

Rapport 2018 sur la « Nouveaux métiers & situation professionnelle des Docteurs en Sciences dans la Fonction Publique Hospitalière »

Pour la reconnaissance du



Doctorat et de nos métiers

1	INTRODUCTION	3
1.1	PREAMBULE.....	3
1.2	CHARTRE POUR LA PROMOTION ET L'EGALITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE	4
1.3	RAPPORT ANNUEL 2017 SUR L'EGALITE PROFESSIONNELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LA FONCTION PUBLIQUE.....	5
2	LES CONSTATS	
6		
2.1	DOCTORAT	6
2.1.1	LE DIPLOME ET LA REFORME LMD.....	6
2.1.2	ABSENCE DE RECONNAISSANCE DU DIPLOME DE DOCTEUR	8
2.1.2.1	QUELQUES EXEMPLES CONCRETS.....	10
2.1.3	ABSENCE DE RECONNAISSANCE DU TITRE DE DOCTEUR POUR LES SCIENTIFIQUES	14
2.2	QUI SONT LES DOCTEURS EN SCIENCES ?	17
2.3	AFFECTATIONS ET DOMAINES DE COMPETENCES	20
2.3.1	DIRECTIVE DGOS 2005-252.....	20
2.3.2	AFFECTATIONS MULTIPLES	21
2.3.3	MISSIONS MULTIPLES ET TRANSVERSALES	22
2.3.4	COMPETENCES ET EMPLOYABILITE DES DOCTEURS.....	22
2.3.4.1	DES CHERCHEURS A PART ENTIERE SOURCE DE REVENUS POUR LES CHU.	24
2.3.4.2	ENCADREMENT ET FORMATION.....	28
2.3.4.3	RESPONSABLES DE SECTEURS DE BIOLOGIE ET /OU DE PLATEAUX TECHNIQUES DE POINTE. ...	28
2.3.4.4	REFERENTS INFORMATIQUES DE POLES DE BIOLOGIE	29
2.4	DISPARITES INTER ET INTRA CHU : DES RECRUTEMENTS NE TENANT AUCUN COMPTE DU DOCTORAT..	30
2.4.1	CONTRACTUALISATION : UN SYSTEME BUDGETAIREMENT INTERESSANT !	30
2.4.2	FINANCEMENTS PERENNES ET NON PERENNES	31
2.4.3	DISPARITE DES REPRISES D'ANCIENNETE.....	33
2.4.4	DISPARITES DES GRILLES INDICIAIRES ET DEROULEMENT DE CARRIERE.	34
2.4.4.1	COMPARAISON DES REMUNERATIONS DES DOCTEURS EN SCIENCES PAR RAPPORT A CELLES DE LA FPH.....	39
		39
2.4.5	DES PROFESSIONNELS SANS « FICHE DE POSTE ».	40
2.4.6	DES PROFESSIONNELS EVALUES SANS ENTRETIEN ANNUEL !	41
2.4.7	DISPARITES DES DUREES DE CARRIERES	42
2.4.8	DES MASTERS PLUS VALORISES QUE DES DOCTEURS	43
2.4.8.1	L'EXEMPLE D'UN CHU DE PROVINCE	44
2.4.9	LE DOCTORAT : UN HANDICAP AU CHU.	45
2.4.10	REPERTOIRE DES METIERS ET DE L'AUTONOMIE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	49
2.5	POSITIONNEMENT HIERARCHIQUE	50
3	NOS DEMANDES.....	53
3.1	RECONNAISSANCE DU DOCTORAT DE SCIENCES DANS LES CONDITIONS D'ACCES A LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.	53
3.2	REDUCTION DES SITUATIONS PRECAIRES.	54
3.3	RECONNAISSANCE D'UN STATUT NATIONAL POUR LES DOCTEUR EN SCIENCES.....	54
3.4	VALORISATION ET RECONNAISSANCE DES PERSONNELS DE RECHERCHE.	55
3.5	HOMOGENEISATION DES GRILLES INDICIAIRES AU NIVEAU NATIONAL	56
3.6	TITULARISATION SUR DES GRILLES COMPATIBLES	56
3.7	PARTICIPATION AUX INSTANCES NATIONALES.....	57
4	CONCLUSION	57

1 Introduction

1.1 Préambule

L'hôpital public est en constante évolution et voit apparaître, depuis une vingtaine 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 – ex-Ministre des Affaires Sociales et de la Santé – déclarait, lors du salon des infirmiers, le 24 octobre 2012, souhaiter « des progrès » dans « **l'identification et la définition des nouveaux métiers** » au sein de la fonction publique hospitalière.

Identification et définition des nouveaux métiers

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 le besoin de reconnaissance et de clarification de notre positionnement mais également sur la **grande disparité - inter et intra CHU -** en termes de **recrutements**, de **reconnaissance** du **diplôme de Docteurs**, de **plans de carrières** et de **traitements indiciaires** entre nos collègues.

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**.

Ce **rapport ne prend, bien évidemment, pas en compte les personnels médecins ou pharmaciens titulaires, en plus de leur thèse d'exercice, d'une thèse de sciences** pour une raison simple : ces personnels Maîtres de Conférence des Universités – Praticiens Hospitaliers (MCU-PH) ou Professeurs des Universités – Patriciens Hospitaliers (PU-PH) **ne sont pas des personnels rattachés à la Fonction Publique Hospitalière** du fait même de leur double valence hospitalière et universitaire.

1.2 Charte pour la Promotion et l'Egalité 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 retenu est en effet celui de l'**exemplarité des employeurs publics** (...) ».

Le Député TOURRET, pointait 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 a été 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. »

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** ».

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

1.3 Rapport annuel 2017 sur l'égalité professionnelle entre les Femmes et les Hommes dans la Fonction Publique

Ces modalités de recrutements exemplaires sont d'ailleurs largement reprises dans le « **Rapport Annuel 2017 sur l'égalité professionnelle entre le Femmes et les Hommes dans la Fonction Publique** »¹

Ce rapport annuel rappelle, dans son paragraphe consacré aux labellisations « Diversité et Egalité professionnelle », que : « En cohérence avec les accords et dispositifs déjà déployés pour **renforcer**

l'exemplarité des employeurs publics et pour moderniser les ressources humaines dans la fonction publique, le Label Egalité professionnelle et le Label Diversité sont des leviers innovants pour **prévenir les discriminations et promouvoir l'égalité professionnelle** et la diversité dans la fonction publique ».

- renforcer l'exemplarité des employeurs publics
- prévenir les discriminations
- promouvoir l'égalité professionnelle

¹ Ministère de l'Action et des Comptes Publics - Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

2 Les constats

2.1 Doctorat

2.1.1 Le diplôme et la réforme LMD

Le 24 avril 2012, 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.

En 2017, **M. Emmanuel MACRON** – dans son programme présidentiel pour la santé – écrivait : « **Nous ferons évoluer les métiers de la santé**. Nous développerons les pratiques avancées, dans un dialogue constructif avec les professionnels de santé, afin que chacun puisse se concentrer sur son cœur de métier. Cette question ne sera plus abordée acte par acte, au détriment de telle ou telle profession ; elle fera l'objet d'une large réflexion et d'expérimentations dans les territoires. Nous adapterons les formations de santé pour répondre aux nouveaux défis et aux attentes des professionnels, comme par exemple l'accès au doctorat à plus de paramédicaux pour développer la recherche et harmoniser les pratiques soignantes. »

« Nous ferons évoluer les métiers de la santé »

« Accès au doctorat (...) pour développer la Recherche »

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**

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.snsh.info/telechargement/Hollande_CP_CNU_vofficielle.pdf

[...] **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 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, qui précèdent le diplôme de **docteur** ⁶. 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

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

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."

contextes professionnels, les avancées technologiques, sociales ou culturelles au cœur d'une économie de la connaissance »⁹ ¹⁰

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. »

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

✚ 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 ».

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 en dehors des personnels médicaux ou pharmaceutiques.

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 à d'autres
professionnels**

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

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>

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

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 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 (...) maître de conférences, chargé de recherches ou, plus tard encore, professeur 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.

C'est dans ce contexte 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 reconnaît leurs capacités 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

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

¹³ Département de l'Information Médicale

grilles indiciaires, sinon **uniques**, du moins **identiques** : « Praticien Hospitalier » (PH) et « Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier » (MCU-PH) dont l'évolution statutaire naturelle sera « Professeur des Universités – Praticien Hospitalier » (PU-PH).

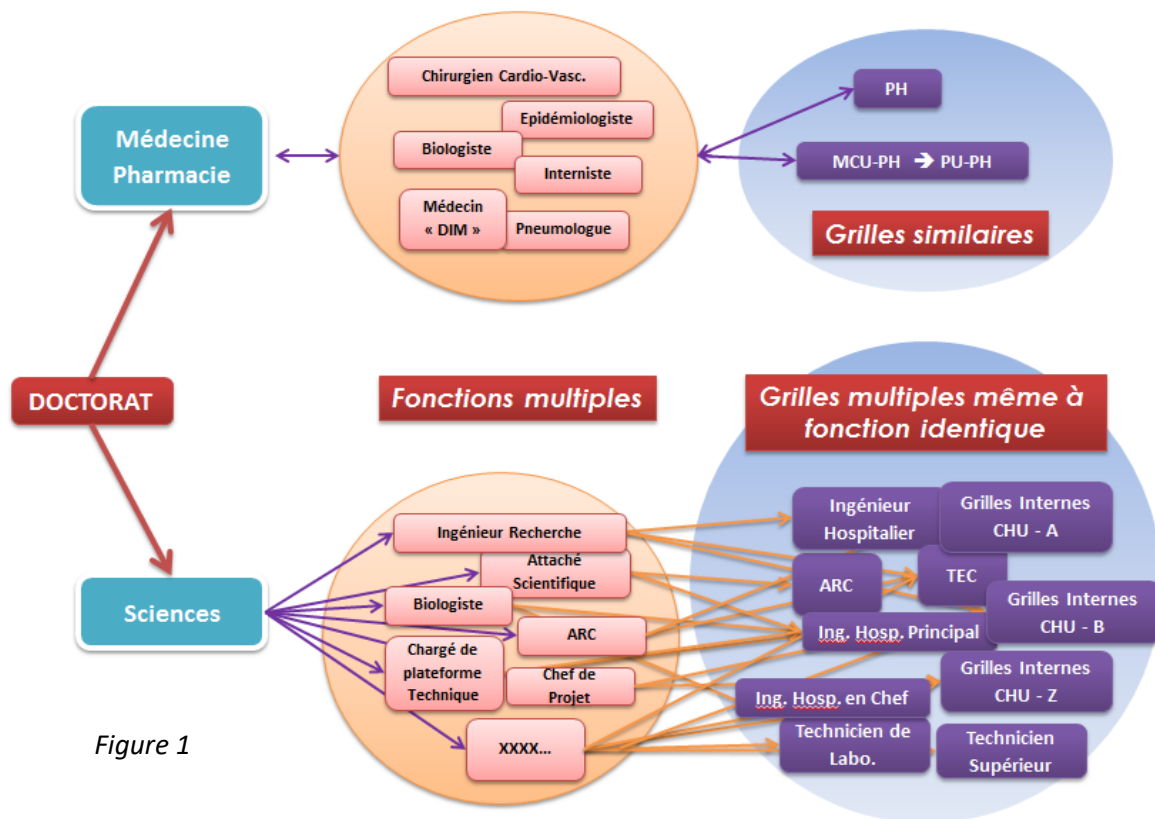


Figure 1

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 ?

2.1.2.1 Quelques exemples concrets

2.1.2.1.1 « Vous avez du Doctorat ? Validez un DUT ! »

« **Vous avez un Doctorat ? Faites un DUT !** ». C'est en résumé les conseils que l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur donnait à l'une de nos collègues, Docteur en Sciences, travaillant en hôpital privé à Marseille ! Son parcours est riche d'enseignement. Il n'est malheureusement pas isolé !

Il démontre clairement que les « scientifiques en biologie médicale qui exercent en milieu hospitalier » ne bénéficient pas « d'une meilleure lisibilité en terme de métier et de compétences » ¹⁴

La preuve !

« Avec un master recherche (Biologie Cellulaire Physiologie et Pathologie spécialité reproduction et développement, Paris VII), un master professionnel (Biologie Cellulaire Physiologie et Pathologie spécialité biologie de la reproduction et Assistance Médicale à la

**Demanderait-on à un
Docteur en Médecine
de passer un Diplôme d'Infirmier ?**

Procréation , Paris V) et un doctorat en sciences avec une spécialisation en biologie de la reproduction (UPMC, ED physiologie physiopathologie, Paris VI) « anomalies génétiques et épigénétiques associées à

l'infertilité masculine », il est devenu impossible de travailler en Assistance Médicale à la Procréation (AMP) en France.

Aucun de ces diplômes n'est reconnu par les instances de tutelle, ou plutôt, ont disparu en même temps que les agréments de la CNMBRDP (Commission Nationale de Médecine et de Biologie de la Reproduction et du Diagnostic Prénatal).

Après la **révision de la loi de la bioéthique de 2004**, c'est l'agence de la biomédecine qui accordait des agréments aux médecins, pharmaciens et à titre exceptionnel aux scientifiques qui avaient toutes compétences pour travailler en AMP, c'est à cela que servait la formation qui nous est proposée.

Depuis juillet 2011 ces agréments n'existent plus.

**Aux Etats-Unis :
78,1 % des directeurs
de laboratoire de
Fécondation
In-vitro sont
Docteurs en
Sciences (PhD)**
Source : « Salary Survey 2012 » Société
américaine des biologistes et techniciens en
biologie de la reproduction (SRBT)

Ce sont les ARS qui autorisent le personnel et qui ont écarté les scientifiques de la liste des profils éligibles pour exercer dans un laboratoire de biologie médicale (public ou privé), en l'occurrence, en laboratoire de fécondation in vitro (FIV).

En France, le Pr. Robert Edwards, (Docteur en Sciences), lauréat du prix Nobel de physiologie et médecine en 2010 pour le développement de la FIV, aurait gentiment été invité à pointer au pôle emploi !

¹⁴ courrier de Mme M. Touraine à M. L. Grandguillaume - Député de la Côte d'Or - 25.09.2014

**En Biologie : entre
Technicien et
Biologiste :
le néant !**

De fait, il **n'existe que 2 profils de personnel** en laboratoire de FIV : les **techniciens** (BTS ou DUT obligatoire, et rien d'autre!) et les **médecins ou pharmaciens biologistes**.

Il n'y a plus aucun poste intermédiaire.

Les scientifiques n'ont donc plus d'existence possible en biologie humaine ¹⁵.

Finalement, 3 ans après avoir été recrutée, je suis toujours en poste mais ne suis légalement pas autorisée à manipuler les gamètes et embryons à des fins thérapeutiques (alors que c'est l'essence même de la discipline !) en l'absence des biologistes responsables.

Afin de « régler » ce problème, **l'ARS me suggère vivement de valider un BTS en faisant valoir mon expérience via une VAE** (validation des acquis de l'expérience) qui est loin d'être une formalité et surtout qui dénigre ma formation.

**Vous avez un Doctorat ?
Validez un DUT !**

Membre des deux plus grandes sociétés savantes internationales de la discipline (American Society for Reproductive Medicine [ASRM] et l'European Society of Human Reproduction and Embryology [ESHRE]), membre de la Fédération Française des Biologistes des Laboratoires d'Étude de la Fécondation et de la Conservation de l'Œuf (BLEFCO), aspirante à la certification européenne d'embryologie clinique, active sur Medline et pourtant : **inéligible en France pour un poste pour lequel je suis formée et compétente !**

Aucune de ces reconnaissances par des pairs n'a de valeur.

Cette décision de ne plus intégrer des scientifiques aboutira à terme à une régression des évolutions thérapeutiques et creusera l'écart déjà existant avec les pays voisins.

En effet, toutes les innovations du développement de la FIV à la vitrification en passant par l'ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection), qui ont marqué l'évolution de la discipline ont été apportées par des scientifiques. Ils sont des acteurs incontournables dans le développement de nouvelles techniques et leur mise en place en routine, et c'est à ce titre qu'ils sont attendus dans tous les laboratoires de fécondation in vitro, sauf en France...

La situation est plus que critique pour les scientifiques qui veulent faire de l'AMP en France. Ce modèle de fonctionnement franco-français va à l'encontre de celui de nos homologues étrangers qualifiés à juste titre de « clinical embryologists ».

Le modèle préconisé par les administrations repose sur un schéma vétuste qu'il serait bon de réactualiser ! »

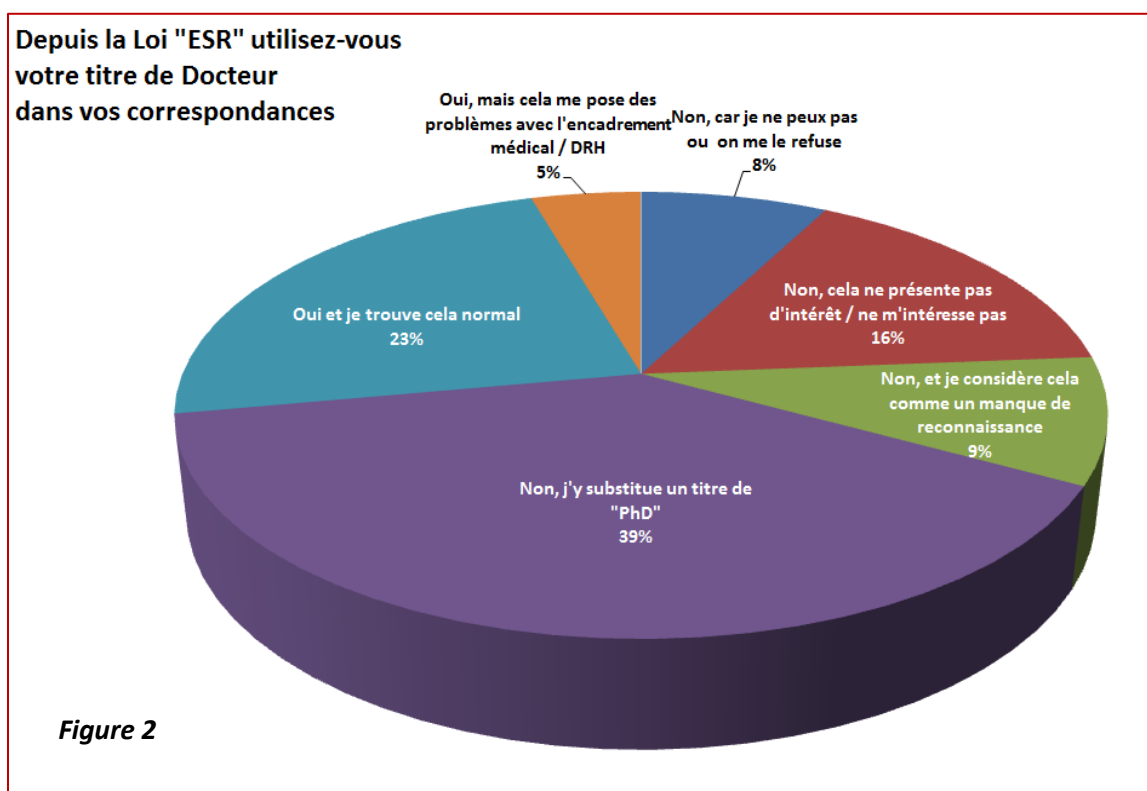
¹⁵ Loi n° 75-626 du 11 juillet 1975 relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale et à leurs directeurs et directeurs adjoints

2.1.2.1.2 Recrutée sur une grille indiciaire d'Agent Médico-Administratif.

Nous pourrions également évoquer le cas de cette autre collègue, qui bien que titulaire d'un doctorat en sciences, **ne parvient pas à faire reconnaître par son administration** – et cela n'est pas un cas isolé – **que ce diplôme équivaut à minima à un diplôme d'ingénieur**. Son administration se borne ainsi à la recruter sur une grille indiciaire d'Agent Médico-Administratif (*anciennement secrétaire médicale*) et ce pour exercer un métier d'Ingénieur de Recherche. Nous évoquions l'équité, l'exemplarité des employeurs publics ?

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 criminelle¹⁶.



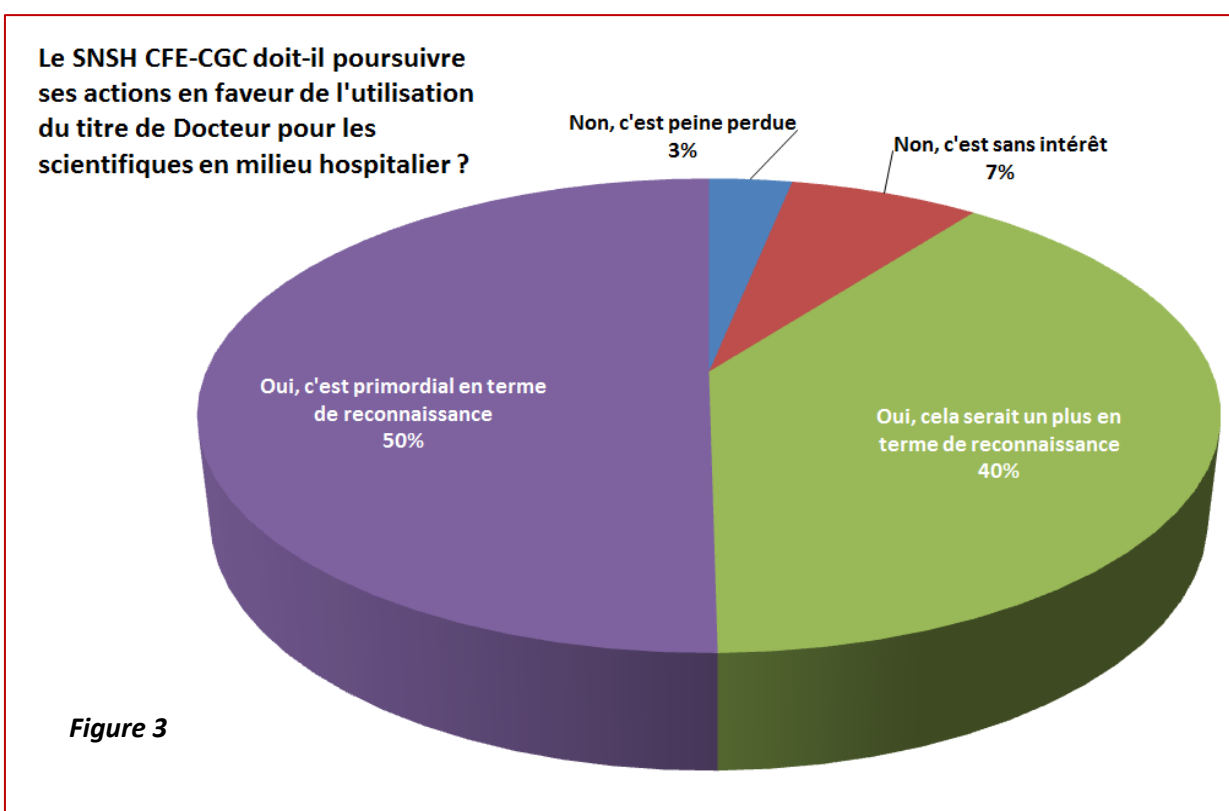
¹⁶ Cf. Annexe 2 - Cour de cassation chambre criminelle - Audience publique du 20 janvier 2009 N° de pourvoi: 07-88122 - Non publié au bulletin

Malgré la législation en vigueur¹⁷, **seuls 23%** de nos collègues **utilisent le titre de Docteur en milieu hospitalier**. Parmi eux **12%** avouent que l'utilisation de ce grade soit leur **pose problème avec l'encadrement médical du service ou leur direction ou qu'on leur refuse simplement**. **Par ailleurs, 39%**, pour la raison qui précède, **y substituent un « PhD » anglo-saxon** (figure 2). Combien de médecins substituent-ils à leur titre de Docteur un « MD » (medical doctor) anglo-saxon ?

Pour 90 % l'utilisation du grade de Docteur est primordial ou constituerait un plus en terme de reconnaissance

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 certains professionnels** ».

Ils sont **90%** (soit 10% de plus qu'en 2012) à **considérer que l'utilisation du grade de Docteur est primordiale ou constituerait un plus en terme de reconnaissance en milieu Hospitalier** (figure 3).



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

¹⁷ Article 78 alinéa 6 de la Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche – NOR: ESRJ1304228L / Arrêt du Conseil d'Etat du 23 mai 2008 (Section du contentieux, sur le rapport de la 5ème sous-section - Séance du 23 mai 2008 - Lecture du 6 juin 2008 - N° 283141) / Pourvoi n°07-88122 du 20 janvier 2009 de la Cour de Cassation Criminelle

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)¹⁸ et du **pourvoi n° 07-88122 de la Chambre Criminelle de la Cour de cassation** – Audience publique du 20 janvier 2009¹⁹ vont dans le même sens.

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

Cet arrêt et ce pourvoi ont respectivement entraîné :

- ✓ la **condamnation du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Paris²⁰, 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” ».**

Si la loi ESR de 2013 ²¹ modifiant l'**article L412-1 du Code de la Recherche** a clarifié les choses quant à l'usage du titre, en précisant que « **Les titulaires d'un doctorat peuvent faire usage du titre de docteur, en en mentionnant la spécialité, dans tout emploi et toute circonstance professionnelle qui le justifient.** », force est de constater que les inerties et les craintes sont encore grandes.

Combien d'années encore faudra-t-il pour que certains membres du corps médical entretiennent, savamment, la confusion sémantique faite entre le grade universitaire de « Docteur » et la profession de « médecin » ?

Combien d'années encore faudra-t-il se voir opposer la possible « **tromperie** » voire « **la confusion préjudiciable aux relations entre professionnels** » ? La tromperie, ou la confusion

¹⁸ Cf. Annexe 2

¹⁹ Cf. Annexe 1

²⁰ au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative, pour méconnaissance de dispositions du décret du 22 juillet 1967

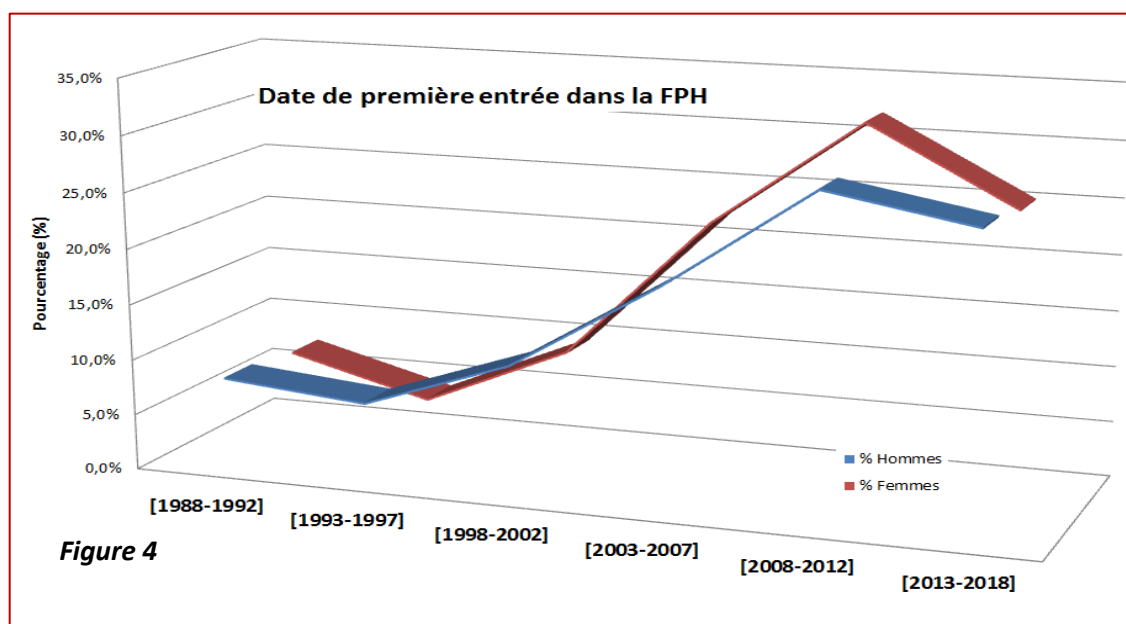
²¹ LOI n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

préjudiciable, serait de se prétendre médecin ou docteur en médecine, alors que nous ne le sommes pas ! ²²

Combien d'années encore faudra-t-il entendre « **Non, ils ne peuvent pas porter le titre de Docteur, ils ne sont pas médecins** » : L'article 29 de la Loi du 29 juillet 1881 précise pourtant que « toute expression qui contient l'imputation d'un fait précis et déterminé de nature à porter atteinte à l'honneur et à la considération de la personne visée constitue une diffamation, même si elle est présentée sous une forme déguisée ou dubitative ou par voie d'insinuation ».

2.2 Qui sont les Docteurs en Sciences ?

Nos données réactualisées 2018 ²³ montrent que les personnels **titulaires de Doctorat en Sciences** dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) sont **majoritairement des Femmes à 67,5%** (pour mémoire, les femmes représentent 77,6% des personnels de la FPH ²⁴) et majoritairement des **diplômés depuis moins de 10 ans** (39,1 % des Femmes et 46,3% des Hommes).



²² Article L4161-1 du Code de la Santé Publique

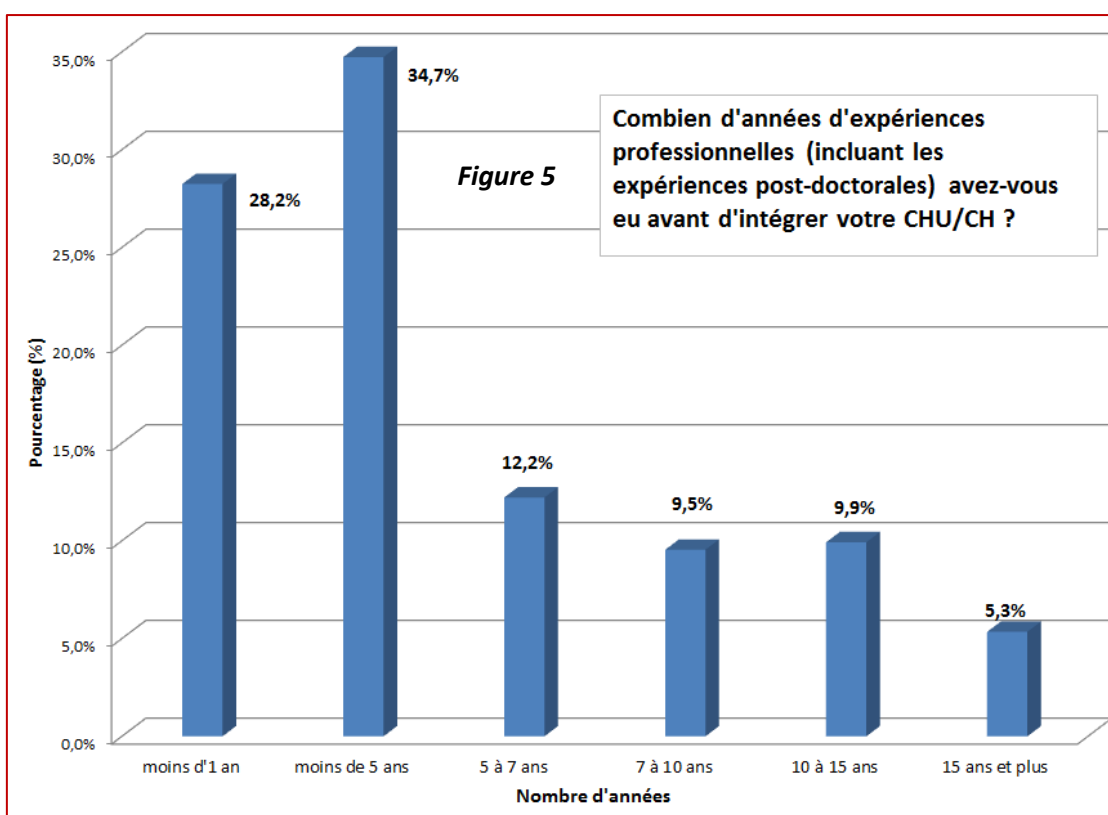
²³ Sondage national « SNSH CFE-CGC » réalisé du 15 février au 7 mars 2018 – statistiques sur la base de 492 réponses de personnels titulaires de doctorat de sciences (hors médecine et pharmacie) exerçant dans la Fonction Publique Hospitalière. Réponses des personnels exerçant dans 28 des 32 Centres Hospitalo-Universitaires et personnels exerçant en Centres Hospitaliers. Taux de réponses supérieur à 11% de la population totale estimée.

²⁴ « Rapport annuel sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique » Edition 2017 - page 71

Par ailleurs, **38,4 %** de nos collègues ont effectué un **post-doctorat à l'étranger** (Femmes : 39,1 % - Hommes 37,1%) et **6,3 %** sont titulaires d'une **Habilitation à Diriger les Recherches (HDR)** (Femmes : 4,5% - Hommes : 10,1%).

Les docteurs en Sciences sont également de jeunes recrutés puisque **56,3%** (Femmes : 57,0 % - Hommes : 54,5%) **ont intégré la Fonction Publique Hospitalière depuis moins de 10 ans** (figure 5), démontrant par là-même le besoin de la FPH pour la mise en œuvre de nouvelles technologies faisant appel à des **compétences et expertises de pointes**.

Leur intégration dans la Fonction Publique Hospitalière a d'ailleurs lieu rapidement puisque **62,9 % l'ont intégrée avec moins de 5 années** d'expérience professionnelle post-doctorat.



Sans surprise, les Docteurs en Sciences de la FPH sont recrutés à **82,1 % en tant que contractuels** (CDD ou CDI). A noter les **disparités significatives Femmes / Hommes** en faveur de celles-ci pour ce qui concerne l'accès à la titularisation : + 6,1% par rapport aux Hommes.)

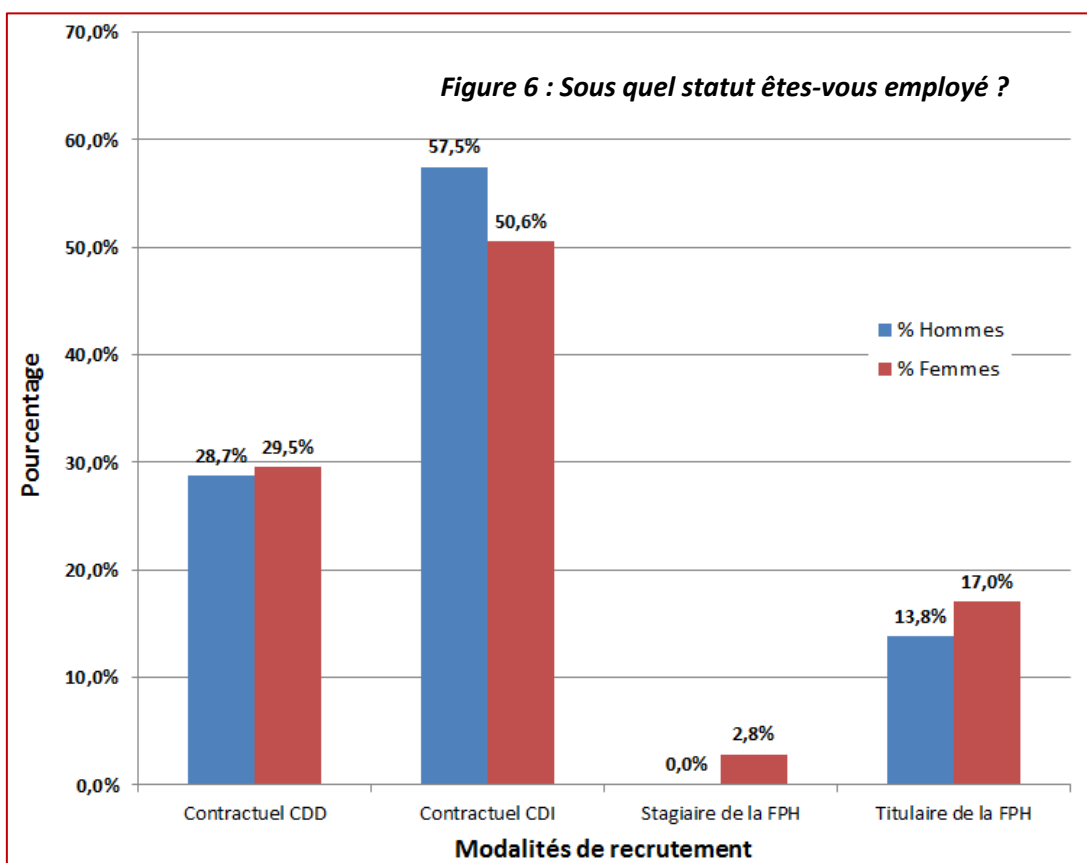


Tableau 1 : Réponses détaillées : Modalités de recrutements

Nombre d'années dans le statut	[1 - 2]	[3 - 5]	[6 - 7]	[8 - 10]	[11 - 15]	[16 - 20]	[21 - 25]	[26 - [	Total
TOTAL	21,7%	28,1%	13,3%	12,9%	10,6%	7,2%	3,4%	2,7%	100,0%
Contractuel CDD	8,7%	12,9%	3,8%	3,0%	-	0,4%	-	0,4%	29,3%
Contractuel CDI	9,5%	11,4%	5,7%	8,0%	8,4%	6,1%	2,3%	1,5%	52,9%
Stagiaire de la FPH	1,9%	-	-	-	-	-	-	-	1,9%
Titulaire de la FPH	1,5%	3,8%	3,8%	1,9%	2,3%	0,8%	1,1%	0,8%	16,0%
Femmes	22,2%	26,1%	14,8%	14,2%	10,8%	6,8%	2,8%	2,3%	100,0%
Contractuel CDD	8,0%	12,5%	4,5%	3,4%	-	0,6%	-	0,6%	29,5%
Contractuel CDI	9,7%	10,2%	6,3%	8,0%	8,5%	5,7%	1,7%	0,6%	50,6%
Stagiaire de la FPH	2,8%	-	-	-	-	-	-	-	2,8%
Titulaire de la FPH	1,7%	3,4%	4,0%	2,8%	2,3%	0,6%	1,1%	1,1%	17,0%
Hommes	20,7%	32,2%	10,3%	10,3%	10,3%	8,0%	4,6%	3,4%	100,0%
Contractuel CDD	10,3%	13,8%	2,3%	2,3%	-	-	-	-	28,7%
Contractuel CDI	9,2%	13,8%	4,6%	8,0%	8,0%	6,9%	3,4%	3,4%	57,5%
Stagiaire de la FPH	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Titulaire de la FPH	1,1%	4,6%	3,4%	-	2,3%	1,1%	1,1%	-	13,8%

2.3 Affectations et domaines de compétences

2.3.1 Directive DGOS 2005-252

En 2005, la Direction de Générale de l'Offre de Soins émettait une circulaire²⁵ « relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique ».

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

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**

²⁵ DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005 « relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique »

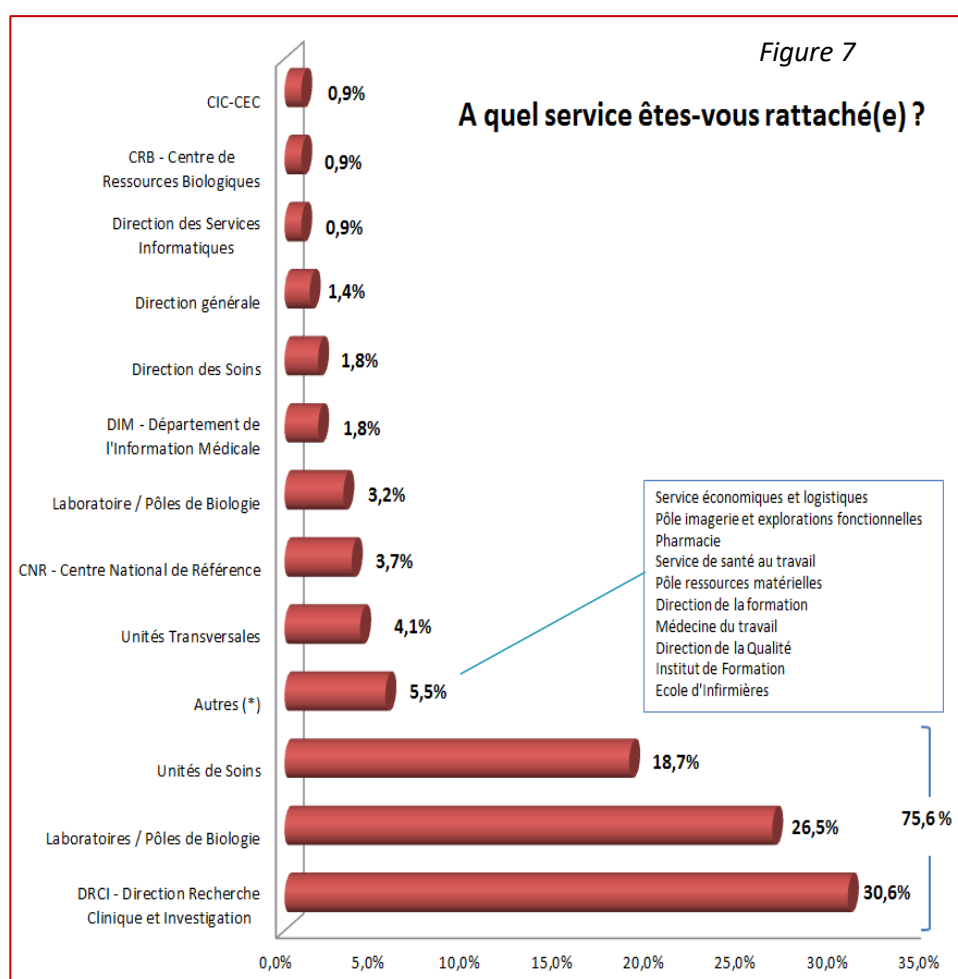
titulaires d'une Licence (BAC+3) ou des scientifiques et ingénieurs titulaires d'un Master (BAC+5).

En l'absence de grilles indiciaires officielles de la Fonction Publique Hospitalière, hors ARC et TRC, **certains 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 termes de diplôme ou de fonction.

2.3.2 Affectations multiples

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

En effet, s'ils y sont **affectés à 30,6 %** (contre 20% en 2012) ils sont également affectés **aux Pôles de Biologie à 26,5 %** (contre 35% en 2012) voire rattachés directement au sein d'**unités de soins 18,7 %** (contre 13% en 2012) (figure 7).



2.3.3 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%)**, l'**encadrement d'étudiants (49,1%)** et **activités transversales (48,7%)**. 21,1% de nos collègues encadrent dans le cadre de leur thèse de sciences des docteurs en médecine ou pharmacie (Tableau 1).

Missions (*)	% 2018	% 2012	Variation %
Conduites de projets	71,1%	71%	+ 0,1%
Encadrement d'étudiants en 1 ^{er} et 2 ^{ème} cycle universitaire	49,1%	37%	+ 12,1%
Activités transversales	48,7%	40%	+ 8,7%
Expertise méthodologique	45,3%	40%	+ 5,3%
Formation ou d'enseignement	44,8%	38%	+ 6,8%
Recherche fondamentale ou appliquée	42,2%	49%	- 6,8%
Encadrement de personnel technique / infirmier	36,2%	50%	- 13,8%
Contrôle qualité	31,5%	NR	NR
Logistique et appui	24,6%	41%	- 16,4%
Encadrement de docteurs en médecine pharmacie dans le cadre de leur thèse de science	21,1%	13%	+ 8,1%
Informatique	21,1%	18%	+ 3,1%
Encadrement d'internes en médecine / pharmacie	19,8%	26%	- 6,2%
Statistiques / biostatistiques	19,4%	NR	+ 19,4%
Biologistes	16,8%	13%	+ 3,8%

Tableau 2

(*) Plusieurs réponses étant possibles, le total est donc supérieur à 100%

(**) (NR : non renseigné)

Ces **missions**, du fait même des **compétences et employabilité** des Docteurs en Sciences, sont évidemment **susceptibles d'évoluer au cours du temps, qui plus est en l'absence de fiches de postes** : cf. paragraphe « 2.4.4.2. Des professionnels sans fiche de poste ».

2.3.4 Compétences et employabilité des Docteurs

Un rapport sur « **Les compétences et employabilité des Docteurs** »²⁶ 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.

²⁶ Avec l'aimable autorisation de « 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 doctorat : terreau très propice au développement de compétences cruciales pour les entreprises.

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.** » ²⁷

Ces compétences sont d'ailleurs en cours de reconnaissance au niveau du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche avec l'ajout du doctorat au **Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP)**.

²⁷ Adoc Talent Management – rapport d'enquête « Compétences et Employabilité des Docteurs » janvier 2012
<http://www.adoc-tm.com/rapport.pdf>

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

2.3.4.1.1 Préambule

83 % des Docteurs en Sciences (contre 42 en 2012) **participent à une activité de recherche médicale** dans le cadre de structures telles que des unités INSERM, CNRS, Centres de Références, voire au sein même de leur service d'affectation.

A **82%** leurs **travaux** sont publiés dans des **revues françaises et internationales**.

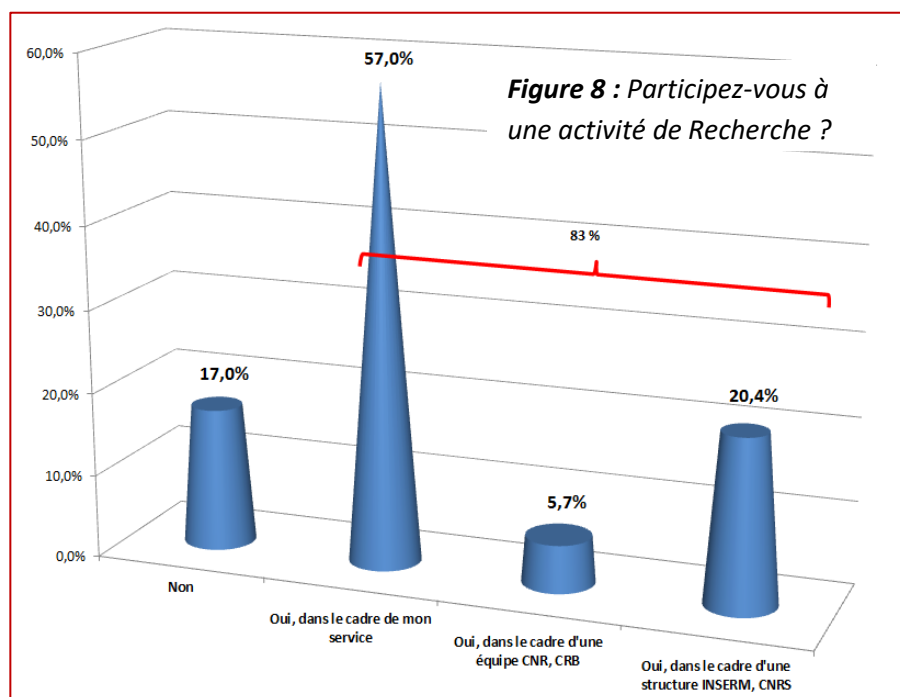
Ils sont, à plus de **45%**, **correspondants scientifiques ou responsables de projets** (PHRC, ANR, projets européens, etc...). Enfin, **10%** de nos collègues sont à l'**origine de dépôt de brevets**, mais sans que ceux-ci ne leur ouvrent droit à rémunération au titre d'inventeur.

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

Seuls 28,4 % (contre 29% en 2012) **figurent de manière systématique sur les publications auxquelles ils collaborent activement**. Ce chiffre est à mettre en rapport avec les **15,6%** de nos collègues qui ne figurent jamais sur les publications auxquelles ils participent parce que leur encadrement de service

ou médical ne le souhaite pas, ou bien encore, **considère les Docteurs en Sciences comme du « personnel technique »** n'ayant pas à figurer sur les publications.

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.



Les Docteurs en Sciences : des catalyseurs de plans de carrière d'autres professionnels ?

2.3.4.1.2 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 points²⁸ (cf ci-contre).

Tableau 3

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

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).

Nombre de points attribués selon la catégorie de la revue

Catégorie de la revue	Points attribués
article de catégorie A	8 points
article de catégorie B	6 points
article de catégorie C	4 points
article de catégorie D	3 points
article de catégorie E	2 points
article de catégorie NC	1 point

Nombre de points attribués selon la position de l'auteur

Position de l'auteur	Points attribués
Premier et dernier auteur	4 points
Second et avant-dernier auteur	3 points
Troisième auteur	2 points
Autres positions en tant qu'auteur	1 point
Participant en tant qu'investigateur	

²⁸ source SIGAPS

2.3.4.1.3 MERRI : Missions d'enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation - valorisation économique

Cette dotation fait partie de la dotation nationale de financement des MIGAC (missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation). Elle est allouée aux établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) aux termes de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. Parmi ces MERRI, celles relatives à la recherche, à l'innovation et à certaines activités de référence regroupent en 2016 : La dotation socle, destinée à financer des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation. Elle est répartie en fonction d'indicateurs de résultats ou de moyens, avec une forte valeur incitative. Les MERRI font parties des Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation (MIGAC).

La partie variable du financement des MERRI est en constante augmentation. Elle représentait 1 571 millions d'euros en 2017.²⁹

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.

2.3.4.1.4 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.

²⁹ Source : Ministère de la Santé

Le logiciel a été mis en place lors de la Tarification à l'Activité (T2A), en partenariat entre le **G**roupement d'**I**ntérêt **P**ublic du **C**entre **N**ational des **G**estion des **E**ssais des **P**roduits de **S**anté (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 :

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

Tableau 4

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 pour 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 €

2.3.4.2 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.

2.3.4.3 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 foetale**, 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

2.3.4.4 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) ³⁰ 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 **prescriptions connectées de demandes d'examens de biologie**, et en **interaction avec les Directions des Systèmes d'Information**.

³⁰ 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

2.4 Disparités Inter et Intra CHU : Des recrutements ne tenant aucun compte du Doctorat

2.4.1 Contractualisation : un système budgétairement intéressant !

Les **Docteurs en Sciences** travaillant dans les hôpitaux publics sont à **82,1 % des contractuels** (cf. figure 6). Ils **obéissent aux règles régissant la fonction publique mais ne bénéficient pas des avantages et de la protection dont jouissent leurs collègues fonctionnaires.**

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 principale, 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.

- **nivellement par le bas des rémunérations**

- **du personnel économiquement très avantageux !**

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 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.**

La déclaration, en 2016³¹, à l'APM News de **Mme FAGE-MOREL – Directrice des Ressources Humaines du CHU de Bordeaux** – est à ce titre riche d'enseignement : « Bien sûr, [le recours aux contractuels] est **très favorable pour nous** (...) Il accorde "une grande souplesse" dans la gestion, **en plus d'être "intéressant budgétairement" en écartant un "certain nombre de primes réservées aux statutaires".** Par ailleurs, si un agent contractuel est généralement recruté à un salaire plus élevé que celui d'un agent statutaire, **son GVT** (glissement, vieillissement, technicité) **reste plus faible** ". **Son déroulé de carrière est donc "de toute façon moins intéressant que celui des titulaires"**, en particulier en l'absence de régime

³¹ Dépêche APM-News du Lundi 25 janvier 2016 « Contractuels dans la FPH: une modalité à utiliser avec parcimonie (DRH du CHU de Bordeaux) »

indemnitaire. **Or, en période de resserrement budgétaire, "les agents sont énormément demandeurs" de lisibilité et d'équité dans leur rémunération et celle de leurs collègues. Lorsqu'à "fonction égale les rémunérations sont très différentes", le climat social se dégrade ».**

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. Parfois même, des personnels figurant sur des grilles étaient « oubliés » et restaient perpétuellement à leur échelon d'embauche.

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

2.4.2 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 qualifiés, en tant que contractuels.**

**- nivellement par le bas
des rémunérations**

**- du personnel
économiquement
très avantageux !**

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 2017 ³² à plus de **90,4 M€** (contre 80 M€ en 2011 ³³) :

- **PHRC-N**(ational) : 62.470.486 €
- **PHRC-K**(ancérologie) : 21.888.454 €
- **PRT-S** (programme de recherche translationnelle en santé) : 410.923 €
- **PRT-K** (programme de recherche translationnelle en cancérologie) : 2.825.207 €
- **PHRIP** (programme hospitalier de recherche infirmière - paramédicale) : 2 849 797 €

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

Devant les 2^{èmes} états généraux infirmiers, le **Directeur Général de l'Offre de Soins** déclarait : *« 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 »* ³⁴.

Qu'en sera-t-il des Docteurs en Sciences partie prenantes de ces protocoles hospitaliers ? Qu'en sera-t-il de nos collègues infirmiers titulaires d'un doctorat ?

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 est bénéfique 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.**

³² Sources 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://goo.gl/3MaFyX>

³³ APM News vendredi 7 décembre 2012- « Les CHRU ont amélioré leur productivité en 2011 » - 13^{ème} assises hospitalo-universitaires.

³⁴ APM News – 4 décembre 2012 « Le ministère de la santé veut mieux rémunérer la coopération entre professionnels de santé ».

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 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.

2.4.3 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 (...)** » ³⁵

³⁵ 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.

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 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^{36,37,38,39,40,41,42}, voire certains arrêts du Conseil d'Etat⁴³, 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.

2.4.4 Disparités des grilles indiciaires et déroulement de carrière.

Plus de 61 % (plages de réponses « 1-absolument pas » à « 3 » – figure 9) de nos collègues considèrent que **les Directions des Ressources n'ont tenu aucun compte de leur Doctorat lors de leur recrutement**. Il est à noter que ce taux de réponse est en **très forte dégradation par rapport à 2012 où le taux de 61% couvrirait la plage de réponses de « 1- absolument pas » à « 5 »**.

Ce ressenti est à mettre en parallèle avec celui de la reconnaissance au sein même de nos services d'affectation puisque à 51,5 % nos collègues considèrent que leur diplôme est pris en compte (plages de réponses « 7 » à « 10 – Oui, tout à fait ! ») (figure 9).

³⁶ Décret 2006-227 du 24 février 2006 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires hospitaliers de catégorie C.

³⁷ 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.

³⁸ 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

³⁹ 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

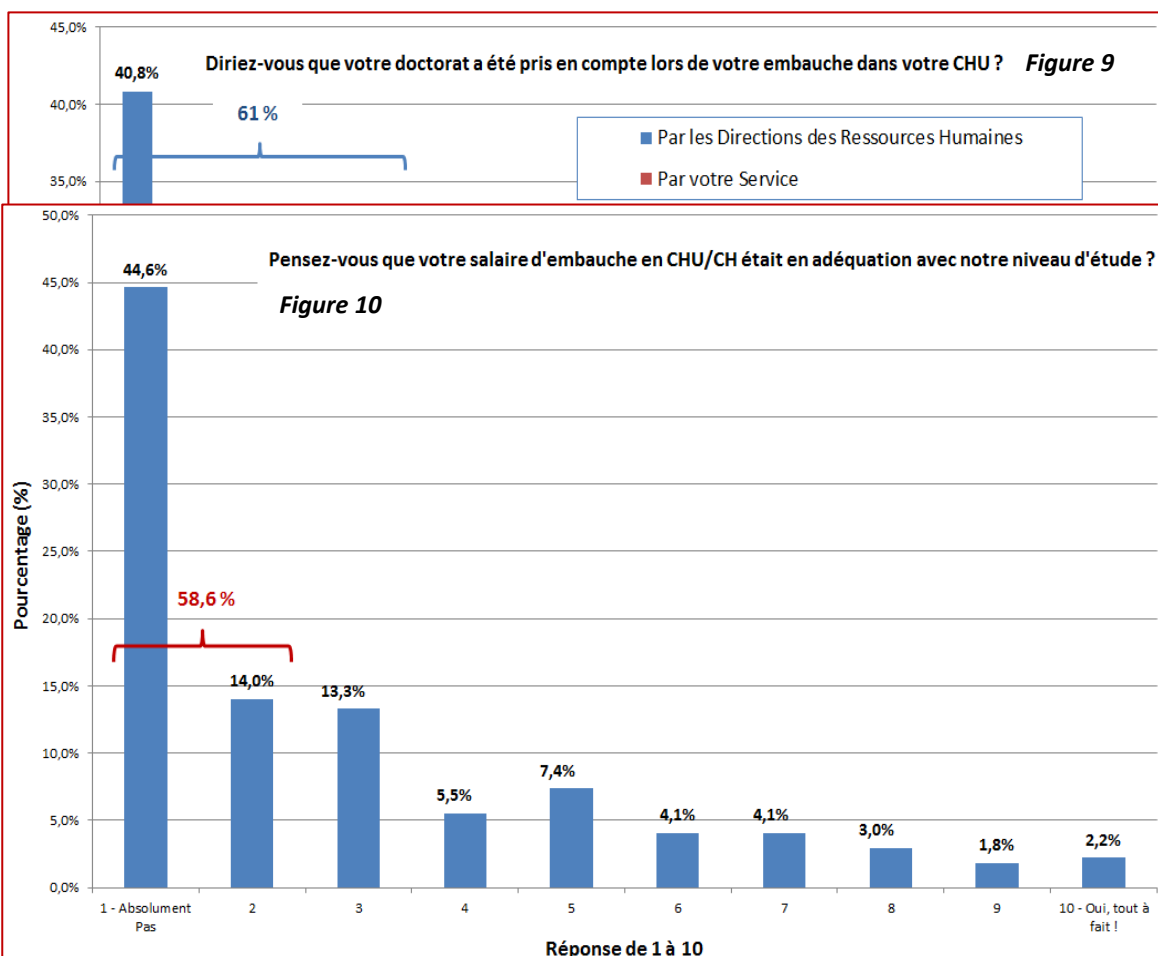
⁴⁰ Arrêté du 3 août 2007 fixant la liste des professions prises en compte pour le classement dans le corps des attachés d'administration hospitalière

⁴¹ Arrêté du 3 août 2007 fixant la liste des professions prises en compte pour le classement dans le corps des attachés d'administration hospitalière.

⁴² 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.

⁴³ 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.

Ils sont également à plus de **58,6 %** (plage de réponses de « 1-absolument pas » à « 2 ») 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 **43%** (contre 40% en 2012) des Docteurs en Sciences de la Fonction Publique Hospitalière sont recrutés sur des grilles indiciaires d'**Ingénieurs Hospitaliers** auxquelles sont **également rattachés des Master (BAC+5)**, montrant que les **CHU, dans leur recrutement, ne tiennent pas compte, des qualifications et des diplômes** et ce de manière concordante par rapport au ressenti pointé en figure 9.

Ils ne sont plus que **5,56 %** (contre 11% en 2012) à être recrutés sur des grilles d'**Ingénieurs en Chef de Classe Normale** et également **5,56 %** (contre 9,8 % en 2012) à être recrutés sur des grilles d'**Ingénieurs Hospitaliers en Chef de Classe Exceptionnelle**, démontrant par là même une **détérioration des conditions de rémunération des Docteurs en Sciences**, et un nivellement par le bas de rémunérations.

Grilles Indiciaires de rémunération	Hommes	Femmes	Total
Cadre de Santé (IM 390 - 621)	-	1,10%	0,74%
Cadre Supérieur de Santé (IM 534 - 652)	3,37%	1,10%	1,85%
Chargée d'études / Mission	1,12%	0,55%	0,74%
Directeur des soins (Grille FPH)	-	0,55%	0,37%
Grilles locales	4,49%	3,87%	4,07%
Grilles Locales d'ARC	3,37%	3,87%	3,70%
Grilles Locales de TEC	-	0,55%	0,37%
Grilles Locales d'Ingénieur de Recherche	2,25%	4,42%	3,70%
Infirmier (Grille FPH)	1,12%	1,10%	1,11%
Ingénieur Hospitalier (Grille FPH)	41,57%	43,65%	42,96%
Ingénieur Hospitalier Principal (Grille FPH)	15,73%	11,05%	12,59%
Ingénieur Hospitalier en Chef de Classe Normale (Grille FPH)	5,62%	5,52%	5,56%
Ingénieur Hospitalier en Chef de Classe Exceptionnelle (Grille FPH)	10,11%	3,31%	5,56%
Ingénieur Principal (Grille AP-HP)	-	0,55%	0,37%
MCU-PH	1,12%	2,21%	1,85%
Psychologue (Grille FPH)	3,37%	2,21%	2,59%
Radiophysicien	1,12%	0,55%	0,74%
Rééducation	1,12%	-	0,37%
Sans réponse	3,37%	8,29%	6,67%
Technicien supérieur hospitalier (IM 314 - 473)	1,12%	5,52%	4,07%
Tableau 5 Grilles indiciaire de rémunération des Docteurs en Sciences	100,00%	100,00%	100,00%

A noter que **4,07 % des Docteurs en Sciences** peuvent même être recrutés sur des **grilles indiciaires très inférieures : Technicien Supérieur Hospitalier**, démontrant tout à la fois :

**4,07 % des Docteurs
recrutés
en tant que techniciens
supérieurs !**

✚ 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 **6,67 %** (contre 21% en 2012) 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 !

**6,7 % des Docteurs en
Sciences ne connaissent pas
leur grille indiciaire de
recrutement**

Si pour :

✚ **55%** (contre 46% en 2012) **des Docteurs en Sciences les changements d'échelons dans les grilles indiciaires se font à la durée moyenne de l'échelon ;**

✚ **36,2%** (contre 27% en 2012) sont obligés de **solliciter leur chef de service ou la DRH**

pour un changement d'échelon ;

- ✚ **8,7%** (contre 11% en 2012) 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**, incontestablement liées à la contractualisation :

- ✚ 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 !

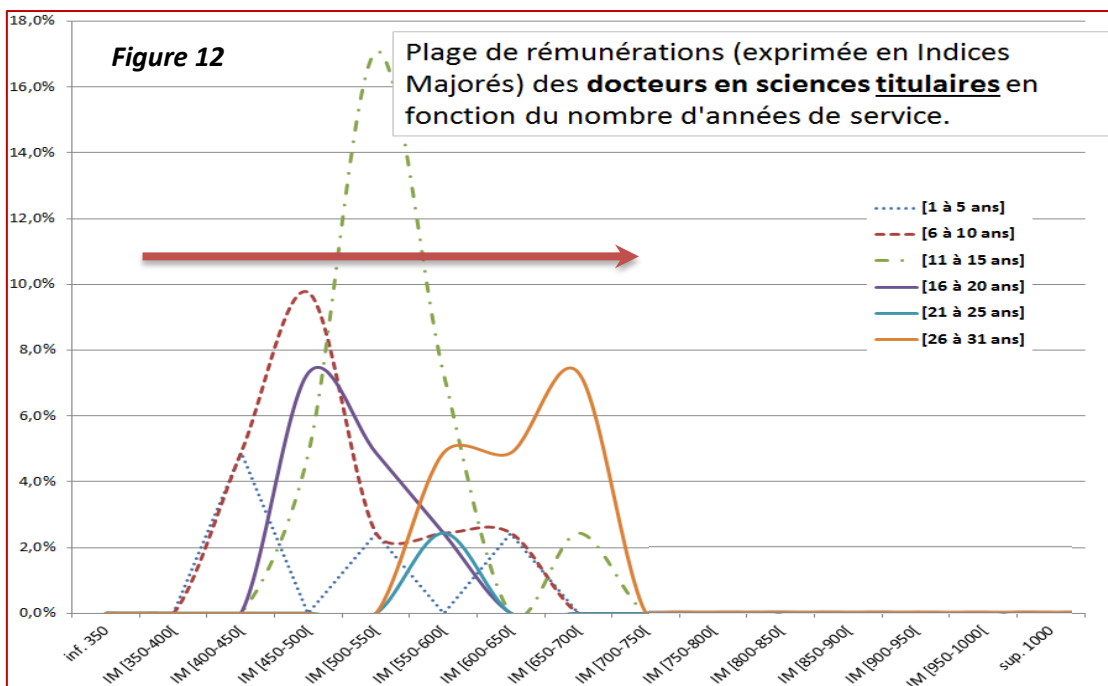
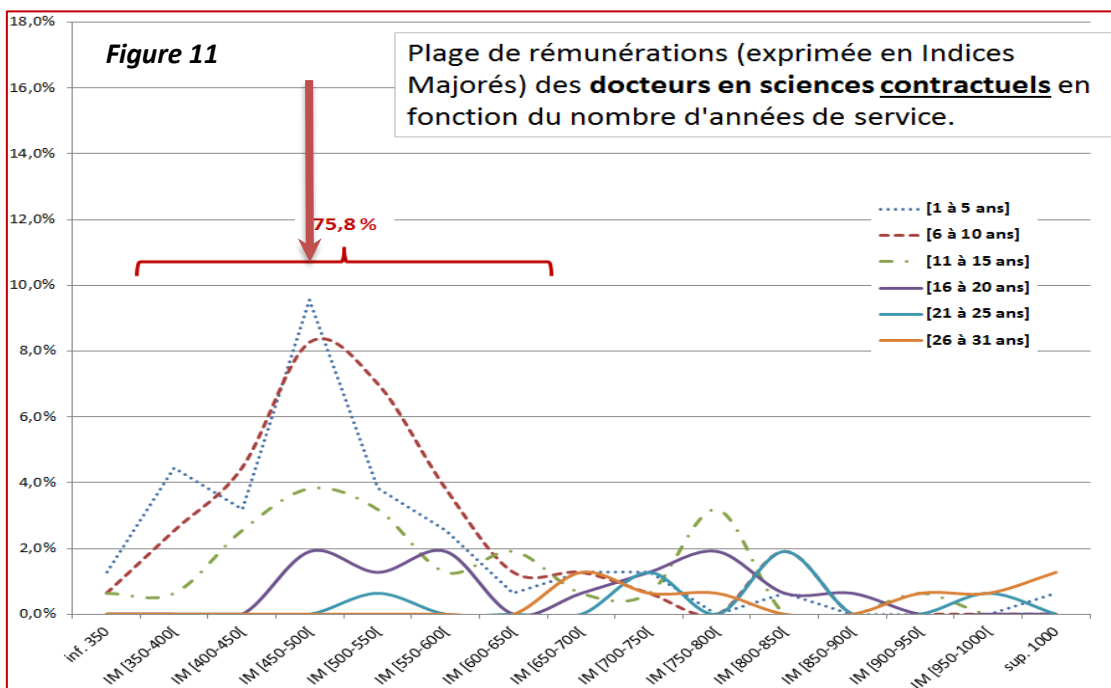
Il est également intéressant de **comparer les modalités de rémunération des personnels contractuels par rapport à celle des titulaires.**

Les figures suivantes (figures 11 et 12) impliquent une double lecture : horizontale et verticale.

Concernant les contractuels (figure 11) : une lecture verticale met clairement en évidence une **concentration importante des rémunérations** centrée sur les Indices Majorés [450-500] et ce **pour des durées de carrières pouvant varier entre 1 et 25 ans !**

Une lecture horizontale montre quant à elle que, **à ancienneté équivalente, de très forte disparités et dispersion des salaires** (mises en évidence par le très grand étalement des courbes).

Concernant les **personnels titulaires (figure 12)** ces disparités sont lissées et gaussiennes indiquant un moindre effet de disparité. On note également en lecture horizontale le **glissement normal d'une population d'ancienneté équivalente dans les Indices Majorés croissants.**



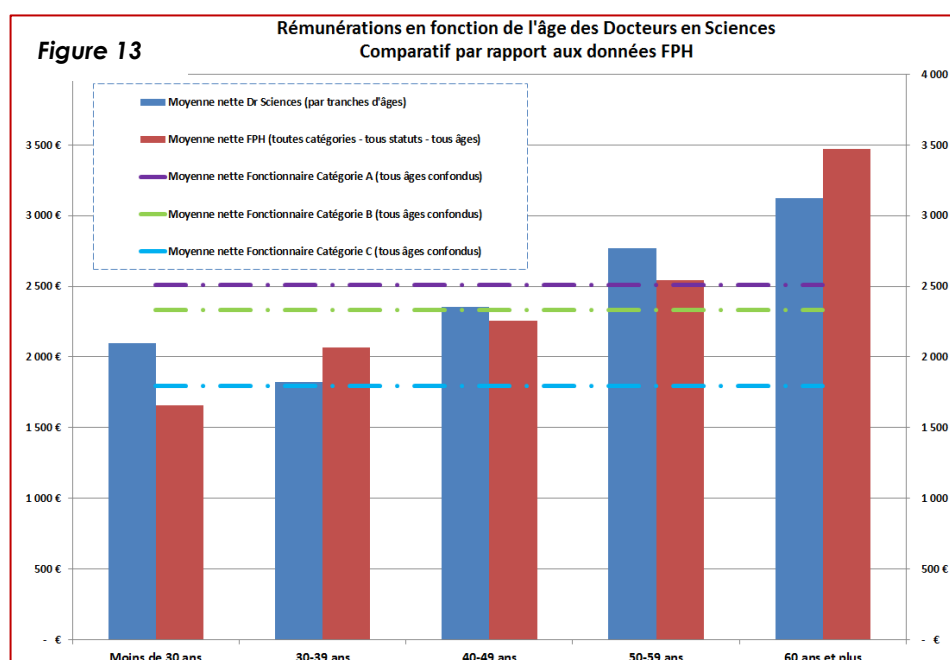
La contractualisation des personnels est donc génératrice d'iniquités et de disparités de plans de carrières à métier et fonctions équivalentes pour les Docteurs en Sciences ! L'existence de statuts locaux, qui auraient dû être abrogés depuis la Loi de Modernisation de la Fonction Publique, n'est sans doute pas sans rapport. Pourtant, l'article 49 de cette 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 2008.⁴⁴

⁴⁴ 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

2.4.4.1 Comparaison des rémunérations des Docteurs en Sciences par rapport à celles de la FPH.

Il est intéressant de comparer les rémunérations des Docteurs en Sciences sur la base de celles de la Fonction Publique Hospitalière.

Il est à noter que si le **salaire net mensuel des Docteurs en**



Sciences de moins de 30 ans semble supérieur au salaire net mensuel moyen de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), pour cette même tranche d'âge (calculée sur toute les catégories - tous statuts)⁴⁵, celui-ci n'en demeure pas moins **inférieur au salaire moyen net mensuel des catégories C entre 30 et 39 ans et celui des catégories B jusqu'à 49 ans.**

Si la tranche d'âge 50-59 ans dépasse le salaire moyen net mensuel de la FPH cette tendance est inversée pour la tranche d'âges supérieurs à 60 ans.

⁴⁵ Source INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3313658> : Catégories C = 50 % de la FPH ; Catégories B = 25 % et Catégories A = 25 %)

Il est utile de conserver à l'esprit que ces **Docteurs en Sciences** - contractuels pour 81% d'entre eux - ne perçoivent majoritairement **pas de primes** (90,4% ne perçoivent pas de prime d'encadrement et 86,4% ne perçoivent pas de prime de service ou autre) et que le **calcul de leur retraite se fera sur la base des 50% des 25 meilleurs années** pour des personnels ayant commencé à travailler – au mieux – aux environs de 27-28 ans !

2.4.5 Des professionnels sans « fiche de poste ».

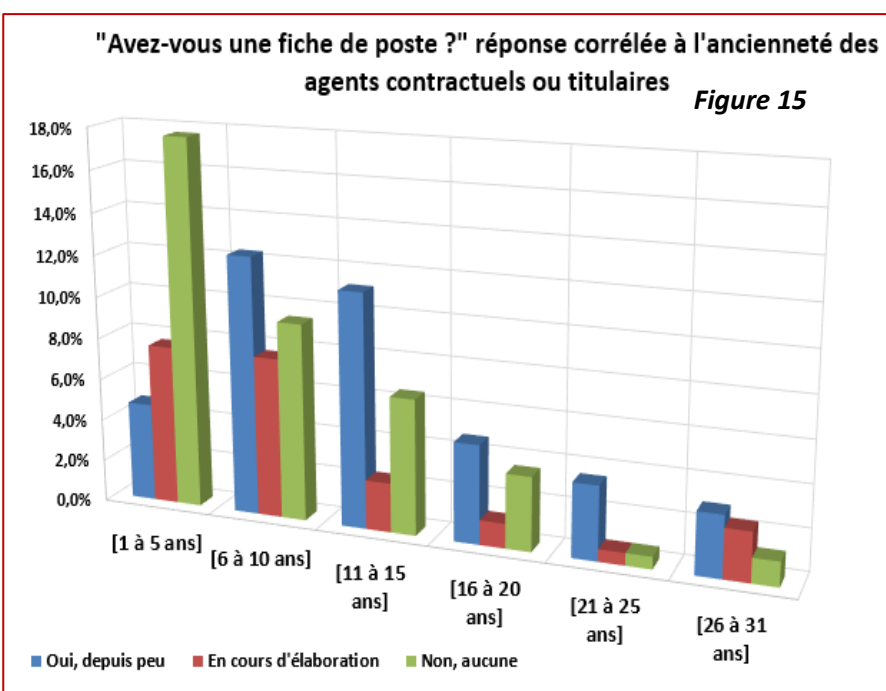
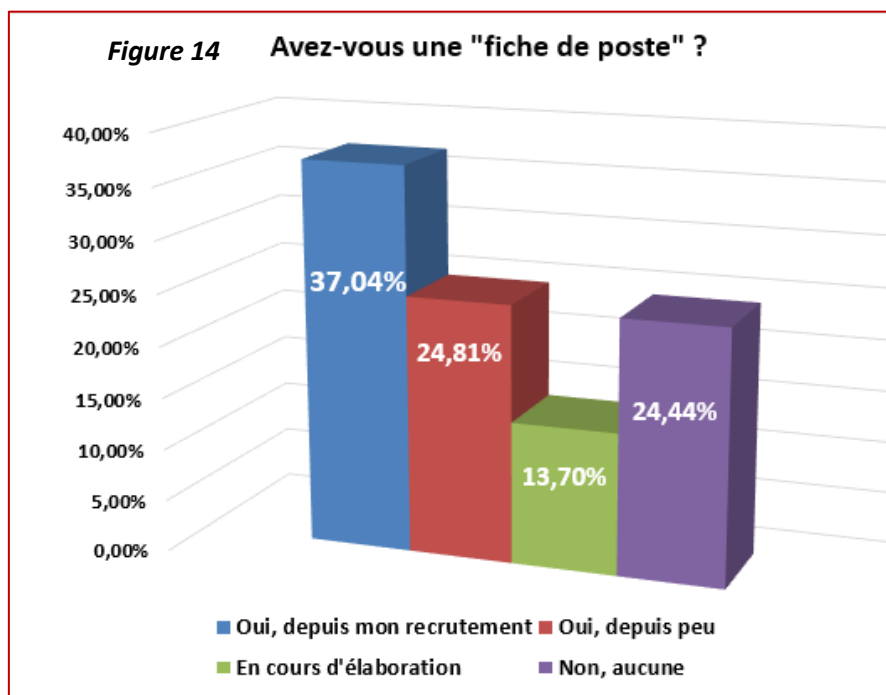
Cela pourra sans doute être considéré comme paradoxal, mais **seuls 37,04 %** de nos collègues possèdent une **fiche de poste** clairement établie depuis leur recrutement en CHU / CH.

Ces fiches de postes sont parfois établies - souvent par eux-mêmes - dans

l'urgence et par la nécessité de visites d'organismes certificateurs ou accréditeurs externes type « COFRAC » ou autres.

A noter également que **21,2% des agents ayant entre 6 et 31 ans de présence ne possèdent toujours pas de fiche de poste !**

Cette absence de fiche de poste est à notre sens très révélateur. L'absence de missions clairement délimitées à un périmètre lors de l'embauche permet à l'encadrement, qui plus est pour ce qui



concerne des personnels contractuels, toute latitude pour **fixer de nouvelles missions et ce au bénéfice de l'institution et parfois au détriment de nos collègues, sans référence aucune possible à un document initial, puisqu'inexistant !**

A noter également que pour les 61,85 % de collègues possédant une fiche de poste, **seules 40,2 % de celles-ci sont validées par les Directions des Ressources Humaines.**

Validation de votre fiche de poste !	Point A
Uniquement au niveau de votre service	36,1 %
Au niveau de votre service puis de votre pôle uniquement	16,0 %
Validée par la Direction / Pôle des Ressources Humaines	40,2 %
Autre	7,7 %

Tableau 6 : validation des fiches de postes

2.4.6 Des professionnels évalués sans entretien annuel !

Le décret n° 2015-1434 ⁴⁶ étend l'**entretien annuel d'évaluation** à tous les agents contractuels recrutés par contrat à durée déterminée de plus d'un an. L'article 4 de ce même décret précise que « *Les agents recrutés pour faire face à un besoin permanent par contrat à durée indéterminée ou par contrat à durée déterminée supérieure à un an bénéficient chaque année d'un entretien professionnel qui donne lieu à compte rendu* ».

Comme le rappelle le décret, l'entretien porte principalement sur les points suivants :

- 1° Les **résultats professionnels obtenus** par l'agent eu égard aux objectifs qui lui ont été assignés et aux conditions d'organisation et de fonctionnement du service dont il relève ;
- 2° Les **objectifs assignés à l'agent pour l'année** à venir et les perspectives d'amélioration de ses résultats professionnels, compte tenu, le cas échéant, des perspectives d'évolution des conditions d'organisation et de fonctionnement du service ;
- (...) 6° Les **besoins de formation** de l'agent en regard notamment aux missions qui lui sont imparties, aux compétences qu'il doit acquérir et à son projet professionnel ;

⁴⁶ Le décret n° 2015-1434 du 5 novembre 2015 portant diverses dispositions relatives aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière

7° Ses perspectives d'évolution professionnelle et notamment ses projets de préparation aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique

Comme le montre la figure ci-contre, **41,54%** des Docteurs en Sciences **ne sont jamais évalués** de manière annuelle et systématique.

A noter que **30 % sont évalués sans échanges et dialogue avec leur supérieur hiérarchique**, lequel porte une appréciation sur leur carrière « *sur un coin de bureau* » en quelques

minutes, pour **expédier des formalités administratives de notation annuelle**, sans la moindre préoccupation du déroulé de carrière de nos collègues comme l'y oblige pourtant l'alinéa 7 de l'article 4 du décret 2015-1424 !

L'absence d'évaluation professionnelle va non seulement à l'encontre des décrets en vigueur, mais surtout ne permet ni de fixer des objectifs au professionnel, ni même d'envisager, pour les personnels contractuels, leur préparation aux concours de la Fonction Publique Hospitalière !

2.4.7 Disparités des durées de carrières

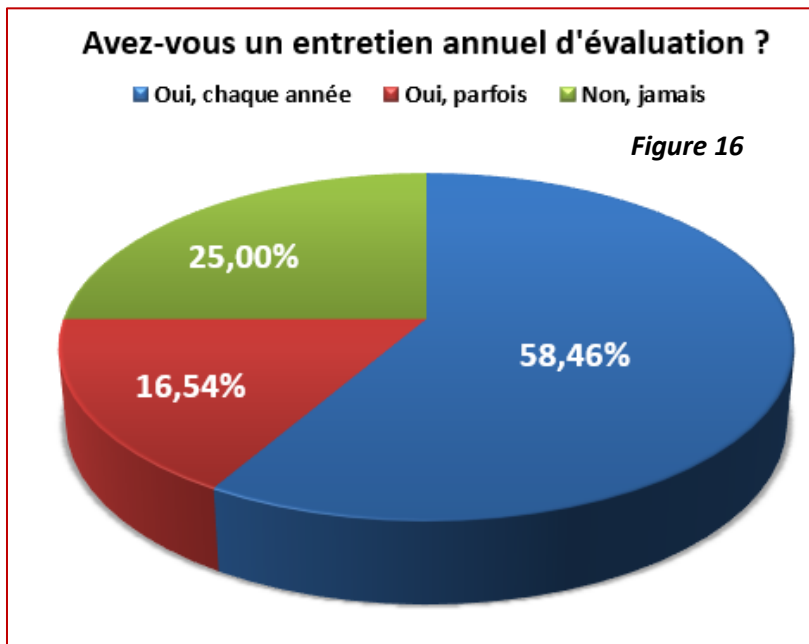
Les grilles indiciaires de recrutement elles-mêmes – lorsqu'elles existent ou sont connues – traduisent cette disparité dans la durée du déroulement de carrières.

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

🚦 de 84 mois

🚦 à 306 mois

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



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.

2.4.8 Des Masters 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 ».

**Pas d'assimilation
sémantique abusive :**

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.
- **l'assimilation sémantique abusive de la fonction « d'Ingénieur » avec le diplôme ;**

Diplôme = Grade

Docteur ≠ Ingénieur

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

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 1991⁴⁷ 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,

⁴⁷ 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 »

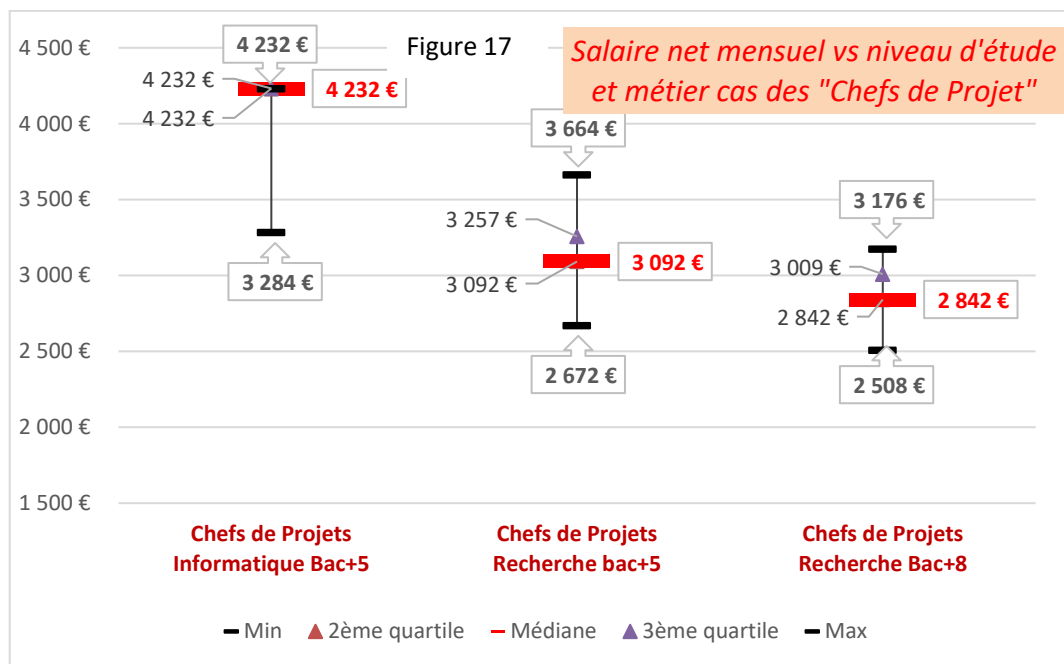
chimie biologique, électronique, génie civil, génie sanitaire, génie électrique, sécurité, agroalimentaire, organisation et méthodes. »

2.4.8.1 L'Exemple d'un CHU de province

2.4.8.1.1 La rémunération dépend-elle réellement du métier exercé ?

2.4.8.1.1.1 « Chefs de Projets »

Nous avons comparé le salaire net mensuel en fonction du niveau d'étude pour le **métier de Chef de Projets**.



Sont représentées sur ces graphiques les valeurs suivantes exprimées en rémunération nette mensuelle (€ur) de haut en bas : rémunération maximale, le 2^{ème} quartile, médiane (en rouge) 3^{ème} quartile et rémunération minimale. 50% de la population étudiée est comprise entre les 2^{ème} et le 3^{ème} quartile.

Nous constatons une **différence entre les Chefs de Projets Recherche** (quel que soit le niveau d'étude) dont la médiane de rémunération (3.092 € et 2.842 €) est **au moins inférieure de 1.140 €** à la rémunération minimale des **Chefs de Projets Informatiques** dont 50% d'entre eux ont une rémunération de **4.232 €** (médiane, 2^{ème} et 3^{ème} quartiles étant identiques).

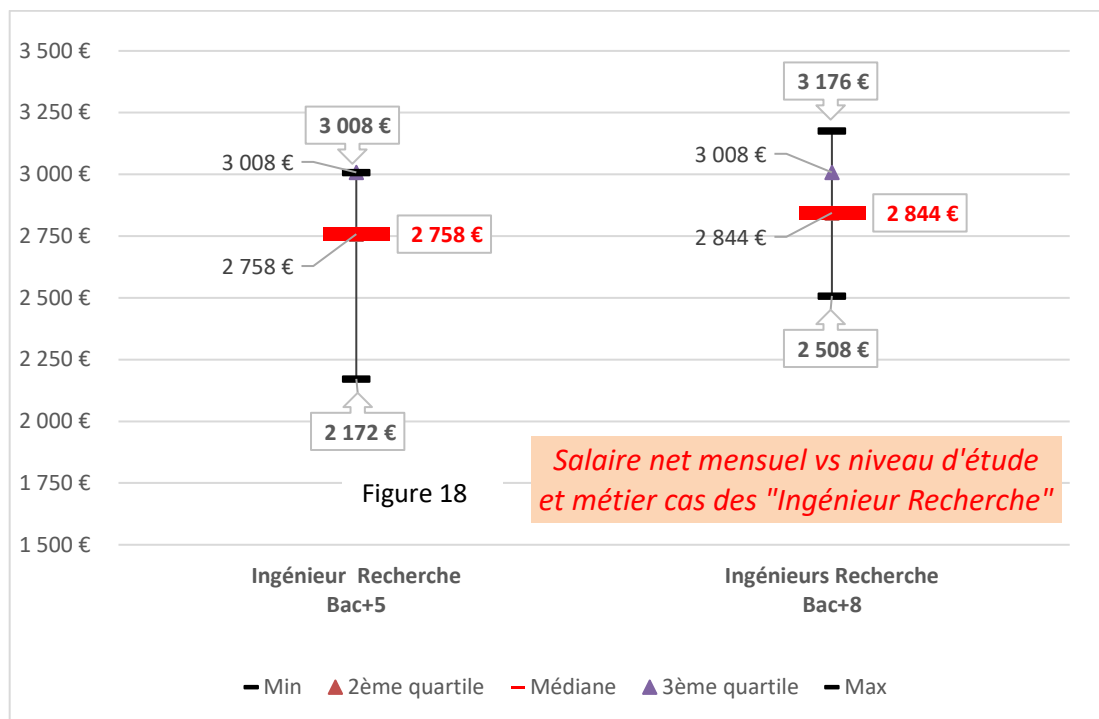
Les **Chefs de Projets de Recherche Bac+8** ont une **rémunération inférieure 1.390 €** net mensuels **par rapport à celle des Chefs de Projets Informatiques, Master 1 ou 2.**

Comment **s'explique** la **différence de traitement** entre les « Chefs de Projet Informatique » et les « Chefs de Projet de Recherche Clinique » ? En tout état de cause, **pas par la durée de service** puisque cette dernière est de 13 ans pour les « Chefs de Projets Informatique » et 14 ans pour les « Chefs de Projets Recherche Clinique ».

Cette situation serait-elle un cas particulier ?

2.4.8.1.1.2 « Ingénieurs de Recherche »

Alors, comparons, la situation des **Ingénieurs de Recherche Master 2 vs Bac+8** (chiffres issus d'un CHU de province)

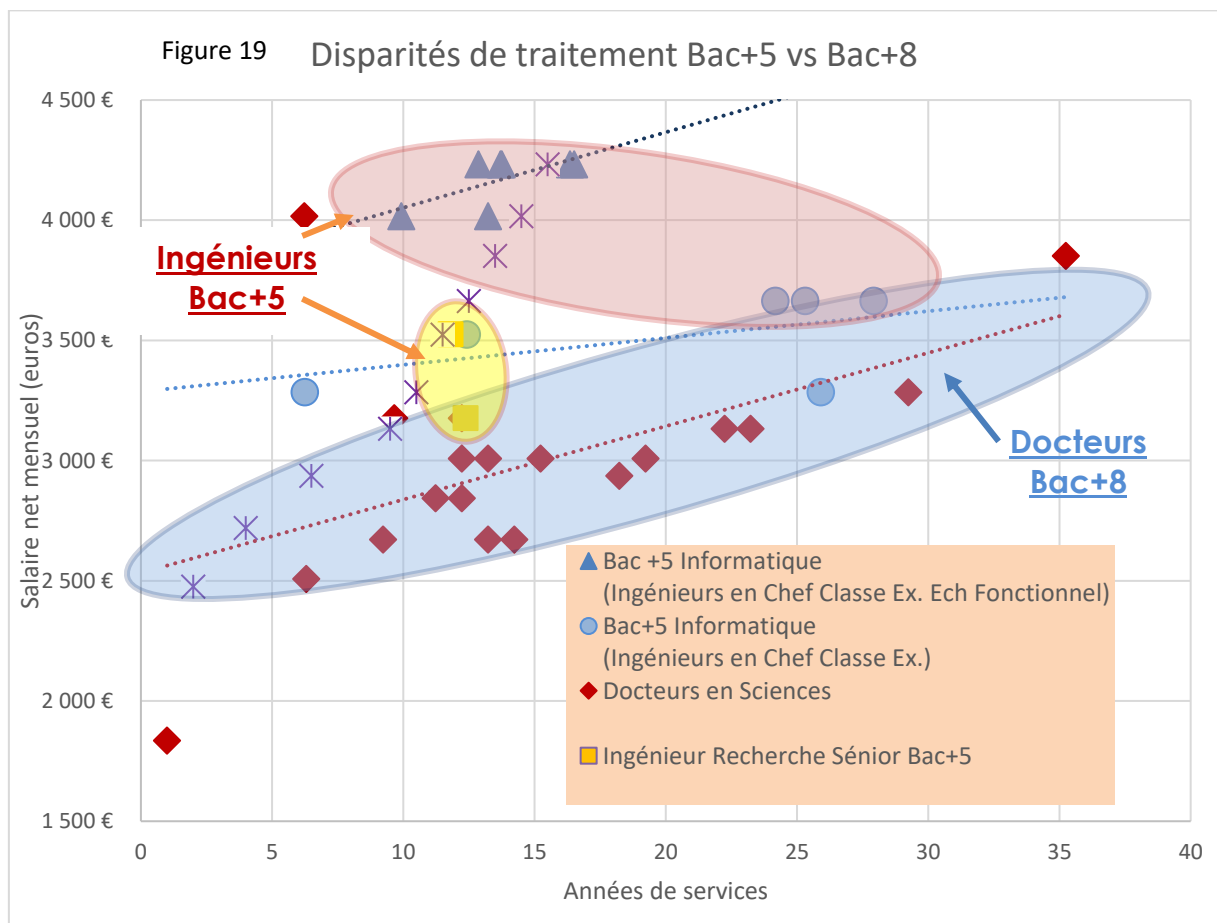


Sont représentées sur ces graphiques les valeurs suivantes exprimées en rémunération nette mensuelle (€ur) de haut en bas : rémunération maximale, le 2ème quartile, médiane (en rouge) 3ème quartile et rémunération minimale. 50% de la population étudiée est comprise entre les 2ème et le 3ème quartile.

Pour ce qui concerne les **Ingénieurs de Recherche**, il est à noter une quasi **égalité de rémunération entre les Master 2 (Bac+5) et les Docteurs (Bac+8)**, alors même que les Master 2 ne sauraient être considérés comme des chercheurs, ces derniers n'ayant pas au cours de leur parcours universitaire été formés « à la recherche et par la recherche » comme c'est le cas des titulaires de doctorat, dont c'est clairement le métier.

2.4.9 Le doctorat : un handicap au CHU.

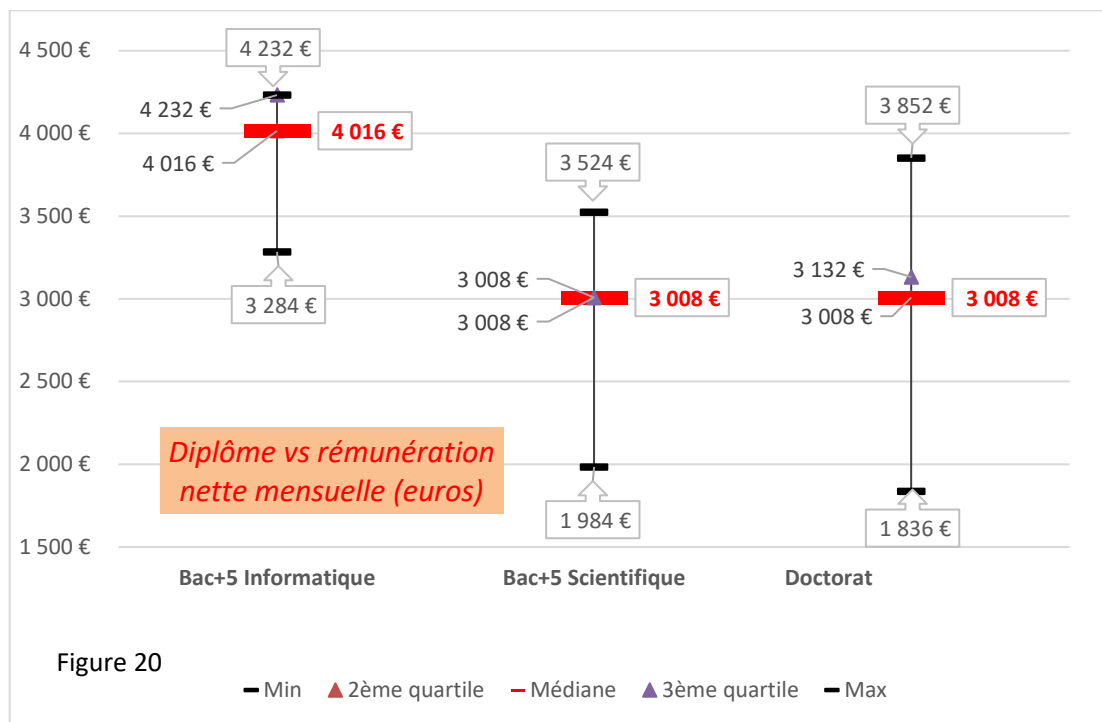
Le graphique suivant fait la synthèse des différentes fonctions et leur rémunération. Des disparités de recrutement (*métier vs diplôme*) sont mises en évidence lorsque l'on superpose au graphique de recrutement des docteurs en sciences celui des Ingénieurs Informatique (Bac+5 de fait ou Bac+4 ayant validé par une Valorisation des Acquis et de l'Expérience un Bac+5) par exemple ou des Ingénieurs de recherche Sénior Bac+5.



Ce graphe démontre clairement que **la possession du doctorat**, impliquant au moins 3 ans d'études supplémentaires après le Master, **constitue véritablement un handicap lors de l'embauche et du déroulé de carrière** d'un point de vue salarial.

L'amalgame fait entre le métier d'« ingénieur » et le diplôme réellement obtenu (Master 2 ou Doctorat) introduit trop de disparités et de malentendus parmi lesquels la non reconnaissance du Doctorat et l'assimilation à des grilles indiciaires communes pour ces deux diplômes.

Si nous comparons à présent la **rémunération au diplôme – à fonctions équivalentes** – nous faisons le même constat :

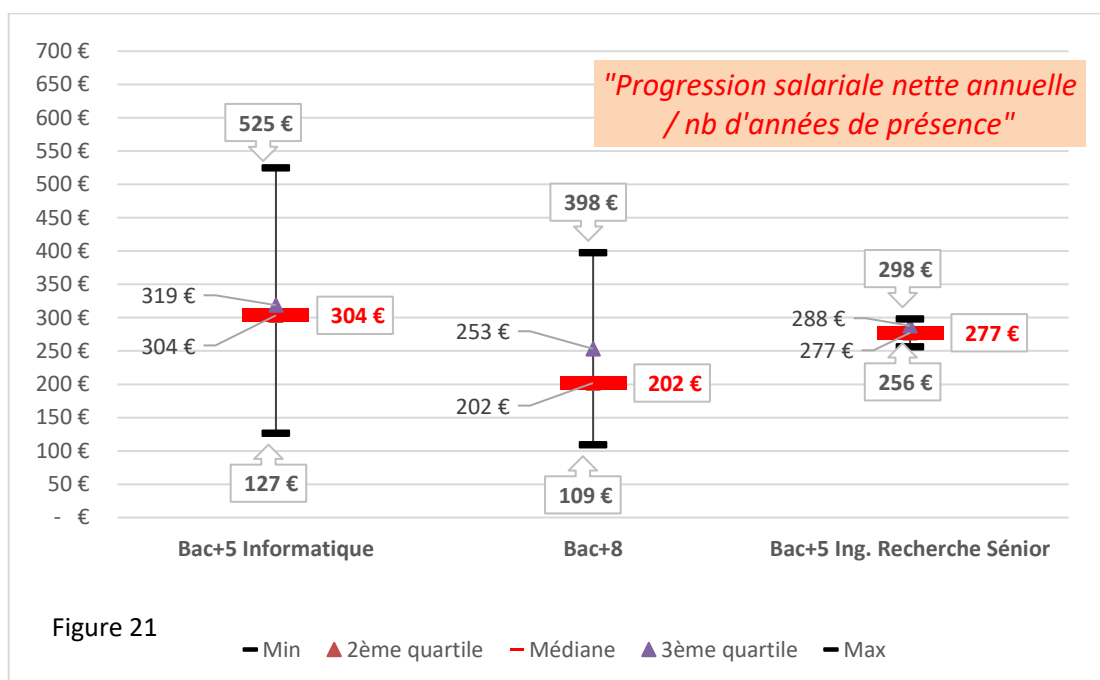


Sont représentées sur ces graphiques les valeurs suivantes exprimées en rémunération nette mensuelle (€ur) de haut en bas : rémunération maximale, le 2^{ème} quartile, médiane (en rouge) 3^{ème} quartile et rémunération minimale. 50% de la population étudiée est comprise entre les 2^{ème} et le 3^{ème} quartile.

- Il existe une grande disparité entre les Bac+5 Informatique et les autres Bac+5 puisqu'un **écart de salaire médian de 1.008 € nets mensuel** est mis en évidence,
- la **parfaite égalité de traitement entre les Masters 2 (Bac+5) scientifiques et les Docteurs en Sciences (Bac+8)** avec un salaire médian de 3.008 €, 50% des populations respectives de ces deux catégories étant rémunéré entre 3.008 et 3.132 € nets mensuels.

Cette différence de traitement net mensuel pourrait-elle s'expliquer par les différences d'ancienneté respective des divers employés ?

Dans le graphique qui suit, nous avons analysé **l'ancienneté de l'employé sur la base du salaire net mensuel et du nombre d'années de présence au CHU**, permettant ainsi d'intégrer le facteur « ancienneté » à la rémunération et d'intégrer la pente de carrière.



Sont représentées sur ces graphiques les valeurs suivantes exprimées en rémunération nette annuelle (€ur) de haut en bas : salaire mensuel maximal divisé nombre d'années de présence, le 2^{ème} quartile, médiane (en rouge) 3^{ème} quartile et rémunération minimale divisé nombre d'années de présence. 50% de la population étudiée est comprise entre les 2^{ème} et le 3^{ème} quartile.

Ainsi :

- Les **Bac+5 informatique** ont un rapport **salaire mensuel / année de présence** de :
 - **50,5 % supérieur à celui des Bac+8**
 - **et un salaire de fin de carrière supérieur de 32 % à celui des Bac+8**
- Les **Bac+5 Ingénieurs de Recherche Sénior** ont un rapport **salaire mensuel / année de présence** de :
 - **37,1 % supérieur à celui des Bac+8**
 - **et un salaire de fin de carrière supérieur de 26,5 % supérieur à celui des Docteurs en Science « Ingénieurs de Recherche »** (indices majorés terminaux respectifs 1004 et 794).

Il est semble-t-il utile de rappeler, tout comme le fait la **Loi ESR de 2013**⁴⁸, que **le doctorat se définit** comme « **l'expérience professionnelle résultant de la formation à la recherche et par la recherche lorsqu'elle a été sanctionnée par la délivrance du doctorat** ».

A l'aune de ces données sur nos métiers, nous estimons que rien ne justifie ces différences de traitement concernant les docteurs en sciences.

⁴⁸ Loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 « relative à l'enseignement supérieur et à la recherche »

2.4.10 Répertoire des métiers et de l'Autonomie de la Fonction Publique Hospitalière

Les modalités de recrutement existent cependant. A cet effet, le « Répertoire des Métiers de la Santé et de l'Autonomie » 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 d'Etudes Hospitalier			15f40
	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
Niveau I Bac+8	Ingénieur de Recherche Hospitalier			15F30
Non renseigné	Chargé de Valorisation de la Recherche	Non renseigné		15D90

Tableau 7 Source : « Répertoire Métiers et de l'Autonomie » 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 défini.** Cette restriction éviterait par-là même d'être à l'origine des disparités constatées et ce dans un souci **d'équité et de cohérence managériale.**

« Etat Exemple »

« 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.

C'est cette analyse qui a permis à notre syndicat professionnel, dans le cadre de la mise à jour du Répertoire National des Métiers en Santé de faire inscrire la première fiche métier reconnue exclusivement au **niveau Bac+8 « Ingénieur de Recherche Hospitalier »** (code métier **15F30**) la différenciant ainsi du métier d'« Ingénieur d'Etudes » (code métier **15F40**) reconnu lui comme Bac+5.

Cependant, nous constatons au quotidien que **des établissements de santé appliquent et « détournent » ces fiches métiers en le réadaptant en interne**, soit pour ce qui concerne le niveau d'études requis, soit pour ce qui concernent les « compétences » et « savoir-faire » requis, **éditant leur propre guide de gestion des personnels recherche.**

Cette latitude provient de la **non-opposabilité du répertoire des métiers en santé.**

2.5 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.**

Un positionnement hiérarchique flou pour accomplir nos missions

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.

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 comptes 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 tiraillés 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 **64,1%** (contre 67% en 2012) **des Docteurs en Sciences sont reconnus en tant que cadres** par leurs CHU, _____
- ✚ Par ailleurs, **57,9 %** (contre 57% en 2012) **d'entre eux disent ne pas recevoir d'informations destinées aux cadres ou ne pas être conviés aux réunions cadres.** *... sans information
ou
non conviés aux réunions !*
- ✚ Enfin **24,6%** de nos collègues **ne figurent même pas sur les organigrammes de leurs service.** _____

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 Exemple* »
Equité
&
Cohérence
managériale

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

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 Doctorat ⁴⁹ ?

L'article 2 du décret n° 2017-1374 « PPCR » – pour l'heure ajourné - introduit dans le statut particulier du corps des ingénieurs de la FPH un certain nombre de dispositions dont certaines découlent de l'application du protocole « *parcours professionnels, carrières et rémunérations* » (PPCR). Entre autre il est à noter l'**octroi d'une bonification d'ancienneté de deux ans pour les titulaires d'un doctorat** ayant satisfait aux épreuves du concours externe et à une épreuve de présentation du parcours (article 8 du décret). Cette bonification n'est applicable qu'aux nouveaux recrutés et ne bénéficie aucunement aux personnels déjà en fonctions.

Ainsi, 87,5 % de nos collègues ayant été titularisés par concours interne n'ont pas pu bénéficier de bonification d'ancienneté des deux ans ! Pour l'heure, seuls les psychologues de la Fonction Publique Hospitalière peuvent bénéficier, au titre du décret n° 2017-658 du 27 avril 2017 ⁵⁰, de cette possibilité.

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

⁴⁹ Hors Doctorats de médecine ou pharmacie

⁵⁰ Décret n° 2017-658 du 27 avril 2017 modifiant le décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière

et Pharmacie dans les conditions d'accès ou de titularisation sur des métiers et grilles indiciaires cohérentes

Nous souhaitons que soient adossées, au métier d'Ingénieur de Recherche Hospitalier et à ceux de la biologie des grilles indiciaires cohérentes avec notre niveau d'expertise et de diplôme. Les grilles d'Ingénieurs en Chef de Classe Exceptionnelle nous semblent être des grilles adéquates à cette reconnaissance.

3.2 Réduction des situations précaires.

L'arrivée de nouvelles technologies à l'hôpital s'est accompagnée par l'**émergence de nouveaux métiers à haute valeur ajoutée qu'occupent les Docteurs en Sciences**. Il nous semble que la précarité dans laquelle se trouvent nombre d'entre eux est peu compatible avec l'importance grandissante qu'ils occupent en milieu hospitalier.

Nous souhaitons que cette précarité disparaisse et se traduise par une **harmonisation des règles de gestion pour l'ensemble des Docteurs en Sciences**, répondant ainsi à l'**exigence de pérennisation des personnels** (passage de CDD au CDI).

3.3 Reconnaissance d'un statut national pour les Docteur en Sciences.

Comme le rappelle le rapport HENART-BERLAND-CADET⁵¹, « La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) définit la notion de « **métier** » comme suit : « Le **métier** est un **ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences**, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. **Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule**. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme »

⁵¹ « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer » - HENART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle, VERRIER Bernard, FERY-LEMONNIER Elisabeth

Nous déplorons que ni le « **Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière** », ni les « **Tables de correspondance entre les métiers des trois fonctions publiques** » ⁵² pas plus que le « **Répertoire Interministériel des Métiers de l'Etat (RIME)** » ne soient **des documents opposables, ce que nous souhaitons qu'ils deviennent** et ce dans un souci d'équité et de cohérence des recrutements tant au niveau local que national.

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

- ✚ **Ces nouveaux métiers émergents ;**
- ✚ 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 doivent à juste titre tirer 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*

⁵² http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/table_correspondance_metiers_3_FP_septembre_2011.pdf

aux professionnels qui y participent »⁵³ 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**.

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.

⁵³ APM News – 4 décembre 2012 « Le ministère de la santé veut mieux rémunérer la coopération entre professionnels de santé ».

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**⁵⁴, de **revalorisation des retraites**⁵⁵, de **jours de formation / congrès sans justification** ;

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**.

⁵⁴ 487,49 € brut mensuel - Arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif - NOR: MESH0021562A

⁵⁵ 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

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 pierre angulaire, la force, la cohésion et la richesse de nos Etablissements de Soins.**

Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers CFE-CGC

Siège national :

CHU Dijon Bourgogne

Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire

2, Rue Angélique Ducoudray

BP 37013

21070 Dijon Cedex



Contact :

03 80 29 51 06 - 06 75 46 47 18

e.florentin@snsh.info

www.snsh.info

www.cfecgc-fph.com

[@snshcfecgc](https://twitter.com/snshcfecgc)