



Syndicat professionnel des **Docteurs en Sciences**
de la **Fonction Publique Hospitalière**

« Situation professionnelle des Docteurs en Sciences au sein de la Fonction Publique Hospitalière »

Rapport remis le

18 décembre 2012 à

M. Edouard COUTY

Président

Mission ministérielle du

« **Pacte de Confiance**

Pour l'Hôpital »

Par le

Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers

« **Syndicat Professionnel des Docteurs en Sciences**

de la **Fonction Publique Hospitalière** »

Siège social national :

CHU | Plateau Technique de Biologie | 2 rue Angélique Ducoudray | BP37013 | 21070 Dijon Cedex
03 80 29 51 06 | contact@snsh.pro | snsh@chu-dijon.fr | www.snsh.info

1	INTRODUCTION.....	3
1.1	PREAMBULE	3
1.2	CHARTRE POUR LA PROMOTION ET L'EGALITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE	4
2	LES CONSTATS.....	6
2.1	DOCTORAT	6
2.1.1	<i>Le diplôme et la réforme LMD</i>	6
2.1.2	<i>Absence de reconnaissance du diplôme de Docteur</i>	8
2.1.3	<i>Absence de reconnaissance du titre de Docteur pour les scientifiques</i>	11
2.2	AFFECTATIONS ET DOMAINES DE COMPETENCES.....	12
2.2.1	<i>Directive DGOS 2005-252</i>	12
2.2.2	<i>Affectations multiples</i>	13
2.2.3	<i>Missions multiples et transversales</i>	14
2.2.4	<i>Compétences et employabilité des Docteurs</i>	14
2.2.4.1	Des chercheurs à part entière source de revenus pour les CHU	16
2.2.4.2	Encadrement et formation	21
2.2.4.3	Responsables de secteurs de biologie et /ou de plateaux techniques de pointe.....	21
2.2.4.4	Référents informatiques de Pôles de Biologie.....	22
2.3	DISPARITES INTER ET INTRA CHU.....	23
2.3.1	<i>Des niveaux de recrutement et de rémunération ne tenant aucun compte du Doctorat</i>	23
2.3.1.1	Contractualisation	23
2.3.1.2	Financements pérennes et non pérennes	24
2.3.1.3	Disparité des reprises d'ancienneté	26
2.3.1.4	Disparités des grilles indiciaires et déroulement de carrière.	27
2.3.1.5	Disparités des durées de carrières	31
2.3.1.6	Des Ingénieurs plus valorisés que des Docteurs.....	32
2.3.1.7	Disparités intra-CHU	33
2.3.1.8	Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière	34
2.4	POSITIONNEMENT HIERARCHIQUE.....	35
3	NOS DEMANDES	38
3.1	RECONNAISSANCE DU DOCTORAT DE SCIENCES DANS LES CONDITIONS D'ACCES A LA FONCTION PUBLIQUE.....	38
3.2	REDUCTION DES SITUATIONS PRECAIRES.	39
3.3	CREATION D'UN STATUT NATIONAL DE <i>DOCTEUR EN SCIENCES</i>	39
3.4	VALORISATION ET RECONNAISSANCE DES PERSONNELS DE RECHERCHE.	40
3.5	HOMOGENEISATION DES GRILLES INDICIAIRES AU NIVEAU NATIONAL	41
3.6	TITULARISATION SUR DES GRILLES COMPATIBLES	42
3.7	PARTICIPATION AUX INSTANCES NATIONALES.....	42
4	CONCLUSION	43
5	RETROSPECTIVES ET ACTUALITES	44
5.1	GREVES DES INTERNES 2011	44
5.2	QUESTIONS ECRITES AU GOUVERNEMENT.....	46
5.2.1	<i>Question écrite n° 00285 – 14^{ème} Législature - M. Alain Houpert Sénateur (Côte-d'Or - UMP-R) ...</i>	46
5.2.2	<i>Question écrite n° 2079 - 14ème législature posée par M. François Sauvadet Député (Côte-d'Or - Union des démocrates et indépendants)</i>	47
5.2.3	<i>Question écrite n° 5241 - 14ème législature posée par M. Laurent Grandguillaume Député (Côte-d'Or - Socialiste, républicain et citoyen)</i>	48
5.3	COMMUNIQUE DE PRESSE	49
5.4	INTERVIEW APM NEWS.....	51
6	ANNEXES.....	53
6.1	ANNEXE I – ARRET DU CONSEIL D'ETAT DU 23 MAI 2008 – N°283141	53
6.2	ANNEXE II – COUR DE CASSATION CRIMINELLE – AUDIENCE DU 20 JANVIER 2009, N° DE POURVOI 07-88122.....	55
6.3	ANNEXE III – COMPETENCES ET EMPLOYABILITE DES DOCTEURS	59

1 Introduction

1.1 Préambule

L'hôpital public est en constante évolution et voit apparaître, depuis une quinzaine d'années, de **nouveaux métiers** répondant à de **nouveaux besoins** n'entrant pas dans le champ des fonctions et des missions des personnels titulaires de la Fonction Publique Hospitalière.

Mme Marisol TOURAINE – Ministre des Affaires Sociales et de la Santé – déclarait, lors du salon des infirmiers, le 24 octobre dernier, souhaiter « des progrès » dans « *l'identification et la définition des nouveaux métiers* » au sein de la fonction publique hospitalière.

« **Identifier les nouveaux métiers de la Fonction Publique Hospitalière** »
Mme Marisol TOURAINE

Les **Docteurs en Sciences** travaillant dans les Centres Hospitaliers et les Centres Hospitalo-Universitaires en sont le parfait exemple.

Nous souhaitons ici attirer votre attention sur la **grande disparité - inter et intra CHU -** en termes de **recrutements**, de **reconnaissance du diplôme de Docteurs en Sciences**, de **plans de carrières** et de **traitements indiciaries** entre nos collègues, mais également sur le besoin de reconnaissance et de clarification de notre positionnement au sein des CHU.

Le S.N.S.H., poursuivant ainsi les contacts initiés avec leurs prédécesseurs, a récemment interpellé Mme Marisol TOURAINE ainsi que Mme Marylise LEBRANCHU – Ministre de la Réforme de l'Etat de la Décentralisation et de la Fonction Publique – sur ces disparités salariales que ce soit au travers de communications formelles ou de plusieurs questions écrites au Gouvernement.¹

Nous souhaitons informer ici les instances de tutelle sur les missions et fonctions remplies par les Docteurs en Sciences et les problèmes qui les concernent. De même, nous avons voulu apporter un nouvel éclairage sur la **réelle plus-value qu'apportent les Docteurs en Sciences au secteur hospitalier dans son ensemble**.

¹ Cf chapitre « 5.2 – Questions écrites au Gouvernement »

1.2 Charte pour la Promotion et l'Égalité dans la Fonction Publique

Dans un avis présenté le 10 octobre 2012 « au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur le projet de loi de finances pour 2013 (n° 235) - Tome 3 - Gestion des finances publiques et des ressources humaines fonction publique » le Député Alain TOURRET pointait du doigt « des **discriminations encore très nombreuses** dans les faits » malgré « un cadre juridique traditionnellement conçu comme protecteur et fondé, notamment sur le **principe constitutionnel d'égalité entre les agents** » et le « **devoir d'exemplarité de l'Etat Français, employeur** ».

« Prévenir les discriminations engendrées de manière directe ou indirecte à l'occasion du recrutement de tous les agents (...) fonctionnaires ou contractuels »

Signée le 2 décembre 2008 par les ministres en charge de la fonction publique et le président de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité – autorité à laquelle s'est substitué le Défenseur des droits –, la **Charte pour la promotion de l'égalité dans la fonction publique** a défini six thèmes centraux pour « *prévenir les discriminations [que la fonction publique] peut engendrer, de manière directe ou indirecte, à l'occasion du recrutement et de la carrière de tous ses agents, qu'ils soient fonctionnaires ou agents contractuels* ».

Le Député TOURRET poursuit son rapport en indiquant que « *La **responsabilité sociale de l'employeur** a par ailleurs été développée dans la fonction publique avec le dispositif « **État exemplaire** », élément de la Stratégie nationale de développement durable (2010-2013), exposée dans une circulaire gouvernementale du 3 décembre 2008 relative à l'exemplarité de l'État au regard du développement durable dans le fonctionnement de ses services et de ses établissements publics. L'un des volets de cette stratégie, par-delà les mesures d'éco-responsabilité, concerne la **responsabilité sociale de l'État**, tant en sa qualité d'opérateur économique qu'en sa qualité d'employeur. Comme le souligne la circulaire, « **l'État doit se fixer des objectifs élevés en ce qui concerne le respect des droits fondamentaux de la personne au travail (...)** ».*

« L'état doit se fixer des objectifs élevés en ce qui concerne le respect des droits fondamentaux de la personne au travail (...)»

« Ce thème de l'exemplarité a été expressément repris par Mme Marylise LEBRANCHU, Ministre de la Réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique, dans l'agenda social présenté le 4 septembre 2012 aux organisations syndicales, à la suite de la conférence sociale du mois de juillet 2012, pour

fixer le cadre des échanges entre ces organisations et le gouvernement. L'un des axes retenus est en effet celui de l'exemplarité des employeurs publics (...).

Le Député TOURRET, pointe du doigt, « la situation des agents non titulaires [et] la précarité pouvant être constitutive d'une situation de discrimination. Comme l'ont indiqué les services du Gouvernement (...) « **L'impératif d'exemplarité implique une amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels des trois versants de la fonction publique, dans le cadre d'un chantier dont le périmètre sera débattu en concertation avec les partenaires sociaux à la fin de l'année 2012. D'ores et déjà, on peut indiquer que la connaissance des non titulaires des trois versants de la fonction publique est imparfaite, qu'il s'agisse par exemple du taux de féminisation, des niveaux de salaires, de la part des agents non titulaires à temps partiel ou encore du nombre de personnes handicapées.** »

« L'impératif d'exemplarité implique une amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels »

En conclusion de son rapport, le Député Alain TOURRET suggérait, entre autre, de « (...) instituer auprès de chaque employeur public un comité des rémunérations compétent pour engager, le cas échéant, une procédure tendant à résorber les écarts salariaux injustifiés ».

2 Les constats

2.1 Doctorat

2.1.1 Le diplôme et la réforme LMD

Le 24 avril dernier, M. François HOLLANDE, s'engageait auprès de la présidente de la Commission Permanente du Conseil des Universités à faire « reconnaître le Doctorat dans les conditions d'accès aux concours de la fonction publique, qu'elle soit d'Etat ou Territoriale. »².

**« Je ferai reconnaître le Doctorat dans les conditions d'accès à la fonction publique (...) »
M. François HOLLANDE**

La Fonction Publique Hospitalière, reposant sur le triple pilier « sciences, médecine et pharmacie », est inévitablement concernée.

Deux processus sont en cours en Europe depuis la fin des années 90. La **conférence ministérielle de Bologne**, en 1999, a initié les efforts vers la mise en place d'un Espace Européen de l'Enseignement Supérieur. Parallèlement, en 2000, le **sommet de Lisbonne** a initié la **mise en place d'un Espace Européen de la Recherche**.

Ces deux processus se recoupent sur un point : celui du **rôle fondamental porté par le docteur dans une société et une économie désormais résolument tournées vers la connaissance**.

Le **doctorat** constitue désormais le **dernier des trois cycles de l'enseignement supérieur** adoptés par l'Union Européenne lors de la conférence de Berlin en septembre 2003 : « *Consciente de la nécessité de promouvoir des liens plus étroits entre l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur et l'Espace Européen de la Recherche dans une Europe de la Connaissance, et de l'importance de la recherche en tant que partie intégrante de l'enseignement supérieur en Europe, la Commission européenne considère la nécessité [...] d'inclure le doctorat comme le troisième cycle du processus de Bologne.* »³ (Union européenne, 2003).⁴

Il ne s'agit pas d'un système universitaire unique, mais d'un système permettant de placer les systèmes nationaux diversifiés dans un cadre commun afin de **rendre plus facilement**

² Lettre de M. François Hollande à Mme Dominique Faudot - 24 avril 2012 - Présidente de la Commission Permanente du Conseil National des Universités - http://www.snsi.info/telechargement/Hollande_CP_CNU_vofficielle.pdf

³ "Conscious of the need to promote closer links between the EHEA and the ERA in a Europe of Knowledge, and of the importance of research as an integral part of higher education across Europe, Ministers consider it necessary to go beyond the present focus on two main cycles of higher education to include the doctoral level as the third cycle in the Bologna Process"

⁴ Adoc Talent Management

lisibles et comparables les diplômes et de favoriser ainsi l'intégration des citoyens européens sur le marché du travail.

A ce titre, **la réforme « LMD »** désigne un ensemble de mesures modifiant le système d'enseignement supérieur français pour l'adapter aux standards européens. Elle met ainsi en place une architecture basée sur **3 grades : Licence – Master – Doctorat**.

En 1999 est créé le « *grade de mastaire* ». Il correspond au Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS), au **diplôme d'ingénieur** et au Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA). En 2002, des textes de référence renomment le « mastaire » en « *master* » et précisent l'architecture en quatre grades qui fixent les principaux niveaux de référence de l'espace européen de l'enseignement supérieur⁵.

Les études doctorales, comportant dans une première phase le DEA ou le master recherche, débouchent sur le diplôme de docteur⁶. Redéfinies en 2006, elles ne comprennent plus que la thèse et le diplôme qui porte le nom de « *diplôme national de docteur* »⁷.

Le doctorat consiste en un projet de recherche d'une durée de 3 ans dont la visée principale est « *le progrès de la connaissance par une recherche originale* »⁸ (Union européenne, 2005). **Le doctorat est par ailleurs défini par un référentiel européen de qualifications (EHEA, 2005), la notion de qualification permettant d'homogénéiser la définition du doctorat en s'affranchissant des différences de pratiques qui existent entre les différents pays signataires.** Parmi les 6 qualifications requises pour devenir docteur, la dernière est « la capacité de promouvoir, dans le milieu académique et dans d'autres contextes professionnels, les avancées technologiques, sociales ou culturelles au cœur d'une économie de la connaissance »^{9 10}

⁵ Décret n° 2002-480 du 8 avril 2002 modifiant le décret n° 99-747 du 30 août 1999 relatif à la création du grade de mastaire JORF n°84 du 10 avril 2002 page 6323

⁶ Arrêté du 25 avril 2002 relatif aux études doctorales JORF n°99 du 27 avril 2002 page 7633 texte n° 58

⁷ Arrêté du 7 août 2006 relatif à la formation doctorale JORF n°195 du 24 août 2006 page 12468 texte n° 22

⁸ "The core component of doctoral training is the advancement of knowledge through original research."

⁹ "Qualifications that signify completion of the third cycle are awarded to students who [...] can be expected to promote, within academic and professional contexts, technological, social or cultural advancement in a knowledge based economy"

¹⁰ Adoc Talent Management – rapport d'enquête « *Compétences et Employabilité des Docteurs* » janvier 2012 <http://www.adoc-tm.com/rapport.pdf>

Sans ambiguïté, les diplômes d'ingénieurs sont classés comme « Master » et le diplôme de Docteur l'est en tant que « Doctorat » !

C'est dans ce contexte que sont parues au sein de la Fonction Publique Hospitalière plusieurs circulaires :

✚ circulaire interministérielle¹¹ DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 relative à la « *Délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat.* »

✚ Circulaire DGOS/RH4/2010/361 du 30 septembre 2010 « *relative d'une part, à la mise en œuvre de la nouvelle grille de catégorie A des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière (F.P.H.) suite à la reconnaissance de leurs diplômes au grade de licence ainsi que d'autre part, à la mise en œuvre du nouvel espace statutaire de catégorie B de la F.P.H. pour les personnels paramédicaux.* ».

L = Licence = Infirmière
M = Master = Ingénieur
D = ??????

A l'heure actuelle, si les compétences Licence et Master sont clairement identifiées en milieu hospitalier, qu'en est-il de la compétence des Docteurs en Sciences ?

2.1.2 Absence de reconnaissance du diplôme de Docteur

Le Doctorat de Sciences n'est pas reconnu en milieu hospitalier en tant que Doctorat.

Paradoxalement, ce même Doctorat de Sciences devient un plus indispensable à une carrière hospitalo-universitaire pour les Médecins et Pharmaciens.

Doctorat de Sciences :
Diplôme non reconnu pour les Scientifiques, mais un plus indispensable aux Médecins et Pharmaciens

C'est en substance ce qu'écrit le Pr Hervé Causse -

Professeur Habilité en Droit Privé et Sciences criminelles - dans un commentaire d'un arrêt de la Cour de Cassation Chambre Criminelle¹² « **Les thèses de médecine, pour la plupart, ne sont que des thèses dites d'exercice qui s'écrivent en quelques mois. On parle ainsi de « thèse d'exercice » pour signifier qu'il s'agit de la thèse indispensable aux formalités d'inscription à l'ordre**

¹¹ DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 du 26 juin 2009 Réf. :DGESIPA-2009-0274 « *Délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat Conseils régionaux/Universités/IFSI* » NOR : SASH0916153C

¹² Cf. Annexe 2 - Cour de cassation chambre criminelle - Audience publique du 20 janvier 2009 - N° de pourvoi: 07-88122

des médecins (médecins travaillant dans le secteur privé) ou au **passage des concours** pour devenir **praticien hospitalier** (docteur en médecine d'un CH, CHU ou CHUR : médecins travaillant dans un établissement public de santé).

D'aucuns disent que cela ressemble plutôt à un mémoire de bon niveau des autres matières qu'à une thèse ; on laissera ce débat ouvert. Dans la plupart des domaines, la thèse est, il est vrai, un document approfondi constituant souvent plusieurs centaines de pages qui représentent plusieurs années de travail des meilleurs étudiants de fins d'études universitaires.... Il se dit ainsi que les médecins (déjà docteurs) qui se destinent à la recherche, et souvent à l'Université, refont une thèse. Cela leur permet de devenir (si la thèse est bonne) maître de conférences, chargé de recherches ou, plus tard encore, professeur d'université (exceptionnellement, on trouve parfois des maîtres de conférences qui ne sont pas docteurs, plus exceptionnellement encore des professeurs d'université). Ces docteurs en médecine inscrivent ainsi un « vrai sujet de recherche », de thèse, pour soutenir une thèse de médecine incorporant une véritable recherche. Ces médecins-là passeront plusieurs années sur leur thèse (tout en travaillant souvent en service hospitalier) pour devenir des chercheurs accomplis (chercher, trouver et publier). »

40% des Docteurs en Sciences forment des Docteurs en médecine ou pharmacie dans le cadre de leur thèse de Science.

Un paradoxe supplémentaire est que **près de 40 % de nos collègues Docteurs en Sciences sont amenés à encadrer des internes en médecine ou pharmacie voire des docteurs en médecine ou en pharmacie dans le cadre de l'obtention de leur Doctorat de Sciences.**

Les Docteurs en Sciences ne sont pas reconnus, mais on leur reconnaît leur capacité de formation et d'encadrement

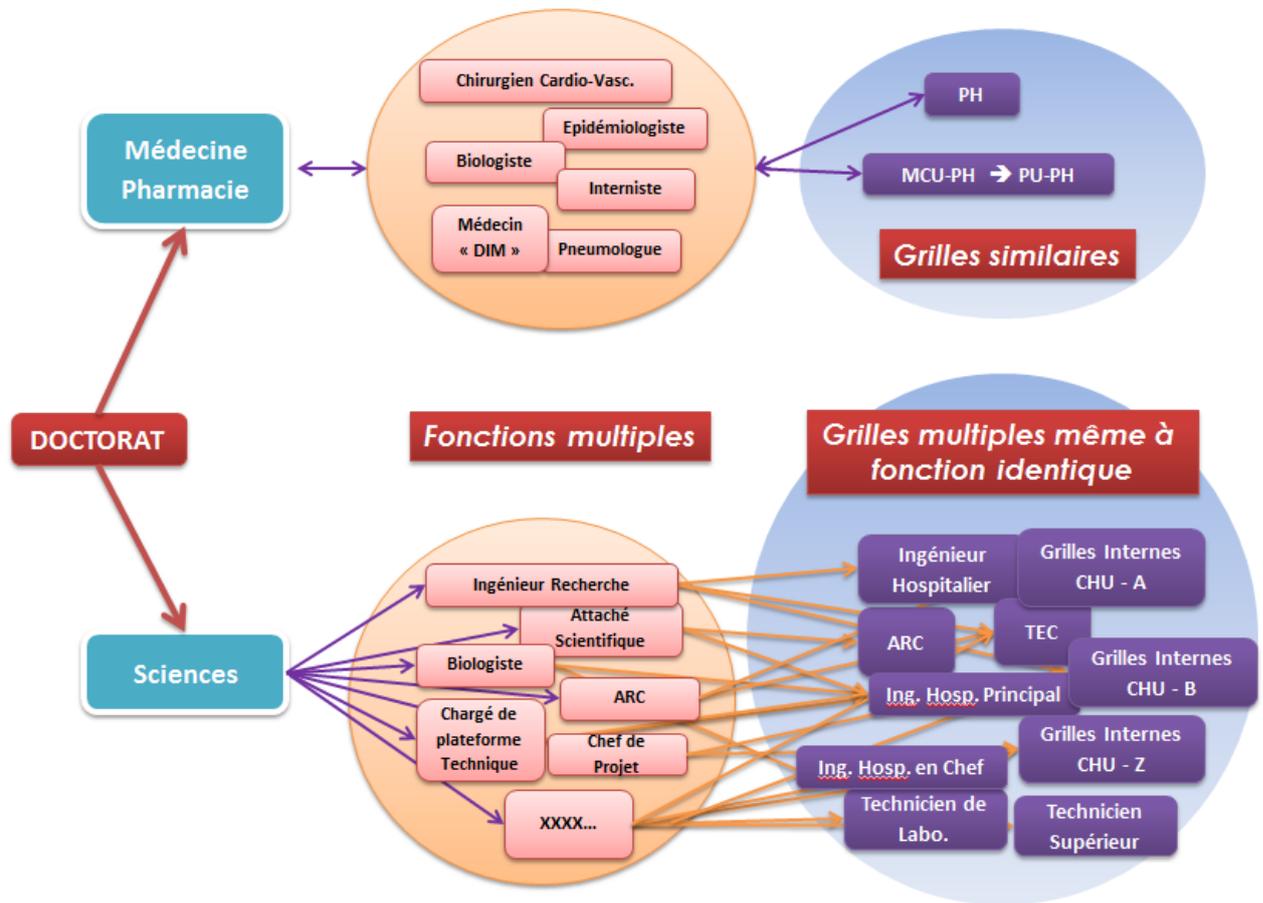
Un parallèle doit être fait – en milieu hospitalier - entre les **conditions de recrutement, à diplôme équivalent (Doctorat)**, entre Docteurs en Médecine / Pharmacie et Docteurs en Sciences.

En ce qui concerne les **Docteurs en Médecine** (ou pharmacie) les **fonctions multiples** ne sont **aucunement un facteur pris en compte dans les rémunérations.**

Qu'ils soient en contact direct avec des patients ou chargés de secteurs purement administratifs (DIM¹³, Epidémiologie, Qualité, etc...), ceux-ci sont rémunérés sur la base de **grilles indiciaires, sinon uniques, du moins identiques** : « Praticien Hospitalier » (PH) et

¹³ Département de l'Information Médicale

« Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier » (MCU-PH) dont l'évolution statutaire naturelle sera « Professeur des Universités – Praticien Hospitalier » (PU-PH).



Pourquoi rémunérer alors, des Docteurs en Sciences, même à fonctions équivalentes, sur des grilles indiciaires multiples – locales ou nationales – allant de « techniciens de laboratoires » à « ingénieurs en chef » ?

Selon quelle logique ?

Selon quelle cohérence ?

2.1.3 Absence de reconnaissance du titre de Docteur pour les scientifiques

« Combien de décennies faudra-t-il pour que le titre de docteur ne soit plus assimilé, abusivement, aux médecins ? ». C'est par cette simple phrase que le Pr Hervé CAUSSE débute un commentaire d'un pourvoi de la cour de cassation criminelle¹⁴.

Le titre de Docteur traduit un grade universitaire et non une profession !

Seuls 29% de nos collègues utilisent le titre de Docteur en milieu hospitalier. Parmi eux 10% nous avouent que l'utilisation de ce grade pose problème avec l'encadrement médical du service. L'un de nos adhérents nous confiait dernièrement « Le titre de Docteur nous a ainsi été retiré des lettres à en-tête du service (...) car il gênait énormément les médecins ».

Ils sont 80% à considérer que l'utilisation du grade de Docteur est primordial ou constituerait un plus en terme de reconnaissance.

Le titre de Docteur traduit - non pas une profession - mais un grade universitaire sanctionnant un niveau d'étude supérieur.

Pour 80 % l'utilisation du grade de Docteur est primordial ou constituerait un plus en terme de reconnaissance

Dans le prolongement du processus de Bologne (Sorbonne-Bologne) dont la France, comme 46 autres Etats est signataire, il ressort de ce processus que tout citoyen détenteur d'un diplôme de Docteur d'une Université reconnue a le droit de se faire appeler Docteur ou « Dr » dans toutes communications formelles, légales et publiées.

Des commentaires de l'Arrêt du Conseil d'Etat du 23 mai 2008 (Section du contentieux, sur le rapport de la 5^{ème} sous-section - Séance du 23 mai 2008 - Lecture du 6 juin 2008 - N° 283141)¹⁵ et du pourvoi n° 07-88122 de la Chambre Criminelle de la Cour de cassation - Audience publique du 20 janvier 2009¹⁶ vont dans le même sens.

Tout citoyen détenteur d'un diplôme de Docteur a le droit de porter son titre

¹⁴ Cf. Annexe 2 - Cour de cassation chambre criminelle - Audience publique du 20 janvier 2009 N° de pourvoi: 07-88122 - Non publié au bulletin

¹⁵ Cf. Annexe 2

¹⁶ Cf. Annexe 1

Cet arrêt et ce pourvoi ont respectivement entraîné :

- ✓ la **condamnation du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Paris¹⁷**, les **déboutant ainsi de leur plainte pour « usurpation du titre de Docteur » et « intention de tromper le public sur ses titres et valeurs »** formulée à l'encontre d'un chirurgien ayant fait usage de son titre de docteur.
- ✓ La **condamnation d'un journaliste pour avoir « porté atteinte à l'honneur d'[un docteur en sciences] en doutant lourdement de son titre dans des circonstances de vocabulaires accentuées (...) insinuation renforcée par la mise entre guillemets, sans nécessité et à deux reprises, du mot "docteur" ».**

2.2 Affectations et domaines de compétences

2.2.1 Directive DGOS 2005-252

Le 26 mai 2005, la Direction Générale de l'Offre de Soins émettait une circulaire¹⁸ « relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique ».

Cette circulaire plaçait « la recherche au cœur de la stratégie des établissements hospitalo universitaires, en liaison avec l'université et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST), notamment l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). » et visait à :

- « La **professionnalisation** de la recherche clinique et la **reconnaissance** des personnels de recherche » nécessitant un « **recours à un personnel qualifié** »
- « **L'harmonisation des règles d'emploi** des professionnels de la recherche entre les différents établissements concernés »

Professionnalisation
Reconnaissance
Harmonisation des règles d'emploi

¹⁷ au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative, pour méconnaissance de dispositions du décret du 22 juillet 1967

¹⁸ DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005 « relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique »

Cependant **cette même circulaire trouvait rapidement**, à notre sens et nous allons le démontrer, **toutes ses limites** puisqu'elle prônait que « *La reconnaissance des métiers de la recherche n'implique pas la création de statuts particuliers au sein de la fonction publique hospitalière. Les établissements devront se référer aux statuts existants les mieux adaptés. Les emplois d'assistants de recherche clinique (ARC) et de techniciens de recherche clinique (TRC), parce qu'ils comportent les effectifs les plus importants, sont particulièrement concernés.* ».

C'était là d'une **part méconnaître les réalités actuelles du terrain** et laisser la porte ouverte à toutes les dérives, latitudes et interprétations dans les conditions de recrutements.

En effet, les Docteurs en Sciences ne sont pas cantonnés aux seuls métiers de la recherche clinique.

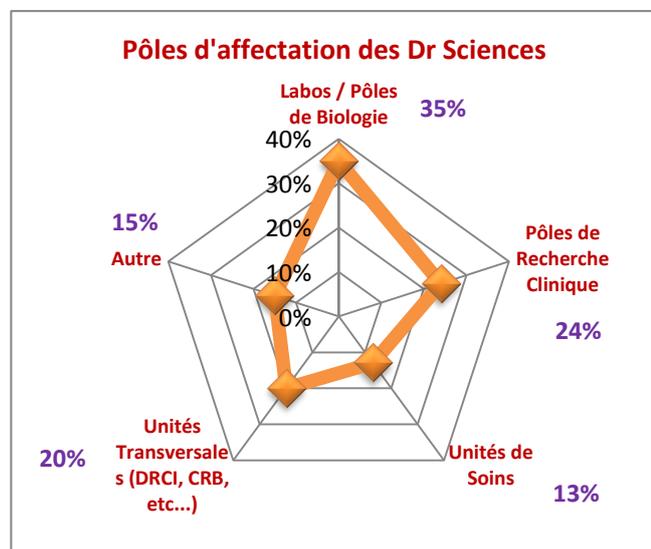
Si les CHU ont effectivement recruté, en application de cette directive, des personnels qualifiés titulaires de Licence, Master ou Doctorat, **il n'est pas concevable de ne pas valoriser la plus-value intellectuelle apportée par le cursus des Docteurs en Sciences (BAC+8) et de les contraindre dans les mêmes grilles indiciaires que des scientifiques titulaires d'une Licence (BAC+3) ou des scientifiques et ingénieurs titulaires d'un Master (BAC+5).**

Les Docteurs en Sciences ne sont pas cantonnés dans nos CHU aux métiers de la Recherche Clinique

En l'absence de grilles indiciaires officielles de la Fonction Publique Hospitalière, hors ARC et TRC, **certain CHU ont créé des grilles de rémunérations internes** plaçant ainsi lors de recrutements et des négociations de gré à gré, des Docteurs en Sciences sur des grilles indiciaires aussi disparates que « *Chef de bureau* », « *Ingénieur* », « *ARC* » sans fondement rationnel que ce soit en terme de diplôme ou de fonction.

2.2.2 Affectations multiples

Contrairement aux idées reçues, les Docteurs en Sciences ne sont ni exclusivement ni majoritairement affectés aux Pôles de Recherche Clinique.



En effet, ceux-ci sont **principalement affectés aux Pôles de Biologie (35%)**, à des Pôles de Recherche Clinique (24%), ou exercent dans des Unités Transversales (DRCI, CRB...) (20%) et voire rattachés directement au sein d'unités de soins (13%).

2.2.3 Missions multiples et transversales

Les **domaines de compétences** et d'intervention, comme on peut le constater, sont très vastes et **dépassent de très loin la formation initiale reçue par les Docteurs en Sciences.**

Les principales missions sont la **conduite de projets (71%)**, la formation de **personnels techniques ou infirmiers (50%)** puis des missions de **recherche fondamentale ou appliquée (49%)**.

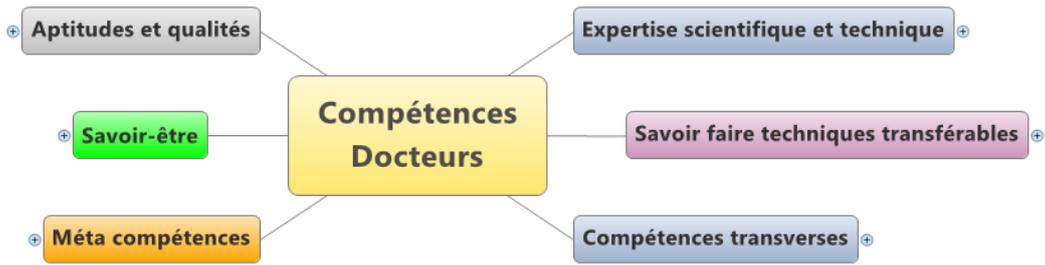
<i>Missions</i>	<i>%</i>
<i>Conduite de projets</i>	<i>71%</i>
<i>Encadrement de personnel technique / infirmier</i>	<i>50%</i>
<i>Recherche Fondamentale ou appliquée</i>	<i>49%</i>
<i>Logistique et appui</i>	<i>41%</i>
<i>Transversales</i>	<i>40%</i>
<i>Expertise méthodologique</i>	<i>40%</i>
<i>Formation ou enseignement</i>	<i>38%</i>
<i>Encadrement d'Etudiants en 1^{er} et 2^{ème} Cycle Universitaire (ou antérieur)</i>	<i>37%</i>
<i>Encadrement d'Internes en Médecine / Pharmacie</i>	<i>26%</i>
<i>Informatique</i>	<i>18%</i>
<i>Encadrement de Docteurs en Médecine ou Pharmacie dans le cadre de leur thèse de sciences</i>	<i>13%</i>
<i>Biologiste</i>	<i>13%</i>
<i>Autre</i>	<i>12%</i>

Ces **missions**, du fait même des **compétences et employabilité** des Docteurs en Sciences, sont évidemment **susceptibles d'évoluer au cours du temps.**

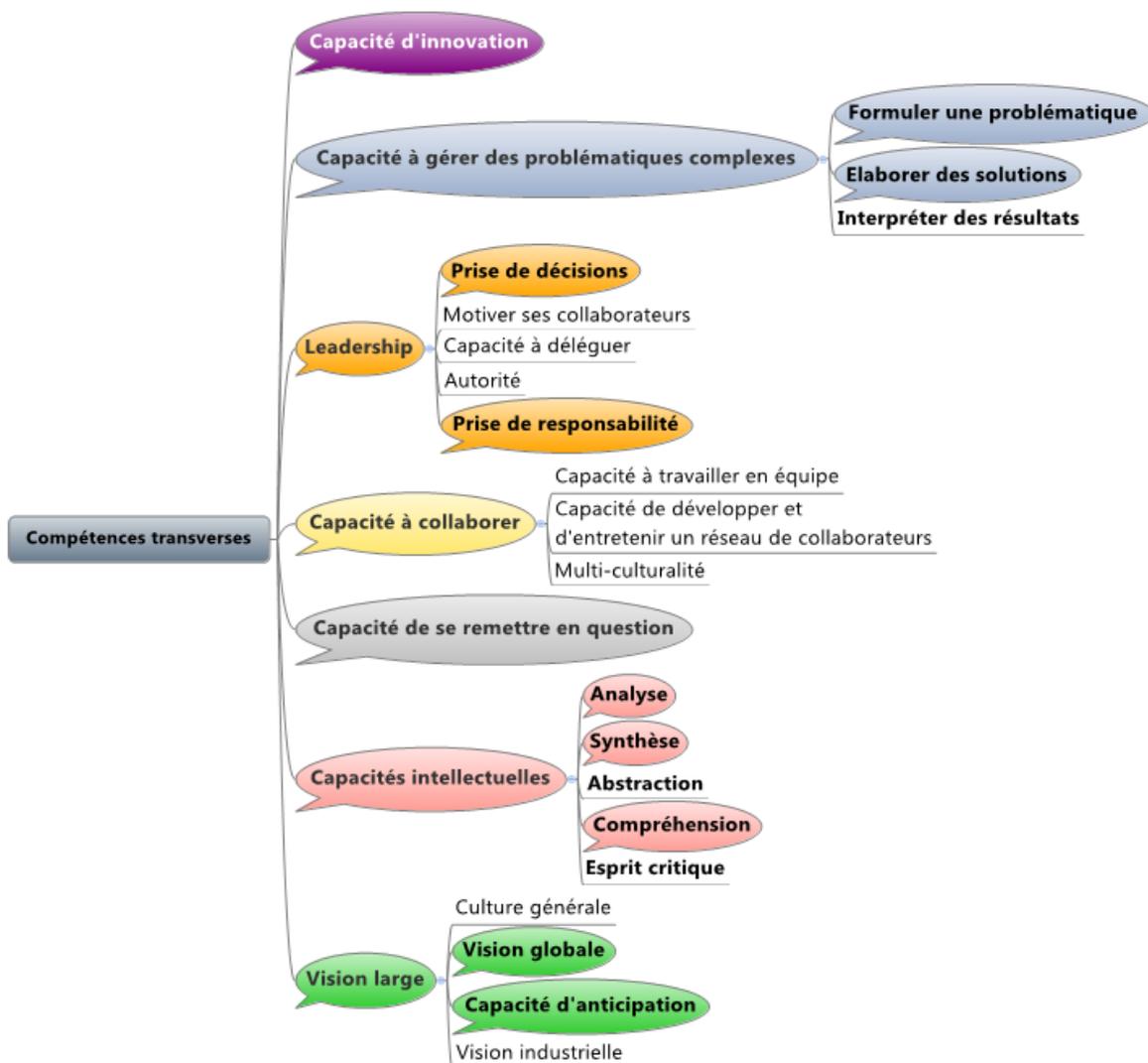
2.2.4 Compétences et employabilité des Docteurs

Récemment un rapport sur « *Les compétences et employabilité des Docteurs* »¹⁹ a mis en lumière le large spectre des compétences des Docteurs leur permettant de ne pas de se cantonner aux seuls métiers de la recherche, mais à se positionner dans d'autres secteurs d'activité. Leurs **compétences transversales**, leur **capacité d'adaptation et d'apprentissage**, leur savoir-faire technique et leur **expertise scientifique et technique (mono et pluridisciplinaire)** leur permettent de se positionner en tant que « *vecteur d'innovation au cœur d'une société et d'une économie de la connaissance* »¹⁹.

¹⁹ Adoc Talent Management – rapport d'enquête « *Compétences et Employabilité des Docteurs* » janvier 2012
<http://www.adoc-tm.com/rapport.pdf>



Parmi ces six grands axes de réflexion, et si nous ne devons en retenir qu'un, ce serait sans conteste l'axe des **compétences transverses** permettant à lui seul de justifier la **capacité d'adaptabilité**, au sein de la structure hospitalière, des Docteurs en Sciences, leur permettant d'**assumer diverses fonctions**.



« Le **docteur est donc présenté en Europe comme un vecteur essentiel de l'innovation** non plus seulement au sein des universités mais également au sein des entreprises et du tissu socio-économique en général.

Plusieurs constats peuvent être faits à l'issue de cette enquête.

Le premier constat est qu'**il existe bien un pool de compétences propre aux docteurs, par lequel ils peuvent se définir et qui ne se limite pas aux seules compétences techniques. Si chaque compétence de ce pool, prise isolément, n'est pas particulièrement spécifique aux docteurs, c'est le fait que ces compétences soient fréquemment réunies chez tous les docteurs qui constitue leur spécificité.** (...)

Le deuxième constat est que **les docteurs mettent effectivement dès à présent en œuvre ces compétences dans de très nombreux secteurs, dans des structures publiques et privées aussi bien dans des activités directement liées à la recherche et développement que dans d'autres activités** (...).

Le dernier constat, issu de la comparaison que nous avons effectué entre les compétences développées par les docteurs et les besoins des entreprises, est que le pool de compétences des docteurs permet de répondre simultanément à de nombreux besoins essentiels exprimés par les entreprises. **Cela signifie donc que le doctorat est un terreau très propice au développement de compétences qui sont à l'heure actuelle cruciales pour les entreprises.** »²⁰

Le doctorat : terreau très propice au développement de compétences cruciales pour les entreprises.

2.2.4.1 Des chercheurs à part entière source de revenus pour les CHU.

2.2.4.1.1 Préambule

49% des Docteurs en Sciences participent à une activité de recherche médicale dans le cadre de structures telles que des unités INSERM, CNRS, ou les Centres de Références.

Plus de **90%** de leurs **travaux** sont publiés dans des **revues internationales**.

²⁰ Adoc Talent Management – rapport d'enquête « Compétences et Employabilité des Docteurs » janvier 2012
<http://www.adoc-tm.com/rapport.pdf>

Ils sont, à plus de **45%**, **correspondants scientifiques ou responsables de projets** (PHRC, ANR, projets européens, etc...). Enfin, **10%** de nos collègues sont à **l'origine de dépôt de brevets, mais sans que ceux-ci ne leur ouvrent droit à rémunération au titre d'inventeur.**

Cependant en terme de reconnaissance du travail les choses ne sont pas aussi simples.

Seuls 29% figurent de manière systématique sur les publications auxquelles ils **collaborent activement.** Ce chiffre est à mettre en rapport avec les **25%** de nos collègues qui ne figurent jamais sur les publications auxquelles ils **participent** parce que leur encadrement ne le souhaite pas, ou bien encore, **considère les Docteurs en Sciences comme du personnel technique (14%)** n'ayant pas à figurer sur les publications.

Les Docteurs en Science comme catalyseurs de plans de carrière d'autres professionnels ?

Nous ne pouvons clairement pas - compte tenu de nos qualifications élevées - **être considérés comme tels voire comme des catalyseurs de plans de carrières d'autres professionnels de santé.** Les Docteurs en Sciences sont, entre autre, des chercheurs à part entière.

2.2.4.1.2 SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques

Le système SIGAPS a été instauré au CHRU de Lille en 2002. Il s'est depuis généralisé à presque tous les CHU sur le territoire (107 établissements équipés dont 29 CHU et 20 CAC). C'est un outil d'analyse bibliométrique, parmi d'autres, qui permet d'évaluer la production scientifique des structures médicales (pôle, service clinique et laboratoire) et du personnel hospitalier (praticien hospitalier, hospitalo-universitaire, personnels scientifique et technique).

Le SIGAPS permet de quantifier par un système de points la production scientifique, c'est-à-dire les publications scientifiques répertoriées entre autre sur la base de données de la « *National Library of Medicine* » et du « *National Institutes of Health* », *PubMed*.

Les publications sont classées en 6 catégories en fonction de la réputation du journal. Les meilleures revues sont classées A et les moins influentes classées E puis NC. A chaque catégorie correspond un nombre de points²¹ (cf ci-contre).

Niveaux	Points
A : niveau excellent	8 pts
B : très bon niveau	6 pts
C : niveau moyen	4 pts
D : niveau faible	3 pts
E : niveau très faible	2 pts
NC : revue nationale ou acte de congrès	1 pt

Le SIGAPS prend également en compte la contribution de chaque auteur (cf. ci-contre).

Rang	Points
Premier auteur et dernier auteur	4 pts
Deuxième auteur	3 pts
Troisième auteur	2 pts
Quatrième et suivants	1 pt

Les scientifiques, et surtout les Docteurs en Sciences, ont une place essentielle dans ce système. Ils **interviennent** aussi bien **dans la conduite de la recherche** en tant que **contributeurs** mais aussi comme **coordinateurs**. Grâce aux publications auxquelles ils participent –parfois en tant qu’auteur correspondant - **ils représentent une part importante des points SIGAPS obtenus par la structure dont ils dépendent** (pôle, département, laboratoire, service clinique).

2.2.4.1.3 MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation - valorisation économique

Les MERRI font parties des Missions d’Intérêt Général et à l’Aide à la Contractualisation (MIGAC). Leur financement s’articule en trois parties :

- ✚ Fixe
- ✚ Modulable
- ✚ Variable (R&D, formation des personnels, enseignements, centres de référence)

La partie variable du financement des MERRI est en constante augmentation. Elle représente 1143 millions d’euros dont 657 millions répartis grâce au SIGAPS pour 2012.²²

²¹ source SIGAPS

Exemple des Centres Nationaux de Référence pour les maladies infectieuses :

Ils sont au nombre de 47 et dépendent de l'Institut de Veille Sanitaire. Ils sont détachés, pour une grande majorité, dans les CHU.

L'inclusion des CNR au CHU participe au calcul de la part variable des MERRI. Dans un contexte très compétitif (les CNR sont maintenant renouvelés tous les 5 ans) et par la complexité des missions, **le bon fonctionnement des CNR nécessite** Pharmaciens et/ou Médecins biologistes mais **également la contribution de Docteurs en Sciences pour le support technique et scientifique**. Dans un cycle vertueux, l'apport du CNR se traduit également par plus d'activité R&D et plus de publications (points SIGAPS) où la contribution des Docteurs en Sciences est essentielle.

Cette participation des Docteurs en Sciences se retrouvent également dans différentes structures transversales comme la gestion des banques d'échantillons biologiques (ex des tumorothèques) ou les Centres d'Investigation Clinique.

2.2.4.1.4 Score SIGREC (essais et inclusions)

Le SIGREC est aux essais cliniques ce que le SIGAPS est aux publications. C'est un système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques, institutionnels ou industriels.

Le logiciel a été mis en place lors de la Tarification à l'Activité (T2A), en partenariat entre le Groupement d'Intérêt Public du Centre National des Gestion des Essais des Produits de Santé (GIP CeNGEPS) et la DHOS.

- ✚ Au niveau du GIP CeNGEPS, les objectifs de cet outil sont d'accélérer la mise en place des essais et assurer un suivi des inclusions.
- ✚ Au niveau de la DHOS, les objectifs sont la connaissance de l'activité de recherche et l'attribution des MERRI en fonction de l'activité effective.

Le SIGREC est donc un outil permettant le calcul d'un indicateur « *recherche clinique* » au sein des CHU et des CH (points SIGREC). Cet indicateur comprend 2 sous-indicateurs : le sous-indicateur « *essai clinique* » et le sous-indicateur « *inclusions* ».

Concrètement, le calcul des points SIGREC se fait de la manière suivante :

²² P. DEVOS 25e journées annuelles du RNDH - 18 et 19 octobre 2012

✚ Attribution des points SIGREC selon le type d'essais cliniques :

Essai institutionnel dit « CHU promoteur »	Si le CHU est promoteur d'un Essai monocentrique	5 points
	Si le CHU est promoteur d'un Essai multicentrique	10 points
	Si l'essai est promu par un autre CHU	1 point
Essai promu par une société savante	Si le CHU est investigateur simple	1 point
	Si le CHU est investigateur coordonnateur	2 points
Essai industriel	Quelle que soit l'investigation du CHU	1 point

A noter, que si l'essai clinique auquel participe le CHU est de phase I ou II, le nombre de points est multiplié par 2.

Dans le cas où l'établissement est promoteur : l'établissement promoteur ne se verra attribuer des points « *essais cliniques* » que si l'étude a eu au moins 1 inclusion au niveau national, dans la période d'export, et ce même s'il n'a pas inclus personnellement.

Dans le cas où l'établissement est investigateur : l'établissement investigateur se verra attribuer des points « *essai cliniques* » uniquement dans les études pour lesquelles il a inclus, toujours dans la période d'export.

✚ Attribution des points SIGREC selon le nombre d'inclusions

Les points sont valorisés ainsi :

Point SIGREC Essais cliniques = 2.523 €

Point SIGREC Inclusions Promoteur = 523 €

Point SIGREC Inclusions Investigateur = 496 €

La valorisation des points SIGREC fait partie intégrante de la part modulable des budgets MERRI.

Depuis 2009, la part modulable des MERRI ne cesse d'augmenter au profit de la part fixe (La part modulable des MERRI est passée de 45,2% en 2010 à 48,5% en 2011), et ce essentiellement grâce à une augmentation de la part « *Essai clinique* ».

2.2.4.2 Encadrement et formation

Hormis la recherche, une **spécificité des CHU** sont les **missions d'enseignement et de formation**.

Par leur fonction, certains Docteurs en Sciences y participent activement.

Les **activités pédagogiques** que peuvent mener les **Docteurs en Sciences** comprennent entre autre **l'encadrement d'élève technicien** (1^{er} cycle), **d'étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} cycles**. Le suivi des **étudiants en 3^{ème} cycle** consiste généralement, dans le cadre hospitalier, en **l'encadrement d'internes ou d'assistants**, pour la plupart **futurs pharmaciens ou médecins spécialisés en biologie**.

Les **Docteurs en Sciences interviennent** alors **dans le suivi des travaux conduisant à une thèse d'exercice** (pour les internes) **ou un Doctorat d'Université** d'un assistant ou un chef de clinique se destinant à une carrière hospitalo-universitaire. Malheureusement, ce type d'encadrement est parfois officieux et ne permet pas toujours l'obtention d'une **Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)**.

Les **Docteurs interviennent également** dans la **cadre de la formation initiale ou continue du personnel hospitalier** (infirmiers, techniciens, etc...) et parfois des professionnels de la santé du secteur privé.

2.2.4.3 Responsables de secteurs de biologie et /ou de plateaux techniques de pointe.

Certains de nos collègues **Docteurs en Sciences ont eu, ou continuent d'avoir, une activité de biologiste** à l'image des Docteurs en médecine ou pharmacie Praticiens attachés, MCU-PH ou PU-PH exerçant en CHU.

Anciens assistants hospitalo-universitaires, ils assurent des activités de biologiste en CHU et/ou des activités d'enseignement en Faculté de Médecine.

Certains d'entre eux sont titulaires d'un **agrément de l'Agence de Biomédecine** pour une **activité de biologie fœtale**, de diagnostic **prénatal** ou de **génétique**, assurent la coordination de **plateaux techniques de biologie moléculaire**, de **protéomique** ou de **spectrométrie de masse**.

Cela signifie que leur formation et leur **expérience** ont été **reconnues**, les **habilitant** à exercer l'activité de biologie en question et donc **à valider et signer des résultats d'examens de biologie** au même titre qu'un médecin ou un pharmacien.

Enfin, d'autres sont **très impliqués, voire responsables**, du **dépistage néonatal chez le nouveau-né au niveau régional**. Ils encadrent des équipes de techniciens, s'assurent de la bonne exécution des analyses, valident et signent les résultats d'examens et s'assurent également de la bonne prise en charge de tous les nouveau-nés de leur région en étant au centre d'un réseau entre les maternités et autres services préleveurs et les pédiatres référents.

Certains Docteurs en Sciences ont donc concrètement des fonctions et des responsabilités (biologiques et pénales) strictement identiques à celles d'un praticien hospitalier titulaire.

Les Docteurs en Sciences avec des missions et des responsabilités biologiques et pénales identiques à celles d'un PH titulaire

2.2.4.4 Référents informatiques de Pôles de Biologie

De par leurs **connaissances en biologie** et leur **capacité d'adaptabilité**, les Docteurs en Sciences sont à même d'assurer la prise en charge et la **gestion complète des systèmes informatiques interconnectés de laboratoires** gérant ainsi le paramétrage des examens de biologie, la gestion des connexions avec les automates ou les **chaînes analytiques automatisées**.

Cette mission s'intègre parfaitement dans les cadrages définis par le **Guide de Bonnes Exécution des Analyses (GBEA)** ²³ qui stipule sans ambiguïté que cette mission de gestion du système informatique de laboratoire incombe, non pas aux ingénieurs informatique, mais bel et bien aux biologistes – et par extension aux Docteurs en Sciences : « *Toute modification du système informatique nécessite l'information et l'accord du biologiste (...)* ».

Cette **mission informatique** ne se limite pas aux pôles de biologie eux-mêmes, mais se décline également en **transversal au niveau des unités de soins** dans le cadre des

²³ Chapitre 5 « Informatique » de l'Arrêté du 26 avril 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale – JORF n°104 – texte n°80. NOR: SANP0221588A

prescriptions connectées de demandes d'examens de biologie, et en interaction avec les Directions des Systèmes d'Information.

2.3 Disparités Inter et Intra CHU

2.3.1 Des niveaux de recrutement et de rémunération ne tenant aucun compte du Doctorat

2.3.1.1 Contractualisation

Les **Docteurs en Sciences** travaillant dans les hôpitaux publics sont **pour la plupart des contractuels**. Ils obéissent aux règles régissant la fonction publique mais ne bénéficient pas des avantages et de la protection dont jouissent leurs collègues fonctionnaires. Notons que l'emploi de contractuels n'est pas le propre de la fonction publique hospitalière puisque la fonction publique territoriale y a aussi largement recours.

Dans le cadre des hôpitaux, **ce recrutement dérogatoire est une nécessité absolue**. En effet le recours aux contractuels répond à **l'évolution constante des métiers au sein des structures hospitalières**.

L'utilisation de **technologies de plus en plus sophistiquées et onéreuses** a souvent conduit à la réorganisation des structures hospitalières avec l'établissement par exemple de **plateformes technologiques** mais surtout avec l'emploi de plus en plus fréquent de spécialistes possédant une **formation technologique et scientifique de haut niveau**. Dans le cas des **Docteurs en Sciences**, ces derniers fournissent le **support technologique et scientifique indispensable au corps médical pour la bonne conduite de sa mission principal, le soin**.

Si les **fonctions des Docteurs en Sciences** sont clairement établies, comprises et reconnues de tous aux seins des hôpitaux, **il n'en n'est pas de même concernant leur rémunération**. Cette dernière est laissée à la discrétion des hôpitaux.

Nous arrivons ainsi à une **grande hétérogénéité des grilles salariales entre les différents CHU** mais aussi à l'intérieur d'une même structure. L'embauche dérogatoire de

**- nivellement par le bas
des rémunérations**

**- du personnel
économiquement
très avantageux !**

contractuels, se traduisant par des accords de gré à gré, a bien souvent conduit à des disparités et surtout à des **inégalités de traitement le plus souvent injustifiées**.

En termes de ressources humaines, diplôme et ancienneté dans la fonction sont rarement pris en compte et malheureusement l'absence de règles au niveau national a conduit à un **nivellement par le bas de la rémunération des Docteurs en Sciences**.

Nous arrivons ainsi parfois à des situations où l'absence de grilles salariales clairement établies conduit à une progression quasiment nulle du traitement et donc à un affaiblissement constant du pouvoir d'achat.

Les Docteurs en Sciences sont, à compétences, égales du personnel économiquement très avantageux !

2.3.1.2 Financements pérennes et non pérennes

Les Docteurs en Sciences sont rémunérés sur des financements pérennes ou temporaires. Répondant à des besoins stratégiques des hôpitaux, de nombreux Docteurs en Sciences sont affectés à des plates-formes technologiques ou dans d'autres services. Leur rôle est prépondérant dans le fonctionnement des structures. **Formés à être très réactifs lors de leur cursus universitaire, les Docteurs en Sciences sont de précieux collaborateurs du personnel médical**. Etant des rouages essentiels à leurs institutions et occupant des postes laissés vacants par les titulaires, leur titularisation est alors envisageable. Dans les faits, c'est très rarement le cas. **Le système se satisfait très bien d'un point de vue économique de continuer de payer des Docteurs en Sciences, hautement qualifié, en tant que contractuel.**

Des Docteurs en Sciences :

**- partie prenantes des
80 millions d'Euros de PHRC**

**- générant des points
SIGAPS, SIGREC et MERRI...**

Lorsqu'on parle de financements non pérennes, ils concernent surtout les activités liées à la recherche. Ces financements sont des dotations telles que les **Protocoles Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC)** qui se sont élevés en 2011 à près de **80 millions d'euros**, comme cela fût souligné lors des 13^{èmes} assises hospitalo-universitaires.²⁴

²⁴ APM News vendredi 7 décembre 2012- « Les CHRU ont amélioré leur productivité en 2011 » - 13^{ème} assises hospitalo-universitaires.

Les Docteurs en Sciences ont une fonction essentielle dans le bon déroulement de ces programmes de recherche.

Le 4 décembre dernier, le **Directeur Général de l'Offre de Soins** déclarait, devant les 2^{ème} états généraux infirmiers : « *Beaucoup de protocoles sont mis en œuvre dans les établissements hospitaliers. Il faut que puisse être envisagé le principe de primes accordées aux professionnels qui y participent* », ajoutant « *Les modalités de rémunération des infirmières dans le cadre des coopérations sont en cours de réflexion au sein du ministère* »²⁵.

Qu'en sera-t-il des Docteurs en Sciences partie prenantes de ces protocoles hospitaliers ?

Cette activité de recherche permet de **générer points SIGAPS, points SIGREC et plus généralement l'enveloppe financière correspondant aux MERRI**. Notons que cette enveloppe correspondant aux MERRI est de plus en plus importante dans le budget général des hôpitaux.

La création d'Instituts Hospitalo-Universitaires et de pôles d'excellence vont dans ce sens car l'activité de recherche est stratégique pour les hôpitaux publics. Dans le cadre de cette activité de recherche, **les Docteurs en Sciences sont les principaux interlocuteurs du personnel hospitalo-universitaire**.

Comme rappelé précédemment, **les scientifiques aident à la coordination, à la gestion, à la bonne conduite des projets de recherche. L'aboutissement de ces travaux sont bénéfiques à l'institution mais aussi aux hospitalo-universitaires dans la progression de leur carrière** (entrée dans la fonction publique, passage d'échelon, promotion dans le corps ou la classe supérieure).

Personne ne remet en cause cela mais, force est de constater, que **le peu de considération et l'absence de promotion est de rigueur pour les Docteurs en Sciences**.

L'absence de financements pérennes conduit à l'utilisation abusive de scientifiques sur des contrats à durée déterminée (souvent pendant plusieurs années) et par conséquent à la précarisation de ceux-ci. La situation des Docteurs en Sciences en contrat à durée indéterminée n'est guère plus enviable si la source de financement vient à se tarir. Rappelons que ces contrats peuvent être rompus avec un préavis de deux mois. Quid d'une évolution de carrière pour ces personnels en ayant fait le constat suivant : ils sont une **pièce essentielle**

²⁵ APM News - 4 décembre 2012 « *Le ministère de la santé veut mieux rémunérer la coopération entre professionnels de santé* ».

à l'activité de recherche menée à l'hôpital sans pouvoir réellement bénéficier d'éventuelles retombées comme l'amélioration de leur situation professionnelle.

L'exemple des MERRI et des SIGAPS est édifiant. L'argent que génèrent ces activités va être attribué à plusieurs postes de dépenses dont des postes de titulaires.

La précarisation des Docteurs en Sciences à l'hôpital peut prendre d'autres formes. La propriété intellectuelle est un autre exemple parmi tant d'autres. **Un scientifique peut avoir une contribution majeure lors de travaux conduisant au dépôt d'un brevet ou l'écriture d'une publication scientifique, où il sera pourtant absent.** Etant donné la fragilité de son statut, quels sont ses recours ?

Nous pensons que pour une activité essentielle à l'hôpital comme la recherche, **l'absence de financement pérenne ne peut servir d'excuse à la précarisation des Docteurs en Sciences.** L'utilisation des scientifiques en général et des Docteurs en science en particulier comme une variable d'ajustement nous paraît dommageable pour l'institution et pour les personnels. Rappelons que de nombreux hôpitaux publics possèdent une **charte éthique** concernant l'emploi de ces collaborateurs. Notre syndicat préconise donc une **meilleure utilisation des ressources humaines** par exemple en promouvant **l'interchangeabilité des Docteurs en Sciences** pour un certain **nombre d'activités**. Cette **interchangeabilité** conduirait à la **pérennisation** de nombreuses situations parmi les Docteurs en Sciences.

2.3.1.3 Disparité des reprises d'ancienneté

Les modalités de recrutement des personnels contractuels de la Fonction Publique « *recrutés par dérogation à la modalité de droit commun du recrutement que constitue le concours permet beaucoup plus de latitude dans les recrutements (...)* **Les motifs du recours aux agents contractuels sont bien identifiés : l'impossibilité pratique de recruter des agents titulaires ; les spécificités inhérentes à certains emplois (...)** *Justifié dans de nombreux cas, le recours à des agents contractuels peut aussi donner lieu à des abus (...)* »²⁶

Des exemples concrets et documentés de recrutement au niveau de CHU montrent que certains contractuels, issus du secteur privé, nouvellement recrutés peuvent l'être sur des indices terminaux de grilles indiciaires « *internes* » avec un **gain d'ancienneté directe de 15 à**

²⁶ avis présenté le 10 octobre 2012 « au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur le projet de loi de finances pour 2013 (n° 235) - Tome 3 - Gestion des finances publiques et des ressources humaines fonction publique » par le Député Alain Tourret.

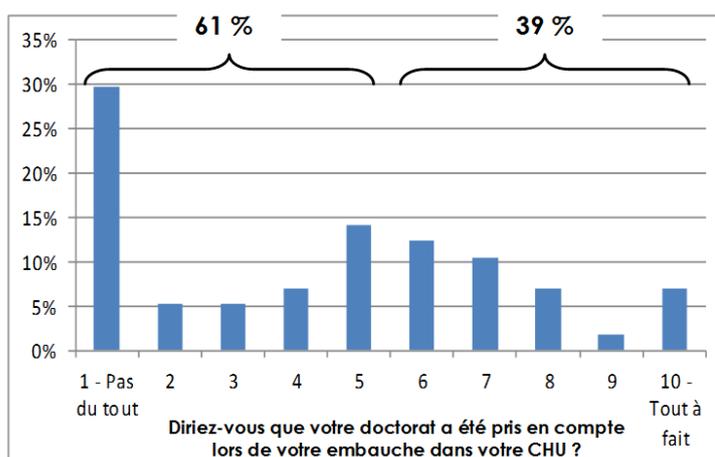
20 ans par rapport à d'autres agents contractuels du même âge et avec le même parcours, pour lesquels cette reconnaissance de parcours professionnel antérieur n'a pas été retenue, **sans argument objectif**.

Pourtant un certain nombre de textes législatifs^{27,28,29,30,31,32,33}, voire certains arrêts du Conseil d'Etat³⁴, fixent sans ambiguïté les règles de reclassement qui doivent être retenues.

A ces disparités sur les reprises d'ancienneté viennent s'ajouter des niveaux de recrutement qui, eux aussi, sont à géométrie variable.

2.3.1.4 Disparités des grilles indiciaires et déroulement de carrière.

En préambule, nous souhaitons indiquer ici que **l'ensemble des Directions Générales des 32 « CHU » ont été sollicitées** afin d'obtenir d'elles les grilles indiciaires des Docteurs en Sciences. A l'heure où nous imprimons ce rapport, **seule les DRH des CHU de Saint-Etienne et Dijon ont jugé utile de nous répondre.**



²⁷ Décret 2006-227 du 24 février 2006 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires hospitaliers de catégorie C.

²⁸ Décret 2007-837 du 11 mai 2007 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière.

²⁹ Arrêté du 28 août 2007 fixant la liste des professions prises en compte pour le classement dans les corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière

³⁰ Décret 2007-961 du 15 mai 2007 fixant les dispositions statutaires communes applicables à certains corps de fonctionnaires de catégorie A de la fonction publique hospitalière

³¹ Arrêté du 3 août 2007 fixant la liste des professions prises en compte pour le classement dans le corps des attachés d'administration hospitalière

³² Arrêté du 3 août 2007 fixant la liste des professions prises en compte pour le classement dans le corps des attachés d'administration hospitalière.

³³ Décret 2004-448 du 24 mai 2004 fixant les dispositions générales relatives à la situation et aux modalités de classement des ressortissants des États membres de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, nommés dans un corps de la fonction publique hospitalière.

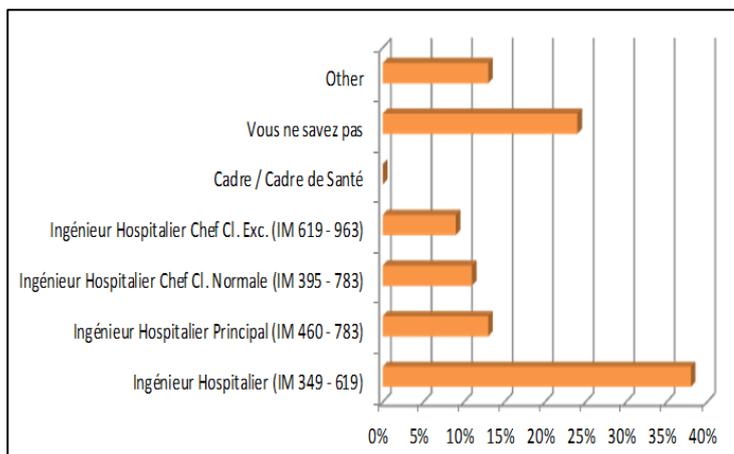
³⁴ Arrêt N°335481 du Conseil d'État du 27 juin 2012 indiquant que lors de la reprise d'un salarié du privé par une personne publique, ce salarié peut conserver des droits acquis auprès de l'entité transférée.

Une très large majorité des Docteurs en Sciences considère qu'il n'a été **aucunement tenu compte de leur Doctorat lors de leur recrutement**. Ils sont également près de 80% à considérer que leur salaire d'embauche n'est pas en adéquation avec leurs compétences.

Il s'agit le plus souvent de **recrutements de gré à gré** et de **négociations individuelles**, entre les DRH et les postulants, où les **capacités individuelles de négociations interviennent pour beaucoup**, sans logique aucune.

Ce ressenti reflète pourtant la réalité.

Près de **40%** des Docteurs en Sciences de la Fonction Publique



Hospitalière sont recrutés sur des grilles indiciaires d'**Ingénieurs Hospitaliers (IM 349-619)** auxquelles sont **également rattachés des BAC+5 scientifiques**, montrant que les CHU, dans leur recrutement, ne tiennent pas compte, dans ce cas, des qualifications et des diplômes. **Moins de 11%** sont recrutés sur des grilles d'**Ingénieurs en Chef de Classe Normale (IM 395-783)**. **Moins de 10%** sont recrutés sur des grilles d'**Ingénieurs Hospitaliers en Chef de Classe Exceptionnelle (IM 619- tronqué à l'indice 963)**.

Certains **Docteurs en Sciences** peuvent même être recrutés sur des **grilles indiciaires très inférieures** (« *Technicien de Laboratoire* » ou « *Technicien Supérieur* »), démontrant tout à la fois :

Des Docteurs recrutés en tant que techniciens

- ✚ l'absence de reconnaissance de la formation des Docteurs en Sciences ;
- ✚ le manque de considération humaine en milieu hospitalier.

Il convient également de noter que **21%** de nos collègues **n'ont pas connaissance de la grille indiciaire sur la base de laquelle ils ont été recrutés**, laissant ainsi toutes latitudes aux DRH des établissements concernés de gérer, à leur gré, les avancements de carrières, s'il y en a !

21% des Docteurs en Sciences ne connaissent pas leur grille indiciaire de recrutement

Si pour :

- ✚ 46% des Docteurs en Sciences les changements d'échelons dans les grilles indiciaires se font à la durée moyenne de l'échelon ;
- ✚ 27% sont obligés de solliciter leur chef de service ou la DRH pour un changement d'échelon ;
- ✚ 11% nous disent ne pas avoir pu changer d'échelon malgré leurs demandes.

A travers ce rapport, nous souhaitons également pointer du doigt les très grandes disparités des indices majorés (IM) lors du recrutement :

✚ variant entre l'IM 332 (environ 1.328 € net)

✚ et l'IM 1004 (environ 4.016 € net)

soit près de 2.700 € de différence de traitement net mensuel.

***2.700 € net mensuel de
différentiel de traitement à
l'embauche !***

La fonction peut-elle justifier ces différences de traitement ?

Nous pensons clairement que non !

Disparités Inter et Intra CHU des Grilles Indiciaires des Docteurs en Sciences

(source : données collationnées de nos adhérents SNSH et CHU)

CHU	Grilles	300	325	350	375	400	425	450	475	500	525	550	575	600	625	650	675	700	725	750	775	800	825	850	875	900	925	950	975	1000	1025	1050	1075	1100	1125		
Besançon	Ingénieur d'Etude et de Recherche Clinique																																				
	Technicien de Laboratoire																																				
Brest	Ingénieur Hospitalier																																				
Dijon	Attaché Recherche Clinique																																				
	Ingénieur Recherche																																				
	Ingénieur Recherche Sénior																																				
	Attachés Scientifiques																																				
Grenoble	Attachés Scientifiques Dr																																				
	Attachés Scientifiques Dr Ech. Fonctionnel																																				
La Réunion																																					
Limoges	Technicien Supérieur																																				
	Ingénieur Hospitalier																																				
	Ingénieur Hospitalier Principal																																				
Marseille AP-HM	Pas de grilles officielles																																				
Nancy	Ingénieur Hospitalier																																				
Nantes	Ingénieur Hospitalier																																				
	Technicien Supérieur Hospitalier 2ème Cl.																																				
	Ingénieur Hospitalier																																				
Nîmes	Ingénieur Hospitalier																																				
	Ingénieur Hospitalier Principal																																				
	Ingénieur Hospitalier Principal																																				
Paris AP-HP	Ingénieur de Recherche Hospitalière																																				
	Chargé de Mission Recherche Clinique																																				
Saint Etienne	Ingénieur Hospitalier																																				
	Ingénieur Hospitalier Principal																																				
AUCUNE REPONSE OBTENUE		<i>Amiens, Angers, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Fort de France, Lille, Lyon, Metz-Thionville, Montpellier, Nice, Orléans, Pointe à Pitre, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours</i>																																			
Ingénieurs	Ingénieurs Hospitaliers																																				
	Ingénieurs Hospitaliers Principal																																				
	Ingénieurs Hospitaliers Chef Cl. Normale																																				
	Ingénieurs Hospitaliers Chef Cl. Exceptionnelle																																				
Informaticiens	Chef de Structure Informatique																																				
	Chef de Projet / Ingénieur Système																																				
	Analyste / Programmeur Système																																				

Cet **état comparatif inter-CHU** met en lumière plusieurs dysfonctionnements sur lesquels nous allons revenir. Il met en évidence également l'**existence de statuts locaux qui auraient dû être abrogés depuis la Loi de Modernisation de la Fonction Publique**. Son article 49 prévoit en effet **la suppression de la possibilité pour les conseils d'administration de créer ou de gérer des statuts locaux**.

Ces dispositions sont d'ailleurs confirmées dans l'instruction DHOS/P3/2008/265 du 12 août 2008.³⁵

2.3.1.5 Disparités des durées de carrières

Les grilles indiciaires de recrutement elles-mêmes – lorsqu'elles existent ou sont connues – traduisent cette disparité dans la durée du déroulement de carrières.

Dans les faits, nous avons pu mettre en évidence entre divers CHU des disparités de durée allant de :

✚ de 84 mois

✚ à 306 mois

18,5 ans de différentiel de déroulement de carrière

soit **plus de 18,5 ans de différentiel de déroulement de carrière**.

Enfin certains de nos collègues nous confient « *Désormais, nos contrats peuvent intégrer une « part variable » et un montant brut annuel (...) tous les 3 ans, selon le contrat, le montant annuel brut est à renégocier avec le chef de service et la direction du pôle. La direction de pôle (et la DRH) s'appuient alors sur l'équilibre budgétaire pour accepter ou refuser l'augmentation, au nom des résultats (bons ou mauvais) en termes de budget* ».

Ce commentaire confirme celui obtenu dans un autre CHU où il est demandé aux personnels de recherche en CDI, payés sur des contrats privés, de « *dégager leur propre masse salariale* » s'ils souhaitent être rémunérés.

³⁵ Instruction N° DHOS/P3/2008/265 du 12 août 2008 prise pour l'application des dispositions de l'article 49 de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique

2.3.1.6 Des Ingénieurs plus valorisés que des Docteurs

« Je ne peux pas être recrutée sur une grille d'Ingénieur car ma DRH me précise que je n'ai pas le diplôme ».

Ce constat est révélateur de deux points importants :

- l'absence de reconnaissance du Doctorat de Sciences dans les conditions d'accès à la Fonction Publique Hospitalière. **Pas d'assimilation sémantique abusive :**
- l'assimilation sémantique abusive de la fonction « d'Ingénieur » avec le diplôme ; **Diplôme = Grade**

Ce dernier point est d'ailleurs particulièrement important car, à notre sens, de là découle pour partie la problématique qui nous occupe. **Docteur ≠ Ingénieur**

Le choix fait de ne reconnaître que des grades d'ingénieurs induit un biais sémantique et une assimilation intellectuelle « grade d'ingénieur = diplôme d'ingénieur ».

Pourtant le décret n°91-868 du 5 septembre 1991³⁶ semble clair en la matière :

Les ingénieurs hospitaliers sont recrutés par concours sur titres ouverts aux titulaires de l'un des diplômes ou titres dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé (entre autres) :

Diplôme technique national ou reconnu ou visé par l'Etat sanctionnant une formation d'une durée au moins égale à cinq années d'études supérieures après le baccalauréat, délivré dans l'un des domaines suivants : énergie, équipements médicaux, services publics, informatique, environnement, télécommunications, physique et biophysique, traitement des signaux, génie biologique et biomédical, chimie biologique, électronique, génie civil, génie sanitaire, génie électrique, sécurité, agroalimentaire, organisation et méthodes. »

³⁶ Décret n°91-868 du 5 septembre 1991 « portant statuts particuliers des personnels techniques des catégories A et C de la fonction publique hospitalière et l'arrêté du 23 octobre 1992 fixant la liste des titres ou diplômes permettant l'accès aux concours sur titres d'ingénieur hospitalier »

2.3.1.8 Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière

Les modalités de recrutement existent cependant. A cet effet, le « Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière » indique clairement les niveaux de recrutements nécessaires, et en théorie suffisants, pour remplir les missions confiées.

Niveau Etude	Métier	Correspondance statutaire	Code Rome	Code Métier
Niveau II (BAC+3)	Technicien d'Etudes Clinique	Technicien supérieur hospitalier, Infirmier diplômé d'état, Technicien de laboratoire, ... Catégorie B	15D20	-
	Assistant de Recherche Clinique	Technicien supérieur hospitalier, Infirmier diplômé d'état, Technicien de laboratoire,...ou ingénieur hospitalier Catégorie B ou A	H1206	15D10
	Gestionnaire de Données Biomédicales	Technicien supérieur hospitalier Catégorie B	15D80	-
BAC+5	Coordinateur d'Etude Clinique	Ingénieur hospitalier Catégorie A	H1206	15D30
	Ingénieur Biologiste Hospitalier	Corps des ingénieurs Catégorie A	H1206	15D50
Niveau I (BAC+5 à BAC+8)	Bio informaticien	Corps des Ingénieurs Catégorie A	H1206	15D70
	Bio statisticien	Corps des Ingénieurs Catégorie A	K2402	15D60
	Chef de Projet de Recherche Clinique	Ingénieur hospitalier Catégorie A	H1206	15D40
Non renseigné	Chargé de Valorisation de la Recherche	Non renseigné		15D90

Source : « Répertoire Métiers de la Fonction Publique Hospitalière » - Famille « Recherche Clinique »

En d'autres termes, **il ne devrait pas être possible pour un CH(U) de recruter - ou d'accepter de recruter - des personnels en dehors de ce canevas clairement définis.** Cette restriction éviterait par-là même d'être à l'origine des disparités constatées et ce dans un souci de **d'équité et de cohérence managériale.**

« Etat Exemplaire »

« Responsabilité Sociale de l'employeur »

« Equité et cohérence managériale »

De manière incontestable, l'expertise technique et scientifique attendue de la part des Docteurs en Sciences recrutés sur des profils de métiers de niveau « Licence » ou « Master » ne sera pas la même que celle attendue des titulaires de ces diplômes.

Cette prise en compte des parcours s'inscrirait alors nécessairement dans la démarche « **Etat Exemplaire** ». Comme le rappelais lors d'une interview, **M. Jean-Marc AYRAULT - Premier Ministre - « Il y a trop d'injustices et trop d'inégalités dans notre pays »³⁷.**

2.4 Positionnement Hiérarchique

Le **positionnement social et hiérarchique** au sein d'une organisation est un élément fondamental pour accomplir sa fonction (mission) au sein de son milieu. Il permet de **mobiliser les compétences, apporte la crédibilité interne, assure un pouvoir d'action.**

Ce positionnement, les Docteurs en Sciences en manquent cruellement.

L'insuffisance de reconnaissance de leur diplôme, de leur titre, le **biais discriminant notamment en terme de statut** au sein des différents groupes professionnels conduit à une ambiguïté dans le rôle qu'ils exercent, à un manque de clarté dans l'étendue de leurs responsabilités, et à la perception d'une inadéquation entre les compétences détenues et le poste occupé.

Un positionnement hiérarchique clair pour accomplir nos missions

³⁷ « Les 4 vérités » - France 2 - 12 décembre 2012.

A titre d'exemple, en matière d'autonomie, ils sont **responsables mais n'ont pas forcément délégation de signature**. Ils occupent des **missions transversales** mais n'ont pas toujours la marge de manœuvre pour proposer ni à fortiori décider d'une orientation des démarches conduites.

Les Docteurs en Sciences n'ont parfois **pas non plus toutes les informations nécessaires** pour jouer pleinement leur rôle ne serait-ce que parce qu'ils **ne figurent pas toujours sur la liste des cadres** ou **ne sont pas dans la boucle de diffusion** des compte- rendus des instances. Ils ne sont pas systématiquement associés aux commissions de consultation sur telle ou telle problématique liée directement à leurs tâches. Ce manque d'informations ralentit leur travail.

Nous constatons ainsi une absence de lisibilité dans l'organisation des CHU. Cela se traduit bien souvent par **l'absence de la participation des Docteurs en Sciences dans les conseils de pôle ou les autres instances gérant la vie de l'hôpital**. Par exemple, les Docteurs en Sciences ont souvent une fonction de conseil auprès de leur encadrement.

La direction, bicéphale, de nos établissements de santé tirillés d'une part entre une **hiérarchie médicale** et d'autre part une hiérarchie non médicale, s'exprimant sur le terrain par **l'autorité délégataire des Cadres et Cadres Supérieurs de Santé**, ne permet pas de simplifier le positionnement des Docteurs en Sciences, contractuels.

Les **Docteurs en Sciences - cadres supérieurs de catégorie A** - de par leurs missions, leur diplôme et leurs compétences **sont dans les faits des collaborateurs privilégiés des Chefs de Pôle et des Chefs de Services** sous l'autorité desquels ils sont naturellement placés. A fortiori, l'évaluation professionnelle des Docteurs en Sciences est effectuée par les Chefs de Pôles ou de département dont ils dépendent.

Ce **positionnement hiérarchique** naturel n'est malheureusement pas compris par tous et est **source parfois de conflits avec d'autres catégories de personnel** comme les **cadres de santé et le personnel technique**.

***Docteurs en Sciences :
Cadres Supérieurs
de catégorie A...***

Les **Docteurs en Sciences n'ont clairement pas à être positionnés sous l'autorité - une fois encore délégataire - de Cadres ou Cadres Supérieurs de Santé** aux seules fins de répondre à des contraintes organisationnelles ou de délégations de signatures administratives.

La réalité du terrain est toute autre. Dans les faits :

- ✚ Seuls **67% des Docteurs en Sciences** sont reconnus **en tant que cadres** par leurs CHU, **... sans information**
- ✚ Par ailleurs, **57% d'entre eux** disent ne pas recevoir **d'informations destinées aux cadres** ou ne pas être **conviés aux réunions cadres.** **ou non conviés aux réunions !**

Si les missions des Docteurs en Sciences sont parfaitement comprises par le personnel médical, elles peuvent l'être moins par les autres catégories professionnelles. Cette absence de lisibilité peut être source de conflits.

Un **positionnement statutaire clair** contribuera à la **valorisation de nos compétences**, à une rétribution plus juste en **adéquation avec les missions et les responsabilités** qu'ils assument, à l'opportunité aussi de s'inscrire dans une mobilité professionnelle au sein de la fonction hospitalière, leur permettant de tenir des postes d'une même position hiérarchique d'un autre métier.

3 Nos demandes

Les demandes dont nous sommes porteurs, s'inscrivent dans une logique d'**équité et de cohérence managériale pour le bénéfice mutuel de nos établissements de soins et des salariés** à part entière que nous sommes.

Elles s'articulent autour de plusieurs axes déterminants que sont la **reconnaissance humaine et des parcours universitaires**, la **pérennisation des emplois** et le **refus de l'iniquité des rémunérations**.

« **Etat Exemplaire** »
Equité
&
Cohérence
managériale

3.1 Reconnaissance du Doctorat de Sciences dans les conditions d'accès à la Fonction Publique.

Comme nous l'évoquions au début de ce rapport, le 24 avril dernier, M. François HOLLANDE, s'engageait auprès de la présidente de la Commission Permanente du Conseil des Universités à faire « *reconnaître le Doctorat dans les conditions d'accès aux concours de la fonction publique, qu'elle soit d'Etat ou Territoriale.* »³⁸.

Dans le cadre de la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD), adoptée par la France, **Licence, Master, ont été reconnus par la Fonction Publique Hospitalière.**

Qu'en est-il du Doctorat³⁹ ?

Nous appelons de tous nos vœux la **reconnaissance du Doctorat, pour les Docteurs en Sciences**, cette dernière étant déjà reconnue dans les faits pour les Docteurs en Médecine et Pharmacie.

³⁸ Lettre de M. François Hollande à Mme Dominique Faudot – 24 avril 2012 - Présidente de la Commission Permanente du Conseil National des Universités - http://www.snsh.info/telechargement/Hollande_CP_CNU_vofficielle.pdf

³⁹ Hors Doctorats de médecine ou pharmacie

fonctions autres que celles afférentes à la Recherche Clinique, de Responsable de laboratoire (FPELAB01), Cadre de Laboratoire (FPELAB02) ou Assistant de Laboratoire (FPELAB03).

Le « Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière », de même que les « référentiels métiers », devront, à l'avenir, inclure les Docteurs en Sciences.

Il nous semble que **ces référentiels d'activités et de compétences devront prendre en compte pour notre corps de métier :**

- ✚ **Ce nouveau métier émergent ;**
- ✚ La reconnaissance de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des **connaissances techniques hautement spécialisées ;**
- ✚ **La plus-value hautement qualifiante** de notre diplôme ;
- ✚ **La transversalité de nos missions** débordant largement du cadre de notre formation initiale ;
- ✚ **L'adaptabilité et l'interchangeabilité** de notre corps de métier.

3.4 Valorisation et reconnaissance des personnels de recherche.

Lors des 13^{èmes} assises hospitalo-universitaires à Bordeaux, directeurs généraux, présidents de commission médicale d'établissement (CME) et doyens de faculté de médecine se félicitaient de la « vitalité » de la recherche menée dans les CHU avec plus de **80 millions d'euros en contrat de type PHRC** et **17.252 publications cosignées par les CHU**, et ce uniquement pour l'année 2011. **Les Docteurs en Sciences ont une part indiscutable dans ces succès et l'équité voudrait que leur travail soit reconnu à leur juste valeur.**

Les cliniciens, biologistes, pharmaciens ou médecins tirer normalement profit des fruits de leurs travaux. **L'absence de plus-value professionnelle pour les Docteurs en Sciences** est en revanche inéquitable.

Par ailleurs, les déclarations faites par le **Directeur Général de l'Offre de Soins** devant les 2^{èmes} états généraux infirmiers : « *Beaucoup de protocoles sont mis en œuvre dans les établissements hospitaliers. Il faut que puisse être envisagé le principe de primes accordées aux professionnels qui y participent* »⁴² verront-elles des concrétisations en ce qui concerne les **Docteurs en Sciences** ?

Avec près de 20 ans de recul, force est de constater que le **rôle prépondérant des Docteurs en Sciences dans l'activité recherche des CHU est indiscutable**.

Ceci est un argument supplémentaire à notre **demande de création d'un statut propre aux Docteurs en Sciences** au sein de la fonction publique hospitalière.

3.5 Homogénéisation des grilles indiciaires au niveau national

Pour la première fois, un rapport montre de manière flagrante les disparités inter et intra-CHU en terme de recrutement, de rémunération et de plan de carrière des Docteurs en Sciences.

L'**absence de tout référentiel national** en matière de grilles salariales, **pourtant nécessaire aux Directions des Ressources Humaines**, a donné lieu à de **nombreux excès** comme nous l'avons montré.

L'harmonisation est urgente !

La pléthore de grilles salariales, dissemblables, souvent injustes de même que **le système de rémunération** doit être simplifié. Celui-ci **doit tenir compte, entre autres, du niveau d'étude et de l'ancienneté**.

L'**homogénéisation des grilles indiciaires** des Docteurs en Sciences doit se concrétiser dans les faits par un **reclassement** de ces professionnels **sur une grille indiciaire unique et officielle** de la fonction publique hospitalière, **compatible avec notre diplôme** et qui plus est, **distincte de celles du corps des ingénieurs**.

Il nous semble **indispensable** de nous réunir avec les instances hospitalières pour travailler sur l'**harmonisation des salaires des Docteurs en Sciences**.

⁴² APM News – 4 décembre 2012 « Le ministère de la santé veut mieux rémunérer la coopération entre professionnels de santé ».

3.6 Titularisation sur des grilles compatibles

Nous souhaitons également que puisse être envisagée, pour les personnels le souhaitant, la titularisation des Docteurs en Sciences dans le cadre des textes de lois relatifs à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique et la lutte contre les discriminations.

Cette titularisation doit être un processus concerté visant à l'intégration de ce corps particulier de contractuels sur des grilles indiciaires homogénéisées.

3.7 Participation aux instances nationales.

Afin de représenter et défendre les intérêts des Docteurs en Sciences de la Fonction Publique Hospitalière, nous formulons ici le souhait d'être intégrés, en tant que seul **syndicat professionnel représentatif des Docteurs en Sciences de la Fonction Publique Hospitalière** au sein du **Haut Conseil des Professions Paramédicales**.

Notre demande s'intègre parfaitement dans les missions définies par cette haute instance ayant pour vocation de « *promouvoir une réflexion interprofessionnelle* » sur « *les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé, la répartition de leurs compétences* », « *la formation et les diplômes* » et « *la place des professions paramédicales dans le système de santé* » et de « *participer, en coordination avec la Haute Autorité de Santé (HAS), à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques* ».

4 Conclusion

A l'heure où l'on souhaite maintenir pour certains docteurs l'attractivité du secteur public, par le versement d'**indemnité d'engagement de service public exclusif**⁴³, de **revalorisation des retraites**⁴⁴, de **jours de formation / congrès sans justification** ;

A l'heure où Mme la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé s'engage sur la création, pour les **médecins libéraux**, d'un salaire **minimum garanti de 55.000 euros** par an ;

A l'heure où la **réforme LMD** ⁴⁵ se concrétise depuis le 1^{er} juillet dernier dans les Centres Hospitalo-Universitaires par la mise en œuvre des accords de février 2010⁴⁶, et où des **budgets colossaux** vont être investis par l'Etat pour le reclassement **des personnels cadres et cadre supérieurs de sante, IADE, IBODE, puéricultrices, infirmières de classe normale** et supérieure ;

Les **Docteurs en Sciences de nos CHU** ne peuvent en permanence être les **laissés pour compte** et les **variables d'ajustement du système**.

Nous réclamons la simple **reconnaissance** de notre **titre**, de notre **diplôme** et **l'homogénéisation de nos salaires**.

Il **n'est pas concevable** que nos **autorités de tutelle** ne **statuent pas** sur le **réel positionnement des Docteurs en Sciences exerçant en milieu hospitalier**.

Ayons toujours présent à l'esprit que c'est cette **multitude de parcours professionnels** qui est la **pièce angulaire**, la **force**, la **cohésion** et la **richesse de nos Etablissements de Soins**.

⁴³ 487,49 € brut mensuel - Arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif - NOR: MESH0021562A

⁴⁴ Décret n° 2007-527 du 5 avril 2007 relatif à la participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation

⁴⁵ LMD : Licence – Master - Doctorat

⁴⁶ « Relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les Universités »

5 Rétrospectives et Actualités

5.1 Grèves des internes 2011

En complément à ce rapport, il convient également de rappeler les foudres qui se sont abattues, l'année dernière, sur les Docteurs en Sciences dans le cadre des amendements sur la Biologie Médicale (*Loi Hôpital Patient Santé et Territoires / PPL Fourcade*).

Si le SNSH soutenait majoritairement les points de cette réforme défendus par les syndicats de biologistes et d'internes, nous déplorons qu'au travers de plusieurs communiqués, affiches, blogs, sites internet ou tracts, des **syndicats de biologistes et d'internes en biologie** (*pharmaciens ou médecins*) aient combattu avec virulence contre le recrutement de scientifiques sans « *aucune compétence médicale* » sur des postes de biologistes médicaux, voire plus laconiquement contre « *la nomination de personnes non compétentes en CHU* ».

« du personnel non qualifié en biologie médicale »

Avez-vous déjà envisagé que votre cardiologue n'ait pas étudié la médecine ?

La biologie médicale nécessite 10 ans d'études de médecine ou pharmacie. Les biologistes médicaux participent à 80% des diagnostics cliniques des médecins. Aujourd'hui, le gouvernement aimerait recruter du personnel non qualifié en biologie médicale puisse rendre des résultats comme votre bilan sanguin ou votre cholestérol !

Avez-vous déjà envisagé que votre système de santé soit privatisé ?

La biologie médicale existe dans les hôpitaux et dans les laboratoires de ville. Aujourd'hui, le gouvernement aimerait industrialiser et privatiser les examens de biologie médicale des hôpitaux au détriment des structures de proximité avec les patients.

Face à l'acharnement parlementaire et aux lobbys financiers.

Source : Tracts 2011 de la Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie dans le cadre de la PPL Fourcade

« NON au remplacement des biologistes médicaux par du personnel non qualifié »

Face à l'acharnement parlementaire et aux lobbys financiers les internes et jeunes biologistes se mobilisent :

- NON à la démedicalisation du système de santé français
- NON aux ristournes des complexes industriels-financiers transformant un acte médical en une marchandise
- NON au remplacement des biologistes médicaux par du personnel non qualifié

Pour une biologie humaine et médicale :

- OUI à la reconnaissance de notre spécialité médicale
- OUI à la proximité avec le patient
- OUI au dialogue avec le médecin clinicien

SANTE EN DANGER

Synthèse			
	AVANT LE TRAVAIL DES SYNDICATS D'INTERNES ET BIOLOGISTES	TEXTE FINAL	Notre avis
5.1	néant	Appliqué pour les sociétés à partir de la promulgation de la loi	Compromis acceptable, Difficile d'avoir mieux pour le moment
SPFPL	Non réservé aux biologistes exerçants	Pour biologistes exerçants dans la SEL	Avis favorable
ristournes	autorisées	Interdites sauf exceptions (contrats de coopération)	Avis favorable
Recrutement HU	scientifiques	Que médecins et pharmaciens sous conditions	Compromis acceptable en fonction de la composition de la commission (ex CNPBM)
vétérinaires	oui	NON	Avis favorable

Comment certains syndicats de biologistes ont-ils pu **tout à la fois dénoncer l'absence de compétence des scientifiques exerçant en CHU** et avoir, paradoxalement, au travers d'instances officielles (*Commissions Médicales d'Etablissements, Conseil National des Universités, etc...*) où ils siègent **concouru à leur recrutement et leur actuelle affectation sur des postes de MCU-PH au sein de nos CHU ?**

Pourquoi une telle dépréciation des Docteurs en Sciences ?

***Arrêtons la dépréciation
de notre profession***

La plupart des affectations de scientifiques, en tant que MCU-PH, se font sur des spécialités à dominante scientifique et non médicale telles la biochimie ou la physiologie. Ces collègues scientifiques exercent avec compétence les missions de MCU-PH Biologiste qui leur sont dévolues. **Leurs missions hospitalières ne diffèrent en rien de celles des MCU-PH médecins ou pharmaciens** (validation biologique, développement de méthodes, accréditation, formation des internes, ...). Et parfois même, dans certains cas extrêmes, ce sont eux, et eux-seuls, qui concourent au bon fonctionnement de certains services de biologie.

5.2 Questions écrites au Gouvernement

Dans ce contexte global, le SNSH a été amené à saisir **Mmes les Ministres de la Santé et de la Fonction Publique** afin de les sensibiliser que ce soit sous forme de courriers formels ou de questions écrites au Gouvernement.

5.2.1 Question écrite n° 00285 – 14^{ème} Législature - M. Alain Houpert Sénateur (Côte-d'Or - UMP-R)

Situation professionnelle des Docteurs en Sciences

M. Alain Houpert attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la situation professionnelle des Docteurs en Sciences contractuels de la fonction publique hospitalière. En effet, un sondage à l'échelle nationale vient de mettre en lumière notamment : la forte disparité –inter et intra centres hospitaliers universitaires (CHU)– en termes de reconnaissance du diplôme de docteur en sciences, de grille indiciaire de recrutement et d'évolution de carrière, aboutissant au paradoxe que des scientifiques titulaires d'un doctorat puissent être rémunérés sur des grilles indiciaires identiques à celles de scientifiques bac+5 ; le manque de reconnaissance de leurs travaux de recherche médicale alors même que ces chercheurs à part entière concourent à l'augmentation des points SIGAPS des CHU et de leur rôle d'encadrement pour la formation des internes et des doctorants en médecine et pharmacie ; ainsi que la généralisation de l'usage de leur grade universitaire de docteur, conformément au processus de Bologne-Sorbonne dont la France est signataire, permettant de prendre toute la mesure de leur rôle au sein des CHU. C'est pourquoi il lui demande quelles initiatives elle envisage de prendre, en concertation avec leurs représentants nationaux. Il la remercie de sa réponse.

**5.2.2 Question écrite n° 2079 - 14ème législature posée par M. François Sauvadet
Député (Côte-d'Or - Union des démocrates et indépendants)**

Fonction publique hospitalière - contractuels - docteurs en sciences. Statut

M. François Sauvadet attire l'attention de Mme la ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique sur la situation professionnelle des Docteurs en Sciences contractuels de la fonction publique hospitalière. Plus précisément, une étude nationale réalisée par le Syndicat national des scientifiques hospitaliers concernant ces personnels fait état d'un certain nombre de disparités inter et intra centres hospitaliers universitaires au niveau national, à savoir, l'absence de reconnaissance du diplôme et grade universitaire de docteur en sciences qui conduirait à des recrutements sur des grilles indiciaires disparates parfois similaires à celles des scientifiques bac + 5 et des évolutions de carrière peu compatibles avec leur haute qualification ; l'usage trop peu fréquent de leur grade universitaire de « docteur » malgré les accords internationaux (processus de Bologne Sorbonne) dont la France est signataire ; la faible reconnaissance intellectuelle et professionnelle de leurs publications scientifiques dans le déroulement de leur carrière alors même que ces chercheurs à part entière participent à la recherche médicale au sein de nos établissements de santé mesurée par les points SIGAPS ; enfin, l'absence d'évolution de leur statut de contractuel permanent de la fonction publique vers des statuts de fonctionnaires à part entière avec des grilles indiciaires compatibles. Aussi il le remercie par avance de bien vouloir lui indiquer les initiatives qui pourraient être prises en direction des Docteurs en Sciences contractuels de la fonction publique hospitalière.

5.2.3 Question écrite n° 5241 - 14ème législature posée par M. Laurent Grandguillaume Député (Côte-d'Or - Socialiste, républicain et citoyen)

Fonction publique hospitalière - contractuels - docteurs en sciences. statut

M. Laurent Grandguillaume interroge Mme la ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique sur le statut des docteurs en sciences de la fonction publique hospitalière et plus précisément sur les disparités inter et intra CHU en termes de reconnaissance du diplôme de docteur en sciences, de plans de carrières et de traitements indiciaires. Il apparaît selon une étude effectuée par le Syndicat national des scientifiques hospitaliers que l'absence de reconnaissance de leur diplôme et grade universitaire conduit à des recrutements sur des grilles indiciaires parfois similaires à celle des scientifiques bac + 5 et à des évolutions de carrière peu compatibles avec leur haute qualification. C'est pourquoi il lui demande ce qu'elle entend mettre en œuvre afin que ces disparités de statut cessent ainsi que les mesures envisagées afin que leur grade universitaire soit enfin reconnu au sein des CHU et que leur statut de contractuel permanent de la fonction publique évolue vers un statut de fonctionnaire à part entière.

5.3 Communiqué de presse

12 novembre 2012

www.snsb.info

Dans ce contexte, le SNSH a également été amené à diffuser largement un communiqué de presse que ce soit aux **Députés** et **Sénateurs** des « **Commissions des Affaires Sociales** », auprès de la **Direction Générale de l'Offre de Soins**, mais également auprès de site d'informations spécialisées.

« La réforme LMD passera-t-elle, en milieu hospitalier, par la reconnaissance des Docteurs en Sciences ? »

A l'heure où les **Docteurs en Médecine** et les futurs Docteurs en Médecine manifestent, les **Docteurs en Sciences** de la Fonction Publique Hospitalière souhaiteraient pouvoir simplement être reconnus.

Le 24 avril dernier, M. François HOLLANDE, s'engageait auprès de la présidente de la Commission Permanente du Conseil des Universités à faire « reconnaître le Doctorat dans les conditions d'accès aux concours de la fonction publique, qu'elle soit d'Etat ou Territoriale ».

La fonction publique hospitalière, où se côtoient Docteurs en Sciences, en médecine ou en pharmacie, est également concernée.

L'hôpital public est en constante évolution et voit apparaître, depuis une quinzaine d'années, de **nouveaux métiers** répondant à de **nouveaux besoins** n'entrant pas dans le domaine de compétence des personnels titulaires de la Fonction Publique Hospitalière. **Mme Marisol TOURAINE** - Ministre de la Santé - déclarait devant le salon des infirmiers le 24 octobre dernier souhaiter « des progrès » dans « l'identification et la définition des nouveaux métiers » au sein de la fonction publique hospitalière.

Les **Docteurs en Sciences** travaillant en Centres Hospitaliers ou en Centres Hospitalo-Universitaires en sont le parfait exemple.

Le **Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers** œuvre depuis sa création à la reconnaissance du **statut des Docteurs en Sciences** au sein de nos établissements de soins.

Il a dernièrement, au travers d'un vaste sondage national, mis en évidence la **grande disparité - inter et intra CHU** - en termes de recrutements, de reconnaissance du **diplôme de Docteurs en Sciences**, de plans de carrières et de **traitements indiciaires** de nos collègues.

Les données recueillies traduisent également un malaise partagé par la grande majorité des Docteurs en Sciences sur l'ensemble du territoire national témoignant du besoin de reconnaissance de notre positionnement au sein des CHU.

Le S.N.S.H., poursuivant ainsi les contacts initiés, a récemment interpellé **Mme Marisol TOURAINE** - Ministre des Affaires Sociales et de la Santé - ainsi que **Mme Marylise LEBRANCHU** - Ministre de la Réforme de l'Etat de la Décentralisation et de la Fonction Publique - sur ces disparités salariales que ce soit au travers de communications formelles ou de plusieurs questions écrites au Gouvernement.

De même, dans le cadre de la « *mission ministérielle de concertation des acteurs du monde hospitalier* » confiée à **M. Edouard COUTY** par Mme la Ministre de la Santé, le S.N.S.H. a dernièrement alerté le Président de cette mission afin de le sensibiliser à ces problématiques nationales et sur les réelles plus-values transversales apportées par ces professionnels au secteur hospitalier dans son ensemble.

Alors que la réforme LMD* se concrétise depuis le 1^{er} juillet dernier dans les Centres Hospitalo-Universitaires par la mise en œuvre des accords de février 2010 « *Relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les Universités* », **il ne serait pas concevable que nos autorités de tutelle ne statuent pas sur le réel positionnement des Docteurs en Sciences exerçant en milieu hospitalier.**

Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers

*« Syndicat Professionnel des Docteurs en Sciences
de la Fonction Publique Hospitalière »*

5.4 Interview APM News

Ce communiqué de presse a d'ailleurs été repris sous forme de flash info et d'interview par le site APM News.



Les docteurs en sciences de la fonction publique hospitalière souhaitent être reconnus

DIJON, 23 novembre 2012 (APM) – Le Syndicat national des scientifiques hospitaliers (SNSH) a réclamé, dans un communiqué, la reconnaissance du statut des docteurs en sciences travaillant dans les CHU et les centres hospitaliers.

Diplômés de bac+8, ces scientifiques ne sont ni médecins, ni pharmaciens, mais titulaires d'un doctorat en sciences.

Leur nombre peut varier entre 50 et 250 selon les CHU, a précisé à l'APM le président du syndicat, Dr Emmanuel Florentin (CHU de Dijon).

Une enquête, menée fin 2011 par le SNSH, a montré qu'ils exerçaient dans différents secteurs, comme ingénieurs de recherche, attachés de recherche clinique ou attachés scientifiques en particulier. Ils sont rattachés la plupart du temps aux pôles de biologie, aux pôles de recherche clinique ou à des unités transversales. Un petit nombre est affecté directement à des unités de soins.

L'enquête a aussi mis en évidence « la grande disparité -inter et intra CHU- en termes de recrutements, de reconnaissance du diplôme de docteur en sciences, de plans de carrière et de traitements indiciaires », souligne le syndicat dans son communiqué.

Malgré leur niveau d'études, les recrutements se font parfois sur des grilles indiciaires similaires à celles des scientifiques bac+5 et avec des évolutions de carrière peu compatibles avec leur qualification, explique son président.

⁴⁷ <http://www.apmnews.com/story.php?profil=-1&DateV=20121123&numero=231943&ctx=ba82d49ef73f603f1afe6e204e2cef9d>

Les Docteurs en Sciences étant majoritairement contractuels, leur recrutement se fait souvent « de gré à gré », précise-t-il.

Il souligne dans le communiqué que les résultats de l'enquête traduisent « un malaise » chez « la grande majorité » de ces professionnels, « témoignant du besoin de reconnaissance de leur positionnement dans les CHU ».

Le syndicat précise qu'il a sensibilisé la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, et la ministre de la fonction publique, Marylise Lebranchu, sur ce malaise et les disparités salariales, à travers des communications formelles ou des questions écrites de députés au gouvernement.

Il a également « alerté » Edouard Couty, chef de la mission sur le pacte de confiance à l'hôpital.

« Alors que la réforme LMD se concrétise depuis le 1^{er} juillet dans les CHU par la mise en œuvre des accords de février 2010, il ne serait pas concevable que nos autorités de tutelle ne statuent pas sur le réel positionnement des Docteurs en Sciences exerçant en milieu hospitalier », souligne-t-il.

San/ab/APM polsan
SNPKN002 23/11/2012 18:33 ACTU

6 Annexes

6.1 Annexe I – Arrêt du Conseil d'Etat du 23 mai 2008 – n°283141

Commentaire par **Me Jacques Vitenberg** (Avocat à la Cour, Barreau de Paris. Chargé d'enseignement de droit médical à l'université Paris V) d'un **Arrêt du Conseil d'Etat du 23 mai 2008. (Section du contentieux, sur le rapport de la 5^{ème} sous-section – Séance du 23 mai 2008 – Lecture du 6 juin 2008 – N° 283141)** (*reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur*)

« Sur plainte d'un conseil départemental de son Ordre, un chirurgien-dentiste est traduit devant un Conseil régional pour méconnaissance des dispositions du décret du 22 juillet 1967 portant code de déontologie des chirurgiens-dentistes, en son article régissant l'emploi des titres sur les imprimés professionnels, également pour usurpation du titre de docteur, enfin sur l'intention de tromper le public sur la valeur de ses titres.

Le Conseil régional ne suit pas le Conseil départemental en sa demande de sanction. Conforté par ce premier succès, le chirurgien-dentiste se tourne vers le tribunal administratif de Paris afin de faire condamner le Conseil départemental à lui verser une indemnité en réparation du préjudice subi pour plainte abusive ; une procédure originale, mais somme toute voisine de celle d'une personne bénéficiant d'un non-lieu en matière pénale.

Le Tribunal administratif s'estime compétent et, statuant au fond, déboute le demandeur, qui fait appel. La cour administrative d'appel annule la décision et, évoquant l'affaire, déboute le dentiste de sa demande en réparation d'un préjudice, mais lui octroie 0,15 euro au titre du préjudice moral. Le Conseil départemental se pourvoit alors en cassation contre la décision d'appel. La Haute Juridiction, estimant qu'aucune des deux juridictions précédentes n'étant compétentes pour régler l'affaire au fond, casse la décision d'appel : selon l'arrêt de cassation, la juridiction naturelle pour statuer sur une demande reconventionnelle de dommages et intérêts était le Conseil régional qui avait connu l'affaire au fond.

Six mille euros pour le chirurgien-dentiste.

Mais toutes les juridictions saisies appartenant à l'ordre administratif, et le Conseil d'Etat en étant le dernier échelon, ce dernier décide d'évoquer l'affaire, en vertu des articles L.821-2 et R.351-1 du

code de justice administrative. Ce qui est fait – L'arrêt de cassation reprend entièrement les dispositions de l'arrêt d'appel sur le fond : indemnité de 0,15 €, surplus des conclusions du chirurgien-dentiste rejeté et surplus des conclusions du conseil départemental rejeté. La suite est plus originale – Statuant en vertu de l'article L.761-1 du code de justice administrative, l'arrêt de cassation octroie six mille euros au chirurgien-dentiste au titre des frais irrépétibles engagés au cours des trois procédures, ce qui est relativement sévère.

En cas d'usage professionnel du titre de docteur, la profession doit être mentionnée.

Il est donc intéressant d'analyser l'arrêt dans ses précisions sur l'usage et le droit d'utilisation du titre de docteur, et en quoi la position du Conseil départemental dépassait la simple erreur de lecture et constituait un abus de pouvoir. Le titre de docteur traduit un grade universitaire (l'un des trois de l'époque napoléonienne avec ceux de bachelier et de licencié).

Pendant longtemps, la seule profession impliquant obligatoirement pour son exercice un niveau universitaire de doctorat étant celle de médecin, les termes docteur et médecin devinrent synonymes par usage. Si les médecins-spécialistes précisaient leur champ d'activité, les généralistes se contentaient le plus souvent du titre de docteur. Puis d'autres professions du domaine de la santé virent leurs études couronnées obligatoirement par un doctorat : les chirurgiens-dentistes (qui exercent une profession médicale avec les médecins et les sages-femmes), les vétérinaires et les pharmaciens.

L'usage consistant à faire précéder son nom par le titre de docteur a été étendu à ces professions. Mais, **dans l'exercice de la profession, c'est-à-dire sur les plaques et les ordonnances, obligation est faite de préciser après le nom la profession exercée.** Un détournement des pouvoirs disciplinaires octroyés par la loi.

Mais aucun texte n'empêche, pas plus en Œuvre que dans l'espace européen ou ailleurs, de faire précéder son nom de « docteur » si tel est le cas. C'est ce que dit très justement l'arrêt de cassation, en notant que le dentiste était « docteur en chirurgie dentaire », que la correspondance présentée par l'accusation n'était pas en rapport avec son exercice professionnel, et qu'aucune intention de tromperie ne pouvait être relevée.

Le secrétaire d'Etat Henry Kissinger était couramment présenté comme le docteur Henry Kissinger sur les ondes françaises, et nos voisins d'outre-rhin font souvent précéder leur nom d'autant de Herr Doktor qu'ils ont de doctorats.

A l'inverse, dans un service hospitalier, une infirmière stylée ne se permettrait pas d'appeler « Docteur » le chef de service, le terme « Monsieur » étant jugé plus respectueux, et celui de «

docteur » valable pour les attachés de consultation... En condamnant un Conseil départemental au paiement d'une somme de six mille euros, la Haute Assemblée a manifestement voulu exprimer son irritation devant ce qu'il convient d'appeler un détournement des pouvoirs disciplinaires octroyés par la loi ».

6.2 Annexe II – Cour de Cassation Criminelle – Audience du 20 janvier 2009, n° de pourvoi 07-88122

« Le titre de « docteur » n'appartient pas aux médecins ! N'est pas « docteur » qui veut et qui l'est à son honneur ! Mise au point sur le titre de docteur ou l'histoire d'une méprise publique avec la médecine »

Commentaire d'un jugement de la Cour de Cassation Criminelle – Audience du 20 janvier 2009, n° de pourvoi 07-88122 par le Pr Hervé CAUSSE.

Combien de décennies faudra-t-il pour que le titre de docteur ne soit plus assimilé, abusivement, au médecin ? On peut certes être « docteur en médecine », mais aussi « docteur en géographie », en « sciences physiques », en « droit privé et sciences criminelles »... L'arrêt ci-dessous rapporté, qui casse un arrêt d'appel, illustre cette méprise : **un journaliste qui avait mis en doute la qualité de « docteur » d'un titulaire du doctorat en physique-chimie se verra probablement condamné**, après cette cassation, **pour diffamation** (alors qu'il avait été relaxé par la cour d'appel).

Cette décision est l'occasion d'un point sur les titres universitaires. La politique en matière d'université et de recherche n'aidera probablement pas à dissoudre la méprise, **le moindre ingénieur a son titre d'ingénieur (Bac + 5) et la plupart des docteurs (Bac + 8) n'ont pas droit au leur !** C'est la Cœuvre : les situations les plus tordues peuvent être tolérées sans que jamais personne ne s'indigne, voilà ce qu'est un pays « conservateur » !).

« Contextualisation » de l'arrêt

Reprenons notre affaire. En pratique, seuls les docteurs en médecine portent, dans l'usage, le titre de docteur – encore que dans certains pays les docteurs soient moins bêtes que les docteurs français : ils portent leur titre (si du moins cela leur fait plaisir). Dans les domaines des sciences technologiques, à l'étranger, **le titre de docteur est souvent porté**

car il signifie un niveau supérieur au titre d'ingénieur ; le mauvais état de l'université française, mal traitée par rapport aux écoles d'ingénieur, n'impose pas en Œuvre cette pratique.

Dans de nombreux pays, en outre, le titre de « docteur » est indiqué par les plus hauts responsables scientifiques, notamment les professeurs d'universités. Ils mentionnent leur doctorat, leur habilitation à diriger les recherches, diplômes supérieur au doctorat) et leur titre de « professeur » (ce qui donne : Madame le Professeur Untel, Prof. Doc. Hab. de l'Université de Lettres de Varsovie).

En Œuvre, les seuls qui portent leur titre de docteur sont les médecins, c'est-à-dire les docteurs en médecine... **Cette situation est presque un comble. Les thèses de médecine, pour la plupart, ne sont que des thèses dites d'exercice qui s'écrivent en quelques mois.** On parle ainsi de « thèse d'exercice » pour signifier qu'il s'agit de la thèse indispensable aux formalités d'inscription à l'ordre des médecins (médecins travaillant dans le secteur privé) ou au passage des concours pour devenir praticien hospitalier (docteur en médecine d'un CH, CHU ou CHUR : médecins travaillant dans un établissement public de santé).

D'aucuns disent que cela ressemble plutôt à un mémoire de bon niveau des autres matières qu'à une thèse ; on laissera ce débat ouvert. Dans la plupart des domaines, la thèse est, il est vrai, un document approfondi constituant souvent plusieurs centaines de pages qui représentent plusieurs années de travail des meilleurs étudiants de fins d'études universitaires.... **Il se dit ainsi que les médecins (déjà docteurs) qui se destinent à la recherche, et souvent à l'Université, refont une thèse.** Cela leur permet de devenir (si la thèse est bonne) maître de conférences, chargé de recherches ou, plus tard encore, professeur d'université (exceptionnellement, on trouve parfois des maîtres de conférences qui ne sont pas docteurs, plus exceptionnellement encore des professeurs d'université). Ces docteurs en médecine inscrivent ainsi un « vrai sujet de recherche », de thèse, pour soutenir une thèse de médecine incorporant une véritable recherche. Ces médecins-là passeront plusieurs années sur leur thèse (tout en travaillant souvent en service hospitalier) pour devenir des chercheurs accomplis (chercher, trouver et publier).

On notera que « docteur en médecine » est donc bien un titre et non une marque de

distinction. Le terme « maître », employé dans les professions juridiques, n'est par exemple pas un titre spécifique. Aucun diplôme ou grade universitaire spécifique ne correspond à cette appellation à laquelle certains sont attachés. Celui qui a une maîtrise (une 4^e année de Fac, en géographie, en math, en biologie...) est « maître en quelque chose » ; il peut donc se faire appeler pompeusement « maître ». Il n'usurperait aucun titre (universitaire ou professionnel). Ce qui est protégé ce sont les noms des professions : avocat, huissier... qui eux sont des titres et qualités professionnelles dont l'usage n'est pas libre.

Au moment où l'on parle du mépris de l'université, **cet aspect remet un certain nombre de choses en place puisqu'il remet en cause les étudiants les plus tenaces, les doctorants, qui, un jour, seront docteur sans qu'on leur donne d'une quelconque manière la reconnaissance qu'on leur doit.** Le mépris de la Société envers ses docteurs en philo, en math, en géo, en histoire, en biologie... en dit long sur nos progrès de civilisation. Voilà de quoi nous mourrons, **des conformismes les plus bêtes et les plus contraires à la logique la plus forte... et aucun ministre n'entend imposer que le doctorat soit un « plus » en entreprise ou ailleurs...**

Annotations sur l'arrêt

C'est de cette **grossière anomalie sociale** que se nourrit l'arrêt ci-dessous. Un journal trop sûr de son savoir avait sous-entendu qu'une personne n'avait pas droit au titre de **docteur**. Un chercheur du CNRS avait vu un article douter de ce qu'il puisse utiliser le titre et ainsi signer ou s'appeler « docteur X ». **Vilaine pensée qui ne pouvait être que sanctionnée à hauteur de cassation**, cette haute Juridiction étant occupée par de nombreux « docteurs en droit » qui, s'ils le veulent, peuvent se faire appeler et porter le titre de « docteur » ! D'autant que ceux qui ne le sont pas... auraient souvent voulu l'être.

On peut avec cet arrêt positionner le problème en expliquant la solution. **Le doctorat est le plus haut grade (et non diplôme, nuance exagérée) de l'université, des diplômes pouvant être vus comme des niveaux supérieurs** (l'agrégation de droit par exemple, dite agrégation post-doctorale, ou, dans toutes les matières, l'habilitation à diriger les recherches, dite HDR). Tout cela est parfaitement connu des milieux universitaires. Le journaliste quelque peu scrupuleux peut avoir l'information et les explications utiles dans toute université ou dans toute « faculté ».

La cour d'appel n'a pas été sensible à la cause du chercheur, mal lui en a pris : elle est invitée à prolonger un peu ses études... peut-être en lançant quelques un de ses conseillers dans un travail de thèse (pour qu'ils soient docteurs) ; ce détail de leur parcours ne leur prendra que 3 ou 4 ans au bas mot... Ils penseront peut-être alors que **le titre de « docteur » n'est pas un détail !** La position des juges d'appel montre cependant l'état d'esprit particulièrement désobligeant à l'égard du doctorat. Son arrêt d'appel est donc cassé et la cour est dessaisie du litige qui s'en va devant la juridiction d'Angers.

La Haute Juridiction sanctionne le raisonnement des juges d'appel en une phrase courte et lourde. Elle dit simplement et clairement que **le journal a porté atteinte à l'honneur du plaignant en doutant lourdement de son titre dans des circonstances de vocabulaires accentuées.** « ... les propos incriminés laissent entendre que Jean-Marc X... se prévaut abusivement du titre de docteur, insinuation renforcée par la mise entre guillemets, sans nécessité et à deux reprises, du mot "docteur", et accréditent l'idée que ses avis, émanant d'un "simple" chargé de recherches, ne peuvent avoir qu'une valeur scientifique relative, la cour d'appel a méconnu la prohibition de la diffamation ».

Sauf pour le spécialiste du droit de la presse ou de droit pénal qui pourra approfondir, il n'y a pas davantage à dire que cette belle motivation. Cependant, comme elle n'apporte rien au droit car cette solution s'imposait, l'arrêt de cassation est « non publié » au Bulletin de la Cour de cassation. Vous comprendrez que la meilleure conclusion sera ici ma signature :

*Pr Hervé CAUSSE
Prof. Docteur Habilité en Droit privé et Sciences criminelles.
www.hervecausse.info*

6.3 Annexe III – Compétences et Employabilité des Docteurs

Reproduit avec l'aimable autorisation de : Adoc Talent Management⁴⁸

Ce rapport produit par Adoc Talent Management a été réalisé avec la contribution financière entre autres, de l'Université Pierre et Marie Curie, la Région Ile de France du Centre Francilien de l'Innovation.

Y ont pris part de nombreuses écoles doctorales au nombre desquelles : Le Cercle des Docteurs et Doctorants de l'université Paris Descartes : Les Cartésiens, L'association CLIOPEA des doctorants et anciens docteurs en histoire de l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, l'association JECCO des jeunes chercheurs de l'institut Cochin, l'association X'DOC des doctorants de l'Ecole Polytechnique et le groupe X-Recherche affiliée à l'amicale des anciens élèves de l'Ecole Polytechnique.

Compétences

- Expertise scientifique et technique
 - Monodisciplinaire
 - Pluridisciplinarité

- Savoir-faire techniques transférables
 - Connaissance de l'environnement
 - Connaissance de l'environnement académique
 - Connaissance de l'environnement industriel
 - Conduite professionnelle
 - Réglementation
 - Ethique
 - Sécurité
 - Communication
 - Informatique
 - Management de l'innovation
 - Veille
 - Valorisation
 - Gestion de projet
 - Montage de projet
 - Etude de faisabilité
 - Recherche de financements
 - Planification/Gestion des délais
 - Management/Gestion du personnel
 - Gestion des ressources
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des conflits
 - Gestion des risques
 - Reporting
 - Sens du résultat
 - Langues
 - Langues écrite
 - Langues orale
 -

⁴⁸ Adoc Talent Management – rapport d'enquête « Compétences et Employabilité des Docteurs » janvier 2012
<http://www.adoc-tm.com/rapport.pdf>

- Commercial
 - Connaissance des produits
 - Compréhension du besoin client
 - Prospection
- Gestion de l'administratif
 - Négociation
 - Relationnel client
 - Valorisation d'un produit
- Compétences transverses
 - Vision large
 - Culture générale
 - Vision globale
 - Capacité d'anticipation
 - Vision industrielle
 - Capacité d'innovation
 - Capacités intellectuelles
 - Capacité d'analyse
 - Capacité de synthèse
 - Capacité d'abstraction
 - Capacité de compréhension
 - Esprit critique
 - Capacité à gérer des problématiques complexes
 - Capacité de formuler une problématique
 - Capacité d'élaborer des solutions
 - Capacité à interpréter des résultats
 - Capacité à collaborer
 - Capacité à travailler en équipe
 - Capacité de développer et d'entretenir un réseau de collaborateurs
 - Multi-culturalité
 - Leadership
 - Capacité de se remettre en question
- Aptitudes et qualités
 - Méthode
 - Rigueur
 - Pragmatisme
 - Meticulosité / Perfectionnisme
 - Force de proposition
 - Force de persuasion
 - Clareté
 - Ouverture d'esprit
 - Esprit d'initiative
 - Sens de l'observation
 - Vigilance
 - Concentration
 - Efficacité
 - Polyvalence
 - Ingéniosité
 - Créativité
 - Profondeur
 - Lucidité
 - Précision
 - Originalité
 - Finesse
 - Perspicacité
 - Justesse
 - Autonomie
 - Dextérité
- Savoir-être
- Méta compétences
 - Capacité d'apprentissage
 - Capacité d'adaptation