, suivant la logique de l'autonomie des universités, les universités Paris Descartes et Pierre et Marie Curie ont développé leur propre cursus MD-PhD. S'il est souhaitable que les universités exercent dans ce champ également leur créativité, l'école de l'Inserm - Liliane Bettencourt représente à ce jour l'alternative la plus largement accessible aux étudiants en médecine de l'ensemble du territoire français.

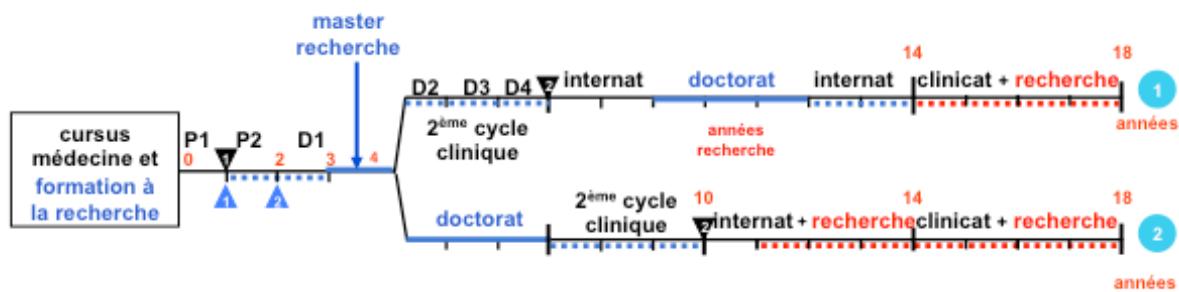
Ces programmes intégrés, permettant d'acquérir précocelement les pré-requis nécessaires à l'exercice de la double valence clinique et recherche, devraient être encouragés. Leur valorisation passe avant tout par une information des étudiants par leur Doyen au plus tôt, et par la facilitation du parcours des étudiants entre enseignements théoriques, stages cliniques et stages de recherche. Pour s'assurer que l'ensemble des étudiants en médecine ont accès à cette information, et donc éviter la classique critique de la reproduction des élites formulée par Bourdieu¹⁰, il serait souhaitable que le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche recense les différents programmes existant et assure un rôle de coordination, à l'image du rôle du *National Institute of Health* (NIH) dans l'organisation de l'ensemble des cursus MD-PhD aux Etats-Unis. Notons que le site web de l'association Médecine/Pharmacie Sciences¹¹ rassemble la majorité des étudiants actuellement engagés dans ces cursus en France et peut donc constituer une plateforme utile pour l'information du plus grand nombre.

¹⁰ Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron, *La reproduction*, Minuit, 1970

¹¹ <http://www.afmpfs.org>

Une fois entamé le cursus MD-PhD, deux scénarios sont possibles :

- l'obtention d'un master recherche au début de l'externat, poursuivi en thèse d'université pendant l'internat,
- la réalisation d'une thèse d'université pendant l'externat dans la continuité immédiate du master.



La première option est à ce jour majoritaire. Elle s'intègre mieux dans le cursus médical, notamment la préparation de l'ECN. Elle rend également plus facile la congruence entre le projet scientifique et le projet médical, puisque la thèse d'université s'effectue après le choix de la discipline médicale (pendant l'internat). Toutefois il est intéressant de noter que les cursus MD-PhD américains situent l'obtention de la thèse d'université avant le *residency*, équivalent de l'internat, donc selon la seconde option évoquée. Une évolution en faveur de cette seconde option en France rencontrerait probablement l'obstacle de l'ECN : il n'est pas évident que les étudiants titulaires d'une thèse d'université à l'issue de 3 ou 4 années d'interruption de leur cursus médical trouvent l'énergie ou l'intérêt pour la préparation de cet examen, ce qui en l'état actuel des choses pose un problème majeur, puisque l'unique accès à une discipline médicale, quelle qu'elle soit, passe par l'ECN, et que celui-ci impose une ventilation sur tout le territoire en fonction du classement. Ne pas réussir l'ECN en rang utile, c'est donc voir diverger géographiquement la démarche scientifique (le laboratoire) et la démarche médicale (le lieu où se fera l'internat). L'avenir dira si les meilleurs étudiants MD-PhD sont également les mieux classés à l'ECN, ou si un décalage existe, au moins pour certains d'entre eux. Dans ce dernier cas, il ne serait pas évident de trouver une solution. La mise en place d'un bonus à l'ECN pour les étudiants titulaires d'une thèse d'université constituerait une entorse sérieuse à l'égalité qu'impose un tel concours. La création d'une filière d'internat recherche, qui pourrait ne pas qualifier pour une discipline médicale, risquerait également d'être un échec : elle pourrait être encombrée par des Internes ne la choisissant que pour préparer à nouveau l'ECN, et plus fondamentalement on peut se demander s'il est pertinent de poursuivre des études de médecine qui ne permettent pas d'accéder à un exercice médical.

Recommandation : promouvoir les doubles cursus, notamment MD-PhD au sein des universités et de l'Ecole de l'Inserm - Liliane Bettencourt.

Disponibilités pour la recherche pendant l'Internat

De nombreux Internes, au sein d'un cursus MD-PhD ou d'un cursus médical plus classique, sont amenés à débuter une thèse d'université au cours de l'internat. Les contraintes liées au statut d'Interne des hôpitaux semblent difficilement compatibles avec les exigences d'une activité de recherche de qualité, ce qui amène l'Interne à interrompre son internat afin de se consacrer à la recherche. Il importe avant tout de permettre aux Internes de choisir un laboratoire de haute qualité, dès le master. La transparence des évaluations effectuées par l'AERES, et plus simplement de la bibliographie en ligne, est à ce titre précieuse. Il faudrait également souligner auprès des Internes la nécessité d'adopter une démarche scientifique spécifique, avec laquelle il leur faudra faire le lien avec leur discipline médicale. Trop souvent c'est encore la logique inverse qui prévaut, amenant à aborder des questions cliniques avec des outils scientifiques encore mal acquis. Pour guider leurs choix, il convient que les responsables universitaires (CNU, Doyens, collégiales, sociétés savantes) établissent avec les Internes un lien privilégié. La réforme de l'année-recherche¹², dont l'attribution ne repose plus sur le classement à l'ECN mais sur l'intérêt du projet scientifique, va ainsi dans le sens de la prise en compte de la qualité du laboratoire d'accueil. Les jurys déterminant l'attribution des bourses de recherche y contribuent également. Enfin les postes d'accueil mis en place par l'Inserm font figure de modèle, et sont considérés comme tels par les Doyens, ce d'autant qu'ils permettent de valider la mobilité requise pour l'accès à un poste de PU-PH.

Si l'on souhaite que les Internes puissent réaliser une thèse d'université du même niveau que celui des étudiants issus d'autres cursus, il est légitime de leur permettre une interruption de 3 ans, durée habituelle d'une thèse, ou même de 4 ans si l'on prend en compte la deuxième année de Maturité (M2). Cette interruption est rendue possible par le statut de l'Interne¹³ qui permet une interruption pour études ou recherches présentant un intérêt général dans une limite d'un an renouvelable une fois et une interruption pour convenances personnelles de la même durée. Le décret du 16 janvier 2004 modifié en 2010¹⁴ prévoit par ailleurs que les Internes disposent d'une durée équivalente à deux fois la durée de la maquette de leur spécialité (3, 4 ou 5 ans) pour accomplir leur internat, sauf dérogation exceptionnelle accordée par le Président de l'Université. La liberté de cumuler ces deux interruptions, pour recherches et pour convenances personnelles, offre donc théoriquement à tous les Internes la possibilité d'interrompre leur internat pour une période de recherche d'une durée de 3 voire 4 ans (aboutissant à un internat de 8 ans, donc conforme au décret. Cependant et malgré cette réglementation, certaines DRASS et désormais Agences Régionales de Santé (ARS) continuent à spécifier que ces disponibilités sont limitées à 2 ans (document remis aux Internes lors de leur prise de fonction dans certaines régions) et cette notion est largement diffusée parmi les Internes. Il est donc nécessaire d'informer tous les Internes (et de rappeler aux ARS) sur la possibilité légale d'une interruption de l'internat pendant 3 à 4 ans, au gré du cumul des disponibilités pour études ou recherche et pour convenances personnelles.

¹² Arrêté du 8 juillet 2010 modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 définissant les modalités d'organisation de l'année-recherche durant le troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481465>

¹³ Article R6153-26 du Code de la Santé Publique en annexe

¹⁴ Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005765200>

Pour rendre cette possibilité plus transparente encore, il conviendrait de reconnaître la finalité de cette interruption, en créant une autorisation d'interruption spécifique pour la réalisation d'une thèse de doctorat d'université, d'une durée totale de 3 ans. Afin de maintenir pendant cette durée un contact avec la clinique, les Internes devraient être autorisés à prendre des gardes, parallèlement aux remplacements qu'ils peuvent effectuer en libéral sous réserve de satisfaire aux obligations réglementaires.

Recommandation : rappeler qu'il est possible d'interrompre l'internat pendant les trois années requises pour l'obtention d'une thèse d'université en combinant les disponibilités pour études ou recherches et les disponibilités pour convenances personnelles. Reconnaître réglementairement ces années de disponibilités pour motif de préparation d'une thèse d'université.

Bourses post-doctorales : la règle de la continuité entre thèse et post-doctorat n'a pas de sens en médecine

Le jeune praticien qui souhaite s'orienter vers une carrière hospitalo-universitaire est amené à réaliser un post-doctorat, le plus souvent à l'étranger. Outre l'obligation de mobilité requise pour l'accès à un poste de PU-PH, cette étape est extrêmement précieuse dans la construction d'une thématique de recherche personnelle. Elle permet au jeune chercheur de faire l'expérience d'une autre culture, de faire ses preuves dans ce nouvel environnement et de nouer des collaborations qui continueront à enrichir sa démarche à son retour.

S'il n'existe pas de règle absolue sur le moment le plus adéquat pour la réalisation du post-doctorat, de nombreux praticiens décident de s'arrêter dans les suites de leur clinicat. En effet, un post-doctorat réalisé immédiatement dans les suites d'un doctorat engendrerait une interruption du cursus médical pendant au moins 4 ou 5 ans, ce qui semble tout à fait délétère en terme de formation médicale. Le plus souvent les médecins intercalent donc une activité clinique (leur clinicat par exemple) entre l'obtention de leur thèse de doctorat d'université et leur stage post-doctoral. Or de nombreuses bourses post-doctorales imposent une continuité entre thèse et post-doctorat, ou un délai entre les deux de moins de 2 ans. Cette règle qui semble légitime dans les cursus non médicaux n'a pas de sens pour le jeune praticien qui cherche à se former à la fois en recherche et en clinique. Afin de faciliter le parcours des futurs hospitalo-universitaires, il est donc indispensable d'encourager l'abandon de cette règle de continuité pour les étudiants issus d'un cursus médical.

La Lecture Critique d'Article (LCA)

Les progrès majeurs en médecine et le développement de la recherche dans le monde médical ont conduit à la multiplication des journaux scientifiques et par conséquent à une quantité considérable et croissante d'informations mises à la disposition des médecins. Ce constat justifiait l'intégration très tôt dans la formation médicale d'un apprentissage à l'autoformation par une lecture appropriée de la littérature scientifique. Loin de proposer des recettes de cuisine, cet apprentissage s'apparente à une philosophie et à un exercice intellectuel auquel l'esprit du jeune médecin doit s'exercer tôt et s'entraîner avant de fonctionner de façon autonome. Ce faisant, compte tenu de l'examen concurrentiel qui sanctionne la 6^{ème} année de médecine, la mise en place d'un nouvel enseignement ne pouvait se faire efficacement auprès des étudiants que si cette formation était également sanctionnée par l'ECN.

Voté en 2007¹⁵, l'épreuve de LCA a été introduite à l'ECN de 2009 avec un impact progressif sur la note finale de l'examen. Ainsi, ce que tout praticien finissait par pratiquer spontanément dans sa formation continue au quotidien, de façon plus ou moins efficace, se trouve formalisé dans un enseignement dès le deuxième cycle des études médicales. En outre, l'inscription au programme de cet enseignement à la LCA a également permis d'offrir une certaine homogénéité en terme de nombre d'heures dédiées à cet enseignement au niveau national.

Les UFR ont peut-être connu des difficultés dans la mise en place de cet enseignement, et de leur côté les étudiants ont pu craindre que l'épreuve de LCA à l'ECN ne soit pas parfaitement adaptée aux modalités de correction de ce dernier. Mais au-delà de ces réserves, la mise en œuvre du module semble désormais homogène et l'intérêt de l'enseignement indiscutables. Il pourrait donc être mis en place plus précocelement dans les études de médecine pour introduire les étudiants à la formation à la recherche clinique, comme l'avait proposé Pierre-Louis Fagniez dans son rapport sur la LCA remis en avril 2007¹⁶ à Monsieur François Goulard, Ministre délégué à l'Enseignement et à la Recherche.

Recommandation : développer la LCA en amont de la préparation à l'ECN comme introduction à la formation à la recherche clinique.

La formation à la recherche clinique

La recherche clinique est le parent pauvre de la formation des étudiants en médecine à la recherche. Les quelques enseignements proposés dans les UFR de médecine restent souvent théoriques et de plus en plus axés, souvent à la demande des étudiants eux-mêmes, sur la formation à la nouvelle épreuve de LCA de l'ECN. Alors que la formation du Deuxième Cycle des Etudes de Médecine (DCEM) se concentre sur l'acquisition transversale du savoir médical, les problématiques de la recherche clinique restent donc au second plan. En pratique, la formation à la recherche clinique débute donc plus tardivement, dans la période de l'internat et du post-internat, à un moment où elle entre en compétition avec les exigences de formation à la recherche biologique sous la forme d'une deuxième année de master. Il s'agit d'acquérir les connaissances nécessaires à l'élaboration de ce type de recherche dans les domaines de l'épidémiologie, des biostatistiques, de l'économie de la santé mais également des sciences humaines et de l'éthique.

Actuellement, cette formation à la recherche est dispensée à trois différents niveaux :

- un enseignement de proximité, au sein des services cliniques et des laboratoires hospitaliers, dans la continuité du compagnonnage, et qui s'organise dans cette période d'internat et de post-internat. Cette formation est très dépendante des spécialités médicales, des parcours et investissements personnels ;
- un enseignement dans le cadre des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES), qui vient souvent rappeler le cadre de l'organisation de la recherche clinique au sein de la spécialité elle-même et, de ce fait, prend le risque de rester superficiel et anecdotique face à l'étendue des connaissances à acquérir par ailleurs ;

¹⁵ Article 39 de la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000824315>

¹⁶ <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000404/0000.pdf>

- un enseignement plus exhaustif dans le cadre des cursus LMD.

Il n'existe pas à ce jour de véritable école doctorale en recherche clinique. La formation dans ce domaine est pour l'essentiel assurée par des écoles de Santé publique et de Mathématiques appliquées, peu nombreuses. L'engagement des jeunes médecins dans ces filières est encore peu fréquent et probablement entravé par la dénomination « santé publique » d'une part, souvent résumée à tort comme une continuité du DES du même nom, et d'autre part par la crainte de s'engager sur la voie d'une science dure et éloignée des problématiques quotidiennes, les mathématiques.

Dans ce contexte, la question de la création d'une filière LMD en recherche clinique se pose naturellement. On y voit un effet incitatif à développer de nouveaux projets mais également l'opportunité de structurer ce type de recherche. Au-delà de la volonté institutionnelle de limiter la création de nouvelles filières LMD, l'écueil principal d'un tel projet serait de techniciser la recherche clinique en l'amputant de sa transversalité. Le risque serait ainsi de dissoudre les liens entre recherche clinique et recherche fondamentale, limitant l'exercice de la recherche clinique à l'étude de l'optimisation possible de stratégies thérapeutiques. Cette dernière est certes nécessaire, mais elle n'a pas le potentiel de l'innovation thérapeutique.

En revanche, la promotion de parcours de recherche clinique dans les écoles doctorales existantes ne connaîtrait pas les mêmes limites. L'incitation à la validation d'Unité d'Enseignement (UE) en recherche clinique est déjà en place dans certaines écoles doctorales. La généralisation de ce type de maquettes favoriserait l'émergence de compétences à l'interface recherche clinique/recherche fondamentale. Il faut donc inciter les écoles doctorales à organiser un enseignement de recherche clinique, et à promouvoir les projets de recherche clinique constitutifs d'un travail de thèse de doctorat d'université. Il faut d'emblée noter que le développement d'une thématique de recherche clinique dans le cadre d'un parcours hospitalo-universitaire n'est envisageable que si elle est ultérieurement valorisée et ne ferme pas les portes d'une telle carrière.

Recommandation : flécher des cursus de recherche clinique au sein des écoles doctorales existantes.

La place des sciences humaines et sociales dans la formation médicale

Définir la formation scientifique et l'exercice de la recherche pendant les études de médecine sans évoquer les sciences humaines et sociales reviendrait à se priver d'outils précieux.

Tout d'abord parce que les sciences humaines et sociales doivent occuper une place de choix dans la réflexion des futurs médecins, en les formant à des approches qui s'entrecroisent de plus en plus souvent avec l'exercice de la médecine. Qu'il s'agisse du droit, de la sociologie, de l'économie, de la psychologie ou encore de la philosophie, notamment au travers de l'épistémologie et de la réflexion éthique, c'est un champ de connaissance extrêmement riche qui peut nourrir les esprits.

Ensuite parce que la rigueur n'est pas l'apanage des sciences dures. La réflexion philosophique impose ainsi un cadre abstrait qui n'est pas sans rappeler celui des mathématiques, et dont la rigueur s'accorde d'ailleurs mal des approximations de la vulgarisation. Le droit requiert quant à lui un mode de pensée et d'argumentation qui sont

bien plus précis que la seule rhétorique. L'exercice du commentaire de jugement n'a ainsi rien à envier à la LCA scientifique.

Enfin on peut légitimement s'interroger sur les risques qu'il y aurait à faire des médecins de simples ingénieurs du corps humain, les privant d'une réflexion que l'exercice de la médecine exige et privant par là même les patients de garanties mais aussi de leviers thérapeutiques puissants (le seul effet placebo est à ce titre éloquent). On pourrait même en venir à reprocher à la mission de recherche d'hypothéquer par son poids l'humanisme que le médecin devrait cultiver, et que certains grands patrons incarnaient.

Il est donc nécessaire de permettre à tous les étudiants en médecine de fréquenter les sciences humaines et sociales, et à certains d'entre eux de construire leur démarche scientifique dans ce champ. Pour autant, ce n'est pas sans définir des critères de qualité. L'exigence doit même être à la hauteur du risque de dévoiement, imposant aux sciences humaines une rigueur plus importante encore. A ce titre, rappelons que le jugement des pairs est le garant de la qualité des travaux, et que ce jugement ne saurait être hexagonal. Les sciences humaines doivent donc elles aussi s'inscrire dans les standards de la littérature internationale, au travers notamment de leurs publications dans des revues internationales à comité de lecture. Le livre universitaire a également une place toute particulière, mais là aussi c'est la diffusion internationale qui en assure la promotion, au travers notamment des éditions d'universités prestigieuses. Trop souvent encore, la production française reste cantonnée à des cercles français de périmètre plus ou moins étendu, ou encore à des lettres à l'éditeur de revues internationales qui traduisent davantage une posture intellectuelle qu'un réel travail de fond.

Les médecins doivent anticiper la mutation que les sciences humaines connaissent. C'est la meilleure marque d'estime que l'on puisse apporter à ces dernières, et c'est la condition de leur épanouissement dans la formation médicale. C'est aussi un enjeu pour la formation des futurs hospitalo-universitaires : la démarche des sciences humaines doit enrichir leur futur métier d'enseignant. Au delà des savoirs et des savoir-faire qui structurent la mission de soin et la mission de recherche, la pédagogie doit être valorisée pour promouvoir la mission d'enseignement. Il s'agit ici de la pédagogie en tant que discipline, avec son histoire, ses codes et ses travaux de recherche. Cette discipline doit pouvoir se décliner en médecine, et être repérée et mise en valeur dans l'évaluation des hospitalo-universitaires. Notons ainsi que l'émergence des outils multimédias, que nous évoquerons plus loin dans ce rapport, requiert une réflexion spécifique et des travaux de recherche pour en définir les modalités d'utilisation et l'impact dans la formation médicale. Mais plus fondamentalement, les sciences humaines et sociales doivent permettre aux futurs hospitalo-universitaires de prendre la mesure de la diversité du fonctionnement de chacun, notamment concernant l'apprentissage. Faire preuve de pédagogie signifie enseigner un savoir ou une expérience par des méthodes adaptées à un individu ou un groupe d'individus. Il faut donc donner aux futurs hospitalo-universitaires les moyens de discerner les étudiants, d'adapter en conséquence leurs méthodes d'enseignement et par là même de cultiver une attention à la diversité et aux potentiels des étudiants.

Recommandation : développer la place des sciences humaines et sociales dans la formation médicale. Il s'agit d'un champ possible de recherche scientifique, qui doit s'inscrire dans les standards internationaux de toute recherche. Plus fondamentalement, les sciences humaines et sociales doivent enrichir la formation des futurs hospitalo-universitaires à la pédagogie.

II. Les statuts hospitalo-universitaires

Une fois réunies les conditions permettant une formation à la recherche de qualité chez les futurs hospitalo-universitaires se pose la question de ce que signifie et implique la conjonction des trois missions de soin, d'enseignement et de recherche des hospitalo-universitaires. Nous avons souligné en introduction le rôle clé des hospitalo-universitaires dans l'équilibre nécessaire entre Université et Hôpital. Plus précisément, les hospitalo-universitaires doivent assurer, du fait de leur double appartenance, le transfert de l'excellence universitaire vers les soins afin de mettre à disposition du plus grand nombre les traitements les plus innovants, administrés par des médecins dont les connaissances sont conformes à l'état de l'art. Cette ambition impose de considérer l'ensemble de la carrière hospitalo-universitaire dans son déroulement au travers des différents statuts hospitalo-universitaires qui la structurent, depuis le post-internat universitaire jusqu'au statut de Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH). C'est donc le métier d'hospitalo-universitaire, ses modalités et conditions d'épanouissement au bénéfice de la collectivité ainsi que son dynamisme dans le contexte de la compétition internationale qui guideront notre réflexion.

A. Le post-internat universitaire

Etat des lieux

Les effectifs

Le post-internat hospitalo-universitaire représente à l'heure actuelle 3600 Chefs de Clinique des universités - Assistants des hôpitaux (CCA) et Assistants Hospitaliers Universitaires (AHU), soit un peu plus que le post-internat hospitalier, qui est constitué par 3000 assistants des hôpitaux et 300 assistants à temps partagé entre les CH et les CHU. Il faut encore ajouter une zone grise constituée des postes utilisés le plus souvent pour des périodes intermédiaires, tels que les postes de praticiens contractuels, dont il est difficile d'évaluer le nombre. Le noyau dur des 7000 médecins CCA, AHU ou assistants représente une masse salariale de 520 millions d'euros et environ 14% de l'ensemble des personnels médicaux présents dans les établissements publics hospitaliers

La nouvelle donne : une augmentation massive du nombre d'étudiants en médecine

Il n'est pas utile de revenir sur les conditions ayant conduit à une réduction drastique du numerus clausus, ni sur les responsabilités des uns et des autres dans cette logique. Une politique malthusienne a longtemps prévalu, politique selon laquelle la réduction de l'offre de soins réduirait le coût de la santé. Le numerus clausus est ainsi passé de 8588 à son instauration en 1971 à un nadir de 3500 en 1992, prolongé au même niveau jusqu'en 2000. Une longue période de pénurie médicale s'annonce, et tous les acteurs devront composer avec.

Depuis quelques années le numerus clausus a été relevé, atteignant 7300 en 2008 et 7400 en 2009¹⁷. Si les effets sur la démographie médicale se feront attendre du fait de la longueur des études médicales, les effets sur la démographie des étudiants en médecine ont été vite évidents. Ainsi on estime le nombre d'étudiants en médecine (PCEM2 à DCEM4) à 17881 en 1998-1999 et 33000 en 2008-2009¹⁸. Quant aux Internes, il est plus difficile d'en connaître le nombre précis, mais on peut simplement considérer qu'il reflète le numerus clausus appliqué 5 ans avant, et donc qu'il a ou aura d'ici peu doublé par rapport à son minimum. Estimé entre 15576 et 17667 en 2006¹⁹, lors des premiers effets de l'ouverture du numerus clausus dans les années 2000, il serait de 21076 en 2010-2011 et l'effet d'accumulation (l'internat dure 3 à 5 ans, sans tenir compte des disponibilités) conduira à un effectif de 27824 en 2018-2019.

Avant même ses effets sur la démographie médicale, l'ouverture du numerus clausus a donc conduit au doublement du nombre d'étudiants en médecine et d'ici peu du nombre d'Internes. Dans ce contexte, la nature et le coût du post-internat deviennent des questions vives, engageant tout notamment la réflexion sur la nature du post-internat universitaire (CCA et AHU).

Entre Charybde et Scylla : massification ou suppression du post-internat hospitalo-universitaire

La première ornière serait de répondre à l'augmentation du nombre d'Internes par une augmentation proportionnelle du nombre de postes de post-internat universitaire. Cette option se défend en considérant que les tutelles doivent assumer les conséquences de la décision d'augmenter le numerus clausus. On ne saurait imaginer qu'elles n'aient pas ainsi pris en compte la capacité de formation des UFR de médecine, ou encore qu'elles n'aient pas augmenté le nombre de postes d'Internes en proportion : à cette aune, c'est leur responsabilité d'augmenter le nombre de postes de post-internat universitaire. Une telle massification de l'accès au post-internat universitaire rappellerait les travers de la massification de l'accès à l'Université dans les années 80. Elle a précipité une classe d'âge vers des filières que rien ne préparait à un tel afflux, en termes de débouchés professionnels notamment, au sein des Sciences Humaines et Sociales (SHS) par exemple. Elle a hypothéqué l'avenir de ces filières en imposant la nomination d'universitaires en nombre insuffisant pour leur permettre d'assurer à la fois leur mission d'enseignement et leur mission de recherche mais suffisamment conséquent pour peser négativement et durablement sur l'avenir de ces filières, notamment leur rayonnement international. On note que l'échec tient ici à l'absence de prise en compte des missions spécifiques des enseignants chercheurs. Une augmentation massive du nombre de postes de post-internat universitaire rencontrerait les mêmes effets pervers : l'absence de prise en compte des missions d'enseignement et de recherche en ne considérant que leur mission de soin (et encore, cette dernière n'étant considérée que comme le moyen d'accéder à une qualification professionnelle) permet de prédire l'échec d'une telle mesure.

La seconde ornière serait à l'inverse de supprimer le post-internat universitaire. L'objectif assumé par cette politique, telle que proposée par le récent rapport de l'IGAS sur le post-internat²⁰, est d'utiliser le financement des postes ainsi supprimés pour assurer la qualification de l'ensemble des Internes en médecine. En lieu et place d'une massification de l'accès au

¹⁷ Arrêté du 12 janvier 2009 fixant le nombre des étudiants de première année du PCEM
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020178112>

¹⁸ Rapport IGAS et estimation MESR

¹⁹ Rapport ONDPS 2006-2007 tome 2

²⁰ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS - 2006_2007 - tome2.pdf
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000383/0000.pdf>

post-internat universitaire, il s'agit donc d'un nivelingement général par le bas. Un tel manque d'ambition n'est pas sans rappeler la formation des *officiers de santé* du 19^{ème} siècle, profession dont le plus noble représentant dans la littérature fut probablement Monsieur Bovary. Il serait paradoxal de voir les tutelles faire de l'ouverture du numerus clausus un levier démographique et ne pas s'assurer que les moyens sont bien réunis pour garantir la qualité de la formation des étudiants ainsi acceptés dans le cursus médical. Il est probable qu'un aménagement de l'internat puisse rendre superflu un post-internat dans certains cas, dont il faut définir les contours. Il est certain que les fonctions d'assistants des hôpitaux, dont le nombre fait d'ores et déjà jeu égal avec le nombre de postes de post-internat, répondent dans la plupart des cas à la nécessité d'un exercice en post-internat pour la qualification professionnelle. Il est aussi possible que les missions de ces assistants des hôpitaux puissent évoluer et même être redéfinies face à l'afflux de jeunes médecins. Mais il n'est pas moins certain que les missions d'enseignement et de recherche, assurées par les CCA et AHU ne doivent pas pâtir des réformes envisagées.

Notons que dans les pays Anglo-saxons qui n'ont pas de statuts de post-internat universitaire équivalent au notre, les missions de soin et d'enseignements sont réalisées par des hospitalo-universitaires non titulaires, dont la dénomination de *academic underclass* en dit long sur les problèmes engendrés par l'absence de reconnaissance de ces statuts.

La mission d'enseignement

Au 1^{er} janvier 2009, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche recensait un peu plus de 3000 postes de CCA, contre 2800 en 1998, soit une progression de 7% sur les 10 dernières années. Le nombre de postes d'AHU était de 600 au 1^{er} janvier 2009, contre 660 en 1998, soit une baisse de 9% sur les 10 dernières années. Au total, le nombre total de CCA et AHU est aujourd'hui de 3600.

Pendant la même période, nous avons indiqué que le nombre d'étudiants en médecine (PCEM2 à DCEM4) est passé de 17881 en 1998-1999 à 33000 en 2008-2009²¹. On pourrait ajouter à ces effectifs celui des élèves infirmières dans le cadre de l'intégration du cursus infirmier dans le schéma LMD, conduisant mécaniquement à une augmentation massive de la charge d'enseignement. Quant aux Internes, leur nombre aura bientôt doublé. On peut également préciser que l'augmentation massive du nombre d'étudiants en médecine modifie la pédagogie médicale. Alors que les étudiants en médecine trouvaient dans les services hospitaliers l'essentiel de leur formation, au gré du compagnonnage, leur nombre impose désormais aux enseignants de venir vers eux plutôt que l'inverse. On redécouvre ainsi les conditions d'enseignement ayant prévalu avant la mise en place du numerus clausus, le chef de clinique d'urologie assurant un enseignement de sémiologie ostéo-articulaire à un groupe d'étudiants désormais sans blouse, et celui de psychiatrie transmettant les arcanes de l'auscultation pulmonaire. On constate donc que la charge d'enseignement a crû non seulement du fait de l'augmentation de nombre d'étudiants mais également du fait des aménagements qu'une telle augmentation a rendu nécessaires.

Sauf à considérer que les étudiants en médecine et Internes ne doivent faire l'objet d'aucun encadrement, il est évident que dans une telle configuration le nombre des hospitalo-universitaires, CCA et AHU, ne saurait être réduit.

²¹ Rapport IGAS et estimation MESR

La mission de recherche

Comme nous l'avons souligné, l'autonomie des universités d'une part et la redéfinition de l'université comme acteur pivot de la recherche d'autre part renforcent le poids de la mission de recherche dans la triple mission des hospitalo-universitaires. Dans ce contexte, il serait suicidaire pour les UFR de médecine de s'amputer de 40% de leurs effectifs, en supprimant le post-internat universitaire. Dans une étude²² menée récemment par l'Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants (ISNCCA) portant sur un tiers des effectifs de CCA et AHU en France, on note ainsi que 43,6% d'entre eux ont 1 à 4 articles indexés dans *PubMed*, le meilleur facteur d'impact (*impact factor*) en 1^{er} auteur étant en moyenne de 4,61. Par leur seule production scientifique, les CCA et AHU contribuent donc de façon importante au rayonnement de leurs universités.

Il faut aussi prendre en compte l'ensemble de la trajectoire hospitalo-universitaire : les postes de post-internat universitaire constituent le vivier dont sont issus les hospitalo-universitaires titulaires. Ainsi en 2010 on comptait 4111 PU-PH, 1635 Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH), 3830 CCA, AHU et Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU). Cette répartition est à mettre en lumière avec celle des sciences, comptant 7786 professeurs et 16779 maîtres de conférences ou du droit et des sciences économiques, comptant 2253 professeurs et 5133 maîtres de conférences²³. Il apparaît ainsi que le post-internat universitaire remplit en médecine la fonction que les postes de maîtres de conférences assurent dans les autres filières : assurer à terme le renouvellement des effectifs des professeurs. Diminuer le nombre de postes de post-internat universitaire priverait donc la filière hospitalo-universitaire des effectifs qui permettent son renouvellement, et transformerait d'ores et déjà cette dernière en une étrange armée dont les généraux seraient plus nombreux que les simples soldats.

Notons enfin que des propositions alternatives telles que celle formulée par le rapport IGAS ne répondent en rien aux problématiques que nous avons rappelées pour la fonction de CCA et AHU. En transformant le post-internat universitaire en une fonction hospitalière assorti d'un contrat d'études doctorales, ces propositions font l'impasse sur la mission d'enseignement, quand celle-ci s'accroît au contraire brutalement. En considérant que la mission de recherche se résume à la formation doctorale, ces propositions négligent la production scientifique des actuels CCA et AHU et elles pénalisent les plus brillants d'entre eux qui auront déjà obtenu leur thèse de sciences. Enfin une telle réforme dissocierait les deux volets du statut hospitalo-universitaire, et il resterait à évaluer la profondeur d'un tel coup de canif au gré des complications que rencontrerait alors le corps hospitalo-universitaire.

Les solutions

L'enjeu démographique

Il découle de notre analyse que le nombre de postes de CCA et AHU ne saurait être diminué : il en va de la qualité de la formation des étudiants en médecine, du rayonnement de nos universités et du renouvellement des effectifs hospitalo-universitaires.

²² Données transmises par l'ISNCCA, publication de l'étude en cours.

²³ Note d'information mars 2011 DGRH MESR

Une meilleure structuration de l'internat, en l'organisant comme la succession d'un internat junior et d'un internat senior, permettrait de mieux définir l'acquisition progressive de compétences. On peut imaginer que ce parcours permette dans un certain nombre de cas de rendre superflu un post-internat.

Toutefois on peut se demander si l'augmentation du nombre d'Internes ne rendra pas plus difficile leur formation, par exemple en réduisant mécaniquement le nombre de leurs gardes, ou encore en saturant les blocs opératoires d'étudiants en médecine et d'Internes. De plus l'identité et les prérogatives d'un Interne senior par rapport à celles d'un Interne junior pourraient être difficiles à appréhender par les équipes soignantes, rendant cette structuration difficile.

Enfin la question de la prise de responsabilité et du caractère déterminant de celle-ci sur la formation se pose. La création d'un système de remplacement au sein des hôpitaux donnerait aux Internes l'accès à ces responsabilités (comme ils peuvent d'ores et déjà le faire en libéral, sous conditions). Ce système permettrait ainsi de définir le statut à l'hôpital des médecins thésés mais pas encore qualifiés, et donc ne pouvant s'inscrire au Conseil de l'Ordre que comme médecin remplaçant. Pour autant il n'est pas certain que ces opportunités de remplacement à l'hôpital soient en nombre suffisant pour répondre à l'enjeu, et par ailleurs il faut composer avec la répartition actuelle des responsabilités entre Internes d'un côté et seniors de l'autre, assistants hospitaliers ou CCA et AHU.

Il nous semble donc que la variable d'ajustement démographique est celle de l'assistanat des hôpitaux. Selon la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) gérée par la DREES, 3300 assistants des hôpitaux travaillaient au 31 décembre 2008, dans le secteur public, alors qu'ils étaient au nombre de 4500 en 1998. Il est nécessaire d'augmenter considérablement ce nombre pour garantir la formation des jeunes médecins. L'ouverture de postes d'assistants des hôpitaux dans les CHU va dans ce sens mais leur nombre doit être accru. Le financement de ces postes pourrait être obtenu en convertissant les postes de Praticiens Hospitaliers (PH) partant à la retraite en postes d'assistants, ou encore en postes d'assistants et d'Internes selon des règles comptables à déterminer. L'exercice de ces assistants pourrait être limité à un an, ou prolongé le cas échéant.

Recommandation : maintenir le nombre actuel de postes de CCA et AHU, condition nécessaire à la qualité de la formation des étudiants en médecine, au rayonnement des UFR de médecine et au renouvellement des effectifs hospitalo-universitaires.

Réaffirmer la vocation universitaire du post-internat universitaire

La difficulté accrue à accéder à un post-internat, universitaire ou non, devrait augmenter le niveau de recrutement des CCA et AHU. Dans le même temps, l'augmentation du nombre de postes d'assistants des hôpitaux, actuellement en nombre égal au nombre de postes de CCA et AHU, devrait conduire à une diminution de la proportion que représente le post-internat universitaire par rapport à l'ensemble du post-internat. Dans ce contexte, il faut garantir les missions universitaires des CCA et AHU. Comme nous l'avons vu, il en va de la qualité de l'enseignement, alors que le nombre d'étudiants en médecine a doublé et que le nombre d'Internes aura bientôt doublé, de la productivité scientifique de la filière hospitalo-universitaire, ainsi que du renouvellement de cette dernière.

Les modalités de sélection des candidats

La sélection des candidats à un post-internat universitaire doit associer l'Université. Dans la plupart des cas, la décision du chef de service ou du chef de pôle est désormais assortie au minimum d'une information du Doyen sur l'organisation et les missions du service au sein duquel exercera le candidat. Nous pensons que l'Université doit être davantage associée à la nomination d'un CCA ou AHU, en intervenant dans le choix du candidat. Un certain nombre de pré-requis doivent être satisfaits, à définir filière par filière, dont l'obtention préalable d'une deuxième année de master, valorisant une activité de recherche. Mais au-delà des pré-requis, c'est le projet hospitalo-universitaire qui doit être évalué, ce qui ne nécessite pas une procédure aussi lourde que celle mise en place pour le recrutement d'un titulaire mais implique tout de même que ce projet du candidat au sein d'une équipe soit spécifié.

La durée du clinicat peut se prolonger jusqu'à 4 années

D'une durée moyenne de 2,2 années actuellement²⁴, le post-internat universitaire dure un minimum de 2 ans et peut être prolongé de 2 fois 1 année. Il nous semble important de rappeler que cette prolongation est possible. Le post-internat universitaire constituant le vivier dont sont issus les hospitalo-universitaires titulaires et étant défini par les missions d'enseignement et de recherche, sa prolongation jusqu'à 4 ans peut être souhaitable. C'est sur une telle période qu'un projet hospitalo-universitaire peut mûrir et porter ses fruits.

Répartition des postes de CCA et AHU

Des fonctions effectives de 2 ans rendent difficiles une évaluation de la mission de recherche : une proportion importante des publications peut être en préparation ou soumise au moment de l'évaluation, rendant une évaluation purement bibliométrique peu fiable. Il faut donc évaluer le poste et non l'individu occupant ce poste, et cette évaluation du poste est rendu possible par la superposition de 2 mandats voire 3 de CCA ou AHU différents. Cette évaluation de la productivité des postes sur 4 à 6 ans permettrait de guider leur répartition : cette dernière se ferait en fonction de l'exercice effectif des missions d'enseignement et de recherche qu'a permis le poste.

Recommandation : impliquer l'Université dans l'évaluation de la rentabilité universitaire des postes de CCA et AHU, et lui donner la possibilité d'intervenir dans la sélection des candidats à des fonctions de CCA et AHU.

Les questions spécifiques au post-internat universitaire en médecine générale

La formation préalable à la recherche

Les spécificités des soins de premier recours doivent être reconnus pour permettre l'élaboration d'un projet de recherche par le futur Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale (CCU-MG). Dans cette perspective nous avons souligné la nécessité de

²⁴ Rapport IGAS sur le post-internat <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000383/0000.pdf>

mettre en place un cursus de recherche clinique au sein des écoles doctorales plutôt que de créer des écoles doctorales dédiées, et plus particulièrement l'importance d'identifier les spécificités des soins de premier recours dans cette dynamique. Rappelons à ce titre que ce qui est exigé des universitaires en médecine est l'obtention d'une thèse d'université, qui ne se dénomme donc pas, contrairement à certaines idées reçues, thèse de sciences : il s'agit donc d'une démarche beaucoup plus diversifiée que le serait l'obligation pour tous d'effectuer des recherches « à la paillasse ».

La gestion prospective des postes et des candidatures

Un léger flou dans la création de postes de chefs de clinique a pu contribuer à un moindre investissement des Internes en médecine générale dans un projet universitaire. Il est nécessaire que les universités définissent le plus clairement et le plus tôt possible leur modalité de gestion des postes de chefs de clinique, afin de permettre aux candidats de développer un projet universitaire dès leur internat. L'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentatives des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) se propose d'ores et déjà de mettre à disposition des Internes un calendrier de suivi des candidatures intégrant les déclarations de candidatures par les Internes, les décisions prises par les départements de médecine générale, et les décisions prises par les Doyens. En médecine générale davantage encore que dans les autres disciplines, l'université doit jouer un rôle-clé dans la procédure de recrutement des chefs de clinique, en mettant en place dès l'internat un dispositif permettant d'identifier les futurs candidats, de mettre en adéquation leur cursus d'Interne avec leur projet et de les guider dans leurs choix de recherche.

L'organisation de la part soin des chefs de clinique en médecine générale (CCU-MG)

Dans de nombreuses UFR encore, le chef de clinique doit assurer sa part soin auprès d'un membre du département de médecine générale. Il ne semble pas légitime de subordonner ainsi l'activité des chefs de clinique à celle de leurs seniors du département de médecine générale. Ce d'autant que le clinicat étant en médecine générale comme dans les autres disciplines destiné à constituer la porte d'entrée des métiers universitaires, les CCU devraient un jour être plus nombreux que leurs seniors.

En revanche il faut sécuriser la part soin dans le contexte du paiement à l'acte. Le clinicat oblige à exercer à mi-temps, ce qui constitue un frein au développement et à la fidélisation d'une patientèle. Il faut dans cette perspective restaurer les indemnités que l'URCAM avait mises en place pour les chefs de clinique, ou trouver d'autres sources de financements.

Le contact avec les étudiants en médecine, un enjeu pour l'attractivité de la médecine générale

Dans le contexte d'émergence d'une filière universitaire de médecine générale, il est nécessaire d'accorder à la mission de recherche une attention toute particulière. C'est un enjeu de crédibilité de la discipline par rapport aux autres disciplines, et c'est sur les plus jeunes avant même leur prise de fonction comme chef de clinique et plus encore pendant ces fonctions que cette attention doit porter. L'importance de l'effort à fournir pour la mission de recherche, dans un contexte moins bien défini à ce jour que dans les autres disciplines, auquel s'ajoute les enjeux du développement d'une patientèle à titre personnel rendent difficile l'investissement dans la mission d'enseignement. Ce constat n'est en rien problématique, et il

faut que les universités comme les départements universitaires de médecine générale sachent faire ce constat et en tirer les conclusions, par exemple en protégeant les chefs de clinique d'une charge d'enseignement excessive. Pour autant, l'interaction avec les chefs de clinique est pour les étudiants en médecine comme pour les Internes un enjeu pour l'attractivité de la filière universitaire. Dans cette optique, il faut donc à la fois savoir décharger les chefs de clinique de certains cours et dans le même temps faciliter leurs contacts avec les étudiants et Internes, notamment en leur accordant une dérogation au principe des trois années d'exercice requises pour devenir maître de stage (durée de trois années qui pourrait également être réduite à une année pour l'ensemble des médecins généralistes afin d'augmenter le nombre de maîtres de stage).

B. La mise en place de postes faisant la jonction entre clinicat et poste de professeur titulaire

Etat des lieux

A l'heure actuelle, deux modalités universitaires permettent de faire la jonction entre le clinicat et un poste de professeur titulaire (PU-PH) : les fonctions de PHU et celles de MCU-PH.

En 2010 on comptait 4111 PU-PH, 1635 MCU-PH, 3830 CCA, AHU et PHU, dont 200 AHU. Comme nous l'avons dit, cette répartition est à mettre en lumière avec celle des sciences, comptant 7786 professeurs et 16779 maîtres de conférences ou du droit et des sciences économiques, comptant 2253 professeurs et 5133 maîtres de conférences²⁵. Ce constat nous a amené à souligner le rôle clé du clinicat en tant que vivier pour la carrière hospitalo-universitaire. Le clinicat sauve ainsi le corps hospitalo-universitaire de la tentation de constituer une armée dont les généraux seraient plus nombreux que les simples soldats. Mais on peut considérer que ce raisonnement doit s'appliquer également aux corps intermédiaires : une bonne gouvernance impliquerait que le corps hospitalo-universitaire soit constitué comme une pyramide dont la base serait les CCA et AHU et les étages supérieurs les PU-PH, le niveau intermédiaire représentant donc un effectif supérieur à celui des PU-PH. A l'heure actuelle, les MCU-PH et PHU représentent pourtant moins de la moitié des effectifs de PU-PH.

A ce travers structurel s'ajoutent deux autres défauts.

Tout d'abord les postes de PHU et le plus souvent de MCU-PH donnés aux anciens CCA et AHU le sont le plus souvent au prix du poste de CCA ou AHU préalablement occupé. La logique institutionnelle voudrait au contraire qu'ils soient constitués par le démembrement temporaire des postes de PU-PH auxquels les jeunes hospitalo-universitaires aspirent. De fait, le système actuel dans lequel le nouveau poste consomme le précédent plutôt que le suivant va à contre-courant du nécessaire renouvellement des générations. De plus, il met les jeunes hospitalo-universitaires sur lesquels l'Université prétend pourtant miser dans une position très inconfortable : leur promotion peut certes améliorer leur rémunération, mais ils occupent les mêmes fonctions que dans leur poste précédent puisque ce dernier a disparu et que les obligations de soin et d'enseignement n'ont pas changé (ou plutôt augmentent). Sauf à appartenir à une très grande équipe hospitalo-universitaire, permettant de redessiner les

²⁵ Note d'information mars 2011 DGRH MESR

fonctions de chacun grâce à des effectifs suffisants, le système actuel bride donc la productivité des jeunes hospitalo-universitaires. Ce premier défaut s'applique tout particulièrement aux postes de PHU qui sont conçus comme directement liés aux postes de CCA et AHU, notamment par la règle définissant la durée totale des fonctions de CCA ou AHU et de PHU à 8 ans.

Ensuite l'utilisation des postes de PHU et de MCU-PH ne peut se faire indépendamment de leur identité acquise. Les postes de PHU sont ainsi des hybrides entre poste hospitalier et poste universitaire dont l'identité reste problématique et dont l'usage est d'ailleurs relativement confidentiel (200 postes sur l'ensemble du territoire). Les postes de MCU-PH sont quant à eux victimes de leur sociologie. Si les Doyens entendent en faire un poste d'attente avant de devenir PU-PH, il s'agit pourtant d'un poste titulaire, dont rien n'interdit donc une prolongation *sine die*. La réalité contredit d'ailleurs cette utilisation comme poste temporaire, puisque la moyenne d'âge des MCU-PH est selon l'enquête menée par le CNU santé en 2007 de 46 ans, avec un corps constitué de 23% seulement de MCU-PH deuxième classe, 59% de première classe, et 18% de classe exceptionnelle (soit davantage que la proportion de PU-PH de classe exceptionnelle, qui est de 10%). On pourra certes considérer que cette sociologie change ces dernières années, avec la nomination de jeunes MCU-PH n'exerçant ces fonctions que pendant une durée limitée. Mais il n'en demeure pas moins qu'utiliser un statut de titulaire comme poste transitoire a quelque chose de paradoxal. En pratique notre constat sur le faible nombre de poste de MCU-PH (moins de la moitié des postes de PU-PH) signe leur absence d'attractivité : malgré la volonté de certains Doyens, cette démographie démontre que ces postes sont impropre à constituer le corps intermédiaire que la structuration du corps hospitalo-universitaire requiert.

La question de la titularisation

A cette réalité démographique s'ajoute une crainte partagée partout dans le monde : la titularisation des universitaires diminuerait leur productivité. Il est ainsi communément admis que la productivité des universitaires, notamment pour la mission de recherche, est maximale pendant 15 à 20 ans. Par conséquent, la pyramide renversée que constitue à l'heure actuelle le corps hospitalo-universitaire donne toute liberté à un corps, celui des PU-PH, dont une partie au moins n'est plus considérée comme particulièrement productive pour l'Université. Reformer la structure du corps hospitalo-universitaire selon l'architecture que recommanderait n'importe quel consultant en organisation (la réduction des effectifs au gré des promotions aboutissant à une concentration progressive des effectifs) est donc une nécessité. Ce qui signifie qu'un corps intermédiaire doit être constitué pour faire la jonction entre le post-internat universitaire et les postes de PU-PH.

La titularisation pose également une autre question, celle des moyens alloués aux universitaires ainsi nommés. Il apparaît en effet que la titularisation engendre un coût cumulé majeur pour l'Université puisque ce coût doit être considéré sur l'ensemble des annuités de fonction jusqu'à la retraite. Ce coût est à mettre en rapport avec le risque pris : à l'heure actuelle la titularisation est un pari sur l'avenir, dont les tenants et les aboutissants sont difficile à évaluer, et qui ne permet aucune, ou presque, correction de trajectoire une fois lancée. Charles Dennet²⁶ rappelle ainsi la façon dont les universités nord-américaines décrivent les processus de titularisation, suivant une métaphore proposée par le

²⁶ *Consciousness explained*, 1992

neurophysiologiste Rodolfo Llinas : il serait similaire à la trajectoire de vie de l'ascidie. Cet invertébré dispose d'un système nerveux rudimentaire lui permettant d'aller de rocher en rocher, ou d'évoluer dans un massif de corail de façon à choisir le meilleur écosystème. Lorsqu'elle le trouve, l'ascidie y prend racine et n'a plus alors besoin de son cerveau : c'est pourquoi elle le mange !

Cette métaphore est bien sûr caricaturale, et sa vocation principale est d'alimenter les plaisanteries de la *High Table* des réfectoires universitaires (la table réservée précisément aux universitaires). Mais elle souligne bien une crainte : l'évolution défavorable du titulaire.

On pourra considérer que c'est le rôle de l'évaluation lors du recrutement que de réduire ce risque. Mais quelle que soit la qualité de celle-ci, elle ne peut être parfaite, et elle ne supprime pas une réalité intangible : les êtres humains évoluent, pour le meilleur et pour le pire. Par conséquent la titularisation représente à la fois un coût majeur et un risque élevé, et elle fait alors les frais de l'aversion au risque caractérisant tout agent sur le marché : l'Université devient frileuse et rate des opportunités pourtant décisives. Le corps intermédiaire qu'il faut constituer ne doit donc pas être un corps de titulaires. C'est sous cette condition que l'Université (et l'Hôpital) se montreront capables d'investir dans les hospitalo-universitaires ainsi nommés pour une durée déterminée. Plutôt que de considérer qu'une rente à vie (pour un titulaire) est déjà trop coûteuse, l'Université et l'Hôpital pourront ainsi mettre à disposition des hospitalo-universitaires les moyens nécessaires pour les rendre productifs.

Pour autant, il faut se garder de faire de cette règle générale une règle absolue. Nombreux sont ainsi les exemples qui démontrent *a contrario* les bénéfices d'une titularisation précoce. Certains individus ont en effet une productivité précoce et une diversité d'investissements qui offre quelques garanties pour leur évolution future. Les critères d'évaluation principaux seraient la qualité de leur production et surtout l'enthousiasme qui anime ces individus dans leurs activités. L'enjeu est en effet de s'assurer, dans la mesure du possible, que ces travaux n'ont pas été effectués uniquement pour satisfaire aux exigences de la nomination mais avant tout du fait d'une dynamique interne positive. Nommer préocurement ces individus sur un poste titulaire, c'est leur offrir la stabilité qui leur permettra de mettre à profit de la communauté leur dynamisme, et de rivaliser avec les moyens que les universités étrangères peuvent mettre à disposition de ces individus à défaut d'un poste titulaire.

On peut donc convenir qu'il est nécessaire de construire une catégorie de personnels hospitalo-universitaires non titulaires faisant la jonction entre post-internat universitaire et fonctions de PU-PH. Cette voie devrait constituer la voie majoritaire de recrutement des titulaires (PU-PH) mais elle n'interdit pas pour autant d'autres cursus pour quelques individus bien identifiés dans l'objectif de promouvoir l'excellence.

Le modèle de la *tenure track*

Ce terme se réfère à un système adopté dans de nombreuses universités au Canada et aux USA. Il s'agit d'un règlement intérieur offrant certaines garanties aux jeunes universitaires concernant leur future promotion sur un poste de professeur. Cette promotion est bien sûr soumise à des pré-requis en termes de publications, d'enseignement ou de charge administrative. De tels systèmes (« Recommended Institutional Regulations on Academic Freedom and Tenure ») ne permettent la réalisation de ces pré-requis que sur une période de temps limitée : la durée des emplois universitaires entrant dans le cadre de cette *tenure track* (*assistant professor* par exemple) est limitée. Il s'agit donc d'un contrat entre l'université et le

jeune universitaire lui donnant le statut et les moyens de réaliser ces pré-requis. A côté de ce système de *tenure track*, il existe des statuts universitaires sans engagement contractuel comme ceux de *lecturer* ou *research professor*, mais ces positions n'ont pas les aspects protecteurs de la *tenure track* et sont appelés *off the tenure track*.

L'avantage de la *tenure track* est de garantir l'indépendance des jeunes universitaires dans leurs activités de recherche et d'enseignement en leur offrant des moyens spécifiques. La *tenure track* doit ainsi les protéger lorsque leurs activités les mettent en conflit d'intérêt ou d'opinion avec une tutelle (personne physique ou institution) ou avec des idées bien implantées dans l'opinion. Ainsi l'objectif est de favoriser l'émergence d'idées originales, en offrant l'autonomie requise pour définir la problématique et trouver de nouvelles pistes de recherche si nécessaire.

Les enjeux de la *tenure track* pour les universités sont de deux ordres. Il s'agit tout d'abord d'un enjeu économique. L'attractivité du système pour les jeunes universitaires (indépendance et projet de titularisation) est évidente, et permet à l'université de conserver ou d'attirer ainsi des talents qu'elle n'aurait pu garder sans payer des salaires importants ou prendre d'autres mesures d'attractivité beaucoup plus onéreuses. Il s'agit ensuite d'un enjeu d'excellence pour l'université, poussé à l'extrême. Le jeune universitaire a un objectif d'excellence à atteindre pour être nommé sur un poste titulaire. Dans le cas inverse, si le candidat ne répond pas aux espérances initialement suscitées, cette période d'essai ne débouche sur aucun poste. La période de *tenure track* est donc mise à profit pour s'assurer de la qualité du jeune universitaire, tout en lui donnant les moyens d'en faire la preuve. Ces moyens sont définis de façon contractuelle entre l'université et le candidat, et peuvent donc faire l'objet de différences importantes selon les universités, les départements universitaires concernés et la qualité des candidats.

Principes pour la création de nouveaux statuts de jonction

Dans l'objectif de définir de nouveaux statuts permettant la jonction entre post-internat universitaire et statut de PU-PH, nous pouvons dégager plusieurs principes de l'exposé précédent :

- la constitution d'effectifs hospitalo-universitaires équilibrés : le nombre de postes devrait être inférieur au nombre de postes de CCA et AHU et supérieur au nombre de postes de PU-PH,
- une création à moyens constants : ces postes seraient constitués à partir de postes de PU-PH ou de MCU-PH, mais ne devraient pas consommer les postes de CCA ou AHU préalablement occupés par les candidats,
- des postes attribués pour une durée déterminée : il devrait s'agir de postes de personnels non titulaires, c'est-à-dire offerts pour une période définie,
- la définition préalable d'un contrat tripartite : ces postes devraient faire l'objet d'un contrat tripartite entre l'Université, l'Hôpital et le candidat, déterminant les moyens alloués et les objectifs à atteindre.

Un nouveau statut hospitalo-universitaire non titulaire : Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH)

L'objectif est de constituer un statut intermédiaire entre celui de CCA/AHU et celui de PU-PH, les statuts de PHU et de MCU-PH n'étant pas satisfaisants à cette fin. En raison de cette vocation même, ce nouveau corps qui constituerait à terme la principale voie d'accès aux postes de PU-PH serait lui constitué de non titulaires, avec une nomination pour une période n'excédant pas 5 ans, non renouvelable. Les personnels non titulaires membres de ce corps pourraient être nommés « Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH) ».

Modalités statutaires

Le cadre juridique général relatif aux personnels hospitalo-universitaires s'articule autour de six statuts distincts :

- Hospitalo-universitaires (H&U) de médecine et de pharmacie²⁷
- Hospitalo-universitaires (H&U) d'odontologie²⁸
- Universitaires de médecine générale²⁹
- Enseignants-chercheurs de Pharmacie³⁰
- Associés de médecine et d'odontologie³¹
- Associés de pharmacie³².

En terme purement statutaire, ce statut intermédiaire devrait logiquement se trouver défini au sein même du décret statutaire régissant les corps hospitalo-universitaires, à savoir le décret 84-135 du 24 février 1984, et s'insérer en son article 1^{er}. Il pourrait par exemple faire l'objet d'un nouveau point 2[°] de cet article 1^{er} du décret, après la définition des agents titulaires au point 1[°], mais avant les actuels points 2[°] et 3[°] (instaurant respectivement les corps de PHU et de CCA et AHU).

²⁷ Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006064374>

²⁸ 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 CHU
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006075316>

²⁹ Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019267080>

³⁰ Décret n° 84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006064492>

³¹ Décret n° 91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des CHU dans les disciplines médicales et odontologiques <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078079>

³² Décret n° 85-733 du 17 juillet 1985 relatif aux maîtres de conférences et professeurs des universités associés ou invités <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065083>

Ce nouveau statut ne dérogerait pas ainsi au régime statutaire des personnels enseignants hospitalo-universitaires qui trouve sa base légale dans les dispositions de l'ordonnance du 30 décembre 1958³³ et est différent de celui des personnels enseignants de statut universitaire³⁴. Ce régime repose sur le principe du recrutement commun à la double fonction hospitalière et universitaire et de l'exercice conjoint des fonctions universitaires d'enseignement et de recherche et des fonctions hospitalières³⁵.

La procédure de nomination serait similaire à celle des autres corps hospitalo-universitaires, à partir d'avis de vacances publiés au Journal Officiel. La nomination de ces Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH) relèverait ainsi d'un décret du Président de la République. Comme pour le corps des PU-PH dont il a vocation à constituer la voie d'accès, il semble raisonnable de supposer que le Conseil d'Etat serait compétent pour connaître en premier et en dernier ressort des litiges éventuels relatifs à la situation universitaire des membres du corps, comme de ceux relatifs à leur situation vis-à-vis du service public hospitalier. Toujours dans le souci de respecter le parallélisme des formes avec le corps dont il a vocation à être la voie d'accès, le recrutement devrait respecter les mêmes formes avec en particulier, un passage devant le CNU pour la nomination.

La définition préalable d'un contrat tripartite entre l'Université, l'Hôpital et le candidat

L'objectif de ce corps intermédiaire est notamment de permettre à l'Université et l'Hôpital de prendre la mesure des qualités du candidat à un poste de PU-PH. Cette perspective n'est rendue possible que si le candidat dispose des moyens lui permettant de développer son activité de soin, d'enseignement et de recherche. Comme nous l'avons vu, l'Université comme l'Hôpital seront d'autant plus enclins à accorder ces moyens qu'il s'agit d'une période limitée à 5 ans, et non d'un engagement sur 30 ans.

Il est par conséquent indispensable que soient précisés par contrat les objectifs du candidat et les moyens financiers, matériels ou humains mis à disposition pour les atteindre.

Du côté universitaire, il pourrait s'agir d'allocations doctorales, du financement d'un post-doctorat, de moyens de recherche ou encore de l'attribution d'un poste de CCA ou AHU travaillant aux côtés du Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH). Dans le cadre de leur autonomie, les universités ont la possibilité d'utiliser leurs moyens pour un tel contrat. Il pourrait également s'agir d'une décharge partielle des obligations d'enseignement, comme celles que le *Wellcome Trust* permet en Grande Bretagne. Le modèle général serait celui du rachat de certaines fonctions (d'enseignement ou de soin) par des financements de recherche. Ce modèle est déjà décliné en France sous la forme des contrats d'interface Inserm : l'Inserm finance via l'hôpital un poste de médecin qui vient compenser le temps médical réduit du fait de l'engagement du bénéficiaire d'un tel contrat dans une activité de recherche accrue.

³³ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des CHU

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886688>

³⁴ CE, 19 avril 1985, FNSAES

<http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=64128&fonds=DCE&item=1>

³⁵ CE, 16 octobre 1987

<http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=76168&fonds=DCE&item=1>

Du côté hospitalier, il pourrait s'agir de l'encouragement à mettre en place une Unité Fonctionnelle (UF) dont le Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH) serait responsable, avec les moyens médicaux (postes d'Internes notamment) et paramédicaux requis. Il pourrait également s'agir d'une décharge partielle des obligations de soin, permettant le développement d'une thématique de recherche jugée prometteuse par l'hôpital. Certaines structures hospitalières telles que l'Institut Curie ont ainsi mis en place des procédures similaires aux contrats d'interface des EPST. Il est d'ailleurs souhaitable qu'une fraction des MERRI soit réservée au financement des contrats encadrant l'activité des Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH) suivant des règles budgétaires à déterminer ultérieurement. Il s'agirait d'allouer une partie des moyens issus des MERRI à ces contrats, suivant le modèle général de l'appel d'offres interne que nous évoquerons plus loin concernant le financement de la recherche dans les hôpitaux.

Enfin, on peut imaginer que des financements recherche non universitaires et non hospitaliers soient fléchés vers ces contrats. Ainsi les EPST pourraient y participer au travers des contrats d'interface que nous avons déjà évoqués. Les postes de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH) pourraient dans certains cas être associés à des chaires d'excellence attribuées aux mêmes candidats, en suivant à cette fin l'ensemble du processus mis en place par les EPST pour ce type de recrutement. Il serait de même souhaitable que l'ANR mette en place un financement dédié à ces postes, pour en encourager l'excellence et promouvoir la valence recherche.

Les exemples peuvent être multipliés, mais la logique doit rester la même : donner au candidat les moyens de développer un dossier hospitalo-universitaire de grande qualité. La création des postes de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH) se ferait à partir de postes de PU-PH (ou de MCU-PH) de façon réversible dans le cadre de la révision des effectifs, en termes de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et donc en fonction des projets définis par les établissements.

Recommandation : créer un nouveau corps intermédiaire hospitalo-universitaire non titulaire, les Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH) à partir de postes de PU-PH (ou de MCU-PH) et faisant l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens tripartite entre l'Université, l'Hôpital et le candidat.

La promotion d'un statut universitaire mis à disposition des universités autonomes : le statut de professeur invité

Parallèlement aux statuts hospitalo-universitaires, il nous semble nécessaire de mettre à disposition des acteurs autonomes que sont les universités un statut de professeur leur permettant de promouvoir rapidement des individus dans le cadre de projets locaux. Au cours de nos auditions, il est ainsi apparu que la création des Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU) nécessitait de définir un statut de ce type. Nous avons considéré qu'un statut réformé de professeur invité permettrait dans cette perspective d'offrir aux établissements un nouveau levier de développement dynamique dans le cadre de la loi LRU.

Principe général

Ce statut³⁶ existe aujourd’hui mais est méconnu et peu (ou pas) utilisé. Si la fonction est aujourd’hui limitée à 6 mois à plein temps ou 1 an à temps partiel, elle pourrait être étendue à la fois temporellement et dans son périmètre de recrutement. Elle aurait vocation à permettre le recrutement par l’établissement, sur sa décision autonome et son budget propre, d’une personnalité qualifiée en tant que professeur invité pour une mission particulière de recherche ou d’enseignement. Les professeurs invités pourraient ainsi occuper des chaires financées par des industriels, comme c’est fréquemment le cas dans les universités anglo-saxones. Notons que ce système d’*endowment* représente d’ores et déjà 5% des effectifs en Suisse. Ces professeurs invités n’auraient pas vocation à intégrer les corps de titulaires.

La différentiation avec l’association (au sens des Professeurs Associés, PA) serait ainsi claire dans ses deux dimensions cités en supra, l’association gardant sa vocation à recruter dans le cadre d’un apport global national (ou d’objectifs nationaux de santé publique en particulier) et sur emplois d’Etat.

Modalités statutaires

La mise en œuvre serait ici plus légère que dans le cadre de la création d’un nouveau corps, puisqu’il s’agirait de modifications non majeures de textes relativement simples. Il suffirait de modifier à la marge le décret déjà existant : décret 93-128 du 27 janvier 1993³⁶ relatif aux personnels invités dans les disciplines médicales et odontologique.

Le recrutement des professeurs invités se ferait indépendamment du support utilisé (qu’il soit sous plafond d’emploi d’état ou sous plafond libre) et serait de la compétence de l’établissement (périmètre large en terme d’établissement comme de mission enseignement/recherche/soin). Il constituerait un levier supplémentaire dans le cadre de la loi LRU, pour le développement de l’offre médicale de l’université et serait complémentaire de la nomination des Professeurs Associés (PA).

Dans un souci de parallélisme des formes et pour offrir un instrument de la meilleure portée possible, il serait sans doute souhaitable de calquer les nominations et renouvellements sur ceux applicables aux Professeurs Associés (PA) et d’abandonner la limite à 6 mois/1 an. La dualité temps plein - temps partiel pourrait par contre être conservée mais non réglementée strictement pour laisser la plus grande marge possible à l’établissement en fonction de ses besoins spécifiques. Ces postes ne donneraient pas lieu à la publication d’avis de vacances.

Recommandation : adapter le statut de professeur invité pour permettre aux universités autonomes son utilisation dans le cadre de projets locaux et avec les financements dont elles disposent.

³⁶ Décret n°93-128 du 27 janvier 1993 relatif aux personnels invités dans les disciplines médicales et odontologiques <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000530658>

Devenir du statut de PHU et de MCU-PH

Dans ce contexte rénové, avec la création d'un nouveau statut hospitalo-universitaire non titulaire faisant la jonction entre le post-internat universitaire et le statut de PU-PH, il convient de définir l'avenir des postes de PHU et de MCU-PH.

Comme nous l'avons vu, les postes de PHU ont l'inconvénient d'être consubstantiellement liés aux postes de CCA et AHU, les réduisant à une forme de revalorisation salariale des CCA et AHU : les CCA et AHU devenant PHU continuent les mêmes fonctions sur un statut très similaire. Nous considérons qu'il est préférable de prolonger, le cas échéant, les CCA et AHU sur leur poste (jusqu'à 4 ans), puis d'orienter certains d'entre eux vers les postes de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH). Le statut de PHU n'ayant donc pas d'utilité dans ce schéma, il convient de le supprimer. Rappelons qu'il s'agit d'un nombre de postes limités à 200 sur l'ensemble du territoire et stable depuis plusieurs années.

En revanche le statut de MCU-PH peut conserver une utilité pour certains candidats, en lieu et place d'un poste de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH). Il s'agit des candidats pour lesquels l'Université peut faire le pari raisonnable d'une rentabilité sur le long terme de la mission d'enseignement. Citons l'exemple d'un radiologue qui serait ainsi nommé en anatomie, discipline dont on peut garantir que, quelle que soit l'évolution des techniques, elle sera toujours enseignée aux étudiants en médecine. Pour autant, il n'est pas si fréquent que ce pari soit judicieux, et, même dans le cas où ça l'est, il est fort probable que les candidats préféreront accéder à un poste de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH). Le prestige de ce dernier statut, son adéquation avec les carrières académiques à l'étranger, et les moyens qui lui sont attribués au travers du contrat tripartite liant le candidat, l'Université et l'Hôpital auront sans aucun doute pour effet de réduire l'attractivité du statut de MCU-PH. Or celle-ci est déjà limitée face aux progrès du statut de PH. Nous pouvons donc prédire que le nombre de postes de MCU-PH se réduira progressivement, mais que ce statut conservera une utilité dans le paysage hospitalo-universitaire. Au titre de mesures de transition, il faudra envisager les modalités de promotion de certains des MCU-PH actuellement en fonction. Notons à ce titre qu'il n'est pas logique d'exiger des MCU-PH 10 ans d'ancienneté pour accéder par le concours de type 4 à un poste de PU-PH alors que les PH ne doivent justifier que de 7 ans voire 6 ans d'ancienneté (l'accès au 6^{ème} échelon) pour accéder par le concours de type 3 à un poste de PU-PH.

Il faut également évoquer la situation spécifique des postes de PH, très largement utilisés dans certains CHU en tant que postes d'attente avant la nomination sur un poste de PU-PH. Il faut souligner que cet état de fait est largement la conséquence de la titularisation massive des années 80, au cours de laquelle de nombreux CHU ont fait le pari de la suppression de postes non titulaires d'assistants et même de CCA et AHU pour créer des postes de PH. Il nous semble que l'utilisation de ces postes de PH pour des candidats à la carrière hospitalo-universitaire n'est pas adaptée pour plusieurs raisons. Premièrement parce qu'elle est susceptible de détourner du temps médical de sa fonction de soin : il n'est probablement pas légitime qu'un temps médical soit utilisé pour des missions d'enseignement et de recherche sans que le statut le définisse. Ensuite parce que cette première critique finit par peser sur les titulaires de ces postes. Les PH à vocation universitaire se trouvent ainsi dans la situation inconfortable de poursuivre leur recherche ou préparer leurs cours hors de leur temps de travail. On note également que le statut de PH présente les mêmes défauts que celui de MCU-PH du fait de sa pérennité : nous avons insisté sur la nécessité d'utiliser au contraire en tant que postes d'attentes des statuts non titulaires. Enfin l'utilisation des postes de PH tend à

favoriser une nomination tardive comme hospitalo-universitaire, ce qui pourrait être contre-productif aussi bien pour le candidat, risquant de s'épuiser en route faute de reconnaissance et de moyens, que pour l'Université, qui ne bénéficie pas des années les plus productives de hospitalo-universitaires ainsi nommés. Pour toutes ces raisons, il est préférable de ne pas encourager l'utilisation des postes de PH comme poste d'attente.

Notons enfin que ce rapport n'aborde volontairement pas la question de la retraite des hospitalo-universitaires, une mission conjointe de l'IGAS et de l'IGAENR étant en cours sur ce point. Nous nous contenterons donc de rappeler que l'utilisation actuelle des différents statuts et la mise en place de nouveaux statuts bénéficieraient de la simplification et de l'uniformisation des échelles (notamment l'alignement de l'échelle hospitalière entre les différents statuts) sur lesquelles repose le calcul de la retraite.

Recommandation : supprimer à terme le statut de PHU et maintenir le statut de MCU-PH, en diminuant progressivement leur nombre en faveur des postes de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH).

Les spécificités de la médecine générale

C'est peut-être en médecine générale que la question de l'inadéquation des effectifs universitaires avec la charge d'enseignement est la plus vive. En effet le nombre d'étudiants en 3^{ème} cycle de médecine générale a augmenté de manière massive : 2964 cette année, 2591 en 2008, 1637 en 2006, 1232 en 2004, soit une augmentation de 140% depuis la création du DES en 2004. De plus, du fait de la titularisation universitaire, de nouvelles tâches incombent aux enseignants : des interventions beaucoup plus importantes en 2^{ème} cycle, une participation accrue à la vie des UFR, l'impérieuse nécessité de la structuration de la mission recherche.

A ce jour, dans les 34 UFR françaises, 20 titulaires ont été nommés en tant que Professeurs des Universités de Médecine Générale (PU-MG) et Maîtres de Conférences des Universités de Médecine Générale (MCU-MG). Les titulaires et les Chefs de Clinique des Universités de Médecine Générale (CCU-MG) sont officiellement considérés comme des mono appartenants, leur activité de soin ne rentrant pas dans le cadre de la bi-appartenance statutaire des hospitalo-universitaires. Pour autant, leur exercice n'est pas celui de mono appartenants, puisque qu'ils ont une activité de soin, et que celle-ci est d'autant plus prégnante que le mode de rémunération à l'acte nécessite une activité effective, pérenne et importante. Il n'est pas question de renoncer à cette contrainte, qui définit l'identité même de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG), mais on peut se demander si des contractualisations nationales sous forme de forfaits, déclinées par les ARS, telles que nous les avons décrites pour les CCU-MG ne devraient pas être mises en place pour l'ensemble des enseignants de médecine générale pour sécuriser leur activité de soin.

A ces enseignants titulaires et CCU-MG s'ajoutent 160 enseignants associés, se répartissant entre Professeurs Associés (PA) et Maîtres de Conférences Associés (MCA) de médecine générale. Ces enseignants associés étant déjà en nombre insuffisant au regard de la demande d'enseignement, il est évident que la titularisation ne doit pas se faire en consommant leurs postes.

Enfin les maîtres de stage sont également en nombre insuffisants. Il convient donc de faciliter leur prise de fonction (qui pourrait se faire plus précocement après l'installation) et de

valoriser leur fonction. A cette fin ils pourraient être intégrés à la vie de l’UFR, sous un statut à définir, et représentés au conseil de gestion de l’UFR.

Concernant la problématique de la jonction entre post-internat universitaire (CCU-MG) et poste de titulaire (MCU-MG et PU-MG), les enseignants de médecine générale sont demandeurs de la création d’un statut équivalent à celui de PHU. Ce statut intermédiaire leur paraît d’autant plus nécessaire que celui de MCU-MG requérirait l’obtention préalable d’une thèse d’université (comme c’est le cas général pour tous les maîtres de conférences hors disciplines médicales, mais pas pour les MCU-PH), alors que la structuration débutante de la recherche en médecine générale rend probablement plus difficile cette étape que dans les autres disciplines.

Notons tout d’abord que l’obligation d’avoir obtenu une thèse d’université pour candidater à un poste de MCU-MG a été récemment levée.

Par ailleurs, les spécificités statutaires de la médecine générale sont à prendre en compte. Outre le fait que cette demande vient à contre-courant de nos propositions concernant le statut de PHU et plus généralement de l’utilisation très limitée à ce jour de ce statut dans les autres disciplines (200 postes sur l’ensemble du territoire national et pour l’ensemble des disciplines), il nous semble que la FUMG ne nécessite pas à l’heure actuelle la création d’un tel corps intermédiaire. En effet les effectifs actuels ne sont pas menacés par un déséquilibre au profit des professeurs des universités (PU-MG), le nombre de postes de titulaires étant à ce jour encore très limité. La pyramide universitaire en médecine générale n’a donc rien de bancal, mais elle nécessite d’être agrandie dans toutes ses dimensions. De plus, les statuts d’enseignants associés en médecine générale (MCA et PA) ont la plupart des caractéristiques que nous avons considérées comme requises pour un corps intermédiaire et servent déjà d’accès aux postes de titulaires. Enfin, ces postes de MCA et de PA pourraient être accompagnés de la définition d’un contrat d’objectifs et de moyens établi entre le candidat à une future titularisation et l’Université. Un tel contrat permettrait de donner aux jeunes universitaires en médecine générale identifiés comme prometteurs pour la discipline les moyens de construire leur cursus. Il est évident que la place de la recherche serait dans ces contrats tout à fait centrale, le développement d’une recherche de qualité et en lien direct avec l’identité de la médecine générale étant une priorité pour la FUMG. Il est possible que dans certains départements de médecine générale la différenciation des fonctions entre enseignants associés (au gré d’un tel contrat donnant à certains davantage de moyens et une lisibilité sur l’avenir) puisse susciter quelques crispations, ce d’autant que cette différenciation rendrait visible les disparités de cursus entre anciennes et nouvelles générations. C’est donc bien à l’Université, en partenariat étroit avec le département de médecine générale, de définir les priorités, et de construire une gestion prospective des carrières en appliquant la logique de la *tenure track* aux jeunes universitaires de médecine générale.

C. Le concept de triple mission

Les hospitalo-universitaires ont une triple mission de soin, d’enseignement et de recherche. Il est communément admis qu’une quatrième mission s’ajoute à ces trois missions fondatrices, et prend une importance croissante, la mission de management. Afin de rendre possible l’articulation de ces différentes missions, il convient avant tout de définir le contexte qui le permet.

L'expertise des CHU

Les CHU assument, outre les soins d'urgence et les soins courants, des soins complexes requérant une expertise et une technicité particulières. Cette singularité des hôpitaux universitaires facilite l'interpénétration des missions de soin, d'enseignement et de recherche. En effet, la définition d'une expertise spécifique permet de lier les trois missions, en dégageant leurs recoulements et synergies. La prise en charge répétée d'une pathologie bien définie et nécessitant une intervention précise permet le développement d'une compétence spécifique. Dans le même temps, cette compétence alimente un recrutement accru des patients relevant de cette expertise, nourrissant directement la recherche clinique et stimulant la réflexion théorique sur les modèles pouvant rendre compte de la pathologie considérée. Enfin, l'expertise peut être transmise aux étudiants, avec d'autant plus de pertinence que les enseignants seront experts, assurant la diffusion des connaissances et des compétences auprès des nouvelles générations.

Si ce cercle vertueux de l'expertise doit être souligné, il faut également en connaître les limites. Sous l'effet d'une vision trop centrée sur l'expertise, la qualité des soins pourrait être fragilisée par une prise en compte trop partielle de la réalité clinique, ignorant les comorbidités ou encore négligeant l'impact des soins de suite ou de la prise en charge sociale sur l'efficacité des soins réalisés. Quant à l'enseignement, on peut se demander si la compétence d'un jeune médecin est le fruit de l'addition de compétences spécifiques, ou s'il est nécessaire d'assurer une formation globale, passant par des soins apportés à des patients non sélectionnés pour une expertise donnée. La recherche semble en revanche toujours bénéficier d'une expertise accrue, tant et si bien que l'on pourrait soupçonner la mission de recherche de fragiliser les autres missions en les subordonnant à son exigence d'expertise.

Si l'expertise est souhaitable, il convient donc d'en définir les limites. Autrement dit, il est nécessaire de définir au préalable et dans chaque structure, le périmètre de cette expertise, de façon à ce que ses éventuelles limites n'hypothèquent pas son développement. Comme nous l'avons dit en introduction, il se peut que l'autonomie des universités et leur rôle clé dans la recherche amènent à distinguer entre elles des universités de recherche et des universités d'enseignement, ou en leur sein des secteurs de développement scientifique et des secteurs permettant la professionnalisation des étudiants. De telles disjonctions ne seront pas sans conséquence sur l'organisation de la triple mission des hospitalo-universitaires, mais elles ne la remettent pas fondamentalement en cause : elles la différencient selon les universités ou secteurs d'appartenance des hospitalo-universitaires.

La communauté hospitalo-universitaire porte la triple mission

Au-delà, ou en deçà de ces mouvements prévisibles de réorganisation des universités, un autre facteur est déterminant : il n'est pas raisonnable de penser qu'un individu peut assurer au même niveau d'excellence les trois, voire quatre, missions hospitalo-universitaires. Il convient au contraire de prendre la mesure des avantages comparatifs de chacun pour privilégier telle ou telle mission : c'est la communauté hospitalo-universitaire qui porte la triple mission et non un seul individu.

Si cette conclusion s'impose naturellement, il convient d'en mesurer les conséquences. Elle amène ainsi à définir l'échelle à laquelle s'organise la triple mission. Plus la collectivité assumant dans son ensemble la triple mission est importante, plus la probabilité de voir se dégager dans chacune des missions une compétence reconnue est élevée. C'est donc un mouvement de concentration des moyens qu'il faut encourager, plutôt qu'une dispersion condamnant quelques individus à assurer en s'épuisant l'ensemble des missions ou pire encore à délaisser définitivement une des missions. Mais cette réflexion à l'échelle d'une communauté conduit également à promouvoir une forme de mobilité des hospitalo-universitaires. Les hospitalo-universitaires doivent pouvoir, tout au long de leur carrière, se consacrer successivement à certaines missions plutôt qu'à d'autres. Il est souhaitable d'encourager une telle différenciation des fonctions tout au long de la carrière hospitalo-universitaire, pour des périodes plus ou moins circonscrites. Enfin, situer au niveau de la communauté la responsabilité de la triple mission détermine les modalités d'évaluation : c'est à l'échelle d'une collectivité que doivent être satisfaites les obligations liées à la triple mission et non à l'échelle individuelle. On peut même imaginer que les procédures d'évaluation de la collectivité et de l'individu respectivement diffèrent fondamentalement, la collectivité devant démontrer son efficience dans les trois missions alors que l'individu serait encouragé à concentrer ses efforts pour atteindre l'excellence.

A l'échelle individuelle, la triple mission n'impose ni une obligation de résultat, ni une obligation de moyens

Les considérations précédentes amènent à différencier l'engagement dans la triple mission entre les individus et au cours de la carrière d'un individu. Il en découle que l'individu ne devrait pas être soumis à une obligation de résultat dans les trois missions et que cette obligation doit être portée par une communauté ; et encore, seulement sous réserve des choix effectués par cette communauté dans le contexte de l'autonomie des universités.

Ces conclusions nous semblent largement partagées mais elles ont produit un effet pervers : elles ont amené les instances intervenant dans la nomination des jeunes hospitalo-universitaires à imposer à ces derniers une obligation de moyens (voire de résultat) pour chacune des trois missions. Leur raisonnement implicite est que le jeune hospitalo-universitaire n'est pas encore bien différencié au travers des trois missions, et que cette relative indifférenciation garantit d'une part son intégration dans la communauté et d'autre part son passage possible d'une mission prépondérante à l'autre au gré de sa carrière future (mobilité dans une autre structure ou mobilité interne, voire simple redéfinition des rôles dans une même équipe).

Cette stratégie a un coût trop important : elle impose aux jeunes hospitalo-universitaires de démontrer leur aptitude dans chacune des missions, avec un cahier des charges extensif. Par conséquent elle conduit à un profil très uniforme de jeune hospitalo-universitaire, dont l'uniformité bride potentiellement chacune des missions par le poids des autres. Plus précisément, elle prive la communauté hospitalo-universitaire de talents potentiels ou développés au profit d'une mission spécifique. Tel chirurgien qui pourrait développer une nouvelle activité clinique et en assurer l'enseignement, avec un dossier scientifique moins étayé, ne peut être nommé, de même que l'immunologue dont à l'inverse la mission de soin est moins facilement valorisable. Nous considérons que les exigences portant sur chacune des trois missions doivent être minimales, aussi bien dans l'évaluation faite par le conseil de l'UFR que par celle faite par le CNU. Plutôt que d'utiliser un cahier des charges qui menace

de devenir une liste à la Prévert, le recrutement d'un hospitalo-universitaire doit d'emblée considérer que ce n'est pas une somme de chacune des missions qui constitue le dossier du candidat mais un ensemble, à l'image du socle hospitalo-universitaire, qui se distingue par son excellence plutôt que par son niveau homogène dans chacune des grilles d'évaluation liées aux différentes missions.

D. Triple mission et qualification universitaire

Comme nous venons de le voir la mission des hospitalo-universitaires est triple : une activité de soin, une mission de formation, qui doit être adossée à une activité de recherche. Il s'agit de former les médecins et les auxiliaires médicaux au plus haut niveau possible mais aussi de restructurer le savoir en intégrant les résultats de la recherche. Le soin n'est pas dissociable de la mission de formation, il en est un élément essentiel.

L'exemple de la biologie médicale

Dans les CHU l'exercice de la biologie médicale est porté par plusieurs spécialités, telles que biochimie/biologie moléculaire, hématologie, ou encore microbiologie. Pourquoi cette spécialisation ? La nécessité d'un enseignement de haut niveau adossé à une recherche de qualité en est la principale raison. A l'échelle individuelle, cette spécialisation passe par la préparation d'une thèse d'université dans la spécialité. S'il est naturel que des jeunes médecins ou pharmaciens titulaires du DES de biologie médicale puissent faire le choix de la biologie spécialisée, il n'est pas moins naturel que des médecins cliniciens puissent le faire aussi. Ainsi un clinicien titulaire d'un DES de maladies infectieuses pourra être attiré par la microbiologie, un endocrinologue par la biochimie, un neurologue ou un cardiologue par la biologie cellulaire. Les exemples sont nombreux. Ces parcours variés enrichissent la discipline et permettent le maintien d'un continuum entre la biologie et la clinique aussi bien au niveau de la recherche que de l'enseignement. Il existe donc un mode d'exercice de la biologie médicale particulier au CHU : cet exercice est assuré par un ensemble de spécialistes qui agissent de concert alors que l'exercice de la biologie médicale hors du CHU est sous la responsabilité d'un responsable unique, un biologiste généraliste en quelque sorte.

Cet écart entre exercice en CHU dans le cadre de la triple mission et exercice de l'activité de soin hors CHU est particulièrement frappant en biologie mais peut exister dans d'autres spécialités. Pour tenter de résoudre les problèmes de qualification qui découlent de cet état de fait, deux solutions radicalement différentes sont en cours d'élaboration ou de mise en place :

- la diversification et la spécialisation de la formation dans le cas de la chirurgie, le DES de chirurgie générale étant remplacé par plusieurs DES de chirurgie spécialisée, chacun apportant des compétences compatibles avec un exercice en CHU ;
- l'affirmation que le DES de biologie médicale est le seul diplôme reconnu pour l'exercice de la biologie aussi bien en CHU qu'en dehors. Cette nouvelle réglementation qui découlerait de l'application de l'ordonnance dite Ballereau sur la

biologie médicale³⁷ altérerait profondément l'exercice de la biologie dans les CHU : impossibilité pour les médecins titulaires d'un DES clinique de s'orienter vers des carrières de biologie, difficulté pour recruter sur ces postes des scientifiques de haut niveau français ou étrangers notamment. Cette mesure risquerait d'altérer non seulement les missions de formation et de recherche en biologie mais aussi les activités de soin qui perdraient en qualité par le choix d'un dénominateur commun plutôt que de secteurs d'excellence. A ce jour la menace que constitue cette ordonnance a été repoussée, mais il est évident que des intérêts divers pourraient le remettre à l'ordre du jour.

Ce dernier exemple permet de prendre conscience de la nécessaire reconnaissance d'un métier spécifique, celui d'hospitalo-universitaire. Ce professionnel doit maîtriser des compétences qui sont celles des médecins spécialistes mais il doit aussi en maîtriser d'autres, spécifiques lui permettant d'assurer au mieux sa mission d'enseignement et de recherche. Il nous paraît essentiel que soit appliquée au métier d'hospitalo-universitaire la méthode de travail validée par la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI) qui consiste à élaborer le référentiel d'activités correspondant au métier puis sur la base de ce référentiel d'identifier les compétences nécessaires et enfin de construire le référentiel de formation. Cette démarche appliquée à la biologie montre très clairement qu'il existe deux métiers distincts, le biologiste médical non universitaire et le biologiste spécialisé de CHU. A ces deux métiers doivent correspondre deux référentiels de formation.

Les conséquences de cette démarche sont importantes pour le recrutement des hospitalo-universitaires, recrutement qui s'appuie sur la définition de pré-requis par chaque section et sous-section du CNU. Ces pré-requis, qui peuvent comporter des diplômes mais aussi des expériences professionnelles équivalentes, doivent concerner l'ensemble des trois missions. Leur évaluation par le CNU permet le cas échéant de recruter des personnalités scientifiques de très haut niveau mais ayant eu des parcours atypiques. Une évolution des pré-requis déterminant l'exercice d'une spécialité hors CHU ne doit donc pas s'appliquer automatiquement à l'exercice en CHU et donc au recrutement des hospitalo-universitaires.

Une autre piste pourrait faciliter le rapprochement des activités de soin, d'enseignement et de recherche : elle consiste à utiliser plus largement la mixité des disciplines. En effet, il est très important de faire vivre le continuum entre la recherche clinique et la recherche biologique expérimentale, et ce continuum sera d'autant plus solide que le nombre d'hospitalo-universitaires ayant acquis cette double expérience de recherche sera grand. La mixité des disciplines peut donc être un élément facilitant. Elle passe par l'identification de tâches de biologie spécialisée associées à des spécialités médicales ou chirurgicales et coordonnées avec les activités de biologie générale des CHU. De la même façon toutes les disciplines biologiques pourraient être mixtes.

Recommandation : exclure de l'obligation d'obtention du DES de biologie médicale introduite par l'ordonnance dite Ballereau sur la biologie médicale les biologistes spécialisés de CHU en tant qu'il s'agit d'un métier distinct de celui de biologiste médical non universitaire. Il conviendrait pour la biologie spécialisée en CHU d'introduire de nouveaux pré-requis de recrutement appliqués par le CNU en termes de qualifications professionnelles objectivement requises (diplôme et exercice professionnel équivalent) pour l'exercice de la triple mission.

³⁷ Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021683301>

Assouplissement des conditions de recrutement des PU-PH

Nous avons mis en évidence la pertinence de statuts de jonction entre le post-internat universitaire et le recrutement comme PU-PH. Pour autant, nous avons souligné qu'il était nécessaire de préserver des degrés de liberté dans la construction d'une carrière hospitalo-universitaire, pour permettre la sélection et la promotion des candidats les plus prometteurs. A cette fin, il est nécessaire d'introduire plus de souplesse encore dans le recrutement des PU-PH. En effet, le statut de PU-PH pouvant être rejoint par des voies différentes, il faut se garder de trop différencier ces voies dans les modalités de recrutement.

Ces voies, correspondant à différents types de concours existants, sont particulièrement variées aujourd'hui puisqu'il existe six types de concours différents pour l'accès à la qualité de PU-PH, auquel il convient d'ajouter la possibilité d'intégration directe après détachement pour les directeurs de recherche³⁸.

La principale voie d'accès correspond au concours le plus usité, à savoir le concours dit de « type 1 » qui s'adresse à des candidats différents en fonction de la nature de la discipline :

- Dans les disciplines biologiques et mixtes :
Les MCU-PH justifiant d'au moins deux ans de fonctions effectives en cette qualité, et titulaires de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) ou du doctorat d'Etat.
- Dans les disciplines cliniques et dans les disciplines mixtes figurant sur une liste fixée par arrêté :
Les CCA, les anciens CCA, les PHU, les anciens PHU et les MCU-PH, ayant au moins deux ans de fonctions effectives en l'une ou l'autre de ces qualités et titulaires de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) ou du doctorat d'Etat.
- Dans toutes les disciplines :
Les Professeurs Associés (PA) de nationalité française ou ressortissant de l'Union Européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace Economique Européen (EEE) ou de la Confédération suisse qui ont accompli en cette qualité au moins trois ans de services effectifs soit à temps plein, soit à temps partiel.

Les deux types de concours suivants sont complémentaires et s'adressent respectivement aux profils d'enseignant - chercheur ou chercheur d'une part et de PH d'autre part :

- Concours de type 2, réservé aux chercheurs, anciens chercheurs et aux enseignants - chercheurs des disciplines non médicales, ainsi qu'aux enseignants ou chercheurs ayant exercé leurs fonctions dans un établissement étranger d'enseignement supérieur ou de recherche.
- Concours de type 3, réservé aux PH classés au moins au 6^{ème} échelon de leur corps au 1^{er} janvier de l'année du concours et ayant exercé une activité enseignante universitaire.

³⁸ L'intérêt de cette mesure est de permettre aux directeurs de recherche de première classe concernés d'être directement classés lors de leur nomination à un échelon de la première classe dont l'indice est égal ou immédiatement supérieur à celui détenu dans leur corps d'origine

En raison de la complémentarité de ces deux types de concours, il existe une condition sur le nombre de postes total proposé à la somme de ces derniers qui ne doit pas dépasser le sixième des postes classés.

Le concours de type 4 est un concours ouvert aux MCU-PH comptant dix ans d'ancienneté en cette qualité et titulaires de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) ou du doctorat d'Etat.

Enfin, les deux derniers concours (types 5 et 6) sont des concours d'accès directs au grade de PU-PH de 1^{ère} classe et au grade de PU-PH de classe exceptionnelle ouverts à des personnalités scientifiques n'appartenant pas au système hospitalo-universitaire, ni à la fonction publique française et ayant respectivement exercé pendant 5 ans et 8 ans des fonctions soit de soin, soit d'enseignement, soit de recherche, notamment à l'étranger. Ces concours, ouverts dans les limites respectives de 5% et de 2% de l'ensemble des recrutements, ne peuvent concerner que des personnalités scientifiques de très haut niveau.

L'ensemble de ces voies d'accès permet d'accéder à la qualité de PU-PH à des titres différents, mais nécessite néanmoins quelques degrés de libertés supplémentaires. Le premier d'entre eux concerne le concours de type 1, concours le plus usité.

Distinction entre CCA et AHU

Les candidats doivent être titulaires au 1^{er} janvier de l'année du concours de l'un des diplômes ou titres exigé au concours de type 1. Ils doivent aussi posséder précisément les qualités exigées pour se présenter à ce dernier en fonction du type de discipline. Dans les disciplines cliniques, deux années de fonctions effectives en qualité de CCA, de PHU ou de MCU-PH sont exigées. Cette condition distingue les CCA des AHU, qui ne faisant pas partie des fonctions mentionnées, ne peuvent se présenter au concours. Si cette distinction est effective en ce qui concerne ces disciplines et les différences entre les postes de CCA et AHU en regards des affectations théoriques en termes de discipline, la réalité de la pratique est tout autre. De nombreux clinicien/post-internat comportant la réalisation d'activités cliniques, au sein de services cliniques, se traduisent en effet, pour des raisons de choix de postes déconnectés de la réalité de l'activité (pénurie de postes, pratique précédente, disponibilité et libération des supports...) par l'utilisation de postes d'AHU et non de CCA. Il s'agit donc de candidats qui auraient pu avoir la qualité de CCA au vu de la réalité de leur activité au sens du concours. Ces quelques profils sont directement pénalisés par des raisons extérieures au fond et ne peuvent, en l'état actuel de la réglementation, se présenter au concours de PU-PH à ce titre. Il convient donc de prendre en compte la réalité de leur exercice et de ne pas systématiquement appliquer la distinction CCA/AHU.

Recommandation : alléger la distinction CCA/AHU en ce qui concerne l'accès à la qualité de PU-PH pour les cas où des fonctions équivalentes au fond auraient permis au candidat d'acquérir la même qualification professionnelle.

Qualification universitaire au regard du droit communautaire

Cette question de la traduction de la qualification universitaire trouve aussi une portée plus générale dépassant largement le cadre de la distinction CCA/AHU, en particulier en ce qui concerne le droit communautaire et l'application de la libre circulation des travailleurs au sens du traité instituant la Communauté Européenne (traité CE).

Dans le contexte de compétition internationale évoquée en supra, la mise en perspective des statuts hospitalo-universitaires français, au-delà de la construction et de la valorisation des carrières académiques en médecine, doit aussi permettre des éventuels mouvements entrants que l'attractivité de ces carrières justifie amplement. Non seulement cela devrait concourir à l'attractivité des statuts, mais il pourrait aussi sembler surprenant, voire contre-productif de s'aliéner le concours éventuel de ressortissant étrangers, européens en particulier, qualifiés et désireux de s'investir dans une carrière hospitalo-universitaire en France. S'agissant de ressortissants européens, la question de la libre circulation des travailleurs se pose directement puisque la libre circulation des personnes est l'une des libertés fondamentales garanties par le droit communautaire.

Les concours évoqués précédemment comportent un type de concours dédié aux enseignants - chercheurs ou chercheurs ayant exercé leurs fonctions dans un établissement étranger. Si son existence permet de répondre partiellement à cette question, elle est néanmoins largement insuffisante, pour au moins trois raisons de portée différente :

- tout d'abord, ce concours dit de « type 2 » s'adresse à la fois aux chercheurs ayant exercé en France et à ceux ayant exercé dans un établissement étranger d'enseignement supérieur ou de recherche. Il permet ainsi d'offrir une voie de recrutement aux candidats ayant exercé à l'étranger à rapprocher de la principale voie d'accès, à savoir le concours de « type 1 », qui lui nécessite des candidats d'avoir accompli leurs fonctions en France. Il en diffère néanmoins significativement en termes de voie de recrutement, en positif comme en négatif. La condition relative à la qualification universitaire acquise à l'étranger est plus élevée que celle exigée pour les fonctions accomplies en France (maître de conférences versus CCA) alors qu'une autre condition exigée des candidats ayant exercé en France disparaît (l'obligation de mobilité dans un autre CHU que celui de leur dernière affectation).
- ensuite, sans mentionner les différences entre le concours prenant en compte la qualification acquise à l'étranger et la voie principale de recrutement, ce concours ne couvre que les types d'expérience correspondant à cette voie principale. Il ne couvre donc pas les autres voies, en particulier celles correspondant à des profils fondamentalement différents (type 3 et 4), c'est à dire les voies d'accès réservées à certains PH ou aux maîtres de conférences ayant un échelon ou une ancienneté donnée.
- enfin ces différences constituent autant d'obstacles à l'accès à la carrière hospitalo-universitaire pour un ressortissant européen, mais elles n'en constituent pas néanmoins le principal d'entre eux. La question de la satisfaction de la condition d'exercice national requise pour se présenter aux concours concerne potentiellement un bien plus grand nombre d'individus qui souhaiteraient accéder à cette carrière par le biais des voies normales (à l'exception du concours réservés aux étrangers).

Pour être admis à concourir, le candidat doit en effet avoir exercé des fonctions (par exemple en référence à la distinction évoquée précédemment) de CCA ou d'AHU³⁹. La rédaction actuelle de la réglementation pour ces types de concours⁴⁰ fait référence aux fonctions de non titulaires telles que définies dans le statut hospitalo-universitaire, et donc des fonctions exercées nécessairement en France.

Même si les éléments des dossiers font apparaître que les fonctions exercées par les intéressés correspondent bien, au fond, aux fonctions hospitalo-universitaires requises pour se présenter à ces concours, elles n'ont pas été accomplies au titre précis des fonctions requises puisque non accomplies en France. L'ensemble des éléments, des attestations des établissements locaux jusqu'à celles établies par les sous-sections compétentes du CNU, ne laisse planer aucun doute sur la qualification pleine et entière des intéressés au sens du concours. Néanmoins, l'application directe de la réglementation en vigueur, sans tenir compte d'un autre droit positif et en particulier du droit communautaire, aboutit donc ici à prononcer l'irrecevabilité de telles candidatures.

L'application directe de la réglementation conduit donc à ne pas recruter des professionnels étrangers et potentiellement donc à priver la France de profils qui permettraient de renforcer sa position dans le contexte de la compétition internationale. Qui plus est elle entre en conflit avec le droit communautaire.

En effet, s'agissant de ressortissants européens, la question de la libre circulation des travailleurs se pose⁴¹: la libre circulation des personnes est l'une des libertés fondamentales garanties par le droit communautaire. Il convient ici de noter que le traité CE comprend une exclusion à cette libre circulation. Cette exclusion est relative aux emplois dans l'administration publique et *ne vise en vérité que les emplois relevant [d'une] participation, directe ou indirecte, à l'exercice de la puissance publique et aux fonctions qui ont pour objet la sauvegarde des intérêts généraux de l'Etat*, ce qui exclut notamment de la restriction *les services opérationnels de santé publique, l'enseignement dans les établissements publics, et la recherche à des fins civiles dans les établissements publics*⁴². La fonction publique hospitalo-universitaire française apparaît donc, de par sa triple mission, sujette à cette libre circulation.

De plus, aucune entrave à cette libre circulation n'est ici envisageable. Selon une jurisprudence constante de la CJCE, *constitue une entrave à la libre circulation des travailleurs toute mesure nationale qui, même applicable sans discrimination tenant à la nationalité, est susceptible de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice, par un ressortissant d'un Etat membre, de cette liberté fondamentale garantie par le traité*⁴³. La question est de savoir si cette entrave est susceptible d'être justifiée au regard des dispositions du traité, c'est-à-dire s'il existe une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier ladite entrave. De telles raisons peuvent justifier un entrave à libre circulation des travailleurs et ont déjà été évoquées au sujet des concours de la fonction publique française, mais ne sont

³⁹ Comme évoqué précédemment, seul le premier permettant l'accès aux concours de PU-PH, le second permettant uniquement l'accès aux concours de MCU-PH

⁴⁰ Pour les concours ouverts au titre de 2011, arrêtés du 13/1/2011 visant le décret 84-135 du 24 février 1984, par exemple 2^o de l'article 61 pour un recrutement de PU-PH dans une discipline clinique pour la distinction CCA / AHU évoquée précédemment

⁴¹ Au titre de l'article 39 du Traité CE ou accords bilatéraux avec la Suisse

⁴² Communication de la Commission européenne du 18 mars 1988

⁴³ CJCE, arrêt du 31 mars 1993, Kraus

acceptables au sens du droit communautaire qu'à condition de ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi⁴⁴.

Etant donné qu'il apparaît clair que l'objectif poursuivi dans le cadre de ces concours est aussi de recruter les personnels hospitalo-universitaires les plus qualifiés et compétents dans les conditions les plus objectives possibles, et qu'en particulier l'interrogation sur la validité de cette qualification porte sur le lieu d'exercice des fonctions exigées pour la recevabilité des candidatures, lorsque toutes les autres conditions sont remplies par ailleurs, et que l'exercice de ces fonctions au sens du concours peut par exemple être confirmé à la fois par les établissements d'origine et les sous-sections compétentes du CNU, l'application stricte de la mesure nationale et la déclaration d'irrecevabilité des candidatures qui en découlerait apparaît non conciliable avec la règle établie par la CJCE. Celle-ci irait en effet à l'encontre de l'objectif poursuivi puisqu'elle priverait le concours de candidats dont la qualification au fond ne fait aucun doute et est reconnue par leurs pairs. Cela serait ainsi de nature à constituer une entrave à la libre circulation des travailleurs requise par le droit communautaire dans son ensemble. Cette application priverait aussi la communauté hospitalo-universitaire de candidatures qui, si elles n'ont pas aujourd'hui vocation à en constituer le vivier principal, ne peuvent néanmoins que la renforcer et favoriser son positionnement dans la compétition universitaire internationale.

Il convient donc d'évaluer si le candidat possède les qualifications professionnelles objectivement requises pour être recruté en qualité de PU-PH, en prenant notamment en compte les qualifications et fonctions exercées à l'étranger. Cette prise en compte pourrait être validée par le CNU.

Recommandation : permettre d'évaluer si le candidat, éventuel ressortissant d'un autre état membre de la Communauté Européenne, possède les qualifications professionnelles objectivement requises pour être recruté en qualité de PU-PH, sans conditions d'exercice national mais au contraire prise en compte des qualifications et fonctions exercées à l'étranger. Cette prise en compte pourrait être validée par le CNU qui accorde déjà des équivalences ou des dispenses pour les diplômes et titres étrangers⁴⁵.

⁴⁴ La France a déjà soutenu que "l'objectif [d'un] concours [...] est de sélectionner les meilleurs candidats dans les conditions les plus objectives possible" (CJCE, arrêt du 9 septembre 2003, Burbaud), ce à quoi la CJCE a arrêté que si un tel objectif était une raison une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier l'entrave concernée, "encore faut-il, selon la jurisprudence de la Cour, notamment que la restriction apportée par cette entrave à la libre circulation des travailleurs n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi" (voir, notamment, arrêt du 11 juillet 2002, Gräbner, et arrêt du 9 septembre 2003, Burbaud).

⁴⁵ Le CNU est compétent d'après le décret 84-135 du 24 février 1984 et l'arrêté du 18 décembre 2006. L'extension de sa compétence semble naturelle et est cohérente avec la récente évolution de la réglementation nationale qui instaure une commission d'accueil des ressortissants de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique (décret 2010-311 du 22/3/2010) compétente pour examiner l'adéquation des emplois en cas de détachement ou l'équivalence des services accomplis dans le cas de concours internes (1^o et 2^o de l'article 11 du même décret)

III. Les acteurs et outils spécifiques pour l'évaluation

Réformer les statuts hospitalo-universitaires ou plus généralement permettre aux hospitalo-universitaires de tirer parti de leurs fonctions au profit de l'ensemble de la collectivité ne peut se concevoir sans une juste évaluation des trois missions de soin, d'enseignement et de recherche. Cette évaluation doit être considérée comme le moyen de promouvoir l'excellence tout en garantissant les intérêts de la collectivité. Dans ce cadre, il est nécessaire de définir le rôle de deux acteurs extérieurs aux universités autonomes, le Conseil National des Universités (CNU) d'une part et les hôpitaux d'autre part, et deux outils spécifiques, la bibliométrie et les contrats d'objectifs et de moyens.

A. Le rôle du CNU

Missions du CNU

Le Conseil National des Universités (CNU) est l'instance nationale qui se prononce sur les mesures relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des enseignants-chercheurs (professeurs et maîtres de conférences) de l'enseignement supérieur. Il est composé de groupes, eux-mêmes divisés en sections ; chaque section correspond à une discipline. Le CNU santé représente 13 sections et 51 sous-sections réparties par disciplines médicales reconnues par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et le Ministère de la Santé.

Les sous-sections du CNU ont deux missions réglementaires :

- recruter et nommer les enseignants PU-PH et MCU-PH en fonction des postes dédiés dans la discipline,
- assurer la promotion dans le corps : avancement 1^{ère} classe, classe exceptionnelle, hors classe.

Elles assurent aussi de manière plus informelle un rôle de prospective :

- sur le plan individuel, en matière d'observation de l'évolution de la carrière universitaire médicale propre à chaque discipline,
- sur le plan collectif, en matière d'adaptation des postes d'enseignants aux besoins de santé et aux évolutions scientifiques et professionnelles de chaque discipline pour en assurer leur pérennité et leur évolution ainsi qu'une répartition équitable des postes dans les établissements au niveau national.

CNU santé et autonomie des universités : une logique contradictoire ?

Comme nous l'avons souligné, l'autonomie des universités s'organise autour de deux principes : une liberté d'initiative d'une part, permettant à l'université autonome de mettre en place les adaptations qui lui apparaissent nécessaires pour son exercice, et la responsabilité d'autre part, découlant largement de la liberté d'initiative et contraignant celle-ci par la nécessaire pertinence de cette initiative.

Une structure transversale telle que le CNU peut entrer en conflit avec ces deux principes : en imposant un cahier des charges extérieur à l'initiative prise par l'université autonome, il peut réduire cette liberté d'initiative ; en légitimant cette initiative, c'est-à-dire en lui apportant sa caution, il pourrait réduire la responsabilité de l'université autonome en la partageant avec cette dernière. Au titre de ce double conflit, on peut donc s'interroger sur les risques qu'il y aurait à maintenir les prérogatives du CNU dans le contexte de l'autonomie des universités.

A contrario on peut se demander si l'autonomie des universités ne nécessite pas la mise en place de structures transversales nationales contribuant aux dynamiques locales, et plus particulièrement si le champ de la santé ne nécessite pas des mesures spécifiques.

Le rôle des structures transversales dans le cadre d'une autonomie des acteurs

Le potentiel conflit entre CNU, en tant que structure transversale, et universités autonomes est à tempérer par l'expérience des pays dont la culture libérale a depuis bien longtemps consacré l'autonomie des universités. Ainsi la gestion des programmes MD-PhD aux USA est-elle centralisée par le *National Institute of Health* (NIH) et n'est pas le seul fait des Facultés de Médecine. Pour ce qui est de l'avancement dans la carrière hospitalo-universitaire en Grande-Bretagne, il est assuré par un comité national au sein du *National Health Service* (NHS), responsable des *clinical excellence awards*, parallèlement aux primes pouvant être mises en place au sein de chaque université. Enfin le programme des professeurs boursiers (proche des chaires d'excellence) en Suisse est mis en place au niveau fédéral, les professeurs ainsi nommés ayant ensuite la liberté de leur affiliation à une université.

Ainsi même dans les pays dans lesquels l'autonomie des universités est forte et ancienne, des structures transversales ont été considérées comme nécessaires. On peut en trouver au moins deux raisons. Tout d'abord de telles structures permettent de stabiliser le marché universitaire, limitant les excès de la concurrence entre acteurs autonomes et les potentiels conflits d'intérêts locaux. Ensuite elles peuvent impulser ou encourager des programmes que les acteurs autonomes pourraient hésiter à assumer, par exemple dans un contexte où le succès à terme d'une thématique scientifique est difficile à anticiper. Ainsi il ne faut pas opposer trop vite l'autonomie des universités et l'existence de structures transversales telles que le CNU.

Enfin, il est utile de protéger les universitaires d'éventuelles dérives de certains acteurs autonomes. Il n'est en effet pas impossible que les conditions puissent être réunies pour que localement des décisions soient prises en dépit de l'intérêt général, ou encore au détriment des intérêts particuliers d'universitaires sans que ces décisions soient pleinement justifiées. C'est pour prévenir de telles dérives que vient d'être créée une commission de déontologie pour le recrutement des universitaires, qui devra promouvoir l'éthique et la transparence dans les nominations ainsi que prévenir les conflits d'intérêts et intervenir si nécessaire dans les questions de plagiat ou de harcèlement.

La spécificité de la santé

Il est également nécessaire de prendre en compte la spécificité de la santé. En effet la décision de nommer un hospitalo-universitaire dans telle ou telle spécialité n'engage pas uniquement l'université autonome : de cette décision dépendent les soins administrés dans cette spécialité dans le bassin de population correspondant à cette université.

Ce qu'engage la nomination d'un hospitalo-universitaire, c'est notamment l'activité de soin du candidat, ainsi que la formation de professionnels dans cette spécialité par ce candidat donc le renouvellement des praticiens du bassin de population. A l'heure où la répartition des étudiants en médecine (numerus clausus) et des Internes en médecine (filiarisation) est considérée comme un levier pour la régulation de la démographie médicale, un tel enjeu apparaît crucial. Dans cette perspective, laisser à l'université autonome l'entièvre responsabilité de la nomination d'un hospitalo-universitaire alors qu'elle n'est pas impliquée dans l'ensemble des schémas d'organisation sanitaire fait courir un risque pour la démographie médicale et la qualité des praticiens au niveau local. En garantissant la qualité du candidat, notamment dans son volet hospitalier, et par conséquent sa capacité à former de jeunes praticiens, le CNU répond donc à un enjeu de soins. Cette mission du CNU santé le distingue des sections non médicales du CNU et justifie son maintien.

Recommandation : maintenir le CNU santé compte tenu de la spécificité du métier hospitalo-universitaire, la double appartenance.

La nécessaire évolution du CNU santé

Conclure à l'utilité du CNU santé n'interdit pas d'envisager une réforme de son fonctionnement. Il semble même que ce constat impose de définir un certain nombre de principes pouvant garantir l'efficience du CNU.

Un principe général : garantir le niveau des candidats sans brider les initiatives d'excellence

Le risque que fait courir une structure ayant pour mission de garantir le niveau des candidats est celui d'une homogénéité excessive. En effet les règles mises en place peuvent facilement conduire à un mouvement général vers un profil type : ce faisant, ce sont les candidats s'éloignant de ce profil, en cultivant une excellence spécifique, qui en font les frais. Les règles du CNU pour la nomination ne devraient donc pas viser à obtenir un niveau homogène de l'ensemble des hospitalo-universitaires d'une sous-section, mais à garantir qu'un nombre le plus restreint possible de conditions soient satisfaites.

La nécessaire transparence des procédures

Le reproche a pu être fait au CNU d'une certaine opacité des règles. Le meilleur moyen de l'éloigner est d'édicter des règles de fonctionnement et de les rendre transparentes. Dans cette perspective, impliquer l'AERES dans l'évaluation de ces procédures permet d'en garantir la transparence. Cette démarche, comme celle de la diffusion des règles de fonctionnement via le site internet des sous-sections médicales du CNU, déjà initiée par certaines sous-sections, doit se généraliser.

Quelles procédures ?

L'élaboration de procédures peut présenter un risque, l'anticipation de tous les profils étant par définition impossible : il est possible que ces procédures brident un profil particulièrement prometteur. Il faut donc que ces procédures soient construites, pour ce qui est de la nomination, autour du minimum requis plutôt que d'une démarche extensive.

Concernant la promotion des MCU-PH et PU-PH dans les différentes classes, la logique n'est pas fondamentalement différente. L'enjeu n'est pas tant de classer les candidats à la promotion que de s'assurer qu'une telle promotion n'est pas la résultante d'une simple logique électorale : la promotion ne doit être possible que si un nombre restreint de critères sont satisfaits. Parmi les critères dont il est nécessaire d'anticiper les conséquences, notons que le critère d'âge est volontiers problématique. Une enquête menée par le CNU santé en 2007 parmi ses différentes sections montre que pour la grande majorité des sous-sections, l'âge doit être pris en compte lors de l'avancement mais n'est pas le critère principal. Il est considéré comme un minimum requis pour 20 sous-sections sur 42 et comme un critère important pour 21 sur 42. On devine qu'une telle tendance limite la capacité à promouvoir les individus les plus productifs et qu'elle conduit naturellement à l'effet de centrage sur la moyenne qu'il conviendrait d'éviter. Plus généralement, il faut souligner que les critères établis ne doivent pas être restreints à la mission de recherche, et doivent donc intégrer les missions d'enseignement et de soin. Il est intéressant de noter à ce titre que les critères des *clinical excellence awards* ont évolué pour davantage intégrer la mission de soin, notamment en valorisant le développement de nouveaux traitements ou techniques, ou encore la contribution à la gouvernance et au management.

En amont de l'édification de procédures, un préalable permettrait de limiter l'étendue des procédures requises et donc leurs éventuels effets secondaires : promouvoir l'excellence universitaire des membres du CNU. La logique est de renforcer la légitimité électorale (2/3 des membres du CNU sont élus) en garantissant la qualité des membres nommés (1/3 des membres). Le comité de pilotage que nous décriront plus loin pourrait ainsi définir le niveau requis pour être nommé à partir des critères d'évaluation établis par chaque sous-section et validés par l'AERES. La constitution d'une telle liste d'aptitude permettrait de tirer tous les avantages de la légitimité électorale (représentation de la diversité d'origine et d'exercice de la spécialité) tout en l'accompagnant d'une dynamique fondée sur l'excellence et représentée par les nominations au sein du CNU. Notons que lors de nos auditions, nous avons pu constater que certains préconisaient d'étendre d'emblée cette logique (la présence sur une liste d'aptitude à faire partie du CNU) à l'ensemble des membres nommés ainsi qu'élus en leur sein.

Une vision d'ensemble

Il paraît difficile de réduire le nombre de sous-sections (51 actuellement) tant l'existence d'une sous-section est considérée comme la reconnaissance de la spécialité correspondante. Toutefois un nombre aussi important de sous-sections présente plusieurs inconvénients.

Tout d'abord concernant l'édification de procédures. Si ces dernières sont définies au sein de chaque sous-section, il est possible que ces procédures divergent beaucoup d'une sous-section à l'autre, conduisant à un paysage bien difficile à circonscrire. Une telle diversité pourrait donc brouiller la transparence requise.

Ensuite parce qu'une telle multiplication des sous-sections peut aller contre la logique transdisciplinaire. Les thématiques situées à la jonction entre disciplines différentes pourraient bien être les plus prometteuses, alors qu'un tel découpage entre sous-sections limite la possibilité de nommer et promouvoir des candidats dont l'activité est transversale.

Enfin parce que la multiplication des sous-sections conduit mécaniquement à une réduction des effectifs de chaque sous-section, limitant le nombre de membres élus et nommés au sein de chaque sous-section et donc potentiellement la diversité des points de vue.

Dans ce contexte, faute de pouvoir réduire le nombre important de sous-sections, il serait utile de mettre en place un comité de pilotage de l'ensemble des sections et sous-sections. Ce pilotage pourrait émaner du CNU santé et faire l'objet d'une concertation interministérielle (entre Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Ministère de la Santé), en intégrant à la fois les représentants du CNU et des personnalités extérieures, sur le modèle d'un conseil de surveillance. Un tel dispositif s'inspire de la gouvernance recommandée dans la plupart des établissements, qu'ils soient publics ou privés, et notamment dans les universités, sur le modèle du *board of trustees*. Il aurait plusieurs missions :

- s'assurer que les différentes procédures mises en place par chaque sous-section suivent un cahier des charges commun : c'est précisément la démarche adoptée par un groupe de travail d'ores et déjà mis en place par le CNU santé et l'AERES ;
- si c'est nécessaire, organiser de nouveaux regroupements des sous-sections entre sections suivant une logique plus adaptée à l'évolution des disciplines ;
- permettre de ventiler entre les différentes sous-sections des candidats relevant potentiellement de plusieurs sous-sections : cette ventilation intelligente est requise pour les candidats au profil original, notamment dans le cadre de la mobilité universitaire internationale ;
- encourager et si besoin organiser des délibérations communes entre plusieurs sous-sections pour nommer et promouvoir des candidats dont l'exercice est à cheval sur plusieurs disciplines : ce pourrait être le rôle des sections, notamment si de nouveaux regroupements de sous-sections sont envisagés, mais certaines candidatures à cheval sur des sections différentes pourraient nécessiter d'autres dispositifs.

Recommandation : réformer le CNU santé pour en garantir la qualité en rapport avec l'importance de ses missions, en établissant pour chaque sous-section avec l'AERES des procédures transparentes pour les nominations et les promotions, en définissant les critères requis pour être nommé dans chaque sous-section, et en mettant en place une instance de pilotage centrale permettant une vision d'ensemble des 13 sections et 51 sous-sections et les aménagements qui seraient nécessaires pour harmoniser les procédures, organiser de nouveaux regroupements de sous-sections ou des délibérations communes.

L'évaluation quadriennale des hospitalo-universitaires

Comme cela existe dans de nombreux pays européens et anglo-saxons (nous avons cité l'exemple des *clinical excellence awards* britaniques) et comme cela est prévu dans les textes, l'évaluation régulière des hospitalo-universitaires tout au long de leur carrière devrait être organisée et réalisée par la sous-section compétente du CNU. Cette évaluation quadriennale permettrait d'une part de contrôler le maintien du niveau d'excellence qui a été requis lors de la nomination et d'autre part de proposer le cas échéant de réorienter l'activité de recherche et d'enseignement voire de soin d'une manière différente ou dans un lieu différent en cas d'isolement local de l'hospitalo-universitaire. C'est là une nouvelle mission des sections médicales du CNU qui doit trouver sa place aux côtés des missions de nomination et de promotion.

Valorisation salariale, CNU et acteurs autonomes

Nous avons évoqué le rôle du CNU dans la promotion des hospitalo-universitaires au travers des différentes classes et par conséquent leur valorisation salariale. Il faut souligner que l'autonomie des acteurs locaux, aussi bien l'université que l'hôpital, pourrait à terme modifier l'importance de cette valorisation. En effet l'université (primes d'excellence scientifique) et l'hôpital sont désormais capables de mettre en place des primes récompensant l'activité des hospitalo-universitaires. Les exemples étrangers montrent que ces primes permettent surtout aux structures de moyenne importance de tirer leur épingle du jeu. Il est moins probable de bénéficier de ces primes dans les structures d'excellence, le niveau d'excellence général et la compétition rendant difficile d'établir des priorités. La mise en place de ces primes par l'université et l'hôpital permettrait en revanche de dynamiser les structures de moyenne importance, en favorisant leurs propres secteurs d'excellence. S'il paraît difficile d'anticiper les rôles respectifs de ces primes universitaires d'une part et hospitalières d'autre part par rapport à la promotion par le CNU à l'avenir, il se peut qu'elles contribuent à redéfinir les relations entre acteurs autonomes et CNU.

B. Le rôle des hôpitaux

Le développement de nouvelles activités

Dans le déroulement de carrière et l'avancement des jeunes hospitalo-universitaires, l'hôpital a un rôle décisif à jouer. Il est de fait le lieu de développement de ces nouvelles activités cliniques et de recherche pour lesquelles doivent être recrutés et/ou promus les jeunes médecins hospitalo-universitaires. C'est dans le cadre hospitalier que prend vie le projet de l'individu : au sein de l'équipe médicale et en lien avec les structures de recherche avec lesquelles il interagit (EPST, Université). A cet égard, la création des pôles et la possibilité de leur attacher directement des Unités Fonctionnelles (UF) crée une nouvelle opportunité : rendre visible pour le reste de l'institution et sans doute à l'extérieur la création d'une nouvelle activité de soin et/ou de recherche.

Savoir confier une Unité Fonctionnelle (UF) à un jeune hospitalo-universitaire

Actuellement, les chefferies de pôle dans les CHU sont presque exclusivement réservées aux PU-PH chefs de service. Confier la responsabilité d'une Unité Fonctionnelle (UF) à un jeune hospitalo-universitaire répond au besoin de lui attacher à la fois une visibilité dans et par la structure mais aussi des moyens liés au fonctionnement de cette Unité Fonctionnelle (UF) (humains et matériels). C'est une opportunité dont les établissements se saisissent encore trop peu alors qu'elle représente une réponse adaptée aux aspirations des jeunes médecins recherchant davantage des moyens que des titres.

La responsabilisation d'un jeune hospitalo-universitaire à la tête d'une équipe identifiée et visible pour le reste de la communauté présente également un intérêt souvent méconnu : développer des compétences et des qualités de « management » pour l'accès aux fonctions hospitalo-universitaires, c'est-à-dire permettre au candidat de faire ses armes et ses preuves en tant que leader d'un projet et d'une équipe. Cette dimension managériale est réaffirmée par la nouvelle gouvernance en vigueur depuis 2005 et elle est d'autant plus prégnante dans les CHU de moyenne taille où la ressource hospitalo-universitaire est plus rare et l'avenir des équipes et des disciplines moins assuré que dans les grands centres. Plus généralement la responsabilisation des jeunes hospitalo-universitaires permettrait une montée en puissance progressive de la dimension managériale, évitant ainsi une confrontation tardive, sans expérience et souvent déconcertante avec ces enjeux de management après la titularisation. On peut imaginer que l'objectif soit au contraire de décharger les jeunes hospitalo-universitaires de ces enjeux pour leur permettre notamment de développer une thématique de recherche personnelle. Pour autant, cette thématique de recherche pourrait être complémentaire de leur activité clinique au sein d'une Unité Fonctionnelle (UF) dédiée à une activité spécifique, et il faut donc rendre possible, au moins pour une fraction des jeunes hospitalo-universitaires, leur responsabilisation à la tête d'une Unité Fonctionnelle (UF). Il pourrait s'agir d'un des aspects du contrat tripartite entre l'Université, l'Hôpital et le candidat à un poste de professeur adjoint hospitalo-universitaire.

Enfin on peut se demander si certaines responsabilités managériales, dont la chefferie de pôle, ne pourraient être confiées dans certains cas à des PH. Il est bien évident qu'il faut faire valoir les spécificités universitaires de services hospitalo-universitaires dans la conduite du management d'un pôle. Cette nécessité ne signifie pas qu'un PH ne soit pas apte à l'exercice. L'avantage serait de libérer en partie les hospitalo-universitaires de ces obligations managériales pour leur permettre de se consacrer à leurs autres missions, étant bien entendu qu'ils auraient à les faire valoir auprès du chef de pôle.

Recommandation : savoir confier à un hospitalo-universitaire en fonction de sa qualité et non de son âge la responsabilité d'une Unité Fonctionnelle (UF), notamment dans le cadre du contrat tripartite liant l'Université, l'Hôpital et le Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH) et dans le but de développer une activité clinique spécifique.

La gestion prospective des carrières

Il ressort des échanges que nous avons eus avec les experts auditionnés que la valorisation de la recherche à la fois pour l'attractivité et l'efficience du cursus hospitalo-universitaire peut se faire selon deux axes :

- pendant les études de médecine en informant sur la recherche biomédicale, en développant une culture scientifique solide et le goût pour les questions non résolues ;
- en post-internat (pour certains candidats dès l'internat) en clarifiant les règles d'accessibilité aux postes hospitalo-universitaires, en valorisant l'excellence plutôt qu'un niveau homogène sinon moyen au travers des trois missions de soin, d'enseignement et de recherche.

L'hôpital peut jouer un rôle essentiel dans le second axe en développant une gestion prospective des carrières en lien avec son plan stratégique et l'anticipation de ses besoins en ressources médicales pour le développement de son offre de soins. Cette réflexion ne peut se faire sans ses partenaires, à commencer par l'Université mais aussi les EPST.

Les CHU doivent donc développer une véritable Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) pour le personnel médical bien que cette démarche reste moins aboutie que pour le personnel non médical qu'ils ont à gérer. Ceci implique de considérer à la fois un volet « Offre de soins » et un volet « Recherche ». Notons que l'appel d'offres pour les Investissements d'Avenir a accéléré la constitution et la mise en place de cette articulation Université - CHU, en lien avec les EPST, pour la préparation des dossiers et cette réflexion a rapidement débordé le cadre des Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU). Tous les acteurs manifestent désormais la volonté d'institutionnaliser cette démarche d'alliance. L'exemple du CHU de Toulouse est à cet égard une bonne illustration, parmi d'autres, de l'investissement des directions hospitalières pour les enjeux liés à la promotion hospitalo-universitaire du corps médical : en installant une commission prospective hospitalo-universitaire, ce CHU favorise le suivi de « l'accumulation des compétences » des médecins qui exercent dans ses établissements. Cette commission, organisée autour du Président de l'Université, du Doyen, du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Directeur Général du CHU, a une double vocation :

- structurer la réflexion stratégique autour de l'axe Université - Hôpital, que ce soit pour le plan quadriennal de l'Université, le Contrat d'objectifs et de moyens signé entre le CHU et l'ARS et, bien sûr, le projet d'établissement c'est-à-dire la place du CHU sur son territoire de santé ;
- favoriser les mobilités des recrues en distribuant des bourses et des aides aux jeunes hospitalo-universitaires notamment, à partir de la délégation d'une enveloppe fléchée au Département de la Recherche Clinique (1 million d'euros) : projets CHU promoteur, formation des jeunes médecins et aide à la recherche.

Cette commission permet de coordonner enfin l'épineux sujet des redéploiements de postes en priorisant les secteurs de l'offre de soins jugés prioritaires, soit pour des raisons démographiques et de stratégie sur le territoire de santé, soit pour des enjeux de recherche, et bien sûr dans la mesure du possible dans le sens de la synergie de ces deux déterminants. Elle réactualise le concept de « Comité de Coordination Hospitalo-Universitaire » (COCOHU)

mis en place par la loi du 31 décembre 1970⁴⁶ et le décret du 17 août 1971⁴⁷ dans lequel siègent notamment des représentants du CHU et des représentants de l'Université.

Une telle démarche est visiblement plébiscitée par les Directeurs Généraux de CHU qui mettent en avant que la visibilité offerte sur le poste et la mission finale de l'individu conditionne son niveau d'investissement et son avancement dans la carrière. Nombreux sont en effet les candidats qui abandonnent faute d'une lisibilité de ces calendriers. Certains proposent d'ailleurs d'aller plus loin en offrant une reconnaissance visible pour et par tous des missions hospitalo-universitaires réalisées par des PH en accordant des demi-journées d'intérêt général financées par les universités. Cela constituerait une vraie incitation à rester dans le secteur public pour des PH qui, bien souvent, à un moment de leur carrière, se posent la question du secteur libéral ou privé.

Recommandation : développer à l'hôpital une gestion prospective des carrières, en collaboration avec l'UFR de médecine.

L'interaction entre hôpitaux et universités : la nouvelle gouvernance des CHU

La convention constitutive du CHU, révisée tous les cinq ans, se veut en cohérence avec le contrat d'objectifs et de moyens établi entre le CHU et l'ARS, le projet d'établissement de l'hôpital et le contrat pluriannuel de l'université. Cette convention à elle seule se veut la garantie d'une bonne articulation entre l'université et l'hôpital.

Plus globalement, au cours des cinq dernières années et au gré des réformes en faveur de la gouvernance et de la valorisation de la recherche, les CHU ont renforcé leurs équipes internes chargées de la recherche biomédicale avec la mise en place de structures de gestion, d'expertise et de soutien à la recherche clinique. Cela nécessite indiscutablement une professionnalisation des métiers de la recherche (en témoigne leur reconnaissance dans le guide des métiers de la Fonction Publique Hospitalière) car cette transformation de la gouvernance et du paysage de la recherche française se joue dans les CHU. En effet, le CHU est avec l'Université le lieu privilégié de coordination des actions et de complémentarité des politiques scientifiques. Ce partenariat s'exprime en partie, on vient de l'évoquer, au niveau du Contrat quadriennal de l'université et du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHU, dont il serait souhaitable qu'ils soient concomitants. Cette stratégie coordonnée doit désormais composer avec les Instituts Thématiques Multi-Organismes (ITMO) que l'Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) vient d'installer. Notons que les CHU sont représentés au sein d'AVIESAN par la Conférence des Directeurs Généraux de CHU aux côtés des huit autres organismes : Inserm, CNRS, CEA, INRA, INRIA, IRD, Institut Pasteur et la Conférence des Présidents d'Université (CPU).

Comme le rappellent les professionnels, c'est bien la double appartenance des praticiens (équipes de recherche académiques et site hospitalo-universitaire) qui garantit l'effectivité du transfert des connaissances scientifiques du fondamental à la clinique. C'est la raison pour laquelle la présence et l'investissement des CHU dans les ITMO est indispensable. Le Comité National de Coordination de la Recherche (CNCR) qui regroupe les représentants des

⁴⁶ Article 18 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>

⁴⁷ Décret n°71-683 du 17 août 1971 relatif aux comités de coordination hospitalo-universitaires

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000335922>

Conférences de CHU (Présidents de CME - Doyens - Directeurs Généraux) et ceux des directions de la recherche des CHU est le lieu privilégié de cette coordination et d'échanges entre les ITMO et les CHU.

L'ensemble de ces évolutions constitue pour les CHU une opportunité de se positionner comme acteur de recherche et décideur en matière de stratégie de recherche. Trois innovations majeures en matière de gouvernance témoignent de cette volonté :

1. Le directoire des CHU compte désormais un Vice-Président « recherche », nommé par le Directeur Général sur proposition du Président Directeur Général de l'Inserm, du Président de l'Université et du Vice-Président « Doyen » du Directoire. Dans le même souci d'inscrire le CHU dans sa mission Recherche, la nomination de son directeur général relève d'un décret pris sur le rapport du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Les pôles constitués au sein des CHU sont porteurs d'une mission de recherche et elle doit être déclinée dans les contrats de pôle.
2. Les Départements Hospitalo-Universitaires (DHU) et Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU) deviennent les porteurs de projets communs entre l'hôpital, les universités et les organismes de recherche. Leur existence repose sur une convention de partenariat entre le CHU établissement de santé, les universités et les organismes de recherche concernés. Véritables centres intégrés de soin, d'enseignement et de recherche, ils portent les innovations thérapeutiques dont ils doivent permettre la diffusion rapide et coordonnée.
3. Le Comité de la Recherche en Matière Biomédicale et de Santé Publique (CRMBSP) créé par l'ordonnance du 2 mai 2005⁴⁸ est une instance consultative qui oriente la politique de recherche du CHU et l'articule avec les universités et les organismes de recherche, notamment l'Inserm. La loi HPST crée le lien entre ce Comité et les Départements Hospitalo-Universitaires (DHU) et Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU) pour assurer la complémentarité de l'action des partenaires que constituent l'hôpital, les universités, et les organismes de recherche, permettant d'afficher une ambition partagée en matière de recherche biomédicale et en santé.

Notons enfin que les établissements de santé ont désormais la possibilité de créer des fondations. Dans le cadre des nombreux partenariats entre CHU et industriels, il devient indispensable d'en définir les conditions. L'industrie, depuis quelques années, marque un intérêt croissant pour le développement d'activités de recherche en lien avec les CHU français, notamment à partir des pôles de compétitivité. Le soutien financier ou logistique aux projets de recherche qu'apportent les industriels doit être valorisé tout en préservant les droits des personnels hospitaliers investis sur ces mêmes champs (transferts de technologies, diffusion de l'innovation, commercialisation).

La valorisation de la recherche clinique

La recherche clinique concerne l'ensemble des investigations à visée médicale intéressant le sujet sain ou le malade. Le périmètre de cette recherche est large et englobe l'ensemble des champs où l'investigateur de la recherche s'intéresse directement au patient ou aux tissus prélevés chez ce patient. Cette recherche fait le lien entre recherche fondamentale, recherche

⁴⁸ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>

translationnelle, innovation diagnostique et/ou thérapeutique et enfin optimisation diagnostique et/ou thérapeutique. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire qui engage cliniciens, biologistes, chercheurs en sciences fondamentales, en sciences sociales et méthodologistes, plusieurs de ces casquettes pouvant être portées par le même individu. Au-delà des enjeux économiques et de l'évaluation des nouvelles thérapeutiques à laquelle elle se résume trop souvent, la recherche clinique doit être considérée comme la pierre angulaire entre la recherche fondamentale et le soin.

Dans les CHU, le développement de cette recherche a notamment été confié aux Centres d'Investigation Clinique (CIC), dont plus d'une cinquantaine a maintenant été créée à l'initiative du Ministère de la Santé et de l'Inserm. Ces structures assurent, aux côtés des Directions de la Recherche Clinique (DRC) dans les établissements, l'organisation logistique de cette recherche et contribuent également au développement de projets transversaux avec les équipes de recherche hospitalo-universitaires et des EPST. Certains CIC sont adossés à des Centres de Ressources Biologiques (CRB) où sont conservés les échantillons biologiques à visée à la fois d'enrichissement de la démarche diagnostique, de recherche translationnelle ou fondamentale. Dans bien des spécialités, la recherche clinique s'organise également en dehors des CIC, voire s'intègre dans l'organisation quotidienne des soins. Il s'agit, là encore, d'une recherche qui ne s'arrête pas à l'évaluation des thérapeutiques mais concerne tous les domaines cités ci-dessus. Ce rapprochement entre le soin et la recherche clinique est le corollaire d'une médecine en pleine évolution qui doit faire face à l'évaluation d'un nombre croissant de techniques diagnostiques et de modalités thérapeutiques parfois très coûteuses. La recherche en médecine générale apparaît comme paradigmique dans ce contexte de recherche intégrée : les départements universitaires de médecine générale des UFR coordonnent une recherche en soins primaires menée sur le lieu même du soin, le cabinet de ville.

L'hôpital, lieu de l'innovation médicale, doit être capable de développer un véritable savoir faire technique pour la conduite des projets de recherche. Tout CHU dispose donc désormais d'une Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI). Il existe sept Délégations Interrégionales à la Recherche Clinique (DIRC) et 53 CIC. A cela s'ajoutent les centres de référence « Maladies rares » ou encore les Réseaux Thématiques de Recherche et de Soins (RTRS) associés à des RTRA - recherche fondamentale.

Financer la recherche dans les CHU

En février 2011, on recensait en France 6048 essais cliniques dont 2497 sont actifs et recrutent de nouveaux patients⁴⁹. Parmi ces essais actifs qui représentent 6,9% des 36433 essais déclarés dans le monde, 961 (38,5%) sont sponsorisés par l'industrie et 1526 (61,1%) par le monde académique ou associatif.

La principale source publique de financement de la recherche clinique sur projet est le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), mis en place depuis 1993. Géré par le Ministère de la Santé (Direction Générale de l'Offre de Soins, DGOS) depuis 1992, il constitue, à partir des crédits d'Assurance Maladie, le principal instrument de financement des projets de recherche clinique réalisés au sein des établissements hospitaliers. Entre 2000 et 2009, 4851 projets ont été déposés et 1377 ont été financés pour un total de 495 millions d'euros. En 2004, l'Assurance Maladie consacrait 45 millions d'euros au PHRC pour atteindre

⁴⁹ Source : <http://clinicaltrials.gov>

plus de 80 millions d'euros en 2009. En 2009, ce sont ainsi 228 projets qui ont été lancés et financés dont 23% sur la thématique cancer et 21% sur les maladies rares⁵⁰. Un Comité National de Recherche Clinique (CNRC) examine l'éligibilité des projets à un financement par le PHRC. L'instruction des projets relatifs au cancer est coordonnée depuis 2005 par l'Institut National du Cancer (INCa). La recherche en médecine générale a fait partie des thématiques prioritaires du PHRC national 2010 en impliquant tout particulièrement les enseignants chercheurs des départements de médecine générale et contribue ainsi notablement à dynamiser la filière universitaire de médecine générale.⁵¹

Le PHRC permet non seulement le financement de projets de recherche clinique mais aussi la création de structures de recherche à l'hôpital. La recherche translationnelle bénéficie de financements propres par l'intermédiaire d'appels d'offres (DGOS-Inserm et INCa-Inserm notamment) ainsi que via le programme de Soutien aux Technologiques Innovantes Coûteuses (STIC - 15 millions € distribués pour 116 projets).

En dehors du cadre du PHRC, tous les CHU disposent d'un financement de leurs missions d'enseignement et de recherche par le biais des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), plus précisément par l'enveloppe MERRI pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (environ 1,9 milliard d'euros en 2009). Depuis 2008, le modèle de répartition de ces crédits se décompose en trois parts :

1. une part fixe, forfaitaire (40% de l'enveloppe MERRI) qui doit couvrir des dépenses qui sont difficilement isolables. Ce socle fixe représente un pourcentage du budget « court séjour » dit MCO (hors listes des médicaments et des dispositifs médicaux en sus) des établissements concernés ;
2. une part modulable (45% de l'enveloppe MERRI), attribuée sur la base de quatre indicateurs depuis 2010 et qui répond à une logique de résultat :
 - a. le score de publications de l'établissement recense les publications scientifiques auxquelles participent les médecins des hôpitaux à partir du logiciel SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques) qui définit un score en fonction de la catégorie de la revue et de la position de la signature de l'auteur. Ce score est établi sur une période de cinq ans (2004-2008 -export en 2009- pour MERRI 2010) ;
 - b. le score « essais cliniques » prenant en compte le nombre d'essais à promotion institutionnelle, le nombre d'inclusions dans ces essais et le nombre d'essais industriels déterminé à partir du logiciel SIGREC (Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques) : une part forfaitaire de compensation administrative par année civile de déroulement de l'essai (inclusion d'au moins un patient dans l'année pour que l'année soit validée) et une part variable par patient inclus ;
 - c. le nombre d'étudiants hospitaliers (en médecine, pharmacie, odontologie) rémunérés ;

⁵⁰ Les chiffres clés de l'offre de soins Edition 2010, Direction Générale de l'Offre de Soins

⁵¹ Circulaire N°DHOS/MOPRC/2009/290 du 21 septembre 2009 relative au Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) 2010 http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/09/cir_29586.pdf

- d. le score « valorisation de la recherche » calculé sur la base du nombre de brevets détenus et du nombre de licences concédées et de contrats de collaboration de recherche conclus avec des industriels.
3. une part variable (15% de l'enveloppe MERRI) qui répond à une logique de compétition et décomposée comme suit :
- a. part variable reconductible pour le financement des structures identifiées (article D. 162-8 du code de la sécurité sociale : CIC, CRB...),
 - b. part variable non reconductible pour les financements attribués sur appels à projets dont une partie est reconductible pour le financement de structures de recherche (CIC) et une autre non reconductible (PHRC, STIC...).

Ce modèle concerne les CHU et l'ensemble des établissements de santé qui leur sont associés (Centres de Lutte Contre le Cancer, CLCC) soit 78 établissements en 2009. La part variable a vocation à prendre une place plus importante au détriment de la part fixe (encore 40% de l'enveloppe à ce jour) : les financements sur appels à projets ainsi que ceux dédiés aux structures de support à la recherche seront prioritaires et leur poids plus important au sein de l'enveloppe globale dans les années venir (conformément aux recommandations de l'IGAS⁵² en la matière). Plus généralement, on ne peut que souhaiter un renforcement de la part modulable par transfert des moyens dédiés à la part fixe afin de privilégier les indicateurs d'activités et de résultats.

Les crédits PHRC et MERRI issus des cotisations des assurés sociaux font l'objet d'un consensus national puisque leur allocation est débattue dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) chaque année au Parlement. Ils ont vocation à permettre la diffusion de l'innovation et l'égal accès aux soins sur tout le territoire. Le Plan National Maladies Rares (PNMR), dont la deuxième tranche vient d'être rendue publique (180 millions d'euros pour 47 thématiques d'intervention), est une bonne illustration de la nécessaire organisation en filière de la recherche et du soin (les soins alimentant les cohortes pour la recherche) et de la volonté de développer l'égalité de l'accès à des moyens diagnostiques et thérapeutiques rares et coûteux sur le territoire.

Enfin, il est à noter que les MERRI ne sont pas les seuls à rémunérer les établissements de santé pour leur activité de recherche. Selon le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, les CHU et les CLCC ont reçu en 2007 pour leur activité de recherche clinique 29 millions d'euros de l'industrie (montant sous-évalué selon le LEEM), 30 millions d'euros de sources publiques, 18 millions d'euros d'associations et 8 millions d'euros de l'étranger.

Dans le cadre de la Tarification A l'Activité (T2A), l'activité de soin est directement productrice de revenus pour l'établissement. Globalement, les tarifs ont vocation à couvrir les coûts complets des soins pour un établissement dont la productivité est moyenne : c'est le résultat de l'Echelle Nationale des Coûts (ENC). La difficulté pour les CHU dans ce contexte très contraint de retour à l'équilibre financier est que les recettes liées aux activités de recherche (publications, clôture d'un essai clinique) sont décalées dans le temps par rapport aux surcoûts qui se concentrent sur les premières années d'un projet. Cette distinction soin/recherche apparaît à la fois obsolète et contreproductive. L'IGAS avait d'ailleurs mis en garde contre ce conflit latent :

⁵² <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000024/0000.pdf>

la motivation vers la recherche est contrainte du fait de la pression des activités de soin qui ne permettent pas aux praticiens d'y consacrer le temps qu'ils souhaiteraient⁵³.

Dans ce contexte de compétition entre les activités de soin, indexées par la Tarification A l'Activité (T2A), et les activités de recherche, jusqu'ici moins bien quantifiées, les outils SIGAPS et SIGREC ont constitué une avancée majeure, en inversant la tendance de fond pointée par l'IGAS. En matérialisant l'activité de recherche, ces scores ont rendu à la recherche la visibilité qui lui manquait face aux activités de soin. Désormais la recherche clinique est de plus en plus investie par les exécutifs hospitaliers comme un terrain d'expression du projet stratégique de l'hôpital qui conditionnera sa capacité à recruter les ressources en personnel médical nécessaires à son offre de soins, sa place sur le territoire de santé et son existence au niveau national.

Les écueils du modèle SIGAPS/SIGREC

Parmi les écueils récurrents du modèle mis en avant par les professionnels, malgré la capacité dont il a fait preuve à s'adapter, on retient surtout que l'attribution des crédits à travers le socle fixe ne fournit aucune garantie que les sommes destinées à la recherche y sont effectivement consacrées et encore moins orientées vers des projets pertinents ayant des chances d'aboutir à des publications. Ces critiques se heurtent à deux principes fondateurs des modalités de répartition de l'enveloppe MERRI : ces crédits ne doivent pas être considérés comme un financement complémentaire pour les CHU puisqu'ils correspondent majoritairement au financement de dépenses hospitalières déjà engagées et qui sont liées à la réalisation des activités d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Dans les auditions menées, la suspicion de captation de ces crédits par les CHU pour combler leurs déficits est récurrente. Mais elle se heurte à la même objection : les scores MERRI ne sont pas des tarifs et ne reflètent pas des coûts, ce sont des marqueurs destinés à couvrir des dépenses qui ont déjà été effectuées. Les acteurs hospitaliers ont en outre fait très clairement part de la place stratégique qu'ils donnent à la recherche et à la nécessaire articulation Université/Hôpital pour la déclinaison du projet d'établissement.

Le deuxième écueil tient aux modalités de valorisation des publications. La mise au point de cet outil a été, nous l'avons vu, salutaire, dans la mesure où il matérialise l'activité de recherche d'un point de vue administratif : il permet de donner une place à la recherche, jusqu'ici susceptible d'entamer la valorisation financière par l'activité clinique (tarification à l'activité). Pour autant, le système SIGAPS a d'évidents défauts.

Ainsi la valorisation des publications réalisée grâce au logiciel SIGAPS repose sur un classement des revues (A, B, C, D, E, NC) selon le facteur d'impact de la revue, avec une normalisation de 0 à 100 par discipline de rattachement puis un classement de A à NC (seul ce classement est disponible directement sur le site SIGAPS). Les communications orales, posters, rédactions de livres et d'ouvrages ne donnent pas lieu à de valorisation autre qu'intellectuelle. Le classement est mis à jour chaque année, mais une publication de l'année N gardera le classement de la revue de cette même année N pour sa valorisation quinquennale, même si ultérieurement le classement de la revue est modifié (à la hausse comme à la baisse) sur la période s'étalant jusqu'à N+4.

⁵³ Rapport de nov 2009 par *PL Bras* et le *Docteur G Duhamel* ([IGAS n°RM2009-139P](#)) « Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé » <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000024/0000.pdf>

On peut légitimement s'interroger sur ces choix. Quel est l'intérêt de figer ainsi le facteur d'impact en catégories discrètes et dans le temps ? Le classement des revues pourrait pourtant être établi selon le facteur d'impact et le rang différencié suivant des domaines prédefinis comme le permettent actuellement les bases de données de référence (*Web of Knowledge (WoK) de ISI - Thomson Reuters*). A défaut, le système SIGAPS induit des stratégies de publication : si un article peut être publié dans des revues de disciplines différentes, il peut être financièrement plus intéressant de ne pas publier dans la revue la plus prestigieuse. On pourrait voir apparaître un arbitrage entre le facteur d'impact, intellectuellement plus valorisant, et le facteur d'impact pondéré (SIGAPS), financièrement plus valorisé. Or tout système conduisant à une divergence entre la valorisation universitaire et la valorisation hospitalière met les hospitalo-universitaires dans une situation de conflit contre-productive à terme.

Plus grave, le système ignorait jusqu'il y a peu la nature de la publication. Publier une lettre ou un cas clinique rapportait ainsi autant de points qu'un article original. Certes le système a récemment évolué sur ce point : sont attendus la revalorisation du poids du dernier auteur à l'identique du premier auteur (4 points), l'exclusion des lettres aux éditeurs et le raccourcissement de la période de prise en compte des publications de 5 à 4 années. Mais cette aberration initiale (et son maintien plusieurs années) en dit long sur l'absence de prise en compte de la qualité universitaire des travaux. Elle a d'ailleurs pu induire là aussi des stratégies de publications, notamment chez les jeunes hospitalo-universitaires, à l'affût des commentaires ou autres lettres possibles plutôt que développant leur propre thématique de recherche.

Enfin ces travers sont magnifiés par une autre caractéristique. Etant donné que les années de réalisation effective d'un essai n'entrent pas en ligne de compte, seule l'année N de publication est retenue : lorsqu'un auteur n'est plus employé par un établissement l'année N de publication d'un essai clinique réalisé précédemment dans cet établissement, ou d'un cas clinique à propos d'un patient qui y fut hospitalisé l'année N-1, cet établissement ne peut revendiquer son bénéfice. En revanche, l'établissement employant l'auteur de cette publication l'année N, même s'il n'a aucun « rapport » direct ou indirect avec la publication, peut en bénéficier. Ce système rend donc les auteurs propriétaires de leurs points SIGAPS aux dépens des structures hospitalières les employant. On peut voir ainsi certains candidats à des postes hospitalo-universitaires intégrer dans leur curriculum vitae, y compris lors d'auditions universitaires, le total de leurs points SIGAPS. Les biais liés au calcul de ces points deviennent alors évidents, avec un conflit patent entre la qualité scientifique que l'Université doit exiger et une évaluation « au poids », que constituent les points SIGAPS, contraire à tous les standards internationaux.

Avec le logiciel SIGREC, la compensation administrative s'applique bien par année civile pendant laquelle au moins un patient a été inclus. Ainsi, un essai débuté avec un seul patient le 31 décembre donne lieu à la même compensation administrative annuelle qu'un essai qui aurait démarré le 1^{er} janvier de la même année. Mais le calcul des points SIGREC en fonction du nombre d'inclusions induit quant à lui un autre effet pervers : étant aveugle à la qualité scientifique des essais dans lesquels ces inclusions se font, il induit une course à l'inclusion au mépris de toute autre considération. Ici encore la logique peut donc diverger des intérêts universitaires et donc *in fine* desservir la vocation initiale de ces outils.

Du fait de l'inévitable imperfection des modèles SIGAPS et SIGREC, ces indicateurs ne sauraient donc en aucun cas être utilisés pour évaluer la valence universitaire d'un individu.

Ils sont trop incomplets et les biais sont trop importants pour qu'ils rendent compte de façon satisfaisante de l'activité de recherche et d'enseignement d'un individu. Au-delà de ce simple constat, il faut plaider pour une convergence entre les évaluations universitaires et ces indices liés à la recherche clinique. Comme nous le verrons plus loin dans la description des méthodes de bibliométrie, il convient en effet de respecter un certain nombre de principes communs, pour garantir la qualité de la recherche clinique et sa créativité.

Recommandation : amplifier l'impact hospitalier des scores SIGAPS et SIGREC, qui ont eu un rôle salutaire en permettant aux exécutifs hospitaliers de prendre conscience des enjeux stratégiques liés à la recherche. Faire impérativement converger ces outils avec les critères d'évaluation universitaire de la recherche pour éviter que divergent valorisation hospitalière et valorisation universitaire.

La nécessaire ventilation des moyens dans les structures ayant une délégation de gestion : exemple du pôle

Le dispositif des MERRI a quelque chose de démotivant pour les médecins acteurs de la recherche : en effet à leurs yeux tout se passe comme si les financements liés à leur propre activité antérieure leur échappaient. Il apparaît nécessaire que la structure interne centralisant les crédits MERRI sache discerner la productivité de chaque pôle en matière de recherche, plutôt que de suivre une logique collectiviste désuète.

Pour faire directement bénéficier les acteurs de la recherche de cette forte incitation portée par le modèle MERRI, les CHU doivent reproduire en interne les modalités de répartition au niveau national (part fixe, part modulable sur indicateurs et part variable) et attribuer à chaque pôle sa part de recettes correspondante. La diffusion de Comptes de Résultat Analytique (dits CREA) retraçant, pour un exercice budgétaire, les dépenses et les recettes directes et indirectes d'une activité de soin et/ou d'un pôle contribue à clarifier la répartition de ces crédits (et des MIGAC en général).

L'exercice consiste à ventiler la plus grande partie des crédits MERRI entre les pôles producteurs de recherche sur la base des indicateurs retenus au niveau national (publications, nombre d'essais, d'inclusions, etc...). Une partie seulement puisqu'il est convenu qu'il est nécessaire de mutualiser et financer, via la part fixe et une partie de la part variable (reconductible pour les CIC par exemple), des structures telles que les Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI), dont le rôle d'animation scientifique, d'incitation et de soutien auprès des équipes hospitalières pour l'émergence des projets de recherche clinique et biomédicale, et la mise en œuvre des innovations est avéré.

Notons que faire apparaître ainsi les MERRI dans les comptes de résultat par pôle n'est que la reconnaissance d'actions déjà financées et abouties, les MERRI ne constituant pas une « cagnotte » dans laquelle puiser. Ce n'est, là encore, que le résultat a posteriori d'une compensation pour des dépenses déjà effectuées (enseignement dispensé auprès des étudiants accueillis par exemple). S'il est vivement recommandé de rendre transparente l'activité de recherche et d'enseignement des équipes et la répartition des crédits MERRI dont ils sont les producteurs, il est tout de même souhaitable de concentrer, au sein d'une structure interne (DRC), les moyens de la recherche (les MERRI mais aussi les autres financements) afin qu'elle redistribue ces possibilités de recrutement/d'équipement aux pôles sous la forme d'un intérressement au regard de leurs indicateurs de recherche. Cette redistribution pourrait se faire

selon des appels d'offres internes, allant dans le sens des recommandations de l'IGAS⁵⁴ qui posaient le principe d'un financement de la recherche par projets. Comme nous l'avons évoqué plus haut, ces appels d'offres pourraient notamment concerter les contrats encadrant l'activité des Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH), permettant d'allouer à ces contrats des moyens issus des MERRI selon des règles budgétaires à définir ultérieurement.

Recommandation : diffuser des Comptes de Résultat Analytique (CREA) faisant figurer par pôle les crédits MERRI au prorata de sa part de recette correspondante. Inciter à la mise en place d'un système d'intéressement direct des acteurs de la recherche par le biais d'appels d'offres internes.

La valorisation universitaire de la recherche clinique

Au-delà des problèmes liés à l'offre de formation (abordés dans le chapitre de ce rapport sur la formation à la recherche clinique), le principal frein à l'engagement des jeunes médecins dans une formation à la recherche clinique est la crainte de ne pas suffisamment valoriser ce type de recherche dans leur cursus hospitalo-universitaire. L'image du jeune médecin qui souhaite obtenir une thèse « au rabais » reste encore de mise dans certaines filières doctorales. En l'absence de statistiques sur le sujet, l'idée que ce type de projet de recherche soit difficile à financer persiste et, comme le soulignait de Pouvoirville en 2006 dans son rapport sur la recherche en soins primaires⁵⁵, il existe très probablement un biais d'attribution des financements institutionnels vers les projets plus fondamentaux.

La prise en compte de l'activité de recherche clinique lors de l'évaluation des candidats à une carrière hospitalo-universitaire reste aléatoire. Souvent déconsidérée lorsqu'elle ne concerne que l'évaluation de nouveaux dispositifs thérapeutiques, quoique parfois tout aussi accaparante comme par exemple dans l'élaboration et la coordination de protocoles académiques multicentriques, elle peut être également fortement valorisée lorsqu'elle s'intéresse, par exemple, à des thématiques plus transversales chez le sujet sain. Les mentalités doivent probablement encore évoluer pour cesser de déconsidérer la valeur universitaire de certaines formes de recherche clinique. Il est par exemple notable que de plus en plus d'essais thérapeutiques académiques ou privés tendent à intégrer, parfois à la demande des investigateurs eux-mêmes, des études ancillaires qui posent des questions plus transversales ou fondamentales. Cette vision d'une recherche décloisonnée et décomplexée, tant sur le plan thématique que financier, doit être soutenue. Toutefois, comme de nombreux rapports l'ont déjà souligné, la mise en place de ces projets de recherche clinique se heurte aux difficultés et aux délais d'obtention d'accords émanant de nombreuses autorités (AFSSAPS, CNIL, CPP, CER...). Ces délais, qui s'ajoutent à ceux préalables à l'obtention d'un financement de la recherche, ont plusieurs niveaux d'impact sur la valorisation de la recherche. Ils retardent, d'une part, la mise en place de l'essai ainsi que l'analyse et l'éventuelle publication des résultats. Dans le domaine de la recherche clinique, il peut ainsi se passer plusieurs années entre l'initiation d'un projet et son aboutissement, et donc sa valorisation sous forme d'une publication scientifique. Le deuxième effet pervers de ces délais est le risque de voir le sujet de la recherche devenir obsolète parfois même avant d'avoir pu débuter l'étude, ce qui limite tout autant la valeur des publications liées au sujet de la recherche. Il est évident que la lourdeur des démarches administratives en matière de

⁵⁴ <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000024/0000.pdf>

⁵⁵ Développer la Recherche en Médecine Générale et en soins primaires en France : Propositions, 2006.

recherche clinique est déraisonnable. Elle est notamment flagrante lorsqu'on la compare aux procédures suivies dans les autres pays industrialisés (y compris ceux dans lesquels la pression médico-légale est beaucoup plus forte et donc devrait davantage ralentir les démarches). L'objet de ce rapport n'est pas de recommander les modifications qui s'imposent pour réduire ces délais, mais il est nécessaire de dénoncer cette superposition de réglementations qui sous prétexte de protéger l'individu participant à la recherche prive surtout la communauté (et donc les individus) d'avancées décisives. Dans l'attente des réformes de fond nécessaires, il faut tenir compte des délais majeurs que ces démarches administratives imposent. La méthode d'évaluation d'un candidat à la carrière hospitalo-universitaire majoritairement impliqué dans des projets de recherche clinique doit donc pouvoir prendre en compte ces situations particulières et juger de l'avancement des projets au même titre que de leur valorisation en termes de publication.

L'activité de recherche, lorsqu'elle est menée jusqu'à son terme, est par conséquent décrite comme un parcours de longue haleine. La fonction d'investigateur, responsable scientifique de la recherche, s'est progressivement vue grevée d'une charge administrative lourde qui dépasse la seule compétence médicale. On observe de surcroît que cette charge éloigne le médecin de ses autres missions, notamment et paradoxalement du soin, mais également d'autres formes de recherche. L'appui logistique des unités de recherche clinique, des CIC et des DRC, pour ce qui est de la fonction de promotion de la recherche, a permis de faire un grand pas dans la structuration de la recherche clinique à l'hôpital. Toutefois, l'intrication progressive de la recherche et des soins ainsi que la spécialisation progressive des formes de recherche clinique plaident en faveur de la mise en place de structures de recherche spécialisée de proximité et contre une mutualisation totale des moyens. De telles structures, véritables équipes de recherche clinique universitaires, pourraient être liées à certains pôles ou Départements Hospitalo-Universitaires (DHU), faciliteraient la gestion des questions administratives ou logistiques, la coordination des soins liés à la recherche entre la ville et l'hôpital, et mettraient en place les outils d'évaluation des capacités d'inclusion dans les essais, l'ensemble de ces tâches étant difficile à réaliser dans des structures transversales.

L'objectif n'est pas de casser les efforts actuels de concentration des moyens, mais de garantir la qualité universitaire des travaux qu'ils valorisent. Comme nous l'avons vu, les indices valorisant financièrement la recherche clinique, les scores SIGAPS et SIGREC, ne le permettent pas. Ils sont même susceptibles de favoriser une logique de volume aux dépens de la qualité. Un tel choix serait suicidaire à moyen terme pour les hôpitaux. En effet la rentabilité serait apparente à court terme, mais le décalage apparaîtrait très vite avec des pays permettant d'inclure un nombre très nettement supérieur de patients dans les essais (actuellement les pays de l'Est, et nous observons la rapide montée en puissance des pays asiatiques). En recherche clinique comme dans les autres domaines, la valeur ajoutée des pays développés tient à l'intelligence et à la sophistication des méthodes. Ce n'est donc pas sur le volume qu'il faut miser, mais sur l'originalité et la qualité des projets. Dans cette perspective il est indispensable de maintenir un lien fort avec la recherche fondamentale, au travers de la recherche translationnelle, ce que des équipes universitaires de recherche clinique pourraient matérialiser.

De plus la concentration de tous les moyens dans des structures hospitalières dédiées (DRC) risquerait d'induire une professionnalisation de la recherche clinique indépendamment de son objet : davantage que la thématique de recherche, ce sont les moyens techniques qui caractériseraient alors la recherche clinique. Si cette logique l'emportait, il serait plus adapté de parler d'ingénierie clinique plutôt que de recherche clinique, et de considérer les moyens mis en œuvre comme un mélange hétéroclite de boîtes à outils, de moyens humains

inaccessibles car sollicités sur des projets aux quatre coins de l'hôpital, et finalement de contraintes administratives. Les efforts actuels de concentration des moyens doivent donc s'accompagner de la déclinaison de structures opérationnelles dans certains pôles ou Départements Hospitalo-Universitaires (DHU). En amont de cette organisation il est indispensable que l'Université et l'Hôpital travaillent de concert sur la recherche clinique plutôt qu'en s'ignorant mutuellement.

Recommandation : créer des équipes universitaires de recherche clinique porteuses de projets et s'articulant avec les moyens transversaux mutualisés au sein des Directions de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI).

C. Vers une bibliométrie intelligente

L'évaluation bibliométrique individuelle et ses premiers écueils

La place de la bibliométrie dans l'évaluation individuelle des chercheurs vient de faire l'objet d'un rapport très complet de l'Académie des Sciences remis le 17 janvier dernier à Madame Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche⁵⁶. Notre groupe de travail a d'ailleurs eu l'opportunité d'auditionner le coordonnateur de ce rapport, le Professeur Jean-François Bach, et soutient très largement les conclusions de ce travail. Notre objectif, est donc ici de replacer l'usage de la bibliométrie dans le contexte particulier de la carrière hospitalo-universitaire. Notons que dans cette perspective les travaux menés par l'Institut Necker, sous la présidence du Professeur Philippe Even, ont mis à mal plus d'une idée reçue.

L'évaluation des chercheurs dans le domaine de la recherche en sciences médicales est tout aussi sujette aux problèmes de subjectivité que dans les autres disciplines. Cette évaluation peut intervenir à différents moments de la carrière : lors de la candidature à des bourses ou de postes d'accueil au moment de la thèse ou du post-doctorat, lors de la candidature aux fonctions hospitalo-universitaires (PHU, MCU-PH, PU-PH), lors de l'attribution de financements de la recherche, lors de la demande de promotions ou de prix et récompenses.

Il est acquis que cette évaluation ne peut se soustraire aux jugements de pairs (commissions pérennes, commissions ad hoc, jury), mode d'appréciation dont les limites sont toutefois connues et ont été rappelées par un précédent rapport de l'Académie des Sciences⁵⁷. Ce type d'évaluation peut être en effet biaisé : connaissance trop superficielle des dossiers par manque de compétence des évaluateurs ou défaut de temps pour préparer l'évaluation, conflits d'intérêts politiques et/ou financiers, effet de groupe, etc... La bibliométrie se présente donc à la fois comme une aide à l'évaluation mais également comme un outil objectif, éventuellement opposable en cas de conflit interne au jury d'évaluation. Les débats passionnés que ces modalités d'évaluation ont suscités dans notre pays doivent maintenant laisser la place à la création de structures d'évaluation dédiées dans les instituts de recherche et les universités, ainsi qu'à une phase d'évaluation propre de ces outils.

⁵⁶ Du bon usage de la bibliométrie pour l'évaluation individuelle des chercheurs. Rapport de l'Académie des Sciences - 17 janvier 2011.

⁵⁷ L'évaluation des chercheurs et enseignants-chercheurs en sciences exactes et fondamentales. Rapport de l'Académie des Sciences - 8 juillet 2009.

Le principe de la bibliométrie est d'évaluer le chercheur (ou un groupe de chercheurs) à partir de sa production scientifique en terme de publications. Plusieurs indicateurs bibliométriques sont utilisés de façon courante :

- *le nombre de publication*, qui est probablement le plus réducteur et ne tient évidemment pas compte de la qualité des travaux ;
- *le nombre total de citations*, qui ne tient pas compte de la place de l'auteur dans la publication et ne reflète parfois que partiellement l'importance de celle-ci ;
- *le facteur d'impact (IF)*, index composite initialement développé par les éditeurs qui évalue une revue par le ratio entre le nombre de citations (en 2010 des articles publiés en 2008 et 2009 par exemple) et le nombre d'articles parus (en 2008 et 2009). Cet indicateur évalue mal les publications de reconnaissance tardive ou citées de façon prolongées ;
- *le facteur H*, créé par Hirsch en 2005, qui évalue de façon composite le volume de publication et les facteurs d'impact. Ainsi, un chercheur ayant un facteur H à 42 a publié 42 articles ayant chacun été cités plus de 42 fois. Cet indicateur, d'utilisation assez répandue, a notamment pour désavantage de favoriser les chercheurs séniors et de ne pas valoriser les articles fortement cités. Des variantes de ce facteur (facteur G, facteur A) ont été proposées pour pallier ces défauts mais restent peu utilisées.

Ces indices bibliométriques sont calculés à partir de bases de données dont l'exploitation est principalement du domaine privé. Dans le domaine des sciences médicales, la base la plus ancienne et la plus utilisée est celle du *Web of Knowledge (WoK) de ISI - Thomson Reuters*. Il existe d'autres bases privées comme *SCOPUS* d'Elsevier mais également des sources gratuites comme *Google Scholar*. De nombreuses études se sont intéressées à comparer ces différentes bases et ont montré une grande disparité dans la fiabilité des données, provenant notamment des sources utilisées pour répertorier les données et du mode de traitement de ces dernières, souvent automatisé pour les bases gratuites. Ces sources répertorient par ailleurs assez peu les références aux livres ou aux chapitres de livres, ce qui peut défavoriser certains auteurs, notamment dans les disciplines ayant recours à ce type de publications comme les Sciences Humaines et Sociales (SHS). La principale recommandation qui découle de ces études est que toute évaluation bibliométrique individuelle doit être précédée d'une phase de validation des références par le chercheur lui-même.

Un premier enjeu de la bibliométrie : distinguer signature et contribution⁵⁸

Outre les problèmes de fiabilité abordés ci-dessus, les indicateurs bibliométriques présentent quelques limitations communes. Ils ne tiennent notamment pas compte du réel investissement de l'auteur dans la recherche. Il s'agit d'un véritable écueil dans le domaine des sciences médicales où les modalités de cosignature (*authorship*) d'une publication sont éminemment variables, et n'échappent pas aux questions politiques et à la complaisance.

Plusieurs niveaux de solutions ont été envisagés pour pondérer la valeur d'une publication en fonction de l'investissement de l'auteur. La lecture directe de l'article ne permet pas toujours

⁵⁸ « authorship » et « contributorship »

d'identifier, dans les premiers auteurs, la contribution respective au travail présenté. Il s'agit par ailleurs d'une tâche fastidieuse et non envisageable à grande échelle. Elle reste cependant d'usage courant lors de l'évaluation par les pairs de jeunes chercheurs sur un volume restreint de publications. La deuxième solution est de pondérer la valeur de la publication par le rang de l'auteur. Cette solution a été notamment mise en place par l'Inserm qui propose des indices de citations corrigés par le rang, ainsi qu'une position moyenne sur les articles signés et cosignés. Ce type de calcul correctif est automatisable et peut être mis en place à grande échelle. Il ne tient pas compte d'éventuels cosignataires *ex aequo* et gomme bien entendu le réel investissement des autres cosignataires dans de véritables travaux d'équipe, voire multi-équipes. La dernière modalité qui devrait, à terme, remplacer ces deux systèmes est le référencement systématique, lors de la publication, des modalités de participation de chacun des auteurs à la publication. Les critères dits de Vancouver⁵⁹ mis à jour en 2008 proposent qu'un auteur de toute publication doive impérativement remplir les trois critères suivants :

- 1) contribution substantielle à la conception et au design de l'étude, acquisition des données, ou analyse et interprétation des données ;
- 2) rédaction ou relecture critique du manuscrit ;
- 3) approbation finale du manuscrit publié. Des modèles de déclaration de contribution (*contributorship*) ont été mis en place par la plupart des éditeurs de revues en sciences médicales et ces contributions sont généralement mentionnées lors de la publication.

L'évaluation bibliométrique individuelle dans les CHU : inadéquation du score SIGAPS

L'utilisation des indicateurs bibliométriques aux différentes étapes de la carrière hospitalo-universitaire est extrêmement variable. Il n'existe par exemple aucun consensus pour évaluer les candidats aux postes de MCU-PH ou de PU-PH au niveau des CHU, des universités, ou des CNU.

Pour ce qui concerne la sélection des candidats hospitalo-universitaires au sein des CHU, le rôle de la bibliométrie dans la sélection des candidats est mise à mal par l'existence du logiciel SIGAPS, dont l'objectif est de *synthétiser très rapidement la production scientifique d'un chercheur, d'un service ou d'un établissement sur une période donnée* afin de fixer le niveau de rémunération de l'établissement par le biais de la part modulable des MERRI⁶⁰. Comme nous l'avons vu dans la description de la valorisation de la recherche clinique par les hôpitaux, ce logiciel collige à la fois les données de bibliographie issue de la base Pubmed ainsi que les affectations des chercheurs afin de déterminer le volume de publication lié à un établissement donné.

On comprend que cette évaluation « au poids », fondée sur le seul facteur d'impact du journal (réparti en 6 classes) peut difficilement rendre compte de la qualité des publications à la fois à l'échelle individuelle et collective. On note d'ailleurs que cette répartition des revues en 6 classes est très imparfaite, et traduit probablement l'absence d'accès aux bases de données de référence (*Web of Knowledge (WoK) de ISI - Thomson Reuters*), qui donnent la valeur des facteurs d'impact de façon précise et mise à jour et permettent de la rapporter à un domaine spécifique.

⁵⁹ Groupe de Vancouver = International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)

⁶⁰ <https://drcd-sir.aphp.fr/>

Plus encore, on peut redouter que la valorisation financière par ce type d'outil n'indue des biais dans l'orientation de la recherche, les choix de publications ou l'affiliation des chercheurs. Rappelons ici que jusqu'il y a peu, les cas cliniques et les lettres à l'éditeur comptaient autant que les articles originaux. Si certains cas cliniques ou lettres rendent de grands services à la communauté, en révélant par exemple des effets secondaires rares, ou même peuvent marquer la réflexion dans un domaine, il est bien évident qu'ils ne nécessitent pas le même travail qu'un article original.

Il apparaît donc évident que les scores SIGAPS n'ont pas vocation à être utilisés pour l'évaluation des individus. En revanche ils constituent un système, certes imparfait, mais indispensable comme nous l'avons vu pour la valorisation de l'activité de recherche à l'échelle collective (jusqu'au pôle) dans les hôpitaux.

Vers une évaluation des méthodes de bibliométrie

L'utilisation des outils de bibliométrie est également rendue délicate par la diversité des disciplines dont sont issus les chercheurs. Cette observation, qu'ont pu faire de grandes structures de recherche très polyvalentes, est tout aussi valable à l'échelle des sciences médicales.

Ainsi, les disciplines médicales diffèrent singulièrement en termes d'opportunités de publication, de gamme de facteurs d'impact et d'indices de citations. Il existe par exemple 9 journaux de facteur d'impact supérieur à 5 en cardiologie, alors qu'il n'en existe que 4 en virologie et 1 en dermatologie. L'utilisation des facteurs d'impact ou d'indices de citations isolés pour comparer des candidats de spécialités différentes est donc relativement inadaptée. Un effort doit être fait pour proposer de nouveaux indicateurs qui permettent de positionner le candidat à l'intérieur de sa discipline. Pour évaluer la visibilité d'une publication ou d'un auteur, il peut être par exemple intéressant de savoir si cet(te) auteur/publication appartient aux 1%, 10% des auteurs/publications les plus cité(e)s de la discipline sur une période donnée et, éventuellement, sur un sujet donné. Ce type d'indicateur, mis en place par le Département de l'évaluation scientifique de l'Inserm, permet ainsi d'obtenir une observation normée de chaque candidat.

Les outils bibliométriques employés aux différentes étapes de la carrière ne doivent probablement pas être identiques. Il est par exemple maintenant bien admis que le facteur H, qui est largement utilisé dans les évaluations individuelles et de groupes, favorise les chercheurs séniors qui ont accumulé les citations. Des modalités particulières doivent donc être mises en place pour l'évaluation des plus jeunes et notamment des candidats aux carrières hospitalo-universitaires. Ces modalités doivent être différentes de celles adoptées pour promouvoir l'avancement.

La mise à disposition d'un panel d'indicateurs auprès des instances universitaires et des CNU pourrait faire l'objet d'un travail confié à l'Observatoire des Sciences et Techniques (OST) dont les membres sont notamment le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, les instituts de recherches (Inserm, CNRS, CEA, INRA...) et la Conférence des Présidents d'Université (CPU). Les pré-requis associés à chaque procédure d'évaluation (recrutement, promotion) pourraient être définis par ces structures évaluatrices avant d'être validés par l'AERES et rendus publics. Enfin, il est difficile de parler d'évaluation des chercheurs par la bibliométrie sans aborder le problème de l'évaluation de la bibliométrie

elle-même et de sa validation. Il est souhaitable que ces outils fassent donc l'objet d'une évaluation rétrospective puis prospective et que leurs potentiels utilisateurs soient formés à leurs usages et à leurs limites. Aucun de ces indicateurs ne paraissant à ce jour satisfaisant isolément, il paraît utile de les multiplier afin de prendre en compte la diversité des carrières hospitalo-universitaires et des objectifs d'évaluation.

Notons enfin que les EPST ont pris une avance évidente sur les universités et les CHU pour la bibliométrie. La différence la plus flagrante entre les approches est observée dans l'évaluation des jeunes candidats à un poste, avec pour conséquence une réelle divergence dans les recrutements. Ainsi les EPST et institutions de recherche privilégient désormais des candidats ayant un faible nombre de publications mais des publications marquantes. Notons également que de réels risques sont pris, par exemple en misant sur une nouvelle technique semblant prometteuse, et que ces risques sont d'autant plus volontiers pris que les candidats sont souvent recrutés sur des contrats initialement à durée déterminée (équipes AVENIR par exemple). L'utilisation du nouveau statut de Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH) répondrait à un cahier des charges similaire. Il serait donc souhaitable que les universités et les CHU s'inspirent de la démarche des EPST.

Les grands principes

Dans l'attente d'une véritable évaluation des méthodes de bibliométrie, nous pouvons dégager quelques principes qui devraient régir l'utilisation de la bibliométrie et permettre de valoriser l'excellence :

- la convergence des méthodes : il est nécessaire de chercher à faire converger les méthodes, pour uniformiser l'évaluation. Comme nous l'avons vu, les évaluations de l'Inserm ont ainsi pris une certaine avance sur les méthodes utilisées par les universités et pourraient servir, en partie, de modèle ;
- la convergence des indices : aucun indice ne résume à lui seul l'ensemble des caractéristiques d'une publication, et c'est donc la convergence de ces indices qui doit être prise en compte ;
- les scores SIGAPS n'ont aucune pertinence pour l'évaluation individuelle : ils ne devraient pas intervenir dans la décision de nomination ou de promotion d'un hospitalo-universitaire puisqu'ils ne garantissent pas la qualité de la recherche. En revanche ils constituent un outil précieux pour valoriser la recherche dans les hôpitaux, et comme nous l'avons vu ils devraient être attribués aux pôles permettant ces publications ;
- éviter la multiplication de publications sans impact scientifique : parmi les indices bibliométriques, le nombre total de publication est probablement le moins bon indicateur et ne devrait donc pas intervenir. Notons que certains considèrent même que chaque chercheur devrait de lui-même limiter ses publications sur l'ensemble de sa carrière à une trentaine ;

- éviter d'utiliser des valeurs moyennes, qui ne tiennent pas compte de la diversité des publications : ainsi le facteur H à 20 ne distingue pas un senior ayant 20 publications citées 20 fois (donc un dossier plutôt décevant) et celui ayant publié quelques articles marquants et très cités parmi ses 20 publications ;
- prendre en compte la place de l'auteur : ne comptabiliser une publication que pour l'auteur principal, nous semble être une proposition extrême dont les plus jeunes font les frais (il n'est pas si facile de les situer par rapport à ce critère) ; en revanche, il est nécessaire, au minimum, de différencier franchement les premier, deuxième, troisième, avant-dernier et dernier auteurs des autres, dont l'importance est le plus souvent négligeable ;
- les facteurs d'impact et les citations doivent être rapportés au domaine dans lequel ils interviennent : ils devraient ainsi être classés parmi les 1%, 10% et 25% des meilleures publications de ce domaine ;
- l'évaluation bibliométrique ne se substitue pas à l'évaluation par les pairs :
 - lire les publications : cette recommandation n'est pas réaliste pour les seniors ; en revanche il découle des précédentes recommandations que chez les plus jeunes seul un nombre très limité de publications seront évaluées (classiquement dans les universités anglo-saxonnes on attend une publication marquante par an pour un jeune chercheur ou *medical academic*), donc la lecture des publications doit être recommandée pour ces derniers ;
 - valoriser les revues d'impact élevé : le simple rapport mathématique entre les facteurs d'impact de deux revues ne discrimine pas suffisamment ces revues. En effet la publication dans certaines revues est bien plus difficile que ne le mesure son facteur d'impact, et ainsi 3 publications dans une revue de facteur d'impact à 5 peuvent ne pas être équivalentes à 1 publication dans une revue de facteur d'impact à 15 ;
 - toujours mettre en perspective ces publications : au delà de la logique comptable que peut devenir la bibliométrie, il est nécessaire de mettre en perspectives les publications :
 - dans la dynamique qui anime l'auteur, en cherchant à évaluer la cohérence de sa démarche de publication en publication ;
 - dans le champ dans lequel s'insère l'auteur : il s'agit d'évaluer s'il est pertinent de parier sur cette thématique ;
 - dans le contexte dans lequel s'intégrera l'hospitalo-universitaire : ses moyens de recherche et ses collaborations locales notamment.

Recommandation : améliorer les méthodes de bibliométrie utilisées pour l'évaluation des candidats à une nomination ou une promotion en les faisant converger vers les standards internationaux déjà largement adoptés par les EPST, selon lesquels la convergence d'indices est recherchée, la qualité est bien davantage valorisée que la quantité, et la mise en perspective des publications est assurée lors d'une évaluation par les pairs.

D. Les nouveaux outils

Les contrats d'objectifs et de moyens

En droit français, un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est le contrat par lequel un organisme s'engage auprès d'une autorité de tarification pour bénéficier d'allocations budgétaires en fonction des objectifs d'activité poursuivis. La philosophie d'un tel contrat est de deux ordres :

- lier contractuellement et étroitement les « objectifs » et les « moyens » permettant de les réaliser, c'est-à-dire s'assurer que l'organisme possède le financement nécessaire à la réalisation du cahier des charges des objectifs initialement établis ;
- vérifier le bon usage du financement alloué par l'évaluation de la réalisation de ces objectifs à l'issue de la période contractuelle, conditionnant ainsi l'allocation de nouveaux financements.

Pour les carrières universitaires en général, et les carrières hospitalo-universitaires en particulier, le modèle de la « tenure track » mis en place dans les universités anglo-saxonnes et précédemment décrit dans ce rapport est une parfaite illustration de l'utilisation d'un contrat d'activité et de moyens à l'échelle des individus.

L'absence de contractualisation sur des objectifs et des moyens alloués au cours d'une carrière hospitalo-universitaire, comme c'est le cas actuellement, n'est pas sans conséquences aussi bien à l'échelle de l'individu qu'à l'échelle de l'institution (pour l'Université comme pour l'Hôpital). En effet les activités de l'hospitalo-universitaire sont susceptibles de ne pas être reconnues. Il arrive ainsi qu'il se trouve dans la situation paradoxale de devoir lui-même faire reconnaître son activité auprès des institutions qui l'emploient, afin d'obtenir les moyens dont il aurait besoin (ou plutôt aurait eu besoin) pour la mener à bien. Nombreux sont probablement ceux qui abandonnent dans ces conditions en partant poursuivre leur carrière à l'étranger, voire dans le secteur privé. D'autres encore voient dans leur titularisation la seule valorisation possible à leurs multiples activités, et par conséquent abandonnent une partie de leurs missions de soin, d'enseignement et surtout de recherche une fois titularisés. La titularisation de praticiens dans ces conditions pour une période de 20 à 30 ans a un coût majeur pour l'Université et l'Hôpital.

Il convient donc dans l'intérêt de l'individu comme dans celui de l'institution de mettre en place des contrats d'objectifs et de moyens qui lieraient l'Université, l'Hôpital et l'hospitalo-universitaire. A titre d'exemple, la signature d'un tel contrat pour un jeune hospitalo-universitaire de chirurgie, repéré par son aptitude dans un domaine clinique et/ou de recherche, permettrait de développer un domaine d'excellence sur une thématique spécifique de sa spécialité. Comme nous l'avons vu concernant les professeurs adjoints hospitalo-universitaires, les moyens seraient mis à disposition à la fois par l'Hôpital (Unité Fonctionnelle, UF, par exemple, avec les effectifs médicaux et paramédicaux requis) et l'Université (allocations doctorales, financement d'un post-doctorat, moyens de recherche) permettant au candidat de répondre aux objectifs définis dans son contrat. Afin de promouvoir l'émergence de jeunes talents, experts de demain dans un domaine de compétence spécifique (domaine d'excellence clinique, de recherche et donc d'enseignement), il est en effet capital que l'Université et l'Hôpital établissent de tels contrats avec des jeunes hospitalo-

universitaires repérés sur la base de leur dynamique individuelle (leur potentiel), de leur profil au sein d'une spécialité, et de l'environnement universitaire et hospitalier dans lequel ils s'intègrent. Notons que de tels contrats pourraient concerner également les hospitalo-universitaires titulaires, et qu'ils permettraient alors de les valoriser individuellement par l'attribution de primes émanant aussi bien de l'Hôpital que de l'Université. Ils pourraient être établis pour quatre ans et donneraient lieu à une évaluation soit par une instance émanant de l'Université soit par le CNU.

L'évaluation déclinée selon la triple mission

Comme nous l'avons vu, l'évaluation de la triple mission a un rôle essentiel dans la valorisation personnelle et institutionnelle des hospitalo-universitaires. Elle constitue également le corollaire des contrats de moyens et d'objectifs. Pour autant, au sein de cette triple mission chaque mission est évaluée de façon très inégale.

Ces dernières années, des outils d'évaluation de la recherche, telle que la bibliométrie, ont été mis en place. Un grand pas a été fait, même si la pertinence de certains de ces outils a été discutée dans ce rapport. Il est ainsi volontiers considéré que la mission de recherche est la plus facile à évaluer (ce qui ne veut pas dire qu'elle l'est toujours correctement).

Concernant la mission de soin, des outils existent également, notamment au travers de la mesure de l'activité. De même que pour les outils d'évaluation de la recherche, ces outils ont des défauts. Ainsi ils ne différencient pas, ou mal, les actes selon la gravité des cas pris en charge ou encore selon les comorbidités, ne permettant pas la superposition directe de l'activité de service appartenant à des hôpitaux différents voire d'individus appartenant à une même équipe. Mais ils ont le mérite d'exister, ce qui en soi est un progrès considérable. On peut d'ailleurs noter que les cliniques privées savent remarquablement les utiliser pour évaluer les praticiens qu'ils recrutent.

Parallèlement à ces outils de mesure de l'activité, la mission de soin bénéficierait de la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens. Ils permettraient par exemple de développer des activités spécifiques dans les CHU. Ce pourrait être le développement d'une activité (chirurgie ambulatoire, transplantation, consultation spécialisée par exemple) qui serait contractualisée, mobilisant les énergies d'une équipe dans des directions que la communauté hospitalo-universitaire validerait au préalable.

L'évaluation de l'enseignement reste difficile en comparaison avec les autres missions. Dans de nombreux pays, notamment les pays anglo-saxons dans lesquels les universités peuvent sélectionner leurs étudiants et réciproquement, l'évaluation de la qualité de l'enseignement s'effectue par la mesure de l'attrait qu'exerce l'université sur les étudiants. Ainsi les recruteurs des universités nord-américaines sont capables d'indiquer assez précisément quelle est l'attractivité de tel département de telle université en comparaison avec le département similaire d'une autre université : il leur suffit de connaître le classement effectué par chaque étudiant dans sa demande d'admission. Les frais d'inscription constituant une manne financière pour les universités, de telles estimations ont un effet direct sur les départements, auxquels l'université ne manque pas d'indiquer une baisse d'attractivité le cas échéant. Ainsi c'est une véritable logique de marché qui vient sanctionner la qualité de l'enseignement dispensé dans chaque département au sein de chaque université.

En France, les frais d'inscription sont fixés par l'Etat, l'Université n'a théoriquement pas le droit de sélectionner ses étudiants, et enfin les étudiants ne peuvent librement choisir leur université (en médecine du moins) : une telle logique de marché est donc inopérante. En l'état actuel des choses, l'évaluation de l'enseignement doit se faire par d'autres vecteurs, comme le nombre d'heures de cours dispensés (un peu obsolète à l'heure des nouvelles technologies), l'organisation de cours spécifiques (incluant les Diplômes d'Université, DU, pour lesquels une logique de marché réapparaît) ou la conception de projets spécifiques (télé-enseignement par exemple). On voit donc comment des contrats d'objectifs et de moyens pourraient être mis à contribution pour valoriser la mission d'enseignement. Le développement de certains diplômes d'université, ou encore la mise en place de projets pédagogiques spécifiques feraient l'objet de tels contrats et valoriseraient à la fois l'institution et les hospitalo-universitaires impliqués.

Recommandation : mettre en place des contrats d'objectifs et de moyens pour valoriser chacune des trois missions des hospitalo-universitaires et ainsi valoriser les engagements différenciels de chacun parmi ces trois missions.

Utilisation des outils multimédias

Plateformes multimédias

Les plateformes multimédias se sont très rapidement développées dans certaines UFR de médecine, sous l'impulsion des Doyens, des conseils pédagogiques et des cellules TICE (Technologie de l'Information et de la Communication par l'Enseignement). Différents supports pédagogiques sont mis en ligne (par exemple cours filmés, enregistrements audio des cours, diaporamas, ou encore polycopiés).

A l'heure des nouvelles technologies, ces supports en ligne sont très utilisés par les étudiants, entraînant une demande forte quant à leur évolution, et modifiant en profondeur les modalités de pédagogie. A titre d'exemple une évaluation de l'utilisation de la plateforme multimédias de l'UFR de médecine Paris Descartes réalisée en 2009 au sein d'une promotion d'étudiants en DCEM1 (avec un taux de réponse de 94%) a permis de montrer que 79% des étudiants utilisent cette plateforme. Depuis, des améliorations pour lesquelles les étudiants avaient témoigné leur intérêt au cours de cette enquête ont été apportées : format des vidéos accessible en streaming, chapitrage de ces vidéos en fonction du diaporama, permettant d'entendre le cours correspondant à telle ou telle diapositive, création d'un carnet de stage électronique par exemple. La mise en ligne des cours génère des outils d'évaluation supplémentaires, tels que le nombre de visites sur le site pour tel ou tel cours ou encore l'évaluation en ligne de ces cours, en même temps qu'elle en fragilise d'autres, tels que le taux de présence d'une promotion à ces cours.

Si le bilan ne peut être fait à ce jour quant aux effets des plateformes multimédias sur l'évaluation de la mission d'enseignement, nous pouvons néanmoins faire un premier constat : celui des effets ressentis par les enseignants. En effet la grande majorité d'entre eux souligne l'attention que la mise en ligne de leur cours les amène à porter sur la préparation de ce cours. Cette mise en ligne appelle tout d'abord à une plus grande rigueur quant aux informations données et à l'adéquation des questions d'examens avec ces informations : il devient facile pour un étudiant de contester la correction d'une copie au gré de la démonstration de ce qu'a effectivement dit l'enseignant lors de son cours. Cette mise en ligne

matérialise également la possibilité d'un contrôle par les pairs : le cours dispensé par tel enseignant peut être visualisé par un autre enseignant, et se doit donc d'être parfaitement à jour par rapport à l'évolution de la discipline correspondante. Si ce contrôle par les pairs n'est bien évidemment pas effectué en pratique (ni par le Doyen !), le simple fait de le rendre possible engage dans un cercle vertueux qui améliore la qualité de l'enseignement dispensé.

Le rôle des pages web personnelles

Dans ce contexte de généralisation de l'utilisation des outils multimédias, la valorisation individuelle des hospitalo-universitaires et des universités se fera également à travers l'utilisation de réseaux sociaux. Ces réseaux sociaux (*Facebook* par exemple) consistent à mettre en lien des individus au travers de leurs pages web personnelles.

Les universités de réputation internationale, notamment anglo-saxonnes, ont compris le rôle important de ces réseaux dans la valorisation individuelle et institutionnelle. Le principe est de demander à chaque universitaire d'indiquer sur sa page web personnelle (portée par le serveur de l'université) un certain nombre d'informations : son champ d'expertise, sa thématique de recherche, ses projets en cours, ses collaborations, ou encore ses publications marquantes. Bien évidemment chacun est libre de choisir les informations qu'il juge pertinentes sur lui, et le principe général est simplement d'afficher ce choix. Chacun est également libre de la publicité qu'il souhaite faire à sa page web, mais on peut noter que dans la grande majorité des cas les universitaires insèrent l'adresse de cette page dans la signature de leurs emails.

Les bénéfices d'une telle démarche sont évidents. Elle recrée sur la toile une communauté universitaire et renforce les liens entre les universitaires ou les étudiants et leur institution. On sait combien la force de ces liens a contribué à l'essor des universités anglo-saxonnes. Citons l'exemple des donations effectuées par d'anciens étudiants ou universitaires, telles que celles que fit Herchel Smith, inventeur de la pilule contraceptive, de 200 millions de dollars à l'Université de Cambridge et de 100 millions de dollars à l'Université de Harvard, finançant dans ces universités des dizaines de chaires de professeur. Ces belles histoires paraissent bien éloignées de la culture française, mais on peut espérer que les universités françaises en feront un jour les bénéfices. A cette fin il est important de renforcer la cohésion de la communauté universitaire et le sentiment d'appartenance à cette communauté par des outils aussi simples que les pages web personnelles. Ces dernières ont également la vertu d'encourager les collaborations, en matérialisant les démarches des uns et des autres auprès de tous, y compris en l'absence d'une unité de lieu (dans le contexte de l'éclatement des structures universitaires et hospitalières par exemple). Enfin, elles incitent à la transparence quant aux différentes missions hospitalo-universitaires, et de ce fait sont susceptibles de favoriser un cercle vertueux similaire à celui que nous avons évoqué concernant la mise en ligne des cours.

Recommandation : utiliser les nouveaux outils multimédias pour valoriser la mission d'enseignement des hospitalo-universitaires et renforcer les liens entre les hospitalo-universitaires d'une même université, et avec leur université.

Conclusion et synthèse

Contexte

La *mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire* que nous a confiée Madame Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, s'inscrit dans le contexte de réformes modifiant en profondeur l'Université française.

L'autonomie des universités leur permet d'affirmer leur identité propre et de se positionner dans la compétition universitaire internationale au moment où le rôle clé de l'Université dans la recherche est réaffirmé. Les investissements d'avenir, dans le cadre du grand emprunt national, accélèrent encore cette évolution en sollicitant auprès des acteurs la construction de nouveaux projets, tels que les Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU). Ces réformes invitent à repenser l'équilibre, le cadre ainsi que les modalités de développement de la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche qui définit l'engagement hospitalo-universitaire.

Alors qu'ils ne représentent que 4% des 216450 médecins français, les hospitalo-universitaires permettent aux patients de bénéficier des soins les plus innovants, notamment dans le cadre de la recherche biomédicale, administrés par des médecins dont les connaissances sont conformes à l'état de l'art. La double appartenance des hospitalo-universitaires apparaît en effet, à un moment où l'Université française connaît précisément une accélération spectaculaire, comme le garant du transfert de l'excellence universitaire vers les soins apportés au plus grand nombre.

Pour répondre à ces enjeux, ce rapport a suivi trois grandes lignes directrices :

- la formation à la recherche, qui conditionne l'excellence des futurs hospitalo-universitaires ;
- les statuts hospitalo-universitaires à même de permettre, dans un cadre assoupli, le renouvellement, la diversification des effectifs hospitalo-universitaires et leur promotion tout au long de leur carrière ;
- le rôle spécifique d'acteurs extérieurs aux universités autonomes dans l'évaluation des hospitalo-universitaires, le Conseil National des Universités (CNU) et les hôpitaux, ainsi que de nouveaux outils tels que les contrats d'objectifs et de moyens.

La formation à la recherche

La formation à la recherche doit bénéficier à l'ensemble du corps médical, en développant l'esprit critique et la capacité d'analyse qui permettront le renouvellement constant des connaissances et des pratiques tout au long de l'exercice professionnel. Concernant les futurs hospitalo-universitaires, ce n'est pas à 30 ans en sortant du bloc opératoire que l'on peut rattraper des lacunes dans la formation scientifique initiale, et il convient donc de donner accès à la formation qui permettra l'épanouissement ultérieur d'une thématique de recherche.

La mise en place en 2010 de la Première Année Commune aux Etudes de Santé, la PACES, vise à réduire l'échec en première année de médecine en rendant possible l'accès par la même première année aux autres formations de santé. Dans la continuité de cette réforme, nous souhaitons élargir encore le champ des cursus possibles. Deux écoles s'opposent dans cette perspective. La première privilégie le soin et milite en faveur d'un enseignement professionnalisant d'emblée, ne laissant la place que tardivement à des rudiments scientifiques. La seconde propose au contraire de privilégier la formation scientifique initiale, par exemple en ne sélectionnant pour l'entrée dans les études de médecine qu'à l'issue d'un grade licence obtenu à l'Université, et ne permettant donc une formation clinique qu'au décours d'un parcours scientifique exigeant.

Nous avons considéré qu'une **solution intermédiaire** était possible, dans le cadre du **droit à l'expérimentation des universités autonomes**, consistant à :

- mettre en place un **cursus commun de une à deux années au sein des universités**, en fonction de leurs composantes santé et autres,
- **allouer un pourcentage significatif du numerus clausus national** qui est dévolu aux universités **à des entrées parallèles** intervenant à partir du grade licence. L'Université Pierre et Marie Curie a ainsi conçu dans le cadre des Initiatives d'excellence un projet structurant les premières années d'un cursus commun et les entrées parallèles en médecine qui lui font suite.

Par ailleurs, nous avons rappelé la nécessité de :

- **encourager les doubles cursus MD – PhD** : il est nécessaire d'autoriser explicitement les Internes inscrits en thèse d'université à prendre jusqu'à trois années de disponibilité pour recherche et d'aménager le troisième cycle des étudiants déjà titulaires d'une thèse d'université ;
- **valoriser la recherche clinique** : la formation à la **Lecture Critique d'Article (LCA)** doit être débutée plus tôt dans le cursus pour initier l'ensemble des futurs médecins à la recherche clinique. Pour permettre de poursuivre une démarche universitaire en recherche clinique il est nécessaire de **flécher des cursus de recherche clinique au sein des écoles doctorales existantes** ;
- **valoriser les Sciences Humaines et Sociales (SHS)** : les sciences humaines constituent un champ de recherche en soi et permettent de comprendre les enjeux sociaux et éthiques inhérents à l'exercice de la médecine. Les universités peuvent également y trouver des outils pour **former au plus tôt les futurs hospitalo-universitaires à la pédagogie**.

Les statuts hospitalo-universitaires

L'objectif principal est de permettre le renouvellement des effectifs hospitalo-universitaires et de définir des modalités de promotion de l'excellence.

En 2010 on comptait 4111 Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH), 1635 Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH), 3830 Chefs de Clinique des universités - Assistants des hôpitaux (CCA), Assistants Hospitaliers Universitaires (AHU) et Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU). Cette répartition est à mettre en lumière avec celle des sciences, comptant 7786 professeurs et 16779 maîtres de conférences, ou du droit et des sciences économiques, comptant 2253 professeurs et 5133 maîtres de conférences.

Cette comparaison, mettant en évidence le rôle limité en médecine des maîtres de conférences pour le renouvellement des effectifs de professeurs en médecine, conduit à recommander de :

- **conserver le statut de CCA et AHU**, sans lesquels la pyramide hospitalo-universitaire perdrat toute cohérence et par conséquent ne pourrait être renouvelée ;
- **maintenir les effectifs de CCA et AHU** ;
- **réaffirmer leur engagement universitaire** ;
- **créer un nouveau statut hospitalo-universitaire**, les **Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH)**, permettant d'assurer la jonction entre les postes de CCA et AHU et les postes de PU-PH :
 - faisant suite au clinicat, nommés pour 5 ans : la nature contractuelle de ces postes est conforme à ce qui se fait à l'international et doit permettre d'investir dans les profils les plus prometteurs pour la communauté hospitalo-universitaire,
 - n'étant pas attribué à l'ancienneté mais en fonction de la qualité des candidats, de leurs goûts, de leurs envies et de leur potentiel parmi les trois missions,
 - faisant l'objet d'un contrat tripartite de moyens et d'objectifs entre l'Université, l'Hôpital et le candidat,
 - pouvant conduire, sous condition, à leur titularisation, et dont les postes seront créés à moyens constants en mettant en extinction à terme le statut de Praticien Hospitalier Universitaire (PHU) et en donnant aux universités la possibilité de convertir les postes de PU-PH et MCU-PH partant à la retraite.
- **mettre à disposition des universités autonomes un statut rénové de professeur invité** : les universités pourront utiliser ce statut avec leurs moyens propres et sur des objectifs propres, notamment dans le cadre des IHU, sans les contraintes de durée actuelles.

Les propriétés de l'ensemble des corps hospitalo-universitaires nous ont amené à rappeler que **la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche est portée par une équipe hospitalo-universitaire et non par un individu**. Il convient donc de valoriser chacune des missions pour permettre au sein d'une équipe la spécialisation fonctionnelle des individus dans certaines de ces missions, cette spécialisation pouvant changer au cours de la carrière hospitalo-universitaire.

Les acteurs et les outils spécifiques pour l'évaluation

L'évaluation doit être la plus juste possible pour l'ensemble du communauté hospitalo-universitaire, et doit permettre de promouvoir l'excellence requise pour se positionner dans la compétition internationale.

Le CNU santé

Le Conseil National des Universités (CNU) est l'instance nationale qui se prononce sur les mesures relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des enseignants-chercheurs. Dans le contexte de l'autonomie des universités, la pertinence d'une telle structure transversale au niveau national a pu être questionnée. Nous avons considéré que la **spécificité du métier hospitalo-universitaire**, sa double appartenance, impose un tel mécanisme de régulation, assuré par le **maintien des sections médicales du CNU (CNU santé)** : il est nécessaire de s'assurer de la qualité professionnelle des hospitalo-universitaires, notamment dans sa dimension hospitalière. Au regard de l'importance de ses missions, nous avons recommandé une série de **réformes du CNU santé** qui impliqueront notamment l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) pour leur mise en place (critères de nomination et de promotion, ainsi que d'appartenance au CNU).

Les hôpitaux

Nous proposons que les CHU construisent une **gestion prospective des carrières** et sachent notamment confier aux hospitalo-universitaires en fonction de leur qualité et non de leur âge la **responsabilité d'une Unité Fonctionnelle (UF)** pour développer une nouvelle activité clinique.

Nous avons souligné le rôle salutaire des outils de **valorisation hospitalière de la recherche clinique**, qui ont permis aux exécutifs hospitaliers de prendre conscience des enjeux stratégiques liés à la recherche. Il est désormais impératif de **faire converger ces outils avec les critères d'évaluation universitaire** de la recherche pour éviter que divergent valorisation hospitalière et valorisation universitaire.

La bibliométrie

Pour valoriser la mission de recherche des hospitalo-universitaires, les méthodes de **bibliométrie** doivent évoluer pour rejoindre les **standards internationaux**, comme l'Inserm et le CNRS en ont montré l'exemple. Il s'agit notamment de rechercher la convergence d'indices plutôt que d'utiliser des indices globaux, de **valoriser la qualité des travaux plutôt que leur quantité**, et de toujours les mettre en perspective lors d'une **évaluation par les pairs**.

Les contrats d'objectifs et de moyens

Pour valoriser chacune des trois missions des hospitalo-universitaires, les **contrats d'objectifs et de moyens** doivent être généralisés. Le contrat tripartite entre l'Université, l'Hôpital et le candidat à un poste de Professeur-Assistant -Praticien Hospitalier (PA-PH) en est un exemple, qui pourrait être décliné tout au long de la carrière hospitalo-universitaire au travers de la nécessaire **évaluation quadriennale des hospitalo-universitaires**, évaluation conduite par le CNU et dont la méthode est encadrée par l'AERES. Ces contrats devraient notamment permettre de promouvoir l'investissement des hospitalo-universitaires dans la **mission d'enseignement**.

Recommandations

La formation à la recherche

- accorder aux universités autonomes, dans le cadre du droit à l'expérimentation, la possibilité de structurer un cursus commun de une ou deux années, à partir de leurs composantes santé et autres, et à faire basculer un pourcentage significatif du numerus clausus qui leur est alloué vers les entrées parallèles.
- faire du L2-L3 de médecine le moment privilégié de la formation scientifique. L'objectif est de permettre aux étudiants de développer l'esprit critique et le sens de l'innovation propres à la démarche scientifique.
- promouvoir les doubles cursus, notamment MD-PhD au sein des universités et de l'Ecole de l'Inserm - Liliane Bettencourt.
- rappeler qu'il est possible d'interrompre l'internat pendant les trois années requises pour l'obtention d'une thèse d'université en combinant les disponibilités pour études ou recherches et les disponibilités pour convenances personnelles. Reconnaître réglementairement ces années de disponibilités pour motif de préparation d'une thèse d'université.
- développer la LCA en amont de la préparation à l'ECN comme introduction à la formation à la recherche clinique.
- flécher des cursus de recherche clinique au sein des écoles doctorales existantes.
- développer la place des sciences humaines et sociales dans la formation médicale. Il s'agit d'un champ possible de recherche scientifique, qui doit s'inscrire dans les standards internationaux de toute recherche. Plus fondamentalement, les sciences humaines et sociales doivent enrichir la formation des futurs hospitalo-universitaires à la pédagogie.

Les statuts hospitalo-universitaires

- maintenir le nombre actuel de postes de CCA et AHU, condition nécessaire à la qualité de la formation des étudiants en médecine, au rayonnement des UFR de médecine et au renouvellement des effectifs hospitalo-universitaires.
- impliquer l'Université dans l'évaluation de la rentabilité universitaire des postes de CCA et AHU, et lui donner la possibilité d'intervenir dans la sélection des candidats à des fonctions de CCA et AHU.
- créer un nouveau corps intermédiaire hospitalo-universitaire non titulaire, les Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH) à partir de postes de PU-PH (ou de MCU-PH) et faisant l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens tripartite entre le candidat, l'Université et l'Hôpital.

- adapter le statut de professeur invité pour permettre aux universités autonomes son utilisation dans le cadre de projets locaux et avec les financements dont elles disposent.
- supprimer à terme le statut de PHU et maintenir le statut de MCU-PH, en diminuant progressivement leur nombre en faveur des postes de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH).
- exclure de l'obligation d'obtention du DES de biologie médicale introduite par l'ordonnance dite Ballereau sur la biologie médicale les biologistes spécialisés de CHU en tant qu'il s'agit d'un métier distinct de celui de biologiste médical non universitaire. Il conviendrait pour la biologie spécialisée en CHU d'introduire de nouveaux pré-requis de recrutement appliqués par le CNU en termes de qualifications professionnelles objectivement requises (diplôme et exercice professionnel équivalent) pour l'exercice de la triple mission.
- alléger la distinction CCA/AHU en ce qui concerne l'accès à la qualité de PU-PH pour les cas où des fonctions équivalentes au fond auraient permis au candidat d'acquérir la même qualification professionnelle.
- permettre d'évaluer si le candidat, éventuel ressortissant d'un autre état membre de la Communauté Européenne, possède les qualifications professionnelles objectivement requises pour être recruté en qualité de PU-PH, sans conditions d'exercice national mais au contraire prise en compte des qualifications et fonctions exercées à l'étranger. Cette prise en compte pourrait être validée par le CNU qui accorde déjà des équivalences ou des dispenses pour les diplômes et titres étrangers.

Les acteurs et outils spécifiques pour l'évaluation

Le CNU santé

- maintenir le CNU santé compte tenu de la spécificité du métier hospitalo-universitaire, la double appartenance.
- réformer le CNU santé pour en garantir la qualité en rapport avec l'importance de ses missions, en établissant pour chaque sous-section avec l'AERES des procédures transparentes pour les nominations et les promotions, en définissant les critères requis pour être nommé dans chaque sous-section, et en mettant en place une instance de pilotage centrale permettant une vision d'ensemble des 13 sections et 51 sous-sections et les aménagements qui seraient nécessaires pour harmoniser les procédures, organiser de nouveaux regroupements de sous-sections ou des délibérations communes.

L'hôpital

- savoir confier à un hospitalo-universitaire en fonction de sa qualité et non de son âge la responsabilité d'une Unité Fonctionnelle (UF), notamment dans le cadre du contrat tripartite liant l'Université, l'Hôpital et le Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier (PA-PH) et dans le but de développer une activité clinique spécifique.
- développer à l'hôpital une gestion prospective des carrières, en collaboration avec l'UFR de médecine.
- amplifier l'impact hospitalier des scores SIGAPS et SIGREC, qui ont eu un rôle salutaire en permettant aux exécutifs hospitaliers de prendre conscience des enjeux stratégiques liés à la recherche. Faire impérativement converger ces outils avec les critères d'évaluation universitaire de la recherche pour éviter que divergent valorisation hospitalière et valorisation universitaire.
- diffuser des Comptes de Résultat Analytique (CREA) faisant figurer par pôle les crédits MERRI au prorata de sa part de recette correspondante. Inciter à la mise en place d'un système d'intéressement direct des acteurs de la recherche par le biais d'appels d'offres internes.
- créer des équipes universitaires de recherche clinique porteuses de projets et s'articulant avec les moyens transversaux mutualisés au sein des Directions de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI).

La bibliométrie

- améliorer les méthodes de bibliométrie utilisées pour l'évaluation des candidats à une nomination ou une promotion en les faisant converger vers les standards internationaux déjà largement adoptés par les EPST, selon lesquels la convergence d'indices est recherchée, la qualité est bien davantage valorisée que la quantité, et la mise en perspective des publications est assurée lors d'une évaluation par les pairs.

Contrats d'objectifs et de moyens

- mettre en place des contrats d'objectifs et de moyens pour valoriser chacune des trois missions des hospitalo-universitaires et ainsi valoriser les engagements différenciels de chacun parmi ces trois missions.

Outils multimédias

- utiliser les nouveaux outils multimédias pour valoriser la mission d'enseignement des hospitalo-universitaires et renforcer les liens entre les hospitalo-universitaires d'une même université, et avec leur université.

Résumé

Contexte

La *mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire* s'inscrit dans le contexte de réformes modifiant en profondeur l'Université française : l'autonomie des universités leur permet d'affirmer leur identité propre et de se positionner dans la compétition universitaire internationale, ce mouvement étant accéléré par les Investissements d'Avenir.

Ces réformes imposent une réflexion spécifique sur la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche qui incombe aux hospitalo-universitaires. Alors qu'ils ne représentent que 4% des 216450 médecins français en 2010, les hospitalo-universitaires permettent aux patients de bénéficier des soins les plus innovants, grâce à la recherche biomédicale, administrés par des médecins dont les connaissances sont conformes à l'état de l'art, grâce à l'enseignement de la médecine en formation initiale et en formation continue. La double appartenance des hospitalo-universitaires apparaît en effet, à un moment où l'Université française connaît précisément une accélération spectaculaire, comme le garant du transfert de l'excellence universitaire vers les soins apportés au plus grand nombre.

Une solide formation à la recherche est la clé de voûte de ce transfert. Des évolutions statutaires doivent également permettre d'insuffler une nouvelle dynamique à la communauté hospitalo-universitaire. Elles s'adossent à des méthodes d'évaluation renouvelées et transparentes, notamment à de nouvelles modalités de fonctionnement du Conseil National des Universités (CNU) santé.

Propositions sur la formation à la recherche

Pour renforcer l'innovation en médecine, il est nécessaire d'articuler la formation à la recherche et la formation aux soins.

Deux écoles s'opposent en la matière. La première privilégie le soin et milite en faveur d'un enseignement professionnalisant d'emblée, ne laissant la place que tardivement à des rudiments scientifiques. La seconde propose au contraire de privilégier la formation scientifique initiale, par exemple en ne sélectionnant pour l'entrée dans les études de médecine qu'à l'issue d'un grade licence obtenu à l'Université, et ne permettant donc une formation clinique qu'au décours d'un parcours scientifique exigeant.

A titre de **solution intermédiaire**, nous proposons, dans le cadre du **droit à l'expérimentation** des universités autonomes, d'autoriser celles-ci à **structurer un cursus commun d'une ou deux années** en fonction de leurs composantes santé et autres, et à allouer une fraction significative (20 à 30%) de leur numerus clausus à des **entrées parallèles à partir du grade licence pour élargir la base de recrutement**. Plus généralement, il convient de **favoriser les doubles cursus**.

Propositions sur les statuts hospitalo-universitaires

En 2010 on comptait 4111 Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH), 1635 Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH), 3830 Chefs de Clinique des universités - Assistants des hôpitaux (CCA), Assistants Hospitaliers Universitaires (AHU) et Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU). Cette répartition est à mettre en lumière avec

celle des sciences, comptant 7786 professeurs et 16779 maîtres de conférences, ou du droit et des sciences économiques, comptant 2253 professeurs et 5133 maîtres de conférences : en moyenne les maîtres de conférences y sont donc deux fois plus nombreux que les professeurs, alors qu'ils sont au contraire deux fois moins nombreux en médecine. Cette comparaison met en évidence le déséquilibre de la pyramide hospitalo-universitaire, qui limite son dynamisme et compromet son renouvellement. Par conséquent, il est nécessaire de :

- **affirmer le rôle clé universitaire des Chefs de Clinique des universités - Assistants des hôpitaux (CCA) et Assistants Hospitaliers Universitaires (AHU)**, en conservant ce statut, en maintenant les effectifs et en garantissant leur engagement universitaire ;
- **créer un nouveau statut, les Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH)**, permettant d'assurer la jonction entre les postes de CCA et AHU et les postes de PU-PH :
 - personnels non titulaires, nommés pour 5 ans, relevant du statut hospitalo-universitaire,
 - dont les postes ne seront pas attribués à l'ancienneté mais en fonction de la qualité des candidats, de leurs goûts, de leurs envies et de leur potentiel parmi les trois missions,
 - assortis d'un contrat tripartite entre l'Université, l'Hôpital et le candidat, définissant des objectifs et les moyens correspondants, sur le modèle largement développé à l'international,
 - avec la mise en extinction des PHU et la constitution des effectifs à partir de poste de MCU-PH et de PU-PH partant à la retraite : la création des postes de Professeurs-Assistants - Praticiens Hospitaliers (PA-PH) se fera à moyens constants.
- parallèlement à ces statuts hospitalo-universitaires, les universités autonomes pourront utiliser un **statut rénové de professeur invité**, avec leurs moyens propres et sur des objectifs propres, notamment dans le cadre des Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU).

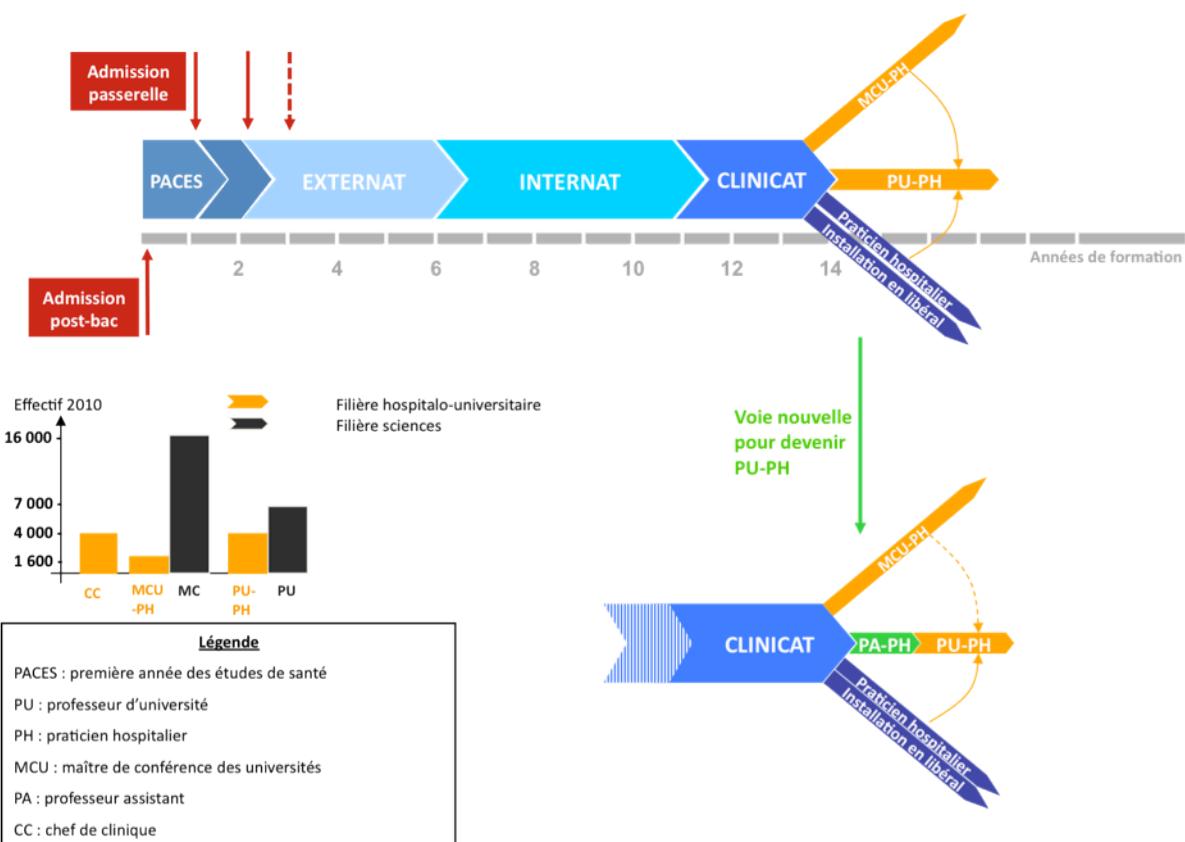
Proposition sur les acteurs et outils spécifiques

L'objectif est de promouvoir l'évaluation des hospitalo-universitaires et notamment la valorisation de l'excellence requise pour la compétition internationale.

Dans le contexte spécifique de la double appartenance des hospitalo-universitaires, le **Conseil National des Universités (CNU) santé** permet de s'assurer de leur qualité professionnelle, notamment dans sa dimension hospitalière. A ce titre son **maintien** est justifié. Toutefois les modalités de son fonctionnement devront faire l'objet de **réformes définies et mises en œuvre avec la contribution de l'AERES**.

Il convient également de faire évoluer les méthodes d'évaluation mises en œuvre pour la nomination et la promotion des hospitalo-universitaires, notamment la **bibliométrie**, qui doit rejoindre les **standards internationaux**, en **valorisant la qualité des travaux plutôt que leur quantité**, et en les mettant en perspective lors d'une **évaluation par les pairs**. Parmi les **nouveaux outils**, les **contrats d'objectifs et de moyens** doivent permettre de **valoriser chacune des trois missions de soin, d'enseignement et de recherche** au gré des qualités et souhaits de chacun tout au long de la carrière hospitalo-universitaire, au travers notamment de l'**évaluation quadriennale**.

Parcours pour devenir professeur d'université – praticien hospitalier



Lettre de mission



La Ministre

Paris, le 27 JUIL. 2010

Monsieur le Président,

Le métier de médecin hospitalo-universitaire est en constante évolution. A chaque génération correspond un nouvel équilibre entre la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. A chaque génération, l'attrait pour la carrière hospitalo-universitaire et l'excellence doivent être encouragés.

Aujourd'hui, tout candidat à la carrière hospitalo-universitaire envisage dès son internat une année de recherche puis s'engage pendant quatre années maximum dans le clinicat. C'est une spécificité hospitalo-universitaire qui n'a pas d'équivalent dans le reste de l'Université.

Le clinicat permet aux jeunes médecins de se spécialiser dans une discipline en bénéficiant du compagnonnage de ses aînés (praticien hospitalier, maître de conférence des universités-praticien hospitalier, professeur des universités-praticien hospitalier). Cet ultime accompagnement par les maîtres fait toute l'attractivité du clinicat.

Le clinicat est une période charnière de l'engagement dans la carrière hospitalo-universitaire puisqu'il permet aux jeunes professionnels de se spécialiser et de débuter leur carrière d'enseignant-chercheur. En effet, les internes engagés dans le clinicat doivent consacrer une grande partie de leur temps à l'enseignement clinique au lit du malade (origine du terme « chef de clinique ») et à la recherche.

Le développement de l'expertise parfois au détriment paradoxal du soin, l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, la compétition internationale ne remettent pas en cause le modèle classique du compagnonnage mais requièrent de nouvelles méthodes pour préserver la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche et pour renforcer son attractivité auprès des jeunes générations.

Docteur Raphaël GAILLARD
Président sortant de l'Inter Syndicat National des Chefs de clinique
MCU-PH
Hôpital Sainte-Anne
75014 PARIS

.../...

Aujourd'hui les internes soucieux d'acquérir un complément de formation n'ont pas tous la possibilité d'obtenir un poste de chef de clinique. Pour répondre à cette légitime aspiration, le ministère de la santé propose de recourir aux assistants spécialistes pour tous ceux qui n'ont pas vocation à l'enseignement et à la recherche.

Dans ce contexte nouveau de tension sur les possibilités d'accès aux postes de chef de clinique, j'ai souhaité vous confier une mission de réflexion sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire

Je souhaite que vous conduisiez une réflexion inter établissements et interdisciplinaire.

J'attends du groupe de travail que vous dirigerez :

- qu'il propose de nouvelles méthodes pour favoriser l'engagement dans la carrière hospitalo-universitaire des jeunes médecins en préservant la triple mission hospitalo-universitaire,
- qu'il examine l'évolution du troisième cycle des études médicales notamment au regard de ses liens avec l'activité de recherche,
- qu'il identifie les modalités d'accès aux postes hospitalo-universitaires de praticien hospitalo-universitaire (PHU), de maître de conférence-praticien hospitalo-universitaire (MCUPH) et de professeur des universités-praticien hospitalier (PUPH).

Pour accomplir votre mission vous pourrez, en tant que de besoin, solliciter l'appui des services du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Vous voudrez bien me remettre vos conclusions à l'issue de votre mission en décembre 2010.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma meilleure considération.

Bonne à vous

Valérie PECRESSE

Valérie PECRESSE

Liste des membres de la mission

Nicolas BOISSEL : Polytechnicien, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) en Hématologie à Saint Louis, Université Paris Diderot

François COURAUD : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) en Biochimie à La Pitié Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Conseiller du Directeur Général de l'Enseignement Supérieur

Dominique DELOCHE : Chef du bureau des formations de santé (DGSIP)

Marie DEUGNIER : Directrice des Affaires Financières du CHU Avicenne

Raphaël GAILLARD : Normalien, Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier (MCU-PH) en Psychiatrie à Sainte Anne, Université Paris Descartes

André GAY : Chef de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux (CCA) en Chirurgie plastique à Marseille, Université de la Méditerranée Aix-Marseille II , après une mobilité à la Mayo Clinic, Président de l'Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants (ISNCCA)

Thomas GREGORY : Praticien Hospitalier Universitaire (PHU) en Chirurgie orthopédique et traumatologique à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Université Paris Descartes, après un PhD à l'Imperial College à Londres

Christian LONGUERE : Chef du bureau des personnels de santé (DGRH)

Delphine MAUCORT-BOULCH : Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier (MCU-PH) en Biostatistiques, Hospices Civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon I

Fabien VINCKIER : Interne en Psychiatrie à Paris, ancien élève de l'Ecole de l'Inserm

Liste des personnalités auditionnées ou consultées

Jean-Noël ARGENDON : Président de la Conférence des CNU de Santé, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) en Chirurgie orthopédique, Université de la Méditerranée Aix-Marseille II

Jean-François BACH : Secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences

Frédéric BARGY : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) d'Anatomie, Université Paris Descartes, Président du Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires (SNPHU)

Jean-Claude BARON : Professor of Stroke Medecine, University of Cambridge

Ingrid BASTIDE : Présidente de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF)

Brigitte BENZACKEN : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) en Cytologie et histologie, Université Paris Nord, Présidente du Collège de HECC

Patrick BERCHE : Doyen de l'UFR de médecine, Université Paris Descartes

Gilles BERTSCHY : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) en Psychiatrie, Université de Strasbourg, après avoir été Professeur-adjoint à l'Université de Genève

Olivier BOYER : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) d'Immunologie, Université de Rouen, Syndicat National des Hospitalo-Universitaires (SNHU)

Olivier CHASSANY : Coordonnateur médical, Département de la Recherche Clinique et du Développement, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Jacqueline CAPEAU : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) de Biochimie, Université Pierre et Marie Curie

Sylvie CHEVRET : Chef du DBIM, Hôpital Saint-Louis, Université Paris Diderot

Jean-Paul COLLET : Professor, Department of Pediatrics, Associate Director Clinical Research, University of British Columbia, Vancouver

Lionel COLLET : Président de la Conférence des Présidents d'Universités, Président de l'Université Lyon I

Pierre CORIAT : Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Pierre CORVOL : Administrateur du Collège de France

Jean-François DHAINAUT : Président de l'AERES

Patrice DETEIX : Président de la Conférence des Doyens de Faculté de Médecine

Bertrand DIQUET : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) de Pharmacologie, Université d'Angers, Président du Syndicat National des Hospitalo-Universitaires (SNHU)

Philippe EVEN : Président de l'Institut Necker

Pierre FOURNERET : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) en Psychiatrie, Université Claude Bernard Lyon I, Chef du service de psychopathologie de l'enfant, Hospices Civils de Lyon

Hélène GILARDI : Directrice adjointe, Département de la Recherche Clinique et du Développement, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Nicole HAEFFNER-CAVAILLON : Cellule Bibliométrie, Inserm

Isabelle HENRY : Directrice du Département de l'Evaluation et du Suivi des Programmes, Inserm

Bertrand JOLY : Président de l'Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH)

François LEMAIRE : Président de la Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique (DIRC) Ile de France

Christophe MISSE : Directeur du Département de la Recherche Clinique et du Développement, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Stéphane MUNCK : Président de l'InterSyndicale Nationale Autonome des Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)

Christine MUSSELIN : Directrice de recherche CNRS, Centre de Sociologie des Organisations, Institut d'Etudes Politiques de Paris

Annie PODEUR : Directrice de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Pierre Charles PONS : Directeur général du CHU de Dijon, représentant la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Vincent RENARD : Président du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Jean-Jacques ROMATET : Directeur général du CHU de Toulouse, représentant la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Gérard SAILLANT : Président - Directeur Général, Institut du Cerveau et de la Moëlle

Benoît SCHLEMMER : Doyen de l'UFR de médecine, Université Paris Diderot

Jean-Pierre SIFFROI : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) de Cytologie et histologie, Université Pierre et Marie Curie, Président de la Collégiale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Jean-Charles SORIA : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) d'Oncologie médicale, Université Paris-Sud, Institut Gustave Roussy

André SYROTA : Président Directeur Général de l'Inserm

Philippe THIBAULT : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) d'urologie, Université Pierre et Marie Curie

Serge UZAN : Doyen de l'UFR de médecine, Université Pierre et Marie Curie

Philippe VAGO : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH) de Cytologie et histologie, Université d'Auvergne Clermont Ferrand 1, Président de la sous-section 42-02 du CNU

Glossaire

AERES	Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AHU	Assistant Hospitalier Universitaire
ANR	Agence Nationale de la Recherche
ARS	Agence Régionale de Santé
AVIESAN	Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé
CCA	Chef de Clinique des universités - Assistant des hôpitaux
CCU-MG	Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale
CE	Conseil d'État
CEA	Commissariat à l'Energie Atomique et aux Energies Alternatives
CER	Comité d'Ethique pour la Recherche
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIC	Centre d'Investigation Clinique
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNCR	Comité National de Coordination de la Recherche
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNIPI	Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat
CNRC	Comité National de Recherche Clinique
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CNU	Conseil National des Universités
COCOHU	Comité de Coordination Hospitalo-Universitaire
CPNES	Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Santé
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Comité de Protection des Personnes
CPU	Conférence des Présidents d'Université
CRB	Centre de Ressources Biologiques
CREA	Comptes de Résultat Analytique
CRMBSP	Comité de la Recherche en Matière Biomédicale et de Santé Publique
DCEM	Deuxième Cycle d'Etudes Médicales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGRH	Direction Générale des Ressources Humaines
DHU	Département Hospitalier Universitaire
DIRC	Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRC	Direction de la Recherche Clinique
DRCI	Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme d'Université
ECN	Epreuves Classantes Nationales
ECTS	European Credit Transfer System
EEE	Espace Economique Européen
ENC	Echelle Nationale des Coûts
EPST	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique

FNSAESR	Fédération Nationale des Syndicats Autonomes de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
FUMG	Filière Universitaire de Médecine Générale
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HDR	Habilitation à Diriger des Recherches
HU	Hospitalo-Universitaires
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IHU	Institut Hospitalo-Universitaire
INCa	Institut National du Cancer
INRA	Institut National de la Recherche Agronomique
INRIA	Institut National de Recherche en Informatique et en Automatique
InsERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNCCA	Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants
ITMO	Instituts Thématiques Multi-Organismes
LCA	Lecture Critique d'Article
LEEM	Les Entreprises du Médicaments
LMD	Licence-Master-Doctorat
Loi HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
Loi LRU	Loi Libertés, Responsabilités des Universités
MCA	Maîtres de Conférences Associés
MCAT	Medical College Admission Test
MCF	Maître de Conférences des Universités
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
MCU-MG	Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
MCU-PH	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
MD-PhD	Medicinæ Doctor-Philosophiæ Doctor
MERRI	Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NHS	National Health Service
NIH	National Institute of Health
ONDPS	Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé
OST	Observatoire des Sciences et Techniques
PA	Professeur Associé
PACES	Première Année Commune des Etudes de Santé
PA-PH	Professeur-Assistant - Praticien Hospitalier
PCEM	Premier Cycle d'Etudes Médicales
PH	Praticien Hospitalier
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PHU	Praticien Hospitalier Universitaire
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PNMR	Plan National Maladies Rares
PR	Professeurs des Universités
PRES	Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur
PU-MG	Professeur des Universités de Médecine Générale

PU-PH	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
RTRA	Réseaux Thématiques de Recherche Avancée
RTRS	Réseaux Thématiques de Recherche et de Soins
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SHS	Sciences Humaines et Sociales
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SIGREC	Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques
STIC	Soutien aux Technologiques Innovantes Coûteuses
T2A	Tarification à l'Activité
UE	Unité d'Enseignement
UF	Unité Fonctionnelle
UFR	Unité de Formation et de Recherche
URCAM	Union Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Annexes

Arrêtés PACES

ARRETE

Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé

NOR: ESRS0925329A

Version consolidée au 18 novembre 2009

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de l'éducation, et notamment son article L. 631-1 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 1987 modifié relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie ;

Vu l'arrêté du 18 mars 1992 modifié relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 21 septembre 2009,

Arrêtent :

TITRE IER : DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1

La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Elle peut l'être également avec certaines formations paramédicales dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Article 2

Pour être admis à s'inscrire en première année des études de santé, les candidats doivent justifier :

- soit du baccalauréat ;
- soit du diplôme d'accès aux études universitaires ;
- soit d'un diplôme français ou étranger admis en dispense ou équivalence du baccalauréat en application de la réglementation nationale ;
- soit d'une qualification ou d'une expérience jugées suffisantes, conformément aux dispositions de l'article L. 613-5 du code de l'éducation.

Article 3

La formation délivrée au cours de la première année des études de santé est structurée en deux semestres et associe des enseignements théoriques et dirigés.

En tant que de besoin, la formation fait appel aux technologies de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement et est dispensée sur site ou à distance ou selon ces deux modes combinés.

La formation dispensée au cours des deux semestres comporte des unités d'enseignement communes aux quatre filières de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme. S'y ajoutent :

- durant le premier semestre, une information sur les différents métiers correspondant à ces filières et une sensibilisation à la recherche biomédicale ;
- durant le second semestre, une unité d'enseignement spécifique à chacune des filières. Les enseignements correspondant aux unités d'enseignement spécifiques peuvent être, pour partie, mutualisés au sein de chaque établissement.

Le contenu des unités d'enseignement communes, qui correspondent à 50 crédits européens, figure en annexe au présent arrêté.

Le programme des enseignements est porté à la connaissance des étudiants au plus tard à la fin du premier mois de l'année universitaire.

Les coefficients des unités d'enseignement sont fixés par le conseil d'administration de chaque université, sur proposition du conseil des études et de la vie universitaire. Ces coefficients peuvent être différents pour chacune des filières.

La validation de l'ensemble des unités d'enseignement permet l'acquisition de 60 crédits européens.

Article 4

En application de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, des épreuves de classement sont organisées, sous forme anonyme, au cours de la première année des études de santé, dans les conditions définies aux articles 5, 6, et 7 ci-dessous.

Lorsque le nombre d'inscrits en première année des études de santé est supérieur à 2 000 et que l'enseignement est organisé dans plusieurs unités de formation et de recherche, le président de l'université a la possibilité de fractionner le nombre de places attribuées à l'établissement pour l'admission des étudiants en deuxième année d'études, afin de répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie. Cette décision est prise après consultation des directeurs des unités de formation et de recherche de santé concernés.

Les places doivent être réparties proportionnellement au nombre d'étudiants affectés dans chaque unité de formation et de recherche.

Article 5

Les universités organisent, à l'issue du premier semestre, des épreuves portant sur l'enseignement reçu au cours de celui-ci.

En fonction du classement obtenu à l'issue de ces épreuves, les candidats peuvent être réorientés vers d'autres formations universitaires par décision du président de l'université. Le nombre de ces réorientations ne peut excéder 15% du nombre d'inscrits.

Article 6

Les étudiants choisissent, au début du deuxième semestre, l'unité ou les unités d'enseignement spécifiques correspondant à la ou aux filières de leur choix. Ils ont la possibilité de concourir en vue d'une ou plusieurs filières.

Les épreuves organisées à la fin du deuxième semestre portent sur les unités d'enseignement communes dispensées au cours de celui-ci et sur l'unité d'enseignement spécifique à chacune des filières.

Article 7

Les épreuves portant sur l'unité d'enseignement « santé, société, humanité », prévue en annexe du présent arrêté, sont organisées, au moins en partie, sous forme rédactionnelle. Les épreuves à caractère rédactionnel font l'objet d'une double correction.

Article 8

A l'issue des épreuves du deuxième semestre, quatre classements sont établis en prenant en compte les résultats obtenus à l'ensemble des unités d'enseignement communes et à l'unité d'enseignement spécifique.

Pour être admis à poursuivre des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme au-delà de la première année des études de santé, les candidats doivent figurer en rang utile sur la liste de classement correspondant à la filière choisie.

Article 9

Les candidats classés, à l'issue du deuxième semestre, au-delà d'un rang compris entre deux fois et demi et trois fois le nombre de places attribuées à l'établissement, pour l'ensemble des quatre filières, en application des dispositions de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, peuvent être réorientés vers d'autres formations universitaires, par décision du président de l'université.

Pour ce classement, seuls les résultats obtenus aux unités d'enseignement communes sont pris en compte selon des modalités fixées par le conseil d'administration après avis du conseil des études et de la vie universitaire.

Article 10

Des dérogations aux mesures de réorientation, prévues aux articles 5 et 9 du présent arrêté, peuvent être accordées par le président de l'université sur proposition du ou des directeurs des unités de formation et de recherche de santé concernés.

Article 11

Les étudiants réorientés à l'issue du premier ou du deuxième semestre, conformément aux dispositions des articles 5 et 9 du présent arrêté, sont autorisés à se réinscrire ultérieurement en première année des études de santé, sous réserve d'avoir validé respectivement 90 ou 60 crédits dans une autre formation conduisant au grade de licence.

Article 12

Nul ne peut être autorisé à prendre plus de deux inscriptions en première année des études de santé, sauf dérogation accordée par le président de l'université sur proposition du ou des directeurs des unités de formation et de recherche de santé concernés.

Ces dérogations ne peuvent excéder chaque année 8% du nombre de places attribuées réglementairement à l'établissement, en vue de l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme.

TITRE II : DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 13

Les dispositions du présent arrêté sont applicables à compter de l'année universitaire 2010-2011.

Les dispositifs de réorientation des étudiants, prévus aux articles 5 et 9, sont mis en place au sein de chaque établissement au plus tard à compter de l'année universitaire 2012-2013.

Article 14

Les étudiants ayant bénéficié d'une inscription en première année du premier cycle des études médicales ou pharmaceutiques sont admis à prendre une inscription en première année des études de santé. Ils peuvent éventuellement être autorisés à se réinscrire dans cette année d'études par décision du président de l'université prise sur proposition du ou des directeurs des unités de formation et de recherche de santé concernés.

Pour l'année universitaire 2011-2012, ces dérogations ne peuvent excéder 10% du nombre de places attribuées réglementairement à l'établissement, en vue de l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme.

Article 15

Les étudiants ayant bénéficié d'au moins deux inscriptions en première année du premier cycle des études médicales ou pharmaceutiques peuvent être admis à s'inscrire en première année des études de santé par décision du président de l'université prise sur proposition du ou des directeurs des unités de formation et de recherche concernés.

Pour l'année universitaire 2010-2011, ces dérogations ne peuvent excéder 10% du nombre de places attribuées réglementairement à l'établissement, en vue de l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme.

Article 16

A modifié les dispositions suivantes :

- Abroge Arrêté du 17 juillet 1987 - art. 16 (VT)
- Abroge Arrêté du 17 juillet 1987 - art. 17 (VT)
- Modifie Arrêté du 17 juillet 1987 - art. 7 (VD)
- Abroge Arrêté du 18 mars 1992 - art. 11 (VT)
- Abroge Arrêté du 18 mars 1992 - art. 12 (VT)
- Abroge Arrêté du 18 mars 1992 - art. 14 (VT)
- Modifie Arrêté du 18 mars 1992 - art. 2 (VD)
- Abroge Arrêté du 18 mars 1992 - art. 3 (VT)
- Abroge Arrêté du 18 mars 1992 - art. 5 (VT)
- Abroge Arrêté du 18 mars 1992 - art. 6 (VT)

Article 17

Le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Article Annexe

Annexe

Contenu des unités d'enseignement communes

UE 1. Atomes, biomolécules, génome, bioénergétique, métabolisme

Disciplines notamment concernées

Sections médicales : Biochimie et biologie moléculaire (44-01), Physiologie (44-02), Biologie cellulaire (44-03), Biophysique et médecine nucléaire (43-01), Nutrition (44-04), Génétique (47-04)

Sections pharmaceutiques : Biophysique-Biomathématiques (85), Chimie organique (86), Chimie générale et minérale, chimie physique (85), Physiologie (86), Biochimie générale et clinique-biologie moléculaire (87)

Sections scientifiques : Chimie théorique(31), Chimie organique (32), Biochimie et biologie moléculaire (64)

Objectifs généraux

- Acquérir les connaissances de base sur les atomes et sur l'organisation des molécules du vivant
- Savoir décrire les principales fonctions chimiques utiles à la vie et à la compréhension de l'action des médicaments, à la compréhension de principales dysfonctions métaboliques (exemple de maladies), à

la compréhension des dysfonctions liées à l'environnement

- Connaître les principales molécules biologiques (relation structure-fonction) et savoir décrire les principales fonctions utiles à la compréhension du maintien d'équilibres biologiques (physiologie) ou à la compréhension des déséquilibres (exemple de maladies)

- Connaître les bases moléculaires de l'organisation du génome - appréhender les étapes essentielles de la fonction du génome, de l'expression des gènes - connaître le rôle principal des bio-nutriments et le métabolisme énergétique

Principaux items

L'atome

Classification périodique des éléments

Représentation et configuration électronique

Structure du noyau atomique

Liaisons entre atomes et notions d'isoméries :

- Liaisons et orbitales moléculaires

- Liaisons non covalentes

- Liaisons covalentes

- Effets inductifs, résonance et mésométrie

- Stéréochimie

Thermodynamique : équilibre de dissociation (deuxième principe, enthalpie, potentiel chimique)

Description des fonctions chimiques simples

Chaînes hydrocarbonées

Fonctions hydroxyles et dérivés

Fonctions amines et dérivés

Fonctions aldéhydes ou cétones

Fonctions acides carboxyliques et dérivés

Principales réactions entre fonctions chimiques en biologie

Réactions acide-base

Réactions d'oxydoréduction

Description des principaux mécanismes réactionnels : substitution, addition, élimination

Exemples de réactions de fonctions chimiques des molécules biologiques : alcools, amines, thiols, aldéhydes et cétones, carboxyles

Structure, diversité et fonction des biomolécules

Acides aminés et dérivés : Structure et propriétés des AA - Propriétés et rôle biologique des dérivés d'acides aminés - Méthodes d'étude

Peptides et protéines : Structure primaire et liaison peptidique - Structures secondaires, tertiaire et quaternaire des protéines - Propriétés et méthodes d'étude des protéines - Relation structure-fonction

Enzymes : Pouvoir catalytique et cinétique des enzymes - Régulation de l'activité des enzymes - Les iso enzymes et leur intérêt en biologie - Mesure de l'activité des enzymes - Coenzymes et vitamines

Glucides : Oses simples ou monosaccharides - Oses complexes ou polysaccharides

- Glycoprotéines et glycolipides - Un exemple de voie métabolique des oses : la glycolyse

Lipides : Acides gras et dérivés : structure, rôle biologique - Glycérides - Stérols et stéroïdes -

Lipoprotéines et rôle biologique

Organisation, évolution et fonction du génome humain

Structure et métabolisme des nucléotides - structure des acides nucléiques - chromatine et A.D.N. - réplication de l'A.D.N. et mécanismes de réparation - mutabilité et dynamique de l'A.D.N.

Structure et diversité du génome (allèle et polymorphisme) - Lésions et remaniements du génome - Transcription et maturation des A.R.N.m - Régulation de l'expression des gènes-code génétique et traduction

Bioénergétique : Énergétique cellulaire et notions de bioénergétique - Fonction biochimique et rôle des nucléotides riches en énergie

Vue d'ensemble du métabolisme :

Principales voies et stratégies du métabolisme énergétique, les oxydations phosphorylantes et le cycle de Krebs, digestion des glucides et glycolyse - Néoglucogenèse et métabolisme du glycogène, digestion et transport des lipides βoxydation des acides gras, biosynthèse des acides gras et cétogénèse, métabolisme général des acides aminés et cycle de l'urée

UE2. La cellule et les tissus

Disciplines notamment concernées

Sections médicales : Anatomie et cytologie pathologiques (42-03), Biologie cellulaire (44-03),

Biochimie et biologie moléculaire (44-01), Biologie et médecine du développement et de la reproduction, gynécologie médicale (54-05), Biophysique et médecine nucléaire (43-01), Cytologie et

histologie (42-02), Physiologie (44-02) Sections pharmaceutiques : Biologie cellulaire (87), Biophysique-biomathématiques (85) Physiologie (86)
Sections scientifiques : Biologie cellulaire (65), Biochimie et biologie moléculaire (64), Neuroscience (69)

Objectifs généraux

- Connaître la structure et la fonction des principaux composants de la cellule eucaryote permettant d'appréhender les conditions d'expression et de régulation du programme cellulaire
- Connaître les principales étapes de développement de l'embryon humain (organogenèse morphogénèse)
- Connaître la structure de principaux tissus
- Savoir décrire les principales méthodes d'étude des cellules et des tissus

Principaux items

Structure générale de la cellule

Généralités sur la cellule - Membrane plasmique et transport trans-membranaire - Système endomembranaire et trafic intracellulaire - Cytosquelette - Mitochondries et peroxysomes - Structure et organisation fonctionnelle du noyau cellulaire - Chromosomes et caryotype - Matrice extracellulaire
Intégration des signaux membranaires et programme fonctionnel de la cellule

1. Communication intercellulaire : récepteurs et médiateurs ; molécules de surface et contacts membranaires

2. Vie cellulaire : division - prolifération - différenciation - apoptose - migration - domiciliation

Structure - Fonction des tissus

Les tissus fondamentaux ; épithélium et conjonctifs ; les tissus spécialisés (nerveux, musculaires, squelettiques)

Méthodes d'étude des cellules et des tissus

- a) technique de fractionnement tissulaire et cellulaire et de culture cellulaire
- b) microscopie optique (rappel sur les lois de l'optique), électronique, techniques de marquages cellulaire ou tissulaires
- c) études fonctionnelles sur modèles cellulaires
- d) les cellules souches embryonnaires et adultes ; introduction aux approches innovantes ; à la thérapie cellulaire

Biologie de la reproduction : gaméto-génèse ; fécondation

Embryologie des 4 premières semaines (segmentation, implantation, gastrulation, délimitation de l'embryon)

UE3. Organisation des appareils et des systèmes -1- : Bases physiques des méthodes d'exploration - aspects fonctionnels

Disciplines notamment concernées

Sections médicales : Biophysique et Médecine nucléaire (43-01), Physiologie (44-02)

Sections pharmaceutiques : Biophysique - Biomathématiques (85), Chimie générale et minérale, chimie physique (85), Physiologie (86)

Sections scientifiques : Physiologie (66), Physique (28, 29, 30, 31, 60)

Objectifs généraux

- Comprendre les processus physiques à la base des différentes méthodes d'imagerie et d'exploration fonctionnelle
- Connaître les bases physiques et physiologiques utiles à la compréhension des échanges et au maintien des équilibres au sein de l'organisme

Principaux items

Bases physiques des méthodes d'exploration

États de la matière et leur caractérisation

Liquides, gaz, solutions

Potentiel chimique

Changements d'état, pression de vapeur

Propriétés colligatives : osmose, cryométrie, ébulliométrie

Régulation du milieu intérieur et des espaces hydriques et thermo-régulation

Méthodes d'étude en électrophysiologie jusqu'à l'E . C . G .

Notions de base : Forces, énergie, potentiel

Électrostatique, Électrocinétique et dipôle électrique pouvant déboucher sur des techniques de mesure des potentiels électriques tels que les potentiels imposés, l'électrophorèse, l'electrocardiogramme

Les très basses fréquences du spectre électromagnétique

Bases : magnétostatique et ondes électromagnétiques

Les radiofréquences et leur utilisation en R.M.N.
Le domaine de l'optique (prépare en particulier la microscopie en UE 2)
Nature et propriétés de la lumière : dualité ondes-particules
Les lois de propagation, diffusion et diffraction de la lumière
Bases sur le rayonnement Laser
Les spectrométries optiques, l'oxymétrie de pouls
Rayons X et gamma
Nature et propriétés
Interaction avec la matière : effet photo-électrique, diffusions, matérialisation
Interactions avec la matière vivante : base de la dosimétrie et radioprotection
Rayonnements particulaires
Principales caractéristiques des rayonnements α et β
Utilisations thérapeutiques
Particularités dosimétriques et de radioprotection
Aspects fonctionnels
pH et Équilibre acido-basique
Potentiel électrochimique
Définition, Mesure du pH, Courbes de titration
Effet tampon, tampons ouverts et fermés
Applications au diagramme de Davenport
Circulation des fluides physiologiques
Mécanique des fluides
Tension superficielle
Propriétés dynamiques : fluides parfaits, fluides réels, viscosité
Applications à l'hémodynamique
Transports membranaires
Perméabilité, Loi de Fick, Filtration
Relation de Nernst, Équilibre de Donnan, Potentiels de membrane
Mobilité ionique, conductivité
Transport passif, facilité et actif
Canaux ioniques et potentiels d'action
UE4. Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé
Disciplines notamment concernées
Sections médicales : Biophysique et médecine nucléaire (43-01) - Biostatistiques, informatique médicale et technologie de la communication (46-04)
Sections pharmaceutiques : Biophysique-Biomathématiques (85)
Sections scientifiques : Mathématiques et physique
Objectifs généraux
- Notion de grandeurs intensives et extensives
- Maîtrise de notions mathématiques de base (fonctions trigonométriques, exponentielles, logarithmes, fonctions à plusieurs variables) et de la métrologie
- Maîtrise des bases mathématiques utiles à la compréhension dans les techniques statistiques appliquées à la médecine (théories ensemblistes élémentaires, fonctions mathématiques de base)
- Probabilités : maîtrise du concept de probabilité, des probabilités conditionnelles élémentaires, lois de probabilité discrète (Bernoulli binomial, Poisson) et continue (loi normale, Student)
- Statistiques et leurs implications dans le domaine médical :
. Maîtrise de la méthodologie (rérospectif/prospectif, etc.), introduction à la critique d'une méthode statistique.
. Maîtrise du concept d'échantillonnage, d'estimation ponctuelle et par intervalle de confiance.
. Maîtrise des tests statistiques paramétriques et non paramétriques.
- Bases statistiques des études épidémiologiques
- Introduction à la notion de critique des tests statistiques dans les expériences ; choix de la méthode, protocole, puissance statistique en vue de la préparation à la lecture critique d'article. Exemple :
Apports des probabilités conditionnelles (sensibilité/specificité ; V.P.P./V.P.N.) dans le choix d'examens paracliniques.
Principaux items
- Généralités en métrologie
. Grandeurs, unités, équations aux dimensions ; échelles et ordres de grandeur
. Mesures et leur précision
- Introduction à l'informatique médicale

- Mesure des phénomènes biologiques : valeur et limite d'une mesure, d'une fonction
- Échantillonnage
- Statistiques descriptives : indice de position (moyenne, médiane.) et de dispersion (extremum, quartiles.)
- Loi de probabilité discrète (Poisson, Bernoulli, Binomiale) et continue (Loi normale, Student)
- Probabilité conditionnelles
- Méthodologie des études épidémiologiques (rétrospective/prospective, randomisation, double aveugle.)
- Estimation ponctuelle et par intervalle de confiance
- Tests paramétriques :
 - . Comparaison d'une moyenne à une norme
 - . Comparaison de deux moyennes avec échantillons indépendants (Loi de Fisher) et appariés (Loi de Student)
 - . Comparaison de deux variances
- Test du Chi2 (X2) : Test d'indépendance - Test d'homogénéité - Test d'adéquation à un modèle théorique
- Tests non paramétriques : avec échantillons indépendants (Mann and Whitney), avec échantillons appariés

UE5. Organisation des appareils et des systèmes -2- : Aspects morphologiques et fonctionnels

Disciplines notamment concernées

Anatomie (42-01)

Radiologie et Imagerie médicale (43-02)

Objectifs généraux

- Présentation de l'organisation générale des appareils et des systèmes en abordant, avec l'Anatomie, l'embryologie (organogenèse, morphogenèse)
- Développer les aspects morphologiques et fonctionnels qui faciliteront l'abord de la Physiologie, de la Sémiologie et de l'imagerie, illustrer par quelques exemples d'imageries

Principaux items

Introduction anatomie générale, orientation dans l'espace

Étude générale des os, des articulations et des muscles

Généralités en anatomie des membres

Généralités en anatomie morphologique des parois du tronc ostéologie et anatomie fonctionnelle de la colonne vertébrale et de la cage thoracique

Anatomie générale et morphologique de l'appareil circulatoire

Anatomie générale et morphologique de l'appareil respiratoire

Anatomie générale et morphologique de l'appareil digestif

Anatomie générale et morphologique de l'appareil uro-génital

Anatomie générale et morphologique de la tête et du cou

Anatomie générale et morphologique du S.N.C. et périphérique

Anatomie générale et morphologique des organes des sens

UE 6. Initiation à la connaissance du médicament

Disciplines notamment concernées

Sections médicales : Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique (48-03,) Réanimation

Médicale, Médecine d'urgence (48-02) Thérapeutique, médecine d'urgence (48-04)

Sections pharmaceutiques : Pharmacologie et pharmacocinétique (86), Pharmacie galénique (85),

Droit et économie de la santé (86)

Objectifs généraux

Former à la connaissance du médicament, en considérant :

- l'aspect réglementaire du médicament et des autres produits de santé
- le cycle de vie du médicament de sa conception à la mise sur le marché (A.M.M.) y compris sa surveillance aspects post-A.M.M.
- le mode d'action des médicaments et leur devenir dans l'organisme
- le bon usage des médicaments dans le cadre de leur utilisation thérapeutique

Principaux items

Cadre juridique

- Histoire du médicament

- Définition, description et statut des médicaments et autres produits de santé

- Les structures de régulation du médicament

- Aspects sociétaux et économiques du médicament

Cycle de vie du médicament

- Conception du médicament : identification d'une molécule à visée thérapeutique

- Développement et production du médicament

Pharmacologie générale

- Cibles, mécanismes d'action

Définition des principaux paramètres pharmacodynamiques et pharmacocinétiques

- Règles de prescription - rapport bénéfice/risque

- Pharmacovigilance, Pharmaco-épidémiologie, Pharmaco-économie

- Bon usage du médicament, iatrogénèse

UE7. Santé, société, humanité

Disciplines notamment concernées :

Développer les capacités d'analyse et de synthèse : Français.

Sciences humaines et sociales : Anthropologie(20) - Histoire contemporaine (22) - Philosophie (17) - Psychologie (16) - Sociologie (19) - Épistémologie et histoire des sciences (72) - Psychiatrie d'adultes (49-03) - Pédopsychiatrie (49-04) - Épidémiologie, économie de la santé et prévention (46-01) - Droit et Sciences politiques - Sciences économiques

Santé Publique : Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, Médecine d'urgence (48-01) -

Épidémiologie, économie de la santé et prévention (46-01) - Médecine légale et droit de la santé (46-03) - Médecine et santé au travail (46-02) - Médecine physique et de réadaptation (49-05) -

Réanimation médical, Médecine d'urgence (48-02) - Droit et économie de la santé (86) - Addictologie (sous-sections concernées)

Objectifs généraux

- Développer les capacités d'analyse et de synthèse : s'assurer des capacités de raisonnement et de synthèse (contraction de texte)

- Sciences humaines et sociales : développer une culture commune de santé, une réflexion éthique (équilibre éthique-juridique), la connaissance de l'histoire des soins, des sciences et des relations entre soignés et soignants, une réflexion sur les données de la psychologie médicale, une réflexion sur les bases rationnelles d'une démarche scientifique. Apprendre les bases élémentaires du Droit et des Sciences politiques (organisation de la justice en France, les principales institutions.), des Sciences économiques (bases élémentaires d'économie générale.)

- Santé publique :

. Connaître les définitions de la santé et les facteurs qui l'influencent

. Connaître les principes de l'organisation des soins, de leur distribution et de leur financement

. Connaître les évolutions en matière de santé liées aux évolutions technologiques

. Intégrer le rôle de l'environnement dans la santé

Principaux items

- Développer les capacités d'analyse et de synthèse : à titre d'exemples : acquérir les capacités de contractions de textes, de notes de synthèse.

- Sciences humaines et sociales : histoire et philosophie de la santé, des soins et des sciences, morale éthique déontologie, relations soignés - soignants : aspects éthiques - juridiques ; aspects psychologiques (3 items majeurs : personnalité et tempérament ; développement psychologique et interactions biologie/environnement/psychologie), anthropologiques et sociologiques (équité de la distribution des ressources), droit et santé (organisation de la justice - responsabilité médicale - secret médical.) ; formation à la démarche scientifique et à l'épistémologie. Réflexion à titre d'exemples sur les thèmes : maladies chroniques, handicap, exclusion et intégration, douleur, soins palliatifs.

- L'Homme et son environnement : les grands règnes du monde vivant ; évolution et biodiversité, interactions entre espèces, les mutations et changements de l'environnement

- Santé publique :

- principales caractéristiques socio-démographiques de la population française

- approches de la santé : concepts et points de vue ; bases de l'épidémiologie descriptive

- grands problèmes de santé en France, notamment conduites addictives

- principaux facteurs de risque des maladies : comportementaux, environnementaux, génétiques et démographiques

- notions générales sur la iatrogénèse, ses causes, son coût, ses implications médico-légales (iatrogénèse des actions et produits de santé, gestion des risques, erreur médicale, prévision, prévention, éducation thérapeutique, protection, alerte)

- organisation du système de soins en France : demande et offre de soins, principe du financement des soins, pilotage et contrôle du système de soins ; introduction aux systèmes de santé de l'Union européenne

- e-santé, télé-médecine, diffusion de la connaissance en santé

Fait à Paris, le 28 octobre 2009.

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général
pour l'enseignement supérieur
et l'insertion professionnelle,
P. Hetzel

La ministre de la santé et des sports,
Pour la ministre et par délégation :
Par empêchement de la directrice
de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins :
La chef de service,
C. d'Autume

Nota. — Le présent arrêté et son annexe seront consultables au Bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 3 décembre 2009, mis en ligne sur le site : www.enseignementsup-recherche.gouv.fr.

Arrêtés passerelles

ARRETE

Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme

NOR: ESRS1016583A

Version consolidée au 2 septembre 2010

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre de la santé et des sports

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'éducation, notamment l'article L. 631-1 dans sa rédaction résultant de l'article 1er de la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants ;

Vu le décret n° 84-932 du 17 octobre 1984 modifié relatif aux diplômes nationaux de l'enseignement supérieur ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 1987 modifié relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie ;

Vu l'arrêté du 18 mars 1992 modifié relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 27 septembre 1994 modifié relatif aux études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ;

Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 21 juin 2010,

Arrêtent :

Article 1

En application des dispositions de la loi du 7 juillet 2009 susvisée, les candidats justifiant d'un grade, titre ou diplôme énuméré à l'article 2 du présent arrêté peuvent présenter un dossier de candidature en vue d'une admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

Article 2

Les candidats doivent, au plus tard au 1er octobre de l'année considérée :

- soit être titulaires de l'un des diplômes suivants :
- diplôme de master ;
- diplôme des écoles de commerce conférant le grade de master ;
- diplôme des Instituts d'études politiques conférant le grade de master ;
- soit justifier de la validation de deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la première année.

Article 3

Les candidats doivent déposer avant le 31 mars de chaque année, auprès de l'unité de formation et de recherche médicale, odontologique ou pharmaceutique ou de la structure dispensant la formation de sage-femme où ils souhaitent faire leurs études, un dossier comportant les pièces suivantes :

- copie de leur pièce d'identité ;
- curriculum vitae détaillé à partir de l'année d'obtention du baccalauréat ;
- copie du (des) diplôme(s) obtenu(s) ou attestation justifiant de la validation de deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la première année ;
- lettre de motivation précisant notamment les raisons de leur candidature et indiquant l'unité de formation et de recherche ou la structure dispensant la formation de sage-femme dans laquelle ils souhaitent être affectés.

Toutefois, les candidats qui estiment qu'ils seront en mesure de remplir, au 1er octobre de l'année considérée, l'une des exigences mentionnées à l'article 2 du présent arrêté, peuvent présenter une attestation émanant de leur établissement d'origine et précisant la date à laquelle ils seront susceptibles de remplir ces conditions.

Au titre d'une année donnée, le candidat ne peut postuler qu'en vue d'une seule filière. Le dossier de candidature ne peut être déposé que dans une seule unité de formation et de recherche ou structure de formation.

Nul ne peut bénéficier plus de deux fois des dispositions du présent arrêté.

Les candidats ayant pris deux inscriptions en première année du premier cycle des études médicales ou pharmaceutiques ou en première année commune aux études de santé sont autorisés à se présenter une seule fois dans le cadre de cette procédure.

Article 4

La procédure se déroule dans des universités désignées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ; cet arrêté précise la liste des établissements relevant de chaque centre d'examen auquel sont transmis les dossiers des candidats.

Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixe, chaque année, le nombre de places affecté à chaque filière et les répartit entre ces centres d'examen.

Le jury d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, désigné par le président de l'université centre d'examen, comprend :

- un directeur d'unité de formation et de recherche de médecine ;
- un directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
- un directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie ;
- un directeur d'une structure dispensant la formation de sages-femmes ;
- trois professeurs des universités et trois maîtres de conférences des universités relevant du groupe des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques du Conseil national des universités, dont trois au moins ayant la qualité de praticien hospitalier ;
- deux sages-femmes enseignantes.

Article 5

Après examen des dossiers de candidature, chaque jury retient un nombre de candidats au plus égal au double du nombre de places fixé, pour chaque filière, par l'arrêté mentionné à l'article 4 du présent arrêté.

Ces candidats sont convoqués individuellement à un entretien avec le jury.

Suite à ces entretiens, le jury établit la liste des admis, dont le nombre ne peut dépasser celui fixé par l'arrêté précité. Cette liste est communiquée aux universités relevant du centre d'examen qui notifient les résultats aux candidats.

Le directeur de l'unité de formation et de recherche ou de la structure d'affectation indique au candidat les enseignements complémentaires qu'il doit suivre afin de favoriser la poursuite des études.

Les candidats admis qui n'auraient pas fourni avant le 31 mars la copie de l'un des titres ou diplômes mentionnés à l'article 2 ci-dessus doivent fournir ce document au plus tard le 1er octobre de l'année considérée, sous peine de perdre le bénéfice de leur admission.

Article 6

Les dispositions du présent arrêté sont applicables à compter de la procédure organisée au titre de l'année 2011.

Article 7

Le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 juillet 2010.

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général
pour l'enseignement supérieur
et l'insertion professionnelle,
P. Hetzel

La ministre de la santé et des sports,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
A. Podeur

ARRETE

Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme des étudiants qui souhaitent exercer leur droit au remords

NOR: ESRS1016568A

Version consolidée au 4 septembre 2010

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'éducation, notamment l'article L. 631-1 dans sa rédaction résultant de l'article 1er de la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants ;

Vu le décret n° 84-932 du 17 octobre 1984 modifié relatif aux diplômes nationaux de l'enseignement supérieur ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 1987 modifié relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie ;

Vu l'arrêté du 18 mars 1992 modifié relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 27 septembre 1994 modifié relatif aux études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ;

Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 21 juin 2010,

Arrêtent :

Article 1

En application des dispositions de la loi du 7 juillet 2009 susvisée, les candidats justifiant de la validation d'au moins deux années d'études ou de 120 crédits européens dans la filière choisie à l'issue de la première année des études médicales ou à l'issue de la première année commune aux études de santé et qui regrettent ce choix peuvent être autorisés à se réorienter dans la filière à laquelle ils pouvaient initialement prétendre, à l'issue des épreuves de classement de fin de première année.

Article 2

En vue d'une admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, les étudiants visés à l'article 1er du présent arrêté déposent, avant le 31 mars de chaque année, auprès de l'unité de formation et de recherche médicale, odontologique ou pharmaceutique ou de la structure dispensant la formation de sage-femme où ils souhaitent poursuivre leurs études un dossier de candidature comportant :

- copie de leur pièce d'identité ;
- curriculum vitae détaillé à partir de l'année d'obtention du baccalauréat ;
- une attestation de leur université d'origine précisant le choix de filières auquel ils pouvaient prétendre à l'issue des épreuves de classement de fin de première année ;

— une lettre de motivation précisant notamment les raisons de leur candidature et indiquant l'unité de formation et de recherche ou la structure dispensant la formation de sage-femme dans laquelle ils souhaitent être affectés.

Au titre d'une année donnée, un candidat ne peut postuler qu'en vue d'une seule filière. Le dossier de candidature ne peut être déposé que dans une seule unité de formation et de recherche ou structure de formation.

Nul ne peut bénéficier plus de deux fois des dispositions du présent arrêté.

Article 3

La procédure se déroule dans des universités désignées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ; cet arrêté précise la liste des établissements relevant de chaque centre d'examen auquel sont transmis les dossiers des candidats.

Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixe, chaque année, le nombre de places affecté à chaque filière et les répartit entre ces centres d'examen.

Le jury d'admission, désigné par le président de l'université centre d'examen, comprend :

- un directeur d'unité de formation et de recherche de médecine ;
- un directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
- un directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie ;
- un directeur d'une structure dispensant la formation de sage-femme ;
- un enseignant de chacune des filières.

Article 4

Après examen des dossiers de candidature, chaque jury retient un nombre de candidats au plus égal au double du nombre de places fixé, pour chaque filière, par l'arrêté mentionné à l'article 4 du présent arrêté.

Ces candidats sont convoqués individuellement à un entretien avec le jury.

Suite à ces entretiens, le jury établit la liste des admis, dont le nombre ne peut dépasser celui fixé par l'arrêté précité. Cette liste est communiquée aux universités relevant du centre d'examen qui notifient les résultats aux candidats.

Les candidats admis doivent fournir, au moment de leur inscription, une attestation de leur établissement d'origine certifiant qu'ils ont validé deux années d'études ou 120 crédits européens au-delà de la première année, dans la filière initialement choisie.

Article 5

Le choix de filière effectué à l'issue de cette procédure est définitif.

Article 6

Les dispositions du présent arrêté sont applicables à compter de la procédure organisée au titre de l'année 2011.

Article 7

Le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent

arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 juillet 2010.

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général
pour l'enseignement supérieur
et l'insertion professionnelle,
P. Hetzel

La ministre de la santé et des sports,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
A. Podeur

Projet Université Pierre et Marie Curie concernant la première année

PROPOSITION POUR L'INITIATIVE D'EXCELLENCE DE L'UPMC CONCERNANT LA PREMIERE ANNEE D'ETUDES DE SANTE.

Serge Uzan Doyen de la Faculté Médecine Pierre et Marie Curie
André Aurengo Président du jury de 1^{ère} année d'études de santé

A Introduction

Si la mise en place de la PAES semble s'effectuer sans difficulté particulière

Si elle a apporté un certain nombre d'améliorations et non des moindres :

- en réduisant la durée de l'échec, en particulier dès que la procédure de non poursuite et de non redoublement deviendra effective.
- en évitant un double cursus médecine puis pharmacie pour certains étudiants
- en revisitant les programmes de façon à les rendre plus adaptés aux besoins des futurs professionnels,
- en permettant aux étudiants d'orienter l'acquisition des connaissances en fonction de leurs projets et de leurs résultats,

Elle reste malheureusement un parcours majoritairement marqué par l'échec.

Cet échec est d'autant plus inacceptable qu'il frappe de nombreux étudiants qui, après un bac obtenu avec mention, ont produit (en pure perte) un effort de 2 voire 3 ans et un investissement totalement perdu pour eux, leur famille et la société.

L'UPMC, en particulier sa composante santé, souhaite inverser totalement cette logique de l'échec en un « parcours de la réussite » dans lequel l'immense majorité des étudiants trouveront leur place, leur épanouissement et notre société un juste retour sur son investissement.

Le schéma ci-joint décrit ce parcours :

- La partie initiale se déroule à l'Université, voire au sein du PRES, voire en collaboration avec d'autres universités
- à l'exception d'une minorité d'étudiants, la majorité suivra un parcours sans redoublement « programmé »
- l'ouverture à toutes les filières de l'Université reste la règle (sans perte de temps) pour ceux qui ne rejoindront pas la Faculté de médecine ou la faculté de pharmacie ou d'odontologie.
- Ces facultés n'accueilleront que les étudiants recrutés par concours :
 - o 2 types de concours permettront de valider et de capitaliser les UE sans redoublement (sauf exception)
 - o D'éviter le « rabâchage »
 - o Les passerelles permettront de n'exclure personne définitivement
 - o Chaque étudiant pourra créer son propre cursus adapté à son niveau et à sa capacité de travail.

Le L1 portera le nom de Santé Sciences et Humanités.

Dans le schéma figurent également des commentaires permettant de préciser les différentes étapes.

Rappelons qu'il s'agit là d'un document de travail et que tous ces points feront l'objet d'une réflexion au sein de l'UPMC et plus largement au niveau des autres Universités intéressées par cette démarche.

Ce concept doit être certes travaillé « avec tous, avec sérieux, avec réalisme, mais surtout avec audace et volonté d'innovation.

B Schéma et commentaires

(1) Le L1 (éventuellement intitulé Santé Sciences et Humanités) comporte 2 semestres et le concours a lieu à l'issue de ces 2 semestres (et non dès le mois de Décembre laissant ainsi le temps aux étudiants d'organiser leur année entière).

(2) Ce concours comporte également 4 options à la suite d'unités optionnelles. Il a lieu fin Mai ou début juin. Il n'y a pas de session de Septembre qui constituerait une véritable incitation aux officines de « préparation estivale ».

(3) Pour les étudiants qui ont moins de 10 à ce concours et qui donc sont des « collés-collés », 2 options : refaire une année ou passer pour ceux qui ont au dessus d'une certaine limite en L2 infirmier.

NB : si redoublement le concours ne pourra être passé qu'en fin de L2 S1 (concours type 2).

Ce choix évite les doublements volontaires pour repasser le concours de type 1.

(3bis) : avec une 2^{ème} session (3 semaines plus tard pour limiter les redoublements)

(4) Pour les étudiants qui ont entre 10 et la note minimum du concours (les ex « reçus-collés ») passage en L2 S1 avec différentes options (ce point est à étudier et préciser). A la fin du L2 S1 (idéalement fin Décembre) les étudiants passent un concours de type II (point 5), incluant le L1 et le L2 S1 (c'est donc un concours légèrement différent du précédent) toujours avec les différentes options qui ont été préparées lors du L1 (et ne seraient pas à nouveau différencier dans cette période de L2 S1).

(5 bis) : une possibilité de « triplement » (5% maxi) en repassant le concours de type 2 pour raison exceptionnelles.

(6) Les étudiants reçus à ce concours pourraient directement intégrer P2 avec simplement 3 mois de retard (ce retard est très inférieur à celui des étudiants qui intègrent la médecine directement en D1). Ainsi les étudiants reçus au concours de type II n'ont perdu aucun temps !

(7) et (8) Pour les étudiants qui ne sont pas reçus au concours, ils intègrent, en fonction de leurs UE, différents L2 S2 dans l'Université, dans le PRES, voire dans d'autres Universités avec des débouchés nombreux correspondant à différentes options parfois radicalement différentes (allant des mathématiques à l'option santé et droit, droit etc ..)

Les étudiants poursuivent ensuite leur L3 pour accéder à des masters, des doctorats, des diplômes d'ingénieur etc.

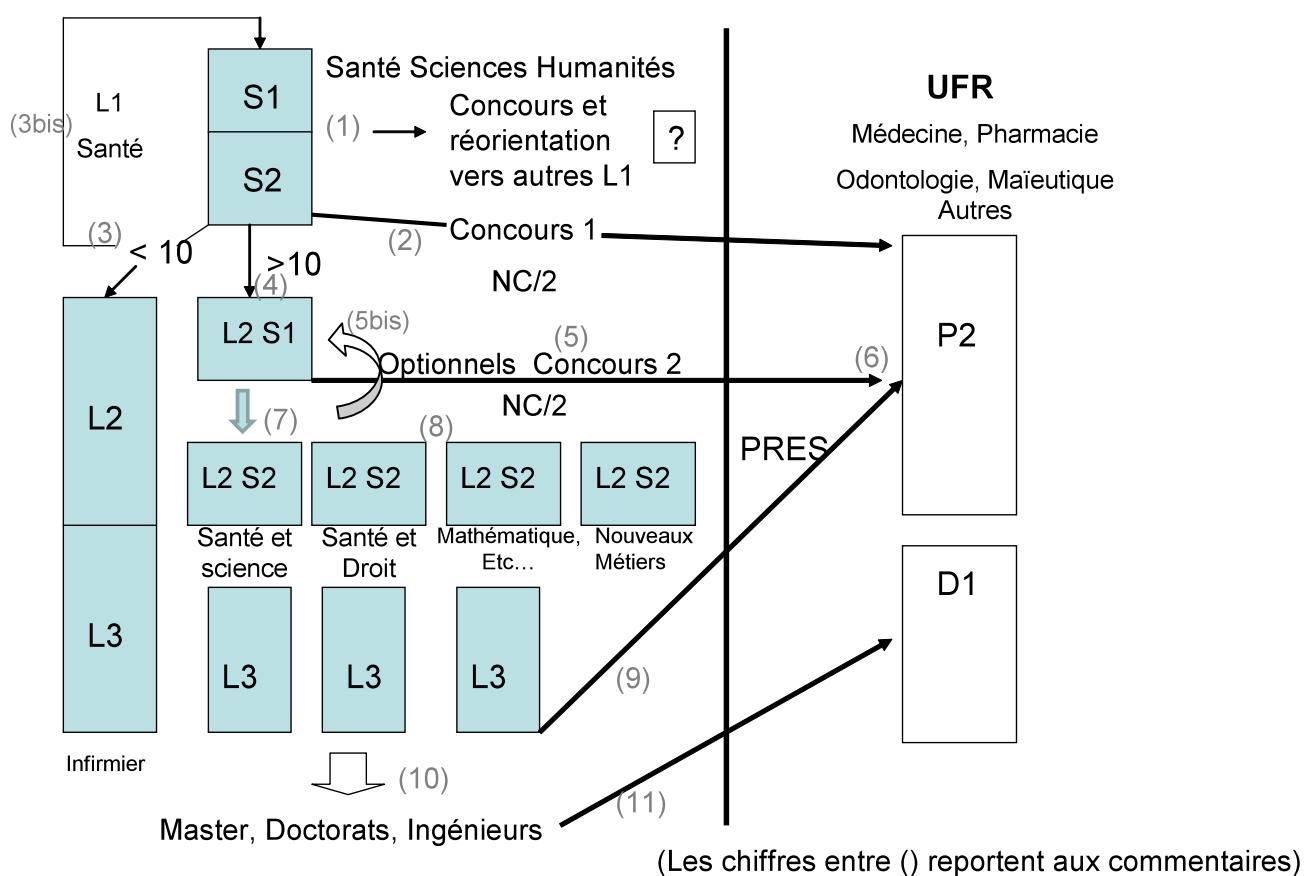
(9) et (11) A noter que des passerelles vers la médecine actuellement existantes sont maintenues voire développées pour les étudiants en fin de L3 (y compris infirmier !) et pour les étudiants en fin de master ou de doctorat avec accès directement en P2 ou D1.

Ces deux voies peuvent faire l'objet d'une augmentation du Numérus Clausus et à terme représenter 25% du recrutement en Médecine.

(10) Poursuite vers Masters ; Doctorats.

Initiative d'Excellence UPMC :

« Parcours de la réussite à la mesure de chacun »



Disponibilités Internat

Article R6153-26

L'interne peut être mis en disponibilité par le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement dans l'un des cas suivants :

1° Accident ou maladie grave du conjoint, d'une personne avec laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant :

La durée de l'interruption ne peut, en ce cas, sauf dérogation, excéder une année renouvelable une fois ;

2° Etudes ou recherches présentant un intérêt général :

La durée de l'interruption ne peut, en ce cas, excéder une année renouvelable une fois ;

3° Stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger :

La durée de l'interruption ne peut, en ce cas, excéder une année renouvelable une fois ;

4° Convenances personnelles, dans la limite d'un an renouvelable une fois.

La mise en disponibilité au titre des 2° et 3° du présent article ne peut être accordée qu'après six mois de fonctions effectives de l'interne. Elle ne peut être accordée qu'après un an de fonctions effectives au titre du 4° de ce même alinéa.

L'intéressé formule auprès de l'établissement ou de l'organisme dans lequel il exerce ses fonctions la demande qui est, le cas échéant, transmise pour décision au directeur de l'établissement public de rattachement, au moins deux mois avant la date de début envisagée.

A l'issue de sa disponibilité, l'interne est réintégré dans son centre hospitalier régional de rattachement, dans la limite des postes disponibles.

L'interne qui souhaite mettre fin à sa disponibilité avant le terme prévu doit prévenir son établissement au moins deux mois avant le terme.

L'interne placé en disponibilité au titre du 2° du présent article peut effectuer des gardes d'internes dans un établissement public de santé, après accord du directeur de cet établissement et sous la responsabilité du chef de pôle ou, à défaut, du praticien responsable de la structure interne où il effectue sa garde. Il en est de même pour l'interne placé en disponibilité au titre du 3° dans le cadre d'un stage de formation.

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

DECRET

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

Version consolidée au 1^{er} septembre 2009

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre, du ministre de l'économie, des finances et du budget, du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, du ministre de l'intérieur et de la décentralisation et du ministre de l'éducation nationale,

Vu le titre Ier du livre VII du code de la santé publique ;

Vu l'ordonnance n° 58-1136 du 28 décembre 1958 portant loi organique concernant les nominations aux emplois civils et militaires de l'Etat ;

Vu l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;

Vu la loi n° 68-1 du 2 janvier 1968 tendant à valoriser l'activité inventive et à modifier le régime des brevets d'invention ;

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière modifiée notamment par la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier ;

Vu la loi n° 72-659 du 13 juillet 1972 relative à la situation du personnel civil de coopération culturelle, scientifique et technique auprès d'états étrangers ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 relative à l'enseignement supérieur ;

Vu le décret du 7 mars 1936 relatif aux agrégés chefs de travaux et assistants des facultés de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 29 octobre 1936 relatif aux cumuls de retraites, de rémunérations et de fonctions, modifié ;

Vu le décret n° 50-1347 du 27 octobre 1950 fixant certaines règles relatives au statut des chefs de travaux des facultés de l'université de Paris, de l'école normale supérieure et des facultés des universités des départements ;

Vu le décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, modifié ;

Vu le décret n° 61-1005 du 7 septembre 1961 relatif à la fixation des conditions d'accès à la classe exceptionnelle de certains fonctionnaires relevant de la direction de l'enseignement supérieur ;

Vu le décret n° 63-1192 du 2 décembre 1963 fixant les conditions de nomination, de rémunération et d'emploi du personnel à temps partiel ;

Vu le décret n° 78-257 du 8 mars 1978 portant statut des praticiens à plein temps des établissements d'hospitalisation publics autres que les hôpitaux locaux ;

Vu le décret n° 80-645 du 4 août 1980 relatif aux inventions des fonctionnaires et agents publics ;

Vu le décret n° 82-1149 du 29 décembre 1982 pris pour l'application de la loi du 28 octobre 1982 et portant diverses mesures statutaires en faveur des praticiens à plein temps des établissements d'hospitalisation publics ;

Vu le décret n° 83-299 du 13 avril 1983 relatif au conseil supérieur des universités ;

Vu le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers ;

Le Conseil d'Etat (section sociale et section de l'intérieur réunies) entendu,

Le conseil des Ministres entendu,

TITRE Ier : Dispositions générales.

Article 1

· Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 1 JORF 25 mai 2006

Dans les centres hospitaliers et universitaires, les fonctions universitaires et hospitalières sont exercées conjointement par un personnel médical et scientifique qui comprend :

1° Des agents titulaires groupés en quatre corps :

- a) Le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers ;
- b) Le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques ;
- c) Le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers ;
- d) Le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques.

2° Les praticiens hospitaliers-universitaires qui exercent leurs fonctions à titre temporaire.

3° Des personnels non titulaires :

- a) Chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux ;
- b) Assistants hospitaliers universitaires dans les disciplines biologiques, mixtes et pharmaceutiques.

Les disciplines dans lesquelles ces personnels exercent peuvent être différentes pour les fonctions universitaires et pour les fonctions hospitalières.

Un arrêté des ministres chargés respectivement des universités et de la santé fixe la liste des disciplines cliniques, biologiques, mixtes et pharmaceutiques.

Article 2

· Modifié par Décret n°99-183 du 11 mars 1999 - art. 14 JORF 13 mars 1999

---Les personnels mentionnés au 1° de l'article 1er qui constituent des corps distincts des autres corps enseignants des universités et des praticiens hospitaliers demeurent soumis, dans la mesure où il n'y est pas dérogé par le présent décret aux dispositions statutaires applicables au personnel titulaire des corps enseignants des universités et aux praticiens hospitaliers. Les personnels mentionnés au 2° de l'article 1er demeurent soumis, dans les mêmes conditions, aux dispositions statutaires applicables aux praticiens hospitaliers.

Les ressortissants des Etats membres des Communautés européennes ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent être recrutés dans les centres hospitaliers et

universitaires, en l'une des qualités mentionnées à l'article 1er ci-dessus, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les candidats de nationalité française.

CHAPITRE Ier : Fonctions - Obligations générales.

Article 3

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 2 JORF 25 mai 2006

Les membres du personnel enseignant et hospitalier mentionnés à l'article 1er 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 sous réserve des dispositions de l'article 6.

Article 3-1

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 3 JORF 25 mai 2006

Les personnels enseignants et hospitaliers sont tenus de satisfaire à l'obligation de formation médicale et pharmaceutique continue mentionnée aux articles L. 4133-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique.

Article 4

Un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés des universités, de la santé et du budget détermine les obligations de service des personnels enseignants et hospitaliers ainsi que les conditions de la répartition de ces obligations entre les différentes fonctions, compte tenu des structures et des besoins universitaires et hospitaliers.

Article 4-1

- Créé par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 4 JORF 25 mai 2006

Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé fixe le régime des autorisations d'absences applicable aux personnels enseignants et hospitaliers.

Article 5

Les membres du personnel enseignant et hospitalier peuvent exercer tout ou partie de leurs fonctions dans un établissement lié à un centre hospitalier universitaire par une convention conclue en application de l'article 6 de l'ordonnance du 30 décembre 1958 susvisée.

Cette activité ne peut donner lieu à une rémunération supérieure à celle qui est prévue aux articles 30 et 38.

Article 6

- Modifié par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 2 JORF 20 octobre 2001
Sous réserve des dispositions des articles 25-1 à 25-6 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée et des dispositions réglementaires prises pour leur application les membres du personnel enseignant et hospitalier bénéficiant des rémunérations définies aux articles 26-6, 30 et 38 ne peuvent recevoir aucun autre émoluments tant à l'intérieur qu'en dehors du centre hospitalier et universitaire.

Les dispositions qui précèdent ne s'appliquent pas à la production des œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques, aux activités présentant un caractère d'intérêt général exercées à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, conformément à l'article 11 du décret du 29 décembre 1982 susvisé, à l'intéressement prévu par l'article R. 611-14-1 du code de la propriété intellectuelle et à l'intéressement prévu par le décret n° 96-858 du 2 octobre 1996 relatif à l'intéressement de certains fonctionnaires et agents de l'Etat et de ses établissements publics ayant participé directement à la création d'un logiciel, à la création ou à la découverte d'une obtention végétale ou à des travaux valorisés.

Les professeurs des universités - praticiens hospitaliers peuvent cumuler leurs fonctions avec celles de professeurs du Collège de France.

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 sont fixées par arrêté des ministres respectivement chargés des universités et de la santé.

NOTA:

La loi n° 70-1318 a été abrogée par l'article 7 III de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991.

Article 6-1

· Créé par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 3 JORF 20 octobre 2001

Les membres du personnel enseignant et hospitalier mentionnés au 3° de l'article 1er du présent décret employés de manière continue depuis au moins un an et les autres personnels mentionnés au même article peuvent bénéficier sur leur demande des dispositions de l'article 25-2 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 modifiée d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France, pour une période de cinq ans renouvelable, s'agissant des personnels mentionnés au 1° et au 2° de l'article 1er, et pour une période n'excédant pas la durée de leur contrat, s'agissant des personnels non titulaires mentionnés au 3° du même article.

Les membres du personnel enseignant et hospitalier mentionnés au 1° de l'article 1er peuvent bénéficier sur leur demande des dispositions de l'article 25-3 de la loi du 15 juillet 1982 précitée.

Les autorisations prévues par les articles 25-2 et 25-3 précités sont accordées dans les conditions fixées par l'article 25-1 de la même loi par décision conjointe des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, après avis du directeur général du centre hospitalier universitaire et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée.

CHAPITRE II : Commissions de spécialité et d'établissement. (abrogé)

Article 7 (abrogé)

· Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 8 (abrogé)

· Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 9 (abrogé)

· Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 10 (abrogé)

· Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 11 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 12 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 13 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 14 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 15 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 16 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 17 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 18 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

CHAPITRE III : Discipline.**Article 19**

Les peines disciplinaires applicables aux personnels titulaires sont :

- 1° L'avertissement ;
- 2° Le blâme ;
- 3° La réduction d'ancienneté d'échelon ;
- 4° L'abaissement d'échelon ;
- 5° La suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération ;
- 6° La mise à la retraite d'office ;
- 7° La révocation avec ou sans suspension des droits à pension.

Article 20

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 5 JORF 25 mai 2006

Les peines disciplinaires applicables aux praticiens hospitaliers-universitaires sont les suivantes :

- 1° L'avertissement ;

- 2° Le blâme ;
- 3° La réduction d'ancienneté d'échelon ;
- 4° L'abaissement d'échelon ;
- 5° La suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération ;
- 6° La fin des fonctions hospitalo-universitaires.

Lorsque le licenciement d'un praticien hospitalier-universitaire est envisagé, il est d'abord mis fin au détachement de ce dernier, puis l'autorité disciplinaire compétente en ce qui concerne les praticiens hospitaliers, est saisie du dossier.

Les peines disciplinaires applicables aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, aux assistants hospitaliers universitaires et aux assistants hospitaliers universitaires des disciplines pharmaceutiques sont les suivantes :

- 1° L'avertissement ;
- 2° Le blâme ;
- 3° La suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération ;
- 4° Le licenciement.

Article 21

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 6 JORF 25 mai 2006

Les peines sont prononcées par la juridiction disciplinaire instituée par l'article L. 952-22 du code de l'éducation.

Article 22

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 7 JORF 25 mai 2006

La juridiction disciplinaire comprend :

- 1° Un président et un président suppléant, désignés pour trois ans par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé choisis soit parmi les conseillers d'Etat, soit parmi les professeurs de l'enseignement supérieur ;
- 2° Trois membres titulaires et trois suppléants, nommés pour trois ans par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et choisis en dehors des personnels enseignants et hospitaliers, des personnels enseignants et des personnels hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;
- 3° Trois membres titulaires et trois suppléants, nommés pour trois ans par le ministre chargé de la santé et choisis en dehors des personnels enseignants et hospitaliers, des personnels enseignants et des personnels hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;
- 4° Trois membres titulaires et six membres suppléants appartenant au corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers, élus pour trois ans par les personnels de ce corps ;
- 5° Trois membres titulaires et six membres suppléants appartenant aux corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et des chefs de travaux-assistants des hôpitaux, élus pour trois ans par les personnels de ces corps.

6° Deux membres titulaires et deux membres suppléants représentant les personnels mentionnés au 2° et au 3° de l'article 1er, élus pour trois ans par et parmi ces personnels. Chacun des collèges mentionnés au cinquième alinéa ci-dessous est représenté au moins par un titulaire ou un suppléant.

Lorsque la juridiction disciplinaire est appelée à se prononcer sur le cas d'un professeur des universités - praticien hospitalier, la juridiction est complétée par trois membres titulaires et six membres suppléants appartenant à ce corps élus dans les mêmes conditions et pour la même durée que les membres de la juridiction mentionnés au 4° ci-dessus. Les membres suppléants sont classés, selon le nombre de voix obtenu, par arrêté interministériel, sur une même liste.

Lorsque la juridiction disciplinaire est appelée à se prononcer sur le cas d'un membre des personnels mentionnés au 6°, elle est complétée par deux membres, l'un désigné par le ministre chargé de l'enseignement supérieur parmi les membres suppléants nommés en application du 2°, l'autre désigné par le ministre chargé de la santé parmi les membres suppléants nommés en application du 3°.

Les électeurs sont répartis en trois collèges : médecine, chirurgie, biologie.

Si, à l'issue du scrutin, tous les membres prévus aux 4°, 5°, 6° et les membres supplémentaires prévus aux deux alinéas précédents n'ont pas été élus, la juridiction disciplinaire est complétée successivement par les personnes inscrites sur les listes électorales qui ont la plus grande ancienneté dans le grade le plus élevé dans le corps ou la catégorie correspondante. A égalité d'ancienneté, ces personnes sont désignées au bénéfice de l'âge et, le cas échéant, il sera procédé au tirage au sort pour départager les personnes ayant la même ancienneté et le même âge.

Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé détermine les modalités d'organisation et de déroulement des opérations électorales, ainsi que le rattachement des disciplines aux différents collèges.

Article 22-1

· Créé par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 8 JORF 25 mai 2006

Lorsque la juridiction disciplinaire est appelée à se prononcer sur le cas d'un membre titulaire ou non titulaire des personnels enseignants et hospitaliers des disciplines pharmaceutiques, elle est composée comme suit :

1° Un président et un président suppléant, désignés pour trois ans par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, choisis soit parmi les conseillers d'Etat, soit parmi les professeurs de l'enseignement supérieur ;

2° Trois membres titulaires et trois suppléants, nommés pour trois ans par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et choisis en dehors des personnels enseignants et hospitaliers, des personnels enseignants et des personnels hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;

3° Trois membres titulaires et trois suppléants, nommés pour trois ans par le ministre chargé de la santé et choisis en dehors des personnels enseignants et hospitaliers, des personnels enseignants et des personnels hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;

4° Trois membres titulaires et trois suppléants appartenant au corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques élus pour trois ans par les personnels de ce corps ;

5° Trois membres titulaires et trois suppléants appartenant au corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques élus pour trois ans par les personnels de ce corps ;

6° Deux membres titulaires et deux membres suppléants représentant les assistants hospitaliers universitaires des disciplines pharmaceutiques élus pour trois ans par et parmi ces personnels.

Lorsque la juridiction disciplinaire est appelée à se prononcer sur le cas d'un professeur des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques, la juridiction est complétée par trois membres titulaires et trois membres suppléants appartenant à ce corps élus pour trois ans par les personnels de ce corps.

Lorsque la juridiction disciplinaire est appelée à se prononcer sur le cas d'un assistant hospitalier universitaire des disciplines pharmaceutiques, elle est complétée par deux membres, l'un désigné par le ministre chargé de l'enseignement supérieur parmi les membres suppléants nommés en application du 2° du présent article, l'autre désigné par le ministre chargé de la santé parmi les membres suppléants nommés en application du 3° du présent article.

Si, à l'issue du scrutin, tous les membres mentionnés aux 4°, 5° et 6° ci-dessus et au huitième alinéa du présent article n'ont pas été élus, la juridiction disciplinaire est complétée successivement par les personnes inscrites sur les listes électorales qui ont la plus grande ancienneté dans le grade le plus élevé dans le corps ou la catégorie correspondante. A égalité d'ancienneté, ces personnes sont désignées au bénéfice de l'âge et, le cas échéant, il sera procédé au tirage au sort pour déterminer les personnes ayant la même ancienneté et le même âge.

Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé détermine les modalités d'organisation et de déroulement des opérations électorales.

Article 23

· Modifié par Décret n°91-115 du 28 janvier 1991 - art. 2 JORF 1er février 1991

En cas de vacance d'un siège de membre titulaire, pour quelque cause que ce soit, il est procédé au remplacement de ce membre titulaire par un suppléant. Pour les membres élus, devient titulaire le membre suppléant qui figure en tête de la liste.

En cas de vacance d'un siège de membre suppléant, il est procédé au remplacement de ce dernier, selon le cas, par désignation du ministre compétent ou par voie d'élection complémentaire.

Le mandat du nouveau membre prend fin à la date d'expiration du mandat des membres en exercice.

Le mandat des membres de la juridiction est renouvelable.

NOTA:

Décret 91-115 du 28 janvier 1991 art. 6 : les dispositions de l'article 23 entrent en vigueur lors du renouvellement des membres de la juridiction disciplinaire.

Article 24

Le secrétariat de la juridiction disciplinaire est assuré sous l'autorité du président, conjointement par les services du ministère chargé de la santé et du ministère chargé des universités.

Article 24-1

· Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 9 JORF 25 mai 2006

La compétence dévolue à la juridiction disciplinaire et les sanctions éventuellement prononcées par celle-ci à l'encontre d'un personnel enseignant et hospitalier ne font pas obstacle à l'exercice de l'action disciplinaire, en raison des mêmes faits, devant la chambre de discipline du conseil de l'ordre professionnel dont il relève.

Article 25

· Modifié par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 22 JORF 20 octobre 2001

Lorsque l'intérêt du service l'exige, la suspension d'un agent qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être prononcée par arrêté conjoint des ministres respectivement chargés des

universités et de la santé.

La décision prononçant la suspension précise si l'intéressé conserve, pendant le temps où il est suspendu, le bénéfice de son traitement universitaire et de ses émoluments hospitaliers ou détermine la quotité de la retenue qu'il subit, qui ne peut être supérieure à la moitié du montant total du traitement universitaire et des émoluments hospitaliers. En tout état de cause, il continue à percevoir la totalité des suppléments pour charges de famille.

La juridiction disciplinaire est saisie conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et par le ministre chargé de la santé. Lorsqu'aucune décision n'est intervenue dans le délai de trois mois à compter de la suspension, l'intéressé reçoit de nouveau l'intégralité de son traitement universitaire et de ses émoluments hospitaliers, sauf s'il est l'objet de poursuites pénales.

Lorsque l'intéressé n'a subi aucune sanction ou n'a été l'objet que d'un avertissement ou d'un blâme ou si à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, il n'a pu être statué sur son cas, il a droit au remboursement des retenues opérées sur son traitement universitaire.

Toutefois, lorsque l'intéressé est l'objet de poursuites pénales, sa situation n'est définitivement réglée qu'après que la décision rendue par la juridiction saisie est devenue définitive.

CHAPITRE II : Dispositions particulières aux maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (abrogé)

TITRE II : Dispositions particulières aux praticiens hospitaliers-universitaires. (abrogé)

TITRE II : Dispositions particulières aux personnels non titulaires et aux praticiens hospitaliers universitaires

Article 26

· Modifié par Décret n°88-652 du 6 mai 1988 - art. 2 JORF 8 mai 1988

Les praticiens hospitaliers universitaires, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires participent aux activités d'enseignement, de soins et de recherche dans les centres hospitaliers et universitaires. Ils participent également au contrôle des connaissances.

La durée totale des fonctions dans un centre hospitalier et universitaire en qualité de chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux ou d'assistant hospitalier universitaire et en qualité de praticien hospitalier universitaire ne peut excéder huit ans.

CHAPITRE Ier : Dispositions particulières aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et aux assistants hospitaliers universitaires.

Article 26-1

· Modifié par Décret n°99-183 du 11 mars 1999 - art. 15 JORF 13 mars 1999 et rectificatif JORF 27 novembre 1999

Les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires sont recrutés par décision conjointe du directeur du centre hospitalier universitaire et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée sur proposition du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement. Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixe les modalités de constitution des dossiers et de dépôt des candidatures.

Article 26-2

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 10 JORF 25 mai 2006

Peuvent faire acte de candidature aux fonctions de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux les titulaires d'un des diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique et les personnes autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé, dans les conditions définies à l'article L. 4111-2 du code la santé publique, à exercer la profession de médecin, remplissant l'une des conditions suivantes :

1° Avoir obtenu un diplôme d'études spécialisées ;

2° Avoir validé la totalité de leur internat pour les internes recrutés par les concours ouverts au titre des années antérieures à 1984. En ce cas, l'internat doit avoir été accompli dans un centre hospitalier et universitaire.

Les intéressés ne peuvent présenter leur candidature que dans les trois années suivant l'obtention de leur diplôme d'études spécialisées ou la fin de leur internat.

Les diplômes, certificats ou autres titres de médecin spécialiste, délivrés par l'un des Etats membres des communautés européennes ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et figurant sur une liste établie conformément aux obligations communautaires par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, sont admis en dispense du diplôme d'études spécialisées.

Article 26-3

- Modifié par Décret n°92-133 du 11 février 1992 - art. 2 JORF 12 février 1992
- Peuvent faire acte de candidature aux fonctions d'assistant hospitalier universitaire :

a) Les candidats réunissant les conditions fixées à l'article 26-2 ;

b) Dans les trois années suivant la fin de leur internat, les titulaires du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie ayant validé la totalité de leur internat ;

c) Les titulaires d'un des diplômes mentionnés au 1° du premier alinéa de l'article 48, dans les trois années suivant la date d'obtention de ce diplôme ;

d) Les titulaires de l'un des diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 356-2 (1°) du code de la santé publique et d'une maîtrise figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur, dans les trois années suivant la date à laquelle ils remplissent ces conditions.

Les candidats non médecins ne peuvent exercer de fonctions hospitalières que dans les disciplines mentionnées à l'article 49.

Article 26-4

- Crée par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 4 JORF 5 août 1987
- Le délai de trois ans mentionné aux articles 26-2 et 26-3 est prorogé d'une durée égale à la durée du service national accompli soit après la fin de l'internat soit après la date à laquelle les intéressés justifient d'un diplôme mentionné au c ou des diplômes mentionnés au d de l'article 26-3.

Les candidatures présentées au titre des articles 26-2 et 26-3 par des internes accomplissant le second semestre de leur dernière année d'internat sont recevables si les intéressés justifient des conditions de diplôme exigées. Ils ne peuvent être nommés chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux ou assistants hospitaliers universitaires qu'après validation d'au moins quatre années d'internat.

Article 26-5

- Modifié par Décret n°2003-142 du 21 février 2003 - art. 1 JORF 22 février 2003

Les chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires sont nommés pour une période de deux ans avec possibilité de deux renouvellements d'une année chacun. La décision de renouvellement est prise conjointement par le directeur général du centre hospitalier universitaire et le directeur de l'unité de formation et de recherche concernés sur proposition du praticien exerçant les fonctions de chef de service.

Pour porter le titre d'ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux ou d'ancien assistant hospitalier universitaire, il est nécessaire de justifier de deux ans de fonctions effectives en cette qualité. Toutefois, le total des congés de maladie rémunérés accordés aux chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux et aux assistants hospitaliers universitaires est pris en compte dans les deux ans de fonctions effectives requises dans la limite maximale de trente jours.

Lorsque les chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires ont bénéficié d'un congé de maternité, d'un congé d'adoption, d'un congé de paternité ou d'un congé de maladie rémunéré dans les conditions prévues à l'article 26-7 ci-dessous et ne peuvent, compte tenu de l'alinéa précédent, justifier des deux ans de fonctions effectives requises pour porter le titre d'ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux ou d'ancien assistant hospitalier universitaire, ils sont, sur leur demande, maintenus en fonctions en surnombre pour la durée du congé ainsi obtenu.

Article 26-6

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 1

La rémunération des personnels mentionnés au 3° de l'article 1er est fixée selon les modalités définies par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget. Cette rémunération suit l'évolution des traitements de la fonction publique et peut être accrue, le cas échéant, des indemnités suivantes :

- 1° Des indemnités de participation à la permanence des soins ;
- 2° Des indemnités visant à développer le travail en réseau ;
- 3° Une indemnité correspondant à une part complémentaire variable des émoluments hospitaliers et subordonnée au respect d'un engagement contractuel déterminant, dans le respect des dispositions des articles R. 4127-5, R. 4127-95, R. 4127-97, R. 4127-249 et R. 4235-18 du code de la santé publique, des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget ;
- 4° Une indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et aux assistants hospitaliers universitaires qui s'engagent, pendant la durée de leurs fonctions en qualité de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ou d'assistant hospitalier universitaire, à ne pas exercer une activité libérale telle que prévue à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique.

Le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement des indemnités mentionnées au présent article sont fixés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget.

Article 26-7

- Modifié par Décret n°2003-142 du 21 février 2003 - art. 3 JORF 22 février 2003

Les personnels mentionnés au présent chapitre ont droit à :

1° Un congé annuel de trente jours ouvrables, le samedi étant décompté comme jour ouvrable, au cours duquel les intéressés perçoivent la totalité de leur rémunération universitaire et de leurs émoluments hospitaliers ; la durée des congés [*payés*] pouvant être pris en une seule fois ne peut excéder vingt-quatre jours ouvrables ;

2° En cas de maternité, de paternité ou d'adoption, un congé de même durée que celle prévue par la législation de sécurité sociale, pendant lequel l'intéressée continue de percevoir sa rémunération universitaire et ses émoluments hospitaliers ; si, à l'expiration du congé de maternité, l'intéressée ne peut reprendre ses fonctions en raison d'une maladie survenue au cours de ce congé, le point de départ du congé de maladie auquel elle a droit est la date de l'acte médical qui a constaté cette maladie ;

3° En cas de maladie, un congé comportant, pendant les trois premiers mois, le maintien des deux tiers de la rémunération universitaire et des émoluments hospitaliers et, pendant les six mois suivants, le maintien de la moitié de cette rémunération et de ces émoluments ; si, à l'expiration d'un congé de maladie de neuf mois consécutifs, l'intéressé ne peut reprendre ses activités, un congé sans rémunération de douze mois au maximum peut lui être accordé, sur sa demande, après avis du comité médical prévu à l'article 36 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 ; si, à l'issue de ce nouveau congé, le comité estime que l'intéressé ne peut reprendre ses fonctions, il est mis fin à celles-ci ;

4° En cas de tuberculose, de maladie mentale, de poliomyélite ou d'affection cancéreuse constatée par le comité mentionné ci-dessus, un congé [*de longue durée*] de douze mois qui peut être prolongé de six mois sur avis du comité ; pendant ce congé, l'intéressé perçoit les deux tiers de sa rémunération universitaire et de ses émoluments hospitaliers ; si, à l'issue de ce congé, il ne peut reprendre ses activités, il lui est accordé sur sa demande un congé sans rémunération d'une durée maximum de dix-huit mois ; si, à l'issue de ce dernier congé, il ne peut reprendre ses fonctions, il est mis fin à celles-ci ;

5° En cas d'affection dûment constatée par le comité mentionné ci-dessus mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et rendant nécessaires un traitement et des soins prolongés et qui figure sur la liste établie en application de l'article 28 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, un congé de longue maladie d'une durée maximum de trente mois par périodes ne pouvant excéder six mois ; l'intéressé perçoit pendant les six premiers mois de ce congé les deux tiers de sa rémunération universitaire et de ses émoluments hospitaliers et le tiers pendant les vingt-quatre mois suivants ; si, à l'issue d'un congé de longue maladie, l'intéressé ne peut reprendre ses fonctions, il est mis fin à celles-ci ;

6° En cas de maladie ou d'accident imputable à l'exercice des fonctions hospitalières, ou en cas de maladie contractée ou d'accident survenu à l'occasion de l'exercice des fonctions, un congé maximum de douze mois pendant lequel l'intéressé perçoit la totalité de sa rémunération universitaire et de ses émoluments hospitaliers ; à l'issue de ce congé, l'intéressé est examiné par le comité médical mentionné ci-dessus qui, suivant le cas, propose la reprise de l'activité, la prolongation du congé avec maintien des deux tiers de la rémunération par périodes ne pouvant excéder six mois dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre mois, ou la cessation des fonctions ;

7° Aux autorisations spéciales d'absence prévues par le 6° de l'article 35 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé.

L'Etat et l'établissement public hospitalier sont, chacun en ce qui le concerne, subrogés dans les droits de l'assuré aux prestations en espèces de la sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles R. 323-11 et R. 433-12 du code de la sécurité sociale.

Article 26-8

- Modifié par Décret n°88-652 du 6 mai 1988 - art. 3 JORF 8 mai 1988
- Les personnels mentionnés au présent chapitre peuvent, à titre exceptionnel, être placés en position de délégation pour une période d'un an au plus en vue de remplir une mission d'étude.

L'arrêté qui prononce la délégation précise le montant de la rémunération qui peut leur être maintenue et qui ne peut en aucun cas être supérieur à celui de la rémunération universitaire de l'intéressé.

Cette délégation peut être exceptionnellement prolongée lorsque les intéressés ont accompli deux ans de fonctions effectives dans un centre hospitalier et universitaire, pour une période maximum d'un an, non renouvelable, pendant laquelle ils ne perçoivent aucune rémunération.

Article 26-8-1

- Créé par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 5 JORF 20 octobre 2001

Les personnels mentionnés au présent chapitre employés de manière continue depuis au moins un an peuvent également être placés en position de délégation, pour une période d'un an au plus, afin de bénéficier des dispositions de l'article 25-1 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 modifiée précitée.

Cette délégation s'impute sur le contrat de ces personnels et n'en prolonge pas la durée.

Cette délégation est décidée conjointement par le directeur général du centre hospitalier universitaire et le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée, après autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article 25-1 de la loi du 15 juillet 1982 précitée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé et après conclusion entre l'unité de formation et de recherche, le centre hospitalier universitaire et l'entreprise concernés d'une convention qui en fixe l'objet et en détermine les modalités.

Les intéressés conservent leur rémunération universitaire.

L'entreprise verse au profit de l'unité de formation et de recherche concernée :

- a) Soit une contribution permettant d'assurer le service d'enseignement incombant antérieurement à l'intéressé ;
- b) Soit une contribution au moins équivalente à la rémunération universitaire de l'intéressé et aux charges sociales qui y sont afférentes.

Toutefois le directeur de l'unité de formation et de recherche peut décider de dispenser totalement ou partiellement l'entreprise de sa contribution, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche.

Article 26-9

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 11 JORF 25 mai 2006

Pendant leur première année de fonctions, les personnels mentionnés au présent chapitre peuvent, sur leur demande et sous réserve de l'avis favorable du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service, être mis en congé sans rémunération hospitalo-universitaire dans la limite de trente jours par an en vue d'assurer des remplacements de médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes ou pharmaciens exerçant soit dans des établissements d'hospitalisation publics ou privés, soit en clientèle de ville.

A partir de la deuxième année de leurs fonctions, ils peuvent, sur leur demande et sous réserve de l'avis mentionné à l'alinéa précédent, être mis en congé sans rémunération dans la limite de quarante-cinq jours par an en vue d'exercer une activité hors de leur établissement d'affectation.

Les mises en congé prévues par le présent article sont prononcées conjointement par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique, ou mixte, médicale et pharmaceutique, et le directeur du centre hospitalier universitaire dont relèvent les intéressés.

La durée des congés accordés dans les conditions définies par le présent article est prise en considération pour la détermination de l'ancienneté des intéressés en vue de l'acquisition du titre d'ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ou d'ancien assistant hospitalier universitaire et en vue de l'accès aux recrutements hospitaliers et hospitalo-universitaires.

Article 26-10

- Créé par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 6 JORF 20 octobre 2001

Les personnels mentionnés au présent chapitre bénéficient d'un repos de sécurité à l'issue d'une

garde, selon les conditions fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget.

Article 26-11

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 12 JORF 25 mai 2006

Si l'intérêt du service l'exige, le préfet du département, sur proposition du médecin inspecteur de la santé publique du département ou du pharmacien inspecteur de santé publique de la région ou du directeur d'établissement et après avis motivé de la commission médicale d'établissement, peut décider qu'un membre des personnels mentionnés au présent chapitre cesse de participer au service de gardes pour une durée maximale de trois mois. Si, à l'issue de cette période de trois mois, l'intéressé n'est pas autorisé à figurer à nouveau au tableau des gardes, sa situation doit être examinée dans le cadre, selon le cas, des dispositions prévues par l'article 36 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé ou par le chapitre III du titre Ier ci-dessus.

CHAPITRE II : Dispositions particulières aux praticiens hospitaliers universitaires.

Article 27

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 18

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

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

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

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

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

II.-Les candidats peuvent postuler les emplois vacants de praticien hospitalier universitaire en indiquant un ordre de préférence. Un premier examen de ces candidatures est effectué par le conseil de l'unité de formation et de recherche qui procède à l'audition des candidats, et par la commission médicale d'établissement.

Ces instances procèdent chacune au classement des candidats qu'elles retiennent.

III.-Les dossiers des candidats retenus par l'une au moins de ces instances sont ensuite examinés par une commission composée du président de la sous-section concernée du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, président de la commission, et de deux rapporteurs désignés par le président de la section concernée parmi les membres des sections du groupe des disciplines médicales. Un au moins des deux rapporteurs doit être membre de la sous-section concernée.

Pour chaque emploi vacant, la commission propose un candidat.

IV.-Les praticiens hospitaliers-universitaires sont nommés par décision conjointe du directeur du centre hospitalier universitaire et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée.

V.-Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur fixe les conditions de dépôt des candidatures et les modalités de constitution et de fonctionnement de la commission mentionnée au III ci-dessus.

NOTA:

Décret 89-808 du 2 novembre 1989 : pendant trois ans, le délai d'un an prévu au I,1° est porté à deux ans.

Article 28 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°88-652 du 6 mai 1988 - art. 2 JORF 8 mai 1988

Article 29

- Modifié par Décret n°88-652 du 6 mai 1988 - art. 5 JORF 8 mai 1988
- L'emploi de praticien hospitalier-universitaire comporte les mêmes échelons de rémunération que ceux qui sont définis pour les praticiens hospitaliers aux articles 26 et 27 du décret du 24 février 1984 susvisé.

L'avancement d'échelon est prononcé par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Article 30

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 2

Les praticiens hospitaliers universitaires perçoivent une rémunération égale à celle des praticiens hospitaliers qui ont atteint le même échelon. Cette rémunération est à la charge de l'Etat pour la moitié et à la charge du centre hospitalier universitaire pour l'autre moitié. Elle peut être accrue, le cas échéant, des indemnités suivantes, également à la charge du centre hospitalier universitaire :

- 1° Des indemnités de participation à la permanence des soins ;
- 2° Des indemnités visant à développer le travail en réseau ;
- 3° Une indemnité correspondant à une part complémentaire variable des émoluments hospitaliers, et subordonnée au respect d'un engagement contractuel déterminant, dans le respect des dispositions des articles R. 4127-5, R. 4127-95, R. 4127-97, R. 4127-249 et R. 4235-18 du code de la santé publique, des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget ;
- 4° Une indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux praticiens hospitaliers universitaires qui s'engagent, pendant la durée de leur détachement en qualité de praticien hospitalier universitaire, à ne pas exercer une activité libérale telle que prévue à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique.

Le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement des indemnités mentionnées au présent article sont fixés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget.

Article 31

- Modifié par Décret n°2003-142 du 21 février 2003 - art. 5 JORF 22 février 2003

Les dispositions des articles 35 à 41 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé sont applicables aux praticiens hospitaliers universitaires, à l'exception des 2° et 3° de l'article 35.

Article 31-1

- Crée par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 8 JORF 20 octobre 2001

Les praticiens hospitaliers universitaires bénéficient d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde, selon les conditions fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget.

Article 31-2

- Crée par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 8 JORF 20 octobre 2001

Si l'intérêt du service l'exige, le préfet du département, sur proposition du médecin inspecteur de la santé publique du département ou du directeur d'établissement et après avis motivé de la commission médicale d'établissement, peut décider qu'un praticien hospitalier universitaire cesse de participer au service de gardes pour une durée maximale de trois mois. Si, à l'issue de cette période de trois mois,

l'intéressé n'est pas autorisé à figurer à nouveau au tableau des gardes, sa situation doit être examinée dans le cadre, selon le cas, des dispositions prévues par l'article 36 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé ou par le chapitre III du titre Ier ci-dessus.

Article 32

- Modifié par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 2 JORF 5 août 1987
- Un praticien hospitalier-universitaire peut, à titre exceptionnel, être placé en position de délégation pour une période de six mois au plus en vue de remplir une mission d'étude.

La décision qui prononce la délégation précise le montant de la rémunération qui peut lui être maintenue et qui ne peut être supérieure à la rémunération universitaire de l'intéressé.

Cette délégation peut être exceptionnellement prolongée pour une période maximum de six mois, non renouvelable, pendant laquelle l'intéressé ne perçoit aucune rémunération.

Article 32-1

- Créé par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 9 JORF 20 octobre 2001

Les praticiens hospitaliers universitaires peuvent également être placés en position de délégation, pour une période de deux ans renouvelable deux fois, afin de bénéficier des dispositions de l'article 25-1 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 modifiée précitée. Cette délégation ne prolonge pas la période de détachement.

Les intéressés conservent leur rémunération universitaire.

Cette délégation est décidée conjointement par le directeur général du centre hospitalier universitaire et le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée, après autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article 25-1 de la loi du 15 juillet 1982 précitée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, et après conclusion entre l'unité de formation et de recherche, le centre hospitalier universitaire et l'entreprise concernés d'une convention qui en fixe l'objet et en détermine les modalités.

L'entreprise verse au profit de l'unité de formation et de recherche concernée :

- a) Soit une contribution permettant d'assurer le service d'enseignement incombant antérieurement à l'intéressé ;
- b) Soit une contribution au moins équivalente à la rémunération universitaire de l'intéressé et aux charges sociales qui y sont afférentes.

La contribution prévue au b ci-dessus est obligatoire au-delà d'un an.

Toutefois, le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée peut décider de dispenser totalement ou partiellement l'entreprise de sa contribution, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche.

TITRE III : Personnels titulaires

CHAPITRE Ier : Dispositions communes.

Article 33

- Modifié par Décret n°2003-142 du 21 février 2003 - art. 6 JORF 22 février 2003

Les membres du personnel titulaire mentionné au 1° de l'article 1er du présent décret ont droit :

- a) A un congé [*payé*] annuel d'une durée égale à celle qui est fixée pour les praticiens hospitaliers ;

b) Aux autres congés et dispenses d'enseignement dans les conditions applicables aux personnels enseignants titulaires des universités ;

c) Aux autorisations spéciales d'absence prévues par le 8° de l'article 35 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé.

Article 34

· Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 13 JORF 25 mai 2006

Les membres du personnel titulaire relevant du présent chapitre peuvent être placés sur leur demande en position de mission temporaire pour une durée maximum de trois mois par période de deux ans. Ils conservent, dans cette position, la totalité de leur rémunération universitaire et hospitalière.

Les intéressés sont placés dans cette position par décision conjointe du préfet, préfet du département, et du recteur chancelier, agissant par délégation des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Après une période de huit années, les membres du personnel titulaires qui n'ont pas utilisé tout ou partie des périodes de mission temporaire telles que définies au premier alinéa ci-dessus peuvent être placés en position de mission temporaire pour une durée égale au nombre de mois, semaines et jours non utilisés à ce titre. Cette modalité d'utilisation de la position de mission temporaire doit faire l'objet d'un projet présenté par les personnels qui en bénéficient et d'un rapport d'activité remis à l'issue de la période mentionnée à l'article 44 ci-après. Tout refus opposé à une demande doit être motivé par décision conjointe du préfet de département et du recteur chancelier concernés.

Article 35

· Modifié par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 11 JORF 20 octobre 2001

1° Ils peuvent, sur leur demande et pour une période de deux ans au plus, être placés en position de délégation afin de remplir une mission d'étude ou d'exercer un enseignement en dehors des centres hospitaliers et universitaires.

L'arrêté prononçant la délégation précise le montant de la rémunération qui continue d'être servie à l'intéressé. Cette rémunération ne peut en aucun cas être supérieure à la rémunération universitaire de celui-ci ni inférieure aux retenues pour pension civile.

Les intéressés ne peuvent être admis à bénéficier à nouveau des dispositions du premier alinéa du présent article qu'après avoir repris effectivement leurs fonctions pendant trois ans au moins.

2° Ils peuvent également être placés en position de délégation, pour une période de deux ans renouvelable deux fois, afin de bénéficier des dispositions de l'article 25-1 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 modifiée précitée.

Les intéressés conservent leur rémunération universitaire.

Cette délégation est décidée conjointement par le directeur général du centre hospitalier universitaire et le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée, après autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article 25-1 de la loi du 15 juillet 1982 précitée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, et après conclusion entre l'unité de formation et de recherche, le centre hospitalier universitaire et l'entreprise concernés d'une convention qui en fixe l'objet et en détermine les modalités.

L'entreprise verse au profit de l'unité de formation et de recherche concernée :

a) Soit une contribution permettant d'assurer le service d'enseignement incombant antérieurement à l'intéressé ;

b) Soit une contribution au moins équivalente à la rémunération universitaire de l'intéressé et aux charges sociales qui y sont afférentes.

La contribution prévue au b ci-dessus est obligatoire au-delà d'un an.

Toutefois le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée peut décider de dispenser totalement ou partiellement l'entreprise de sa contribution, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche ;

3° Pendant ces périodes de délégation, ils ne peuvent être remplacés dans leur emploi qu'à titre temporaire. Les intéressés conservent le droit à l'emploi qu'ils occupent même si les nécessités du service conduisent à confier tout ou partie de leurs fonctions à un intérimaire. Le temps de la délégation est pris en compte pour l'avancement et pour la constitution du droit à pension ;

4° La délégation peut en outre être prononcée auprès de l'Institut universitaire de France, en vue de l'exercice de fonctions de recherche, pour une période de deux ans renouvelable. L'intéressé conserve sa rémunération universitaire et, selon le service fait, sa rémunération hospitalière.

Article 36

· Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 14 JORF 25 mai 2006

Ils peuvent être placés sur leur demande en position de détachement conformément aux dispositions applicables aux personnels enseignants titulaires de statut universitaire.

Ils peuvent également, sur leur demande, être placés en position de détachement afin de bénéficier des dispositions de l'article 25-1 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 modifiée précitée.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé prononce ce détachement, pour une période de deux ans renouvelable deux fois, après autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article 25-1 de la loi du 15 juillet 1982 précitée et après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique, ou mixte, médicale et pharmaceutique, de la commission médicale d'établissement, du directeur général du centre hospitalier universitaire et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernés.

Ils peuvent également, sur leur demande, être détachés auprès d'un groupement d'intérêt public entrant dans l'un des cas prévus au 2° du quatrième alinéa de l'article L. 668-1 et aux articles L. 710-17 et L. 713-12 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique, ou mixte, médicale et pharmaceutique, et de la commission médicale d'établissement concernés.

Les intéressés peuvent être remplacés dans leurs fonctions après une période d'un an passée en position de détachement, sous réserve des dispositions de l'article 5 de la loi du 13 juillet 1972 susvisée.

Article 36-1

· Créé par Décret n°95-986 du 31 août 1995 - art. 5 JORF 3 septembre 1995

Les membres titulaires du personnel enseignant et hospitalier en position d'activité peuvent bénéficier d'une mise à disposition dans les conditions applicables aux personnels enseignants titulaires de statut universitaire. Lorsque la mise à disposition est prononcée auprès d'un groupement d'intérêt public, elle est régie par les dispositions applicables à la situation prévue au 2° de l'article 1er du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat et à certaines modalités de cessation définitive de fonctions.

Dans tous les cas, la mise à disposition est prononcée après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale et de la commission médicale d'établissement concernés.

Article 37

Ils peuvent être mis en disponibilité conformément aux dispositions applicables aux enseignants titulaires de statut universitaire, sous les réserves suivantes :

- a) Ils peuvent être remplacés dans leurs fonctions après une période d'un an passée dans cette position ;
- b) La mise en disponibilité pour convenances personnelles ne peut être accordée que pour une période de deux années au maximum, non renouvelable.

Article 38

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 3

Les membres titulaires du personnel enseignant et hospitalier en activité de service, mentionnés aux a, b, c et d du 1° de l'article 1er du présent décret perçoivent :

1° Une rémunération universitaire fixée selon les modalités définies par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé, du budget et de la fonction publique, accrue, le cas échéant, de la prime d'administration, de la prime de charges administratives, de la prime d'encadrement doctoral et de recherche et de la prime de responsabilités pédagogiques, dans des conditions prévues par décret ;

2° Des émoluments hospitaliers non soumis à d'autres retenues pour pension que celles opérées au titre du régime public de retraite additionnel institué par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, dus au titre des activités exercées pour le compte de l'établissement hospitalier et variables selon l'ancienneté de service. Le montant de ces émoluments est fixé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget et suit l'évolution des traitements de la fonction publique. Ces émoluments peuvent être accrus, le cas échéant, des indemnités suivantes :

- a) Des indemnités de participation à la permanence des soins ;
- b) Des indemnités visant à développer le travail en réseau ;
- c) Une indemnité correspondant à une part complémentaire variable des émoluments hospitaliers, subordonnée au respect d'un engagement contractuel déterminant, dans le respect des dispositions des articles R. 4127-5, R. 4127-95, R. 4127-97, R. 4127-249 et R. 4235-18 du code de la santé publique, des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget ;
- d) Une indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux personnels titulaires qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelable, à ne pas exercer une activité libérale telle que prévue à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique.

Le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement des indemnités mentionnées au présent article sont fixés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget.

Lorsqu'un maître de conférences des universités-praticien hospitalier ou un maître de conférences des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques est nommé professeur des universités-praticien hospitalier ou professeur des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques à un niveau d'émoluments hospitaliers inférieur à celui qu'il percevait dans son précédent corps, il conserve, à titre personnel, le bénéfice de son ancienne rémunération hospitalière aussi longtemps qu'elle est plus favorable.

Article 39

En matière de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les membres titulaires du personnel enseignant et hospitalier ont, pour l'ensemble de leurs activités hospitalières et universitaires, les mêmes droits que les membres du personnel universitaire.

Article 40

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 4

Les changements de discipline sont prononcés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, après avis favorable, selon le cas, de la sous-section ou de la section du

Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques compétente pour la nouvelle discipline.

Article 41

La cession définitive de fonctions des membres du personnel titulaire résulte :

- 1° De la démission régulièrement acceptée ;
- 2° De l'admission à la retraite ;
- 3° Du licenciement ;
- 4° De la révocation ;
- 5° De la perte des droits civiques.

Article 42 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 5 JORF 5 août 1987

Article 43

En cas d'insuffisance professionnelle, l'intéressé est soit admis à faire valoir ses droits à la retraite, soit licencié s'il ne remplit pas les conditions requises pour avoir droit à une pension de retraite.

L'insuffisance professionnelle consiste en une incapacité à accomplir les travaux ou à assumer les responsabilités relevant normalement des fonctions de l'intéressé. Elle résulte de l'inaptitude à l'exercice des fonctions, du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles.

La décision est prise conjointement par les ministres respectivement chargés des universités et de la santé ou sur le rapport desdits ministres, sur avis conforme de l'organisme institué au quatrième alinéa de l'article 5 de l'ordonnance du 30 décembre 1958 susvisée siégeant en formation administrative sans caractère juridictionnel, après observation des formalités prescrites en matière disciplinaire.

Le membre du personnel titulaire licencié pour insuffisance professionnelle, qui ne satisfait pas aux conditions requises pour être admis à la retraite, perçoit une indemnité égale aux trois quarts de la rémunération universitaire et des émoluments hospitaliers afférents au dernier mois d'activité multipliés par le nombre d'années de service validées pour la retraite. Cette indemnité est versée par mensualités qui ne peuvent dépasser le montant des derniers émoluments perçus par l'intéressé.

Article 43-1

- Créé par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 15 JORF 20 octobre 2001

Les membres du personnel titulaire bénéficient d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde, selon les conditions fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget.

Article 43-2

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 16 JORF 25 mai 2006

Si l'intérêt du service l'exige, le préfet du département, sur proposition du médecin inspecteur de la santé publique du département ou du pharmacien inspecteur de santé publique de la région ou du directeur d'établissement et après avis motivé de la commission médicale d'établissement, peut décider qu'un membre du personnel titulaire cesse de participer au service de gardes pour une durée maximale de trois mois. Si, à l'issue de cette période de trois mois, l'intéressé n'est pas autorisé à figurer à nouveau au tableau des gardes, sa situation doit être examinée dans le cadre, selon le cas,

des dispositions prévues par l'article 7 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agrés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires, par le chapitre III du titre Ier ci-dessus ou par l'article 43 ci-dessus.

Article 44

- Créé par Décret n°99-183 du 11 mars 1999 - art. 4 JORF 13 mars 1999 et rectificatif JORF 27 novembre 1999

Les membres du personnel titulaire sont tenus d'établir tous les quatre ans un rapport sur l'ensemble de leurs activités.

Ces rapports sont adressés au directeur de l'unité de formation et de recherche et au directeur général du centre hospitalier universitaire.

Article 45

Un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés de la santé et des universités détermine les conditions dans lesquelles des candidats de nationalité étrangère peuvent être autorisés à participer aux concours mentionnés aux articles 48 et 61 sans que les intéressés puissent accéder aux emplois régis par le présent décret et précise les titres qui peuvent être attribués aux candidats reçus à ces concours.

CHAPITRE II : Dispositions particulières aux maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers.

Article 46

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 17 JORF 25 mai 2006

Le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques comportent une 2e classe, une 1re classe et une hors-classe, comprenant respectivement trois échelons, six échelons et six échelons.

Les maîtres de conférences hors classe sont chargés de fonctions particulières attachées à l'encadrement et à l'orientation des étudiants, à la coordination pédagogique ainsi qu'aux relations avec les établissements d'enseignement supérieur et les établissements de recherche français ou étrangers.

Les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques sont recrutés et promus selon les procédures définies au présent chapitre.

Article 47

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 18 JORF 25 mai 2006

Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé publient les vacances d'emplois de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques.

Ces emplois sont offerts aux maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et aux maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques candidats à une mutation. Les mutations sont prononcées par les ministres précités, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement.

Les changements d'unité de formation et de recherche, les changements de centre hospitalier et

universitaire et les affectations à un emploi dont l'intitulé soit hospitalier, soit universitaire est différent sont effectués par voie de mutation.

S'ils ne justifient pas de trois ans de fonctions en position d'activité dans un même centre hospitalier et universitaire, les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques ne peuvent obtenir une mutation dans un autre centre hospitalier et universitaire qu'avec l'accord du directeur de l'unité de formation et de recherche et du directeur général du centre hospitalier universitaire où ils sont affectés, donné après avis favorable du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement concernés.

Article 48

· Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 5

Des concours nationaux sont organisés pour chaque discipline par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé :

1° Un premier concours est 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 ;

2° Un second concours portant sur un tiers au plus des emplois mis au recrutement est ouvert aux candidats qui ne remplissent pas les conditions fixées au 1° ci-dessus et sont titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'Etat ou du doctorat prévu par le décret n° 84-573 du 5 juillet 1984, ou du doctorat de troisième cycle, ou du diplôme de docteur ingénieur. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes précités dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le pourcentage des postes ainsi mis au recrutement est défini pour chaque concours par discipline par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les conditions de candidature mentionnées au présent article s'apprécient à la date limite d'envoi des dossiers de candidature fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 48-1

· Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 6

Un concours national est organisé pour chaque discipline pharmaceutique par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

Les candidats à ce concours doivent, à la date de clôture de dépôt des candidatures, remplir les conditions suivantes :

1° Etre titulaires d'un doctorat d'Etat ès sciences pharmaceutiques, d'un doctorat d'Etat en sciences, d'un doctorat ou d'un diplôme admis en équivalence et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

2° Avoir exercé pendant au moins deux ans des fonctions de praticien hospitalier à temps plein ou à temps partiel, de maître de conférences, de professeur des universités, ou d'assistant hospitalier universitaire des disciplines pharmaceutiques.

Article 49

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 20 JORF 25 mai 2006

Les candidats non médecins reçus aux concours mentionnés à l'article 48 du présent décret peuvent exercer des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes médicaux dans les disciplines suivantes :

- 1° Cytologie et histologie ;
- 2° Biophysique et médecine nucléaire ; radiologie et imagerie médicale ;
- 3° Biochimie et biologie moléculaire ; biologie cellulaire ; nutrition ;
- 4° Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière ; parasitologie et mycologie ;
- 5° Epidémiologie, économie de la santé et prévention ; biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication ;
- 6° Hématologie ; transfusion ; immunologie ; génétique ;
- 7° Pharmacologie fondamentale-pharmacologie clinique- ;
- 8° Biologie et médecine du développement et de la reproduction.

Article 49-1

- Créé par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 21 JORF 25 mai 2006

Les candidats non pharmaciens reçus au concours mentionné à l'article 48-1 peuvent exercer des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'accomplir d'actes pharmaceutiques ou de biologie médicale dans les disciplines suivantes :

- 1° Biochimie, biologie cellulaire et moléculaire ; génétique moléculaire, génomique et protéomique ;
- 2° Physiologie et physiopathologie, biologie du développement et de la reproduction ;
- 3° Biotechnologies ;
- 4° Pharmacochimie des produits naturels, synthétiques et biosynthétiques ;
- 5° Droit pharmaceutique, économie de la santé ;
- 6° Instrumentation analytique ;
- 7° Chimie physique appliquée à la technologie pharmaceutique et au médicament ;
- 8° Biostatistiques et bioinformatique ; biophysique ; protéomique structurale ;
- 9° Santé publique, environnement, hygiène ;
- 10° Nutrition ;
- 11° Bactériologie-virologie ; parasitologie-mycologie ; immunologie ;
- 12° Pharmacologie ; toxicologie.

Article 50

- Modifié par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 8 JORF 5 août 1987
- Chaque candidat peut se présenter à trois concours.

Toute candidature retirée avant le début des épreuves n'est pas prise en compte pour l'application du présent article.

Un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés des universités et de la santé fixe les modalités de dépôt des candidatures et de constitution des dossiers.

Article 51

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 7

Les candidatures sont examinées par des jurys formés des membres, selon le cas, de la sous-section, de la section ou de l'intersection du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques dont l'emploi relève. Ils sont présidés par le président de la sous-section, de la section ou de l'intersection.

Les conditions de fonctionnement de ces jurys sont fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les membres des jurys qui perdent la qualité de membre du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques après la date fixée pour le début des épreuves continuent à siéger au sein du jury jusqu'à la fin des opérations du concours.

Article 52

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 8

Le jury apprécie les titres universitaires, les travaux de recherche, d'expertise et, le cas échéant, les fonctions enseignantes et les services hospitaliers de chaque candidat. Celui-ci présente un exposé écrit de ses titres et travaux accompagné de toutes pièces justificatives.

Pour chaque dossier le président désigne deux rapporteurs qui déposent chacun un rapport écrit. Le jury examine les rapports et entend les rapporteurs.

Chaque candidat fait ensuite devant le jury une présentation orale de ses travaux, suivie d'une discussion avec les membres du jury et d'un exposé destiné à évaluer ses aptitudes didactiques et dont le thème est fixé par le jury en rapport avec ses travaux personnels.

Dans certaines disciplines dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, le candidat doit également satisfaire à une épreuve pédagogique pratique adaptée à la discipline dans laquelle il concourt.

Les modalités d'organisation et la durée des épreuves mentionnées aux deux alinéas précédents sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Le jury arrête par ordre alphabétique la liste des candidats admis.

La liste est publiée au Journal officiel de la République française.

Dans le cas où la discipline hospitalière de l'emploi diffère de la discipline universitaire, un candidat ne peut être inscrit sur la liste d'admission qu'avec l'accord, selon le cas, de la sous-section ou de la section du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques compétente pour la discipline hospitalière.

Article 53

- Modifié par Décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 22 JORF 20 octobre 2001

Chaque candidat inscrit sur la liste d'admission peut postuler à un ou plusieurs des emplois mis au concours. Les candidatures sont soumises au conseil de l'unité de formation et de recherche et à la commission médicale d'établissement.

Le directeur de l'unité de formation et de recherche transmet les différents avis au ministre chargé de l'enseignement supérieur et le directeur du centre hospitalier universitaire les transmet au ministre chargé de la santé.

Les deux ministres procèdent conjointement aux nominations.

Si, après un premier tour de candidatures et de nominations, tous les emplois n'ont pas été pourvus, il est procédé à un deuxième tour.

Article 54

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 22 JORF 25 mai 2006

Les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques sont nommés en qualité de stagiaires.

Après un stage d'un an, ils sont après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement, soit titularisés, soit admis à effectuer une dernière année de stage, soit réintégrés dans leurs corps d'origine, soit licenciés.

Lors de la titularisation, le stage est pris en considération pour l'avancement dans la limite d'un an.

Article 54-1 (abrogé)

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 23 JORF 25 mai 2006

Article 54-2

- Créé par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 9

I. - Lors de leur titularisation, les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques bénéficient d'un classement hospitalier prenant en compte la durée des fonctions ci-dessous énumérées :

1° Fonctions de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, assistant hospitalier universitaire, assistant hospitalier universitaire des disciplines pharmaceutiques, praticien hospitalier universitaire, praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel, médecin, biologiste ou pharmacien du service de santé des armées ;

2° Fonctions de médecin, biologiste ou pharmacien dans des établissements privés participant au service public hospitalier et dans des organismes ou établissement de transfusion sanguine ;

3° Fonctions hospitalières équivalentes à celles mentionnées au 1° du présent article, exercées dans des établissements d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autre que la France, dont les missions sont comparables à celles des établissements assurant le service public hospitalier.

II. - Ces fonctions sont retenues à raison de la moitié de leur durée jusqu'à douze ans et à raison du quart au-delà de cette durée et à la condition qu'elles aient été accomplies à raison d'une quotité de temps de travail équivalente à au moins la moitié d'un temps plein.

NOTA:

Les dispositions de l'article 54-2 du décret du 24 février 1984 susvisé sont applicables aux maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et aux maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques nommés à compter du 1er septembre 2008.

Pour l'application de ces dispositions aux personnels nommés antérieurement à cette date, les fonctions sont retenues à raison du tiers de leur durée jusqu'à douze ans.

Article 55

L'inscription sur la liste d'admission mentionnée à l'article 52 non suivie d'une nomination ne confère aucun droit à l'intéressé.

Article 56

Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 24 JORF 25 mai 2006

L'avancement d'échelon des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques est prononcé par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, à l'ancienneté, selon les durées de service figurant dans le tableau suivant :

CLASSES	ANCIENNETE REQUISE
et avancement d'échelon	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	1 an
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	3 ans 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 1er au 2e échelon	2 ans

Les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques qui ont exercé, pendant une durée d'au moins trois ans, un mandat de président ou de directeur d'établissement public d'enseignement supérieur bénéficient, sur leur demande, d'une bonification d'ancienneté d'une durée égale à 60% de la durée effective d'un seul mandat. Cette bonification est prise en compte pour l'avancement d'échelon. Elle ne peut être accordée à un maître de conférences des universités-praticien hospitalier ou à un maître de conférences des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques qu'une seule fois.

La bonification prend effet le premier jour du mois suivant la demande.

Article 57

Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 18

Peuvent être promus à la 1re classe les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers de deuxième classe qui ont atteint au moins le 2e échelon de leur classe.

L'avancement à la 1re classe est prononcé par les ministres respectivement chargés des universités et de la santé sur proposition de la section compétente du conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Cette proposition est formulée après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale sur l'ensemble des membres du corps remplissant, dans chaque section, les conditions nécessaires pour être promus.

Article 57-1

Créé par Décret n°90-134 du 13 février 1990 - art. 7 JORF 14 février 1990 en vigueur le 1er octobre 1989

L'effectif de la hors-classe du corps des maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers ne peut être supérieur à 8 p. 100 de l'effectif budgétaire total de ce corps.

L'avancement de la 1re classe à la hors-classe du corps des maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers est prononcé dans les conditions prévues à l'article 57.

Peuvent seuls être promus à la hors-classe les maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers parvenus au 4e échelon de la 1re classe et ayant accompli au moins cinq ans de services en position d'activité dans ce corps ou en position de détachement pour exercer des fonctions d'enseignant-chercheur.

Les maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers de 1re classe promus à la hors-classe sont classés à l'échelon comportant un indice de rémunération égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui qu'ils détenaient dans leur grade d'origine.

Lorsque l'application des dispositions du présent article n'entraîne pas d'augmentation de traitement, les intéressés conservent l'ancienneté qu'ils avaient acquise dans la limite de l'ancienneté exigée pour une promotion à l'échelon supérieur dans leur nouveau grade.

Article 57-2

- Créé par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 10
- Les dispositions des articles 57 et 57-1 du présent décret sont applicables aux maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques. Toutefois, la section et l'unité de formation et de recherche compétentes sont celles de la discipline pharmaceutique dont relèvent les intéressés.

CHAPITRE III : Dispositions particulières aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers.

Article 58

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 25 JORF 25 mai 2006

Le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers et le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques comprennent :

Une deuxième classe comportant six échelons ;

Une première classe comportant trois échelons ;

Une classe exceptionnelle comportant deux échelons.

Article 59

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 26 JORF 25 mai 2006

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques sont recrutés et promus selon les procédures définies au présent chapitre.

Article 60

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 27 JORF 25 mai 2006

Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé publient les vacances d'emploi de professeurs des universités-praticiens hospitaliers et de professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques.

Ces emplois sont offerts aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers et aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques candidats à une mutation. Les mutations sont prononcées par les ministres précités, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement.

Les changements d'unité de formation et de recherche, les changements de centre hospitalier et universitaire et les affectations à un emploi dont l'intitulé soit hospitalier, soit universitaire est différent, sont effectués par voie de mutation.

S'ils ne justifient pas de trois ans de fonctions en position d'activité dans un même centre hospitalier et universitaire, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques ne peuvent obtenir une mutation dans un autre centre hospitalier et universitaire qu'avec l'accord du directeur de l'unité de formation et de recherche et du directeur général du centre hospitalier universitaire où ils sont affectés, donné après avis favorables du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement concernés.

Article 61

· Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 11

Des concours nationaux sont organisés pour chaque discipline par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Peuvent faire acte de candidature :

1° Dans les disciplines biologiques et mixtes, les maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers justifiant d'au moins deux ans de fonctions effectives en cette qualité ;

2° Dans les disciplines cliniques et dans les disciplines mixtes figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, les chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, les anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, les praticiens hospitaliers universitaires, les anciens praticiens hospitaliers universitaires et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, ayant au moins deux ans de fonctions effectives en l'une ou l'autre de ces qualités.

Ces concours sont ouverts aux candidats titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'Etat. Ils doivent, en outre, avoir satisfait à l'obligation de mobilité définie à l'article 61-1.

Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes mentionnés à l'alinéa précédent dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Les conditions de candidature mentionnées au présent article s'apprécient à la date limite d'envoi des dossiers de candidature fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 61-1

· Modifié par Décret n°2003-142 du 21 février 2003 - art. 11 JORF 22 février 2003

Pour satisfaire à l'obligation de mobilité mentionnée à l'article 61, les candidats doivent avoir exercé pendant un an au moins des activités de soins, d'enseignement ou de recherche, en France ou à l'étranger, en dehors du centre hospitalier et universitaire dans lequel ils sont affectés ou, pour les anciens chefs de cliniques des universités-assistants des hôpitaux et les anciens praticiens hospitaliers universitaires, dans lequel ils ont été affectés en dernier lieu. Les activités de soins dans des établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier ou en clientèle de ville ne sont pas prises en compte.

Les conditions dans lesquelles s'applique cette obligation de mobilité sont fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 61-2

· Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 12

Un concours national est organisé pour chaque discipline pharmaceutique par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

Les candidats à ce concours doivent, à la date de dépôt des candidatures :

1° Etre titulaires de l'habilitation à diriger des recherches, du doctorat d'Etat ès sciences pharmaceutiques ou du doctorat d'Etat en sciences. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent, pour l'accès à ce concours, être admis en dispense de ces diplômes dans des

conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;
2° Avoir la qualité de maître de conférences des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques et justifier d'au moins trois années de fonctions en position d'activité, de détachement ou de délégation dans ce corps ;
3° Avoir satisfait à l'obligation de mobilité définie à l'article 61-1 du présent décret.
Les candidats non pharmaciens, reçus à ce même concours, peuvent exercer des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes pharmaceutiques dans les disciplines énumérées à l'article 49-1 du présent décret.

Article 62

· Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 29 JORF 25 mai 2006

Par dérogation aux dispositions de l'article 61 et 61-2, deux concours spéciaux sont réservés :

a) Le premier :

Aux chercheurs titulaires et anciens chercheurs d'organismes publics à caractère scientifique, aux chercheurs et anciens chercheurs de l'Institut Pasteur et des centres de lutte contre le cancer ainsi que des centres ou établissements de transfusion sanguine des villes sièges de centres hospitaliers et universitaires et aux enseignants-chercheurs ne relevant pas du présent décret, justifiant de deux ans de fonctions effectives en l'une ou l'autre de ces qualités ;

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'Etat. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes précités dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Cet arrêté fixe également les conditions dans lesquelles est appréciée l'équivalence de fonctions mentionnée à l'alinéa précédent.

b) Le second, aux praticiens hospitaliers régis par le décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé, 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.

Pour l'ensemble des disciplines, le nombre total des emplois offerts à ces deux concours, fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, ne peut être supérieur à un sixième des emplois mis au concours.

Les candidats non médecins, reçus aux concours mentionnés au a) ne peuvent exercer de fonctions hospitalières que dans les disciplines énumérées à l'article 49.

Les candidats non pharmaciens, reçus à ce même concours, peuvent exercer des fonctions hospitalières mentionnées à l'article 49-1 du présent décret.

Les conditions de candidature mentionnées au présent article s'apprécient à la date limite d'envoi des dossiers de candidature fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 63

· Modifié par Décret n°2003-142 du 21 février 2003 - art. 13 JORF 22 février 2003

Indépendamment des concours prévus aux articles 61 et 62 ci-dessus, un concours est réservé aux maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers ayant dix ans d'ancienneté en cette qualité et titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'Etat. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes précités dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le nombre total des emplois offerts à ce concours est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé et ne peut être supérieur au neuvième des emplois mis aux concours, pour l'ensemble des disciplines.

Les conditions de candidature mentionnées au présent article s'apprécient à la date limite d'envoi des dossiers de candidature fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 63-1

· Créé par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 13

I. - Dans la limite de 5% des recrutements dans les corps de professeurs des universités-praticiens hospitaliers et de professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques, des concours d'accès direct au grade de professeur des universités-praticien hospitalier de 1re classe ou au grade de professeur des universités-praticien hospitalier de 1re classe des disciplines pharmaceutiques peuvent être ouverts aux candidats n'ayant pas la qualité de membre du personnel enseignant et hospitalier titulaire ou non titulaire, de fonctionnaire ou d'agent public et ayant exercé pendant cinq ans au moins des fonctions soit d'enseignement, soit de recherche, soit de soins.

La durée de ces fonctions ne peut être prise en compte que si les intéressés n'avaient pas, lorsqu'ils les exerçaient, la qualité de membre du personnel enseignant et hospitalier titulaire ou non titulaire, de fonctionnaire ou d'agent public.

II. - Dans la limite de 2% des recrutements dans les corps de professeurs des universités-praticiens hospitaliers et de professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques, des concours d'accès direct au grade de professeur des universités-praticien hospitalier de classe exceptionnelle ou au grade de professeur des universités-praticien hospitalier de classe exceptionnelle des disciplines pharmaceutiques peuvent être ouverts aux candidats n'ayant pas la qualité de membre du personnel enseignant et hospitalier titulaire ou non titulaire, de fonctionnaire ou d'agent public et ayant exercé pendant huit ans au moins des fonctions soit d'enseignement, soit de recherche, soit de soins.

La durée de ces fonctions ne peut être prise en compte que si les intéressés n'avaient pas, lorsqu'ils les exerçaient, la qualité de membre du personnel enseignant et hospitalier titulaire ou non titulaire, de fonctionnaire ou d'agent public.

III. - Les candidats aux concours prévus aux I et II du présent article doivent être titulaires, au 1er janvier de l'année du concours, de l'un des diplômes ou titres mentionnés, selon le cas, aux articles 61 et 61-2 du présent décret.

Les diplômes ou titres étrangers de niveau équivalent peuvent, pour l'accès à ces concours, être admis en dispense de ces diplômes dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Article 64

· Modifié par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 9 JORF 5 août 1987

Chaque candidat peut se présenter à quatre concours. Toute candidature retirée avant le début des épreuves n'est pas prise en compte pour l'application du présent article.

Article 65

Un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés des universités et de la santé fixe les modalités de dépôt des candidatures et de constitution des dossiers.

Article 66

· Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 14

Les candidatures sont examinées par des jurys formés des membres, selon le cas, de la sous-section,

de la section ou de l'intersection du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques dont l'emploi relève. Ils sont présidés, selon le cas, par le président de la sous-section, de la section ou de l'intersection.

Les conditions de fonctionnement de ces jurys sont fixées par arrêté des ministres respectivement chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les membres des jurys qui perdent la qualité de membre du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques après la date fixée pour le début des épreuves continuent à siéger au sein du jury jusqu'à la fin des opérations du concours.

Article 67

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 30 JORF 25 mai 2006

Le jury examine les candidatures et arrête la liste d'admission aux emplois de professeur des universités-praticien hospitalier ou de professeur des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques selon la procédure définie à l'article 52.

Article 68

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 31 JORF 25 mai 2006

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques sont nommés par décret du Président de la République.

Les emplois sont pourvus suivant la procédure définie à l'article 53.

Article 69

L'inscription sur la liste d'admission mentionnée à l'article 67 non suivie d'une nomination ne confère aucun droit à l'intéressé.

Article 69-1

- Créé par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 15

Lors de leur nomination, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques bénéficient d'un classement hospitalier prenant en compte la durée des fonctions ci-dessous énumérées :

1° Fonctions de maître de conférences des universités-praticien hospitalier, maître de conférences des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques, praticien hospitalier universitaire, praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel, médecin, biologiste ou pharmacien du service de santé des armées ;

2° Fonctions de médecin, biologiste ou pharmacien dans des établissements privés participant au service public hospitalier et dans des organismes ou établissement de transfusion sanguine ;

3° Fonctions hospitalières équivalentes à celles mentionnées au 1° du présent article, exercées dans des établissements d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autre que la France, dont les missions sont comparables à celles des établissements assurant le service public hospitalier.

Ces fonctions sont retenues à raison de la moitié de leur durée jusqu'à douze ans et à raison du quart au-delà de cette durée, à la condition qu'elles aient été accomplies à raison d'une quotité de temps de travail équivalente à au moins la moitié d'un temps plein.

NOTA:

Les dispositions de l'article 69-1 du décret du 24 février 1984 susvisé sont applicables aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers et aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques nommés à compter du 1er septembre 2008.

Pour l'application de ces dispositions aux personnels nommés antérieurement à cette date, les fonctions sont retenues à raison du tiers de leur durée jusqu'à douze ans.

Article 70

· Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 32 JORF 25 mai 2006

L'avancement d'échelon dans la 1re et la 2e classe du corps des professeurs des universités - praticiens hospitaliers et du corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques est prononcé par arrêté des ministres respectivement chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, à l'ancienneté, selon les durées de service figurant dans le tableau suivant :

Classes et avancement d'échelon

Ancienneté 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 professeurs des universités-praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques qui ont exercé, pendant une durée d'au moins trois ans, un mandat de président ou de directeur d'établissement public d'enseignement supérieur bénéficient, sur leur demande, d'une bonification d'ancienneté d'une durée égale à 60% de la durée effective d'un seul mandat. Cette bonification est prise en compte pour l'avancement d'échelon. Elle ne peut être accordée à un professeur des universités-praticien hospitalier ou à un professeur des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques qu'une seule fois.

La bonification prend effet le premier jour du mois suivant la demande.

Article 70-1

· Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 18

L'avancement de la 2e classe à la 1re classe des professeurs des universités - praticiens hospitaliers est prononcé par arrêté des ministres respectivement chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale, sur proposition de la section compétente du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Les professeurs des universités - praticiens hospitaliers de 2e classe promus en 1re classe sont classés à l'échelon comportant un indice de rémunération égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui qu'ils détenaient dans leur grade d'origine.

Lorsque l'application des dispositions du présent article n'entraîne pas d'augmentation de traitement, les intéressés conservent l'ancienneté d'échelon qu'ils avaient acquise dans la limite de l'ancienneté exigée pour une promotion à l'échelon supérieur dans leur nouveau grade.

La rémunération universitaire des professeurs des universités - praticiens hospitaliers classés au 2e

échelon de la 1re classe est fixée conformément à la réglementation applicable aux emplois de l'Etat classés hors échelles.

Article 70-2

- Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 18

L'effectif de chacun des échelons de la classe exceptionnelle du corps des professeurs des universités - praticiens hospitaliers ne peut être supérieur à 10 p. 100 de l'effectif total de ce corps. L'avancement de la 1re classe à la classe exceptionnelle des professeurs des universités - praticiens hospitaliers et l'avancement du 1er au 2e échelon de la classe exceptionnelle sont prononcés dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article 70-1 ci-dessus.

Peuvent seuls être promus au 1er échelon de la classe exceptionnelle les professeurs des universités - praticiens hospitaliers de 1re classe qui justifient d'au moins dix-huit mois d'ancienneté dans celle-ci.

Peuvent seuls être promus au 2e échelon de la classe exceptionnelle les professeurs des universités - praticiens hospitaliers justifiant d'au moins dix-huit mois d'ancienneté dans le 1er échelon de cette classe.

Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, les professeurs des universités - praticiens hospitaliers ayant obtenu au titre de leur spécialité une des distinctions scientifiques dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget peuvent être nommés hors contingent par arrêté des ministres respectivement chargés de l'enseignement supérieur et de la santé à l'un des deux échelons de la classe exceptionnelle, sur proposition du groupe de sections compétent du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, siégeant en formation restreinte aux présidents et premiers vice-présidents de section.

Article 70-3

- Créé par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 16
- Les dispositions des articles 70-1 et 70-2 du présent décret sont applicables aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques. Toutefois, la section, le groupe de sections et l'unité de formation et de recherche compétents sont ceux de la discipline pharmaceutique dont relèvent les intéressés.

Article 71

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 33 JORF 25 mai 2006

Les professeurs associés de nationalité française ou ressortissant de l'un des Etats membres des Communautés européennes ou des autres Etats 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 aux concours mentionnés à l'article 61 et à l'article 61-2 du présent décret.

Les candidats non médecins reçus aux concours précités ne peuvent exercer de fonctions hospitalières que dans les disciplines mentionnées à l'article 49.

Les candidats non pharmaciens reçus au concours mentionné à l'article 61-2 peuvent exercer des fonctions hospitalières dans les disciplines mentionnées à l'article 49-1 du présent décret.

Article 71-1

- Modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 - art. 34 JORF 25 mai 2006

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques admis à la retraite peuvent recevoir le titre de professeur émérite pour leurs fonctions universitaires par décision du conseil de l'unité de formation et de recherche en formation restreinte aux professeurs, prise à la majorité absolue des membres composant cette formation. Cette décision fixe la durée de l'éméritat. Les professeurs émérites peuvent diriger des séminaires, des thèses et participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.

CHAPITRE III : Dispositions particulières aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers. (abrogé)

TITRE IV : Dispositions diverses et transitoires.

Article 72

Les professeurs et les maîtres de conférences agrégés, médecins, chirurgiens, spécialistes ou biologistes des hôpitaux régis par le décret du 24 septembre 1960 susvisé, en fonctions à la date d'effet du présent décret, sont intégrés dans le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers selon le tableau de correspondance suivant :

ANCIENNE SITUATION :

Professeur titulaire et professeur titulaire à titre personnel, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux :

Classe exceptionnelle : 1er échelon

NOUVELLE SITUATION :

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

Classe exceptionnelle : 1er échelon

ANCIENNE SITUATION :

Professeur titulaire et professeur titulaire à titre personnel, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux :

Classe exceptionnelle : 2e échelon

NOUVELLE SITUATION :

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

Classe exceptionnelle : 2e échelon

ANCIENNE SITUATION :

Professeur titulaire et professeur titulaire à titre personnel, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux :

Classe normale : 1er échelon

NOUVELLE SITUATION :

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

1ère classe : 1er échelon

ANCIENNE SITUATION :

Professeur titulaire et professeur titulaire à titre personnel, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux :

Classe normale : 2e échelon

NOUVELLE SITUATION :

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

1ère classe : 2e échelon

ANCIENNE SITUATION :

Professeur titulaire et professeur titulaire à titre personnel, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux :

Classe normale : 3e échelon

NOUVELLE SITUATION :

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

1ère classe : 3e échelon.

ANCIENNE SITUATION :

Maître de conférences ou professeur sans chaire, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux : 1er échelon

NOUVELLE SITUATION :

2e classe : 1er échelon

ANCIENNE SITUATION :

Maître de conférences ou professeur sans chaire, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux : 2e échelon

NOUVELLE SITUATION :

2e classe : 2e échelon

ANCIENNE SITUATION :

Maître de conférences ou professeur sans chaire, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux : 3e échelon

NOUVELLE SITUATION :

2e classe : 3e échelon

ANCIENNE SITUATION :

Maître de conférences ou professeur sans chaire, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux : 4e échelon

NOUVELLE SITUATION :

2e classe : 4e échelon

ANCIENNE SITUATION :

Maître de conférences ou professeur sans chaire, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux : 5e échelon

NOUVELLE SITUATION :

2e classe : 5e échelon

ANCIENNE SITUATION :

Maître de conférences ou professeur sans chaire, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux : 6e échelon

NOUVELLE SITUATION :

2e classe : 6e échelon

Ils conservent l'ancienneté d'échelon acquise dans leur corps d'origine.

Article 73

Pendant une durée de cinq ans à partir du 1er octobre 1985, les chefs de travaux des universités-assistants des hôpitaux, nommés en application du décret du 24 septembre 1960 susvisé, sont intégrés, sur leur demande, dans le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers à la deuxième classe ou à la première classe et à un échelon comportant un indice égal ou à défaut immédiatement supérieur à celui détenu dans leur corps d'origine. L'ancienneté d'échelon acquise dans le corps d'origine. L'ancienneté d'échelon acquise dans le corps d'origine est maintenue lorsque le reclassement se fait à indice égal. Les intégrations sont prononcées dans la limite des emplois budgétaires et en fonction de l'ancienneté d'échelon.

Les chefs de travaux des universités-assistants des hôpitaux, non intégrés dans le corps de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers en application des dispositions de l'alinéa précédent constituent un corps en voie d'extinction. Ils prennent l'appellation de chefs de travaux des universités-praticiens hospitaliers. Ils demeurent régis par les dispositions réglementaires en vigueur à la date de publication du présent décret, sous réserve, en ce qui concerne les obligations de service, de l'application des dispositions de l'article 4. Le régime disciplinaire des intéressés est fixé par les dispositions des articles 19 à 25.

Pendant six ans à compter de la date d'effet du présent décret, les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les chefs de travaux des universités-praticiens hospitaliers peuvent se présenter aux concours de professeur des universités-praticien hospitalier mentionnés à l'article 61, sans remplir les conditions fixées audit article.

NOTA:

Décret 90-134 du 13 février 1990 article 11 : l'application des dispositions du premier alinéa du présent article est prorogée pour une période de deux ans*].

Article 74

Les membres des personnels intégrés en qualité de professeur des universités-praticiens hospitaliers ou en qualité de maître de conférences des universités par application des articles 72 et 73, sont reclassés dans les échelles de rémunération hospitalière dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et des universités.

Article 75

Les membres des personnels qui, à la date d'effet du présent décret, sont inscrits sur une des listes d'aptitude aux fonctions de maître de conférences agrégé - médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux prévues à l'article 67-1 du décret du 24 septembre 1960 susvisé, demeurent inscrits sur cette liste jusqu'à l'expiration du délai de trois ans mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article 67-5 dudit décret.

Pendant ce délai, et à condition d'être âgés de moins de 45 ans au 1er janvier de l'année, ils peuvent être nommés en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier, dans les conditions déterminées à l'article 68, concurremment avec les candidats reçus aux concours prévus à l'article 61.

Article 76

- Modifié par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Pendant une durée de six ans à compter de la date d'effet du présent décret, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux ayant exercé pendant deux ans au moins en cette qualité et âgés de moins de 45 ans au 1er janvier de l'année du concours peuvent se présenter aux concours organisés en application de l'article 61 pour le recrutement de professeurs des universités-praticiens hospitaliers, sans remplir les conditions fixées audit article.

Article 77 (abrogé)

- Abrogé par Arrêté 2006-07-03 art. 4 JORF 5 juillet 2006
- Modifié par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 10 JORF 5 août 1987

Article 78 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 79 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 80

- Modifié par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 10 JORF 5 août 1987
- Les assistants des universités-assistants des hôpitaux en fonctions à la date d'effet du présent décret, titulaires de l'un des diplômes mentionnés au 1° de l'article 48, peuvent être recrutés dans le corps des maîtres de conférences-praticiens hospitaliers, dans la limite des emplois créés à cet effet, après inscription sur une liste d'aptitude dressée par la sous-section compétente du conseil supérieur des universités. Le nombre total des inscrits sur cette liste, quelle que soit la date de leur inscription, ne peut excéder 110 p. 100 du nombre des emplois à pourvoir au cours de l'année universitaire suivante.

Ils sont maintenus dans leur emploi en attendant leur nomination dans le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers.

Les diplômes requis au 1° de l'article 48 ne sont pas exigés des assistants des universités-assistants des hôpitaux ayant plus de quatre ans d'ancienneté à la date d'effet du présent décret.

Pendant une période de six ans, à compter de la même date, les assistants des universités-assistants des hôpitaux mentionnés au premier alinéa peuvent se présenter aux concours organisés par application de l'article 61 sans justifier des titres requis audit article dans les disciplines cliniques figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé et dans les disciplines biologiques et mixtes.

Article 81 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 15 (V) JORF 5 août 1987

Article 82

Pendant une période de six ans à compter de la date d'effet du présent décret :

1° Les praticiens du cadre hospitalier et les adjoints nommés en application du décret du 8 mars 1978 susvisé, intégrés en qualité de praticien hospitalier par application de l'article 78 du décret du 24 février 1984 susvisé et exerçant leurs fonctions dans un centre hospitalier et universitaire et les spécialistes du 1er grade du cadre hospitalier d'anesthésie réanimation et d'hémobiologie transfusion des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires, justifiant de

quatre années au moins de fonctions en cette qualité, peuvent se présenter aux concours mentionnés à l'article 61 sans justifier des titres requis audit article ;

2° Les praticiens du cadre hospitalier et les adjoints mentionnés à l'alinéa précédent et les spécialistes des cadres hospitaliers temporaires d'anesthésiologie et d'hémobiologie peuvent se présenter aux concours de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers mentionnés au 1° de l'article 48, sans justifier des titres requis audit article ;

3° Les membres des personnels mentionnés aux alinéas précédents qui ont achevé leur internat depuis dix ans au moins, et qui ont été précédemment inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de maître de conférence agrégé, médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux peuvent se présenter aux concours de professeur des universités-praticien hospitalier prévus à l'article 61 sans justifier des titres requis audit article.

Article 83

Modifié par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 17

Les directeurs de recherche régis par le décret n° 83-1260 du 30 décembre 1983 fixant les dispositions statutaires communes aux corps de fonctionnaires des établissements publics, scientifiques et technologiques, remplissant les conditions de fonctions, d'exercice, de diplômes et de titres prévues au a de l'article 62 du présent décret, peuvent être placés en position de détachement dans le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers ou dans le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques, dans la limite de 10% de l'effectif de chacun de ces corps. Le détachement est prononcé par le directeur général de l'établissement public scientifique et technologique concerné, après avis favorable, selon le cas, de la sous-section, de la section ou de l'intersection compétente du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique, ou mixte, médicale et pharmaceutique, et de la commission médicale d'établissement.

Le détachement s'effectue à équivalence de grade et à l'échelon comportant un indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui dont l'intéressé bénéficiait dans son corps d'origine. Les directeurs de recherche détachés conservent, dans les limites de l'ancienneté exigée pour accéder à l'échelon supérieur, l'ancienneté d'échelon qu'ils avaient acquise et, le cas échéant, le bénéfice, à titre personnel, de leur indice antérieur.

Les directeurs de recherche détachés concourent pour les avancements de grade et d'échelon dans le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers ou dans le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques avec l'ensemble des membres de chacun de ces corps.

Il ne peut être mis fin avant son terme à un détachement dans le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers ou dans le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers des disciplines pharmaceutiques qu'à la demande de l'intéressé ou après avis favorable des instances mentionnées ci-dessus.

Les directeurs de recherche placés en position de détachement en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier ou de professeur des universités-praticien hospitalier des disciplines pharmaceutiques peuvent être intégrés sur leur demande dans l'un de ces corps à l'issue d'un délai d'un an. L'intégration est prononcée après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique, ou mixte, médicale et pharmaceutique, et de la commission médicale d'établissement.

Les bénéficiaires des dispositions prévues à l'alinéa précédent sont nommés soit au grade et à l'échelon occupés par eux en position de détachement, soit, si cette situation leur est plus favorable, au grade et à l'échelon comportant un indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui qu'ils avaient atteint dans leurs corps d'origine au moment de leur intégration. Ils conservent l'ancienneté d'échelon qu'ils ont acquise et, le cas échéant, le bénéfice, à titre personnel, de l'indice antérieur mentionné ci-dessus. Les services effectifs accomplis dans le corps d'origine sont assimilés à des services effectifs accomplis dans le corps d'intégration.

Les directeurs de recherche non médecins détachés ou intégrés peuvent exercer des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes médicaux dans les disciplines visées à l'article 49 du présent décret.

Les directeurs de recherche non pharmaciens détachés ou intégrés peuvent exercer des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes pharmaceutiques dans les disciplines mentionnées à l'article 49-1 du présent décret.

Article 84

Modifié par Décret n°88-652 du 6 mai 1988 - art. 9 JORF 8 mai 1988

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 26 ci-dessus, les fonctions d'assistant des universités-assistant des hôpitaux sont assimilées aux fonctions d'assistant hospitalier universitaire.

Article 85

Les recrutements de maîtres de conférences agrégés, médecins, chirurgiens, spécialistes ou biologistes des hôpitaux, organisés au cours de l'année 1984 restent régis par les dispositions réglementaires en vigueur à la date d'ouverture des recrutements. Les candidats admis sont nommés en qualité de professeur des universités-praticiens hospitaliers.

Article 86

Les membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires qui, à la date de publication du présent décret, ont la qualité de chef de service continuent à exercer les responsabilités afférentes à ce titre jusqu'à la mise en place dans leur établissement des départements institués par la loi du 31 décembre 1970 susvisée.

NOTA:

La loi n° 70-1318 a été abrogée par l'article 7 III de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991.

Article 87

Pour l'application des dispositions de l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les assimilations servant à la détermination des nouveaux indices de traitement mentionnés à l'article L. 15 dudit code sont opérées conformément au tableau figurant à l'article 72.

Article 88

Les membres du personnel hospitalier et enseignant qui ont fait l'objet d'une mesure d'intégration avec effet différé dans l'un des corps régis par le décret du 24 septembre 1960 susvisé par application des dispositions du chapitre II du titre III dudit décret, et qui, à la date d'effet du présent décret, n'ont pas demandé leur intégration effective, perdent le bénéfice de cette mesure.

Article 89

Il est mis fin au recrutement des attachés-assistants de sciences fondamentales régi par le décret du 2 décembre 1963 à compter de la date d'effet du présent décret.

Les attachés-assistants en fonction à la date d'effet du présent décret et ne bénéficiant d'aucune autre activité rémunérée à l'exception des vacations hospitalières et d'enseignement sont maintenus en fonction.

Article 90

Sont abrogés à compter de la date d'effet du présent décret :

1° Le chapitre III du titre Ier ainsi que les titres III et IV du décret du 24 septembre 1960 susvisé ;

2° Les autres dispositions du décret du 24 septembre 1960 susvisé en tant qu'elles concernent les professeurs titulaires et les professeurs titulaires à titre personnel-médecins, chirurgiens, spécialistes ou biologistes des hôpitaux, les professeurs sans chaire et les maîtres de conférences agrégés-médecins, chirurgiens, spécialistes ou biologistes des hôpitaux ;

3° Les dispositions du décret du 7 septembre 1961 susvisé, en tant qu'elles concernent les personnels relevant du présent décret.

Article 91

Les dispositions du présent décret prennent effet à compter du 1er janvier 1985 [*date*], à l'exception des dispositions des articles 80 et 86 qui prennent effet à la date de publication du présent décret.

Article 91-1

- Créé par Décret n°87-622 du 3 août 1987 - art. 11 JORF 5 août 1987

Lorsque, pour l'application du présent décret, est demandé l'avis du conseil de l'unité de formation et de recherche et que ce conseil n'a pas été mis en place, cet avis est donné par le conseil de l'unité d'enseignement et de recherche ou l'organe qui en tient lieu.

Article 91-2

- Créé par Décret n°2008-308 du 2 avril 2008 - art. 19
- Les dispositions des articles 26-6, 30 et 38 du présent décret relatives aux indemnités hospitalières peuvent être modifiées par décret en Conseil d'Etat.

Article 92

Le Premier ministre, le ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, le ministre de l'intérieur et de la décentralisation, le ministre de l'éducation nationale, le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Le Président de la République : FRANCOIS MITTERRAND.

Le Premier ministre, PIERRE MAUROY.

Le ministre de l'éducation nationale, ALAIN SAVARY.

Le ministre de l'économie, des finances et du budget, JACQUES DELORS.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, PIERRE BEREGOVOY.

Le ministre de l'intérieur et de la décentralisation, GASTON DEFFERRE.

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget, HENRI EMMANUELLI.

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé, EDMOND HERVE.