Dossier « Ressources humaines » réalisé en partenariat avec :

La banque coopérative de la Fonction publique

GROUPE VYV

Le groupe MGEN, déjà référencé par plusieurs ministères, et la CASDEN sont reconnus en tant que mutuelle et banque de la fonction publique. Ensemble, ils accompagnent les agents de la fonction publique hospitalière pour protéger leur santé et les accompagner dans leur projet de vie.

MGEN dispose d'une parfaite connaissance des problématiques des agents hospitaliers grâce à sa proximité avec les personnels soignants des 60 établissements de santé qu'il gère. Ils représentent la moitié de ses salariés. Particulièrement impliqué, il a lancé avec l'ANACT une plateforme de prévention pour la qualité de vie au travail des acteurs de la fonction publique. Par une couverture santé/prévoyance spécifique à leur métier, il garantit aux hospitaliers un accompagnement solide.

CASDEN Banque Populaire, banque coopérative de la fonction publique, représente plus de 1,9 million de sociétaires, dont 90 000 agents issus du champ hospitalier public qui l'ont rejointe ces quatre dernières années.

Valorisation des métiers hospitaliers et de la marque employeur, tels sont les enjeux RH portés par CASDEN. Cet engagement se traduit au travers des programmes courts « Parlons Passion » sur France 5, soutien à la start-up Profil Public et à plusieurs dispositifs de la FHF tels qu'Attractive Med et un outil digital dédié à la démarche qualité auprès des professionnels de santé.

# Le praticien contractuel nouveau est arrivé !

**Armelle DREXLER** Directrice du département affaires médicales, recherche et qualité, Hôpitaux universitaires de Strasbourg.
Professeure affiliée, École des hautes études en santé publique

**Annoncée en septembre 2018 dans le cadre de « Ma santé 2022 : un engagement collectif », « la réforme des conditions de recours à l'emploi contractuel dans le cadre d'un contrat unique » a mis du temps à se concrétiser, au regard notamment de la crise sanitaire. Prévue à l'été 2021 pour une mise en œuvre à l'automne, voire en janvier 2022 – ce qui laissait un temps suffisant aux gouvernances des établissements publics de santé pour apprivoiser ce qui constitue un big bang statutaire sans précédent –, il aura fallu attendre le train de publication des textes au *Journal officiel* du dimanche 6 février pour une application immédiate le lundi 7 février, et notamment le décret n° 2022-135 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels, pour découvrir l'entièreté de la réforme. Qu'en retenir ? Au-delà de cette lecture réglementaire, comment mettre en œuvre la réforme dans le contexte général des nouveaux textes ? Et surtout, comment construire une trajectoire de carrière cohérente pour les jeunes professionnels médicaux ?**

L'ambition de la réforme statutaire était affichée dès « Ma santé 2022 » : 1) **garder le graal** que constitue le statut de praticien hospitalier pour celles et ceux qui veulent se réaliser dans une carrière à l'hôpital public ; 2) **« simplifier »**[1] les conditions de recours à l'emploi médical contractuel *« par la création d'un contrat unique apportant souplesse et réactivité pour certains recrutements permettant de renforcer, sous conditions, les liens ville/hôpital et de préserver les activités cliniques menacées en fonction des conditions et priorités qui devront être définies par les communautés hospitalières »*[2]. Les différents décrets publiés simultanément le 6 février 2022 créent une nouvelle galaxie des statuts médicaux hospitaliers. ILLUSTRATION 1 Exit les cliniciens hospitaliers, exit les praticiens attachés, exit les praticiens contractuels

sous leur ancienne forme. Bienvenue aux praticiens contractuels nouveaux !

Ce nouveau statut de praticien contractuel comporte à la fois des règles générales qui s'appliquent à toutes les situations et des règles spécifiques liées au contexte du recrutement, qu'il convient de présenter en détail, notamment concernant la rémunération qui constitue le point de vigilance majeur de la réforme.

À noter néanmoins que les droits acquis et les contrats passés se poursuivent jusqu'à leur terme, d'où la coexistence, pour un temps plus ou moins long, des anciens statuts (et règles afférentes) et du nouveau statut. Cela impose aux directions des affaires médicales une certaine agilité mentale : changer de référentiel statutaire, tout en gardant en mémoire les règles relatives aux anciens statuts, le temps qu'ils perdurent dans l'établissement.

## Règles générales du contrat unique

### Le rôle central du chef de service

Le recrutement du praticien contractuel suit les aménagements de la gouvernance hospitalière, en repositionnant le chef de service au cœur de la gestion des ressources humaines médicales. Le recrutement de praticien contractuel relève ainsi d'une « proposition »[3] du chef de service ; le chef de pôle, dorénavant, ne propose plus mais émet un « avis »[4], tout comme le président de la commission médicale d'établissement (CME).

### Le praticien contractuel, un membre à part entière de l'équipe médicale

Si les premières discussions nationales laissaient entrevoir le concept d'un praticien à part, les conférences hospitalières et les organisations syndicales ont clairement repositionné le praticien contractuel comme un membre à part entière de l'équipe médicale, bénéficiant, à ce titre, de l'entretien professionnel annuel avec le chef de service, comme le reste de l'équipe médicale. Avec l'ambition d'être un

**1.** « Ma santé 2022 : un engagement collectif ». www.solidarites-sante.gouv.fr
**2.** *Idem.*
**3.** Article R.6152-337 du code de santé publique (CSP).
**4.** *Idem.*

**LA GALAXIE 2022 DES STATUTS MÉDICAUX** ILLUSTRATION 1

véritable outil de management médical, l'entretien professionnel annuel du praticien contractuel vise à réaliser le bilan des activités cliniques (et le cas échéant non cliniques) confiées, à recueillir les aspirations individuelles du praticien (d'être nommé praticien hospitalier par exemple), à les confronter aux besoins du service ou encore à évoquer les souhaits de formation médicale continue.

Au-delà des textes réglementaires et du vade-mecum qui sera diffusé par le Centre national de gestion, il s'agit avant tout d'un sujet qui doit faire l'objet d'une discussion institutionnelle dans chaque établissement quant aux attendus, aux modalités de déploiement, à sa formalisation, etc. Il apparaît utile pour cela de mettre en place un groupe de travail *ad hoc* associant, autour de la direction des affaires médicales et de la présidence de CME, à la fois des chefs de service et des chefs de pôle, le cas échéant en utilisant l'expérience de certains chefs de service expérimentateurs, mais aussi des praticiens sans responsabilités managériales pour bien connaître leurs attentes. Cela afin de s'approprier en interne le dispositif et que chaque acteur y trouve un intérêt.

## Le temps de travail médical

Pour faire simple, le temps de travail médical du praticien contractuel est calqué sur les règles applicables aux praticiens hospitaliers : congés annuels (25 jours[5]), RTT (19 jours[6]), temps de travail additionnel, participation à la permanence des soins sous forme de garde et d'astreinte indemnisées au tarif réglementaire des « mono-appartenants », repos quotidien, congés formation (15[7]). Pour mémoire, seuls les cliniciens hospitaliers ne disposaient pas, réglementairement, de jours RTT, de temps de travail additionnel et d'indemnisation en sus pour leur participation à la permanence des soins – cela justifiant (en partie) des rémunérations sans commune mesure avec les autres statuts contractuels et les praticiens hospitaliers, d'ailleurs.

Seule différence notable avec le statut de praticien hospitalier : les valences non cliniques ne sont pas de droit pour le praticien contractuel, elles doivent être sollicitées de manière expresse et sont liées au profil de poste et à l'activité réelle du praticien.

## La clarification du régime des cumuls d'activités

Le praticien contractuel qui dispose d'un contrat à temps complet ne peut pas exercer d'activité extérieure, sauf schématiquement une activité de conseil, d'expertise ou de formation dans le cadre de la réglementation relative aux activités accessoires.

**Dans le cas où il n'exerce pas à temps complet,** il convient de prévoir au contrat l'obligation pour ce dernier de faire connaître à la direction « *les autres activités qu'il exerce à titre professionnel* »[8], étant entendu qu'elles ne mettent pas en cause le bon fonctionnement du service ni ne nuisent à l'exercice de ses missions, et s'organisent dans la limite de 100 % d'un emploi à temps complet. Ainsi, il peut avoir plusieurs contrats de praticien contractuel dans différents établissements publics de santé, du moment que son temps de travail effectif n'est pas supérieur à 100 % d'un emploi à temps complet (hors temps de travail additionnel)[9].

De la même façon, « *le praticien qui envisage d'exercer une activité privée lucrative à l'extérieur de l'établissement en informe par écrit le directeur deux mois avant le début de cette activité et fournit les justificatifs attestant du lieu d'exercice de cette activité et du type de mission* »[10]. Là encore, cette activité supplémentaire n'est possible que (1) si le praticien n'exerce pas à temps plein et (2) dans le cas où il est à 100 %, sous réserve de réduire son activité à due concurrence pour exercer son activité privée lucrative.

## Les primes et indemnités

Au-delà des primes et indemnités liées au temps de travail médical de nuit ou supplémentaire, le praticien contractuel peut percevoir des primes liées à son activité propre.

Aussi, dans le cadre d'un exercice partagé entre plusieurs établissements publics de santé ou avec un établissement de santé privé à intérêt collectif, une convention de temps partagé est formalisée entre établissements et permet de bénéficier de la prime d'exercice territorial (PET).

S'il exerce à temps plein (ou si la dérogation est accordée par le directeur général de l'ARS), le praticien contractuel peut également bénéficier de la prime de solidarité territoriale (PST).

Si le praticien contractuel est issu d'une spécialité sous tension, il peut être envisagé, selon la politique institutionnelle, la signature d'une convention d'engagement. Elle permet de bénéficier d'une prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH), contre l'engagement de réussir le concours de praticien hospitalier et de rester trois années effectives dans l'établissement (voir *infra*).

**5.** Pour une quotité de temps de travail à 100 %, sinon proratisés.
**6.** *Idem.*
**7.** Quelle que soit la quotité de temps de travail, aucune proratisation n'est prévue réglementairement.
**8.** Article R.6152-336 CSP.
**9.** Article R. 6152-348 CSP.
**10.** Article R.6152-341 CSP.

### L'intégration dans le dispositif de non-concurrence

Cette intégration au dispositif est applicable aux praticiens contractuels en cas de départ temporaire ou définitif.

La nouvelle réglementation prévoit qu'à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT) soient définies les conditions de mise en œuvre d'un dispositif de non-concurrence pour les praticiens hospitaliers, personnels enseignants et hospitaliers **ainsi que pour les praticiens contractuels exerçant au moins à 50 %**. Les modalités d'interdiction d'installation, pendant une durée maximale de vingt-quatre mois et dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement d'affectation principale, peuvent s'organiser par profession, spécialité et, le cas échéant, par établissement.

### Discipline, insuffisance professionnelle et licenciement

Le cas échéant, quatre sanctions disciplinaires sont applicables aux praticiens contractuels : l'avertissement et le blâme peuvent être prononcés après une procédure contradictoire et avis du président de CME. S'ajoutent l'exclusion temporaire de fonctions prononcée pour une durée ne pouvant excéder six mois et privative de toute rémunération et le licenciement, ces deux dernières sanctions nécessitant un avis formel de la CME. Là, encore une fois, à l'issue d'une procédure contradictoire.

Le praticien contractuel qui fait preuve d'insuffisance professionnelle peut faire l'objet soit d'une modification de la nature de ses fonctions, soit d'une mesure de licenciement avec indemnité – l'indemnité étant calculée notamment en fonction de son ancienneté. Enfin, outre le licenciement pour insuffisance professionnelle ou motif disciplinaire précités, est prévue la possibilité de licencier le praticien contractuel ou d'anticiper la rupture du contrat, schématiquement en cas de modification ou suppression du besoin initial de recrutement, ou en cas de refus par le praticien de modification d'un élément substantiel du contrat. La procédure de licenciement fait intervenir la CME[11].

## Règles spécifiques liées au contexte du recrutement

Aux côtés des règles générales, un certain nombre de règles spécifiques sont liées au contexte du recrutement. Il existe quatre motifs de recrutement :

1. pour assurer le remplacement d'un praticien en cas d'absence ou d'accroissement temporaire d'activité ;
2. en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ;
3. dans l'attente de la nomination en qualité de praticien hospitalier ;

**11.** Article R. 6152-376 CSP et suivants.

## LES RÈGLES SPÉCIFIQUES DU CONTRAT DE PRATICIEN CONTRACTUEL, EN FONCTION DU MOTIF DE RECRUTEMENT

**TABLEAU 1**

| Motif | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité | Entre 1 et 10 DJ hebdo | CDD initial max. 6 mois | CDD initial dans la limite de 2 ans | Durée maximale cumulative de 6 ans sur ces trois motifs dans un même établissement ***Attention*** *Sont à prendre en compte les fonctions antérieures de praticien contractuel, clinicien, et praticien attaché dans le calcul des 6 années, quelle que soit la quotité prévue au contrat* | Plancher de rémunération de 39 396€ brut annuel hors primes et indemnités pour un temps plein (proratisé sinon) | Plancher de rémunération de 51 214,8€ brut annuel pour un temps plein hors primes et indemnités (proratisé sinon) pour ne pas verser d'indemnité de précarité | Plafond à 67 740€ brut annuel pour un temps plein (proratisé sinon) | POSSIBLE échelon de PH si cumul emploi-retraite |
| 2 | En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire | Entre 1 et 10 DJ hebdo | CDD initial max. 3 ans | CDD successifs dans la limite de 6 ans | | | | Plafond avec la prime variable équivalent au 13e échelon PH + IESPE Soit 119 130€ bruts annuels<br>Arrêté du 5 février 2022 fixant le montant et les modalités de versement de la part variable des praticiens recrutés en application du 2° de l'article R. 6152-338 CSP | Contrat POSSIBLE si prévu dans CPOM |
| 3 | Dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours de praticien hospitalier | Entre 5 et 10 DJ hebdo | CDD initial max. 3 ans | CDD successils dans la limite de 3 ans | | | | Plafond lié à l'échelon de praticien hospitalier qu'aurait le candidat à sa nomination | POSSIBLE signature d'une convention PECH |
| 4 | Pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des ESPIC | Max 4 DJ hebdo | CDD initial max. 3 ans | CDI possible Après 3 ans | CDI possible Après 6 ans | POSSIBLE Rupture conventionnelle Pour ceux en CDI | | Plafond proratisé à 67 740€ brut annuel pour un temps plein (soit 27 096€ brut pour un 40% par ex.) | POSSIBLE échelon de PH si cumul emploi-retraite |
| | Article R.6152-338 CSP | Article R.6152-349 CSP | Article R.6152-339 CSP | | | Arrêté du 15 juin 2016 modifié, annexe XX | Article R.6152-375 CSP | Arrêté du 15 juin 2016 modifié, annexe XX | |

4. pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés pour le développement des coopérations ville-hôpital et des exercices mixtes.

En fonction des motifs de recrutement, les règles relatives à la quotité de temps de travail médical, à la durée du contrat, au type de contrat, aux modalités de rémunération, diffèrent. **TABLEAU 1**

## Un seul motif de recrutement en CDI

Dans la mesure où le statut de praticien hospitalier demeure le graal hospitalier, il n'est pas possible d'exercer dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée, sauf si la quotité de temps de travail est inférieure à 50 % et ne permet donc pas au praticien de passer le concours pour être nommé praticien hospitalier : telle est l'explication de la possibilité de CDI après un premier contrat d'une durée maximale de trois ans, au titre du motif 4, c'est-à-dire pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé d'intérêt collectif et privés, afin de développer des coopérations ville/hôpital et des exercices mixtes.

**Il existe un enjeu de définition d'une politique de recrutement et de rémunération des praticiens contractuels lisible, cohérente et transparente, qui répond à une certaine éthique du recrutement.**

## Un motif spécifique dans l'attente de la nomination permanente

Pour les praticiens fléchés sur un poste de praticien hospitalier, le recrutement au titre du motif 3 leur autorise désormais d'exercer potentiellement dans le cadre d'un contrat long. Par exemple, après un clinicat ou un assistanat de deux ans, le futur praticien hospitalier ne signait qu'un contrat de six mois. Ce qui pouvait être non attractif et *a minima* incompréhensible pour un praticien se projetant dans la carrière hospitalière publique – d'autant plus quand il fallait lui faire signer un renouvellement de contrat alors qu'il était prévu qu'il soit nommé deux mois plus tard… – mais que la transmission des arrêtés de nomination tardant, mieux valait augmenter la durée du contrat pour limiter les gags.

Avec le nouveau contrat, un contrat d'une durée jusqu'à trois ans peut être proposé. Ce contrat sécurise le candidat – notamment vis-à-vis de sa banque pour son prêt immobilier, cas fréquent ! – et met fin aux renouvellements successifs, tant pour le candidat, son chef de service et son chef de pôle que pour les gestionnaires des affaires médicales. Qui plus est, le praticien hospitalier contractuel peut être recruté à l'échelon qu'il aurait à sa nomination en qualité de praticien hospitalier. La seule différence est liée à l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) – 1 010 € brut mensuel depuis le Ségur de la santé – ou à défaut aux revenus liés au démarrage de son activité libérale, possible dorénavant dans les deux cas dès la nomination en qualité de praticien hospitalier.

Autre intérêt, dans le cas d'un souhait d'une carrière hospitalière publique sur le tard après des années d'exercice libéral, le futur praticien hospitalier peut désormais prétendre à un échelon correspondant à son ancienneté, avec une moindre perte de rémunération dans l'attente de la nomination au titre de PH ; auparavant bloqué à l'échelon 4+10 % de la rémunération de praticien contractuel (4 852,22 € brut mensuel, hors permanence des soins), un praticien avec une expérience de vingt ans dans le secteur privé peut être positionné à l'échelon 10 (7 500,82 € brut mensuel, hors permanence des soins).

Avec ce nouveau motif, on gagne en lisibilité et en simplicité pour les trajectoires de carrières de praticien hospitalier telles que définies, particulièrement, dans le cadre des procédures de révision annuelle des effectifs médicaux hospitaliers, que connaissent nombre de structures hospitalières.

## Un motif de remplacement et de surcroît d'activité

Le motif 1 autorise un recrutement temporaire, de prime abord au maximum pour six mois, pour pallier une absence maladie ou congé maternité, dans le cadre du développement d'une nouvelle activité ou d'autres besoins ponctuels. Ce motif permet de recruter à la fois des praticiens pour des durées courtes et précises, et des jeunes praticiens qui réfléchissent à leur avenir professionnel (public ou privé).

Ce motif maintient la souplesse de l'ancien statut de praticien attaché et de l'ancien statut de praticien contractuel, avec une maîtrise directe et unique de l'établissement public de santé (EPS), tout en ne s'engageant pas sur un avenir commun et partagé, et ce, de part et d'autre d'ailleurs.

Bien évidemment, ce type de contrat doit respecter le plafond de rémunération annuel posé par la réglementation. Il ne peut servir pour du recrutement de gré à gré, pour des intérimaires, à des tarifs qui

dérogeraient au plafond mensuel de 5 645 € brut pour un exercice à 100 % ! Il n'est donc pas possible d'utiliser ce type de contrat pour des recrutements d'intérimaires, même au tarif légal de 1 170 € brut les 24 heures, dans la mesure où ce tarif déroge au plafond de rémunération posé par la réglementation. Dans tous les cas, cela nécessite de ne pas survaloriser les montants de rémunération des indécis ou temporaires, comparativement à ceux qui ont choisi la carrière hospitalière, sous peine de décrédibiliser le motif de recrutement 3.

### Un motif pour continuer le recours aux mercenaires cliniciens

Lorsque la notion de contrat unique est apparue, bon nombre d'acteurs hospitaliers ont salué le dispositif, tout en faisant pression pour le maintien du dispositif de clinicien hospitalier. Alors non, les EPS ne peuvent plus recruter de cliniciens hospitaliers. Mais ils peuvent recruter des praticiens contractuels selon le motif 2, c'est-à-dire en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire.
Quelles différences entre le clinicien hospitalier et le praticien contractuel motif 2 ?
Comme précédemment, le praticien contractuel motif 2 doit être autorisé préalablement par l'ARS : cela passe par l'inscription au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement du nombre maximal, la nature et les spécialités concernées par ce motif de recrutement[12].
Comme précédemment, la rémunération se décompose en part fixe et en part variable, ce qui invite les établissements à bien préciser les objectifs quantitatifs et qualitatifs, les indicateurs, les délais d'atteinte de ces objectifs, puisque la réalisation des objectifs conditionne le paiement de la part variable. C'est à l'issue d'une évaluation sur le bilan des résultats atteints, au regard des objectifs assignés que conduit le chef de service ou le chef de pôle (ou le président de CME dans le cas où le praticien contractuel exerce des fonctions de chef de pôle) que le montant de la part variable est proposé au chef d'établissement qui en arrête le montant.
La fixation des objectifs et de leurs délais d'atteinte est d'autant plus essentielle que « *lorsque le bilan des résultats s'avère notoirement insuffisant, il peut être mis fin au contrat sans indemnité, ni préavis, après avis du président de la commission médicale d'établissement* »[13].
Enfin, le praticien contractuel motif 2 a une rémunération possiblement supérieure. La rémunération du clinicien hospitalier, déjà décomposée en part fixe et en part variable, était plafonnée au 10e échelon (ancien 13e échelon) PH + 65 %, soit 148 500 € brut annuel incluant la permanence des soins et sans permettre de temps de travail additionnel. Le clinicien hospitalier ne disposait pas de jours RTT. La rémunération du praticien contractuel motif 2 est dorénavant plafonnée au 13e échelon PH + IESPE, soit 119 130 € brut annuel. S'ajoutent 19 jours de RTT, possiblement du temps de travail additionnel, et le paiement en plus de la participation à la permanence des soins. En fonction de l'activité réelle du praticien, le nouveau statut peut être plus avantageux pour lui.
À noter que désormais, un praticien hospitalier ne pourra plus être détaché sur ce type de contrat. Il devra démissionner de son statut de praticien hospitalier pour basculer sur un tel contrat s'il souhaite malgré tout exercer pour une durée limitée à six années sous ce contrat, au sein d'un même établissement.
Ce type de contrat n'est, pas plus qu'auparavant, à proposer à de jeunes praticiens en sortie de troisième cycle, d'assistanat ou de clinicat. Il concerne des missions particulières à forts enjeux de réorganisation et de management, de manière également à ce que ce type de praticien soit plus facilement légitime dans son expertise, et accepté par le reste de l'équipe médicale et la communauté médicale dans son ensemble.

## Point de vigilance : la rémunération des praticiens contractuels

La présentation des règles spécifiques par motif de recrutement montre à quel point il existe un enjeu de définition d'une politique de recrutement et de rémunération des praticiens contractuels lisible, cohérente et transparente, répondant à une certaine éthique du recrutement.

### Rendre lisible sa politique de rémunération

La réglementation ne prévoit qu'un montant minimal (39 396,76 € brut annuel pour un temps plein) et un montant maximal (67 740,25 € brut annuel pour un temps plein). Faut-il pour autant s'en satisfaire, n'utiliser que ces bornes et laisser place à la négociation constante, donc le pouvoir au futur recruté ? La réponse est bien évidemment non, pour un certain nombre de raisons. Se fixer quelques règles générales s'impose.

**12.** Article R.6152-340 CSP.
**13.** Article 2 de l'arrêté du 5 février 2022 fixant le montant et les modalités de versement de la part variable des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 2° de l'article R. 6152-338 du CSP.

### >> Ne pas recruter tous les praticiens au plancher

Le plancher correspond au 4e échelon de praticien attaché (3 283,06 € brut mensuel), apportant aux jeunes praticiens en sortie de 3e cycle une rémunération supérieure à celle qu'ils avaient en tant que docteur junior. Néanmoins, le statut d'assistant spécialiste, revalorisé à l'automne 2020 par la revalorisation de l'IESPE, est plus attractif. Tout comme il était compliqué avant la réforme de proposer un contrat de praticien attaché 1er échelon à un jeune praticien venant de s'inscrire à l'Ordre des médecins, il pourrait être compliqué pour lui d'accepter un contrat en deçà de l'équivalent 6e échelon de praticien attaché (3 732,82 € brut mensuel) qui correspond à une rémunération d'assistant spécialiste, pour peu qu'il soit recruté à temps plein au titre du motif 1 ou 3. Celui qui intervient une demi-journée par semaine (motif 4) sera plus à même d'accepter ce montant plancher puisqu'il obtient 90 % de sa rémunération ailleurs, le plus souvent avec un exercice libéral ou une activité de remplacement.

**Le statut de praticien hospitalier étant le graal de la carrière hospitalière publique, il ne saurait exister de conditions de recrutement, en qualité de contractuel, qui détournent de cette carrière les jeunes talents médicaux de demain.**

### >> Ne pas recruter dans des conditions plus défavorables qu'anciennement

Une crainte de certaines organisations syndicales de praticiens était que les directions « profitent » de la réforme pour faire des économies « sur le dos » des jeunes praticiens. Ainsi, qu'il y ait un plancher inférieur au niveau 1 antérieur de praticien contractuel ne doit pas inciter les établissements à déterminer des règles de rémunération moins favorables que précédemment. Par exemple, si dans le cas d'un remplacement de courte durée, le contrat proposé antérieurement était systématiquement un contrat de praticien contractuel niveau 1 (4 130 € brut mensuel pour un 100 %), il ne paraît pas forcément logique de proposer une rémunération en deçà désormais. Tel n'est pas forcément le même sujet pour le niveau 4+10 % de praticien contractuel, en fonction du contexte de la proposition de cette rémunération. Si le recours à cette rémunération n'était pas généralisé, mais réservé à certaines spécialités sous tension locales, le positionnement plus rapide à un motif 3 avec un contrat plus long, le cas échéant en faisant signer une convention d'engagement dans la carrière hospitalière[14], et en accélérant la nomination en qualité de praticien hospitalier (en leur permettant d'exercer une activité libérale plus rapidement ou la fameuse IESPE à 1 010 € brut par mois) peut justifier un changement institutionnel de regard, dès lors qu'un effort est réalisé sur la trajectoire de carrière d'ensemble de l'intéressé.

### >> Ne (surtout) pas recruter au plafond

S'il n'existait qu'une règle à se fixer collectivement pour le motif 1 et le motif 4 (le motif 2 étant à exclure pour de tels profils !), elle serait de ne surtout pas recruter au plafond de rémunération des jeunes praticiens à moins de dix années d'ancienneté depuis leur inscription à l'Ordre !

Parce que l'utilisation sensée du motif 3 ne sera jamais envisageable ensuite pour l'intéressé puisqu'il perdrait en rémunération si, après deux ans de contrat, il n'est pas encore nommé praticien hospitalier.

Parce qu'on reproduirait typiquement l'ancien échelon 4+10 % qui obligeait à des indemnités différentielles non réglementaires du temps pré-Ségur de la santé, lorsque l'IESPE n'avait pas encore été revalorisée, à la nomination en qualité de praticien hospitalier.

Parce qu'on se laisserait aller aux sirènes du dumping social entre établissements publics de santé.

Parce qu'on aurait la plus grande responsabilité dans la perte de sens de l'ensemble du dispositif rénové.

### >> Définir une grille de rémunération

Une fois ces règles posées, on voit bien tout l'intérêt de disposer d'une grille de rémunération. Même le ministère de la Santé propose une référence à l'occasion de son instruction ministérielle consacrée à la rémunération des praticiens contractuels. Les mauvaises langues pourront dire que la grille aurait pu être proposée dans la réglementation, ou qu'elle arrive trop tard. Mais elle a le mérite d'être proposée. Cette grille de référence complétée avec d'autres éléments réglementaires et statutaires permet d'esquisser une grille de rémunération pour les praticiens contractuels (*tableau 2*). Elle constitue un appui essentiel pour définir sa politique de rémunération.

**14.** Cette convention permet l'octroi d'une prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH), pour les spécialités sous tension à l'échelle nationale (réglementairement imagerie et anesthésie-réanimation), mais aussi locale, après validation de l'agence régionale de santé.

## Définir des règles de rémunération cohérentes

### >> En cohérence avec le contexte de l'établissement

Selon que les anciens praticiens contractuels représentaient 15 % ou 40 % du volume de praticiens hospitaliers, que les anciens praticiens attachés comptaient pour 5 % de l'ensemble des praticiens seniors[15] ou pour plus de 20 %, que les cliniciens hospitaliers existaient ou n'existaient pas, l'établissement public de santé n'appréhendera pas les enjeux de la réforme de la même manière.

Au-delà des chiffres, si le recours aux contractuels l'est systématiquement pour la durée maximale réglementaire ou si le passage sous un statut contractuel n'est qu'un temps de jonction de moins d'un an entre un clinicat ou un assistanat et la nomination en qualité de praticien hospitalier, les enjeux locaux seront différents. Il est essentiel de cartographier les différents parcours de contractuels dans l'établissement, afin d'effectuer des simulations avant la validation définitive de la nouvelle grille de rémunération.

De la même façon, si l'établissement connaît une situation budgétaire et financière florissante ou, à l'inverse, un contexte budgétaire et financier préoccupant, les options pour cette réforme des rémunérations des praticiens contractuels à la main des établissements ne pourront pas être les mêmes, dans la mesure où il n'y aura pas, par les pouvoirs publics, un financement à l'euro prêt du surcoût ! À ce titre, cela pourrait par exemple empêcher de remplacer l'intégralité des anciens praticiens attachés à la fin de leur contrat, et/ou alors réinterroger la pertinence du temps médical, ou encore amener à une transposition budgétaire nécessitant deux demi-journées de praticiens attachés rendues pour permettre l'octroi d'une demi-journée de praticien contractuel nouveau.

### >> En cohérence avec le statut de praticien hospitalier

Le statut de praticien hospitalier étant le graal de la carrière hospitalière publique, il ne saurait exister de conditions de recrutement, en qualité de contractuel, qui détournent de cette carrière les jeunes talents médicaux de demain.

Il est ainsi essentiel d'utiliser le motif 3 (dans l'attente de la nomination en qualité de praticien hospitalier) en positionnant le candidat à l'échelon qu'aurait l'intéressé(e) à sa nomination de praticien hospitalier. La réglementation le prévoit comme une possibilité. Faisons de cette possibilité une obligation systématique, à partir du moment où ce motif est utilisé suite à un consensus pour une future nomination de praticien hospitalier. D'où le « montant minimal motif 3 » à l'échelon 1 de praticien hospitalier, tel que proposé dans le tableau 2.

### >> En cohérence entre motifs de recrutement

Parce que la durée de recrutement sur un motif donné est variable (*tableau 1*), il est important d'avoir

**15.** Par « praticiens seniors », on entend les praticiens qui ont fini leur formation et qui sont inscrits à l'Ordre des médecins et ont donc la plénitude d'exercice.

## ESQUISSE D'UNE GRILLE DE RÉMUNÉRATION POUR LES PRATICIENS CONTRACTUELS TABLEAU 2

| INDEMNITÉ DE PRÉCARITÉ | MONTANTS MINIMAUX/MAXIMAUX PROPOSÉS (ET AUTRES RÉFÉRENCES)** | | ÉCHELONS | RÉFÉRENCE | DURÉE DANS L'ÉCHELON | MONTANT ANNUEL BRUT POUR 10 DJ/HEBDO | MONTANT MENSUEL BRUT POUR 10 DJ/HEBDO | MONTANT MENSUEL BRUT POUR 4 DJ/HEBDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PAS d'indemnité de précarité en cas de rémunération > 4 267,90 € brut mensuel | Montant maximum réglementaire des émoluments PC | | 13 | 6e échelon PH | | 67 740,25 € | **5 645,02 €** | 2 258,01 € |
| | | | 12 | 5e échelon PH | 2 ans | 65 384,65 € | **5 448,72 €** | 2 179,49 € |
| | | | 11 | 4e échelon PH | 2 ans | 63 365,55 € | **5 280,46 €** | 2 112,18 € |
| | Niveau 4+10% PC : 4 852,22€ brut | | 10 | 3e échelon PH | 2 ans | 59 159,06 € | **4 929,92 €** | 1 971,97 € |
| | | | 9 | 2e échelon PH | 2 ans | 55 288,94 € | **4 607,41 €** | 1 842,96 € |
| | Montant minimum alinéa 3 | Niveau 4 PC | 8 | 1er échelon PH | 2 ans | 52 933,33 € | **4 411,11 €** | 1 764,44 € |
| | | Niveau 3 PC | 7 | 10e échelon PA | 2 ans | 51 587,36 € | **4 298,95 €** | 1 719,58 € |
| Indemnité de précarité à verser SAUF lorsque le PC refuse de signer un CDI ; lorsque le PC ne postule pas sur un poste de PH ouvert ; en cas de rupture anticipée du contrat due à l'initiative du PC, à sa faute grave ou cas de force majeure. | | Niveau 2 PC | 6 | 9e échelon PA | 2 ans | 50 409,31 | **4 200,78 €** | 1 680,31 € |
| | | Niveau 1 PC | 5 | 8e échelon PA | 2 ans | 49 568,10 | **4 130,68 €** | 1 652,27 € |
| | | | 4 | 7e échelon PA | 2 ans | 47 645,92 | **3 970,49 €** | 1 588,20 € |
| | Montant minimum alinéa 1 | Assistant spécialiste 1re année : 3 678,76€ brut** | 3 | 6e échelon PA | 2 ans | 44 793,85 | **3 732,82 €** | 1 493,13 € |
| | | | 2 | 5e échelon PA | 2 ans | 42 713,04 € | **3 559,42 €** | 1 423,77 € |
| | Montant minimum alinéa 4 | Montant minimum réglementaire des émoluments PC | 1 | 4e échelon PA | 2 ans | 39 396,76€ | **3 283,06 €** | 1 313,22 € |

prévu la gestion des transitions, afin de ne pas perdre en rémunération à un moment donné.

- Entre le motif 2 (en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire) et les autres motifs, il n'est toutefois pas possible de ne pas perdre en rémunération. Les profils concernés iront, à l'issue des six années, exercer leurs talents dans un autre EPS, ou auront mis à profit ces six années pour passer le concours de praticien hospitalier et être nommés à l'échelon correspond à leur ancienneté.
- Entre le motif 4 (pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés pour le développement des coopérations ville/hôpital et des exercices mixtes) et les autres motifs, il n'y aurait pas de difficultés si le praticien, présent par exemple à 40 %, souhaite renforcer sa présence dans l'établissement public de santé et envisage de passer le concours de PH pour exercer à 50 %. Dans ce cas de figure, il basculerait sur le motif 3, serait positionné à l'échelon correspondant à son ancienneté professionnelle, possiblement même au-delà du plafond. Dans un autre sens, s'il était à temps plein sur un remplacement court (motif 1) puis basculait sur le motif 4 avec une quotité réduite au plus à 40 %, la perte de rémunération est de toute façon compensée par un temps disponible pour exercer à l'extérieur de l'établissement.
- Le sujet principal est surtout l'articulation entre le motif 1 (pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité) et le motif 3, pour le praticien en sortie de 3e cycle qui est recruté d'abord pour un surcroît d'activité, voire qui attend le départ d'un praticien hospitalier. Si la règle fixée est qu'il bénéficie de son échelon de praticien hospitalier à son recrutement sur le motif 3, il sera positionné à l'échelon 1 (s'il a moins de deux ans d'ancienneté), voire à l'échelon 2 (entre deux et quatre ans d'ancienneté), en fonction de la date de bascule sur le motif 3.

  Il ne faut donc pas qu'il soit recruté au-delà de la réalité de son ancienneté en cohérence avec la grille de praticien hospitalier, même s'il est au départ recruté pour le motif 1 : soit pas plus que l'échelon 1 de praticien hospitalier au moment de son inscription à l'Ordre des médecins, voire en deçà. Comme évoqué précédemment, pour cette situation et un recrutement à temps plein, un échelon minimal pourrait être celui correspondant à celui d'assistant spécialiste ou un échelon entre la rémunération d'assistant spécialiste et la rémunération de praticien hospitalier 1er échelon, de manière à donner de la souplesse aux contrats courts de remplacement.

### Viser la transparence avec la communauté médicale et avec les établissements du territoire

Après avoir cartographié la situation des contractuels de son établissement, simuler les parcours et/ou des situations individuelles avec les règles envisagées, il sera indispensable de parvenir à une politique de rémunération lisible et cohérente, concertée avec le directoire et partagée plus largement avec la communauté médicale, en CME, mais aussi avec les chefs de pôle et les chefs de service. La transparence de cette politique assurera une meilleure compréhension et une meilleure acceptabilité de la communauté médicale, à l'occasion des réponses ultérieures qui seront apportées par la direction des affaires médicales.

Au-delà de la transparence interne se pose bien évidemment la question de la territorialisation de la grille, à l'échelle du GHT, dont la commission médicale de groupement donne un avis sur les orientations communes stratégiques en matière de politique de recrutement et de rémunération. La temporalité de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation ne permettra pas de valider une grille commune dans tous les GHT, mais peut-être de fixer dans un premier temps de grands principes, tels que ceux présentés précédemment.

Cette territorialisation de la grille peut même s'exporter à l'échelle de la subdivision, voire de subdivisions limitrophes, pour limiter les effets de bords. Enfin, il est à noter que les différents centres hospitaliers régionaux et universitaires travaillent aussi de concert pour convenir de principes clés unanimement partagés et respectés.

## Coexistence des anciens contractuels et des praticiens contractuels nouveaux

Le principe est qu'il n'existe aucune obligation de basculer les praticiens exerçant avec les « anciens » contrats (ancien praticien contractuel, clinicien hospitalier ou praticien attaché) sur le nouveau statut de praticien contractuel. Ces deux galaxies parallèles vont donc entraîner une certaine gymnastique pour les directions des affaires médicales, le temps d'extinction des anciens statuts dans l'EPS, autrement dit jusqu'aux termes respectifs des contrats en cours à la date de publication de la réforme.

### Les (anciens) praticiens contractuels, l'extinction la plus rapide

Aucun nouveau contrat, aucun renouvellement, ni aucun avenant ne peuvent être conclus depuis le 7 février 2022. Les contrats (souvent d'une durée de six mois ou d'un an) se poursuivent jusqu'à leur terme et les règles du statut antérieur s'appliquent, notamment par exemple concernant l'indemnité de précarité. À l'issue du contrat, le praticien devra avoir, si la relation contractuelle est poursuivie, un contrat de praticien contractuel avec les nouvelles règles telles que présentées précédemment – vraisemblablement au titre du motif 1 ou 3.

Seule particularité : les praticiens contractuels en contrat à durée indéterminée recrutés sur missions spécifiques (urgences, gériatrie, unité sanitaire carcérale…) au titre de l'article R.6 152-403 du CSP, poursuivent leur CDI dans les mêmes conditions que précédemment, jusqu'au terme de leur contrat.

### Les cliniciens hospitaliers : extinction effective au 1er janvier 2025

Aucun nouveau contrat, aucun renouvellement, ni aucun avenant ne peuvent être conclus depuis le 1er janvier 2022. Les contrats (souvent d'une durée de trois ans) se poursuivent jusqu'à leur terme et les règles du statut antérieur s'appliquent – possiblement donc jusqu'au 31 décembre 2024 pour les derniers contrats conclus.

À noter que les praticiens hospitaliers détachés sous ce statut y restent jusqu'au terme prévu. Au terme du détachement, ils seront réintégrés sur un poste de leur spécialité ou placés en disponibilité d'office, conformément aux dispositions de l'article R.6152-59 du CSP.

### Les praticiens attachés : extinction prévisible en 2059 ?

Aucun recrutement sous le statut de praticien attaché n'est possible depuis le 7 février 2022. Les contrats à durée déterminée se poursuivent jusqu'à leur terme selon les règles du statut de praticien attaché. À l'issue du terme du CDD, le praticien devra avoir, si la relation contractuelle est poursuivie, un contrat de praticien contractuel avec les nouvelles règles telles que présentées précédemment – vraisemblablement au titre du motif 4.

De la même façon, aucun contrat triennal (qui était le contrat proposé lors du renouvellement à l'issue des vingt-quatre premiers mois en CDD) ne peut être conclu depuis le 7 février 2022. Les contrats en cours se poursuivent jusqu'à leur terme. À l'issue du contrat triennal, en raison des droits acquis à renouvellement par CDI, en vertu de l'article R.6152-610 du CSP, le praticien attaché bascule sur un CDI.

Enfin, le praticien attaché en CDI reste sous ce statut jusqu'au terme du contrat (imposé par l'âge de la retraite ou sa démission) ; il est possible de procéder à des avenants pour modifier quotité de temps, structure d'affectation par exemple.

Ainsi, si l'on considère qu'il faut au moins deux années de contrat pour rester sous contrat de praticien attaché possiblement jusqu'à sa retraite, prévue à 67 ans, on peut envisager une extinction définitive du statut de praticien attaché en 2059.

Un dernier point d'attention relatif au statut de praticien attaché concerne ceux qui exercent en CDI en étant à 100 %. Dans la mesure où la réforme appelle à remettre à plat la politique de rémunération et les trajectoires de carrière, la question de la pérennisation de ces professionnels, au-delà de ce seul contrat de CDI, le cas échéant, sous un statut de praticien hospitalier, mérite d'être posée en interne, au regard des situations individuelles existantes.

## En définitive

L'ambition de la réforme était de « simplifier »[16] les conditions de recours à l'emploi médical contractuel. Au regard du travail de fond actuellement en cours à l'échelle des directions des affaires médicales, il est trop tôt encore pour tirer une conclusion autre que celle d'un travail de titan, tant sont nombreuses et simultanées les réformes statutaires en cours, au-delà du seul sujet du praticien contractuel nouveau – et ce, plus encore en CHU avec le statut unique hospitalo-universitaire, le reclassement des hospitalo-universitaires et les autres mesures d'attractivité à venir.

Pour autant, cette réforme du praticien contractuel offre aux établissements publics de santé l'opportunité de réfléchir, et de définir clairement, leurs politiques de recrutement, de rémunération et de fidélisation des professionnels médicaux, en invitant à proposer des trajectoires de carrière à l'hôpital public à l'heure du renforcement de l'accompagnement individuel des professionnels médicaux, mission partagée entre les managers médicaux et les directeurs/rices des affaires médicales.

Tel est bien l'enjeu de la réforme : nous empêcher collectivement de céder aux pressions maximalistes – pour donner du sens à l'inscription dans la carrière hospitalière publique de nos jeunes talents médicaux. Un challenge somme toute enthousiasmant, et cœur de métier des directions des affaires médicales ! ■

**16.** « Ma santé 2022 : un engagement collectif ». www.solidarites-sante.gouv.fr