

Rapport sur la mission relative à la retraite des hospitalo-universitaires

Pr Catherine Uzan
Chef du service de chirurgie et cancérologie gynécologique et mammaire
GH AP-HP-Sorbonne
Hôpital de la Pitié Salpêtrière, AP-HP

PUPH
Sorbonne Université

Sommaire

La lettre de Mission de M. Le Ministre de la Santé François Braun

Remerciements pour l'aide à la Rédaction du Rapport et pour la participation aux réunions de Concertation

Préambule : Un repère important Les préconisations du rapport IGAS intitulé : Mission relative à la retraite des hospitalo-universitaires, publié en 2011

- 1- Situation actuelle : très peu d'améliorations et une perte d'attractivité majeure du statut de HU
 - 1.1 Données générales sur les retraites des HU
 - 1.2 Hospitalo-universitaire, un statut difficile mais essentiel
 - 1.3 Un symptôme « emblématique » de la gravité de la situation : des postes délaissées de Chef de Clinique Assistant, porte d'entrée dans la carrière HU
 - 1.4 Des démissions et des demandes de disponibilités en forte hausse surtout chez les plus jeunes titulaires (MCU PH)
 - 1.5 Féminisation de la profession avec une titularisation plus tardive : des injustices qui se creusent en termes de pension
 - 1.6 Abondement : un dispositif présenté comme transitoire qui s'éternise et ne satisfait pas
 - 1.7 Activité Libérale, un faux prétexte
- 2- Déroulement des concertations et méthode pour obtenir une synthèse
- 3- Présentation des mesures envisageables et susceptibles d'améliorer significativement le régime des retraites des HU
 - 3.1 Permettre une durée d'assurance plus importante dans le régime de base de fonctionnaire des HU (Validation « rétroactive » des activités avant titularisation connue sous le terme de « rachat des cotisations »)
 - 3.1.1 La réintroduction de la validation des services auxiliaires aurait un effet significatif mais aussi symbolique sur la pension des HU dans un contexte de titularisation tardive
 - 3.1.2 Le retour de la VSA pour les HU pourrait s'accompagner de difficultés en gestion et être à l'origine de demandes reconventionnelles
 - 3.2 Une affiliation de la rémunération hospitalière au régime de base de fonctionnaire de l'Etat des HU est plébiscitée par les organisations syndicales
 - 3.3 Des scénarios d'affiliation à l'IRCANTEC peuvent être envisagés alternativement au scénario d'affiliation au SRE
 - 3.3.1 Une affiliation aux tranches classiques A et B de l'IRCANTEC pourrait générer des droits supplémentaires mais encore inférieurs à ceux des praticiens hospitaliers
 - 3.3.2 Affiliation à l'IRCANTEC sur des taux de cotisations spécifiques

3.3.3 Affiliation à l'IRCANTEC sur la tranche B

Conclusions et synthèse

La lettre de Mission de M. Le Ministre de la Santé François Braun



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Paris, le 15 Février 2023

Nos Réf. :
CAB/FB/FR/D-23-003485

Madame la Professeure,

Au cours des échanges conduits avec les organisations de personnels médicaux dans le cadre de la mission de concertation spécifique à la Fonction publique hospitalière (FPH), ces dernières ont unanimement signifié leur volonté d'aborder le sujet de la constitution de droits à la retraite des personnels hospitalo-universitaires titulaires sur la partie hospitalière de leur activité.

Fonctionnaires titulaires de l'Etat au titre de leur activité universitaire, agents publics au titre de leur activité hospitalière, ils ne sont aujourd'hui affiliés à un régime de retraite sur leur rémunération hospitalière qu'au titre d'une cotisation au régime de retraite additionnel de la fonction publique (RAFP) dont l'assiette de cotisation ne prend pas en compte leurs émoluments hospitaliers. Bien qu'ils bénéficient, à la place, d'un dispositif facultatif d'abondement de plans d'épargne-retraite par leur employeur hospitalier, revalorisé en 2013 puis en 2022 dans le cadre du Ségur de la santé, les représentants des personnels hospitalo-universitaires ont plusieurs fois réitéré leur souhait de voir ces personnels être affiliés à un régime de retraite qui prenne davantage en compte leurs émoluments hospitaliers.

Conformément aux engagements pris par le précédent Gouvernement lors des groupes de travail sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires, j'ai tenu à rouvrir ce chantier, au cours des prochaines semaines, notamment avec les organisations représentatives. A ce titre, je souhaite que vous puissiez apporter votre concours à cette concertation portant sur la potentielle évolution du régime de retraite des professionnels hospitalo-universitaires.

Vous présenterez à la DGOS les conclusions de vos entretiens avec les différentes parties prenantes que vous aurez associées à cette réflexion et veillerez à identifier plusieurs scénarii, en développant les points positifs et les difficultés propres à chacun. En particulier, cette analyse devra faire apparaître le coût des différentes options, leur faisabilité technique, leur calendrier de déploiement ainsi que leur cohérence avec les principes fondant le système de retraite par répartition.

En fonction des choix qui seront in fine retenus, les dispositions associées pourront être introduites soit dans la réforme des retraites en cours, soit plus tardivement, dans le cadre d'un vecteur législatif spécifique, en lien avec l'avancée des travaux menés par votre mission. Ainsi, de premières conclusions sont attendues au début du mois de mars.

.../...

Je vous remercie vivement de votre engagement et sais pouvoir compter sur votre expertise pour faire avancer cette question en lien avec les organisations représentatives des personnels hospitalo-universitaires.
Vous pourrez compter pour votre mission sur le concours des services du Ministère de la santé et de la prévention, et en particulier la Direction Générale de l'Offre de Soins et la Direction de la Sécurité Sociale.

Je vous prie d'agréer, Madame la Professeure, l'expression de ma considération distinguée.



François BRAUN

Remerciements pour l'aide à la rédaction du Rapport et pour la participation aux réunions de Concertation

Rapport rédigé avec la DGOS que je remercie pour sa disponibilité, sa maîtrise technique et son aide efficace (M. Tom Martignolles, M. Amadis Delmas, M. Philippe Charpentier, M. Marc Reynier, Mme Audrey Wiltshire)

Remerciements à l'ensemble des organisations et leurs présidents ou représentants qui ont participé à ces échanges

Les organisations syndicales représentatives de praticiens et les représentants d'employeurs (SNAM-HP, APH, INPH – SHU, CMH, JM, FHF)

La conférence nationale des doyens de médecine, de pharmacie et d'odontologie

Le CNU Santé

La Direction Générale de l'AP-HP

La Conférence des présidents de CME de CHU

La Conférence des DG de CHU

Les ressources humaines hospitalières et universitaires de l'AP-HP

Le Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche

Remerciements pour leur aide et relecture

M. Le Doyen Pr Bruno Riou

Pr Bertrand Godeau, président du CNU Santé

Pr Louis Puybasset

Pr Carole Mathelin

Pr Antoine Monsel

Pr Martin Dres

Préambule : Les Préconisations du rapport IGAS intitulé : Mission relative à la retraite des hospitalo-universitaires publié en 2011 (Rapport N°RM2011-020P)
(Bien que non publié officiellement par l'IGAS, il figure intégralement à l'adresse mail suivante : https://www.apmnews.com/documents/RM2011-020_Hospitalo%20universitaire200711.pdf)

Cette synthèse de propositions date ... d'il y a 12 ans. On y retrouve des préconisations « suivies à la marge » et qui restent hélas majoritairement non appliquées et d'actualité. Nous reprenons ci-dessous les points essentiels qui étaient proposés pour bien démontrer que les problèmes étaient déjà bien identifiés et que la désaffection de la voie HU était tristement prévisible.

« [1] La situation des hospitalo-universitaires en matière de retraite est originale [...], ils n'acquièrent aucun droit à retraite au titre de leur activité hospitalière.
L'amélioration de leurs droits à la retraite est une revendication ancienne des hospitalo-universitaires.

[2] L'importance des émoluments hospitaliers dans le total de leurs revenus, soit un montant proche voire supérieur à leur traitement indiciaire, rend aujourd'hui profondément inéquitable aux yeux des hospitalo-universitaires l'absence d'avantage vieillesse constitué sur cette partie essentielle de leur rémunération. A la suite des protocoles d'accord signés en 2003 et 2005 entre le ministère chargé de la santé et les organisations syndicales représentatives, un groupe de travail piloté par les cabinets a examiné plusieurs solutions destinées à améliorer la retraite des hospitalo-universitaires : nouvelle bonification indiciaire, repyramidage des corps, affiliation des hospitalo-universitaires au régime général et à l'IRCANTEC pour leur rémunération hospitalière, épargne retraite facultative avec participation des hôpitaux. [...] Le dispositif de retraite facultatif par capitalisation, mis en place en 2006 pour répondre au moins temporairement à ces revendications, a rencontré un réel succès auprès des hospitalo-universitaires. [...]

[4] Ce dispositif [...] a connu dès la première année de mise en œuvre un succès important. ...Les contrats proposés aux hospitalo-universitaires, non spécifiques, sont souples et sécurisés, même s'ils souffrent d'une certaine opacité quant à la lisibilité des modalités de calcul des droits et au rendement des contrats pour les intéressés.

[6] Le protocole du 7 juillet 2010 signé avec les organisations syndicales des praticiens exerçant à l'hôpital élargit l'assiette des cotisations des praticiens hospitaliers, ce qui vient compenser la baisse du rendement programmé de l'IRCANTEC d'ici 2017. Il a accessoirement pour conséquence d'accroître l'écart entre les praticiens hospitaliers et les hospitalo-universitaires au regard de leurs droits à retraite.

[7] Le protocole prévoit que soient étudiées les modalités d'une meilleure prise en compte de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires. Il précise que l'hypothèse d'une affiliation au régime de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC, pour la part hospitalière de la rémunération, pourra notamment être étudiée.

[8] L'impact de la suppression de la validation des services auxiliaires, intervenue dans le cadre de la réforme des retraites de 2010, risque de renforcer les revendications d'une évolution du dispositif actuel.

La suppression de la validation des services auxiliaires à compter du 1er janvier 2015 aura en effet un impact important sur les droits à retraite des hospitalo-universitaires, compte tenu de leur âge de titularisation tardif (42 ans en moyenne pour les PU-PH et 37 ans pour les MCU-PH). Elle conduit les intéressés à devenir poly-pensionnés dans des conditions défavorables, dans la mesure où les années d'activité de non-titulaire dans le régime général et à l'IRCANTEC ne correspondent pas, pour une partie d'entre elles, à des périodes de hautes rémunérations : internat, assistanat, chefs de clinique, etc. De plus, elle réduit la pension d'Etat du fait de la diminution mécanique de la durée d'assurance qui résulte de l'absence de transfert des périodes accomplies au titre des services de non-titulaire. »

1-Situation actuelle : très peu d'améliorations et une perte d'attractivité majeure du statut d'hospitalo-universitaire (HU)

1.1 Données générales sur les retraites de HU

En janvier 2022, l'âge moyen du départ des Maitres de Conférence-Praticien Hospitalier (MCU-PH) est de 66,3 ans, de 66,5 ans et pour les Professeurs des Universités-Praticien Hospitalier (PU-PH) et de 65,8 ans pour les PH. Pour comparaison, les médecins ayant mis fin à leur activité libérale en 2017 sont âgés en moyenne de 66,9 ans, soit un an et huit mois de plus qu'en 2011. La cessation d'exercice définitive de ces bénéficiaires intervient en moyenne à 69,5 ans, après avoir cumulé revenu d'activité et pension de retraite pendant près de quatre ans. Selon des chiffres plus récents de la CARMF en 2021 cet âge était de 66,3 chez les hommes, 66,6 chez les femmes¹.

Les praticiens hospitaliers (PH) débutent leur carrière plus tardivement (en moyenne 3 ans) que la majorité des autres salariés de par la longueur des études médicales. Ils commencent à cotiser à partir de leur 4^{ème} année d'étude et une partie de leurs cotisations, lors de leurs années d'externat, ne valide pas l'ensemble des périodes travaillées.

La titularisation intervient très tardivement chez les HU. En 2021, elle intervenait en moyenne à 37 ans pour les MCU-PH et 43,2 ans pour les PU-PH. En effet pour ce type de carrière nécessite, en plus de la thèse de médecine commune à tous les PH, une thèse d'université. Elle dure généralement 3 à 4 ans avec :

- la nécessité d'arrêter son activité clinique pendant 1 à 3 ans selon les disciplines
- Une obligation de mobilité (c'est-à-dire une année à distance de son service hospitalier et de sa famille, souvent réalisée à l'étranger
- L'obtention d'une Habilitation à Diriger des recherches (plus haut diplôme universitaire).

Ces contraintes renforcent le caractère très disparate des carrières HU avec parfois des titularisations beaucoup plus tardives ce qui est très impactant sur le niveau des pensions de retraite.

Pour compenser ces titularisations tardives, jusqu'en 2013, il était possible de « racheter » ses années avant titularisation par le dispositif de la validation des services auxiliaires (VSA). Ce qui certes représentait un coût conséquent mais permettait une amélioration nette des pensions, en particulier pour les femmes titularisées plus tardivement notamment après des périodes de congé maternité. Cette modification a donc introduit de facto une discrimination liée à la l'âge et indirectement une discrimination liée au genre.

Les HU ne cotisent que sur leur activité principale et pas sur leurs émoluments hospitaliers considérée comme une activité accessoire, ce qui fait qu'ils ont les taux

¹ [er1097.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#) [Site internet de la CARMF](#)

de liquidation les plus bas observés. **En effet actuellement pour un HU qui aurait été nommé MCU-PH à 37 ans et PU-PH à 42 ans, son taux de remplacement du dernier salaire est estimé par la DGOS à 29.6% pour une carrière complète (voir Annexe 1).**

1.2 Hospitalo-universitaire, un statut exigeant mais essentiel au système de santé
Ils ne sont que 6247 en France mais une large part de l'activité des CHU repose sur eux. De par leur triple mission - Enseignement, Recherche et Soins- leur rôle est essentiel dans le paysage hospitalier à plusieurs titres :

- **La formation avant tout**, qui est un enjeu majeur pour la qualité des praticiens formés en France, repose pour une partie importante sur les HU. Ces dernières années avec les réformes des études de médecine², les modalités pédagogiques ont évolué avec pour objectif de former les étudiants à agir efficacement en milieu professionnel avec une approche par compétence. Ces nouvelles modalités, considérées par nos instances comme essentielles pour faire évoluer la profession, sont beaucoup plus chronophages qu'auparavant. Elles nécessitent des temps dédiés des HU pour accompagner les étudiants dans le développement du raisonnement clinique en petit groupe.

Ainsi pour donner un exemple, ont été notamment mis en place l'examen clinique objectif et structuré (ECOS) qui permet de confronter l'étudiant à l'ensemble des situations en lien avec son futur métier et ce, de manière réaliste avec mise en situation. L'organisation logistique des ECOS facultaires nécessite à **4 reprises dans l'année** sur un nombre total de jour de **4 jours complets** la mobilisation de 80 salles sur le Campus Jussieu et la mobilisation de **320 enseignants HU** chaque jour, soit **1280 sur les 4 jours à Sorbonne Université.**

Il faut y ajouter l'universitarisation des formations maïeutiques et des professions paramédicales avec une charge qui augmentera sans effectifs supplémentaires suffisants.

- **La recherche clinique** de qualité portée par les HU au sein des CHU est un enjeu majeur de progrès des soins portés. La période récente de la crise COVID n'a fait que souligner l'importance de cette recherche menée au plus près des patients et de leurs besoins. Chaque année les campagnes d'appel à projet institutionnel sont notamment portées et accompagnées par les HU.

Si elle est actuellement qualifiée juridiquement de triste façon comme des activités « accessoires », l'activité de soins des HU est en fait une partie majeure de leur activité et de celle de leur CHU employeur, avec notamment un impératif de continuité de soins et de gardes d'où le sentiment de profonde injustice de ne pouvoir cotiser sur ce travail prenant. Alors que pour une même activité (et par exemple une même garde), un praticien hospitalier non universitaire pourra contribuer à sa pension future.

A ces fonctions, s'ajoutent des activités managériales, d'encadrement d'équipe, de pôle ou de départements médicaux universitaires (DMU), d'équipe ou d'unités de recherche, de centre de maladie rare ou de référence, ce centre d'investigation clinique (CIC), d'unité de recherche clinique (URC) de centre de ressources

² En plus de la hausse du nombre de personnes en formation, il faut aussi ajouter l'allongement des études dans certaines spécialités comme la psychiatrie par exemple

biologiques (CRB), enfin de participation à des commissions et d'instances multiples, y compris nationales.

Le résultat de la multiplication de ces fonctions peut aboutir chez certains à un véritable mal être et à une perte de sens d'autant que la reconnaissance est faible avec une retraite considérée comme inique. Ainsi l'étude menée via un questionnaire en ligne et publiée dans la prestigieuse revue JAMA Network en mars 2023 fait un constat alarmant³.

Cette enquête a été coordonnée en 2021 par les Conseils Nationaux Universitaires (CNU) des disciplines de santé et relayée par les Doyens de médecine. Parmi les HU titulaires en activité, 2390/5066 (47 %) ont répondu au questionnaire, comprenant 677/1260 (54%) MCU-PH et 1699/3806 (45 %) PU-PH, 53 % étant de spécialité médicale, 18 % de spécialité chirurgicale et 29 % de spécialités biologiques ou radiologiques. Les répondants ont en médiane 50 ans et sont HU titulaires depuis 9 ans. Le sexe ratio est de 70/30 (H/F), mais pour les PU-PH les plus jeunes et pour les MCU-PH, le sexe ratio est de 50/50. 60% des répondants sont chefs de service et 25 % dirigent une équipe de recherche.

Les HU ont été interrogés sur leurs perspectives d'avenir et font ressortir les surcharges de travail et divers stress générant des symptômes de burnout. Si le travail se déroule en général dans une bonne ambiance et de bons rapports entre collègues, 9 professionnels sur 10 rapportent que devenir hospitalo-universitaire s'est accompagné de symptômes d'épuisement professionnels notamment chez les plus jeunes. En effet, ils ont le sentiment de manquer de reconnaissance ou que « leur vie professionnelle envahit leur vie privée ». Même si l'activité clinique reste une source d'épanouissement, 70% d'entre eux souhaiteraient avoir une part plus importante dans la recherche.

Si la majorité ne regrette pas les choix de carrière, des problèmes affectent plus de la moitié d'entre eux qui se sentent dépassés avec peu de moyens pour réaliser leurs missions. Ils jugent leurs rapports « moyens ou mauvais » avec les équipes de direction. **Surtout, la retraite est une source d'inquiétude et de préoccupation matérielle pour 99% des HU.**

Moins de la moitié des répondants encouragerait les plus jeunes à s'engager dans la carrière HU. Quand ils sont interrogés sur leurs perspectives d'avenir, **plus d'un hospitalo-universitaire sur deux déclare envisager un changement dans les cinq ans.**

L'enquête met enfin en évidence une demande d'actions en urgence pour favoriser l'attractivité des carrières, tels l'alignement des pensions de retraite sur le régime général, la formation et l'accompagnement managérial, et l'aménagement d'un temps protégé et de moyens dédiés à la recherche.

1.3 Un symptôme « emblématique » de la gravité de la situation : des postes délaissés de Chef de Clinique Assistant, porte d'entrée dans la carrière HU

De manière unanime et inquiétante, remontent des informations sur des postes non pourvus de Chef de Clinique Assistant (CCA) et d'assistant hospitalo-universitaire (AHU). Pourtant historiquement très prisés car permettant d'acquérir des compétences

³ Dres M, Copin M, Cariou A, et al. Job Strain, Burnout, and Suicidal Ideation in Tenured University Hospital Faculty Staff in France in 2021. JAMA Network Open. 2023;6(3):e233652

approfondies dans l'exercice médical, ils sont souvent la porte d'entrée principale vers une carrière HU (condition nécessaire mais bien évidemment pas suffisante).

Pour prendre la réelle mesure du problème, une enquête a été réalisée par la conférence des doyens. Elle visait à identifier le nombre de postes vacants après la première phase de recrutement, puis lors de la seconde phase de redistribution qui permet d'identifier au sein d'une discipline les postes réellement vacants. Sur les 35 facultés (hors l'université catholique de Lille), 35 ont répondu à l'enquête ce qui correspond à 2029 postes de CCA/AHU mis au recrutement en Novembre 2022.

Sur les postes mis au recrutement en 2022 et devant être redistribués car n'ayant aucun candidat, 4 facultés n'étaient pas en capacité de répondre sur ce point du fait des modalités d'attribution de leurs postes de CCA/AHU (absence de postes attribués à une spécialité). En conséquence, 31 facultés ont répondu correspondant à 1559 postes mis au recrutement : **le nombre de postes nécessitant une redistribution pour raison d'absence de candidat était de 238 soit 15 %**. Il est à noter que les spécialités les plus concernées sont la Psychiatrie et la Pédopsychiatrie, pourtant déjà très en souffrance en terme d'accès aux soins et de tensions sur les effectifs médicaux.

Sur les postes laissés vacants après redistribution, 35 facultés ont répondu sur un échantillon de 2029 postes de CCA/AHU mis au recrutement. Le nombre de postes définitivement vacants malgré les tentatives de redistribution était de 118 soit 6 %.

Ainsi cette enquête confirme une perte d'attractivité brutale et importante pour le recrutement des CCA et AHU alors qu'ils constituent des éléments fondamentaux pour le fonctionnement des facultés et des CHU et sont la première étape essentielle pour accéder demain à une carrière hospitalo-universitaire.

Comme le souligne le Ministère, bien que **les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former sont en hausse de +14 % par an sur la période 2021-2025 par rapport à 2016-2020⁴, ces difficultés de recrutement pourraient restreindre la capacité des universités à soutenir la formation d'effectifs médicaux suffisant pour le système de santé.**

Depuis le Ségur de la santé, un nombre limité de mesures jugées, insuffisantes par les intéressés, ont été proposées pour revaloriser ces postes hospitalo-universitaires (maintien de 11 demi-journées hebdomadaires vs 10 pour les assistants, pas de RTT ni de rémunération du travail additionnel, revalorisation moindre de la permanence de soins⁵) alors même que la mesure étonnante d'octroyer le secteur 2 après 1 an de docteur junior et 1 an d'assistantat a réduit grandement un des intérêts pour ces postes. Ceci alors même que le Conseil National de l'Ordre des Médecins, appliquant la réglementation en vigueur, exige 2 ans de CCA/AHU pour accorder le secteur 2. Comme le souligne le Ministère, le sujet de l'accès facilité au secteur 2 pour les chefs de clinique fait aujourd'hui l'objet de discussions dans le cadre des négociations conventionnelles avec la CNAM. C'est un sujet particulièrement sensible et délicat, qui n'est pas stabilisé. Il implique par ailleurs des questions de fidélisation dans la carrière HU (risque de fragilisation éventuel de l'entrée dans la carrière HU titulaire) auquel le cabinet ministériel est attentif. La charge de travail (soin, enseignement, recherche)

⁴ On notera d'ailleurs que le nombre de Hu titulaire a connu une très légère baisse entre 2016 et 2022, passant de 6320 à 6247 selon les données du CNG.

⁵ Les HU titulaires et non titulaires ont bénéficié de la revalorisation de l'IESPE à 1010€ brut au 1^{er} décembre 2020

est probablement jugée disproportionnée par les jeunes médecins qui sortent de l'internat. Les effets immédiats sont déjà importants dans des facultés surchargées par les réformes successives des études de médecine (R1C, R2C, R3C) et menace à court terme la formation et la recherche en santé si aucune mesure n'est rapidement prise.

Le Ministère tient à préciser :

- Certaines mesures issues du GT « Attractivité » (réunions entre novembre 2020 et juillet 2021) ont été prises en compte dès le décret statutaire unique du 13 décembre 2021 (clarification des droits à autorisation d'absence, temps partiel de droit, calcul de l'ancienneté hospitalière dès la nomination en qualité de MCU-PH stagiaire, introduction du suivi de carrière, amélioration de la couverture assurance-maladie des HU non titulaires). D'autres mesures doivent être intégrées dans un décret venant modifier le statut unique, avec un objectif de publication à l'automne 2023 : assouplissement de la délégation et de la mission temporaire et ouverture aux MCU-PH stagiaires et aux HU non titulaires, prise en compte des services hospitaliers non titulaires dans l'ancienneté lors de l'accession aux corps de MCU-PH et de PU-PH, du temps partiel pour convenances personnelles
- Le Ségur a permis également en 2022 la création sur financement ministériel de 48 postes HU titulaires et 15 postes HU non titulaires (pour 2023 : 50 postes HU titulaires et 9 postes HU non titulaires). De plus, dès 2020, les accords du Ségur ont permis aux HU titulaires et non titulaires de bénéficier de la revalorisation de l'IESPE (à 1010€ brut par mois dès le 1er décembre 2020).

Toutefois, le Ministère rappelle que conformément aux conclusions du GT « Attractivité des carrières HU », les mesures 7 et 17 doivent permettre de généraliser les dispositifs mixtes (UFR/CHU) de suivi des candidats aux emplois de MCU-PH et de PU-PH et de favoriser une démarche de formalisation des objectifs de moyens à l'échelle d'une équipe HU. Une instruction a été finalisée sur ce sujet et sera prochainement publiée au printemps 2023...

1.4 Des démissions et des demandes de disponibilités en forte hausse surtout chez les plus jeunes titulaires (MCU-PH)

Une analyse de Sarah Alves, enseignante-chercheuse à l'EM Normandie, fait état des constats suivants⁶ : « *Si la part des démissions des PU-PH est restée stable et faible, le phénomène a été plus prégnant chez les MCU-PH. Comparées à l'ensemble des motifs possibles de sorties définitives des effectifs (comme le départ en retraite), les démissions chez les MCU-PH ont augmenté de façon significative entre 2016 et 2022. Elles représentaient 16 % des modes de sorties des effectifs au 1^{er} janvier 2016 et plus de 30 % pour l'année 2021. La comparaison des données entre 2016 et 2022 montre en parallèle une évolution des demandes de disponibilité de plus de 50 % pour l'ensemble des hospitalo-universitaires et un doublement des demandes de détachement avec un rajeunissement de la population depuis 2016. Les disponibilités des hospitalo-universitaires sont motivées pour « convenance personnelle » à hauteur de 68,9 % (80,8 % pour les PU-PH et 52,6 % pour les MCU-PH). »*

⁶ <https://www.campusmatin.com/metiers-carrieres/personnels-statuts/les-departs-volontaires-des-hospitalo-universitaires-un-phenomene-a-suivre-de-pres.html>

Elle ajoute : « *La retraite d'un hospitalo-universitaire correspond donc en réalité à l'équivalent d'une carrière professionnelle à mi-temps. Cette situation génère un sentiment d'injustice, nourrissant incompréhension et ressentiment.* »

Cette constatation rejoint d'ailleurs la préconisation n°10 de l'Académie de Médecine pour améliorer l'attractivité des carrières HU à savoir « instaurer une pension de retraite sur l'intégralité de l'activité hospitalière »⁷.

Enfin, s'il est possible pour un hospitalo-universitaire de prolonger son activité au-delà de l'âge légal, ces demandes de prolongation ont diminué de -76 % entre 2016 et 2022. Ces données montrent un désengagement de l'hôpital de la part des hospitalo-universitaires et un manque d'attractivité des institutions hospitalières qui touche particulièrement les plus jeunes et pourrait avoir des conséquences durables sur les capacités de formation médicale du système de santé. Si ce phénomène ne touche en valeur absolue qu'un faible nombre d'hospitalo-universitaires, les pourcentages sont plus éloquentes. Il est clair que si rien ne change, compte tenu des évolutions sociétales actuelles, ce phénomène va très vite s'accélérer.

1.5 Féminisation de la profession avec une titularisation plus tardive : des injustices qui se creusent en termes de pension

Les problématiques d'attractivité des carrières HU ne sont pas nouvelles : même si elles se sont fortement aggravées récemment, un groupe de travail spécifiquement consacré à cette attractivité avait déjà été installé le 12 novembre 2020 en réunissant les conférences de doyens de médecine, de pharmacie et d'odontologie, le CNU-santé, la conférence des présidents d'université (CPU-santé), les conférences des directeurs généraux et de présidents de CME de CHU et les représentants des organisations syndicales des PH.

Ce groupe de travail a recueilli les contributions d'un certain nombre d'autres organisations : des organisations représentatives d'étudiants et de jeunes praticiens, des fédérations hospitalières, des établissements publics à caractère scientifique et technologique et de l'APHP. Au terme de neuf réunions plénières et d'un large consensus, il a formulé un ensemble de propositions structurantes et opérationnelles visant à restaurer l'attractivité des carrières et des statuts des personnels HU, autour de 4 grands axes de travail et de 24 mesures.

L'axe 4 identifié était « renforcer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes »⁸. Si l'on observe les données fournies par le CNG sur la structure par âge et sexe au 1er janvier 2021 des PU-PH et des MCU-PH, on observe une prépondérance masculine chez les PU-PH (76 % d'hommes et un sex-ratio de 3,3) et une quasi parité hommes-femmes chez les MCU-PH (51 % d'hommes pour 49 % de femmes, avec un sex-ratio égal à 1).

Malgré une très légère progression de la part des femmes observée ces dernières

⁷ Avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires, 30 juin 2021, Académie Nationale de Médecine

⁸ Conformément à la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, qui entend inscrire durablement l'égalité professionnelle dans les politiques de ressources humaines

années (31,4 % en 2021, contre 30,5 % en 2020 et 30,1 % en 2019), les hommes restent majoritaires chez les hospitalo-universitaires : 69 % d'hommes, avec un sex-ratio supérieur à 2 à partir de 50 ans.

Différentes pistes ont été proposées pour améliorer cette situation, cependant il est clairement identifié que, quel que soit les mesures, les carrières des femmes sont plus sujettes à des arrêts notamment pour des congés maternité ce qui peut repousser l'âge de titularisation qui intervient en moyenne vers les 37 ans.

L'impossibilité actuelle de valider des services auxiliaires est donc particulièrement dommageable pour la pension des femmes HU, ce qui est donc à l'objectif d'égalité professionnelle. Cette situation défavorable, associé à des statuts particuliers qui ne prévoient pas de temps partiel (80 ou 50%) pour les HU⁹, constituent des obstacles majeurs pour faire progresser la féminisation.

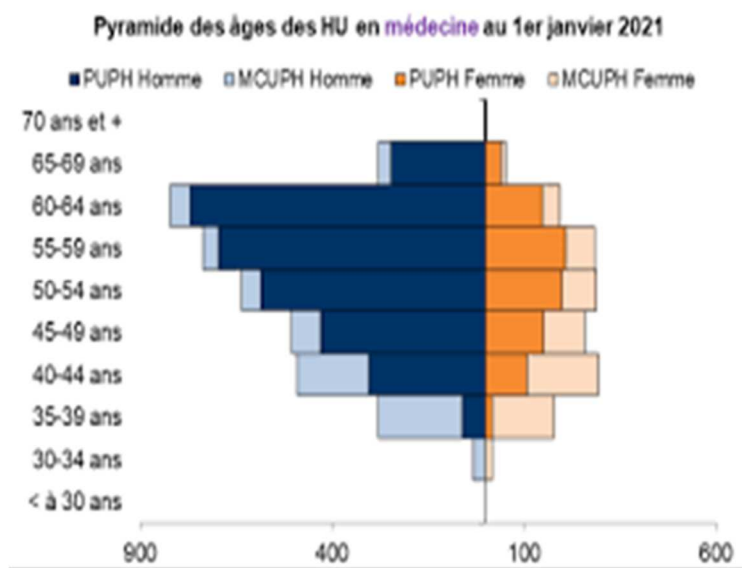


Figure 1: Pyramide des âges des HU en médecine au 1er Janvier 2021¹⁰

1.6 Les dispositifs actuels de constitution de droits à la retraite sur l'activité hospitalière des HU donnent des résultats insuffisants et sont très vivement contestés

1.6.1 Le dispositif d'abondement présenté comme initialement transitoire, s'éternise alors qu'il ne satisfait pas les personnels HU et souffre de rendements insuffisants

Depuis 2007, les personnels HU disposent d'un dispositif, facultatif, d'abondement de leurs plans d'épargne-retraite pour compenser leur absence d'affiliation à un régime de retraite sur leur activité hospitalière.

Ainsi pour les émoluments hospitaliers, pour un HU, il est seulement possible de

⁹ Cette impossibilité statutaire est en voie d'évolution : le Ministère rappelle qu'un texte à paraître à la fin de l'année 2023, accompagné d'une instruction interministérielle, serait susceptible de modifier l'impossibilité d'obtention d'un temps partiel.

¹⁰ Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (hospitalo-universitaires : HU) – Éléments statistiques sur la partie hospitalière de leur activité au 1^{er} janvier 2022, données SIGHU, CNG

cotiser « volontairement » dans un plan d'épargne retraite par points. Il s'agit donc d'une retraite, constituée par un système optionnel d'épargne par capitalisation auprès d'organismes privés. L'employeur hospitalier abonde à due concurrence des sommes versées par le praticien, dans les limites d'un plafond fixé réglementairement à 12 % de ces émoluments¹¹. C'est donc une sorte de plan d'épargne retraite potentiel et aucunement une retraite en lien avec une reconnaissance d'un travail effectué donnant lieu à des cotisations salariales de l'employeur comme du praticien HU.

Il avait une vocation temporaire, en attendant d'être remplacé par une affiliation IRCANTEC¹² jamais réalisée. A la place, le plafond du dispositif a été revalorisé de 5 % des émoluments hospitaliers à 9 % en 2012 puis 12 % en 2022 à la suite du Ségur de la Santé grâce au décret n°2021-1893. Cette revalorisation du plafond maximal, qui impliquait aussi un effort de cotisation supplémentaire, ne correspondait pas à la demande générale des organisations syndicales de pouvoir cotiser sur le salaire hospitalier dans un régime public. Elle s'est accompagné d'un engagement des Ministères à rouvrir le dossier de la retraite des HU dans le cadre d'une future réforme, en lien avec cette demande de fond.

L'absence d'intégration des gardes et des primes dans la qualification retenue des émoluments est regrettée par les organisations syndicales qui ont souligné une application disparate en fonction des CHU du droit à l'abondement épargne-retraite. Ces écarts avaient motivé la production d'une note d'information de la DGOS à destination des CHU pour éclaircir certains points et uniformiser les pratiques.

Pour bien comprendre et chiffrer l'intérêt de cet abondement, la DGOS s'est penchée sur les taux de rendements des contrats d'épargne-retraite éligibles pour pouvoir avoir une idée plus précise des gains de pension permis. Le tableau ci-dessous présente les paramètres de ces contrats d'épargne-retraite en les comparant avec les valeurs paramétriques des complémentaires publiques :

<i>Valeurs indiquées sur la base des paramètres 2023</i>	PER à points		Complémentaires publiques	
	Préfon	CRH	RAFP	IRCANTEC
Valeur d'achat du point	1,8706 €	16,2800 €	1,3466 €	6,6613 €
Valeur de service du point	0,0960 €	0,6025 €	0,0504 €	0,5162 €
Nombre d'années en pension pour rentabiliser les cotisations versées	19,49	27,02	26,74	12,90

Pour un contrat Préfon¹³, il faut compter 19,5 années pour que les points obtenus via les cotisations soient rentabilisés sur la base des valeurs d'achat et de service avec les paramètres 2023. Comparativement, du côté de l'IRCANTEC, il faut compter 12,9 ans. L'abondement est donc 33,8 % moins efficace qu'une cotisation IRCANTEC.

Il faut aussi souligner que les contrats d'épargne-retraite à points sont de moins en moins nombreux ce qui réduit le choix et peut diminuer encore plus l'accès à ces

¹¹ Ce qui exclut donc les primes et indemnités de l'activité hospitalière pour ne laisser que la rémunération issue des grilles hospitalières.

¹² L'exposé des motifs de l'article 58 du PJLFSS 2007 initial mentionne explicitement ce caractère transitoire en attendant une affiliation à l'IRCANTEC

¹³ Contrat très répandu chez les HU et qui semble proposer les paramètres les plus favorables

dispositifs chez les nouveaux titulaires.

Nous avons sollicité la conférence des Directions des Affaires Médicales de CHU pour avoir des données actualisées sur l'usage de l'abondement actuellement. Nous manquons de recul pour pouvoir identifier à ce stade une éventuelle augmentation du pourcentage de HU ayant recours à l'abondement du fait du passage très récent de 9 à 12 %. Une enquête nationale est en cours. Néanmoins, en 2022 au sein des Hospices Civils de Lyon¹⁴, 67 % des HU ont eu recours à l'abondement (71 % de PUPH et 56 % de MCUPH) :

HU avec abondement	2021	2022	Total
⊕MCU-PH	125	127	132
⊕PU-PH	262	268	275
Total	384	385	394
% praticiens avec abondement	2021	2022	Total
MCU-PH	53%	53%	56%
PU-PH	66%	62%	71%
Total général	62%	60%	67%

Bien que ce système soit peu intéressant, il est largement utilisé (car il est le seul possible). Il représentait donc un coût pour les hôpitaux estimé à 18 M€ par an en 2020 avec un taux à 9 % pour des taux de recours au niveau national de l'ordre de 65 %. Avec le passage à 12 % et les mêmes taux de recours, le coût estimé serait de 25 M€ par an.

1.6.2 L'inclusion des rémunérations hospitalières dans l'assiette RAFP a un effet marginal et est peu intéressante

En plus de l'abondement, les rémunérations hospitalières des HU sont aussi soumises à la cotisation au régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP), de 10 %, répartie à égalité entre une part salariale et employeur (soit 5 % pour chacune).

Mais cette cotisation se fait en complément de la cotisation RAFP sur la partie universitaire et donc dans les plafonds de cotisation habituels du régime : le HU ne peut cotiser que dans la limite de 20 % de son traitement indiciaire brut universitaire. Ainsi, vont d'abord être pris en compte les primes et indemnités universitaires puis la rémunération hospitalière pour atteindre ce plafond. Dans les faits, on observe que la cotisation RAFP versée par les CHU correspond à une cotisation effective de l'ordre de 1% pour la part salariale et employeur.

On notera enfin que la cotisation au RAFP souffre de certaines difficultés déjà identifiées sur l'abondement : il faut compter 26,7 ans pour que les valeurs de service des points achetés dépassent la valeur d'achat. Ce paramètre est particulièrement sévère pour les HU qui partent en retraite au-delà de 66 ans. Il leur faudrait attendre en effet 93 ans pour voir un gain entre ce qui cotisé et ce qui obtenu en pension. Là aussi, un meilleur usage des ressources qui y sont affectées pourrait créer un gain de droits à coûts constants.

Au final, le système actuel de création de droits à la retraite sur l'activité hospitalière est positionné sur des dispositifs dans lesquels les sommes

¹⁴ Données fournies par Mme Fanny Fleurisson, directrice des affaires médicales du CHU de Lyon que nous remercions

cotisées sont peu rentables pour les pensions des HU. Les solutions proposées dans ce rapport ont donc aussi vocation à fortement améliorer l'usage des moyens financiers existants en les redéployant vers des dispositifs plus intéressants pour améliorer les droits à la retraite des HU.

1.7. Activité libérale, un faux prétexte

Pour finir sur ce contexte, il est utile de rappeler que les HU peuvent aussi se constituer des droits dans le cadre de l'exercice d'une activité libérale qui génèrerait des droits auprès de la CARMF.

Evoquée par certaines organisations concertées, elles ont souligné que par le passé, la retraite des HU a longtemps été négligée car certains dirigeants pouvaient penser que l'activité libérale (qui permet de compléter une pension de retraite par la CARMF) était la règle chez les HU (ce qui était le modèle qui avait présidé à la création du statut lors de la Loi Debré). Cette idée est très loin de la réalité. L'activité libérale ne concerne qu'une minorité de HU.

Pour ce rapport et avoir des données actualisées, nous avons sollicité la direction de l'AP-HP : moins de 15% des HU ont actuellement une activité libérale à l'APHP.

Tableau 1 : Part de l'activité libérale chez les HU à l'AP-HP (chiffres au 1er janvier 2022 fourni par la Direction des affaires médicales de l'AP-HP, AL : Activité Libérale).

	Effectifs avec AL	Effectifs totaux AP-HP	%
PU-PH	235	1281	18%
MCU-PH	11	529	2%
Total HU	246	1810	14%

La Conférence des doyens, par le biais du Pr Bruno Riou s'est aussi mobilisée en un temps record pour nous fournir des données actualisées.

Seuls les HU médecins (hors pharmacie et odontologie) ont été concernés par l'enquête. De la même façon, seuls ceux exerçant leur activité hospitalière en CHU ont été concernés par l'enquête (exclusion de ceux travaillant dans des ESPIC, en cabinet libéral pour la médecine générale, ou dans d'autres établissements de santé).

Sur les 35 facultés (hors Lille Catho), 34 ont répondu à l'enquête ce qui correspond à 5508 HU, 3917 PUPH et 1591 MCUPH.

- Parmi les PUPH, 864 soit 22 % exercent une activité libérale.
- Parmi les MCUPH, 54 soit 3 % exercent une activité libérale.
- **Sur l'ensemble des HU, 918 soit 17 % exercent une activité libérale.**

Le phénomène de l'exercice en activité libérale est donc minoritaire chez les HU. Il n'aurait donc pas vocation à être intégré dans la réflexion sur les solutions proposées pour la retraite des HU, sauf à desservir la grande majorité de ces personnels qui ne se constituent pas de droits à une retraite complémentaire liée à une activité libérale auprès de la CARMF.

Il est à noter que dans le calcul des cotisations pour la retraite des PH, l'activité libérale de ceux-ci est en partie prise en compte. Ce qui creuse encore plus pour les jeunes qui doivent se positionner sur des choix des carrières l'écart de retraite entre PH et HU.

Pour conclure sur ce panorama initial dense mais nécessaire, la situation actuelle de retraite pour les HU apparait objectivement injuste, elle s'est « creusée » du fait des mesures catégorielles du Ségur comparativement avec celle des PH, Elle aboutit à un défaut d'attractivité qui menace les recrutements des plus jeunes. Elle va se traduire notamment par des conséquences délétères sur l'enseignement alors que les réformes mises en place visent à augmenter fortement le nombre de médecins formés et à soutenir un apprentissage plus centré sur la relation médecin/patient ce qui nécessite plus de temps dédié. En sus, elle aggrave la situation de notre recherche médicale qui souffre déjà d'un déclassement international.

Les mesures unilatérales décidées en 2013 sur l'impossibilité de rachat ont été une attaque majeure sur les jeunes générations de HU instituant un écart important entre les anciens et les jeunes HU et en étant, en plus, très défavorable pour les femmes.

Alors que les concertations de cette mission ont alimenté des échanges nourris qui ont ravivé de réels espoirs dans l'ensemble des parties prenantes. Sans mesures efficaces (et pas uniquement symboliques), la déception serait immense et des réactions importantes inéluctables, dont la pire serait peut-être l'intensification du mouvement de démissions croissantes, de refus ou de vacances de poste constaté chez les paramédicaux et chez les PH.

A l'heure où l'hôpital public et le CHU sont dans un état de crise du recrutement jamais vu auparavant, ce serait probablement un véritable coup de grâce.

2- Déroutement des concertations

Suite à la lettre de mission du Ministre de la Santé et de la Prévention datée du 15/02/2023, une première réunion multilatérale a été organisée en invitant les organisations syndicales représentatives de praticiens et les représentants d'employeurs (SNAM-HP, APH, INPH – SHU, CMH, JM, FHF) en février 2023.

Après cette réunion multilatérale qui avait permis d'établir le constat initial et d'écouter les pistes proposées, un cycle de concertation a débuté avec des réunions bilatérales avec toutes les parties prenantes sur la retraite des personnels HU.

Ce cycle de rencontres bilatérales a permis de consulter les organisations syndicales représentatives, les représentants des employeurs (FHF, Conférences des DG de CHU) et un certain nombre d'autres acteurs : Conférences des présidents de CME de CHU, Conférence des Doyens de facultés de médecine, CNU-Santé, Direction générale des ressources humaines du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

Une nouvelle réunion multilatérale le 15 mars a permis de synthétiser le cycle de concertations et les solutions identifiées pour la retraite des personnels HU qui seront soumises à arbitrages.

Si initialement, on a pu craindre une certaine réticence des organisations représentatives à s'engager dans ce cycle de concertation, ce que l'on peut tout à fait comprendre compte tenu que cette situation des retraites HU est considérée comme un « serpent de mer » avec des promesses systématiquement reportées et des propositions non prises en compte, tous les participants se sont finalement accordés sur le fait que ces concertations ont clairement fait avancer les choses :

- Cela a permis d'objectiver et caractériser l'urgence de la situation compte tenu de la perte d'attractivité majeure du statut de HU. Grâce à la connaissance approfondie des syndicats du système complexe de génération de droits retraite des HU et au travail technique majeur accompli par la DGOS, de formules des propositions muries techniquement et basées sur des simulations solides qui ont permis d'évaluer comment améliorer au mieux la situation.

Toutes les organisations syndicales ont salué à ce titre la qualité des échanges menés, le discours positif et engageant ainsi que l'énorme travail effectué dans des délais réduits par la DGOS. Tous espèrent que ces travaux aboutiront à l'élaboration de mesures concrètes, que les professionnels attendent et qui constitueraient un vrai gage d'attractivité.

Enfin, le caractère historique de cette étape soutenue par l'ensemble des syndicats de praticiens dont des représentants habituellement impliqués sur les questions relatives aux PH et non HU, a été souligné lors de la dernière réunion du 15 mars.

3- Présentation des mesures envisageables et susceptibles d'améliorer significativement le régime des retraites des HU

Les discussions avec l'ensemble des parties prenantes ont permis de faire ressortir cinq mesures pour améliorer la retraite des HU. La première d'entre elle est indépendante de la question de l'affiliation de la rémunération hospitalière à un régime de retraite public qui est présentée dans les quatre mesures suivantes.

3.1 Permettre une durée d'assurance plus importante dans le régime de base de fonctionnaire des HU (Validation rétroactive des activités avant titularisation connue sous le terme de « rachat des cotisations »)

3.1.1 La réintroduction de la validation des services auxiliaires aurait un effet significatif mais aussi symbolique sur la pension des HU dans un contexte de titularisation tardive

La première proposition que l'ensemble des syndicats ont souhaité mettre en avant est celle de la réintroduction de la validation des services auxiliaires (VSA) pour les personnels HU. Ce dispositif était utilisé par une majorité d'HU car il permettait de compenser le faible niveau des taux de remplacement de leurs pensions en raison des particularités du statut HU.

Prévue par l'article L.5 du CPCMR, la validation des services auxiliaires permettait à un fonctionnaire de racheter dans son régime de fonctionnaire des périodes cotisées au régime général sur des fonctions similaires à celles occupées une fois titularisé. La demande de rachat pouvait être adressé dans la limite de deux ans après la titularisation. Il s'agissait d'un dispositif interversant qui a été mis en extinction pour les personnels titularisés après le 1^{er} septembre 2013, les dernières demandes de rachat ont donc pu être formulées en théorie jusqu'au 1^{er} septembre 2015.

Dans les cas des HU, les périodes pouvant être rachetées étaient celles qu'ils ont cotisées au cours de leur formation médicale, période au cours de laquelle ils touchent une rémunération qui peut générer des trimestres dans le régime général. Sont aussi concernées les premières années d'exercice professionnel réalisées sous un statut de médecin contractuel. Il faut noter que la double rémunération des HU facilitait fortement leur capacité à pouvoir financièrement s'engager dans un rachat de ces services auxiliaires.

L'extinction du dispositif a eu des effets notables sur les HU dont la titularisation est généralement très tardive (36,4 ans en moyenne en 2021 selon des données du CNG). En l'absence de VSA, une part importante de leur carrière, environ une cinquantaine de trimestres, se retrouve cotisée au sein du régime général avec des paramètres moins intéressants au regard de la carrière des HU : le salaire de référence sur cette période, qui sert de base à la pension versée par le régime général, est fortement diminué par les rémunérations perçues au cours de la formation médicale.

Ainsi, il est estimé, sur la base d'une carrière-type simulée par la DGOS, que la VSA permettrait un gain sur la pension servie par le service des retraites de l'état (SRE) de l'ordre de 15 k€ par an. Les périodes cotisées au régime général avant titularisation

(voir détail en annexe 1), qui sont converties en période dans le régime de fonctionnaire dans le cadre du rachat, correspondent à une pension de l'ordre 9,5 k€ par an. La perte de pension annuelle qui a résulté de la fin de la VSA est estimée dans les simulations réalisées à 5 500 € – 6000 € annuel. Cela correspondrait à un passage d'un taux de remplacement du dernier salaire de 34 % à 30 % soit une diminution de la pension d'environ 12 % environ.

Le retour de la VSA constituerait donc potentiellement une mesure à l'effet significatif et symbolique, dont les coûts ont l'avantage d'être contenus par la mécanique du rachat. Cette proposition portée par les organisations syndicales doit être appréciée comme pouvant être complémentaire des scénarios de génération de droits à la retraite dans un régime public détaillés ci-dessous.

3.1.2 Le retour de la VSA pour les HU pourrait s'accompagner de difficultés en gestion et être à l'origine de demandes reconventionnelles

En raison du caractère interversant du dispositif, une mesure spécifique qui le réintroduirait uniquement pour les HU pourrait entraîner des demandes reconventionnelles. Si les HU sont dans une situation très particulière en raison de leur titularisation tardive, les services du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont souligné que les personnels enseignants titulaires des universités avaient aussi des âges de titularisation similaires et pourraient demander à être aussi intégré à une réouverture de ce système de rachat.

L'autre point de difficulté identifié se trouve au niveau de la gestion des dossiers. Le rachat implique de devoir identifier ces périodes antérieures cotisées au régime général ce qui implique une charge administrative conséquente pour les services gestionnaires. Encore aujourd'hui, les services des caisses de retraite des fonctionnaires traitent des dossiers de validation de service, bien après la fin du droit à recourir à ce dispositif.

Cette dernière difficulté doit néanmoins être appréciée au regard de l'introduction prochaine, dans le cadre du projet de loi de finances de la sécurité sociale rectificatif pour 2023, de mesures permettant à certains agents publics de valider des périodes cotisées en tant que contractuel sur des emplois classés en catégorie active¹⁵ dans les années de service prises en compte pour leur droit à départ anticipé. Si les contours exacts de ce dispositif ne sont pas connus à ce stade et doivent donc être abordés avec prudence, le processus qui pourrait les accompagner pourrait être très similaire à celui nécessaire pour une VSA et pourrait constituer une base technique et dans les processus de traitement qui faciliterait le traitement éventuel de dossiers de VSA de HU. De plus le nombre de HU partant à la retraite chaque année est relativement faible.

Quelle que soient ces difficultés, cette mesure est une demande phare de l'ensemble des personnes concernée, elle est une mesure forte de maintien d'égalité entre anciennes (avant 2013) et nouvelles générations, entre homme et femmes (ces dernières pouvant être titularisées plus tardivement).

¹⁵ Corps de la police nationale ou corps d'aides-soignants par exemple

3.2 Une affiliation de la rémunération hospitalière des HU au régime de base de fonctionnaire de l'Etat est plébiscitée par les organisations syndicales En complément de la validation des services auxiliaires, l'autre mesure qui fait l'unanimité au sein des organisations syndicales est celle de l'inclusion de la rémunération hospitalière dans les rémunérations servant de base au calcul de la pension du régime de retraite de base des HU qu'est le SRE. Elle permettrait aux HU de n'être affiliés qu'à un seul régime sur leur carrière après titularisation¹⁶ et s'inscrit dans la logique d'une indissociabilité des fonctions hospitalières et universitaires inscrit dans leur statut.

Elle aboutirait à des gains significatifs sur leur pension avec des taux de remplacement supérieurs à 50 % de leur dernier salaire¹⁷ pour une carrière complète (**cf ANNEXE 1**). En raison de l'affiliation au SRE, la rémunération hospitalière serait soumise aux cotisations classiques du SRE, de 11,1 % des émoluments pour la part salariale et 74,3 % pour la part employeur.

Si dans son principe cette approche semble simple en permettant d'avoir un seul régime d'affiliation, sa mise en œuvre concrète nécessiterait de lever l'obstacle de grilles qui ne progressent pas de manière linéaire¹⁸ entre les parties universitaire et hospitalière pour pouvoir disposer d'un nouvel indice de départ fusionnant les deux grilles.

En raison de la cotisation employeur du SRE, cette option entraînerait une hausse des dépenses pour les employeurs hospitaliers estimée à environ 215 M€/an pour 6500 HU titulaires. Ce surcoût, plus élevé que dans les autres scénarios d'affiliation, s'explique par le niveau sensiblement supérieur de la cotisation employeur dans le régime des fonctionnaires de l'Etat par rapport aux scénarios IRCANTEC qui sont détaillés ci-après.

3.3 Des scénarios d'affiliation à l'IRCANTEC peuvent être envisagés alternativement au scénario d'affiliation au SRE

L'autre approche d'affiliation à un régime de retraite public passe par une affiliation au régime de retraite complémentaire qu'est l'IRCANTEC dont bénéficie les PH. Cette affiliation été prévue initialement en 2006 lors de la mise en place de l'abondement qui avait une vocation temporaire avant qu'elle se matérialise. Elle n'a finalement jamais été mise en œuvre depuis. Trois scénarios d'affiliation sont proposés et permettent de faire varier le niveau de droits générés pour les HU titulaires.

Il pourrait être envisagé que ces scénarios IRCANTEC puissent être mis en œuvre de manière complémentaire avec un retour de la VSA pour arriver à des taux de remplacement équivalents voire supérieurs à celui du scénario SRE.

Les scénarios d'affiliation à l'IRCANTEC, en raison de taux de cotisation salariale inférieur à ce qui est observé pour les HU qui activaient l'abondement, devraient

¹⁶ Avec aussi le RAFF en complémentaire en tant que fonctionnaire

¹⁷ Niveau supérieur à ce qu'on peut observer chez leurs confrères PH (44% environ) ou chez d'autres fonctionnaires de la FPE aux rémunérations élevés type administrateurs civils ou commissaires de police

¹⁸ S'il existe une grille hospitalière correspondant au corps des MCU-PH et PU-PH, la partie universitaire est divisée en grades dans lesquels la promotion n'est pas automatique.

permettre un gain de salaire net pour ces derniers. Les organisations concertées ont indiqué que les inquiétudes sur une potentielle perte de salaire nette pour ceux qui n'abondaient seraient secondaires et ne doivent pas faire obstacle à la mise en œuvre d'une évolution attendue depuis longtemps.

3.3.1 Une affiliation aux tranches classiques A et B de l'IRCANTEC pourrait générer des droits supplémentaires mais encore inférieurs à ceux des praticiens hospitaliers

Cette première option IRCANTEC passe par une affiliation de l'activité hospitalière avec les tranches A pour la rémunération sous le plafond de sécurité sociale et la tranche B pour la part située au-dessus. Les taux de cotisations seraient donc les suivants (PSS : plafond de la Sécurité Sociale) :

Assiette de cotisation	Taux salarial IRCANTEC	Taux employeur IRCANTEC
Jusqu'au PSS (43 992 €)	2,8 %	4,2 %
Au-dessus du PSS (43 992 €)	6,95 %	12,55 %

Avancée lors des discussions par la DGOS, ce scénario entrainerait un coût global contenu à 30 M€/an pour un surcoût estimé de 3 à 5 M€ pour les employeurs hospitaliers.

Si elle aboutirait à des taux de remplacement plus intéressants dans les régimes de retraite publics, d'un niveau légèrement inférieur à 42 %, les droits générés seraient potentiellement inférieurs à ceux des PH et pourraient donc laisser en suspens la question de l'attractivité de la retraite HU par rapport à celle des PH.

Au cours des concertations, cette approche n'a pas recueilli de réactions favorables des organisations syndicales qui lui préfèrent le scénario SRE où des scénarios IRCANTEC sur des taux plus favorables. Néanmoins, elle a l'avantage de s'appuyer sur les taux de cotisation et le plafond de sécurité sociale en vigueur ce qui impliquerait de ne pas avoir à créer de disposition spécifique pour les HU.

3.3.2 Affiliation à l'IRCANTEC sur des taux de cotisations spécifiques

Cette deuxième variation du scénario IRCANTEC viserait à reprendre le taux de cotisation employeur actuellement effectif sur l'abondement au taux maximal, soit 12 % des émoluments qui correspond en moyenne à 9,5 % de la rémunération totale. Proportionnellement, un taux salarial adapté serait aussi retenu, à 5,26 %.

Assiette de cotisation	Taux salarial IRCANTEC	Taux employeur IRCANTEC
Sur l'ensemble de la rémunération	5,26 %	9,5 %

Cette approche aurait un coût annuel estimé à environ 40 M€/an pour un surcoût de 10 à 15 M€ pour les CHU. Le taux de remplacement serait un peu supérieur à celui des PH, aux alentours de 44,5 %.

Cette approche nécessitera la mise en place de ces taux de cotisation spécifiques à l'article 7 du décret n°1970-1277 du 30 décembre 1970. Ils peuvent se justifier par la position très particulière dans laquelle se trouvent les HU, personnels dont la moitié de la rémunération entre sous le régime de l'activité accessoire, et dans la recherche d'une constitution de droits dont le résultat final est aligné sur celui des PH. Il faut rappeler que cet alignement est sur les taux de remplacement, pas sur les valeurs absolues : un HU aurait en effet une pension supérieure à un PH en raison de salaires plus élevés en moyenne¹⁹.

Si les organisations syndicales n'ont pas exprimé de position favorable, cette solution présente certains avantages. Elle s'appuie sur une cotisation unique et évite les effets progressifs du modèle avec la tranche A et B, crée des droits intéressants particulièrement si elle est couplée avec un retour de la VSA. Enfin, les taux étant sans existence actuellement, un niveau de cotisation légèrement supérieur pourrait aussi être proposé²⁰.

3.3.3 Affiliation à l'IRCANTEC sur la tranche B

Cette dernière proposition d'affiliation à l'IRCANTEC s'appuie sur l'application de la tranche B, tranche de cotisation habituellement au-dessus du plafond de la sécurité sociale, à l'ensemble de la rémunération des HU.

Assiette de cotisation	Taux salarial IRCANTEC	Taux employeur IRCANTEC
Sur l'ensemble de la rémunération	6,95 %	12,55 %

Soutenue par les organisations syndicales qui y voient une alternative de repli en cas de refus d'inclure les émoluments hospitaliers dans le SRE, elle permettrait des taux de remplacement évalués à 49% dans les simulations. Le coût annuel serait d'environ 53 M€/an soit a minima un surcoût de 25 à 27 M€ pour les CHU.

Ce scénario a l'avantage de créer des droits proches de ceux du scénario d'inclusion des émoluments hospitaliers dans le SRE tout en réduisant fortement les surcoûts associés grâce à un taux de cotisation employeur plus faible. Elle permettrait aussi de s'appuyer sur des taux de cotisation existants, bien qu'elle nécessite une dérogation au système de plafond de la sécurité sociale qui pourrait se justifier par le fait que l'activité universitaire des HU permet déjà de dépasser ce plafond et qu'on peut considérer

¹⁹ On rappellera que ces rémunérations plus élevées sont aussi à apprécier avec des obligations de service de 11 demi-journées contre 10 pour les PH.

²⁰ Le plus faible taux de remplacement par rapport au scénario Tranche B IRCANTEC est d'ailleurs aussi causé par une cotisation salariale plus faible qui génère donc moins de droits.

l'activité hospitalière comme étant une activité ayant vocation à être soumise seulement aux cotisations complémentaires.

Conclusions et synthèse des propositions

Comme le confirment toutes les enquêtes réalisées sur le sujet, on observe actuellement et de façon de plus en plus marquée une baisse de l'attractivité du statut hospitalo-universitaire. Cette baisse est particulièrement marquée chez les plus jeunes et s'observe dès l'entrée dans l'exercice hospitalo-universitaire avec près de 15 % des postes de chefs de clinique et d'assistants hospitalo-universitaires non pourvus.

On observe également un nombre significativement croissant de départs du statut hospitalo-universitaire vers d'autres modes d'exercice, soit par démission, soit par mise en disponibilité comme cela est souligné dans le corps du rapport.

L'investissement personnel et familial important que suppose le choix d'une carrière hospitalo-universitaire est perçu comme trop lourd par rapport aux avantages qui devraient les contrebalancer par diverses difficultés pour l'avenir dont cette perspective d'une retraite insuffisante et bricolée.

En effet, parmi les facteurs associés à cette désaffection pour la voie hospitalo-universitaire, un régime « défavorable » de retraite est régulièrement et légitimement mis en avant. Il apparaît même comme l'élément le plus emblématique, suscitant les réactions les plus unanimes et négatives des HU, à l'origine de la désaffection pour l'exercice hospitalo-universitaire.

En effet, le statut particulier des hospitalo-universitaires (fonctionnaires titulaires de l'Etat au titre de l'activité universitaire d'une part et agents publics au titre de leur activité hospitalière d'autre part) aboutit à une retraite dans les régimes publics « amputée » des droits que devraient ouvrir la part hospitalière de leur activité. Ainsi, les taux de remplacement d'une retraite HU sont estimés à 29,6 % du dernier salaire, un niveau très inférieur à ce que l'on peut voir ailleurs, et notamment chez les praticiens hospitaliers qui sont plutôt vers les 44 %.

Si le dispositif facultatif d'abondement des plans d'épargne-retraite peut réduire en théorie cet écart, il est trop inefficace pour apparaître pérenne : ainsi, 1 € de cotisation versé dans le cadre de l'abondement crée des droits au mieux inférieur à 33,8 % à ceux qui seraient générés au sein de l'IRCANTEC.

Ces constats très négatifs sur la retraite HU sont en plus renforcé par l'absence de prise en compte des activités de permanence de soin (gardes / astreintes) qui ne donnent lieu actuellement à aucun droit pour la retraite pour un H à l'inverse de leurs confrères PH.

Les termes de la lettre de mission confiée par le Ministre de la Santé et de la Prévention dit textuellement : « les organisations de personnels médicaux [...] ont unanimement signifié leur volonté d'aborder le sujet de la constitution de droits à la retraite des personnels HU titulaires sur la partie hospitalière de leur activité ».

Le thème de cette mission définit parfaitement l'objectif à atteindre ! Mais disons-le d'emblée il n'existe pas d'amélioration à coût « zéro » !

Les solutions très partielles et marginales actuellement mises en œuvre ne répondent pas à cet objectif et devaient être transitoires. Ainsi le dispositif facultatif d'abondement de plans d'épargne retraite par l'employeur hospitalier a un impact insuffisant sur la retraite réellement attendue malgré des revalorisations récentes.

Quant à l'activité libérale, souvent surestimée et constituant une source complémentaire de retraite, elle concerne moins de 20 % des hospitalo-universitaires et ne peut représenter une solution pour régler cette question.

C'est pourquoi après avis unanime des représentants consultés, deux solutions doivent être privilégiées et mises en œuvre :

- Le retour de la validation des services auxiliaires d'une part (droit supprimé en 2013 ce qui crée un fossé entre anciennes et nouvelles générations et défavorise cette profession titularisée tardivement)

L'élargissement des cotisations à la rémunération hospitalière d'autre part. Sur ce point, quatre scénarios sont identifiés (un dans le SRE, 3 dans l'IRCANTEC).

Les modalités et conséquences respectives de ces deux mesures sont présentées de manière détaillée dans le corps de ce rapport. Leurs effets concrets sur la pension des HU sont précisés dans l'annexe 1 ci-après. Cette demande d'un rétablissement d'une retraite adaptée pour les HU est d'autant plus forte que les avancées obtenues lors du Ségur de la Santé ne les concernaient que marginalement.

Ces propositions si on en attend un effet sur l'attractivité des fonctions hospitalo-universitaires et l'avenir des CHU dans leur triple mission de soin, d'enseignement et de recherche, doivent être mises en œuvre très rapidement Rappelons enfin également que **ces mesures, si elles ne concernent qu'un effectif de 6247 hospitalo-universitaires, auront des conséquences positives en aval pour le système de santé en raison du rôle et de la mission spécifique qu'occupent les HU dans ce système.**

Annexe 1 :
Simulations de droits à pension générés auprès de régimes publics dans les scénarios sur la retraite HU

Le tableau ci-après présente les différents droits à la retraite générés dans nos scénarios au cours d'une carrière moyenne :

- On considère une titularisation à 37 ans comme MCU-PH puis 43 ans en PU-PH. La retraite intervient à 66,7 ans après une carrière continue et complète à 172 trimestres (seuil à partir de 2027). Ces chiffres sont quasiment ceux déjà observés aujourd'hui dans les données du CNG de 2021 sur les HU titulaires.
- Un PH de comparaison, titularisé et terminant sa carrière au même âge est utilisé pour comparaison.
- Les simulations sont réalisées à paramètres constants pour mesurer l'effet du droit en vigueur sur les potentielles pensions.

	Inclusion émoluments H dans le SRE	IRCANTEC tranche A+B	IRCANTEC cotisation spécifique HU	IRCANTEC tranche B	HU actuel	Comparaison PH
Pension SRE	65 536,48 €	34 247,09 €	34 247,09 €	34 247,09 €	34 247,09 €	
Pension CNAV+IRCANTEC (avant titularisation)	9 561,54 €	9 561,54 €	9 561,54 €	9 561,54 €	9 561,54 €	3 579,76 €
Pension IRCANTEC (après titularisation)		16 719,43 €	22 252,83 €	29 397,16 €		33 817,01 €
Pension RAFP (partie U)	1 295,23 €	647,62 €	647,62 €	647,62 €		
Total annuel des pensions perçues (+ taux de remplacement *)	76 393,25 € (50,93 %)	61 175,68 € (40,7 %)	66 709,07 € (44,47 %)	73 853,40 € (49,2 %)	44 456,25 € (29,64 %)	59 392,77 € (44,10 %)
Gain de pension permis par la validation de services	18 331,75 €	5 691,37 €	5 691,37 €	5 691,37 €	5 691,37 €	
Gain de salaire net sur la carrière par rapport à l'abondement à 12 %	12 927,69 €	95 077,51 €	74 147,48 €	42 589,55 €		
Pensions annuelle + gain salarial rebasé sur 15 ans	77 255,10 €	67 514,18 €	71 652,24 €	76 692,71 €	44 456,25 €	59 392,77 €
Taux de remplacement* (pension + gain salarial rebasé sur 15 ans)	51,50%	45,01%	47,77%	51,13%	29,64%	44,10%