

## **Répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires**

*Étude transversale quantitative et enquête d'opinion, pour l'Association Médecine/Pharmacie Sciences*

### **Workload of MD-PhD medical faculty in France**

*A cross-sectional survey, for the French MD/PharmD-PhD students association « AMPS »*

Marc Scherlinger<sup>1,2,3</sup>, Matthieu Tihy<sup>4,5</sup>, Carine Ali<sup>6</sup>, Thomas C.M. Bienvenu<sup>1,7,8\*</sup>

1- Université de Bordeaux, 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux

2- Service de rhumatologie, CHU de Bordeaux, place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux

3- UMR-CNRS 5164 ImmunoConcept, 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux

4- Université de Paris, 75005 Paris, France.

5- Service de pathologie clinique, hôpitaux universitaires de Genève, 1206 Genève, Suisse,

6- Normandie Univ, UNICAEN, INSERM, INSERM UMR-S U1237, Physiopathology and Imaging of Neurological Disorders, Institut Blood and Brain @ Caen-Normandie, Cyceron, Caen, 14000, France.

7- Neurocentre Magendie, Inserm U1215, 146, rue Léo-Saignat, 33077 Bordeaux

8- Centre Hospitalier Charles Perrens, 121, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux

\* Correspondance : Thomas Bienvenu : [tcbienvenu@gmail.com](mailto:tcbienvenu@gmail.com)

## **Remerciements**

Nous remercions l'ensemble des professeurs ayant participé à l'enquête et les facultés de médecine des quatre universités participantes, pour leur soutien et la diffusion de l'enquête : l'UFR de médecine du Collège des Sciences de la Santé, université de Bordeaux (Corinne Attucci, Pierre Dubus); l'UFR Santé de l'Université de Caen Normandie (Emmanuel Touzé), la Faculté de médecine de l'Université Strasbourg (Céline Kieffer, Jean Sibilia) ; la Faculté de Médecine Paris Descartes (actuellement Université de Paris ; Gérard Friedlander, Frédéric Lenne). Merci à Valérie Lamour, responsable du programme médecine/sciences de l'Université de Strasbourg et présidente du Réseau national des filières médecine-sciences de France pour la facilitation de l'enquête. Thomas Bienvenu reçoit un financement CCA-Inserm Bettencourt.

## **Liens d'intérêt**

Carine Ali est responsable du double cursus médecine/sciences de l'université de Caen. Thomas Bienvenu participe à la coordination du double cursus « École Santé Sciences » du Collège Santé de l'Université de Bordeaux, membre du Réseau national des filières médecine-sciences. Marc Scherlinger et Matthieu Tihy déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Les médecins-chercheurs ont pour vocation de contribuer au progrès des sciences biomédicales (1). Des cursus médecine-sciences ont été créés en France pour stimuler le développement de la double compétence, avec une composante scientifique forte (2,3). L'insertion professionnelle des doubles docteurs en médecine et en sciences se fait principalement par le biais de carrières hospitalo-universitaires (HU), qui ne semblerait toutefois pas permettre une activité scientifique conséquente (4–6). Une enquête menée en 2005 au CHU du Kremlin-Bicêtre indiquait que les personnels HU statutaires consacraient environ 20% de leur activité à la recherche (7). Toutefois, aucune étude récente ou nationale ne permet d'objectiver la répartition du temps de travail des personnels HU (4).

L'objectif principal de cette enquête était de connaître la répartition du temps de travail des personnels HU statutaires. L'objectif secondaire était d'en étudier son évaluation subjective par les HU.

## **Méthodes**

### *Contenu de l'enquête*

L'enquête contenait 8 questions (méthodes supp). Les caractéristiques des répondant.e.s ont été recueillies : statut (MCU- ou PU-PH) et ancienneté du statut HU, genre (F/H) et groupe de spécialités (médicale clinique, chirurgie et interventionnelle, autres spécialités-liste disponible (méthodes supp). La quotité horaire dévolue à chacune des trois missions HU (clinique, enseignement, recherche), et aux activités administratives, devait être renseignée. Les HU devaient indiquer s'ils étaient satisfaits de la répartition de leur temps de travail (oui/non); les HU non satisfaits devaient choisir les activités auxquelles ils aimeraient consacrer davantage de temps. La dernière section, facultative, était consacrée aux commentaires libres.

### *Analyse des données*

L'enquête électronique a été diffusée par courriel, entre juillet 2018 et mars 2019, à l'ensemble des HU permanents de 4 universités (1060 HU) : Bordeaux, Caen, Paris Descartes, Strasbourg (méthodes supp). Les réponses, anonymes, ont été colligées sous forme d'un tableur.

Les résultats sont rapportés en moyennes ( $\pm$  écart-type). La comparaison entre les activités HU a été réalisée par ANOVA et test *post hoc* de Dunnett. La comparaison de distributions a été réalisée par le test de Kolmogorov Smirnov.

L'analyse des réponses libres a été réalisée par double codage (établissement des items les plus fréquents) puis double cotation (présence explicite/absence) (méthodes supp).

### **Résultats**

Quatre cent cinquante-cinq réponses ont été recueillies (1060 possibles, soit un taux de réponse de 42,9% ; dont 429 réponses exploitables pour le temps de travail ; méthodes supp). Les répondant.e.s du sondage étaient en majorité des hommes (69,2%), et occupaient un poste HU depuis plus de 5 ans (81,1%). Il s'agissait pour 73,4% de PU-PH. Leurs catégories de spécialité étaient : spécialités médicales : 44,4%, autres spécialités : 37,4%, spécialités chirurgicales ou interventionnelles : 18,2%. Le temps de travail hebdomadaire était de  $56,8 \pm 11,8$  h. Les activités médicales étaient majoritaires ( $46,5 \pm 18,8\%$  ; activités de recherche  $22,7 \pm 15,5\%$  ; activités de gestion  $18,4 \pm 13,9\%$  ; activités d'enseignement  $12,4 \pm 7,7\%$  ;  $n=429$  ; figure 1A). Le temps disponible pour la recherche est limité, en deçà des espérances des étudiants médecins-chercheurs (figure 1B).

Deux tiers des répondant.e.s (303/455) rapportaient une insatisfaction quant à la répartition de leur temps de travail, et auraient souhaité consacrer plus de temps à la recherche (89,9%) ou à l'enseignement (43,0%) (méthodes supp). L'analyse semi-quantitative des 259 réponses libres apporte des éléments explicatifs. Les HU déploraient un manque de moyens ( $n=59$ ; 22,8%), en

particuliers humains (20,1%: personnel médical et de soutien administratif), et surtout à l'hôpital (14,7%). Les tâches administratives semblent non seulement chronophages (38,6%) mais aussi en augmentation. Les contraintes hospitalières et/ou administratives entraveraient l'activité universitaire/la recherche (27,4%). Exercer la triple mission dans un même temps était jugé difficile ou impossible (31,7%), et le travail sur le temps personnel s'imposait (13,9%), avec un retentissement individuel parfois important (20,8%). Malgré leur investissement, les HU pâtiraient de conditions sociales défavorables par rapport aux médecins hospitaliers (régime de retraite, salaire, temps libre ou congés: 24,7%). En dépit de ses atouts (20,5% -liberté, variété, intérêt), l'attractivité du statut HU pourrait être menacée (5,8%).

## **Discussion**

La carrière HU constitue la voie d'insertion professionnelle principale pour les doubles docteurs en médecine et en sciences de France. Si les HU évoquent souvent un temps limité pour la recherche, aucun élément objectif n'étayait ce propos. Notre enquête confirme cette impression. La répartition du temps de travail est en net contraste avec le désir des étudiants en doubles cursus de consacrer une majorité de leur temps à la recherche (2). Les HU évoquent un statut rendu extrêmement difficile par des contraintes administratives et hospitalières croissantes, et par le manque de moyens.

Cette étude a inclus 4 centres, pour des raisons de faisabilité, mais ceux-ci correspondent à des facultés de taille et d'effectifs HU représentatifs (ref (4) : tableaux 1 et 9). Malgré un taux de réponse inférieur à 50%, les répondant.e.s de cette enquête représentaient une part significative des HU de médecine de France (8,8% des 5164 HU), et les caractéristiques des répondant.e.s étaient superposables aux moyennes nationales ((8) résultats supp).

## **Conclusion**

Cette enquête montre que la carrière HU ne permet pas, dans la plupart des cas, de consacrer un temps conséquent à l'activité de recherche. Des aménagements du statut, un soutien financier et humain, et le développement de carrières alternatives apparaissent nécessaires pour tirer profit de la formation des médecins-chercheurs.

## Références

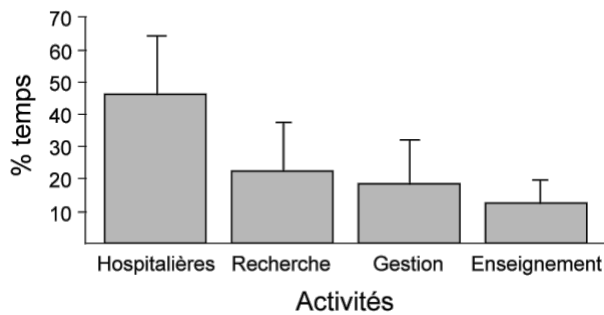
1. Corvol P. Le médecin chercheur, une espèce en voie d'évolution. médecine/sciences. 2015 Apr;31(4):351–2.
2. Scherlinger M, Bienvenu TCM, Piffoux M, Séguin P. Les doubles cursus médecine-sciences en France: État des lieux et perspectives. médecine/sciences. 2018 May;34(5):464–72.
3. Lamour V, Bessereau J-L, Thalabard J-C, Gressens P, Bessis A, Barbour B, et al. Le réseau national des filières médecine-sciences. médecine/sciences. 2018 May;34(5):462–3.
4. Cour des Comptes. Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale. Cour des Comptes; 2017 décembre.
5. Gaillard R. Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire. 2011 mai.
6. Roussel I, Siahmed H. Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution. IGAS/IGAENR; 2018 juillet.
7. Joel M-E, Anstett E, Beaute J, Fermon B, Levy P, Nys M-C, et al. Les échanges économiques entre l'Hôpital et l'Université dans le cadre des CHU: étude de cas. LEGOS, Recherche réalisée pour la Conférence des Présidents d'Université; 2005 Nov.
8. Centre National de Gestion. Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (hospitalo-universitaires : HU) éléments statistiques sur la partie hospitalière de leur activité -situation au 1er janvier 2018. 2018.

**Figure 1 : Répartition du temps de travail hospitalo-universitaire : la recherche est minoritaire et en-deçà des attentes des étudiants médecins-chercheurs.**

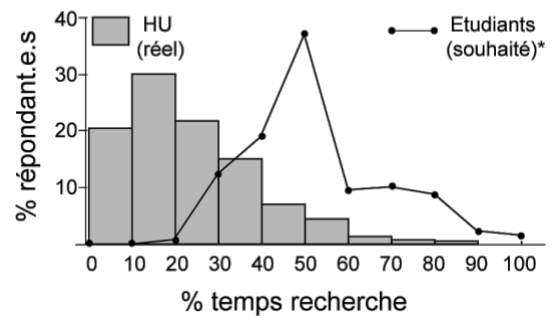
A- Répartition du temps de travail des HU statutaires (moyennes  $\pm$  écart type ; n = 429). Le temps hospitalier est majoritaire ( $p < 0,0001$  pour toutes les comparaisons ; ANOVA avec test post-hoc de Dunnett).

B- Comparaison du temps effectivement consacré à la recherche par les HU (n = 429) avec les souhaits exprimés par les étudiants médecine/sciences pour leur carrière future (n = 139 ; données issues d'une précédente enquête (2) ;  $p < 0,00001$ , test de Kolmogorov-Smirnov).

**A**



**B**





# Suppléments

## **Lettre à la rédaction :**

### **Répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires**

*Étude transversale quantitative et enquête d'opinion, pour l'Association Médecine/Pharmacie Sciences*

### **Workload of MD-PhD medical faculty in France**

*A cross-sectional survey, for the French MD/PharmD-PhD students association « AMPS »*

Marc Scherlinger<sup>1,2,3</sup>, Matthieu Tihy<sup>4,5</sup>, Carine Ali<sup>6</sup>, Thomas C.M. Bienvenu<sup>1,7,8\*</sup>

1- Université de Bordeaux, 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux

2- Service de rhumatologie, CHU de Bordeaux, place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux

3- UMR-CNRS 5164 ImmunoConcept, 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux

4- Université de Paris, 75005 Paris, France.

5- Service de pathologie clinique, hôpitaux universitaires de Genève, 1206 Genève, Suisse,

6- Normandie Univ, UNICAEN, INSERM, INSERM UMR-S U1237, Physiopathology and Imaging of Neurological Disorders, Institut Blood and Brain @ Caen-Normandie, Cyceron, Caen, 14000, France.

7- Neurocentre Magendie, Inserm U1215, 146, rue Léo-Saignat, 33077 Bordeaux

8- Centre Hospitalier Charles Perrens, 121, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux

\* Correspondance : Thomas Bienvenu : [tcmbienvenu@gmail.com](mailto:tcmbienvenu@gmail.com)

Ce supplément contient des méthodes, résultats et discussions complémentaires au texte principal

## **Méthodes supplémentaires**

### Courriel de diffusion de l'enquête

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes sollicités par deux internes bordelais, Thomas Bienvenu et Marc Scherlinger qui souhaitent réaliser une étude sur la répartition de temps de travail des personnels hospitalo-universitaires (enseignement, médecine, recherche et administratif), pour le compte de l'Association Médecine/Pharmacie Sciences (AMPS).

Une première enquête, sur les parcours de formation et l'insertion professionnelle, a été menée auprès des étudiants. La difficulté à assurer la triple mission et à participer activement à la recherche revient régulièrement dans leurs craintes. De plus, les choix professionnels des étudiants en fin de cursus se confrontent à un manque de visibilité sur les carrières, en particulier hospitalo-universitaires.

Ainsi, l'AMPS souhaite mieux connaître la répartition des activités des personnels hospitalo-universitaires pour mieux orienter les étudiants.

Pour cela, accepteriez-vous de consacrer deux minutes pour répondre à cette enquête, à partir du lien ci-dessous : [lien] ?

Les résultats «anonymes» seront utilisés à but informatif par l'Association Médecine/Pharmacie Sciences (AMPS). Les données [de notre université] pourront être colligées avec celle d'autres UFR et vous seront communiquées.

Nous vous remercions d'avance de votre collaboration.  
Bien cordialement

Enquête

### **« Répartition du temps de travail hospitalo-universitaire**

Ce questionnaire vise à recenser la répartition du temps de travail hospitalo-universitaire, afin d'augmenter la visibilité de ces carrières, en particulier à destination des étudiants en cursus médecine-sciences. Ce travail s'inscrit dans la dynamique de promotion des doubles cursus santé-sciences par l'Université [nom de l'université] et dans un travail sur l'insertion professionnelle des MD/PhD, mené avec l'association nationale des étudiants en double cursus (AMPS). La fiabilité des résultats dépendant du niveau de participation, nous vous remercions pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire (temps estimé: 3 à 5 min + commentaire libre).

*1-Quel est votre statut? (1 seule réponse possible)*

- MCU-PH
- PU-PH

*2-Vous êtes : (1 seule réponse possible)*

- Une femme
- Un homme

*3-Depuis combien de temps occupez-vous un poste hospitalo-universitaire permanent? (1 seule réponse possible)*

- 0-5 ans
- 6-10 ans
- 11-20 ans
- 21-30 ans
- > 30 ans

*4-A quelle catégorie votre spécialité d'exercice appartient-elle? (1 seule réponse possible)*

- Médicale clinique (dont anesthésie et réanimation)
- Chirurgicale (et disciplines interventionnelles, ex: radiologie interventionnelle)
- Autres spécialités (anatomo-pathologie, disciplines de biologie médicale, médecine légale, médecine du travail, médecine nucléaire, santé publique, radiologie)

*5-Combien d'heures consacrez-vous (en moyenne- [réponse texte courte]) aux :*

- Activités d'enseignement ?
- Activités de gestion ?
- Activités médicales ?
- Activités de recherche ?

*6-Etes-vous satisfait(e) de la répartition de votre temps de travail? ? (1 seule réponse possible)*

- Oui => question 8
- Non => question 7

*7-A quelle(s) activité(s) aimeriez-vous consacrer davantage de temps? (plusieurs réponses possibles)*

- Enseignement
- Gestion

- Médicale
- Recherche

### *8-Commentaires libres sur le statut hospitalo-universitaire et la répartition du temps de travail*

**Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation.**

#### Outils électroniques utilisés pour l'enquête

Chaque université a déployé l'enquête selon l'outil disponible localement :

- Bordeaux: Sphinx
- Caen : Google Forms
- Paris Descartes : script PHP survey
- Strasbourg : Lime Survey

Les questionnaires distribués étaient identiques, à l'exception d'une erreur de transcription pour l'université Paris Descartes. La question concernant les activités auxquelles les HU auraient souhaité consacrer davantage de leur temps était conditionnée par une réponse négative à la question de la satisfaction concernant la répartition du temps de travail. Cette condition a été omise dans la conception du questionnaire de Paris Descartes. De plus, ce questionnaire il proposait une option additionnelle (« autres ») et n'autorisait qu'un seul choix (vs. plusieurs dans les autres questionnaires). Les réponses à cette question par les HU de l'université de Paris Descartes ont été exclues de l'analyse finale.

### Périodes de diffusion

- Bordeaux : du 20/07/2018 au 31/10/18 (rappel le 28/09/2018) ;
- Caen : du 16/07/2018,; clôture le 31/01/19 (rappel le 05/12/2018) ;
- Paris Descartes : du 07/03/2019, au 21/03/19 (pas de rappel) ;
- Strasbourg : du 26/07/2018 au 31/10/18 (rappels le 30/08/2018 et le 02/10/2018).

### Analyse des données

#### *Utilisation et exclusion de données*

Ont été exclues de l'analyse concernant la répartition du temps de travail : les réponses indiquant la répartition temps de travail en pourcentage (n=21), les réponses manquantes (n=1), et les réponses « aberrantes » (faisant état d'une charge hebdomadaire totale <20h ou > 120h ; n=4). Au total 429 réponses ont été analysées pour le temps de travail parmi les 455 (94,5%).

Une erreur de format de questionnaire à la question 7 (« à quelle(s) activité(s) aimeriez-vous consacrer davantage de temps? » ; voir ci-dessus) n'a pas permis l'inclusion des 234 réponses de l'université de Paris Descartes dans l'analyse globale de cette question. Deux cent vingt et une réponses ont pu être analysées.

Toutes les réponses libres ont été analysées (n= 259).

#### *Analyse des réponses libres*

L'ensemble des commentaires libres a été étudié en détail par deux investigateurs. L'analyse semi-quantitative des réponses a été réalisée par double codage et double cotation. Les éléments centraux les plus fréquemment rencontrés ont été recensés, puis des catégories ont été définies. Les réponses ont ensuite été cotées indépendamment par les 2 investigateurs (catégorie présente ou non dans la réponse). Les cotations ont été comparées, révélant un taux de concordance entre

les deux évaluateurs systématiquement supérieur à 90%. Les discordances ont ensuite été ré-analysées pour parvenir à un consensus.

Une analyse qualitative a été menée pour approfondir les résultats semi-quantitatifs. Afin de restituer aussi fidèlement que possible l'opinion des personnes consultées, les réponses récurrentes ont été organisées par thématiques, illustrées par des exemples, et, si possible, assorties d'évaluations semi-quantitatives.

## Résultats supplémentaires

### Caractéristiques des répondantes et répondants

	Répondant.e.s de l'enquête (n=455)	HU de France Année 2018
<b>Femmes</b>	30,8%	29,5%
<b>Statut</b>		
- <b>PU-PH</b>	73,4%	68,2%
- <b>MCU-PH</b>	26,6%	31,8%
<b>Spécialité</b>		
- <b>Médicale clinique</b>	44,4%	41,6%
- <b>Chirurgicale/interventionnelle</b>	18,2%	16,2%
- <b>Autres spécialités</b>	37,4%	42,2%

Les pourcentages correspondent à des effectifs rapportés à des dénominateurs différents (chiffre issu du document édité par le CNG *Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (HU) : éléments statistique sur la partie hospitalière de leur activité : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2018* ; 5966 HU en activité, y compris pharmacie et odontologie pour le ratio femme/homme, MCU-/PU-PH et tranche d'âge, et 5164 HU de médecine pour les spécialités ;(8)).

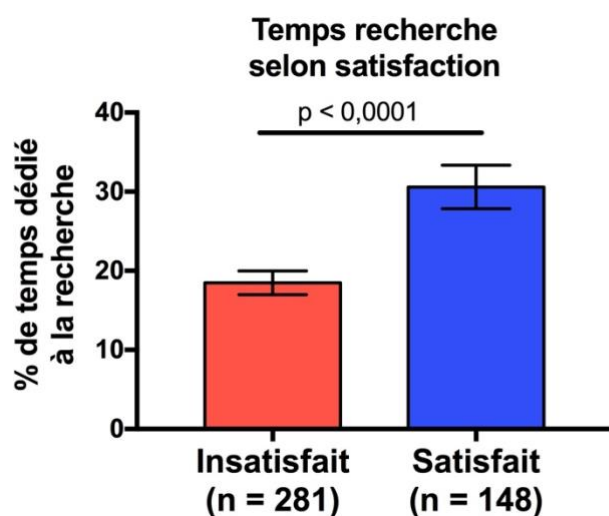
### Taux de participation

Participation des différents centres	
<b>Bordeaux</b>	45% (100/222)
<b>Caen</b>	39,4% (41/104)
<b>Paris Descartes</b>	53,1% (234/441)
<b>Strasbourg</b>	27,3% (80/293)

Les effectifs ont été communiqués par chaque université participante, à l'exception de l'Université de Bordeaux, pour laquelle ont été employés les effectifs indiqués dans le rapport IGAS/IGAENR *Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution* (6).

Les personnels satisfaits de la répartition de leur temps de travail font davantage de recherche

Les résultats de cette enquête suggèrent que la satisfaction concernant le temps de travail pourrait être liée à sa répartition. En effet, les HU satisfaits de la répartition de leur temps de travail consacraient une part plus importante de leur activité à la recherche ( $30,6 \pm 12,9\%$ ,  $n=148$  vs.  $18,5 \pm 16,9\%$ ,  $n=281$  ;  $p < 0,0001$ ).



**Figure supplémentaire 1 :** Pourcentage du temps de travail dédié à la recherche en fonction de la réponse à la question « *Etes-vous satisfait(e) de la répartition de votre temps de travail ?* ». Les barres indiquent l'intervalle de confiance à 95%.

#### Analyse des commentaires libres (statut HU et répartition du temps de travail)

Cette section présente les résultats de l'analyse qualitative et des résultats semi-quantitatifs supplémentaires. Les commentaires ont été organisés par thématique et présentés dans un ordre logique, reprenant en grande partie l'ordre des arguments avancés par les répondant.e.s.

##### *Commentaires positifs et atouts du statut*

Les nombreux commentaires positifs sur le statut HU (53 commentaires/259 soit 20,5%) concernaient en particulier l'intérêt intellectuel du travail, la liberté conférée par le statut et le



vécu enrichissant de la mission hospitalo-universitaire. « *Pour ma part, je trouve que le statut HU permet une grande liberté d'organisation et de gestion de ses activités avec possibilité de développer les aspects qui intéressent le plus...* ».

Toutefois un décalage entre idéal et réalité était souvent rapporté, et vécu douloureusement : « *la pression de l'administration hospitalière sur notre "rentabilité" à l'hôpital, et les effectifs médicaux restreints à activité spécialisée débordante ne nous permettent pas de réaliser notre rêve/mission* ».

### *Difficulté de la triple mission*

Nous avons comptabilisé que 31,7% (82/259) des réponses libres mentionnaient des difficultés à exercer les trois (quatre) missions de manière concomitante. Ces réponses ne correspondaient pas systématiquement à une remise en cause du statut HU. Nombre de répondants ont ainsi indiqué que pour être viable, l'activité HU devait être répartie entre personnels HU (« *Un bi appartenant en médecine ne peut tout faire. Il faut une juste répartition dans l'équipe* »). et évoluer dans le temps à l'échelle individuelle : « *Il est indispensable que les HU continuent à exercer les 4 missions mais il n'est pas possible de les faire en quantité importantes toutes les 4. Il est donc indispensable qu'il y ait plusieurs HU titulaires dans un services universitaire pour se partager ces missions qui doivent aussi évoluer avec le temps.* »

Plusieurs HU ont témoigné de la possibilité qu'ils/elles ont eue de faire évoluer la répartition de leurs activités principales dans le temps : « *la répartition évolue dans la carrière. au début je faisais plus de clinique, puis plus de recherche, et maintenant plus de management* ».

Toutefois, la distribution et l'évolution des missions n'étaient pas systématiquement possibles selon les personnels interrogés, et de très nombreux HU ont indiqué devoir exercer simultanément les 4 missions, avec un sentiment de qualité insuffisante : « *Il est difficile de faire 3 activités à 100% et c'est souvent ce qui nous est demandé...* » ; « *Chef de Pôle, chef de*

*Service, seul PUPH de la discipline, [plus de 10] DES par an et [plus de 10] DESC. [Plusieurs protocoles de recherche], avec 1 CCA-AH... ça fait beaucoup » ; « (...)nous faire mener les quatre [missions] de front avec un sentiment d'insatisfaction et de frustration liés à la conscience que beaucoup ont de ne pas arriver à mener l'ensemble de ces missions de façon satisfaisante avec une qualité suffisante ».*

La plupart des personnels HU semblent néanmoins profondément attachés à la triple mission, qu'ils rapportent exercer par passion et au prix de sacrifices importants (voir ci-dessous). Les notions de passion et de devoir apparaissent dans les commentaires comme explication de la poursuite d'une activité difficile : *« L'essentiel est toujours d'être sur le front; ce que la nation attend de nous en nous ayant fait des professeurs! ».*

#### *Financement et gouvernance des CHU : un écueil majeur*

La thématique de loin la plus fréquente parmi les commentaires libres concernait la place prépondérante de l'activité hospitalière (clinique et managériale) et ses dysfonctionnements, résultant de conditions défavorables de financement et de gouvernance des CHU. Des contraintes et pressions, exercées par les directions hospitalières dans un contexte d'objectifs de rentabilité, et donc de restrictions, ont même été rapportées par 17 répondant.e.s (6,6%).

Les conséquences négatives sur les activités des HU se déclinaient sous plusieurs formes. Étaient rapportés en particulier : la charge clinique imposée aux HU par des effectifs médicaux insuffisants, le glissement de tâches de secrétariat vers les HU en l'absence de personnel administratif dédié, et la participation à de fréquentes réunions de différentes instances hospitalières, d'utilité contestée (voir ci-dessous).

Soucieux de la vie des services hospitaliers et de la prise en charge des patients, ces HU ont indiqué que leur activité universitaire devait être largement entamée voire sacrifiée *« en résumé : efficacité pour l'hôpital= sacrifice de l'enseignement et de la recherche ».* On

pourrait supposer que la présence accrue des HU à l'hôpital bénéficie tout de même aux activités de recherche clinique. Cela n'est malheureusement pas le cas, d'après les répondants de cette enquête. Les commentaires font état de l'insuffisance de dotation en personnels de recherche clinique, d'une utilisation des crédits MERRI détournée de leurs objectifs de recherche, de temps passé à la recherche de financements, et d'un coût de gestion administrative des financements gourmand de moyens.

Une myriade de témoignages dresse des constats inquiétants, qui associent les éléments énumérés dans cette section; en voici une sélection :

- « *Le travail hospitalier et la relation avec l'administration dédaigneuse et opaque à notre égard est le réel problème* »
- « *L'hôpital, par ses insuffisances chroniques en personnels médicaux spolie l'université en détournant les personnels universitaires de leurs charges spécifiques, enseignement et recherche.* »
- « *les taches cliniques ont toujours la priorité* »
- « *nous nous faisons que répondre aux urgences hospitalières* »
- « *(...) quand notre conscience nous dit de faire autrement, il y a toujours le patient qui est au milieu de tout cela et que nous privilégions, donc nous continuons à nous plier aux règles du jeu de l'hôpital et à répondre à la pluie de réunions qui nous submergent pour pouvoir continuer à avoir du temps opératoire, des instruments, du personnel, et donc opérer et soigner nos patients....* »
- « *Les hospitalo-universitaires sont les otages des directeurs d'hôpitaux* »
- « *Le statut de PU-PH n'est plus intéressant: beaucoup de temps à récupérer la désorganisation complète du système, à éviter les crises de dépression du personnel médical et paramédical tout en essayant de maintenir la qualité des soins. Malheureusement pas assez de temps pour l'enseignement et la recherche.* »

- « *La routine hospitalière et la gestion prennent de plus en plus de temps dans notre emploi du temps, faute de moyens hospitaliers (secrétariats, attachés de recherche clinique...), et ce au détriment du temps que nous pouvons consacrer à la recherche clinique et/ou fondamentale* »
- « *Je ne trouve aucun soutien de la part de la structure hospitalière : ARC non remplacés bien que financés, pas de personnel de recherche dédié à me proposer.* »
- « *Le travail hospitalier est en augmentation constante du fait du non remplacement des praticiens, ou HU qui partent à la retraite ou qui changent de lieu d'exercice mais aussi du fait de la nécessité d'augmenter les activités (tarification à l'activité, amortissement des matériels, activité de recours pour les CHU) et ce à effectif réduit. Le travail de recherche est non reconnu, mis à mal pour les difficultés de financement, la course aux projets, chercher et répondre aux appels d'offre pour financer la recherche et les personnels qui y sont affectés alors que la part non liée à la recherche mais au personnel qui gravite autour ne fait que croître et les frais de gestion représentent aujourd'hui plus de 50% des budgets d'un PHRC.*

*Administratif et gestion : une activité vécue comme trop lourde, et croissante.*

La problématique de l'activité administrative et de gestion est individualisée ici par souci de clarté, mais elle s'articule et se confond largement avec les défauts perçus de financement et de gouvernance hospitalière. Le ressenti parmi les HU d'une croissance des contraintes administratives est évident, en particulier dans les centres hospitaliers. Cela résulterait des restrictions financières, des objectifs de gestion, de la multiplication des instances administratives, et donc également des réunions. La complexité des tâches administrative a été soulignée. D'après les commentaires des HU, la contrainte exercée par cette charge excessive et grandissante serait majorée par l'insuffisance des moyens humains de soutien administratif. Un « glissement de tâches » en résulterait. Les personnels HU exerçant des responsabilités de gestion (services, pôles) hospitalière rapportaient particulièrement souffrir des contraintes administratives. Toutefois, la problématique administrative semble dépasser le cadre hospitalier, et concerner également, bien que dans une moindre mesure, les laboratoires des EPST et les universités.

Les HU seraient donc soumis à la somme de charges administratives individuellement lourdes et allant en se majorant. Les commentaires suivants sont un échantillon des nombreux commentaires allant dans le sens du constat de charges administratives excessives :

- « *difficile de ne pas se disperser notamment dans la gestion de réunion on ne peut tout faire* »

- « *charge de gestion de plus en plus importante et pénible, fonctions de support en baisse* »

- « *Les charges de travail sont de plus en plus lourdes avec des contraintes réglementaires impossibles à gérer. Les accompagnements administratifs ne sont pas suffisants en particulier à l'hôpital* »

- « *Les contraintes administratives sont étouffantes et la gestion des services hospitaliers et de l'unité de recherche sont chronophages.* »

- « *charge de gestion de plus en plus importante et pénible, fonctions de support en baisse* »

- « Les charges de travail sont de plus en plus lourdes avec des contraintes réglementaires impossibles à gérer. Les accompagnements administratifs ne sont pas suffisants en particulier à l'hôpital »
- « Une grande partie du temps de travail HU est affectée à des tâches de secrétariat, faute de personnel approprié. Les plus jeunes s'en rendent compte et ne comprennent pas comment un employeur peut gaspiller jusqu'à un quart du temps disponible d'une personne hyper-qualifiée (les HU). Cette noyade dans les tâches ancillaires est régulièrement rapportée par les étudiants. »
- « Nécessité d'une grande implication clinique pour garantir un recrutement au sein des structures hospitalières. Beaucoup de temps médical perdu dans des tâches non médicales. Reste peu de temps pour la recherche et l'enseignement ».
- « La pression sur la productivité hospitalière combinée à une charge administrative grandissante rend difficile le déploiement d'activités de recherche de qualité ! »
- « Activité universitaire phagocytée par l'activité hospitalière et administrative avec un glissement de tâche vers des activités de secrétariat, affectant la qualité du travail médical et ne permettant pas de disposer du temps nécessaire pour les activités de recherche et d'enseignement. »
- « Trop peu de possibilités de déléguer certaines tâches pouvant relever d'autres professionnels par manque de moyens mis à disposition (par ex. temps de secrétariat/assistant administratif) par l'hôpital et la faculté. »
- « La difficulté est d'assurer en un seul temps de travail les 3 statuts de manière conjointe avec une activité de gestion, surtout imposée par l'hôpital et dans une moindre mesure par l'université sans AUCUNE aide logistique et en l'absence de temps de secrétariat ».
- « Pas de ressources de secrétariat dédié aux activités d'enseignement »
- « Le glissement de tâche progressif détourne le HU de ses vraies missions. »

La complexité des outils et processus administratifs et de gestion semble entraver le travail des HU. Un élément mérite d'être souligné car mentionné à plusieurs reprises, la contrainte des outils électroniques, au premier rang desquels les courriels reçus à tout moment et interférant avec les activités professionnelles en cours ou avec le temps de repos (week-end, congés). La nature « cachée » de cette charge de travail a aussi été relevée : *« le temps passé dans les mails pourrait presque être individualisé tant celui-ci grimpe également »*. *« Il y a du temps de travail difficile à évaluer, le temps passé à répondre aux mails se majorent d'années en années. Personnellement je ne passe quasiment plus un jour de la semaine même en congés à répondre à des mails. »*.

Plusieurs HU ont noté que l'activité de réponse à des sondages et enquêtes s'ajoutait à de multiples sollicitations de ce type. Nous remercions d'autant plus chaleureusement les HU pour leur participation à notre enquête!

Un commentaire résume l'ensemble des problèmes soulevés dans cette section :

*« Le travail de gestion s'est considérablement alourdi avec la multiplication des étages administratifs, réunions et outils d'enquêtes ou de reporting. Un même HU est confronté à l'utilisation d'au moins 3 messageries, 7 logiciels professionnels et donc une multiplicité des sollicitations par des intervenants divers (CHU, Université, INSERM, ) mail, internet etc.*

*On aurait pu espérer une simplification lors de la fusion des Universités et de la mise en place des pôles hospitaliers. Malheureusement cette dérive s'accroît par la mise en place de différentes structures de collaborations Fédérations hospitalières, GHT, GCS... qui n'ont pas forcément une utilité et une production mesurée et évaluée de manière externe comme le sont la recherche et d'une certaine manière le soin. »*

*Particularités liées à la spécialité, au statut, à la spécialité ou à l'ancienneté*

Plusieurs répondant.e.s ont pointé des particularités de certaines situations. Ceci concernait le statut de MCU-PH, certaines spécialités (disciplines de biologie médicale, chirurgie et spécialités interventionnelles), ou l'évolution de l'activité au cours de la carrière.

1. Le statut de MCU-PH était jugé peu favorable dans la durée

Il ne permettrait pas d'exercer avec autonomie une activité universitaire satisfaisante. Il a même été explicitement déconseillé.

*- « En théorie indépendants, la position des MCU-PH dans le service vis à vis des PU-PH leur restreint, en pratique, l'accès à des financements et à des thématiques qu'ils aimeraient développer, surtout s'ils ne sont pas dans la droite ligne du chef de service. Je ne conseillerais pas à un étudiant de devenir MCU-PH, sauf s'il a dès le départ de grandes chances d'être soutenu pour être nommé PU-PH un jour et pouvoir être plus indépendant. »*

*- « Ne pas devenir MCU-PH si on n'est pas pratiquement assuré de devenir PU rapidement. C'est déjà un sacrifice pour y parvenir et quand on y parvient on n'est pas libre de la gestion de nos activités ».*

*- « je ne conseillerais pas à un jeune de se tourner vers la carrière de MCU-PH sans certitude (que l'on n'a jamais!!!!!!) de devenir PU-PH. Et encore il faut vraiment s'accrocher pour rester. »*

2. Les disciplines biologiques présenteraient un paradoxe

Elles semblent à la fois plus propices aux activités de recherche et plus défavorables en termes de carrière, en particulier car le ratio MCU-PH/PU-PH serait insuffisant.



- « Les disciplines biologiques sont jugées négativement par les étudiants en médecine (à l'inverse des étudiants en pharmacie) et à mon avis, gagneraient à être découvertes et valorisées au cours du cursus médical. »

- « J'ai la chance, de pouvoir partager équitablement mon temps entre la recherche et activité hospitalière, parce que j'ai choisi une discipline biologique. Je pense que cela est nettement plus compliqué (impossible?) dans les disciplines cliniques. »

- « Le ratio MCU-PH/PU-PH est très variable d'une discipline à l'autre. Certaines disciplines n'ont (virtuellement) pas de MCU-PH et que des PU-PH. A l'inverse, la bactériologie détient le record du faible nombre de PU-PH par rapport aux MCU-PH (...) »

### 3. Les spécialités chirurgicales et interventionnelles accordent une place plus large à l'activité clinique

Ceci est apprécié et présenté comme nécessaire par les HU. La régularité de l'activité de soins y est vécue comme essentielle pour maintenir expertise et habileté. Elle serait donc naturellement prédominante. De plus, les 3 missions semblent se confondre plus aisément dans ces disciplines, l'enseignement pratique et la recherche clinique se déroulant au bloc opératoire.

- « La répartition du temps consacré aux activités, exprimée comme ci-dessus, est artificielle : en chirurgie par exemple, les activités médicales et d'enseignement sont intriquées (formation des internes au bloc opératoire, tout en pratiquant une activité médicale ; visite hebdomadaire mêlant activité médicale et enseignement aux étudiants, ...). Le statut hospitalo-universitaire est très diversifié et chaque domaine d'activité peut être privilégié selon les aptitudes du praticien ».

-« L'universitaire et la recherche c'est le week-end. L'hôpital prend toute la semaine en dehors des cours et des thèses. C'est très bien ainsi car on ne peut pas enseigner la chirurgie sans la

*pratiquer... C'est en traitant les patients qu'on connaît les lacunes et qu'on trouve les solutions. C'est ainsi que la médecine a progressé depuis la nuit des temps. ».*

Cependant, tandis que les spécialités chirurgicales se prêteraient le mieux à l'exercice de la triple mission HU, le manque de moyens humains (administratifs, médecins hospitaliers, personnels de recherche clinique) semble particulièrement criant dans ces disciplines, fragilisant la mission universitaire. La quasi-totalité des chirurgien.ne.s HU ayant répondu à l'enquête mentionnaient ce problème, rejoignant le contexte général des CHU (ci-dessus).

*- « l'activité clinique d'un chirurgien qui travaille est importante, souvent croissante si il se rend disponible. L'enseignement au quotidien est satisfaisant pour 3ème cycle, bon mais insuffisant pour le 2ème cycle. La recherche se fait à travers la recherche des plus jeunes et dans le cadre de l'innovation. Il serait plus satisfaisant s'y consacrer plus de temps ».*

*- « la spécialité chirurgicale dans laquelle j'exerce nécessite une disponibilité importante pour répondre aux demandes. Compte tenu des effectifs hospitaliers, français, qui se jugent défavorablement par rapport aux autres pays de la CE, les tâches afférentes au soin se font au détriment de l'enseignement et de la recherche. »*

*- « Il est indéniable que notre temps d'activité hospitalière est largement dominant comparé à celui consacré à l'enseignement et la recherche, surtout en chirurgie. Toutefois, la charge de travail étant croissante ces dernières années, nous nous sommes adaptés, en étant de plus en plus rapides et efficaces dans nos actes médicaux, et cela au détriment de l'enseignement au lit du malade et au bloc opératoire. Le temps que cela nous a permis de gagner n'est consacré qu'aux tâches administratives sous lesquelles nous croulons littéralement. En résumé, efficacité pour l'hôpital = sacrifice de l'enseignement et de la recherche.. »*

*- « Pour des chirurgiens, le temps médical "posté" est important et nous manquons d'assistants polyvalents/chefs de projet qui (en plus de nos secrétaires happées par le travail médical) nous*

*permette de monter des projets de recherche, organiser nos réunions multidisciplinaires, et cette perte de temps freine les projets ».*

*- « L'activité du chirurgien est complètement envahie par les soins - activité d'autant plus lourde que l'on dispose de peu d'aide (si l'on compare à d'autres pays) »*

4. La répartition des activités évoluerait au gré de la carrière.

Plusieurs répondant.e.s ont indiqué une telle évolution de carrière, en particulier vers des postes d'encadrement et de gestion.

*- « la répartition évolue dans la carrière. au début je faisais plus de clinique, puis plus de recherche, et maintenant plus de management »*

*- « Au cours d'une carrière, la répartition évolue, avec des phases où domine une ou deux des 3 missions. »*

*- « Je suis à l'orée de la mise en retraite, les chiffres sont donc récents et ne reflètent pas du tout, la totalité de ma vie professionnelle passée qui a été singulièrement "embolisée" par la gestion administrative !!! ».*

#### *Conditions sociales*

De nombreux HU ont indiqué que leur statut souffrait de conditions sociales défavorables, en particulier en comparaison avec le statut de praticien hospitalier. Ont été jugés défavorables voire « injustes » : les retraites calculées uniquement sur la part universitaire, les salaires valorisant insuffisamment le travail accompli, et les congés insuffisants.

*-« Statut par ailleurs inacceptable concernant les indemnités de retraite calculées essentiellement sur la part universitaire du salaire (alors que l'activité est essentiellement hospitalière...) ».*

- « *Socialement, deux problèmes : retraite, bien sûr, mais aussi et surtout le décalage social permanent avec l'ensemble des corps avec lesquels nous interagissons (PH, paramédicaux, administratifs) concernant les trop fameux "RTT".* »
- « *Inégalités côté hospitalier par rapport au statut des Praticiens Hospitaliers (plus de congés, meilleure retraite, pas d'éclatement de l'activité)* »
- « *Le salaire n'est pas au niveau de l'investissement. Il est très modéré pour sa composante universitaire qui est le véritable salaire. La retraite est insuffisante pour un PUPH n'ayant pas d'activité privée.* »

Ces aspects sociaux pourraient nuire à l'attractivité de la carrière HU selon plusieurs participant.e.s à l'enquête :

- « *ce qui prime c'est l'hôpital, alors il vaut mieux être PH, moins de contraintes, un temps de travail réglementé, des RTTs, et une retraite sur l'ensemble du salaire, ou alors si on veut gagner de l'argent il faut se tourner vers le libéral.* »
- « *Compte tenu du rôle fondamental des HU dans la pratique de la Médecine et de la Recherche en France, et en comparaison avec ce qui se passe en Europe et en Amérique du Nord, le revenu d'un HU est aujourd'hui beaucoup trop bas pour attirer des jeunes talents dans cette carrière passionnante mais très exigeante.* »
- « *Nombre de jours de congés insuffisants. Fait que la retraite ne soit calculée que sur la base du salaire universitaire injuste. Il n'est pas toujours facile, en fonction de la charge d'enseignement, plus ou moins lourde selon les disciplines, et la charge hospitalière, qui peut également être variable, de pouvoir mener à bien une activité de recherche performante. Ces différents facteurs font que la carrière HU perd en attractivité et un nombre non négligeable d'HU en poste perdent une partie de la motivation initiale et de nombreux internes ou assistants s'en détournent pour aller vers le secteur libéral.* »

### *Surcharge de travail et souffrance psychique*

Les contraintes hospitalières et administratives entravant l'activité universitaire, le vécu de désavantage social, et une surcharge de travail constituent autant de risques psychosociaux. L'insatisfaction, la colère et l'amertume de nombreux HU sont palpables dans une série de réponses révélant une souffrance psychique préoccupante chez 54 répondant.e.s (20,8%). Voici certains de ces commentaires :

- « *L'exigence de combiner des activités cliniques, d'enseignement, de recherche et de management est difficilement compatible avec une excellence dans ces 4 domaines et génère une certaine frustration. »*
- « *Le statut actuel ne limite pas le temps de travail. La charge totale de travail va bien au-delà de la "norme" ce qui peut exposer les PUPH à un burn-out en particulier s'ils n'ont pas la valorisation à laquelle ils pourraient s'attendre. »*
- « *La triple casquette est épuisante. »*
- « *Le burn-out guette! »*
- « *les activités de recherche et d'enseignement (sauf pour les cours à la Fac) se font trop souvent sur le temps personnel soir et week-end ce qui retentit sur la vie personnelle et est en désaccord total avec un équilibre de vie et malgré tout le métier passionnant que j'exerce; trop peu de temps libre pour se poser, réfléchir, faire de la Biblio, toujours courir, faire dans l'urgence. cette façon de travailler n'est pas raisonnable, n'est pas confortable. »*
- « *je ne peux plus supporter le nombre ahurissant de rapports de toutes sortes à rédiger à flux continu, de réunions interminables dont la productivité est non évaluée, de restructurations en tout genre dont la pertinence me laisse perplexe. J'aimerais pouvoir consacrer un minimum de temps à ce pour quoi j'ai été recruté »*

- « *Les semaines n'ont que 70 heures, et je ne vois pas comment il est possible d'être pleinement efficace dans les 3 métiers hospitalo-universitaires. Cela conduit à survoler chacune des tâches et génère beaucoup de frustration et de fatigue* »

- « *Répartition du travail névrosante. Statut financièrement défavorable à long terme. Métier à éviter !* »

Un.e répondant.e exprimait avec malice « *La vraie question n'est pas à quelle activité je souhaiterais consacrer davantage de temps. La vraie question serait à quelle activité souhaiteriez-vous consacrer moins de temps* »

#### *Améliorations suggérées*

Un certain nombre de répondant.e.s (39/259, 15,1%) ont émis des propositions afin de faciliter l'exercice du métier hospitalo-universitaire.

La majorité des propositions concernait le statut HU et la distribution des missions. L'ensemble de ces commentaires convergait vers une protection du temps consacré aux différentes activités, et une exclusion de l'exercice simultané de 3 (ou 4) missions. Ils prenaient essentiellement deux formes :

1. La conservation du statut HU exerçant la triple (quadruple mission) en l'état avec une évolution encadrée des missions au cours de la carrière

- « *le temps hebdomadaire consacré aux activités de soins et de gestion devrait être encadré plus strictement* »

- « *Il serait plus raisonnable de fonctionner par mandats limités dans le temps et renouvelables pour un nombre plus restreint de missions simultanées* »

- « *chacune des activités devraient être contractualisées et modulables dans le temps* »

Ou

2- La refonte des statuts, avec une nouvelle répartition des missions de soin, d'enseignement et de recherche selon une stratégie de valorisation de compétences individuelles (et de diversification des profils HU).

- « *La proposition la plus satisfaisante serait de fusionner les statuts HU et H, et de prévoir des contrats de 5 ans avec une répartition prévue entre les activités H, E, R et G. Cette répartition peut évoluer pour le contrat suivant.* »

- « *L'enseignement est dévalorisé par les CNU au profit de la recherche: grave erreur pour les générations qui nous soigneront ! Il y a des bon pédagogues qui ne sont pas des chercheurs, et n'ont pas fait de mobilité: il faudrait les nommer !* »

- « *Afficher une mission prioritaire au PUPH serait très pertinent et définir des profils de nomination avec des pré-requis différents de PUPH en recherche PUPH en gestion hospitalière et clinique PUPH en enseignement* »

- « *statut qui devrait évoluer vers un system Nord American clinical Prof et research Prof une recherche visible et donc excellente impose du temps et un vrai enracinement au sein d'une EPST dynamique et des séjours à l'étranger* ».

- « *il faut réformer le statut d'hu : clinicien / recherche clinique, clinicien /enseignant, chercheur / enseignant* »

Une telle division pourrait ne pas être applicable aux disciplines chirurgicales :

« *Je me permets de mettre en garde la communauté sur les dérives inverses créant des chercheurs et des enseignant coupés de la réalité et des vrais problèmes de la chirurgie.* »

Enfin, d'autres propositions ont été émises qui concernaient le nécessaire recrutement de personnels de soutien, comme pour la recherche clinique, activité constitutive des CHU.

## **Discussion supplémentaire**

Cette enquête apporte une quantification détaillée du temps de travail des HU statutaires de France, en analysant les réponses d'un large échantillon, représentatif de la population HU statutaire. Elle est la première de ce type à l'échelle nationale et répond à un besoin identifié d'informations quantitatives (4).

Le recueil de la satisfaction globale des HU vis-à-vis de leurs activités et l'analyse des commentaires libres confèrent une dimension explicative à cette étude et permettent de mettre les chiffres d'activité en perspective. Les conclusions de notre analyse rejoignent en largement celles de travaux récents (1,4-6). Le présent travail apporte toutefois une plus-value semi-quantitative. En comparaison, les précédents écrits offrent une visibilité limitée quant au nombre et aux choix des personnes consultées, au nombre de réponses obtenues, et à la fréquence des différents commentaires.

Deux conclusions de la présente enquête méritent d'être soulignées :

1- le temps universitaire et de recherche constitue une minorité du temps de travail des HU.

Les HU sont largement occupés par des tâches cliniques et de gestion (en particulier hospitalière). Le temps de recherche est très inférieur aux espérances des étudiants en doubles cursus médecine/sciences précoces de France (figure 1B et (2)) ou au temps consacré à la recherche des anciens élèves des programmes MD-PhD des USA (9).

2- la situation des HU semble bien plus préoccupante que celle décrite dans les rapports récents.

Les réponses libres font apparaître parmi les HU l'expression de problématiques majeures de financement et de gouvernance des CHU, responsables d'une surcharge de travail, d'une diminution de l'activité universitaire et d'une certaine souffrance psychique.



## Limites

### *Conception du questionnaire*

Une erreur de format du questionnaire à la question 7 (« à quelle(s) activité(s) aimeriez-vous consacrer davantage de temps? ») n'a pas permis l'inclusion des réponses de l'université de Paris Descartes dans l'analyse globale de cette question. En effet, une seule réponse était proposée, contre la possibilité de choisir toutes les options dans les autres villes. Cependant, la recherche était également la plus représentée parmi les activités auxquelles les HU de Paris Descartes aimeraient consacrer davantage de leur temps (75,5%). Ainsi, les résultats globaux diffèrent peu quant au souhait d'exercer davantage l'activité de recherche si l'on considère les 154 réponses ayant exprimé une insatisfaction (au total 86% des HU souhaiteraient consacrer plus de temps à la recherche ; n= 303). Un nombre significatif de répondants a indiqué une difficulté à répondre à l'enquête en raison de la superposition des activités. Cela révèle une limite de l'enquête mais signe la bonne synergie des compétences exercées simultanément. Une seconde difficulté exprimée était l'absence de quantification de l'activité d'expertise, avec notamment la participation aux « missions d'intérêt général » (sociétés savantes, CNU etc.). Enfin, la grande variabilité des missions sur des périodes parfois courtes était perçue par certains comme une difficulté à établir une moyenne représentative de leur réalité.

### *Biais de participation*

Une autocensure de certains personnels HU interrogés ne peut être exclue, de crainte de voir leur identité révélée en par croisement des informations recueillies. Nous avons tenté de garantir l'anonymat en regroupant les caractéristiques individuelles par catégories larges (groupes de disciplines, tranches d'ancienneté plutôt qu'âge). Le taux de participation de la présente enquête était important (42,9%), indiquant que l'autocensure était probablement peu fréquente.

### *Biais de réponse*

Les réponses ont pu être influencées par le contenu du courriel d'invitation à participer et du texte d'accueil. Ceux-ci faisaient état d'un problème potentiel concernant l'activité de recherche HU et d'un public étudiant. Il est entendu que les réponses ont pu être affectées dans un sens négatif de la perception du statut et du temps consacré à la recherche.

### *Calcul des taux de participation, effectifs totaux*

Parmi les 1060 HU sondé.e.s, nous avons obtenu 455 réponses soit un taux de participation de 42,9%. Les chiffres concernant les effectifs HU divergent. Nous avons utilisé les chiffres du CNG, car ceux-ci détaillent précisément les caractéristiques de la population HU (8).

En réalité, les effectifs HU ne sont pas connus précisément, en l'absence d'outil de recensement et avec des méthodes de décompte inconstantes. La Cour des comptes constatait ainsi dans son rapport de 2018 qu'« *il est regrettable que les autorités publiques ne disposent que de données partielles et incertaines sur un corps national de fonctionnaires (les hospitalo-universitaires titulaires) et soient dans l'incapacité de dénombrer précisément les personnels hospitalo-universitaires réellement en activité, par catégorie, spécialité et établissement, ainsi que les postes non pourvus ou à pourvoir* » (4).

### *Analyse des réponses libres*

Il est à noter que notre analyse semi-quantitative sous-estime probablement certains aspects évoqués. Seules les réponses *explicites* étaient comptabilisées. Par exemple, pour un HU ayant indiqué qu'« il faudrait plus de moyens » l'item « manque de moyens » n'était pas coté. De plus, les commentaires libres sont nécessairement restreints par le temps disponible et consacré à la participation à l'enquête. Ainsi, les répondant.e.s ont probablement concentré leurs réponses sur les problématiques les plus prégnantes.

## Comparaison aux études antérieures

### *Répartition du temps de travail HU*

La cour des comptes indiquait en 2017 que les informations fiables manquaient concernant la répartition du temps de travail et que cela nuisait au pilotage des CHU ((4); p137).

L'IGAS et l'IGAENR dressaient le même constat (6), attribuant le manque de visibilité à un remplissage insuffisant des tableaux d'activités HU. Ce dernier élément devrait être interprété au regard de l'expression de la surcharge administrative exprimée par les personnels HU. Notre enquête a permis d'obtenir avec l'aide des universités et des HU une vision d'ensemble précise et détaillée. Ce type d'enquête pourrait être répété périodiquement sans faire porter aux HU à la charge de tâches administratives supplémentaires.

Les deux rapports de 2017-18 de l'IGAS et de la Cour des Comptes (4,6) rappelaient que la répartition implicite du temps de travail HU était une distribution égale entre activité hospitalière d'une part et missions universitaires (enseignement et recherche) d'autre part. Ces deux documents suggéraient une réalité centrée sur une ou deux missions « la pratique des personnels HU est souvent celle d'un exercice sur deux valences » (6) ; « la réalité pratique étant souvent celle d'une bi- spécialisation, voire d'une mono-spécialisation » (4).

Nous n'avons pas retrouvé cette tendance dans notre enquête, quantitative et incluant un plus grand nombre de répondants.

Un seul travail antérieur avait étudié la répartition du temps de travail des personnels HU, l'enquête *Échanges économiques entre l'hôpital et l'université dans le cadre des CHU : étude de cas*, réalisée par le laboratoire d'Économie et de Gestion des Organisations de Santé (LEGOS, Université Paris Dauphine), menée en 2014-2015 au CHU du Kremlin-Bicêtre (7).

Cette enquête réalisée près de 15 ans avant notre étude, ne concernait qu'un seul centre et son taux de réponse était faible, avec une participation de 18,7%. Les résultats étaient néanmoins très similaires à ceux de notre enquête (le temps administratif n'était pas distingué des autres activités) :

- PU-PH : 57,5h de travail par semaine en moyenne, avec : soins 34,4h (59,9%) ; recherche 10,7h (18,0%) et enseignement 12,4h (22,1%) contre. 58,0h de travail par semaine dans notre étude, dont: soins 26,4h (45,5%); recherche 12,3h (21,2%); enseignement 7,4 (12 8%) ; gestion 11,9h (20,5%).

MCU-PH : 62,3h par semaine en moyenne, avec: soins 34,0h (53,8%) ; enseignement 15,7h (27,1%), recherche 12,6h (19,1%) contre 53,4h de travail par semaine dans notre étude, dont : soins 26,9h (50,4%) ; recherche 14,1h (26,4%); enseignement 5,9h (11%) ; 6,5h gestion (12,2%).

Ces données convergent pour montrer que les médecins-chercheurs universitaires de France consacrent depuis longtemps une minorité de leur temps à la recherche. En comparaison, aux USA, 52,7% des anciens élèves des programmes MD-PhD travaillant dans le secteur académique consacrent plus de 50% de leur temps à la recherche et 17,1% plus de 80% (n= 3025 répondants (9)). Les cursus médecine/sciences de France, formalisés à partir de 2003, n'offrent pas un tel recul. Toutefois, plus de 70% des étudiants de ces parcours souhaiteraient consacrer au moins 50% de leur temps à la recherche, 17% souhaitant consacrer plus de 80% et ce indépendamment de leur avancement dans le cursus ((2), chiffres proches de la réalité aux USA). Le temps consacré et disponible à la recherche HU est donc insuffisant.

## *État des lieux du statut HU et propositions d'améliorations*

Plusieurs rapports récents, très étayés et de grande qualité se sont attelés à dresser un état des lieux de l'activité HU, identifier les problématiques, analyser les causes de dysfonctionnement et émettre des préconisations (4-6).

### 1. État des lieux de la triple mission

L'ensemble des travaux antérieurs reconnaissait l'impossibilité de l'exercice simultané des trois missions constitutives du statut HU (soin, enseignement, recherche) à un niveau suffisant. A cette triple mission s'ajoute une 4<sup>ème</sup> mission administrative ou « managériale », voire une 5<sup>ème</sup> : missions « transversales » (6) ou « annexes » (4) (comparables à ce que certains répondants ont nommé activités « d'intérêt général » ou « mandats nationaux »).

Tous ces rapports indiquaient que selon les personnels HU consultés, la triple mission s'exerçait souvent et devait être comprise à l'échelle d'équipes et de structures plus larges (ex : pôle hospitalo-universitaire) (1,4-6). Le rapport Gaillard l'exprimait par la formule reprise par ces travaux « c'est la communauté hospitalo-universitaire qui porte la triple mission et non un seul individu. » (Gaillard ; p44).

Il était toutefois noté que «cette notion d'équipe hospitalo-universitaire reste un concept flou » ((4); p129) et l'IGAS/IGAENR rappelaient que cette répartition globale « tranche singulièrement avec la situation, fréquente dans les CH&U de taille restreinte, d'un PU-PH isolé, investi dans des fonctions de chef de service, seul responsable universitaire de sa spécialité dans la subdivision, avec une équipe de praticiens hospitaliers principalement concentrés sur l'activité clinique. » ((6); p84).

L'ensemble de ces éléments était retrouvé dans notre enquête. La répartition des missions est désirée, mais les commentaires individuels font apparaître des disparités 1-incompatibles avec une répartition « naturelle » des activités en l'état actuel des choses, et 2- sources de frustration.

## 2. Conditions d'exercice

Le problème de la lourdeur des tâches cliniques et administratives, entravant l'exercice de la mission universitaire a été identifié (1,4–6). La complexité et le poids croissant des procédures administrative semblent clairement identifiés (4,6).

Ces précédents travaux ont principalement mis en avant les déterminants structurels et institutionnels de cette charge, ainsi que la participation des HU aux tâches de gestion hospitalière. Notre enquête pointe vers de plus nombreuses causes individuelles et sociologiques, reflétant une situation multifactorielle complexe. Ont été retrouvés la multiplication et l'omniprésence des outils électroniques, le glissement de tâches, la multiplication de réunions et comités, notamment. Comme dénominateur commun, les restrictions budgétaires et le manque de ressources humaines (médicaux et d'assistants médico-administratifs) seraient aggraverait une tendance forte à l'empilement de procédures et d'instances administratives. L'analyse des réponses libres de notre enquête indique en réalité que ces financements insuffisants (en particulier à l'hôpital) pourraient être un des déterminants principaux des difficultés rencontrées par les personnels HU. Pourtant, les travaux précédents (4–6) ont largement ignoré ou n'ont pas accordé la même importance à cet aspect que les répondant.e.s de notre enquête. Le lien entre surcharge hospitalière et administrative et insuffisance universitaire a été évoqué par Pierre Corvol : « *Le temps indispensable à la recherche est dévoré par les tâches cliniques et administratives en lien avec pression d'efficience et de restrictions budgétaires* » (1).

Logiquement, les HU occupant des postes à responsabilité hospitalière seraient particulièrement concernés par le poids de la mission de gestion (4–6). Les réponses à notre enquête vont dans le même sens. Le rapport IGAS/IGAENR indiquait à ce sujet que « la charge de travail et les responsabilités à l'hôpital prennent, dans de nombreux cas, le pas sur la recherche et l'enseignement ; la valence universitaire est parfois perdue de vue. » ((6) ; p 77).

L'absence d'avantages sociaux, pointé dans notre enquête, a fait l'objet de nombreuses remarques dans des écrits antérieurs. Au premier rang, la problématique des retraites, calculées sur la base du travail universitaire sans prise en compte des missions hospitalières a été identifiée de longue date, sans avoir pourtant évolué de manière suffisante (4,6).

Certain.e.s répondant.e.s de notre enquête ont fait valoir une situation défavorable, voire injuste en comparaison à d'autres statuts hospitaliers, concernant la prise en compte du dépassement temps de travail et les congés. Le rapport de l'IGAS/IGAENR rapportait de manière similaire que « Les différences statutaires sont fréquemment mises en avant par les personnels HU, notamment la question de la RTT, moins pour revendiquer un alignement sur les PH que pour exprimer un sentiment de frustration devant la dégradation des conditions de travail et les difficultés à assurer leurs différentes missions.» ((6) ; p86).

La charge de travail imposée par 4 missions et des contraintes administratives lourdes, doublées d'une absence de valorisation constituent de sérieux risques psychosociaux. De nombreuses réponses libres de notre enquête ont mis en évidence des signes préoccupants d'insatisfaction, de colère voire de souffrance psychique. La situation traduite par les HU semble bien plus grave que celle décrite dans les rapports antérieurs. Seul le rapport de l'IGAS/IGAENR donnait de rares indices de souffrance sous forme de citations de témoignages (directs et indirects), faisant état d'une surcharge de travail et d'un environnement professionnel hostile « *métier très violent* », « *froideur institutionnelle* », « *leur vie est un enfer* ». ((6) : Section « Mais un malaise réel » p89-90)

Tous ces éléments concourent à remettre en question l'attractivité des carrières HU. Les rapports de 2018 IGAS/IGAENR et de la Cour des Comptes (4,6) rapportaient des témoignages en ce sens, comme dans notre enquête. Ces travaux indiquaient à juste titre que le manque

d'attractivité demeurerait difficilement mesurable, objectivable. On peut toutefois être amené à s'interroger quant à la faisabilité d'une approche objective, sauf à atteindre un point de rupture lorsque les postes ne seraient pas pourvus. L'évaluation subjective de l'attractivité des carrières HU par ceux qui peuvent y prétendre (internes, chefs de cliniques etc.) est probablement suffisante pour déduire des conclusions opérationnelles. En particulier, l'enquête menée par la mission IGAS/IGAENR a auditionné un grand nombre d'acteurs concernés par la carrière HU, livrant des éléments allant dans le sens d'une perte d'attractivité (6). Ce rapport cite également une enquête menée auprès d'internes de pédiatrie de Lyon qui montrait nettement une perception négative de la carrière HU. ((6) ; p91). Au total, le rapport de la cour des comptes de 2018 est le plus proche de notre enquête pour ce qui concerne le constat des conditions d'exercice de la triple mission HU et de ses difficultés. « Les candidats aux fonctions hospitalo-universitaires perçoivent une dégradation des conditions d'exercice dans les CHU, tenant aux difficultés hospitalières, aux tensions financières et sociales, à l'accès plus difficile aux équipements de pointe, aux postes vacants, à la lourdeur de la gestion, au poids croissant des tâches administratives dans un contexte de financement à l'activité et d'exigences accrues de performance (...)

Ce contexte est aggravé par la difficulté ressentie dans la profession à exercer simultanément la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, avec des niveaux d'exigence et de production croissants, dans des structures et équipes qui ne présentent pas une taille suffisante. Les rémunérations sont érodées par les faibles revalorisations et peuvent s'avérer peu attractives au regard de celles du secteur privé, en particulier dans certaines disciplines (chirurgie surtout orthopédique et urologique, radiologie, anesthésie-réanimation, etc.), tandis que le statut est défavorable en ce qui concerne la retraite, même après les mesures prises en faveur de la retraite complémentaire des personnels hospitalo-universitaires. » ((4); p135)



### 3. Évolutions nécessaires et propositions

La principale proposition spontanément émise par les HU dans notre enquête consiste en une évolution dans le temps des activités des HU, recentrées sur un nombre restreint de missions, de manière encadrée et protégée. L'évolution des activités principales au cours de la carrière a été rapportée comme une possibilité déjà existante pour certains répondants de notre enquête. Toutefois, d'autres ne bénéficient pas de cette liberté et sont contraints à l'exercice simultané de 3, 4 voire 5 missions, avec un vécu de perte de qualité et de frustration. La contractualisation d'activités et d'objectifs est considérée comme une évolution souhaitable par beaucoup.

Ces vœux ont été exprimés de longue date par les personnels HU, notamment lors des consultations ayant abouti à la rédaction des rapports Gaillard (2011), IGAS/IGAENR et de la Cour des Comptes (2018), (4–6). Ces rapports ont préconisé une définition contractuelle par périodes de 4 à 5 ans de missions restreintes, impliquant l'université, les EPST et les CHU, et assortie d'une évaluation quinquennale. En plus de garantir un cadre d'exercice protégé aux HU, l'évaluation quinquennale pourrait être utilisée pour l'avancements de carrière et l'attribution de primes, revalorisant le statut HU. L'évaluation de l'exercice de la triple mission serait effectuée à l'échelle de structures HU (pôles de CHU, disciplines etc.) (4–6).

Certaines interrogations, non ou peu formulées par les répondant.e.s ou les rapports antérieurs, demeurent. Comment parvenir à répartir les missions entre personnels HU lorsqu'une masse critique n'est pas disponible, même à l'échelle d'un pôle de CHU? En cela, la situation des disciplines peu représentées avec un.e HU statutaire isolé.e semble difficilement modifiable à effectifs constants. Par ailleurs, dans quelle mesure les contrats d'objectifs ne seraient-ils pas imposés aux HU avec une perte de liberté importante? Il est légitime de craindre une telle évolution au regard du grave problème de gouvernance hospitalière (avec perte de pouvoir des HU) identifié par les personnels répondants de l'enquête. Comment contenter chacun si des souhaits incompatibles étaient formulés par les HU? Enfin, la création de contrats, de rapports

et de comités d'évaluation n'alourdirait-elle pas davantage la charge administratives qui éloigne déjà les HU de leur mission universitaire ? L'enfer est pavé de bonnes intentions...

Précisant ces mesures d'évolution contractuelle des missions, la protection du temps de recherche en début de carrière a été reconnue comme représentant une priorité (1,5,6). « la recherche du médecin chercheur doit être protégée, choyée et sauvegardée durant au moins les 4 ou 5 ans qui suivent la fin de son cursus MD-PhD » (1).

La mise en œuvre de cet aménagement de début de carrière devrait, selon les rapports Gaillard et IGAS/IGAENR, passer par la création de postes temporaires de transition entre le clinicat et l'accès à un poste titulaire de professeur, sur le modèle du *tenure track* des USA. Ces postes ont pris le nom de « professeur assistant-» (« praticien hospitalier » (5), ou « hospitalo universitaire » (6)). Un objectif affiché est également de résoudre le paradoxe de la fonction de MCU-PH : poste de transition pour beaucoup et pourtant permanent, d'utilisation différente des autres corps de métier universitaires, et contraignant certains HU à une situation inconfortable sans perspective d'avancement de carrière, comme l'ont révélé certains MCU-PH dans notre enquête (voir ci-dessus).

Toutefois, prolonger la période non titulaire -par essence *précaire*- pourrait aggraver encore le manque d'attractivité des carrières HU. Deux répondant.e.s de notre enquête soulignaient ainsi que le caractère tardif des nominations constituait un problème (*soulignement par les auteurs*).

*« Le statut HU actuel n'est pas suffisamment attractif pour les jeunes en particulier dans les spécialités avec continuité de soins et sans activité privée en raison de la combinaison charge de travail, salaire universitaire peu attractif, et nomination incertaine et parfois tardive. »*

*« L'érosion de l'attrait du statut au cours des dernières décennies en raison d'une charge de travail importante, d'une nomination tardive, des process de nomination complexe, et un faible salaire rend le statut peu (pas) attractif pour les jeunes en particulier dans les services de soins*

*continus sans activité privée.* » L'écueil d'un accès long aux postes titulaires caractérisé par la succession de postes précaires a d'ailleurs été souligné par la Cour des comptes ((4) ; p134-135). La promotion de l'accès des femmes aux carrières HU, qui se heurtent déjà à un « plafond de verre » (10), pourrait en pâtir plus particulièrement.

De fait, la création du statut de professeur assistant, pourrait s'apparenter à une prolongation du clinicat, qui s'avérerait redondante avec le recentrage revendiqué des clinicats sur la mission universitaire. Ce recentrage est lui-même censé permettre le développement des activités de recherche des jeunes HU (6). Enfin, il est possible que la forme actuelle des doubles cursus soit peu prise en compte dans ces réflexions, avec des internes docteurs ès sciences (2) pouvant réaliser une mobilité post-doctorale durant le clinicat. Les clinicats à temps de recherche protégé sur le modèle du dispositif CCA-Inserm Bettencourt (2,11) et à terme le recentrage des clinicats sur l'activité universitaire offrent donc déjà des solutions pour l'accès graduel à un poste titulaire. Le risque pris par les universités de recruter trop précocement un HU titulaire, utilisé pour justifier le modèle du professeur assistant (5) semble minime en présence de candidats ayant déjà suivi sans découragement une formation passionnante mais exigeante, d'une durée comprise entre 15 et 20 années (clinicat compris, (2)).

S'il apparaît souhaitable de protéger la mission universitaire -recherche en particulier- en début de carrière, la prolongation du clinicat sous forme d'un PHU quasi-systématique risquerait donc fortement de constituer un élément en défaveur de l'attractivité de la carrière HU.

Le recrutement de personnels HU aux profils plus diversifiés est également corollaire de la proposition de recentrer les HU sur des missions restreintes. Le rapport Gaillard pointait ainsi une tendance au recrutement de profils trop homogènes, uniformisés par une évaluation de jeunes candidats sur les trois missions et par une série de pré-requis à la fonction risquant de s'apparenter à une « liste à la Prévert » (5).

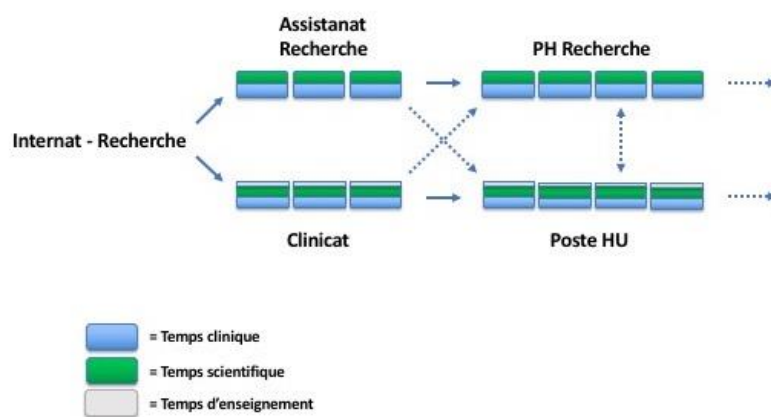
Des profils *enseignants* pourraient bénéficier aux universités et aux étudiants. L'enseignement est actuellement le parent pauvre de la fonction HU, comme l'ont indiqué plusieurs répondant.e.s. de l'enquête. « *Il y a des bon pédagogues qui ne sont pas des chercheurs, et n'ont pas fait de mobilité: il faudrait les nommer !* ». En effet, du recrutement à l'avancement de carrière, les activités pédagogiques sont peu évaluées ou valorisées. Ceci s'oppose à l'évaluation de la recherche, en particulier par le volume de publication scientifique, qui occupe une place prépondérante dans le recrutement et l'évaluation des HU (4,6).

Au-delà du recrutement de personnels HU aux profils divers pouvant naviguer entre les missions au gré de leur carrière, des changements plus profonds de la fonction HU ont également été proposés. Dans notre enquête des répondant.e.s ont suggéré la fusion des statuts H et HU ou la distinction de professeurs enseignants ou chercheurs (voir ci-dessus).

Toutefois, la majorité des personnels HU et des instances sont fortement attachés à la triple mission, qui serait une spécificité nationale et une richesse à défendre (6). Le rapport de l'IGAS/IGAENR a écarté d'emblée la disjonction des missions, affirmant que cela couperait la recherche clinique de la recherche fondamentale, appauvrirait le vivier scientifique et priverait les étudiants d'enseignants exerçant la triple mission. Une régression scientifique et la dégradation de la qualité des soins seraient à redouter.

Malgré l'attachement historique à la triple mission et l'intuition d'un enrichissement mutuel des 3 activités, les données scientifiques manquent qui permettraient de soutenir l'une ou l'autre des options. L'exemple des Etats-unis cité par un.e des répondant.e.s, qui associent *clinical* et *research professors* tandis que la qualité de l'enseignement, des soins et de la recherche académique y sont indiscutables, donnent un contre-exemple intéressant à la nécessité de conserver une triple mission indivisible. Les statuts bivalents pourraient se montrer intéressants pour certains médecins-enseignants et médecins-chercheurs désireux de se spécialiser dans la

durée pour exercer une activité à haut niveau. Nous avons précédemment discuté la création de postes de PH-recherche, qui pourraient attirer les étudiants en doubles cursus ((2); figure ci-dessous). L'Inserm a proposé pour la période 2020-2025 l'expérimentation de ce dispositif avec des établissements volontaires (12). La création de postes partagés entre clinique et recherche (ou enseignement) pourrait être compatible avec le maintien des HU à triple valence (2), permettant au total une meilleure répartition des tâches au sein des équipes.



**Figure supplémentaire**  
**Parcours d'insertion professionnelle** permettant la coexistence et l'articulation entre des profils bivalents et les profils HU chargés de la triple mission.  
 Extrait de Scherlinger, *et al.* 2018 (2)

De manière intrigante, les spécialités chirurgicales sont souvent utilisées comme exemple de l'interpénétration harmonieuse des 3 missions : le chirurgien universitaire opère, et ceci faisant se questionne, forme ses pairs et génère des nouvelles connaissances dans le cadre de protocoles de recherche clinique ((6) et réponses de notre enquête). Les spécialités chirurgicales ne sauraient toutefois prendre valeur d'exemple, tant leur exercice est particulier et nécessite une pratique assidue. *A contrario*, leurs spécificités pourraient être prises en compte.

Des problèmes structurels contribuent aux difficultés d'exercice de la triple mission HU. Ces questions dépassent le cadre de la présente étude mais méritent d'être considérées.

Les rapports antérieurs ont ainsi mis en évidence une articulation inadéquate et complexe entre université, EPST et CHU, qui poursuivent des objectifs distincts, souvent en concurrence les uns par rapport aux autres et sans gouvernance commune (4,6). La situation semble particulièrement problématique pour les CHU, dont les missions constitutives d'enseignement et de recherche font l'objet de peu d'évaluation et sont souvent absents des contrats d'objectifs de pôles médicaux de CHU (4,6). La spécificité du CHU semble donc menacée. Une coordination insuffisante des financements de la recherche, entre EPST et CHU et leur ouverture aux établissements de santé non universitaires fragiliseraient davantage le rôle central des CHU dans l'enseignement de la Médecine et la recherche biomédicale (4,6).

Ces difficultés institutionnelles n'ont pas été directement relevées par les répondant.e.s de notre enquête mais la distance géographique et culturelle entre sites hospitaliers et universitaires était commentée, dénotant de l'absence de culture commune et de cohérence. Il est probable que cette disjonction hospitalo-universitaire contribue à la charge administrative, imposée de manière non coordonnée par 3 tutelles et à la souffrance des personnels HU par « *Incompréhension des uns et des autres qui ne voient qu'une partie de notre activité et la jugent "insuffisante"...* »

Une meilleure articulation entre universités, CHU et EPST a été jugée nécessaire (4,6,13). Par ailleurs, une promotion de la recherche clinique par une simplification des procédures et un financement renforcé semblent souhaitables (4,5).

La grande absente des rapports antérieurs en comparaison aux contributions des HU de notre enquête est la question du volume des financements. Le manque de moyens est ressenti par de très nombreux HU, en particulier à l'hôpital, entravant la mission universitaire. La question du statut HU est indissociable de la gouvernance hospitalière et universitaire et de la question des moyens accordés. Il semblerait qu'une augmentation majeure des financements soit nécessaire,

en particulier pour renforcer les effectifs médicaux et permettre un soutien matériel et humain à la recherche clinique de manière pérenne. Les effectifs HU eux-même semblent nettement insuffisants. Les ambitions de soin, d'enseignement et de recherche affichées sont élevées, mais alors que le numerus clausus a doublé entre les années 2000 et 2015 et que de profondes réformes des études médicales sont en cours, les effectifs HU sont restés constants (6).

### **Et après ?**

Ce travail met en évidence de manière quantitative et qualitative le problème d'une charge administrative et clinique envahissante, empêchant largement la pratique d'un enseignement de qualité et d'une recherche de pointe par les personnels HU. Ces problèmes ont été identifiés précédemment, et plusieurs rapports écrits pour apporter des améliorations. Toutefois, les réflexions sur la réforme des carrières HU n'ont pas été suivies dans les faits. La Cour des comptes a ainsi nommé une section de son rapport « Un débat récurrent et peu suivi d'effets sur la réforme du statut » ((4) p132-133).

Notre enquête révèle, au-delà de ces écrits, un état des lieux préoccupant. Il semble nécessaire de mettre en œuvre les préconisations des rapports récents pour ne pas risquer de mettre en péril le métier HU. Des carrières alternatives devraient aussi être développées. Les débouchés professionnels et l'attractivité des métiers de médecins-chercheurs doivent être pensés d'autant plus que les universités et l'Inserm ont investi et investissent massivement dans les doubles formations médecine-sciences (2,3).

Par la présente enquête, nous fournissons des données quantitatives et des pistes de réflexion utiles aux législateurs comme aux responsables hospitaliers et universitaires.

## Références supplémentaires

9. Akabas M, Brass L, Tartakovsky I. National MD-PhD Program Outcomes Study. Washington, D.C.: Association of American Medical Colleges; 2018 Apr.
10. Rosso C, Leger A, Steichen O. Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France. *La Revue de Médecine Interne*. 2019 Feb;40(2):82–7.
11. CCA Inserm Bettencourt [Internet]. Fondation Bettencourt Schueller. 2019 [cited 2020 May 4]. Available from: <https://www.fondationbs.org/fr/sciences-de-la-vie/formation-et-par-la-recherche/cca-inserm-bettencourt>
12. Plan stratégique Inserm 2025, les grandes orientations. Inserm; 2019.
13. Dewitte J-P, Claudon M, Pruvot F-R, Sibilia J, Muller B, Taddei-Gross C, et al. Le CHU de demain, symbiose, créativité et excellence. 2018 décembre.