ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Paris, le / 3 MAI 2022

3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
01 40 27 30 00

NOTE A L'ATTENTION DES DGHU, DAM ET PCMEL

Objet : Réforme nouveau praticien contractuel (NPC)

D2022 - 751

LE PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

LE DIRECTEUR GENERAL

Un nouveau statut unique pour tous les praticiens contractuels (hors assistants spécialistes) a été créé par décret du 5 février 2022.
Sur l'avis favorable de la CME du 8 mars 2022 et après concertation en directoire, les modalités d'application de cette réforme à l'AP-HP seront celles présentées dans cette note.

I. Présentation de la réforme NPC et de ses enjeux :

1. La réforme

Dans le cadre du Ségur de la santé, le Gouvernement a annoncé à l'été 2020 la création d'un nouveau statut unique pour tous les praticiens contractuels (hors assistants spécialistes) : praticiens attachés, praticiens contractuels et cliniciens. L'objectif affiché de cette réforme est d'améliorer l'attractivité de l'exercice à l'hôpital public en répondant à une triple problématique :

- Introduire de la souplesse et revaloriser les rémunérations en prenant en compte les disciplines en tension, la concurrence avec le secteur privé et les missions spécifiques ;
- Accélérer la titularisation des contractuels en réduisant la période de contrat préalable ;
- Lutter contre l'intérim médical.

Le **décret du 5 février 2022** précise ce nouveau statut unique.

Le praticien contractuel ne peut être recruté que pour les motifs et dans les conditions suivantes :

1er motif : pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité. Dans ce cas, le contrat est conclu pour une durée initiale de six mois maximum ; il est renouvelable pour une période maximale de six mois sans que la période totale d'exercice de ces fonctions au sein de l'AP-HP ne puisse excéder deux ans ;

2e motif : en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire. Dans ce cas, le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, sans que la période totale d'exercice de ces fonctions au sein de l'AP-HP ne puisse excéder six ans ;

3e motif : dans l'attente de l'inscription d'un praticien sur la liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier des établissements publics de santé. Dans ce cas, le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans et le service hebdomadaire pour ceux exerçant à temps partiel ne peut être inférieur à cinq demi-journées ;

4e motif : pour compléter l'offre de soins de l'AP-HP avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés. Dans ce cas, le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans ; il est renouvelable par décision expresse dans la limite d'une durée maximale de six ans ; à l'issue d'un ou plusieurs contrats conclus pour une durée cumulée de trois ans, le contrat peut être renouvelé pour une durée indéterminée ; à compter d'une durée cumulée de six ans sur le même emploi à l'AP-HP, le contrat est renouvelé pour une durée indéterminée. Le service hebdomadaire ne peut être supérieur à quatre demi-journées.

Pour la rémunération des nouveaux praticiens contractuels, il n'existe pas de grille à échelons. Seuls un plancher et un plafond sont fixés, respectivement à hauteur de 39 396 € et 67 740 € brut par an pour un temps plein, hors primes et indemnités.

Le tableau ci-dessous indique, en brut, les rémunérations actuelles en vigueur dans les différents statuts et celles des nouveaux statuts.

	Praticien attaché	PHC	NPC	PH nouvelle grille
1er échelon	2 537 €	4 130 €		4 411 €
Plancher			**3 283 €** **ou 1 641,5 € pour le motif 4 (40 %)**	
Dernier échelon	4 607 €	4 852 €		8 835 €
Plafond			**5 645 € (hors motifs 3 et 4)** **ou 2 822,5 € pour le motif 4 (40 %)**	
Durée à atteindre pour atteindre le dernier échelon ou le plafond	24 ans	Négociable, il n'existe que 4 échelons et une majoration possible de 10 %	Le plafond dépend de la politique institutionnelle de l'AP-HP	30 ans

Trois exceptions existent :

- Pour les candidats en attente d'un poste de PH, (recrutement sur le motif 3), le plafond est fixé en référence à l'échelon qui serait détenu en tant que PH ;
- Pour les cumuls emploi-retraite, le seuil maximum peut être le maintien de l'échelon PH ;
- Possibilité d'une part variable négociable pour un recrutement sur le motif 2 dans la limite d'une rémunération totale de 119 130 € brut par an (9 930 € brut mensuel).

2. Les enjeux à l'AP-HP

À l'AP-HP, la mise en œuvre de cette réforme revêt une importance particulière du fait de la structuration atypique des effectifs médicaux composés à 41 % de contractuels *versus* 28 % dans les hôpitaux français, et plus précisément de 22 % de praticiens attachés à l'AP-HP *versus* 12,7 % dans les autres CHU.

		PH (ETP)	Contractuels (PHC+PA)	Assistants	Total
France	ETP (hors HU)	42 250	18 774	5 936	66 961
	Taux	63,1%	28%	8,9%	100%
APHP	ETP (hors HU)	3 014	2 508	600	6 122
	Taux	49%	41%	10%	100%

Données ministère de la Santé décembre 2020

Cette structure particulière des emplois et le volume des praticiens concernés constituent en soi un enjeu de complexité au regard de la multiplicité des situations rencontrées, un enjeu d'appropriation par la communauté médicale des impacts de la réforme sur les organisations et par les directions médicales du changement de paradigme en matière de rémunération. En effet, il s'agit à la fois de déterminer la rémunération pour les futurs recrutements et de déterminer le cadre dans lequel seront placés les actuels contractuels en CDD à la fin de leur contrat. Les praticiens en contrat triennal et CDI demeureront sur leur contrat d'origine, sans être impactés par la réforme.

À l'AP-HP, 56 % des contractuels sont concernés par ce nouveau contrat unique (soit près de 2 700 praticiens). Il est à noter que 70 % des praticiens attachés concernés exercent à moins de 4 demi-journées.

L'enjeu est aussi financier, tant au regard de l'effet prix de cette réforme sur notre masse salariale, que de son effet volume sur nos effectifs médicaux et que de l'équité entre les GHU et les territoires.

II. Modalités d'application de la réforme à l'AP-HP

En l'absence de concertation conduite en région Ile-de-France pour aboutir à une politique régionale commune et homogène, chaque établissement est libre de déterminer les conditions d'application de cette réforme. Conformément à son projet médical, l'AP-HP tiendra compte des besoins territoriaux dans les modalités de mise en œuvre de la réforme.

Afin d'anticiper cette réforme en amont de la parution des textes, l'AP-HP a mis en place dès mars 2021 un comité de pilotage composé de représentants de la CME, des CMEL et des directions, ainsi qu'un groupe de travail *ad hoc* pour associer le niveau local aux propositions en tenant compte des situations de terrain.

Le travail a été conduit avec les documents disponibles à date (notes DGOS, MSS, concertation), des annonces de l'été 2020 jusqu'au projet de décret transmis en octobre 2021. Le décret a été publié le 5 février 2022.

Le groupe de travail a conduit une réflexion basée sur les principes suivants :

- L'exercice en tant que titulaire à l'hôpital public doit demeurer la règle ;
- L'application de cette réforme doit permettre une revalorisation des rémunérations des praticiens à chaque étape de la carrière hospitalière ;
- La réforme ne peut pas conduire à une baisse de rémunération ;
- L'éventuelle articulation entre les différents motifs de recrutement doit être pensée ;
- La cohérence et la progressivité des parcours entre eux et dans le temps doivent être prévues.

Ainsi, le principe retenu par l'AP-HP est celui d'une rémunération fixée en fonction :

- des niveaux de responsabilité ;
- des missions exercées (hyper-spécialité, innovation, activité concurrentielles, etc.) ;
- de la nature des activités et du territoire.

Ces principes se traduisent de la façon suivante :

- **Pour le motif 1 « remplacement »** : quatre niveaux de rémunération sont fixés en fonction de l'ancienneté :
  - Un premier fixé conformément au niveau de recrutement actuel de PHC (1er échelon de l'ancienne grille de PH : 4 130 € brut/mois) afin qu'il n'y ait pas de diminution de la rémunération ;
  - Le deuxième qui prend en compte la réforme du 3e cycle des études médicales en permettant de valider un secteur 2 après une année de docteur junior et d'assistant. Ce niveau correspond au 3e échelon de l'ancienne grille PH (4 298 € brut)
  - Le troisième correspondant au 1er échelon de la nouvelle grille de PH (4 411 € brut), ce qui fait que les praticiens gagneraient 138 € brut de plus qu'aujourd'hui à parcours équivalent ;
  - Le quatrième correspondant au 4e échelon de la nouvelle grille de PH (5 280 € brut), ce qui permettra de répondre à des situations rares dans lesquelles un praticien qui dispose d'une longue expérience prend un poste temporaire avant de réorienter sa carrière.

Afin de prendre en compte les missions très spécialisées ou très concurrentielles pour lesquelles il existe des difficultés de recrutement, deux niveaux sont possibles :

- Un premier à 4 500 € brut pour s'adapter aux situations locales de certains services où des praticiens ont été recrutés directement au 4e échelon en sortie d'internat (SAU, par exemple). Ce niveau permet une revalorisation de + 115 € brut par rapport à leur rémunération actuelle et répond à la problématique plus générale des spécialités ayant peu de postes de post-internat et des difficultés de recrutement. Ce niveau préserve par ailleurs l'attractivité du motif 3 (en attente de titularisation), où les praticiens gagneraient 100 € brut supplémentaires s'ils basculaient ensuite sur ce motif de recrutement ;

- Un second niveau à 4 930 € brut pour les praticiens ayant réalisé deux ans de post-internat comme chef de clinique ou assistant (anesthésie-réanimation par exemple). Ce second niveau permet de basculer en motif 3 (en attente de titularisation) avec maintien du salaire (échelon 3 de la grille de PH) ou d'être titularisé directement avec maintien du salaire et 1010 € brut supplémentaires au titre de l'IESPE.

Il est rappelé que seules l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence font l'objet d'un plan général AP-HP d'attractivité. Concernant les autres disciplines reconnues en tension sur le plan national (imagerie) ou régulièrement citées dans les recensements des difficultés de recrutement (psychiatrie, gériatrie, anatomopathologie...), l'application de ces niveaux de rémunération n'est pas automatique et dépend du caractère particulièrement difficile des situations locales. À ce titre, la coordination des directions des affaires médicales des GHU assurée par la DAM du siège aura pour objectif de limiter les phénomènes de concurrence interne à l'AP-HP notamment via le comité de suivi de la réforme (cf infra). Les conférences budgétaires et stratégiques annuelles de GHU s'en assureront au moment de valider les cadrages budgétaires de suivi des emplois médicaux.

La reconnaissance des disciplines en tension de façon transversale à l'AP-HP sera proposée à la CME et discutée en directoire par le comité de suivi de la réforme des contractuels (cf. infra).

- **Pour le motif 2 « ancien clinicien »**, deux cas de figure sont identifiés :

  - D'une part, la volonté de pouvoir recruter des profils rares de praticiens très expérimentés venant du privé ou de l'étranger ;

- D'autre part, des praticiens qui interviennent dans des spécialités et des territoires en tension. Cette tension peut donc être liée au site (territoire en tension au regard de l'offre de soins, palette d'activité limitée du site...) ou à la spécialité (difficultés nationales, publications de postes infructueuses...). Les critères de tension devront être argumentés par les GHU (à titre d'exemples : deux publications infructueuses d'un poste de PH dans la spécialité, taux de postes vacants et/ou *turn over* important, peu de postes d'internes pourvus, part importante de praticiens associés et de FFI).

Le niveau de rémunération est alors fixé en fonction du dernier salaire ou de la moyenne sur les six derniers mois pour des praticiens très expérimentés, dans la limite du plafond réglementaire.

Le nombre de contrats doit être inscrit de façon prévisionnelle au CPOM. Il a été décidé pour la première année de porter ce nombre à 20, soit un doublement du nombre actuel de contrats de cliniciens. Chaque GHU dispose donc de trois contrats et deux contrats au niveau central seront attribués sur proposition de la CME en cas de besoin supplémentaire.

- **Pour le motif 3 « en attente de titularisation »** : afin de prendre en compte le parcours et l'ancienneté du praticien, il est proposé de se situer systématiquement au niveau du plafond, correspondant à l'échelon auquel le praticien sera titularisé ;

- **Pour le motif 4 « coopération »** : quatre niveaux de rémunération sont fixés en fonction de l'ancienneté, plus élevés que ceux proposés par la grille actuelle de praticien attaché. Peut venir s'y ajouter une « prime » de 100, 150 ou 200 € brut si le praticien exerce des missions hyper-spécialisées demandant des compétences particulières, assure une activité que le CHU n'offre pas ou intervient dans un domaine très concurrentiel.

Il est à noter que les praticiens attachés en CDD (hors contrat triennal) qui seront reclassés sur les motifs 1 (remplacement) ou 3 (en attente de titularisation) verront leur rémunération fortement augmenter. Ce cas de figure ne concerne toutefois que quelques praticiens par GHU et sera forcément transitoire compte de la durée limitée de ces contrats. Compte tenu de leur faible quotité de temps de travail (la médiane est à deux demi-journées), les attachés actuellement en CDD seront reclassés majoritairement au motif 4.

La dérogation permettant aux contractuels en cumul emploi-retraite (CER) de bénéficier de leur niveau de rémunération antérieur au départ en retraite ne sera pas appliquée à l'AP-HP. Le principe retenu est celui de la neutralité budgétaire par rapport aux dépenses actuelles de CER. La rémunération proposée en cas de CER sera donc préférentiellement celle du plancher réglementaire, et en cas d'accord pour une rémunération plus élevée, l'augmentation des dépenses doit être compensée par une diminution de la quotité de temps de travail ou du nombre de CER sur l'ensemble du GHU.

Ce tableau reprend en synthèse l'ensemble des éléments *supra :*

<table>
<tr><th colspan="2">Motif 1</th><th>Motif 2</th><th>Motif 3</th><th colspan="2">Motif 4 (pour 4 1/2 journées hebdomadaire)</th></tr>
<tr><td colspan="2">Prise en compte de l'ancienneté</td><td rowspan="10">Plafond à 9 927€ mensuels part variable incluse</td><td rowspan="10">Plafond à l'échelon de titularisation : en moyenne 4 600€ après post internat</td><td colspan="2">prise en compte de l'ancienneté</td></tr>
<tr><td>Sortie d'internat</td><td>4 130 €</td><td>0-5 ans</td><td>1 313 €</td></tr>
<tr><td>1 an d'assistanat</td><td>4 298 €</td><td>5-10 ans</td><td>1 523 €</td></tr>
<tr><td>2 ans de CCA ou assistant</td><td>4 411 €</td><td>10-20 ans</td><td>1 792 €</td></tr>
<tr><td>au-delà de 10 ans d'expérience</td><td>5 280 €</td><td>20 ans et +</td><td>1 992 €</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prise en compte des missions</td><td colspan="2">prise en compte des missions</td></tr>
<tr><td>Sortie Docteur Junior</td><td>4 500 €</td><td>Hyperspécialisation</td><td>plus 100€</td></tr>
<tr><td>2 ans de CCA ou assistant</td><td>4 930 €</td><td>concurrence</td><td>plus 200€</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>activité absente du CHU</td><td>plus 150€</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>PDSES (pour 1/2 journée hebdomadaire)</td><td>328 €</td></tr>
</table>

L'estimation financière du coût annuel de l'application de ce nouveau statut sur la base actuelle des effectifs est de **9,8 M€.**

La mise en œuvre de ce nouveau statut aura des effets-prix (hausse des rémunérations) et, compte tenu des objectifs de l'AP-HP en matière de masse salariale, des effets-volume (effectifs).

Elle doit donc s'accompagner :

- d'une réflexion plus globale sur les effectifs PM seniors, notamment sur la structure des emplois souhaitée au sein des services ou des spécialités tenant compte des enjeux stratégiques des prochaines années concernant la démographie médicale spécialité par spécialité ;
- d'un mécanisme d'adaptation du rapport effet-prix / effet-volume en fonction de la différence d'impact que cette réforme aura sur les GHU et les spécialités médicales selon leur structure actuelle d'emplois médicaux. Ces adaptations s'intègrent dans les cadrages du suivi des emplois médicaux validés en conférence stratégique et budgétaire des GHU.

Un comité de suivi de l'application de la réforme est mis en place. Issu du groupe de travail sur la réforme des contractuels, il en conserve le même pilotage et une composition répondant aux mêmes objectifs de représentativité (médicale et de direction). Il sera chargé d'évaluer la mise en œuvre de la réforme, en veillant notamment aux effets de concurrence interne à l'AP-HP et au soutien à l'attractivité des disciplines et territoires les plus en difficultés. Il présentera cette évaluation et proposera les ajustements qu'il juge nécessaire à la CME et au directoire.

Martin HIRSCH
Directeur général

Rémi SALOMON
Président de la CME