

Deuxième partie

II- Promouvoir les métiers et conseiller, orienter, soutenir et accompagner les praticiens et les directeurs dans leur carrière et leur parcours professionnel

II.1- Développer et favoriser la gestion modernisée des corps de praticiens hospitaliers élargie aux personnels enseignants et hospitaliers

II.2- Accentuer et fortifier la dynamique de gestion des corps de directeurs de la fonction publique hospitalière

II.3- Renforcer et sécuriser l'organisation et l'informatisation des concours nationaux médicaux et administratifs

II.4- Encourager et accentuer l'accompagnement personnalisé des praticiens et des directeurs, étendu à la prise en charge d'équipes

II.5- Soutenir et intensifier le dispositif national d'autorisations d'exercice

II- Promouvoir les métiers et conseiller, orienter, soutenir et accompagner les praticiens et les directeurs dans leur carrière et leur parcours professionnel

II.1- Développer et favoriser la gestion modernisée des corps de praticiens hospitaliers élargie aux personnels enseignants et hospitaliers

II.1.1- Faits marquants de l'année 2012

- ✓ ***Transfert de la gestion des corps de maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH) et professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH), pour la partie hospitalière de leur activité de la DGOS vers le CNG à compter du 1^{er} septembre 2012***

Les réunions qui ont débuté en 2011 entre la DGOS au ministère chargé de la santé, les services du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) et le CNG se sont poursuivies pour appréhender un double transfert de gestion, d'une part du MESR vers les universités et d'autre part, de la DGOS vers le CNG. Ces réunions ont conduit à définir la nature des compétences transférées et à fixer la date commune du transfert au 1^{er} septembre 2012 (cf. arrêté du 12 mars 2012 du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche/Arrêté du 26 juin 2012 du ministère de la santé).

Par ailleurs, le CNG a choisi de développer une application informatique propre, dédiée à la gestion de ces corps, dont la première version sera opérationnelle en 2013, afin d'identifier les populations gérées et d'assurer un suivi des situations individuelles. En effet, jusque-là le système d'information permettant d'assurer la gestion des personnels enseignants et hospitaliers n'était pas organisé du côté « santé » et reposait donc exclusivement sur le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche. Or, ce dernier ne sera plus destinataire de l'ensemble des informations compte tenu de la déconcentration de certains actes de gestion vers les universités.

Enfin, comme pour les dossiers des praticiens hospitaliers, les dossiers physiques des personnels enseignants et hospitaliers universitaires ont été transférés, dès le mois d'avril 2012, depuis la DGOS vers le prestataire du CNG, la société « AGO ». Les recrutements des agents du CNG dédiés à la gestion de ces personnels ont été effectués.

- ✓ ***Journée d'information à destination des praticiens élus à la commission statutaire nationale et au conseil de discipline des praticiens hospitaliers***

Le 9 janvier 2012, le centre national de gestion a organisé une journée d'information à destination des praticiens nouvellement élus aux commissions statutaires nationales et aux conseils de discipline des praticiens hospitaliers. A l'occasion de cet échange, il leur a été présenté un bilan des élections professionnelles dématérialisées de 2011, les procédures de gestion des deux corps de praticiens hospitaliers pour lesquelles les instances statutaires sont appelées à se réunir (recherche d'affectation, validation de l'année probatoire, procédure disciplinaire, insuffisance professionnelle, surnombre hospitalier) et le bilan des commissions statutaires nationales de 2012.

- ✓ ***Externalisation des dossiers de carrière des praticiens hospitaliers***

La qualité du système d'information SIGMED permettant d'assurer la gestion sans accéder nécessairement aux dossiers physiques des praticiens, ceux-ci ont été externalisés au cours du premier trimestre 2012 auprès d'un prestataire agréé, « AGO », permettant ainsi de libérer l'espace occupé par ces dossiers.

II.1.2- Gestion des praticiens hospitaliers en 2012

II.1.2.1- Etat du corps et des emplois (PH)

✓ Situation démographique du corps des PH au 31 décembre 2012

Les effectifs gérés comprennent les praticiens hospitaliers temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel en activité ainsi que ceux qui sont sortis temporairement de leur corps professionnels (disponibilité, détachement). Ils constituent, ainsi que leur évolution un bon indicateur de la charge de travail du département de gestion. On constate une progression de 1 833 unités (+ 4,11 %) en un an et de 10,2% sur une période de cinq ans.

	PH temps plein		PH temps partiel		Total	
Situation au 1/01/2012	38763		5788		44551	
Situation au 1/01/2013	40589		5795		46384	
Soit	+1826	+4,71%	+7	+0,12%	+1833	+ 4,11%

✓ Effectif par discipline au 31 décembre 2012

Discipline	PH temps plein		PH temps partiel	
	Effectif	%	Effectif	%
Anesthésie/réanimation	4 611	11,36%	163	2,81%
Biologie	1 879	4,63%	142	2,45%
Chirurgie	5216	12,85%	1127	19,45%
Médecine	19811	48,81%	2 939	50,72%
Pharmacie	2 058	5,07%	231	3,99%
Psychiatrie	5 534	13,63%	882	15,22%
Radiologie et imagerie médicale	1480	3,65%	311	5,37%
TOTAL au 1 ^{er} janvier 2013	40 589	100,00%	5 795	100,00%

✓ Effectifs de praticiens en fonction dans les établissements publics de santé au 31 décembre 2012

Sur les 46 384 praticiens gérés par le CNG, 42 267 sont rémunérés par les établissements publics de santé au 31 décembre 2012 (soit 91,12%). 13 654 exercent leurs fonctions dans les CHU/CHR (soit 32,30 % de l'effectif national), et 28 613 dans les autres établissements publics de santé (CH dont, ex-CHS et ex-Hôpitaux locaux) (soit 67,70 % de l'effectif national).

Par rapport à 2011, l'effectif de praticiens en fonction dans les EPS a augmenté de 1 216 unités (+2,96 %). Il avait augmenté de 179 unités entre 2010 et 2011 (+0,44%).

En 2012, 54,08 % de l'effectif national sont des hommes (54,90 % en 2011) et 45,92 % sont des femmes (45,1 % en 2011), malgré un nombre de départs toujours plus élevé chez les hommes au cours de l'année.

La tendance à la féminisation observée au cours des dernières années dans les tranches d'âges les plus jeunes s'amplifie en 2012 à l'entrée dans le corps des praticiens hospitaliers.

L'âge moyen pour les praticiens hospitaliers à temps plein est de 49,5 ans (47,6 ans pour les femmes et 51,1 ans pour les hommes) et celui des praticiens à temps partiel est de 52,3 ans (49,2 ans pour les femmes et 54,8 ans pour les hommes).

La répartition par sexe confirme des tendances très marquées d'une discipline à l'autre :

- Médecine : cette discipline reste majoritairement masculine (53,9 % d'hommes pour 46,1% de femmes), malgré une féminisation plus accentuée dans les tranches d'âge les plus jeunes.
- Psychiatrie : cette discipline se féminise sensiblement, avec 53,2 % de femmes chez les PH temps plein et 52,4 % chez les PH temps partiel.
- Chirurgie et radiologie-imagerie médicale : ces deux disciplines se caractérisent par un effectif à dominante masculine, quel que soit le mode d'exercice (77,3 % chez les praticiens à temps plein et 86 % chez les praticiens à temps partiel pour la chirurgie et 55 % chez les praticiens à temps plein et 63 % chez les praticiens à temps partiel pour la radiologie-imagerie médicale).
- Biologie et pharmacie : ces deux disciplines sont, à l'inverse, fortement féminisées. 65% de femmes chez les PH temps plein et 82 % de femmes chez les PH temps partiel en biologie. En pharmacie, la proportion de femmes est de 71 % chez les PH temps plein et 83 % chez les PH temps partiel.
- Odontologie : cette discipline est caractérisée par l'importance du mode d'exercice à temps partiel (60 %).

II.1.2.2- Praticiens hospitaliers inscrits sur une des listes nationales d'aptitude valide après réussite au concours national

Spécialité		Nombre de lauréats dont la liste d'aptitude est encore valide en 2012																		Nbre de lauréats /poste* /tours de printemps et automne 2012
		Nombre de lauréats encore inscrits sur la liste d'aptitude / année de concours																		
		2008		2009		2010		2011		Ensemble (2008 à 2009)				Nbre postes publiés / 2 tours						
T.1	T.2	T.1	T.2	T.1	T.2	T.1	T.2	T.1	T.2	T.1	T.2	T.1	T.2	Tous	301	302	Les 2			
anesthésie-réanimation		14	7	25	13	24	15	74	22	137	57	194	1175	134	1309					
biologie médicale		15	7	24	12	34	16	53	56	126	91	217	146	17	163					
Chirurgie		45	25	63	36	84	41	162	89	354	191	545	1031	187	1218					
chirurgie générale		3	3	2	3	6	1	10	2	21	9	30	50	1	51					
chirurgie infantile				4	1	2	2	7	3	13	6	19	9	2	11					
chirurgie maxillo-faciale				1	1	3	1	2	1	6	3	9	4	1	5					
chirurgie orthopédique et traumatologique		6	4	13	7	10	8	19	9	48	28	76	170	9	179					
chirurgie plastique reconstructrice et esthétique		1		2	1	5		6	2	14	3	17	9	2	11					
chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		1	1	2	2	5	1	5	4	13	8	21	17	1	18					
chirurgie urologique		2	1	2	2	1		8	4	13	7	20	70	10	80					
chirurgie vasculaire		1	1	4	1	2	1	4	4	7	7	14	35	5	40					
chirurgie viscérale et digestive		6	1	4	2	4	5	12	10	26	18	44	103	11	114					
gynécologie et obstétrique		13	6	15	7	24	10	55	16	107	39	146	388	56	444					
neurochirurgie		1		1	1	6	2	8	9	16	12	28	20	1	21					
odontologie polyvalente		4	4	5	3	5	1	8	10	22	18	40	17	26	43					
ophtalmologie		2	1	2	4	5	4	11	7	20	16	36	73	38	111					
oto-rhino-laryngologie		5	1	5	1	5	5	11	7	26	14	40	63	20	83					
stomatologie			2	1		1		1	1	2	3	5	3	4	7					
Médecine		119	39	168	83	244	85	533	219	1064	426	1490	4188	876	5064					
anatomie et cytologie pathologiques		3	1	1	1	6	3	7	6	17	11	28	39	8	47					
cardiologie et maladies vasculaires		7	4	16	8	11	10	38	17	72	39	111	363	65	428					
dermatologie et vénéréologie				2	1	2	1	5	5	9	2	11	21	8	29					
endocrinologie et métabolisme				4		7	7	16	7	27	7	34	68	8	76					
explorations fonctionnelles						1				1	0	1								
gastro-entérologie et hépatologie		1	2	9	3	4	4	18	15	32	20	52	189	16	205					
génétique médicale						1	1	2	1	3	2	5	7	0	7					
gériatrie		17	2	12	17	20	10	43	23	92	52	144	519	127	646					
hématologie		1	1	6		2		9	2	18	3	21	42	1	43					
hémodiologie transfusion						1		1	1	2	0	2	2	1	3					
hygiène hospitalière		4		2	2	1	1	2	2	8	5	13	18	2	20					
immunologie clinique						1		1		2	0	2								
maladies infectieuses, maladies tropicales		2		5		3		6		16	0	16	27	1	28					
médecine de la reproduction et gynécologie médicale						2		1		3	0	3	1	3	4					

médecine d'urgence	21	6	36	8	63	12	101	21	221	47	268	898	197	1095	0.2
médecine du travail	1		2		1		4	2	8	2	10	8	0	8	1.3
médecine générale	20	6	18	9	24	10	66	36	128	61	189	541	214	755	0.3
médecine interne	5	1	3		11	2	24	3	43	6	63	63	3	66	0.7
médecine légale			2		1	1	2	5	5	6	11	26	8	34	0.3
médecine physique et de réadaptation	3	3	2	1	5	3	6	5	16	12	28	96	10	106	0.3
néphrologie	1		2	3	9	4	12	4	24	11	35	101	8	109	0.3
neurologie	3	2	4	1	5	2	25	11	37	16	53	152	23	175	0.3
oncologie médicale		1	1		3	2	3	4	7	7	14	108	15	123	0.1
oncologie radiothérapie			2	3	3	2	3	5	8	10	18	40	3	43	0.4
pédiatrie	16	6	19	17	40	10	86	33	161	66	227	417	92	509	0.4
pharmacologie clinique et toxicologie	4		5		3	2	6		18	2	20	5	1	6	3.3
pneumologie	5	2	4	3	6	5	17	10	32	20	52	185	20	205	0.3
réanimation médicale	1	1	4	3	1		9	2	15	6	21	137	12	149	0.1
rhumatologie		1	1	1	4	3	8		13	5	18	27	10	37	0.5
santé publique	4		6	2	4	1	12	5	26	8	34	88	20	108	0.3
pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	22	21	40	15	74	15	103	34	239	85	324	143	49	192	1.7
psychiatrie polyvalente	11	9	36	23	34	22	94	57	175	111	286	1226	270	1496	0.2
Radiologie	10	2	18	18	24	24	41	22	93	66	159	666	161	827	0.2
médecine nucléaire	1		2		2	1	8	4	13	5	18	26	7	33	0.5
radiologie	9	2	16	18	22	23	33	18	80	61	141	640	154	794	0.2
Total	236	110	374	200	518	218	1060	499	2188	1027	3215	1031	187	10269	0.31

*Ces ratios sont toutefois à prendre avec précaution car de très nombreux postes publiés au titre du 2^{ème} tour de recrutement de l'année (T2) sont des postes restés vacants au titre du 1^{er} tour de recrutement de la même année (T1). Ils méritent donc d'être affinés à lumière des nominations effectives dans l'année par discipline et spécialité/

Source : infocentre SIGMED

(1) LA concours 2008 : publication JO 17/03/2009

(2) LA concours 2009 : publication JO 24/03/2010

(3) LA concours 2010 : publication JO 16/04/2011

(4) LA concours 2011 : publication JO 01/04/2012

NB: le nombre de postes publiés en 2012 correspond à l'ensemble des postes proposés aux 2 tours de recrutement. Il est rappelé que certains postes restés vacants à l'issue du 1er tour de recrutement sont proposés à nouveau lors du 2ème tour de recrutement.

II.1.2.3- Activité de gestion statutaire

II.1.2.3.1- Nombre de personnes reçues

Le département de gestion des praticiens hospitaliers (DGPH) a reçu 68 praticiens hospitaliers en 2012. A ce chiffre, viennent s'ajouter 41 représentants institutionnels (représentants d'ARS, directeurs chefs d'établissement, directeurs des affaires médicales d'établissement, médecins inspecteurs de santé publique ou représentants syndicaux) qui sont venus consulter le CNG sur des questions relatives à la gestion des praticiens hospitaliers.

II.1.2.3.2- Tours de recrutement national

Comme chaque année, deux tours de recrutement de praticiens hospitaliers ont été organisés au cours de l'année 2012 (publication du 11 avril 2012 et publication du 13 octobre 2012). Depuis l'entrée en vigueur du décret statutaire n°2010-1141 du 29 septembre 2010, la publication des postes vacants se fait désormais exclusivement sur le site internet du CNG et non plus par une publication au Journal officiel. Dans le cadre des nominations dites « au fil de l'eau », c'est-à-dire dès réception des propositions des établissements, les premières nominations ont eu lieu, à partir du 1^{er} juin pour le premier tour, et dès le 1^{er} décembre pour le second tour. A l'issue de chacun des tours de recrutement, les « postes restés vacants » ont été mis en ligne sur le site internet du CNG dans la rubrique « Praticiens hospitaliers / Tour de recrutement ».

Lors du premier tour de recrutement, 4834 postes de PH à temps plein et 876 postes de PH à temps partiel ont été publiés. Ces publications de postes ont donné lieu à la nomination de 2427 praticiens, dont 1792 lauréats figurant sur la liste d'aptitude et 3 maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH). De plus, 12 postes prioritaires occupés par des praticiens hospitaliers à temps plein ont été publiés. Enfin, à l'issue du 1^{er} tour de recrutement de l'année 2012, 3310 postes de PH (2694 postes temps plein et 616 postes temps partiel) restés sans candidature à l'issue d'un délai réglementaire de 15 jours, ont été mis en ligne sur le site internet du CNG.

Lors du second tour de recrutement, 3741 postes de PH à temps plein et 818 postes de PH à temps partiel ont été publiés. Ces publications ont donné lieu à la nomination de 1134 praticiens, dont 761 lauréats et 2 maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) jusqu'au 31 décembre 2012. Ce chiffre des nominations intervenues au 31 décembre 2012 n'est pas définitif puisque des nominations au titre de ce second tour de recrutement se poursuivront au cours du premier trimestre de l'année 2013. A l'issue du 2^{ème} tour de recrutement 2012, 3260 postes de PH (2669 postes temps plein et 591 postes temps partiel) restés sans candidature seront mis en ligne sur le site internet du CNG.

II.1.2.3.3- Saisine des Commissions statutaires nationales (CSN)

Suite aux élections professionnelles de 2011 portant renouvellement des représentants des praticiens aux instances statutaires (conseils de discipline et commissions statutaires nationale)s, le DGPH a organisé en lien avec la DGOS, le renouvellement des membres représentant l'administration. Les arrêtés de nomination des membres siégeant à ces instances ont été pris en mars et avril 2012, ce qui a permis de réunir les instances à compter de cette date.

La présidence de ces commissions statutaires nationales est assurée par un Inspecteur général des affaires sociales de formation médicale, dont la haute expertise éclaire très utilement les débats sur la situation de praticiens hospitaliers, dont le dossier est présenté en commission. Son total engagement aux côtés du CNG doit être particulièrement salué.

Douze séances des commissions statutaires nationales (formation bi et tripartite) ont été organisées au cours de l'année 2012 par discipline, pour les dossiers et selon le calendrier suivants :

Date	Discipline d'exercice	Typologie des dossiers	
		Situation des PH en période probatoire	Recherche d'affectation
13 avril	Biologie	0	1
13 avril	Radiologie-imagerie médicale	2	2
24 mai	Médecine	6	7
24 mai	Chirurgie	1	4
20 juin	Psychiatrie	1	0
9 juillet	Pharmacie	0	1
7 novembre	Chirurgie	3	1
7 novembre	Anesthésie/Réa	1	0
7 novembre	Médecine	4	3
14 novembre	Biologie	2	0
16 novembre	Pharmacie	1	0
16 novembre	Psychiatrie	2	0
TOTAL		23	19

Sur ces douze commissions, seules deux ont siégé en formation tripartite*

Date	Discipline d'exercice	Typologie des dossiers	
		Situation des PH en période probatoire	Recherche d'affectation
13 avril	Radiologie-imagerie médicale	1	0
7 novembre	Médecine	1	1
TOTAL		2	1

* Ces dossiers ont déjà été comptés dans le précédent tableau

Le travail mené avec les commissions statutaires nationales, réunies en 2012, conduit aux résultats suivants :

➤ **Bilan des titularisations :**

Date	Disciplines	Avis CSN				Décision CNG			
		TITU(1)	2° année	Licenciement	Report	TITU(1)	2° année	Licenciement	Report
13 av.	Radiologie-imagerie médicale		2				2		
24 mai	Médecine	1	4	1		1	4	1	
24 mai	Chirurgie	1				1			
20 juin	Psychiatrie		1				1		
7 nov.	Chirurgie	2			1	2			1
7 nov.	Anesthésie/Réanimation		1				1		
7 nov.	Médecine	2	2			2	2		
14 nov.	Biologie	2				2			
16 nov.	Pharmacie	1				1			
16 nov.	Psychiatrie		1	1			1	1	
TOTAL		9	11	2	1	9	11	2	1

(1) TITU : titularisation

Sur l'année 2012, les avis rendus par les CSN ont tous fait l'objet de décisions conformes du CNG.

✓ **Bilan des praticiens placés en recherche d'affectation**

⇒ **Les entrées**

Disciplines	Nouvelles situations signalées Origine de la demande			Motifs			Ages		
	PH	EPS	Total	Restructurations	Projets perso	Autres *	<50 ans	>50ans	>60 ans
Anesthésie			0						
Biologie		1	1	1			1		
Chirurgie	3	2	5	1		4	1	3	1
Pharmacie	1		1		1			1	
Médecine	11	6	17	6	4	7	7	9	1
Psychiatrie	1		1			1		1	
Radiologie-imagerie médicale	2		2			2			2
Total	2	9	27	8	5	14	9	14	4
				27			27		

*Concerne diverses situations difficiles : difficultés dans EPS, épuisement professionnel, retour de congés maladie

Situation des PH			
Disciplines	Demandes enregistrées	Avis CSN 2012	Placés en RA
Anesthésie			
Biologie	1	1	1
Chirurgie	6	6(*)	9(*)
Pharmacie	2	1	2
Médecine	20	10	9
Psychiatrie	1		
Radiologie-imagerie médicale	4	2	2
Total	34	20(*)	23

*La différence tient au fait que 3 PH dont les dossiers ont été soumis à la CSN lors d'une séance de fin 2011, ont été placés en RA début 2012.

Il est à noter que la plus forte demande de placement en recherche d'affectation est à l'initiative des praticiens relevant de la discipline médecine qui sont en difficulté dans leur établissement et qui souhaitent trouver un repositionnement professionnel.

Le décalage entre le nombre de dossiers présentés en CSN et le nombre de PH placés en recherche d'affectation s'explique par le fait que certains dossiers (6) examinés en CSN, en 2011, ont donné lieu à des décisions prises en début d'année 2012.

Pour 2 dossiers, une décision autre que la recherche d'affectation a été prise. Un dossier a fait l'objet d'une décision de refus et un dossier est en attente de décision. Il est constaté que la tranche d'âge la plus touchée reste celle des 50/59 ans.

Depuis la mise en œuvre du dispositif, 93 PH ont été placés en position de recherche d'affectation au 31/12/2012. Au 31/12/2012, 36 PH se trouvaient en position de recherche d'affectation.

⇒ **Les sorties**

Modes de sorties 2012			
Discipline	Anticipées	A l'issue de la RA	Total
Anesthésie			
Biologie		1	1
Chirurgie	2	1	3
Pharmacie	0	1	1
Médecine	3	6	9
Psychiatrie			
Radiologie-imagerie médicale			
Total	5	9	14

Modes de sorties 2012			
Motifs	Anticipées	A l'issue de la RA	Total
Réintégration	5	3	8
Détachement			
Dispo CP		2	2
Dispo d'office		2	2
Retraite		2	2
Total	5	9	14
	35,7%	64,3%	100%

Sur l'ensemble des 14 PH sortis du dispositif de la recherche d'affectation en 2012, 6 PH ont réintégré un établissement public de santé dont deux de droit dans leur établissement d'origine suite à congés de maladie. Deux décisions de placement en recherche d'affectation ont été annulées par le juge administratif en 2012. Deux ont sollicité une disponibilité pour convenances personnelles de courte durée, dans l'attente du tour de recrutement et de leur intégration au sein de la nouvelle structure auprès de laquelle ils étaient en mission et deux ont été placés en disponibilité d'office, dont un a retrouvé un repositionnement professionnel au bout de quelques mois

✓ **Evolution mensuelle du nombre de PH en RA**

Au 31 décembre 2011, 27 PH étaient en position de recherche d'affectation

2012	Entrées	Sorties	PH
Janvier	1	4	24
Février	3	1	26
Mars	1	2	25
Avril	2	3	24
Mai	1	2	23
Juin	1		24
Juillet	4	1	27
Aout	2	1	28
Septembre	4		32
Octobre			32
Novembre	3		35
Décembre	1		36

En 2012, le conseil de discipline des praticiens hospitaliers s'est réuni une fois et s'est prononcé en faveur de la sanction de la mutation d'office. Il convient de signaler que deux blâmes ont été prononcés à l'issue de procédures disciplinaires allégées, c'est-à-dire sans réunir le conseil de discipline. Enfin, quatre lettres d'admonestation ont été notifiées à des praticiens hospitaliers.

Parmi les praticiens hospitaliers accompagnés, les spécialités médicales arrivent en tête (39 %), suivies par les spécialités chirurgicales (25 %) et par la psychiatrie (10,6 %). La proportion de praticiens des hôpitaux à temps partiel, dans toutes les situations suivies, est de 10 %.

✓ *Gestion des situations d'insuffisance professionnelle*

	Situations suivies en 2012	Nouvelles situations 2012	Situations réglées en 2012	Procédures engagées en 2012
Médecine	6	2		1
Chirurgie	17	4	2	1
Psychiatrie				
Anesthésie-Réa	1			
Pharmacie				
Radiologie-imagerie médicale	1		1	
Biologie				
Total	25	6	3	2

La commission d'insuffisance professionnelle s'est réunie deux fois en 2012 pour deux chirurgiens. Une reconversion a été votée pour le premier (chirurgie gynécologique) et le licenciement du praticien, avec indemnités, a été voté pour le second (chirurgie pédiatrique). Un dossier de praticien radiologue ne relevant pas de l'insuffisance professionnelle a été orienté vers la procédure de recherche d'affectation. Il convient d'observer que les disciplines chirurgicales sont surreprésentées dans les situations d'insuffisance professionnelle (68 % des dossiers concernent des chirurgiens temps plein et temps partiel).

II.1.2.3.4- Praticiens hospitaliers en surnombre

Institué par décret n° 2010-267 du 11 mars 2010 fixant les conditions de remboursement par le centre national de gestion de la rémunération de certains fonctionnaires hospitaliers et praticiens hospitaliers, ce dispositif est susceptible de s'appliquer aux situations suivantes :

- fin de congé parental ;
- retour de mission spéciale de longue durée ;
- fin de congé de longue maladie ou de longue durée ;
- mise en œuvre d'un détachement ou d'une mutation d'office ;
- fin de fonctions en cabinet ministériel ;
- financement d'experts européens

Le remboursement de la rémunération d'un professionnel affecté en surnombre, pour une durée maximale d'une année renouvelable, intervient dans les conditions suivantes :

- les établissements envoient une demande de remboursement au CNG ;
- le CNG doit avoir les crédits disponibles à cet effet dans son budget ;
- les établissements justifient ne pas disposer du poste nécessaire à l'emploi des professionnels placés en surnombre ;
- l'avis motivé du directeur général de l'agence régionale de santé est requis.

Au cours de l'année 2012, deux situations de praticiens hospitaliers ont été prises en charge au titre du surnombre hospitalier :

- un dossier pour une prise en charge à compter du 01/01/2012, pour une durée d'un an renouvelable ;
- un dossier de renouvellement de prise en charge à compter du 01/09/2012, pour une nouvelle durée d'un an.

II.1.3- Gestion des personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires

II.1.3.1- Etat des effectifs au 1^{er} janvier 2013

Position	MCUPH		PUPH		TOTAL		Part des PUPH
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
En activité	2 110	97,1%	4 285	93,5%	6 395	94,7%	67,0%
Recul de l'âge (consultanat,...)	12	0,6%	203	4,4%	215	3,2%	94,4%
Disponibilité	31	1,4%	23	0,5%	54	0,8%	42,6%
Détachement	10	0,5%	14	0,3%	24	0,4%	58,3%
Mis à disposition		0,0%	4	0,1%	4	0,1%	100,0%
Délégation	2	0,1%	1	0,0%	3	0,0%	33,3%
Réintégration	2	0,1%	3	0,1%	5	0,1%	60,0%
Fin de fonction hospitalière	5	0,2%	50	1,1%	55	0,8%	90,9%
TOTAL	2 172	100%	4 583	100%	6 755	100%	67,8%
Part	32%		68%		100%		

II.1.3.2- Activité de gestion statutaire

Depuis le 1er septembre 2012, le département de gestion des praticiens hospitaliers (DGPH) du CNG assure, en lien avec le ministère chargé de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche, les universités et les centres hospitaliers et universitaires, les actes de gestion relatifs aux personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires, dans le cadre du dispositif réglementaire mis en place.

L'objectif d'assurer la continuité de la gestion sans rupture a été réalisé dans le contexte du double transfert d'activité des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche, à la fois vers le CNG et les universités.

✓ Actions de communication menées

Afin de faire connaître les compétences nouvelles du CNG auprès de ses partenaires et des populations gérées, une campagne d'information a été mise en place. Un courrier du 20 septembre 2012 a été adressé aux directions générales des CHU et aux professionnels gérés, par voie électronique, ainsi qu'aux présidents d'universités. En complément, le DGPH a communiqué auprès de tous les doyens de facultés ou chefs de scolarité ainsi qu'aux directeurs des affaires médicales de CHU, par courriel du 27 septembre 2012.

✓ Mise en place du circuit de préparation et de signature des actes de gestion

Le CNG a été invité à participer aux journées de formation de l'agence de mutualisation des universités et des établissements (AMUE) organisées par le département de gestion des personnels de santé du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, au cours des mois de novembre et de décembre 2012. Ces réunions ont été l'occasion de faire connaître le CNG auprès de ses nouveaux partenaires des universités et de se mettre d'accord sur le circuit d'information et d'échange et d'assurer la préparation des actes relevant de la compétence conjointe des présidents d'université et du directeur général du CNG. Ainsi, tous les actes soumis à co-signature sont préparés par les services du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et co-signés par le CNG, avant notification au personnel enseignant et hospitalier concerné. Ce dispositif doit permettre de répondre aux demandes, dans un délai raisonnable, pour répondre à l'attente des professionnels gérés.

✓ Constitution d'un fichier des personnels enseignants et hospitaliers et d'un prototype de logiciel de gestion

Le système d'information permettant d'assurer la gestion des personnels enseignants et hospitaliers pour la partie hospitalière de leur activité n'avait pas été jusqu'ici organisé par le ministère chargé de la santé. C'est pourquoi, le CNG s'est rapidement constitué une première base de données permettant d'identifier la population nouvellement prise en charge.

Pour cela, il a été adressé, dès le mois de juillet 2012, aux directions des affaires médicales des CHU, le fichier des personnels MCU-PH et PU-PH constitué par le CNG à l'occasion de l'organisation des élections professionnelles de novembre-décembre 2011, en vue de vérification et d'actualisation.

Ce recueil de données, mis à jour au fur et à mesure de la production des actes de gestion enregistrés depuis le transfert d'activité, doit permettre d'alimenter la première version du logiciel, dont les spécifications techniques ont été établies dès le mois de juillet 2012 et, qui doit être opérationnel au cours du premier trimestre 2013.

✓ ***Actes de gestion***

En sus des actes de gestion soumis à co-signature (tels que les délégations pour mission d'études, les mises en disponibilité, les mises à disposition, les classements dans la carrière universitaire et les bonifications, les congés de longue maladie et de longue durée...), 174 actes de classement dans la carrière hospitalière relevant de la compétence propre du CNG, ont été réalisés au cours du dernier trimestre 2012. Ils concernent non seulement les situations des personnels hospitalo-universitaires nommés (PUPH) ou titularisés (MCUPH) en 2012, mais également des situations plus anciennes qui n'avaient pu être instruites par la DGOS avant le transfert d'activité.

✓ ***Etude de faisabilité des élections pour la constitution de la juridiction disciplinaire des personnels hospitalo-universitaires en 2013***

Le Centre national de gestion et le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche sont compétents pour organiser les élections en vue de la désignation des représentants à la juridiction disciplinaire compétente à leur égard, prévues en 2013. Dans la perspective de l'organisation de ces élections qui concernent tous les personnels hospitalo-universitaires, le DGPH a conduit une étude de faisabilité, soit sur la forme « papier », soit en mode « dématérialisé ».

Après de riches échanges et en accord avec ses correspondants (ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, universités, directions des affaires médicales des CHU et CNIL), le choix d'un vote sur support « papier » a été retenu pour les élections 2013, compte tenu des préconisations de la CNIL et des délais très contraints pour réaliser cette opération qui s'adresse non seulement aux populations gérées par le CNG (PHU, MCU-PH et PU-PH), mais également aux populations d'électeurs hospitalo-universitaires non gérés par le CNG, tels que les chefs de clinique assistant des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires.

✓ ***Perspectives 2013***

Pour assurer la mise en œuvre de la base informatisée, appelée « SIG-HU », un groupe de travail sera constitué dans le courant de l'année 2013 afin de définir ses spécifications techniques pour une gestion optimale de ces professionnels et assurer une convergence avec la base de données SIGMED relative aux autres praticiens hospitaliers pour permettre notamment le suivi de leur affectation dans les structures hospitalières. De même, les spécifications techniques du logiciel « concours HU » seront précisées dès le mois de février 2013 puisque le DGPH organise ces épreuves, en lien avec les services du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche. Enfin, l'année 2013 sera aussi l'occasion d'organiser les premières élections professionnelles des personnels enseignants et hospitaliers.

II.1.4- Gestion des contrats d'engagement de service public

Le contrat d'engagement de service public exclusif (CESP) créé par la loi HPST du 21 juillet 2009 est entré dans sa troisième année d'application. S'agissant des étudiants et internes en médecine, la période de référence est l'année scolaire et non l'année civile.

La gestion de ce dispositif demande l'intervention de trois départements du CNG :

- le département de gestion des praticiens hospitaliers pour l'enregistrement des dossiers. A ce titre, le DGPH réceptionne les listes de candidats sélectionnés par les facultés de médecine et adresse à chaque étudiant et interne un projet de contrat. Il gère par ailleurs les situations particulières qui peuvent intervenir pendant la durée du contrat ;
- le département des affaires générales. Dès l'acceptation du contrat par l'étudiant ou l'interne et après sa signature par la directrice générale, celui-ci est transmis à l'unité des finances pour qu'elle assure le versement mensuel de l'allocation financière correspondante. De son côté, l'unité des systèmes d'information a développé deux applications dédiées d'une part, à la saisie des candidats et, d'autre part, à celle des lieux d'exercice arrêtés par les ARS. Ces derniers sont accessibles, en temps réel, sur le site internet du CNG.
- le département concours, autorisations d'exercice, mobilité-développement professionnel a constitué, quant à lui, une liste spécifique pour les étudiants ayant souscrit un CESP dans le cadre la procédure nationale de choix des postes d'interne suite aux épreuves classantes nationales en médecine.

Le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public au titre de l'année universitaire 2012-2013 est supérieur (429) à celui de l'année précédente (400), correspondant à :

- 224 CESP pour les étudiants en médecine,
- 205 CESP pour les internes en médecine.

Au 31 décembre 2012, le DGPH a enregistré 240 dossiers, de candidature, dont 148 étudiants et 92 internes, au titre de l'année universitaire 2011/2012. Sur ces 240 candidats, 205 ont signé un CESP, dont 130 étudiants et 75 internes, soit un taux de retour de 85,4 %.

A la même date, le DGPH a ouvert 207 dossiers, dont 120 étudiants et 87 internes transmis par l'ensemble des facultés, au titre de l'année universitaire 2012/2013. Il reste cependant des candidats inscrits en liste complémentaire auxquels des contrats pourraient être offerts après une seconde répartition régionale. 42 étudiants et 25 internes ont signé un CESP.

Il est probable que le taux de retour approchera en 2012 celui de l'année précédente, sans qu'il permette d'atteindre encore l'objectif fixé.

➤ Suivi du nombre d'étudiants et d'internes bénéficiant d'un CESP par rapport au nombre autorisé

Année 2011/2012	Nombre de CESP offerts		CESP sélectionnés		CESP sélectionnés / CESP offerts		Nombre de CESP signés		CESP signés / CESP sélectionnés		CESP signés / CESP offerts	
	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes
Ile-de-France	18	35	24	2			19	2				
Paris V	4	10	4	1	100,0%	10,0%	4	1	100,0%	100,0%	100,0%	10,0%
Paris VI	3	7	1	0	33,3%	0,0%	1		100,0%		33,3%	0,0%
Paris VII	3	7	7	0	233,3%	0,0%	6		85,7%		200,0%	0,0%
Paris XI	2	3	0	0	0,0%	0,0%					0,0%	0,0%
Paris XII	2	3	2	1	100,0%	33,3%	2	1	100,0%	100,0%	100,0%	33,3%
Paris XIII	2	2	9	0	450,0%	0,0%	5		55,6%		250,0%	0,0%
Versailles-St-Quentin	2	3	1	0	50,0%	0,0%	1		100,0%		50,0%	0,0%
Aix-Marseille-II	5	11	5	1	100,0%	9,1%	5	1	100,0%	100,0%	100,0%	9,1%
Amiens	10	5	14	10	140,0%	200,0%	15	6	107,1%	60,0%	150,0%	120,0%
Angers	8	5	3	1	37,5%	20,0%	2	1	66,7%	100,0%	25,0%	20,0%
Antilles-Guyane	5	3	3	6	60,0%	200,0%	3	6	100,0%	100,0%	60,0%	200,0%
Besançon	4	4	4	1	100,0%	25,0%	3		75,0%	0,0%	75,0%	0,0%
Bordeaux-II	5	10	3	3	60,0%	30,0%	3	1	100,0%	33,3%	60,0%	10,0%
Brest	3	4	2	0	66,7%	0,0%	2		100,0%		66,7%	0,0%
Caen	8	5	2	6	25,0%	120,0%	2	6	100,0%	100,0%	25,0%	120,0%
Clermont-Ferrand-I	9	5	6	4	66,7%	80,0%	8	4	133,3%	100,0%	88,9%	80,0%
Dijon	11	5	9	5	81,8%	100,0%	9	4	100,0%	80,0%	81,8%	80,0%
Grenoble-I	3	5	1	3	33,3%	60,0%	1	3	100,0%	100,0%	33,3%	60,0%
Lille-II + fac. libre	15	13	2	4	13,3%	30,8%	2	3	100,0%	75,0%	13,3%	23,1%
Limoges	7	3	6	0	85,7%	0,0%	5		83,3%		71,4%	0,0%
Lyon-I	5	11	4	1	80,0%	9,1%	3		75,0%	0,0%	60,0%	0,0%
Montpellier-I	4	8	3	2	75,0%	25,0%	3	2	100,0%		75,0%	25,0%
Nantes	4	6	3	3	75,0%	50,0%	3	1	100,0%	33,3%	75,0%	16,7%
Nancy-I	10	8	3	4	30,0%	50,0%	2	3	66,7%	75,0%	20,0%	37,5%
Nice	2	4	0	1	0,0%	25,0%		1		100,0%	0,0%	25,0%
La Réunion	3	2	3	1	100,0%	50,0%	3		100,0%		100,0%	0,0%
Poitiers	8	6	5	2	62,5%	33,3%	4	2	80,0%	100,0%	50,0%	33,3%
Reims	9	5	8	9	88,9%	180,0%	11	6	137,5%	66,7%	122,2%	120,0%
Rennes-I	4	6	1	1	25,0%	16,7%	2	1	200,0%	100,0%	50,0%	16,7%
Rouen	11	7	4	7	36,4%	100,0%	4	6	100,0%	85,7%	36,4%	85,7%
Saint-Etienne	6	4	3	0	50,0%	0,0%	3		100,0%		50,0%	0,0%
Strasbourg-I	8	7	3	0	37,5%	0,0%	2		66,7%		25,0%	0,0%
Toulouse-III	4	8	3	14	75,0%	175,0%	2	11	66,7%	78,6%	50,0%	137,5%
Tours	11	5	14	1	127,3%	20,0%	11	1	78,6%	100,0%	100,0%	20,0%
Total intermédiaire	200	200	141	92	64,7%	39,1%	132	71	93,6%	77,2%	75,5%	35,5%

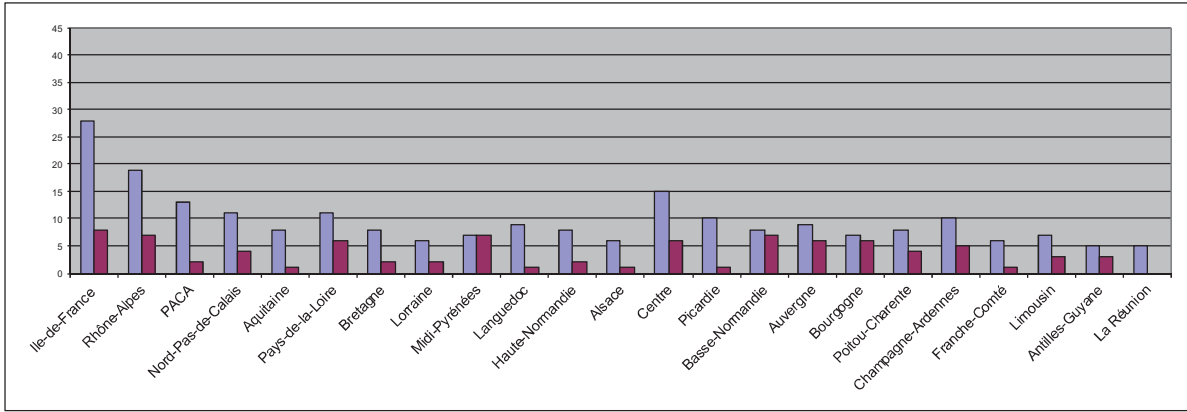
Source. - CNG-DGPH

✓ Suivi du nombre d'étudiants et d'internes - CESP par rapport au nombre autorisé

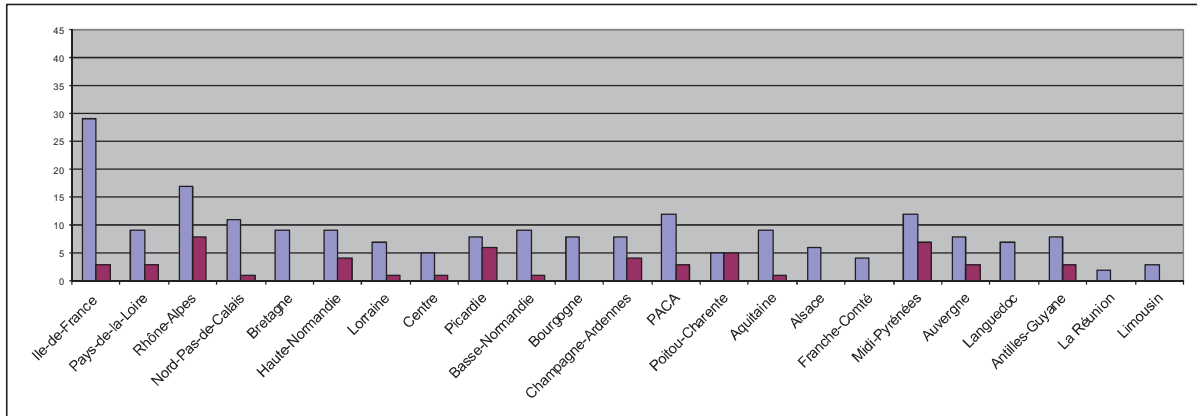
Année 2012/2013	Nombre de CESP offerts		Nombre de CESP offerts / UFR		CESP sélectionnés		CESP sélectionnés / CESP offerts		Nombre de CESP signés		CESP signés / CESP sélectionnés		CESP signés / CESP offerts	
	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes	Etudiants	Internes
Ile-de-France	28	29							8	3				
Paris V	4	6	4	6	3	0	75,0%	0,0%	2	0	66,7%		50,0%	0,0%
Paris VI	3	6	3	6	1	2	33,3%	33,3%	0	1	0,0%		0,0%	16,7%
Paris VII	7	6	7	6	4	2	57,1%	33,3%	1	1	25,0%		14,3%	16,7%
Paris XI	3	3	3	3	1	2	33,3%	66,7%					0,0%	0,0%
Paris XII	3	3	3	3	2	0	66,7%	0,0%					0,0%	0,0%
Paris XIII	6	3	6	3	7	0	116,7%	0,0%	3	0	42,9%		50,0%	0,0%
Versailles-St-Quentin	2	2	2	2	2	1	100,0%	50,0%	2	1	100,0%		100,0%	50,0%
Aix-Marseille-II	11	9	11	9	2	1	18,2%	11,1%	2	1	100,0%	100,0%	18,2%	11,1%
Amiens	10	8	10	8	1	8	10,0%	100,0%	1	6	100,0%	75,0%	10,0%	75,0%
Angers	6	4	6	4	2	4	33,3%	100,0%	2	3	100,0%	75,0%	33,3%	75,0%
Antilles-Guyane	5	8	5	8	5	8	100,0%	100,0%	3	3	60,0%	37,5%	60,0%	37,5%
Besançon	6	4	6	4	2	0	33,3%	0,0%	1	0	50,0%		16,7%	0,0%
Bordeaux-II	8	9	8	9	1	2	12,5%	22,2%	1	1	100,0%	50,0%	12,5%	11,1%
Brest	3	4	3	4	2	0	66,7%	0,0%			0,0%		0,0%	0,0%
Caen	8	9	8	9	8	1	100,0%	11,1%	7	1	87,5%	100,0%	87,5%	11,1%
Clermont-Ferrand-I	9	8	9	8	6	3	66,7%	37,5%	6	3	100,0%	100,0%	66,7%	37,5%
Dijon	7	8	7	8	6	0	85,7%	0,0%	6	0	100,0%		85,7%	0,0%
Grenoble-I	4	4	4	4	1	3	25,0%	75,0%	1	3	100,0%	100,0%	25,0%	75,0%
Lille-II+ fac. libre	11	11	11	11	6	1	54,5%	9,1%	4	1	66,7%	100,0%	36,4%	9,1%
Limoges	7	3	7	3	3	0	42,9%	0,0%	3	0	100,0%		42,9%	0,0%
Lyon-I	9	9	9	9	9	7	100,0%	77,8%	5	2	55,6%	28,6%	55,6%	22,2%
Montpellier-I	9	7	9	7	1	1	11,1%	14,3%	1	0	100,0%	0,0%	11,1%	0,0%
Nantes	5	5	5	5	4	0	80,0%	0,0%	4	0	100,0%		80,0%	0,0%
Nancy-I	6	7	6	7	3	1	50,0%	14,3%	2	1	66,7%	100,0%	33,3%	14,3%
Nice	2	3	2	3	0	4	0,0%	133,3%	0	2		50,0%	0,0%	66,7%
La Réunion	5	2	5	2	1	0	20,0%	0,0%	0	0	0,0%		0,0%	0,0%
Poitiers	8	5	8	5	5	5	62,5%	100,0%	4	5	80,0%	100,0%	50,0%	100,0%
Reims	10	8	10	8	6	4	60,0%	50,0%	5	4	83,3%	100,0%	50,0%	50,0%
Rennes-I	5	5	5	5	3	1	60,0%	20,0%	2	0	66,7%	0,0%	40,0%	0,0%
Rouen	8	9	8	9	2	7	25,0%	77,8%	2	4	100,0%	57,1%	25,0%	44,4%
Saint-Etienne	6	4	6	4	4	5	66,7%	125,0%	1	3	25,0%	60,0%	16,7%	75,0%
Strasbourg-I	6	6	6	6	3	1	50,0%	16,7%	1	0	33,3%	0,0%	16,7%	0,0%
Toulouse-III	7	12	7	12	7	12	100,0%	100,0%	7	7	100,0%	58,3%	100,0%	58,3%
Tours	15	5	15	5	7	4	46,7%	80,0%	6	1	85,7%	25,0%	40,0%	20,0%
Total intermédiaire	224	205	224	205	120	90	53,6%	43,9%	85	54	70,8%	60,0%	41,5%	26,3%
Totaux	224	205	34/34		53,6%	43,9%							41,5%	26,3%

Source. - CNG-DGPH

Etudiants ayant signé un CESP par rapport aux places offertes



Internes ayant signé un CESP par rapport aux places offertes



II.2- Accentuer et fortifier la dynamique de gestion des corps de directeurs de la fonction publique hospitalière

II.2.1- Gestion des directeurs d'hôpital (DH)

II.2.1.1- Etat du corps et des emplois (DH)

✓ Situation démographique du corps au 31 décembre 2012

Répartition par sexe	Total	%
Femmes	1279	40 %
Hommes	1932	60 %
Total	3211	100,00 %

L'effectif du corps des directeurs d'hôpital continue à diminuer. En 2011, il était de 3290, soit une baisse de 79 unités (- 2,40%).

Compte tenu des mises à disposition, détachements et disponibilités, notamment l'effectif en fonction dans les établissements s'élève à 2 617 professionnels en fin 2012, contre 2 713 en fin 2011, soit une diminution de 96 unités (- 3,54%).

La répartition entre les hommes et les femmes demeure stable entre 2011 et 2012, avec un léger mouvement de féminisation qui se poursuit : 60 % de l'effectif sont des hommes, contre 61 % en 2011 et 40 % sont des femmes, contre 39 % en 2011, avec toujours un nombre plus important de départs enregistrés chez les hommes au cours de l'année.

✓ Répartition des directeurs d'hôpital en établissement selon le sexe et la classe (DH)

CORPS	SEXE	Classe Normale		Hors Classe			Emploi Fonctionnel		Total	
		Effectif	% au dernier échelon	Effectif	% au dernier échelon	Echelon fonctionnel	Effectif	% au dernier échelon	Effectif	%
Directeur d'hôpital (DH)	Femmes	294	20%	713	24%		51		1058	40%
	Hommes	269	23%	1064	39%		226		1559	60%
	Total	563	22%	1777	33%		277		2617	100%
	%		22%			68%		11%		100%

68% de l'effectif des directeurs d'hôpital (27,3% des femmes et 40,7% des hommes) sont positionnés en hors classe.

L'observation faite par grade montre que les femmes occupent seulement 18,4% des emplois fonctionnels. A l'inverse, le pourcentage de femmes en hors classe progresse sensiblement, soit 40,1% en 2012 contre 37,5% en 2011, alors qu'elles représentent 52,2% de l'effectif de classe normale en 2012, contre 52,7% en 2011. Ainsi, la tendance à la féminisation à l'entrée du corps relevée au cours des dernières années se confirme.

✓ **Répartition par catégorie d'établissement des directeurs d'hôpital en fonction dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (DH)**

Catégorie d'établissement		Chef d'établissement			Directeur adjoint			Total Directeurs		
		Femmes	Total	% de femmes	Femmes	Total	% de femmes	Femmes	Total	% de femmes
Directeur d'hôpital (DH)	CHU-CHR (Hors AP-HP, AP-HM et HCL)				201	453	44,37%	201	453	44,37%
	AP-HM				19	40	47,50%	19	40	47,50%
	AP-HP				126	231	54,55%	126	231	54,55%
	HCL				23	52	44,23%	23	52	44,23%
	Ensemble des CHU-CHR				369	776	47,55%	369	776	47,55%
	CH/SIH	52	324	16,05%	437	980	44,59%	489	1304	37,50%
	CHS	12	71	16,90%	115	240	47,92%	127	311	40,84%
	EHPAD/MR	6	34	17,65%	6	12	50,00%	12	46	26,09%
	Autres	1	13	7,69%	7	20	35,00%	8	33	24,24%
	DC (mixtes) *	5	43	11,63%	48	104	46,15%	53	147	36,05%
	TOTAL	76	481	15,80%	982	2132	46,06%	1058	2617	40,43%

* DC : Directions communes : sanitaire, social et médico-social

Sur les 3211 directeurs d'hôpital recensés, 2617 exercent leurs fonctions dans les établissements de la fonction publique hospitalière au 31 décembre 2012, soit 81,50% du corps.

Sur ces 2617 directeurs d'hôpital exerçant en établissement, 481 sont des chefs d'établissement, soit 18,4% de l'effectif, contre 518 en 2011, ce qui confirme l'évolution à la baisse (-7,1%), sous l'effet des regroupements d'établissements, le plus souvent sous la forme de directions communes.

Les femmes représentent seulement 15,8% des chefs d'établissements (76 directrices, contre 405 directeurs). Elles occupent principalement des postes d'adjoint (982, soit 37,5% de l'effectif des directeurs d'hôpital).

Dans ce tableau ne sont pas inclus les emplois de directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des centres hospitaliers régionaux (CHR) car, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, leur procédure de nomination a été modifiée. Elle intervient désormais par décret du Président de la République pris sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche pour les postes de DG de CHU. Les directeurs généraux des CHR sont, quant à eux, nommés selon le même mode mais sur le seul rapport du ministre chargé de la santé.

Au 31 décembre 2012, sur 30 directeurs généraux en fonction (hors DG de l'AP-HP), 29 appartiennent au corps des personnels de direction, 1 vient d'une autre fonction publique.

Seules quatre femmes exercent les fonctions de directrices générales, soit 13,3% des effectifs concernés.

✓ **Répartition par groupe et sexe sur les emplois fonctionnels (DH)**

Suite à la modification statutaire intervenue par décret n° 2012-562 du 24 avril 2012, le nombre des emplois fonctionnels est passé de 178 à 355, soit un quasi doublement de ces emplois.

L'arrêté du 24 avril 2012, paru au journal officiel du 26 avril 2012, répartit les emplois fonctionnels en trois groupes en fonction notamment des volumes financiers des budgets des établissements publics de santé. La liste de ces établissements est publiée sur le site du CNG et fait l'objet d'une actualisation annuelle par la direction générale de l'offre de soins au ministère chargé de la santé.

Les 355 emplois fonctionnels se décomposent en :

- 25 emplois de groupe 1 ;
- 110 emplois de groupe 2 ;
- 220 emplois de groupe 3.

La première liste des établissements publics de santé concernés a été publiée début juillet 2012.

Ainsi, sur les groupes 1 et 2, tous les emplois ont été répartis. En revanche sur le groupe 3, restent disponibles 35 emplois fonctionnels qui se répartissent de la manière suivante :

- Directeur d'un ou plusieurs établissements publics de santé ne figurant pas dans le groupe 1 ou 2 et dont le budget, le cas échéant consolidé, est au moins égal ou supérieur à 60M€ : 33 emplois sur 172 emplois attribués à ce titre (19,2%) ;
- Adjoint au directeur d'un ou plusieurs établissements publics de santé ne figurant pas dans le groupe 1 et dont le budget, le cas échéant consolidé, est au moins égal ou supérieur à 250M€ : 2 emplois sur 13 emplois attribués à ce titre, à la demande des chefs d'établissements (15,4%).

Tous les reclassements des directeurs d'hôpital concernés ont été effectués durant l'été 2012, soit 303 arrêtés.

Au 31 décembre 2012, la répartition des directeurs d'hôpital détachés sur les emplois fonctionnels des différents groupes est la suivante :

Répartition par sexe	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
Nombre d'emplois fonctionnels autorisés	25	110	220	355
Femmes	6	16	29	51 18,4%
Hommes	15	81	130	226 81,6%
Effectifs en fonction	21 7,6%	97 35%	159 57,4%	277 100%

Les femmes représentent 18.4 % des directeurs d'hôpital nommés sur emplois fonctionnels et 18,6% de ceux relevant des groupes 1 et 2 de classement.

✓ ***Nominations après réussite au concours et validation de la formation à l'EHESP au cours des trois dernières années (DH)***

Année de référence	Nombre de DH nommés
2010	56
2011	60
2012	38
Total sur 3 ans	154

L'année 2012 enregistre une forte baisse des nominations, après formation validée à l'école des hautes études en santé publique à Rennes (EHESP) par rapport à l'année 2011 (- 22, soit - 36,66%).

La moyenne annuelle des nominations sur la période de 2010 à 2012 est de 51, en forte décroissance par rapport à la période 2009 - 2011 qui enregistrait une moyenne de 64 nominations, soit - 13 unités et - 20.31%.

✓ **Autres modes d'entrées en 2012 (DH)**

Mode d'entrée	Nombre de DH recrutés	%
Détachement	36	75%
Liste d'aptitude (tour extérieur)	12	25%
Total	48	100%

Le détachement est devenu en 2012 le deuxième mode de recrutement dans le corps des directeurs d'hôpital. Les fonctionnaires recrutés selon cette voie sont essentiellement des directeurs d'établissements sanitaire, social et médico-social. La baisse du recrutement par la voie du tour extérieur est la conséquence du mode de calcul du nombre de postes pouvant être offerts à ce titre, lequel dépend notamment du nombre d'élèves nommés et titularisés après concours et de la structuration du corps.

✓ **Répartition des entrées sur trois ans (DH)**

Origine des entrées	Année de référence et nombre de DH						Total	
	2010	%	2011	%	2012	%	de 2010 à 2012	%
Détachement	7	8%	26	26%	36	42%	69	26%
Liste d'aptitude pour les élèves directeur d'hôpital	56	67%	60	60%	38	44%	154	57%
Liste d'aptitude tour extérieur	21	25%	14	14%	12	14%	47	17%
Total	84	100%	100	100%	86	100%	270	100%

La moyenne annuelle des entrées sur la période 2010 à 2012, tous modes d'accès confondus, se stabilise à 90 DH recrutés, dont une moyenne de 51 DH (57%) par la voie du concours pour la formation à l'EHESP, de 16 DH (17%) par la voie du tour extérieur et de 23 DH (26%) par celle du détachement.

Le nombre de nominations suite à la réussite aux concours nationaux, bien que largement majoritaire, poursuit sa décroissance, comme l'accès par la liste d'aptitude dans le cadre du tour extérieur (-2 en 2012, soit -14,29% par rapport à 2011), alors que le nombre de détachements est en nette progression (26 en 2011, contre 36 en 2012, soit +38,5%). Il est à noter que la forte augmentation des détachements résulte essentiellement de l'application de la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité des fonctionnaires qui a permis aux directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social d'être détachés au titre de la comparabilité avec le corps des directeurs d'hôpital.

✓ **Répartition des sorties sur trois ans (DH)**

Origine des sorties	Année de référence et nombre de DH concernés					
	2010	%	2011	%	2012	%
Décès	4	2,22%	11	6,75%	5	2,91%
Démission	0	0,00%	3	1,84%	2	1,16%
Radiation /intégration dans un autre corps d'accueil/titularisation corps d'accueil	8	4,44%	13	7,98%	7	4,07%
Retour dans l'administration d'origine	1	0,56%	0	0,00%	2	1,16%
Retraite	167	92,78%	135	82,82%	155	90,12%
Révocation	0	0,00%	1	0,61%	1	0,58%
Situations régularisées en 2012 au titre de 2011					7	
Total	180	100%	163	100%	165	100%

Ainsi, le nombre des départs est supérieur de 79 unités aux entrées dans le corps en 2012, par rapport à 2011, 63 en 2011, soit +25,4% et 96 en 2010, soit +7,5%. La moyenne annuelle des départs sur la période de 2010 à 2012 est de 172 DH. Elle était de 160 DH entre 2009 et 2011.

Le nombre de départs à la retraite a augmenté (155 en 2012, contre 135 en 2011, soit +17,4%) tandis que les radiations et les intégrations dans un autre corps d'accueil à l'issue d'un détachement reviennent à leur niveau de 2011.

II.2.1.2- Instances paritaires nationales (comité de sélection, commission administrative paritaire nationale, comité consultatif national et conseil de discipline) (DH)

Au titre de l'année 2012, la commission administrative paritaire nationale a été réunie 5 fois, dont une fois en formation disciplinaire et le comité consultatif national, une fois.

Le comité de sélection s'est réuni, quant à lui, trois fois. Il est chargé d'examiner les candidatures aux emplois de direction (chefferie d'établissement) et se prononce sur les agréments aux emplois fonctionnels.

Ce comité propose pour chaque emploi vacant une liste de 6 candidats au maximum (« short list ») au directeur général du CNG qui arrête la liste définitive des candidats et la transmet au directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent.

Celui-ci établit pour chaque poste une liste comportant au moins 3 noms qu'il transmet au CNG. Le directeur général du CNG procède à la nomination d'un directeur choisi sur cette liste, après avoir recueilli l'avis de la commission administrative paritaire nationale.

Instances	Dates	Objet
Comité de sélection (décret n° 2010 – 261 du 11 mars 2010)	Mardi 17 janvier 2012 Jeudi 3 mai 2012 Mardi 18 septembre 2012	- Agrément aux emplois fonctionnels et « short list » aux emplois de directeurs d'établissement et directeur adjoints sur emplois fonctionnels.
Comité consultatif national	Mercredi 10 octobre 2012	- Projet de règlement intérieur, présentation du bilan d'activité et données sociales du corps, des DH, présentation du dispositif d'accompagnement et rétrospective des postes ouverts aux concours de directeurs d'hôpital.
Commission administrative paritaire nationale (CAPN)	Jeudi 1 ^{er} mars 2012 Mardi 19 juin 2012 Mardi 18 septembre 2012 Mardi 18 décembre 2012	- Nomination des chefs d'établissement (emplois fonctionnels et non fonctionnels) et des directeurs adjoints sur emplois fonctionnels
		- Positions statutaires / mutation des directeurs adjoints / recours en évaluation et indemnitaire / placement en recherche d'affectation / titularisation suite au tour extérieur 2010 et 2011 / intégration/validation de la liste d'aptitude tour extérieur 2013/ accueil en détachement / titularisation des élèves directeurs (promotion 2011-2013).
		- Tableau d'avancement complémentaire au titre de 2012.
	Mardi 3 juillet 2012	- Réunion en formation disciplinaire.

✓ *Dossiers examinés par les instances paritaires nationales en 2012 (DH)*

Objet	Nb de situations examinées		Décisions ou avis		Observations	Instance compétente
		%	favorables	défavorables		
Agrément sur emploi fonctionnel	148	18.76%	128	20	dont 53 renouvellements d'agrément et 2 reports	comité de sélection
Nomination sur une chefferie et sur un emploi fonctionnel	64	8.11%	64		11 publications 80 emplois publiés, 673 candidatures, (soit 8,4 par poste) 325 candidatures retenues sur les shorts lists (soit 4,1 par poste)	CAPN puis décision du CNG
Mutation de directeurs adjoints	245	31.05%	245		10 publications, dont 1 réservée aux EDH 379 postes ouverts, 1333 candidatures (soit une moyenne de 3,5 par poste)	CAPN puis décision du CNG
Titularisation (recrutement par voie du tour extérieur) - au titre de 2010 - au titre de 2011	13	1.65%	1 12			CAPN puis décision du CNG
Détachement (accueil)	36	4.56%	36		36 D3S	CAPN puis décision du CNG
Détachement (sortie)	108	13.69%	108		Dont 52 renouvellements	CAPN puis décision du CNG
Mise à disposition	58	7.35%	58		Dont 22 renouvellements	CAPN puis décision du CNG
Disponibilités (soumises à examen de la CAPN)	37	4.69%	37		Dont 19 renouvellements	CAPN puis décision du CNG
Liste d'aptitude DH (promotion EHESP 2011-2013)	42	5.32%	42			CAPN puis décision du CNG
Liste d'aptitude / Tour extérieur DH (2013)	11	1.39%	11			CAPN puis décision du CNG
Placement en recherche d'affectation	10	1.27%	10			CAPN puis décision du CNG
Recours en évaluation et/ou en régime indemnitaire	13	1.65	9	4	12 en hors classe et 1 en classe normale	CAPN puis évaluateur
Tableau d'avancement à la hors classe (au titre de 2012 complément)	4	0.51%	4		Le tableau d'avancement au titre de 2013 a été reporté au 1 ^{er} trimestre 2013	CAPN puis décision du CNG
TOTAL	789	100%	765	24		

Seules 24 des 789 situations examinées par la CAPN des DH portant sur les agréments sur emplois fonctionnels et les recours sur l'évaluation et/ou le régime indemnitaire ont donné lieu à un avis défavorable, soit 3,04% des situations examinées en 2012.

A ces mesures individuelles, s'ajoutent de nombreux actes pris par l'administration sans consultation préalable de ces instances nationales paritaires. A titre d'exemple, les arrêtés de promotion d'échelon (1386 en 2012, contre 1240 en 2011), les renouvellements de détachement dans un emploi fonctionnel (37 en 2012 comme en 2011).

✓ **Le tour extérieur pour des fonctionnaires de catégorie A (DH)**

La validation de la liste nationale d'aptitude pour les fonctionnaires de catégorie A retenus au titre du tour extérieur est d'un an.

Un arrêté du 11 mars 2010 a fixé la composition de la commission d'accès par le tour extérieur. Présidée par un membre de l'Inspection générale des affaires sociales dont le rôle et l'engagement doivent être particulièrement soulignés, elle comporte 4 représentants de l'administration et 4 représentants désignés sur proposition des organisations syndicales représentées à la commission administrative paritaire nationale.

Quatorze des seize lauréats inscrits sur la liste d'aptitude 2012 ont pu être recrutés en qualité de directeurs stagiaires (soit 87,5%). Deux lauréats n'ont candidaté sur aucun poste.

La session organisée au titre de 2013 s'est déroulée selon le calendrier habituel.

Liste d'aptitude DH	Candidatures année 2013									
	Candidature en classe normale FPH	Candidature en classe normale autres que FPH (FPE, FPT)	Total en classe normale	%	Candidature en hors classe FPH	Candidature en hors classe autres que FPH (FPE, FPT)	Total hors classe	%	Totaux hors classe et classe normale	%
Emplois ouverts	3	2	5	31%	7	4	11	69%	16	100%
Dossiers reçus	38	17	55	82%	9	3	12	18%	67	100%
Candidats admissibles	9	6	15	63%	8	1	9	37%	24	100%
Candidats admis	3	2	5	45%	5	1	6	55%	11	100%

Sur les 16 emplois ouverts sur les deux classes (classe normale et hors classe), soit – 3 postes (-15,79%) par rapport à 2011, 11 candidats ont été admis (68,75%), à raison de 45,5% pour la classe normale et de 54,5% pour la hors classe.

✓ **Détachement sur contrat de droit public (DH)**

Le décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010 relatif au détachement sur un contrat de droit public des fonctionnaires dirigeant un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit, sous certaines conditions, que le directeur général de l'agence régionale de santé, propose au ministre chargé de la santé, le détachement d'un fonctionnaire sur un contrat de droit public pour assurer la direction de cet établissement dans le cadre d'une mission visant à rétablir le bon fonctionnement de ce dernier. Le nombre de fonctionnaires pouvant être détachés sur un contrat de droit public est fixé à 10. La durée du contrat est de deux ans, renouvelable pour une année au maximum. Le CNG assure la publication des emplois correspondants, transmet les candidatures au directeur général de l'agence régionale de santé et procède au détachement du candidat retenu.

Deux publications ont eu lieu en 2012 au titre de ce dispositif :

- ✓ au centre hospitalier Sud Francilien (publication du 16 février 2012) : le centre national de gestion a reçu 3 candidatures dont une, non recevable. Aucun recrutement n'a été réalisé.
- ✓ au centre hospitalier de Lens (publication du 2 mai 2012) : le centre national de gestion a reçu deux candidatures, l'un des candidats a été recruté.

II.2.2- Gestion des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

En 2012, un certain nombre de modifications statutaires sont intervenues concernant le corps des D3S permettant l'élargissement du nombre d'emplois de débouché : création d'emplois fonctionnels, augmentation du quota de postes ouvrant droit à l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe. Pour le corps des D3S, l'année 2012 aura été en outre marquée par la confirmation et l'accentuation d'un certain nombre d'évolutions :

- Concernant les effectifs du corps : après une période d'augmentation rapide des effectifs du corps, l'année 2012 confirme la tendance au ralentissement notée en 2011, avec même un léger tassement, les effectifs passant de 1873 en 2011 à 1865 en 2012 (-8 unités).
- Concernant l'organisation du secteur médico-social, avec :
 - d'une part, une accélération du mouvement de regroupement des établissements, sous la forme de direction commune ou de fusion : soit le traitement de 44 dossiers de directions communes, dont 35 ont pris effet en 2012 et 10 dossiers de fusion, dont 9 ont pris effet en 2012. En 2011, ces chiffres étaient respectivement de 17 et 6.
 - et, d'autre part, la tendance à la création de zones - sorte de « déserts directoriaux » - de faible attractivité où il est particulièrement difficile de pourvoir les postes, notamment dans le centre de la France (régions Centre et Auvergne) et dans l'est (régions Champagne-Ardenne et Lorraine).
- Concernant la mobilité entre corps, avec une très importante augmentation du nombre de détachement de D3S dans le corps des directeurs d'hôpital et un mouvement inverse, d'ampleur nettement moindre, de directeurs d'hôpital faisant le choix du détachement dans le corps des D3S.

II.2.2.1- Etat du corps et des emplois (D3S)

En 2012, après une phase d'importante et rapide croissance des effectifs, le corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) a connu une relative stabilisation. En fait, il enregistre une légère diminution de l'effectif qui passe de 1873 personnes au 31/12/2011 à 1865 au 31/12/2012. En ajoutant les 9 non fonctionnaires recrutés depuis 2010, on atteint le chiffre de 1874 D3S qui sont en fonction au 31 décembre 2012.

Pour la première fois depuis de nombreuses années, le nombre de sorties excède légèrement celui des entrées. Ce pourrait être le début d'un renversement de tendance, la réduction des différents modes d'entrée dans le corps, détaillée ci-dessous, s'accompagnant d'une augmentation des départs, notamment à la retraite.

Dans ce contexte, la féminisation et le rajeunissement du corps se poursuivent. En effet les tranches d'âge les plus élevées comportent une majorité d'hommes. Les nouveaux entrants sont en revanche, depuis de nombreuses années, le plus souvent des femmes. Par ailleurs, le départ à la retraite de nombreux D3S contribue au rajeunissement progressif du corps.

✓ *Situation démographique du corps en fin d'année 2012 (D3S)*

Répartition par sexe	Total	%
Femmes	1137	60,97 %
Hommes	728	39,03 %
Total	1865	100,00 %

(*) Non compris 9 chefs d'établissement non fonctionnaires recrutés sur contrat

➤ *Le recrutement de « non-fonctionnaires » (D3S)*

Depuis 2009, la possibilité est ouverte par la loi HPST du 21 juillet 2009 de recruter sur contrat des agents non-fonctionnaires pour une durée limitée (2 fois 3 ans au maximum). 10 personnes ont été recrutées selon ce mode - soit 0,5% du corps, dont 4 en 2012. L'une des personnes recrutées à ce titre a démissionné en 2012. Il reste 9 directeurs contractuels en activité.

L'impact de la mesure demeure donc limité. Jusqu'à présent, en effet, peu de candidats déclarés disposent d'une formation et d'une expérience adaptée aux fonctions très spécifiques de directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. Bien souvent, il s'agit de candidatures « de proximité », déclenchées par la publication d'une vacance de poste proche du lieu d'habitation des candidats sans que ceux-ci aient une véritable connaissance ni du secteur d'activité ni des conditions d'exercice des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Compte tenu de ces recrutements contractuels, ce sont donc 1874 personnels de direction qui exercent dans le champ d'activité dévolu aux directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. La relative stagnation de l'effectif du corps des D3S constatée à la fin de l'année 2012 est cependant à relativiser et à rapprocher du mouvement de réorganisation du secteur sanitaire, social et médico-social, notamment du fait des regroupements d'établissements sous la forme de directions communes ou de fusions, qui s'accélère.

✓ *Les modes d'entrée dans le corps (D3S)*

Trois voies d'accès au corps sont ouvertes : le concours suivi d'une formation de deux ans à l'EHESP, le détachement et la liste d'aptitude par la voie du tour extérieur.

✓ *Nominations à la sortie de l'EHESP en 2012 (D3S)*

La voie d'accès par le concours national avec la formation à l'EHESP reste encore très majoritaire. Toutefois, depuis 2010, les promotions sortantes sont moins nombreuses que les années antérieures où elles comptaient entre 110 et 120 élèves directeurs. Ainsi en 2010 et 2011, les promotions sont respectivement inférieures de 30 (34,55%) et 33 (-40%) unités, à celle de 2009. La promotion 2012 compte 72 élèves D3S.

Année de référence	Nombre de D3S concernés	% de femmes
2010	79	63,29 %
2011	76	77,63 %
2012	72	76,39 %
Total	227	72,25 %

Comme le montre le tableau ci-dessus, la tendance est à la décroissance des promotions d'élèves D3S. Après une période de promotions supérieures à une centaine d'élèves, elle s'oriente désormais vers des promotions d'environ 70 personnes. Il s'agit de prendre en compte, d'une part, la forte augmentation des effectifs dans les années 2000 et, d'autre part, le mouvement de regroupements d'établissements surtout dans le secteur médico-social – les EHPAD en particulier – qui semble s'accroître. En 2012, la volonté de certaines agences régionales de santé de réorganiser l'offre médico-sociale est apparue nettement.

Outre la part très majoritaire de femmes dans les promotions issues du concours (qui distingue le corps des D3S de celui des DH), il convient également de souligner la part importante d'élèves issus du concours interne. La moitié environ des promotions est constituée d'élèves ayant déjà une expérience professionnelle. Par ailleurs, ces dernières années ont été marquées par une évolution très significative d'un choix préférentiel pour les postes de directeur adjoint, alors que ce corps est constitué de deux tiers de postes de directeur chef d'établissement.

L'inscription des élèves directeurs, à l'issue de la formation, sur une liste d'aptitude permet à ceux qui ont validé leur formation mais qui n'ont pas trouvé ou choisi d'affectation, d'être titularisés ultérieurement. Ainsi, en 2012, trois élèves directrices ont fait le choix de l'inscription sur la liste d'aptitude sans affectation à la sortie de leur scolarité à l'EHESP pour trouver un poste plus conforme à leur choix, notamment géographique.

L'entrée dans le corps de 72 élèves directeurs est à rapprocher du nombre de départs à la retraite en 2012, soit 73, pour expliquer le léger recul de l'effectif du corps cette année, d'autant que les autres modes d'accès ne compensent pas la réduction du volume de la promotion issue du concours.

✓ **Autres modes d'entrée en 2012 (D3S)**

Les deux autres modes d'entrée dans le corps - le détachement et la liste d'aptitude par la voie du tour extérieur - sont minoritaires.

⇒ **La liste d'aptitude par la voie du tour extérieur (D3S)**

Depuis de nombreuses années et, en tout cas depuis la création du CNG, le nombre de places ouvertes au titre du tour extérieur l'a été conformément au plafond réglementaire admis. Celui retenu au titre de la classe normale est un pourcentage du nombre d'élèves directeurs titularisés dans le corps au titre de l'année considérée. Pour la hors classe, ce nombre est lié aux promotions en hors classe au titre de l'année.

C'est ainsi que la réduction des promotions d'élèves D3S réduit mécaniquement le nombre de places proposées au tour extérieur pour la classe normale. En revanche, le nombre de promotions à la hors classe est resté élevé en 2012, ce qui a permis d'ouvrir un nombre d'inscriptions comparable à celui de la classe normale : 12 en classe normale, 11 en hors classe.

Le nombre de candidats est relativement stable au cours des dernières années, autour d'une centaine avec une forte majorité d'inscrits pour l'accès à la classe normale. La majorité des candidats est issue des corps des cadres (supérieurs) de santé et des attachés d'administration hospitalière. Pour les autres fonctions publiques, les candidats sont principalement issus des corps d'attachés.

En 2012 comme en 2011, la commission d'accès en charge de la sélection des candidats a constaté une plus grande qualité des candidatures présentées pour la classe normale qu'en hors classe, ce qui explique que toutes les places ouvertes au titre de cette dernière classe n'aient pas été pourvues.

Il convient de signaler, comme pour les années antérieures, le niveau important de recrutement des candidats inscrits sur la liste d'aptitude au titre du tour extérieur : sur 12 inscrits en classe normale, 2 personnes seulement n'ont pu être recrutées. Au titre de la hors classe, les 6 inscrits ont été recrutés au cours de l'année 2012.

⇒ **Le détachement**

La notion de corps comparables, issue de la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité des fonctionnaires, pour l'accès au corps des D3S par la voie du détachement, limite ce type de détachement aux corps des administrateurs civils et territoriaux et au corps des directeurs d'hôpital. Cette disposition a quasiment tari la voie du détachement depuis 2010 (cf. tableau ci-dessous). Toutefois, en 2012, une légère reprise est constatée – qui demande à être confirmée sur la durée – du fait d'un plus grand nombre de directeurs d'hôpital candidats au détachement sur des postes de D3S. Malgré la perte financière liée au différentiel concernant surtout le régime indemnitaire, certains font le choix d'un détachement dans ce cadre en raison de l'intérêt du poste ou du secteur géographique.

Ainsi, en 2012, 10 directeurs d'hôpital ont été détachés dans le corps des D3S.

Origine des entrées 2012	Nombre de D3S concernés
Détachement	10
Tour extérieur	16
Total	26

✓ Répartition des entrées sur trois ans (D3S)

Sur la période 2010-2012, la moyenne des entrées annuelles se situe à 100, avec une nette diminution par rapport à la période précédente. On constate en effet, une baisse du nombre d'entrées de près de 28% par rapport à l'année 2009 (138). Depuis 2010 – et l'année 2012 confirme la tendance – les effectifs issus des trois voies de recrutement dans le corps des D3S sont en baisse. Les D3S issus du concours national restent, quant à eux, très largement majoritaires.

Origine des entrées	Année de référence et nombre de D3S							
	2010	%	2011	%	2012	%	Total	%
Détachement	7	6,50%	4	4,21%	10	10,20%	21	7,00%
EHESP	79	73,80%	76	80,00%	72	73,47%	227	75,67%
Tour extérieur	21	19,60%	15	15,79%	16	16,33%	52	17,33%
Total	107	100,00%	95	100,00%	98	100,00%	300	100,00%

Les recrutements par voie contractuelle, qui ne constituent pas un mode d'entrée dans le corps mais une possibilité de recrutement temporaire, ne compensent pas la réduction des entrées dans le corps, constatée depuis 2010. Ils restent pour le moment marginaux : 10, dont 9 encore en activité en 2012, sur une période maximale de trois ans, le cas échéant renouvelable une fois pour une même durée.

✓ Répartition des sorties sur trois ans (D3S)

Sur la période 2010-2012, la moyenne annuelle des sorties est de 87. L'année 2012 marque cependant une forte augmentation des départs : 99 en 2012 contre 84 en 2011 (+17,86%) et 78 en 2010 (+26,92%), nombre qui dépasse pour la première fois depuis longtemps celui des entrées.

L'essentiel des sorties concerne les départs à la retraite avec une forte progression d'hommes. Ceux-ci sont désormais précédés, dans la très grande majorité des cas, de longues périodes de congés pris au titre du compte épargne-temps, pour des durées variant de 6 mois à 1 an, voire plus.

Origine des sorties	Année de référence et nombre de D3S							
	2010	%	2011	%	2012	%	Total	%
Décès	1	1,30%	3	3,57%	4	4,04%	8	3,07%
Démission	1	1,30%	0	0,00%	2	2,02%	3	1,15%
Licenciement pour insuffisance professionnelle	0	0,00%	1	1,19%	0	0,00%	1	0,38%
Radiation	9	11,50%	2	2,38%	1	1,01%	12	4,60%
Retour au statut antérieur (DH)	1	1,30%	1	1,19%	1	1,01%	3	1,15%
Retour dans l'administration d'origine	10	12,80%	4	4,76%	4	4,04%	18	6,90%
Retraite	56	71,80%	69	82,14%	73	73,74%	198	75,86%
Retraite d'office	0	0,00%	0	0,00%	2	2,02%	2	0,77%
Révocation	0	0,00%	0	0,00%	1	1,01%	1	0,38%
Titularisation au sein du corps des DH	0	0,00%	4	4,76%	8	8,08%	12	4,60%
Titularisation au sein d'une autre administration	0	0,00%	0	0,00%	3	3,03%	3	1,15%
Total	78	100,00%	84	100,00%	99	100,00%	261	100,00%

NB : Aux 99 sorties enregistrées au titre de l'année 2012, doivent être ajoutées 7 autres sorties (en régularisation) effectuées en 2012 mais avec effet portant sur l'année 2011. Ainsi, avec un excédent d'une sortie par rapport au nombre des entrées sur l'année 2012, s'explique l'écart de 8 agents constaté entre l'effectif du corps en fin d'année 2011 (1873) et celui constaté en fin d'année 2012 (1865).

Outre une augmentation des départs à la retraite, 73 en 2012, soit 4 de plus qu'en 2011 mais 17 de plus qu'en 2010, l'année 2012 est marquée :

- par des modes de sortie dont le nombre est sans doute exceptionnel : 4 décès et, après conseil de discipline, 2 mises à la retraite d'office et 1 révocation ;
- par une tendance à la diminution du nombre de retours de fonctionnaires dans leur administration d'origine liée à la baisse du nombre de détachements dans le corps des D3S et à l'augmentation du nombre de titularisations dans un autre corps (essentiellement DH), qui correspond à un phénomène qui s'est largement amplifié en 2012, à savoir le recrutement par voie de détachement de D3S dans le corps des directeurs d'hôpital et, à terme, leur intégration dans ce corps.

En 2012, ce mouvement vers le corps des DH a contribué à réduire de façon significative le nombre de candidatures, parfois déjà faibles, sur les postes vacants de chefs d'établissement et de directeurs adjoints D3S, tel qu'observé lors des derniers tours de mutation.

✓ Répartition par grade des effectifs globaux (D3S)

Le corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social comprend deux grades : la classe normale, grade de début de carrière et la hors classe, grade de promotion.

Les corps de direction de la fonction publique hospitalière, dont celui des D3S, bénéficient du point de vue des promotions de grade de dispositions réglementaires favorables dans la mesure où aucun quota ne limite l'inscription au tableau d'avancement et à la promotion à la hors classe. Ainsi, chaque année, la majorité des directeurs de classe normale remplissant les conditions d'ancienneté est effectivement promue. En effet, en dehors de quelques cas minoritaires de directeurs remplissant les conditions statutaires mais qui ne sont pas proposés par leur évaluateur, seul le critère de mobilité, imposant d'avoir changé au moins une fois d'affectation, freine l'accès de certains directeurs à la hors classe à la durée minimale requise.

La classe normale demeure encore majoritaire du fait de l'arrivée au cours des dernières années, de promotions nombreuses issues du concours suivi de la formation à l'EHESP. Toutefois, la part des directeurs hors classe dans le corps progresse rapidement. Ainsi, en 2012, l'équilibre entre les deux classes est approché.

Grades D3S	2011	%	2012	%
Hors classe	877	46,82	921	49,38
Classe normale	996	53,18	944	50,62
Total	1873	100	1865	100,00

La répartition hommes – femmes par classe montre que la proportion de femmes en hors classe (53,75%) est encore inférieure à la proportion globale des femmes dans le corps (près de 61%), mais en augmentation constante (plus de 46% en 2012, 41% en 2011). Ceci s'explique par l'évolution démographique du corps. En effet, la proportion des hommes est majoritaire dans les tranches d'âge les plus élevées et, à l'inverse, celle des femmes dans les tranches d'âge les plus jeunes, donc positionnées en début de carrière et en classe normale.

	2011				2012			
	Femmes	%	Hommes	%	Femmes	%	Hommes	%
D3S								
Hors classe	451	51,43	426	48,57	495	53,75	426	46,25
Classe normale	657	65,96	339	34,04	642	68,01	302	31,99
Total	1108	59,16	765	40,84	1137	60,97	728	39,03

✓ **Répartition des effectifs en établissement selon le sexe et la classe (D3S)**

Compte tenu du nombre de D3S mis à disposition d'autres organismes, placés en recherche d'affectation, en position de détachement ou de disponibilité, l'effectif du corps en fonction dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière s'élève à 1645.

CORPS	SEXE	Classe Normale		Hors Classe			Emploi Fonctionnel		Total	
		Effectif	% au dernier échelon	Effectif	% au dernier échelon	dont Echelon fonctionnel	Effectif	% au dernier échelon	Effectif	%
Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)	Femmes	563	10,12 %	427	1,17 %	0,00 %			990	60,18 %
	Hommes	269	14,87 %	386	7,51 %	1,55 %			655	39,82 %
	Total	832	11,66 %	813	4,18 %	0,74 %			1645	100,00 %
	%	50,58 %		49,42 %					100,00 %	

Comme le montre le tableau ci-dessus et pour les mêmes raisons que celles évoquées plus haut, la proportion d'hommes ayant atteint le dernier échelon de leur grade est plus importante que celle des femmes.

✓ **Effectifs des directrices par catégorie d'établissement selon le type d'emploi (D3S)**

Plus de 88% des membres du corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social sont en fonction dans un établissement relevant de la fonction publique hospitalière. Le nombre de directeurs en position de détachement, de disponibilité ou de mise à disposition reste encore limité, notamment par rapport à celui des directeurs d'hôpital, mais il augmente régulièrement.

La répartition par type de structure montre que les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social sont majoritairement des chefs d'établissement (67,1%). Parmi ceux-ci, 61,5% dirigent un EHPAD et 28% dirigent, à part presque égale, un centre hospitalier (anciens hôpitaux locaux) (14,3%) ou un établissement relevant du secteur du handicap (14,1%). Le secteur social, CHRS et aide sociale à l'enfance est minoritaire.

La proportion de femmes chefs d'établissement est en moyenne inférieure (un peu plus de 55%) à leur importance dans le corps (61%), mais en constante progression. Selon les secteurs, cette proportion varie. Elle est quasiment égale au pourcentage des femmes relevant du corps des D3S pour celle exerçant dans le secteur des personnes âgées mais reste très inférieure pour celles en fonction dans le secteur du handicap (35,90%).

Catégorie d'établissement	Chef d'établissement			Directeur adjoint			Total Directeurs		
	Femmes	Total	% de femmes	Femmes	Total	% de femmes	Femmes	Total	% de femmes
- Etablissements publics de santé	87	158	55,06%	202	281	71,89%	289	439	65,83%
- EHPAD	413	680	60,74%	53	68	77,94%	466	748	62,30%
- Aide sociale à l'enfance	39	81	48,15%	29	42	69,05%	68	123	55,28%
- Mineurs ou adultes handicapés	56	156	35,90%	62	99	62,63%	118	255	46,27%
- CHRS/CHU (*)	3	7	42,86%	4	4	100,00%	7	11	63,64%
- CASH Nanterre				2	3	66,67%	2	3	66,67%
- Direction commune sur secteur mixte	10	22	45,45%	30	44	68,18%	40	66	60,61%
TOTAL	608	1104	55,07%	382	541	70,61%	990	1645	60,18%

(*) Centres d'hébergement et de réinsertion sociale / Centres d'hébergement d'urgence

Les directeurs adjoints exercent, pour plus de la moitié, dans les établissements hospitaliers (51,9%). En effet, la grande majorité des établissements sociaux ou médico-sociaux sont des structures de petite ou moyenne taille avec une équipe de direction réduite, le plus souvent, au chef d'établissement. Les femmes y sont surreprésentées (plus de 70%).

En totalisant les postes de chefs d'établissement et de directeurs adjoints, on constate que plus de 45% des D3S en fonction sont affectés dans les EHPAD, près de 27% en établissement de santé et plus de 15% dans le secteur du handicap. Ces trois secteurs regroupent plus de 87% des D3S en poste.

II.2.2.2- Gestion du corps des D3S

✓ Entrées dans le corps (D3S)

A l'issue de leur formation à l'EHESP, les élèves directeurs (dont la formation est validée) sont inscrits sur une liste d'aptitude. Pour être titularisés dans le corps, ils doivent être affectés dans un établissement, en qualité de chef d'établissement ou de directeur adjoint.

Depuis 2011 et, pour répondre notamment à une demande exprimée par les promotions précédentes et en référence à ce qui se pratique déjà pour les élèves directeurs d'hôpital, l'EHESP a mis en place, durant le dernier trimestre de formation, des modules d'adaptation à l'emploi pour les élèves D3S sortant de formation, ce qui conduit à avancer dans le calendrier la période de recherche de leur première affectation. Avec l'expérience de l'année précédente, le choix a été fait, en lien avec la filière de formation D3S de l'EHESP, de présenter la liste de postes offerts à la fin du mois d'août et de concentrer la recherche de poste sur une période d'un mois, en septembre. A l'exception des trois élèves directeurs qui ont fait le choix de ne pas prendre de poste immédiatement et qui sont donc restés inscrits sur la liste d'aptitude, le processus s'est correctement déroulé. Le retour fait par les délégués de promotion est globalement positif avec cependant des questions sur leur difficulté à concilier à la fois ce rôle avec leurs propres démarches de recrutement et sur les problèmes financiers de certains élèves du fait des frais engagés pour se présenter aux différents entretiens avec les recruteurs.

Sur une promotion initiale de 76 élèves,

- 72 ont été titularisés au 1^{er} janvier 2013, à l'issue de leur formation ;
- 1 n'a pas obtenu la validation de sa formation, malgré une prolongation de formation d'un an décidée par le jury ;
- 3 n'ont pas trouvé d'affectation conforme à leur souhait et ont donc fait le choix de l'inscription sur la liste d'aptitude pour se donner le temps de trouver un poste géographiquement plus adapté à leur attente.

Nombre d'élèves	Catégorie d'emplois et nombre de postes publiés	Nombre de postes choisis
75	Chef établissement	25
	Directeurs adjoints	47
	total	72

Réglementairement, le CNG doit proposer à la promotion des D3S en fin de formation plus de postes que d'élèves à titulariser. 117 postes ont ainsi été offerts en 2012 pour 72 élèves D3S titularisés, soit un ratio de 162,5%. Conjonctuellement, un nombre presque équivalent de postes de chefs d'établissement et de directeurs adjoints figuraient sur la liste (alors que globalement les postes de directeurs-adjoints ne représentent qu'un tiers des emplois de D3S).

Il est significatif qu'une forte majorité d'élèves ait choisi un poste de directeur adjoint. Cette proportion était plutôt inverse, il y a encore quatre ans.

Toutefois, le choix d'un poste d'adjoint pour une première affectation paraît légitime (c'est d'ailleurs systématiquement le cas pour les élèves directeurs d'hôpital titularisés à l'issue de leur formation à l'EHESP, mais la structure des emplois est très différente). La crainte, pas forcément infondée, de difficultés liées, notamment, à l'isolement institutionnel et géographique de nombreux postes correspondant à de petites structures a pu influencer sur ce choix. Il convient de souligner, le nombre de femmes – proportionnellement supérieur à celui des hommes – qui ont choisi un poste de chef d'établissement.

⇒ **Le détachement direct des fonctionnaires de catégorie A (D3S)**

Comme cela a été mentionné plus haut, la notion de comparabilité des corps pour la mise en œuvre des détachements dans le corps des D3S a réduit considérablement le champ des détachements : seuls les administrateurs civils ou territoriaux et les directeurs d'hôpital peuvent désormais être détachés dans ce corps, même s'ils n'y ont pas un intérêt financier. Seul l'attrait particulier pour un poste, du point de vue notamment de sa localisation géographique, ou un besoin de repositionnement suscite quelques candidatures de directeurs d'hôpital et, exceptionnellement, d'administrateurs territoriaux. Ainsi en 2012, une timide reprise des détachements s'est amorcée. 10 directeurs d'hôpital ont en effet, fait le choix du détachement dans le corps des D3S.

⇒ **Le tour extérieur pour les fonctionnaires de catégorie A (D3S)**

En 2012, un tour extérieur a été organisé en vue d'établir une liste d'aptitude aux emplois de classe normale et aux emplois de hors classe, permettant notamment aux fonctionnaires de catégorie A, qui ne peuvent plus être détachés directement dans le corps, d'y accéder par cette voie. 23 places étaient ouvertes au titre de 2012.

Grade	FPH	FPE/FPT	Total
Hors classe	7	4	11
Classe normale	7	5	12
Total	14	9	23

✓ **La commission d'accès au tour extérieur (D3S)**

Classe normale	Dossiers reçus	Candidats auditionnés	Candidats inscrits sur liste d'aptitude
FPH	63	31	11
FPE/ FPT	7	4	1
TOTAL	70	35	12
Hors classe	Dossiers reçus	Candidats auditionnés	Candidats inscrits sur liste d'aptitude
FPH	14	10	5
FPE/ FPT	15	11	4
TOTAL	29	21	9

99 dossiers de candidatures étaient recevables, dont 29 pour la hors classe et 70 pour la classe normale. Pour 23 places offertes, 21 candidats ont été inscrits sur la liste d'aptitude. Sur ces 21 inscrits, 16 ont été nommés dans l'année (10 en classe normale et 6 en hors classe).

Comme en 2011, un net déséquilibre du nombre de candidats est à noter entre la classe normale et la hors classe.

II.2.2.3- Instances nationales paritaires des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social s: comité consultatif national, comité de sélection, commission administrative paritaire nationale et conseil de discipline (D3S)

En 2012, le comité consultatif national (CCN), s'est réuni une fois le 15 novembre 2012. L'ordre du jour portait sur :

- Le bilan d'activité du CNG et les données sociales du corps des D3S,
- La rétrospective des postes ouverts aux concours (D3S)
- Le dispositif d'accompagnement des D3S mis en place par le CNG.

La CAPN, quant à elle, a siégé à neuf reprises, dont cinq fois dans sa formation disciplinaire. Elle a eu à connaître, outre les demandes de détachement, de disponibilité, de mise à disposition, des demandes de titularisation ou d'intégration dans le corps des D3S.

Date de la CAPN	Ordre du jour
13 mars 2012	Tableau d'avancement complémentaire au titre de l'année 2012 Nominations sur les postes vacants Recours en évaluation et un régime indemnitaire Placement en recherche d'affectation Positions (détachement, mise à disposition, disponibilité)
5 juillet 2012	Nominations sur les postes vacants de chef d'établissement et de directeur adjoint Positions
16 octobre 2012	Nominations sur les postes de chefs d'établissements et de directeurs adjoints Placement en recherche d'affectation
14 décembre 2012	Tableau d'avancement au titre de l'année 2012 Tour extérieur 2012 Titularisation et affectation des élèves D3S en fin de formation Placement en recherche d'affectation

⇒ Recherche d'affectation

L'année 2012 a connu un très fort ralentissement du nombre de placements en recherche d'affectation, soit 3, dont 2 à la demande des intéressés. Ces deux personnes ont d'ailleurs très rapidement retrouvé une affectation, ayant quitté le dispositif avant la fin de l'année. Dans la même période, huit autres D3S sont sortis du dispositif, dont deux sans avoir retrouvé d'affectation et, ont donc été placés en position de disponibilité d'office.

Au-delà de facteurs conjoncturels, l'année 2012 a marqué ce qui pourrait être un tournant, ou au moins une évolution, dans la gestion du dispositif de placement en recherche d'affectation : d'abord le souci, l'expérience aidant, de mieux cibler les situations où ce dispositif apparaît réellement adapté et dans la mesure du possible, éviter le placement en recherche d'affectation de jeunes directeurs dans leur premier poste qui ont ensuite les plus grandes difficultés à retrouver une affectation, faute notamment d'expérience et d'évaluation.

Par ailleurs, la préférence est donnée, dans la mesure du possible, à un accompagnement hors recherche d'affectation et à une aide au repositionnement professionnel qui se révèlent efficaces dans beaucoup de situations.

⇒ Conseil de discipline

La CAPN a été réunie, en formation disciplinaire, cinq fois dans l'année 2012 pour examiner la situation de directeurs dont la gestion ou le comportement ont été mis en cause. A l'issue de ces conseils de discipline, deux exclusions temporaires, deux mises la retraite d'office et une révocation ont été prononcées.

Il s'agit, on peut l'espérer, d'une année exceptionnelle de ce point de vue. Toutefois, cette répétition de cas est aussi emblématique des difficultés et des risques liés à l'isolement et à l'exercice solitaire du directeur dans les petites structures, même si bien sûr, tous les cas sont différents.

D'autres situations potentiellement très conflictuelles ont pu, par ailleurs, ne pas déboucher sur une procédure disciplinaire du fait du traitement rapide attendu pour les résoudre, avec l'aide des autorités de l'Etat en régions ou dans les départements.

II.2.2.4- Nominations sur les postes vacants (D3S)

En 2012, le nombre et la fréquence des publications de postes vacants ont été amplifiés. Ainsi trois mouvements concernant les postes de chefs d'établissement ont été mis en œuvre, si l'on prend en compte le mouvement initié par une publication parue en décembre 2011 et dont la gestion s'est effectuée en 2012. En ce qui concerne les postes de directeurs adjoints, le rythme d'un mouvement par trimestre a été institué.

Le comité de sélection chargé d'examiner les candidatures aux emplois de direction (chef d'établissement) s'est réuni quant à lui, deux fois.

A ces mouvements de mutation, s'ajoute la parution spécifique – fin août 2012 – des postes dédiés aux élèves directeurs en fin de formation à l'EHESP, qui comprend des postes de chefs d'établissement et de directeurs adjoints. Ainsi, 558 postes de D3S ont été proposés en 2012, dont 441 postes publiés à la mutation et 117 postes ouverts aux élèves directeurs (61 de chef d'établissement et 56 de directeur adjoint) permettant 72 nominations.

Publications	Emplois	Nombre de postes		Nombre de candidatures		Postes pourvus	
		Dir	DA	Dir	DA	Dir	DA
11/12/2011*	Directeur	91		189		36	
13/01/2012	Directeur adjoint		37		138		24
07/04/2012	Directeur	107		349		59	
22/04/2012	Directeur adjoint		33		104		11
27/07/2012	Directeur adjoint		8		37		5
16/10/2012	Directeur	102		301		55	
23/10/2012	Directeur adjoint		45		130		13
21/12/2012	Directeur adjoint		18		17		0
Sous total		300	141	839	426	150	53
Total			441		1265		203

*publications en 2011 mais nominations en 2012 ; le nombre de postes pourvus au titre de ce mouvement ne figurait pas dans le rapport d'activité 2011.

Ainsi en 2012, pour trois tours de mutation (y compris la publication du 11/12/2011), 441 postes ont été publiés et 1265 candidatures examinées :

- 300 postes de chef d'établissement ont suscité 839 candidatures, soit moins de 3 candidatures par poste en moyenne et permis la nomination de 150 directeurs, soit un poste pourvu sur deux ;
- 141 postes de directeurs adjoints ont donné lieu à 426 candidatures, soit un peu plus de 3 candidatures par poste en moyenne et 53 nominations ont été prononcées, soit 43% de postes pourvus.

Au total, mutations et affectations des élèves D3S ont regroupé la publication de 558 postes vacants et se sont conclus par la nomination de 275 D3S (soit 48,7% de postes pourvus).

L'année 2012 a largement confirmé le constat des années précédentes :

- Le faible nombre de candidatures, y compris sur les postes les plus importants, donnant accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe ;
- La répartition très inégale de ces candidatures, concentrées sur des zones géographiques jugées attractives (façade atlantique, sud-est, une partie du sud-ouest et région parisienne) et l'instauration de quelques zones à faible attractivité (régions Centre, Champagne-Ardennes notamment) ;
- De ce fait le niveau élevé de postes restant vacants (un sur deux), avec une situation particulièrement préoccupante pour les établissements ne pouvant être dirigés que par un directeur de classe normale.

En moyenne, le ratio est donc d'un peu plus de 3 candidatures par poste vacant. Cette moyenne masque une disparité importante selon les postes proposés. Une minorité de postes concentre une majorité des candidatures, selon un critère essentiellement géographique.

II.2.2.5- Autres actes de gestion (D3S)

✓ *Les avancements de grade (D3S)*

Au titre de l'année 2012, 110 directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social ont été inscrits au tableau d'avancement à la hors classe. En l'absence de quotas limitant l'accès à ce grade d'avancement, le seul obstacle à la promotion à la durée minimale – à l'exception de quelques situations difficiles – porte sur le critère de mobilité.

Une très grande majorité des D3S promouvables bénéficie donc de l'accès au grade supérieur. Seuls les directeurs inscrits au tableau d'avancement, en poste sur des établissements ne pouvant être dirigés que par des directeurs de classe normale, ne peuvent être promus sur place. Ainsi, sur 110 inscrits au tableau d'avancement, 103 D3S de classe normale ont pu être promus et reclassés dans le grade de hors classe (soit 93,6% des D3S promouvables).

✓ *Les avancements d'échelon (D3S)*

Ils s'effectuent désormais, selon des durées fixes, sans réduction possible d'ancienneté. Environ 800 avancements d'échelon ont été notifiés aux intéressés (soit environ 43% du corps des D3S en fonction dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière).

✓ *Le suivi individualisé D3S*

Comme les années antérieures, l'unité de gestion des D3S est très sollicitée – par les intéressés ou les autorités de l'Etat ou les représentants syndicaux à la suite de signalements – pour recevoir des directeurs, pour les motifs les plus divers. En 2012, 72 directrices et directeurs ont ainsi été reçus par le responsable de l'unité et son adjointe. Comme mentionné plus haut, le parti a été pris de ne recourir au placement en recherche d'affectation que dans des cas limités, dès lors que d'autres modes d'accompagnement (conseils, aide aux candidatures, soutien au repositionnement professionnel, coaching) n'apparaissaient pas suffisants.

Ce suivi des situations individuelles particulières s'effectue également en continu, par voie de messagerie et d'entretiens téléphoniques.

II.2.3- Gestion des directeurs des soins (DS)

II.2.3.1- Etat du corps et des emplois (DS)

✓ Situation démographique de l'ensemble du corps (DS)

Répartition par sexe	Total	%
Femmes	608	73,25 %
Hommes	222	26,75 %
Total	830	100,00 %

L'effectif du corps fait apparaître une diminution de 30 unités par rapport à 2011, soit - 3,5%.

Le taux de féminisation des DS observé en 2011 reste stable à 73% du corps. Les dernières entrées dans le corps confirment ce constat.

✓ Entrée à l'EHESP (après réussite au concours) et nomination après validation de la formation

ANNEES	Entrée EHESP	Nomination après formation validée
2010	36	36
2011	30	30
2012	34	34
TOTAL sur 3 ans	100	100

La moyenne annuelle des nominations sur la période 2010-2012 est de 33. Il convient de souligner que tous les élèves DS ont été titularisés à l'issue de leur formation validée durant cette période.

✓ Répartition des sorties (DS)

Origine des sorties	2012	%
Décès	1	1,56 %
Démission	1	1,56 %
Radiation	3	4,69 %
Retraite	58	90,63 %
Titularisation au sein du corps des DH	1	1,56 %
Total	64	100,00 %

Les départs en retraite représentent toujours en 2012, la cause la plus importante des sorties du corps, soit près de 91 %. Le total des sorties du corps est le même, en valeur absolue, que celui enregistré en 2011. Il progresse légèrement en % par rapport à l'effectif du corps (7,23 % en 2012, contre 6,9 % en 2011) du fait de la diminution de celui-ci.

✓ Age moyen et médian par sexe de l'ensemble du corps (DS)

Sexe	Age moyen	Age médian
Femmes	55,26	55,65
Hommes	54,44	54,52
Ensemble	55,04	55,48

Un vieillissement progressif du corps est enregistré : l'âge moyen était de 54,89 ans en 2011. En 2012, il est de 55,04.

✓ **Répartition par groupe d'âge et par sexe de l'ensemble du corps (DS)**

Groupe d'âges	Femmes	Pourcentage	Hommes	Pourcentage	Ensemble	Pourcentage
35 - 39 ans			2	0,90 %	2	0,24 %
40 - 44 ans	15	2,47 %	4	1,80 %	19	2,29 %
45 - 49 ans	73	12,01 %	35	15,77 %	108	13,01 %
50 - 54 ans	187	30,76 %	73	32,88 %	260	31,33 %
55 - 59 ans	235	38,65 %	85	38,29 %	320	38,55 %
60 - 64 ans	95	15,63 %	22	9,91 %	117	14,10 %
65 ans et +	3	0,49 %	1	0,45 %	4	0,48 %
Total	608	100,00 %	222	100,00 %	830	100,00 %

Il convient de noter que près de 85% du corps des directeurs des soins se concentrent sur les tranches d'âge supérieures à 50 ans, dont près de 70% se situent dans les deux tranches d'âge allant de 50 à 59 ans.

✓ **Répartition par classe (DS)**

Grade	Nombre de DS	%
1 ^{ère} classe.	593	63,46 %
2 ^{ème} classe	237	36,54 %
Total	830	100,00 %

Plus de 63 % des effectifs du corps sont en 1^{ère} classe, pour près de 37% en 2^{ème} classe, alors que la proportion était respectivement de 75% et de 25%, en 2001. Cette évolution des proportions respectives des deux classes tient à une diminution de 51 unités dans la première classe et une augmentation de 21 unités dans la deuxième classe. Cette répartition s'explique par le fait que l'entrée dans le corps des directeurs des soins représente généralement une 3^{ème} carrière pour les professionnels relevant des filières infirmières, médico-techniques et de rééducation.

✓ **Répartition des effectifs en établissement selon le sexe et la classe (DS)**

CORPS	SEXE	2 ^{ème} classe		1 ^{ère} classe			Total	
		Effectif	% au dernier échelon	Effectif	% au dernier échelon	DONT Echelon fonctionnel	Effectif	%
Directeur des soins	Femmes	176	48,86%	390	58,72%	21,54%	566	74,08%
	Hommes	55	58,18%	143	59,44%	25,17%	198	25,92%
	Total	231	51,08%	533	58,91%	22,51%	764	100,00%
	%	30,24%		69,76%			100,00%	

Sur les 830 agents qui constituent le corps des DS, 764 (soit 92,05%) exercent dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

✓ **Effectifs des directeurs des soins en établissement selon le type d'emploi (DS)**

	Femmes	% de femmes	Hommes	% d'hommes	Total	%
Directeur des soins en établissement	102	73,38 %	37	26,62 %	139	18,19 %
Coordination générale des activités de soins	257	71,59 %	102	28,41 %	359	46,99 %
Directeur d'un institut	151	80,75 %	36	19,25 %	187	24,48 %
Coordination générale d'instituts de formation	52	73,24 %	19	26,76 %	71	9,29 %
Autres (direction qualité/DRH...)	4	50,00 %	4	50,00 %	8	1,05 %
TOTAL	566	74,08 %	198	25,92 %	764	100,00 %

L'activité principale des DS demeure la coordination générale des activités de soins (47%).

Il convient de préciser que l'article L. 6146-9 CSP indique que « dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur ». Au vu du nombre de chefs d'établissement directeurs d'hôpital recensés (481), il y aurait donc 122 établissements dans lequel cette obligation ne serait pas ou ne pourrait pas être respectée, faute de candidats ou de postes occupés par des faisant fonction de DS.

II.2.3.2- Nominations sur les postes vacants (DS)

Publications	Nombre de postes	Nombre de candidatures	Postes pourvus
19 janvier 2012	19	10	6
20 mars 2012	32	31	17
30 mai 2012	25	22	13
15 juin 2012 (1)	65	34	34
04 octobre 2012	51	30	11
27 octobre 2012	13	8	4
26 décembre 2012	24	14	0 (2)
Total	229	149	85

(1) Publication dédiée aux élèves directeurs de soins.

(2) En cours de sélection.

En 2012 comme en 2011, 7 publications ont été effectuées, dont une réservée aux élèves directeurs des soins (EDS). Un fort taux de postes non pourvus par des DS est à souligner : sur 140 postes proposés à la vacance (hors la publication spécifique aux EDS et la publication de décembre 2012), seules 51 nominations ont été prononcées, soit un taux de 36% de postes pourvus.

Par ailleurs, 7 postes de conseillers pédagogiques régionaux et 8 postes de conseillers techniques régionaux pour exercer au sein des ARS ont été publiés en 2012.

6 candidats ont été retenus en qualité de conseillers pédagogiques régionaux (85,7% de postes pourvus) et 2 candidats en qualité de conseillers techniques régionaux (25% des postes pourvus).

II.2.3.3- Commission administrative paritaire nationale et comité consultatif national (DS)

Au cours de l'année 2012, le comité consultatif national s'est réuni une fois sur les sujets suivants :

Comité consultatif national Nombre de séances tenues au cours de l'année 2012	
Date	Ordre du jour
9 octobre 2012	Bilan d'activité, dispositif d'accompagnement des directeurs de soins, rétrospective des postes ouverts aux concours de directeurs des soins.

Par ailleurs, la commission administrative paritaire nationale (CAPN) a tenu 3 réunions et examiné les situations suivantes :

Commission administrative paritaire nationale Nombre de séances tenues au cours de l'année 2012	
Date	Ordre du jour
8 mars 2012	Affectation sur les postes vacants et positions (mise à disposition et détachement), tableau d'avancement complémentaire à la 1 ^{ère} classe, avancement d'échelon, recours sur la notation, l'appréciation et l'indemnitaire;
14 juin 2012	Affectation sur les postes vacants, positions (disponibilité, mise à disposition et détachement), recours sur la notation, l'appréciation et l'indemnitaire ;
20 décembre 2012	Affectation sur les postes vacants, positions (disponibilité, mise à disposition et détachement) titularisation des élèves directeurs des soins, avancements d'échelon

En ce qui concerne les avancements de grade au titre de l'année 2012, 71 directeurs des soins ont été inscrits au tableau d'avancement à la 1^{ère} classe (soit, 8,6% de promotions de grade par rapport au corps des DS). Les avancements d'échelon ont été au nombre de 56 pour la 2^{ème} classe, 167 pour la 1^{ère} classe, soit 223 arrêtés (soit, 26,9% de promotions d'échelon par rapport au corps des DS).

Au titre de l'année 2011, le nombre de recours sur l'évaluation a été de 13 : 8 sur la seule notation, 4 sur la notation et le montant de la prime de service et 1 sur les appréciations. Le nombre de recours sur l'indemnité de responsabilité a été, quant à lui, de 10.

II.2.2- Faits marquants de l'année 2012 pour les directeurs de la fonction publique hospitalière

II.2.2.1- L'évolution du nombre des emplois fonctionnels des directeurs d'hôpital (DH)

Comme indiqué plus haut, les emplois fonctionnels ont été répartis en trois groupes et leur nombre a pratiquement doublé, ce qui a conduit à la prise de 303 arrêtés de reclassement dans un délai très court pour permettre une rapide prise en compte des nouvelles situations des directeurs d'hôpital concernés.

II.2.2.2- Procédures disciplinaires (DH/D3S/DS)

En 2012, six conseils de discipline ont été réunis, contre trois l'année précédente. Cinq concernaient des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et un, un directeur d'hôpital. Il est bien entendu trop tôt pour analyser ce doublement du nombre de procédures disciplinaires et en tirer un enseignement mais il faut souligner le haut sens des responsabilités de l'ensemble des membres de l'administration et des représentants des organisations syndicales siégeant dans cette instances nationales, au regard de l'éthique et de la dignité attendus dans l'exercice professionnel des directeurs de la fonction publique hospitalière.

II.2.2.3- Suivi des directeurs

370 professionnels ont été reçus au sein du département de gestion des directeurs contre 500 les années précédentes. Cette diminution est liée à la fin de l'obligation des entretiens dans le cadre de la procédure d'agrément aux emplois fonctionnels de directeurs d'hôpital. On note corrélativement une augmentation très sensible du nombre des rendez-vous téléphoniques avec les directeurs des trois corps sur des sujets liés notamment à l'évolution de la carrière ou dans le cadre du suivi individualisé de situations particulières mais aussi avec les représentants de l'Etat au sein des régions et des départements (ARS et DDCS) afin d'échanger et de faire le point sur les situations signalées.

II.2.2.4- La mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats (PFR) (DH/D3S/DS)

La mise en œuvre de la PFR pour les trois corps de directeurs gérés a conduit, en accompagnement de la circulaire interministérielle DGOS/DGCS du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la PFR, à l'adaptation des trois notes annuelles relatives à la campagne d'évaluation et notamment à la présentation d'exemples illustrant le passage d'un régime indemnitaire à un autre. La mise en place de cette réforme a suscité un nombre considérable de questions formulées par téléphone et par messagerie, tant de la part des évaluateurs que des évalués. Pour répondre à ces multiples interrogations, un document reprenant les réponses aux questions les plus fréquemment posées a été élaboré et mis en ligne sur le site internet du CNG, après aval de la Direction générale de l'offre de soins au ministère chargé de la santé, s'agissant de l'interprétation de la réglementation en vigueur, ce qui a produit les effets attendus dans la mesure où une diminution significative du nombre d'appels jusqu'ici recensé a été aussitôt enregistrée. Ce document sera régulièrement mis à jour pour répondre au mieux aux attentes des représentants institutionnels et professionnels.

II.3- Renforcer et sécuriser l'organisation et l'informatisation des concours nationaux médicaux et administratifs

II.3.1- Concours médicaux nationaux

Il existe 12 concours médicaux nationaux :

- 8 concours et examens nationaux ouverts aux professionnels de santé (PAE², CNPH³, internats de médecine du travail, de médecine à titre européen et à titre étranger, internat de pharmacie à titre européen et à titre étranger, internat d'odontologie à titre européen) ;
- 1 concours pour les personnels enseignants et hospitaliers organisé conjointement par le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et le CNG (département de gestion des praticiens hospitaliers) à compter de l'année 2013 ;
- 3 concours universitaires qui permettent aux étudiants d'accéder au 3^e cycle des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques (ECN, internat de pharmacie, internat national d'odontologie).

L'unité des concours médicaux a continué de mener à bien l'ensemble de ses missions en 2012, tout en concentrant ses efforts en direction des trois axes qui avaient été identifiés dans la rubrique « perspectives pour 2012 » du rapport d'activité 2011.

⇒ Une adaptation aux évolutions réglementaires

Plusieurs évolutions réglementaires sont intervenues en 2012, concernant les épreuves de la PAE, l'internat de pharmacie et l'internat d'odontologie, qui ont entraîné une modification structurelle de ces concours, permettant à l'unité concours médicaux de faire la preuve de son adaptabilité et de sa réactivité.

✓ *Les épreuves de la PAE*

La procédure d'autorisation d'exercice est destinée à permettre à des praticiens ayant obtenu leur diplôme dans un État autre que l'Union européenne d'exercer en France leur profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou de pharmacien.

Les candidats se présentent suivant trois listes en fonction de leur cursus et concourent, dans une cinquantaine de spécialités, aux professions de médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien.

La loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un État autre que l'Union européenne a prolongé la disposition transitoire issue de la loi de 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui avait fixé au 31 décembre 2011 la date au-delà de laquelle les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens à diplôme hors Union européenne ne pouvaient plus exercer dans les établissements de santé s'ils n'avaient pas préalablement satisfait aux épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercice.

Il résulte de cette loi et du décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 pris pour son application que, pour être maintenus en fonctions au-delà du 31 décembre 2011 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2016, les intéressés doivent, d'une part, avoir exercé pendant deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif, soit sous le statut de praticien attaché associé ou d'assistant associé, soit sous le statut de faisant fonction d'interne (FFI), soit en qualité de préparateur en pharmacie et, d'autre part, avoir accompli, à la date des épreuves, trois années d'exercice, soit sous le statut de praticien attaché associé ou d'assistant associé, soit sous le statut de faisant fonction d'interne (FFI) (à l'exception de ceux dont les fonctions de FFI ont été exercées dans le cadre de la préparation d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie).

² Procédure d'autorisation d'exercice

³ Concours national de praticien des établissements publics de santé

Ces praticiens peuvent obtenir le plein exercice de leur profession, sous réserve de se présenter aux épreuves de vérification des connaissances entre 2012 et 2016.

Les candidats éligibles sont inscrits sur une liste dite « C » et peuvent se présenter à ces épreuves trois fois au maximum.

Cette évolution réglementaire s'est accompagnée d'une refonte des épreuves de l'examen. Celles-ci se composent désormais, pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens :

- d'un examen sur dossier relatif au parcours professionnel du candidat, portant sur leur activité depuis l'obtention du diplôme permettant l'exercice de la profession dans le pays qui l'a délivré. Cet examen, noté sur 20, est affecté d'un coefficient 1 ;
- d'un examen écrit de vérification des connaissances pratiques d'une durée de 2 heures, affecté d'un coefficient 2.

Le candidat ayant obtenu une note inférieure ou égale à 6 sur 20 à l'épreuve écrite ne peut être déclaré reçu. Pour être déclarés admis, les candidats doivent obtenir une moyenne d'au moins 10 sur 20 pour l'ensemble des épreuves.

Pour les sages-femmes, les épreuves comprennent :

- une épreuve écrite de vérification des connaissances fondamentales pour l'exercice de la profession, d'une durée de 2 heures, notée sur 20 et affectée d'un coefficient 1 ;
- d'une épreuve écrite de vérification des connaissances pratiques d'une durée de 2 heures, affectée d'un coefficient 1.

✓ *L'internat de pharmacie*

Les deux zones géographiques de l'internat de pharmacie ont été supprimées en 2012. Sept inter-régions ont été créées : Ile-de-France, Nord-Est, Nord-Ouest, Ouest, Rhône-Alpes-Auvergne, Sud, Sud-Ouest.

Cette réorganisation a, comme espéré, simplifié l'organisation des épreuves et des corrections ainsi que la procédure de choix des postes d'interne puisque les lauréats figurent tous sur la même liste.

✓ *L'internat d'odontologie*

L'internat d'odontologie a également subi une évolution importante par la création d'un internat qualifiant. Les sessions d'admissibilité et d'admission ont été supprimées et remplacées par une session composée de deux épreuves : une épreuve de questions d'une durée de 3 heures, notée sur 360 ; une épreuve de lecture critique d'article (LCA) d'une durée de 3 heures notée sur 40.

Par ailleurs, un concours d'internat d'odontologie à titre européen a vu le jour, permettant l'accès des praticiens de l'art dentaire français, andorrans ou membres d'un Etat de l'Union européenne, de la confédération suisse, aux formations du troisième cycle long des études d'odontologie.

Pour pouvoir concourir, les candidats doivent justifier d'au moins trois années d'activité professionnelle en qualité de chirurgien-dentiste dans l'un des Etats cités ci-dessus.

Les épreuves des deux concours sont identiques. Elles se déroulent en même temps et dans les mêmes centres, sont corrigées par le même jury, mais donnent lieu à l'établissement de deux listes distinctes d'admission.

Les postes offerts au concours et les affectations sont également spécifiques à chaque concours.

✓ *La consolidation des applications informatiques*

L'année 2012 a permis de consolider et d'optimiser les applications informatiques développées en interne par le CNG depuis 2010 (CNPH, PAE, internats), dans une vision stratégique en adéquation avec l'évolution du contenu des concours et de leur cohérence avec le futur schéma directeur du système d'information du CNG.

De plus, grâce au retour d'expérience de l'année précédente, des modifications de l'application « Celine » (procédure de choix de postes d'interne à l'issue des ECN) l'ont rendue encore plus conviviale et intuitive. La procédure de choix de postes d'interne en médecine en a été largement simplifiée et améliorée.

✓ *La réalisation d'économies substantielles*

Le coût des concours médicaux nationaux est passé de 7,27M€ en 2011 (chiffres consolidés) à 6,45M€ en 2012. C'est donc une économie de 820 000 € qui a été réalisée, légèrement supérieure à l'objectif visé (800 000€), notamment due à la simplification de l'organisation de certains concours, dont principalement celui de l'internat de pharmacie.

II.3.1.1- Différents concours nationaux (ECN et Internats, CNPH et PAE)

Les concours médicaux nationaux sont complexes à gérer, car très différents les uns des autres, et concernent un nombre important de candidats (19 265) et de membres de jury (plus de 1 271).

La désignation et la gestion des jurys constituent une charge très lourde pour le CNG, tant en termes de contraintes qu'en termes de coûts.

En effet, il appartient aux gestionnaires de chaque concours de vérifier que les membres des jurys désignés par tirage au sort répondent bien aux critères réglementaires, de rechercher l'adresse de l'établissement hospitalier dans lequel ils sont affectés, de leur envoyer une première convocation, de gérer les désistements et autres empêchements et d'effectuer les remplacements nécessaires avant les épreuves, puis, après l'établissement du planning des épreuves, de leur envoyer une confirmation.

En 2012, la participation des membres des jurys des concours médicaux a coûté 2 411 055,81 € au CNG, soit 1 896,98 € par professionnel concerné.

II.3.1.1.1- Concours ouverts aux professionnels de santé

Le concours national de praticien hospitalier et les épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercice, regroupent une cinquantaine de spécialités.

Comme en 2011, le tirage au sort des jurys de ces deux concours a été réalisé grâce à l'application informatique développée par le CNG. L'urne est commune aux deux concours, ce qui permet d'éviter, pour chaque membre de jury, d'être tiré au sort trop souvent.

✓ *Concours national de praticien des établissements publics de santé (CNPH)*

Ce concours permet, après réussite, à des praticiens français ou européens de candidater sur des postes déclarés vacants pour intégrer le corps des praticiens hospitaliers à l'issue d'une période probatoire d'un an, susceptible d'être prorogée pour une égale durée.

Les candidats passent des épreuves de type I (candidats détenteurs d'un diplôme de troisième cycle et ayant exercé au moins deux ans dans le service public) ou de type II (autres cas) suivant leur cursus et concourent dans 50 spécialités aux professions de médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien.

A l'issue des épreuves, les lauréats sont inscrits sur une liste d'aptitude valide quatre ans, ce qui leur permet de participer jusqu'à huit tours de recrutement national durant cette période (deux tours par an, un en avril, un en octobre). Dans la plupart des cas, le recrutement s'opère dans les 18 mois suivant la réussite au concours national.

En 2012, l'arrêté d'ouverture du concours, publié le 24 mai, fixait le dépôt des candidatures du 1^{er} au 30 juin. Les réunions préparatoires destinées aux différents jurys ont été organisées du 9 au 22 novembre 2012 pour des épreuves orales s'échelonnant du 7 janvier au 8 mars 2013.

	Nombre de candidats inscrits 2011	Nombre de candidats inscrits 2012	Nombre de candidats validés 2011	Nombre de candidats validés 2012
concours de type I	2374	2419	2339	2391
concours de type II	1459	1330	1436	1308
Total	3833	3749	3775	3699

Nota : Le nombre total de candidats inscrits demeure relativement constant d'une année à l'autre.

Les tableaux qui suivent présentent les résultats au CNPH 2011. En effet, les résultats de la session 2012 ne seront disponibles qu'en mars 2013.

✓ Résultats du concours CNPH 2011 (auditions de janvier à mars 2012)

Spécialité	1 ^{er} tour de recrutement (mars)						2 ^{ème} tour de recrutement (octobre)					
	inscrits T1	validés T1	reçus T1	Non admis T1	absents T1	Tx reçus T1	inscrits T2	validés T2	reçus T2	Non admis T2	absents T2	Tx reçus T2
02 : Anatomie et cytologie pathologiques	12	12	11	0	1	100,00%	10	10	9	0	1	100,00%
03 : Anesthésie-réanimation	192	191	182	4	5	97,85%	91	90	72	10	8	87,80%
05 : Biologie médicale	81	81	79	2	0	97,53%	109	105	85	11	9	88,54%
06 : Oncologie médicale	9	8	5	2	1	71,43%	16	16	7	8	1	46,67%
07 : Cardiologie et maladies vasculaires	85	85	80	2	3	97,56%	52	52	40	10	2	80,00%
08 : Chirurgie générale	22	21	19	2	0	90,48%	5	5	3	2	0	60,00%
09 : Chirurgie maxillo-faciale	4	4	4	0	0	100,00%	2	2	1	1	0	50,00%
10 : Chirurgie infantile	12	12	12	0	0	100,00%	5	5	4	0	1	100,00%
11 : Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	8	8	8	0	0	100,00%	3	3	3	0	0	100,00%
12 : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	14	11	10	1	0	90,91%	8	6	6	0	0	100,00%
13 : Dermatologie et vénéréologie	19	19	19	0	0	100,00%	2	2	2	0	0	100,00%
14 : Hygiène hospitalière	9	7	5	2	0	71,43%	5	4	3	0	1	100,00%
16 : Endocrinologie et métabolisme	31	31	30	0	1	100,00%	13	13	10	3	0	76,92%
17 : Médecine de la reproduction et gynécologie médicale	2	2	2	0	0	100,00%	0	0	0	0	0	0,00%
18 : Gynécologie et obstétrique	110	110	99	7	4	93,40%	59	58	35	17	6	67,31%
19 : Hémodiologie-transfusion	1	1	1	0	0	100,00%	0	0	0	0	0	0,00%
20 : Gastro-entérologie et hépatologie	40	40	37	1	2	97,37%	31	31	27	1	3	96,43%
21 : Hématologie	21	21	20	1	0	95,24%	11	11	8	1	2	88,89%
23 : Médecine du travail	7	7	4	2	1	66,67%	3	3	3	0	0	100,00%
24 : Maladies infectieuses, maladies tropicales	20	19	16	3	0	84,21%	1	1	0	1	0	0,00%
25 : Médecine interne	45	45	41	4	0	91,11%	9	9	8	0	1	100,00%
26 : Médecine légale	16	16	11	4	1	73,33%	11	11	6	5	0	54,55%
27 : Médecine nucléaire	13	13	11	0	2	100,00%	9	9	8	1	0	88,89%
28 : Néphrologie	26	26	25	1	0	96,15%	15	15	12	2	1	85,71%
29 : Neurochirurgie	11	11	10	1	0	90,91%	10	10	9	1	0	90,00%
30 : Neurologie	55	53	50	1	2	98,04%	25	24	23	1	0	95,83%
33 : Ophtalmologie	22	22	22	0	0	100,00%	16	15	10	4	1	71,43%
35 : Oto-rhino-laryngologie	20	20	19	1	0	95,00%	14	14	12	2	0	85,71%
36 : Pédiatrie	164	164	151	6	7	96,18%	73	72	60	7	5	89,55%
38 : Pneumologie	39	38	34	3	1	91,89%	21	20	18	1	1	94,74%
40 : Génétique médicale	4	4	4	0	0	100,00%	1	1	1	0	0	100,00%
41 : Radiologie	98	98	84	6	8	93,33%	46	45	37	5	3	88,10%

42 : Oncologie radiothérapique	8	8	7	1	0	87,50%	9	9	7	2	0	77,78%
43 : Réanimation médicale	24	24	24	0	0	100,00%	6	6	4	2	0	66,67%
44 : Médecine physique et de réadaptation	20	19	16	1	2	94,12%	11	11	8	1	2	88,89%
45 : Rhumatologie	19	19	17	1	1	94,44%	7	7	7	0	0	100,00%
46 : Stomatologie	0	0	0	0	0	0,00%	3	3	2	1	0	66,67%
47 : Chirurgie urologique	19	19	17	2	0	89,47%	13	13	10	3	0	76,92%
53 : Chirurgie orthopédique et traumatologie	42	41	32	5	4	86,49%	45	44	17	25	2	40,48%
56 : Santé publique	27	24	21	2	1	91,30%	12	12	12	0	0	100,00%
57 : Immunologie clinique	1	1	1	0	0	100,00%	0	0	0	0	0	0,00%
58 : Chirurgie vasculaire	13	11	9	1	1	90,00%	8	8	4	4	0	50,00%
59 : Pharmacologie clinique et toxicologie	8	8	7	1	0	87,50%	3	3	0	1	2	0,00%
60 : Chirurgie viscérale et digestive	25	23	22	0	1	100,00%	19	19	15	2	2	88,24%
71 : Médecine générale	177	173	154	14	5	91,67%	112	112	80	27	5	74,77%
72 : Pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	163	163	122	32	9	79,22%	111	109	51	51	7	50,00%
74 : Psychiatrie polyvalente	219	217	200	12	5	94,34%	218	216	180	26	10	87,38%
75 : Odontologie polyvalente	12	12	12	0	0	100,00%	18	18	14	3	1	82,35%
76 : Gériatrie	123	121	102	18	1	85,00%	93	91	53	27	11	66,25%
77 : Médecine d'urgence	262	256	214	40	2	84,25%	95	93	54	34	5	61,36%
Total	2374	2339	2082	186	71	91,80%	1459	1436	1040	303	93	77,44%

Sur les 3611 praticiens présents aux épreuves du CNPH 2011, 3122 candidats ont été déclarés admis à ces épreuves, soit 86,5% de taux de réussite au titre des deux concours.

Comme en 2010, le concours de type 1 enregistre un taux de réussite très élevé (91,6%), avec 100% de succès dans 15 spécialités. 7 spécialités comptent le plus grand nombre de candidats reçus : l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie, la médecine générale, la pharmacie polyvalente et la pharmacie hospitalière, la psychiatrie polyvalente, la gériatrie et la médecine d'urgence.

Pour le concours de type 2, le taux de réussite s'établit à 77,44%, avec des disparités plus fortes entre les spécialités, mais avec 100% aussi de succès dans 11 spécialités. Seule la psychiatrie polyvalente se démarque nettement des autres spécialités en raison du nombre de candidats reçus (87,38).

➤ *Données générales du CNPH 2011*

✓ *La participation*

	Nombre de candidats inscrits	Nombre de candidats admis à concourir	Nombre d'inscrits sur la liste d'aptitude
Concours de type I	2374	2339	2082
Concours de type II	1459	1436	1040
Global	3833	3775	3122

- Nombre total d'admis à concourir : 3775
- Nombre total de présents : 3611
- Taux de participation : 95,66 %
- Nombre de reçus : 3122
- Taux de succès : 86,46 %

✓ *Classement des ARS par nombre de dossiers traités pour les candidats au CNPH 2012*

ARS	Région	Concours			Dossiers	
		Type 1	Type 2	Total	Complets	Validés
ARS42	ALSACE	75	43	118	118	118
ARS72	AQUITAINE	113	61	174	172	172
ARS83	AUVERGNE	52	31	83	83	83
ARS25	BASSE-NORMANDIE	71	34	105	105	105
ARS26	BOURGOGNE	57	41	98	96	96
ARS53	BRETAGNE	125	65	190	187	187
ARS24	CENTRE	56	56	112	111	109
ARS21	CHAMPAGNE-ARDENNE	32	38	70	70	69
ARS99	CNG	2	2	4	4	4
ARS94	CORSE	6	7	13	12	12
ARS43	FRANCHE-COMTE	54	31	85	81	81
ARS01	GUADELOUPE	12	11	23	23	23
ARS03	GUYANE	4	3	7	7	7
ARS23	HAUTE-NORMANDIE	56	41	97	97	97
ARS11	ILE DE FRANCE	532	380	912	899	898
ARS91	LANGUEDOC-ROUSSILLON	80	56	136	136	133
ARS74	LIMOUSIN	32	19	51	50	50
ARS41	LORRAINE	77	46	123	122	121
ARS02	MARTINIQUE	14	7	21	21	21
ARS73	MIDI-PYRENEES	98	35	133	132	132
ARS31	NORD-PAS-DE-CALAIS	135	93	228	223	222
ARS52	PAYS DE LA LOIRE	109	51	160	158	158
ARS22	PICARDIE	63	57	120	120	120
ARS54	POITOU-CHARENTES	47	36	83	83	82
ARS93	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	177	80	257	254	254
ARS04	REUNION	31	18	49	48	48
ARS82	RHONE-ALPES	264	117	381	373	373
	Total	2374	1459	3833	3785	3775

C'est l'ARS d'Ile-de-France qui a traité, sans surprise, le plus grand nombre des dossiers de candidats au CNPH 2011 (23,79 %).

Viennent ensuite les ARS de Rhône-Alpes (9,94 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,7 %) et Nord-Pas-de-Calais (5,95 %).

✓ **Représentation du nombre de candidats admis à concourir par nationalité (+ de 10 candidats)**

Nationalité	Nombre d'inscrits	% du nombre total d'inscrits
Française	3248	86,04 %
Roumaine	175	4,64 %
Algérienne	68	1,8 %
Italienne	43	1,14 %
Belge	32	0,85 %
Tunisienne	25	0,66 %
Allemande	19	0,5 %
Bulgare	18	0,48 %
Marocaine	16	0,42 %
Grecque	12	0,32 %
Syrienne	12	0,32 %
Camerounaise	11	0,29 %

✓ **Candidats issus de la PAE**

- Nombre de candidats issus de la PAE : 738
- En % du nombre total de candidats : 19,55 %
- Nombre de reçus : 522
- Taux de succès : 70,73 %
- Nombre d'absents : 47
- Taux d'absence : 6,37 %

Près de 20% des candidats au concours national de praticien hospitalier sont issus de la procédure d'autorisation d'exercice.

✓ **Les spécialités les plus demandées (épreuves de type I et II confondues) sont**

Spécialité	Nombre de candidats	% du nombre total de candidats
Psychiatrie	433	11,47 %
Médecine d'urgence	349	9,25 %
Médecine générale	285	7,55 %
Anesthésie-réanimation	281	7,44 %
Pharmacie polyvalente	272	7,21 %

✓ **Les spécialités les moins demandées (épreuves de type I et II confondues) sont**

Spécialité	Nombre de candidats
Hémobiologie	1
Immunologie clinique	1
Médecine de la reproduction	2
Stomatologie	3
Génétique médicale	5

➤ **Eléments d'analyse par type de concours**

⇒ **Concours de type I**

- Nombre total d'admis à concourir : 2339
- Nombre total d'absents : 71
- Taux de participation : 96,96 %
- Nombre de reçus : 2082
- Taux de succès : 91,8 %

✓ **Spécialités qui se distinguent par un taux de succès des candidats plus faible que le taux de succès moyen**

Spécialités	Taux de succès
Médecine du travail	66,67 %
Oncologie médicale	71,43 %
Hygiène hospitalière	71,43 %
Médecine légale	73,33 %
Pharmacie polyvalente	79,22 %

Nota : La spécialité « pharmacie polyvalente », qui est la cinquième la plus demandée, a un taux de succès inférieur au taux global de réussite pour les candidats au concours de type I.

⇒ **Concours de type II**

- Nombre total d'admis à concourir : 1436
- Nombre total d'absents : 93
- Taux de présence : 93,52 %
- Nombre de reçus : 1040
- Taux de succès : 77,44 %

✓ **Spécialités qui se distinguent par un taux de succès des candidats plus faible que le taux de succès moyen**

Spécialités	Taux de succès
Chirurgie orthopédique	40,48 %
Oncologie médicale	46,47 %
Chirurgie maxillo-faciale	50 %
Chirurgie vasculaire	50 %

Le taux de succès des candidats aux épreuves de type II (77,44 %) est nettement inférieur à celui des candidats aux épreuves de type I (91,8 %).

➤ **Epreuves de vérification des connaissances (PAE)**

Ces épreuves s'adressent à des praticiens qui ont obtenu leur diplôme dans un pays autre que l'Union européenne et permettent aux lauréats de poursuivre la procédure d'autorisation d'exercice afin d'obtenir l'autorisation individuelle d'exercer leur spécialité en France.

Auparavant exclusivement écrites, elles ont été modifiées en 2012 pour les candidats de la liste C, comme indiqué précédemment. Ainsi, l'architecture organisationnelle du concours a dû être entièrement revue. Là encore, l'unité concours médicaux a fait la preuve de sa capacité à concevoir les nouvelles opérations, sans rupture ni incident.

Les inscriptions ont eu lieu du 14 mai au 14 juin 2012, pour des épreuves organisées en octobre. Les corrections se sont étalées du 12 novembre au 14 décembre 2012. Les membres du jury, qui étaient confrontés pour la première fois à l'examen du dossier de parcours professionnel des candidats de la liste C, ont mis en avant l'extrême disparité dans la qualité de ces dossiers.

✓ **Résultats de la session 2012**

Spécialités	Nb inscrits 2012	Liste A						Liste B				Liste C			
		Présents 2012	Inscrits	Présents	Postes ouverts	Reçus	Taux succès	Inscrits	Présents	Reçus	Taux succès	Inscrits	Présents	Reçus	Taux succès
Pneumologie	73	42	38	10	3	3	100%	0	0	0		35	32	26	81%
Chirurgie urologique	62	43	30	16	3	3	100%	0	0	0		32	27	21	78%
Génétiq ue médicale	1	1	1	1	3	0	0%	0	0	0		0	0	0	
Gynécologie obstétrique	185	122	88	34	5	5	100%	5	4	1	25%	92	84	78	93%
Médecine Nucléaire	12	8	9	5	3	3	100%	0	0	0		3	3	3	100%
Biologie médicale (médecin)	59	42	26	14	3	3	100%	1	1	0	0%	32	27	27	100%
Chirurgie viscérale et digestive	148	91	81	37	7	7	100%	3	3	0	0%	64	51	47	92%
Gastro-entérologie et hépatologie	110	80	46	21	3	3	100%	1	1	0	0%	63	58	56	97%
Ophthalmologie	131	75	75	30	10	7	70%	0	0	0		56	45	9	20%
Réanimation médicale	23	16	10	7	3	3	100%	0	0	0		13	9	9	100%
Hématologie	28	18	15	6	3	3	100%	0	0	0		13	12	12	100%
Néphrologie	94	61	56	24	3	3	100%	0	0	0		38	37	36	97%
Médecine générale	1072	529	821	312	76	76	100%	19	15	4	27%	232	202	126	62%
Pharmacie polyvalente	130	63	74	19	10	1	10%	2	2	0	0%	54	42	29	69%
Endocrinologie et métabolisme	52	34	36	20	3	3	100%	0	0	0		16	14	13	93%
Médecine physique et de réadaptation	48	30	30	14	5	5	100%	0	0	0		18	16	11	69%
Odontologie	290	137	260	109	10	10	100%	2	2	2	100%	28	26	8	31%
Rhumatologie	25	22	19	17	3	3	100%	0	0	0		6	5	5	100%
Chirurgie vasculaire	12	10	9	7	3	3	100%	0	0	0		3	3	2	67%
Radiodiagnostic et imagerie	258	186	89	39	8	8	100%	1	1	1	100%	168	146	126	86%
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	26	22	21	18	5	5	100%	0	0	0		5	4	3	75%
Orthopédie dento-faciale	63	30	54	22	5	4	80%	2	2	1	50%	7	6	1	17%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	43	29	28	17	3	3	100%	0	0	0		15	12	9	75%
Psychiatrie	278	185	155	69	13	13	100%	2	2	2	100%	121	114	104	91%
Médecine interne	33	22	20	12	3	3	100%	0	0	0		13	10	9	90%
Médecine du travail	30	13	28	12	3	3	100%	0	0	0		2	1	1	100%
Anesthésie réanimation	342	246	140	54	13	13	100%	1	1	1	100%	201	191	186	97%
Gynécologie médicale	18	10	14	6	3	2	67%	2	2	0	0%	2	2	2	100%
Dermatologie et vénéréologie	47	33	36	22	3	3	100%	1	1	1	100%	10	10	8	80%
Neurochirurgie	42	24	28	13	3	3	100%	0	0	0		14	11	6	55%
Cardiologie et maladies vasculaires	256	184	112	47	4	4	100%	3	2	1	50%	141	135	134	99%

Santé publique et médecine sociale	39	29	22	14	3	0	0%	4	3	1	33%	13	12	9	75%
Oncologie	84	57	43	17	5	5	100%	0	0			41	40	15	38%
Chirurgie orale	6	5	0	0		0		0	0			6	5	2	40%
Pédiatrie	250	171	142	70	10	10	100%	5	1	0	0%	103	100	90	90%
Anatomie et cytologie pathologiques	47	22	37	14	3	3	100%	0	0			10	8	8	100%
Neurologie	74	54	41	23	3	3	100%	0	0			33	31	31	100%
Chirurgie infantile	51	28	43	20	5	5	100%	0	0			8	8	0	0%
Gériatrie	277	149	176	62	8	8	100%	11	9	5	56%	90	78	66	85%
Biologie médicale (pharmacien)	85	49	41	14	5	4	80%	1	1	0	0%	43	34	11	32%
Chirurgie plastique, reconstructrice et esth.	24	18	14	9	3	2	67%	1	1	0	0%	9	8	2	25%
Chirurgie générale	34	13	30	10	5	5	100%	0	0			4	3	3	100%
Sage-femme	112	65	89	50	15	7	47%	3	2	0	0%	20	13	1	8%
ORL	72	41	58	28	3	3	100%	0	0			14	13	12	92%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	168	113	80	38	7	7	100%	3	3	0	0%	85	72	54	75%
Total	5314	3222	3265	1403	300	253	84%	73	59	20	34%	1976	1760	1411	81%
Participation moyenne		60,63%		42,97%					80,82%				89,07%		

➤ **Quelques chiffres**

✓ **Evolution du nombre d'inscrits aux épreuves**

	2010	2011	2012
Liste A	3710	4495	3265
Liste B	75	81	73
Liste C	2022	1694	1976
Total	5807	6270	5314

Après une année 2011 marquée par un niveau très élevé de candidatures, l'année 2012 s'inscrit dans une décroissance du nombre d'inscrits (-956, soit -15,29%).

✓ **Evolution du nombre de présents aux épreuves**

	2010	2011	2012
Liste A	1943	2145	1403
Liste B	50	56	59
Liste C	1620	1371	1760
Total	3613	3572	3222

Le nombre d'inscrits aux épreuves de la PAE 2012, diminue également mais dans une moindre proportion (-350, soit -9,8%).

✓ **Evolution du taux de participation aux épreuves**

	2010	2011	2012
Taux de participation	63,46 %	57,97 %	60,63%

Le taux de participation à ces épreuves connaît, quant à lui, une progression en 2012 par rapport à 2011 et se situe à un niveau intermédiaire à celui de 2010 et 2011.

✓ **Evolution du nombre de candidats reçus aux épreuves**

	2010	2011	2012
Liste A	179	179	253
Liste B	10	17	20
Liste C	740	536	1411
Total	929	732	1684

A l'inverse, le taux de réussite aux épreuves de la PAE fait plus que doubler en 2012 par rapport à 2011 et dépasse tous les niveaux jusqu'ici enregistrés dans ce type d'épreuves.

✓ **Evolution du ratio « candidats présents » - « candidats reçus »**

	2010	2011	2012
Candidats présents	3613	3572	3222
Candidats reçus	929	732	1684
Taux de succès	25,71%	20,49 %	52,27%

De la même manière, le ratio des candidats reçus par rapport aux candidats présents s'en trouve nettement amélioré.

➤ **Eléments d'analyse**

- Toutes les spécialités étaient ouvertes au concours (liste A) en 2012, avec 300 postes offerts, contre 210 en 2011, soit une augmentation de +42,85% ;
- Toutes les spécialités étaient proposées pour les candidats de la liste C, sans limitation de postes.

➤ **Concours d'internat ouverts aux professionnels de santé**

- ✓ **Concours spécial « internat en médecine du travail » ouvert aux médecins français et européens pouvant justifier de trois années d'activité professionnelle**

Nb de candidats inscrits au concours	Nb de candidats présents aux épreuves	Nombre de candidats retenus	Nombre de postes offerts	Nb de médecins affectés en qualité d'interne	% d'affectés / aux postes offerts
36	28	26	30	26	86,6%

- ✓ **Concours spécial « internat en médecine à titre européen » ouvert aux médecins français et européens pouvant justifier de trois années d'activité professionnelle**

Nb de candidats inscrits au concours	Nb de candidats présents aux épreuves	Nombre de candidats retenus	Nombre de postes offerts	Nb de médecins affectés en qualité d'interne	% d'affectés / aux postes offerts
12	10	5	5	4	80 %

- ✓ **Concours « internat en médecine à titre étranger » ouvert aux médecins hors Union européenne**

- **Epreuve d'admissibilité**

Nb de candidats inscrits au concours	Nb de candidats présents aux épreuves	Nombre de candidats retenus	Nombre de postes offerts	Nb de médecins affectés en qualité d'interne	% d'affectés/ aux postes offerts
488	300	34	17	-	-

- **Epreuve d'admission**

Nb de candidats inscrits au concours	Nb de candidats présents aux épreuves	Nombre de candidats retenus	Nombre de postes offerts	Nb de médecins affectés en qualité d'interne	% d'affectés/ aux postes offerts
34	23	13	17	13	76 %

Il convient de noter que l'internat de médecine à titre étranger s'adresse à des candidats qui prennent l'engagement de rejoindre leur pays d'origine après leur formation spécialisée.

- ✓ **Concours spécial « internat en pharmacie à titre européen » ouvert aux pharmaciens français et européens pouvant justifier de trois années d'activité professionnelle**

En 2012, ce concours n'a pas été ouvert en raison de l'absence de besoins au plan national.

✓ **Concours « internat en pharmacie à titre étranger » ouvert aux pharmaciens hors Union européenne**

En 2012, ce concours n'a pas été non plus ouvert pour les mêmes raisons que pour le concours à titre européen.

✓ **Concours « internat en odontologie » à titre européen ouvert aux chirurgiens-dentistes pouvant justifier de trois années d'activité professionnelle**

L'année 2012 a vu la première édition de ce concours.

10 postes étaient ouverts : 2 en médecine bucco-dentaire, 6 en orthopédie dento-faciale, 2 en chirurgie orale. Seuls 2 postes ont été attribués.

Nb de candidats inscrits aux concours	Nb de candidats présents aux épreuves	Nombre de lauréats retenus	Nombre de postes offerts	Nb de lauréats affectés en qualité d'interne
14	12	2	10	2

II.3.1.1.2- Concours ouverts aux étudiants

✓ **Les épreuves classantes nationales (ECN) ouvertes aux étudiants français et européens en fin de second cycle des études médicales**

Il ne s'agit pas à proprement parler d'un concours, mais d'épreuves destinées à classer par ordre de mérite les étudiants des universités françaises afin de leur permettre de choisir une formation de spécialiste, dans une subdivision géographique et un centre hospitalier universitaire, suivant leur rang de classement.

Ces épreuves sont également accessibles aux candidats ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou assimilés et effectuant leurs études dans ces pays qui ont validé une formation médicale de base, telle que prévue par la directive 2005/36 CE et qui, de ce fait, ne sont pas encore inscrits dans une université française.

Les épreuves sont écrites. Tous les participants, qui valident par ailleurs le second cycle des études médicales, obtiennent l'accès à une spécialité.

Nb d'étudiants inscrits aux ECN	Nb d'étudiants présents aux épreuves	Nombre de postes offerts	Nb d'étudiants affectés en qualité d'interne	Répartition des affectations	
				Spécialités autres que médecine générale	Spécialité Médecine générale
8257	7870	7502	7313		
dont 42 étudiants CESP, 165 étudiants européens et 101 étudiants du service de santé des armées	dont 38 étudiants CESP, 144 étudiants européens et 101 étudiants du service de santé des armées	selon la répartition : - Spécialités autres que médecine générale : 3959 - Spécialité Médecine générale : 3543	dont 115 étudiants européens et 38 CESP	95,8% des postes ont été pourvus	98,1% des postes ont été pourvus

Sur 7 502 postes offerts, 227 (dont 24 CESP) n'ont pas été pourvus (soit 3% du total).

Sur les 42 étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public (CESP) au titre des ECN 2012, 38 se sont présentés et ont été affectés (soit 90,48%) pour 62 postes offerts (58 en médecine générale, 4 dans les autres spécialités).

✓ **Concours « internat en pharmacie » ouverts aux étudiants des facultés de pharmacie françaises**

Les deux zones géographiques du concours de l'internat de pharmacie ont été supprimées en 2012 et remplacées par sept inter-régions : Ile-de-France, Nord-Est, Nord-Ouest, Ouest, Rhône-Alpes-Auvergne, Sud, Sud-ouest.

Nb d'étudiants inscrits aux concours	Nb d'étudiants présents aux épreuves	Nombre d'étudiants retenus	Nombre de postes offerts	Nb d'étudiants affectés en qualité d'interne	% d'affectation/aux postes offerts
1149	1087	Liste principale : 493 Liste complémentaire : 110	493	493	100%

✓ **Concours « internat en odontologie », ouvert aux étudiants en odontologie des facultés françaises**

Nb d'étudiants inscrits aux concours	Nb d'étudiants présents aux épreuves	Nombre d'étudiants retenus	Nombre de postes offerts	Nb d'étudiants affectés en qualité d'interne	% d'affectation/aux postes offerts
296	276	Liste principale : 91 Liste complémentaire : 79	91	91	100%

✓ **Procédures de choix des postes d'interne**

Les lauréats de ces trois internats sont classés par ordre de mérite et choisissent leur spécialité ainsi que leur lieu de formation, à l'issue d'une procédure de choix informatisée.

En amont de la session 2012 des épreuves classantes nationales (ECN), le CNG a procédé à l'optimisation de l'application informatique « CELINE », dédiée à la procédure de choix des postes d'interne en médecine. Ainsi, un amphi virtuel a remplacé en 2011 l'amphi présentiel dit « amphi garnison ». Les étudiants effectuent désormais leur choix, via Internet où qu'ils se trouvent dans le monde, sans avoir besoin de se déplacer.

Très sécurisée, développée et optimisée en interne, cette application a fonctionné pleinement, sans rupture entre la phase de simulation, d'une durée d'un mois et demi, et la phase de choix définitif, d'une durée de trois semaines. Les étudiants sont aujourd'hui bien familiarisés avec cette procédure informatisée.

Une « hotline » a également été ouverte chaque jour, dès 8 h 30, au centre des opérations mis en place dans les locaux du CNG pour guider les étudiants hésitants pendant la procédure de choix des postes d'interne qui s'est échelonnée sur trois semaines, avec la coopération appréciée des syndicats d'interne (ISNIH et ISNAR) et l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF).

L'application a été étendue à la procédure de choix de postes d'interne en pharmacie et en odontologie, en ce qui concerne la phase de simulation, mais n'a pas encore été étendue au processus de choix définitifs. Ceci a quand même permis d'affecter des étudiants sur 100% des postes ouverts en puisant dans les listes complémentaires. Les refus d'affectation sont aujourd'hui rares, alors qu'ils pouvaient atteindre 10 % des postes par le passé.

Dans le cadre de l'internat en pharmacie, cette procédure via internet a également simplifié le travail d'affectation des étudiants par les ARS.

II.3.1.2- Coût des concours médicaux nationaux

Intitulé concours	Internat					PAE	CNPH 2011	Total
	Médecine (ECN)+Européen	Pharmacie	Odontologie + Européen	Médecine Etranger	Médecine du travail			
	Epreuves d'admissibilité							
Location salles + prestation informatique + surveillance + prestation hôtelière				3 485,96 €				3 485,96 €
Reprographie des sujets				4 304,94 €				4 304,94 €
Transport sécurisé des cahiers								0,00 €
Total 1				7 790,90 €				7 790,90 €
	Epreuves d'admission, auditions, séminaires de correction							
Location salles + prestation informatique + surveillance + prestation hôtelière	1 418 307,77 €	305 529,17 €	76 663,07 €	13 511,73 €	12 813,38 €	760 991,67 €	270 232,69 €	2 858 049,48 €
Remboursement universités	560 193,22 €							560 193,22 €
Reprographie des sujets	301 371,88 €	12 343,00 €	14 428,04 €		3 125,55 €			331 268,47 €
Transport sécurisé des cahiers	137 535,02 €	51 407,60 €						188 942,62 €
Stockage						30 771,86 €		30 771,86 €
Gestion des duplications						35 035,97 €		62 462,64 €
Destruction des cahiers								0,00 €
Total 2	2 434 180,35 €	379 933,98 €	91 091,11 €	13 511,73 €	15 938,93 €	826 799,50 €	270 232,69 €	4 031 688,29 €
	Divers (Hors budget UCMEDE)							
Amphi garnison								0,00 €
Applications informatiques	56 000,00 €					1 500,00 €	1 500,00 €	59 000,00 €
Contentieux								
Total 3	56 000,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1 500,00 €	1 500,00 €	59 000,00 €
	Frais de déplacement et indemnités de jury							
Frais de déplacement jury	87 690,00 €	7 347,00 €	4 266,00 €	2 844,00 €	2 133,00 €	128 520,00 €	167 790,00 €	400 590,00 €
Frais de déplacement CNG					7,60 €	1 300,00 €	2 022,17 €	3 329,77 €
Indemnités de jury	985 850,00 €	94 476,50 €	30 145,34 €	2 938,90 €	4 682,65 €	204 641,40 €	684 401,25 €	2 007 136,04 €
Total 4	1 073 540,00 €	101 823,50 €	34 411,34 €	5 790,50 €	6 815,65 €	334 461,40 €	854 213,42 €	2 411 055,81 €
	TOTAL GENERAL							
Total général	3 563 720,35 €	481 757,48 €	125 502,45 €	27 093,13 €	22 754,58 €	1 162 760,90 €	1 125 946,11 €	6 450 535,00 €

✓ **Coût par candidat et par membre de jury**

<i>Intitulé concours</i>	<i>Internat</i>	<i>Pharmacie</i>	<i>Odontologie</i>	<i>Etranger</i>	<i>Médecine du travail</i>	<i>PAE</i>	<i>CNPH</i>	<i>Total</i>
Coût total	3 563 720,35 €	481 757,48 €	125 502,45 €	27 093,13 €	22 754,58 €	1 162 760,90 €	1 125 946,11 €	6 450 535,00 €
Candidats inscrits	8269	1149	310	488	36	5314	3735	19341
Candidats présents	7880	1087	283	300	28	3222	3611	16411
Candidats reçus	7664	493	93	13	26	1684	3122	13103
Candidats affectés (internats)	7317	493	93	13	26			7942
Coût par candidat	430,97 €	419,28 €	404,85 €	55,52 €	632,07 €	218,81 €	298,26 €	333,52 €
Part Candidat	301,15 €	330,66 €	293,84 €	43,65 €	442,75 €	155,87 €	71,98 €	208,86 €
Part jury	136,24 €	93,67 €	121,59 €	19,30 €	243,42 €	103,81 €	236,56 €	146,92 €

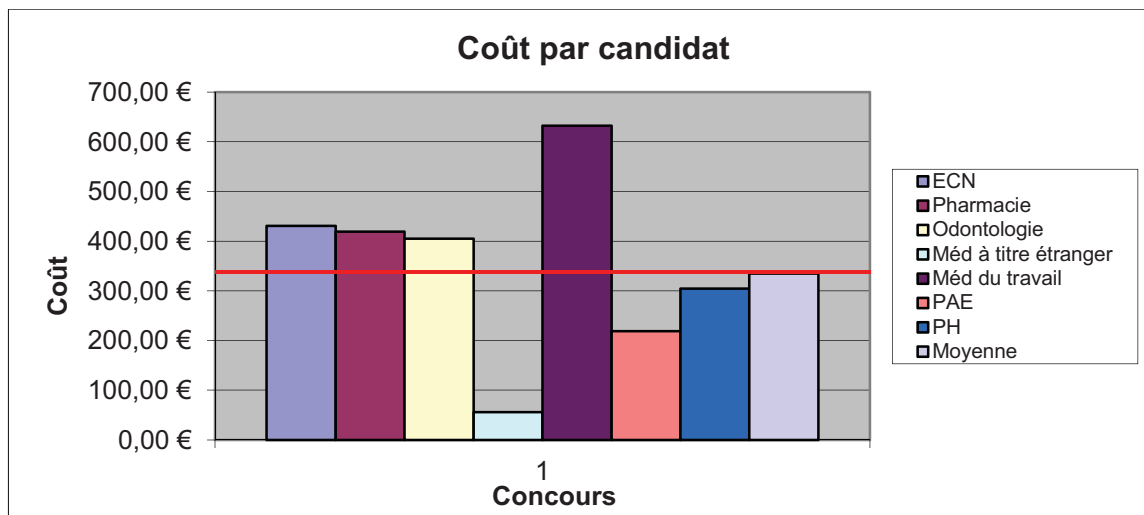
<i>Intitulé concours</i>	<i>Internat</i>	<i>Pharmacie</i>	<i>Odontologie</i>	<i>Etranger</i>	<i>Médecine du travail</i>	<i>PAE</i>	<i>CNPH</i>	<i>Total</i>
Total 4	1 073 540,00 €	101 823,50 €	34 411,34 €	5 790,50 €	6 815,65 €	334 461,40 €	854 213,42 €	2 411 055,81 €
Jurys (nombre de membres)	370	31	15	12	9	370	464	1271

Coût par membre de jury	2 901,46 €	3 284,63 €	2 294,09 €	482,54 €	757,29 €	903,95 €	1 840,97 €	1 896,98 €
--------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------	-------------------

<i>Intitulé concours</i>	<i>Internat</i>	<i>Pharmacie</i>	<i>Odontologie</i>	<i>Etranger</i>	<i>Médecine du travail</i>	<i>PAE</i>	<i>CNPH</i>	<i>Total</i>
Coût de l'absentéisme	117 145,99 €	20 501,22 €	7 933,74 €	8 206,75 €	3 541,98 €	326 082,53 €	11 753,78 €	495 165,99 €
Coût par lauréat	487,05 €	977,20 €	1 349,49 €	2 084,09 €	875,18 €	687,21 €	368,08 €	333,52 €

Nota: Les chiffres relatifs au concours CNPH (sauf les inscrits) sont des estimations fondées sur les années précédentes

✓ **Représentation graphique du coût TTC par candidat**



➤ **Analyse des chiffres**

Le coût total des 11 concours médicaux nationaux⁴ s'élève à **6,45 M€ pour 19 341 candidats**, soit un **coût moyen par candidat de 333,52 €**.

Le coût de l'absentéisme est important : 495 165 €, 99€ soit 25,60€ en moyenne par candidat.

✓ **PAE-CNPH**

Les épreuves de vérification des connaissances (PAE) ont un coût par candidat très raisonnable (un peu plus de 200 €). Ceci est dû à l'effet de masse couplé à une organisation peu consommatrice (très resserrée en temps et en espace).

Le concours national de praticien des établissements publics de santé (CNPH) représente un coût par candidat plus important que la PAE (environ 300€), en raison principalement de l'organisation des oraux qui mobilisent le jury plus longtemps que si les épreuves étaient écrites.

✓ **Internats**

Les trois internats à fort volume de candidats (médecine, pharmacie et odontologie) ont un coût par candidat assez proche (respectivement 430 €, 420 € et 405 €).

Le concours d'internat à titre étranger comporte une épreuve d'admissibilité organisée par les ambassades, ce qui explique son faible coût.

Le concours de médecine du travail est un concours qui compte peu de candidats, ce qui explique le fort niveau de frais fixes.

A ces 11 concours médicaux nationaux, s'ajoute à compter du 1^{er} septembre 2012, date de reprise de la gestion des personnels enseignants et hospitaliers pour la partie hospitalière de leur activité, un douzième concours à la charge conjointe du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et du CNG (département de gestion des praticiens hospitaliers) s'agissant de ces professionnels.

⁴ Non compris, le concours pour les personnels enseignants et hospitaliers qui sera pris en charge effective en 2013.

II.3.2- Concours administratifs nationaux

L'Unité des concours administratifs nationaux a la responsabilité de huit concours. Ceux-ci comprennent les 4 concours d'entrée à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) pour les professions suivantes :

- directeur d'hôpital,
- directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social,
- directeur des soins,
- attaché d'administration hospitalière.

A ces concours, s'ajoutent les concours d'accès aux cycles préparant aux concours internes d'accès à ces professions. Si les cycles préparatoires des trois corps de directeurs s'adressent aux fonctionnaires et agents publics de la fonction publique hospitalière, le cycle préparatoire au concours interne d'attaché d'administration hospitalière est ouvert aux fonctionnaires et agents publics des trois fonctions publiques. Dans tous les cas, ces concours ont vocation à encourager la promotion des professionnels concernés.

En 2012, ces concours ont drainé plus de **2 100 candidats** qui ont été admis à concourir, ce sont **230 membres de jurys** qui ont été mobilisés tout au long de l'année et c'est plus d'**1,7M€** que le CNG a consacré pour assurer le recrutement total de **320 lauréats**.

S'agissant spécifiquement des attachés d'administration hospitalière, l'Unité des concours administratifs nationaux a :

- procédé au recensement des postes vacants destinés à l'affectation des élèves attachés de la promotion 2012/concours 2011, à la fin de leur formation à l'EHEP ;
- organisé, en lien avec l'EHEP, le 14 décembre 2012, la réunion d'affectation des élèves attachés d'administration hospitalière de la promotion 2012/concours 2011, et le 18 décembre 2012, une réunion d'information avec les lauréats de la promotion 2013/concours 2012 dans l'optique de leur entrée à l'EHEP début janvier 2013.

✓ *Un nouveau dispositif : la classe préparatoire intégrée*

La classe préparatoire intégrée est un dispositif **d'accompagnement à la préparation aux concours externes** de la fonction publique destiné à de jeunes candidats qui, du fait de leur situation familiale ou sociale, n'auraient pu avoir les moyens et les outils pour préparer et réussir les épreuves des concours de la fonction publique.

Pour la fonction publique hospitalière, ce dispositif concerne les trois concours externes d'entrée à l'EHEP de directeur d'hôpital, de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social et d'attaché d'administration hospitalière. Cette classe préparatoire est organisée par l'EHEP. La formation qui y est dispensée est axée sur des conférences liées à l'actualité, des entraînements à l'oral (culture générale, matières techniques, langues).

En 2012, les statistiques* pour la classe préparatoire intégrée 2011/2012 sont les suivants :

Intitulé du concours	Nombre d'élèves inscrits en CPI	Nombre d'élèves présents	% de Présents	Admissibles	Admis	Ratio nombre d'élèves/Admis	Taux de réussite Admis/Présents
Concours de DH	15	14	93,33%	12	8	0,53	57,14%
Concours de D3S	15	14	93,33%	5	3	0,20	21,43%
Concours d'AAH	15	14	93,33%	7	4	0,27	28,57%

NB : 1 élève ne s'est pas présenté aux épreuves écrites. (Source : Ecole des hautes études en santé publique)

II.3.2.1- Actions menées

L'unité concours administratifs nationaux a poursuivi l'amélioration de son organisation. La numérisation des copies des candidats a été testée dans certaines matières. Le résultat ayant été jugé positif, un groupe de projet va être lancé en 2013 avec pour objectif d'aboutir à la numérisation totale des copies en 2014. Préalablement, un test grandeur nature concernera le concours de directeur des soins, en 2013.

Cette unité est également restée vigilante tout au long de l'année. Ainsi, aucun concours n'a été annulé et aucune procédure contentieuse n'a été engagée.

Le guide pratique à vocation pédagogique, destiné aux membres des jurys et aux correcteurs des épreuves des concours administratifs nationaux, a été actualisé et enrichi pour tenir compte des évolutions réglementaires et jurisprudentielles.

II.3.2.2- Réflexions et propositions

Le travail de réflexion à la réalisation de propositions, engagé en 2011, en vue de modifier les programmes et les modalités des concours d'entrée à l'EHESP de directeur d'hôpital et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social a été soutenu et s'est conclu en partie en 2012.

En effet, les arrêtés du 28 janvier 1991 relatif aux programmes et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs d'hôpital et celui du 26 décembre 2007 relatif au programme et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social ont été modifiés, l'un et l'autre, par des arrêtés du 29 novembre 2012 qui ont fait l'objet d'une publication au JO.

Reste maintenant pour la DGOS, le CNG et les organisations syndicales des directeurs de la fonction publique hospitalière à poursuivre leurs actions par l'introduction du troisième concours, à l'instar de ce qui existe pour le concours d'entrée à l'Ecole nationale d'administration, d'un concours commun d'accès au cycle préparatoire commun aux concours internes de DH et de D3S et d'un concours commun d'accès au cycle préparatoire commun aux 3^{èmes} concours de DH et de D3S.

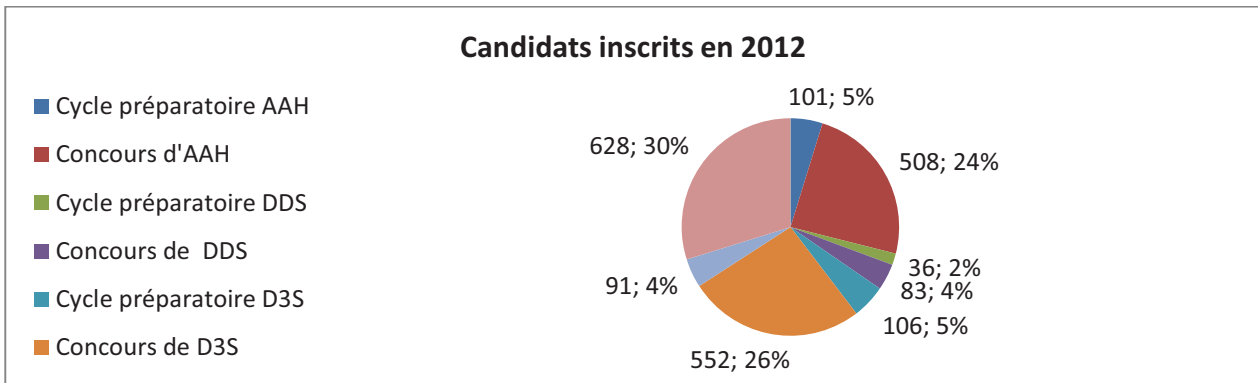
De même, un travail de toilettage des concours de directeur des soins et d'attaché d'administration hospitalière doit être mené à bien, s'agissant du programme de droit hospitalier, afin qu'il soit en cohérence avec ceux des concours de directeur d'hôpital et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

La composition du jury du concours de directeur des soins doit également être revue en ce qui concerne la représentation du corps médical (remplaçant du président de la commission médicale d'établissement ou son suppléant par un PU-PH ou un MCU-PH ou un PH chef de pôle ou chef de service).

II.3.2.3- Données générales sur les concours administratifs nationaux

Depuis 2011, le logiciel de gestion des concours administratifs nationaux permet aux candidats de se préinscrire. En 2012, 42 142 connexions ont été effectuées (soit 115 connexions/jour, contre 35 688 connexions en 2011, soit 98 connexions/jour) et, soit une augmentation de +17,3%.

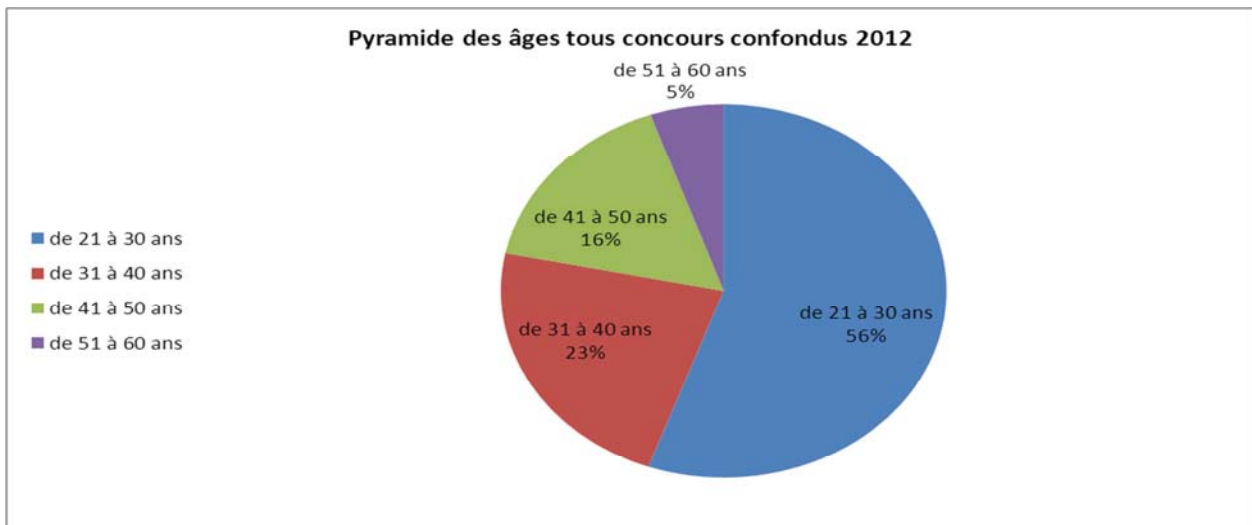
Ce logiciel facilite également la production de statistiques plus fines (répartitions des candidats par âge, par sexe, par pays, par région, par diplôme, par profession d'origine,....) afin de mieux analyser les besoins en recrutement des corps professionnels gérés par le CNG.



Les 4/5 des candidats inscrits se sont présentés aux concours de DH (30%), de D3S (26%) et d'AAH (24%). Les autres candidats se répartissent entre le concours des directeur des soins (4%) et les 4 concours d'accès à un cycle préparatoire (D3S 5% - AAH 5% - DH 4% et DDS 2%). Par rapport à l'an dernier, le pourcentage de candidats inscrits est identique pour le concours de DH (30% en 2011) et de DS (4%), en hausse pour le concours de D3S (22% en 2011) et en baisse pour le concours d'AAH (34%).

Enfin, on note une augmentation du nombre de candidats inscrits aux cycles préparatoires de D3S (3% en 2011), de DH (2,5% en 2011) et d'AAH (2,5%). Celui de directeur des soins reste stable (2% en 2011).

✓ **La pyramide des âges (tous concours administratifs nationaux confondus)**

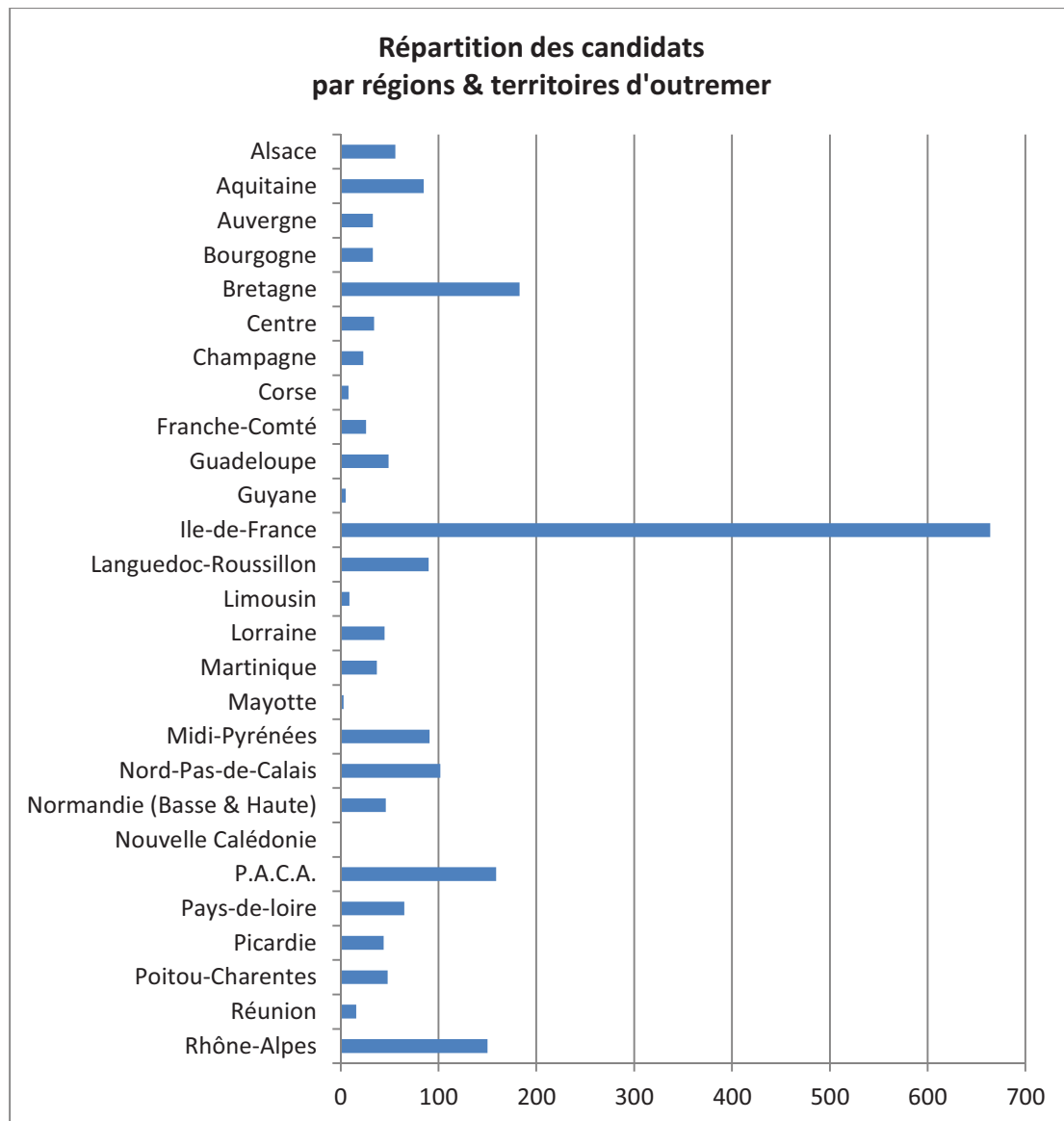


En 2012, sur un nombre total de 2105 candidats, 55% des candidats inscrits (tous concours confondus) se situent dans la tranche d'âge 21/30 ans. C'est légèrement inférieur à l'an dernier (58%). Comme attendu, il s'agit pour l'essentiel de candidats se présentant à l'un ou l'autre des trois concours externes nationaux (directeur d'hôpital, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, attaché d'administration hospitalière) - cf. les tableaux détaillés ci-après.

En contrepartie, le nombre de candidats se situant dans les tranches d'âges 41/50 ans et 51/60 ans a légèrement augmenté (+ 1% pour chacune de ces tranches d'âge).

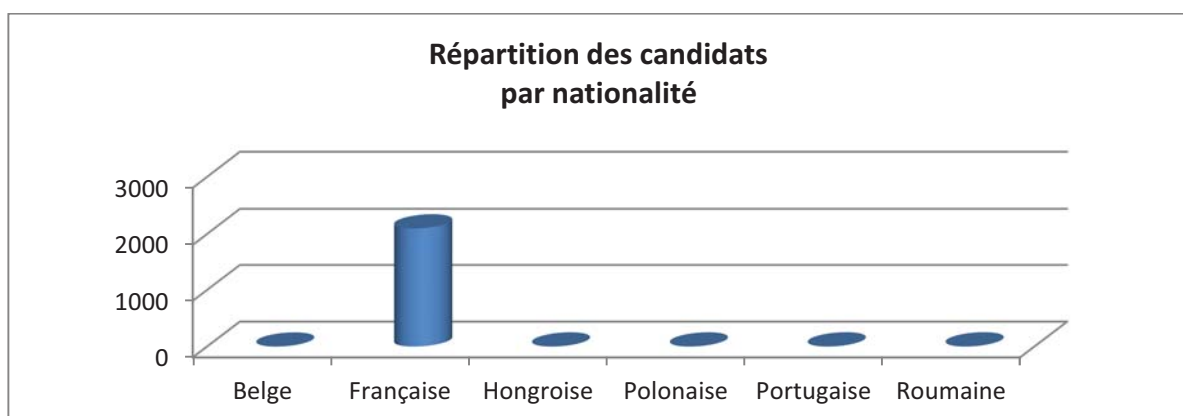
✓ **Répartition géographique des candidats inscrits (tous concours confondus) :**

⇒ **Par régions :**



Comme l'an dernier, plus de la moitié des candidats inscrits est originaire des régions de l'Ile de France (664, soit 31,40%), Bretagne (183, soit 8,68%), Provence-Côte d'Azur (159, soit 7,54%) et Rhône-Alpes (150, soit 7,12%).

⇒ **Par Nationalité**



Même si l'essentiel des candidats est de nationalité française, il est intéressant de noter que les concours administratifs nationaux s'ouvrent aux ressortissants de l'Union européenne.

Le graphique ci-dessus montre toutefois que le nombre de candidats européens reste très faible (moins de 100) et pour quelques nationalités seulement (belges, hongrois, polonais, portugais, roumains).

II.3.2.4- Cycles préparatoires

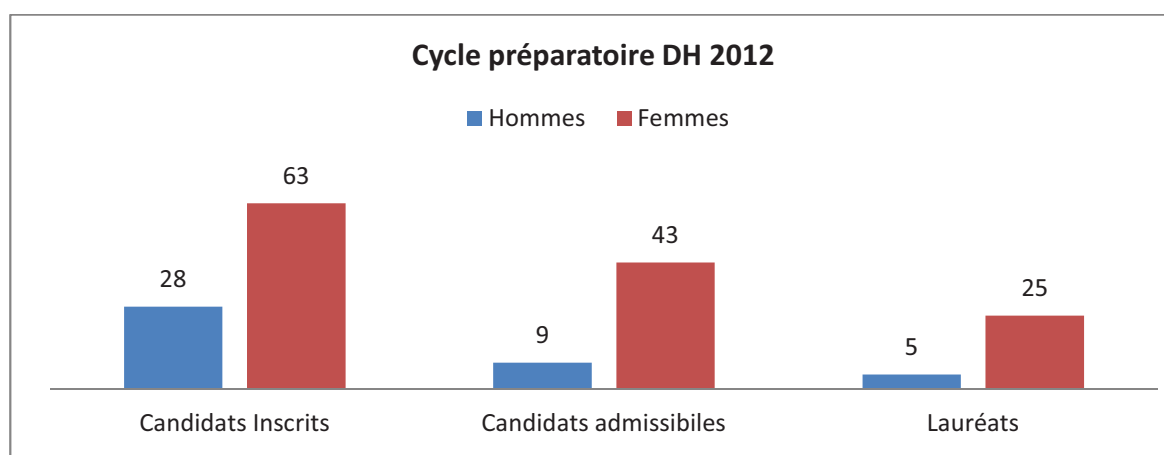
II.3.2.4.1- Directeur d'hôpital (DH)

✓ **Nombre de places, de candidats inscrits, présents, etc....**

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
2010								
Cycle court	9	38	32	84,21%	29	23	2,56	71,88%
Cycle long	21	22	18	81,82%	12	6	0,29	33,33%
Total	30	60	50	83,33%	41	29	0,97	58,00%
2011								
Cycle court	9	42	39	92,86%	24	19	2,11	48,72%
Cycle long	21	21	18	85,71%	13	11	0,52	61,11%
Total	30	63	57	90,48%	37	30	1,00	52,63%
2012								
Cycle court	9	66	54	81,82%	40	24	2,67	44,44%
Cycle long	21	25	23	92,00%	12	6	0,29	26,09%
Total	30	91	77	84,62%	52	30	1,00	38,96%

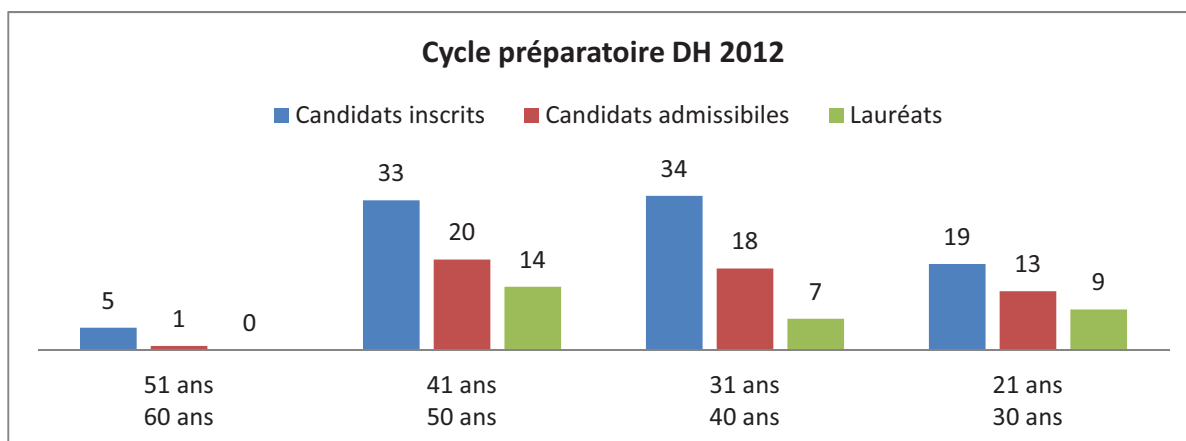
En 2012, une augmentation a été constatée, tant chez les candidats inscrits (+ 45%) que chez les candidats présents (+ 35%). Celle-ci relativise donc la diminution du taux de participation. De même, comme l'an dernier la totalité des postes ouverts a été pourvue. Ces éléments montrent l'intérêt des candidats pour ce concours qui, s'ils sont admis, leur ouvre l'accès à une formation dans le cadre de la promotion professionnelle pour devenir directeur d'hôpital.

✓ **La répartition Hommes/Femmes (cycles court et long confondus)**



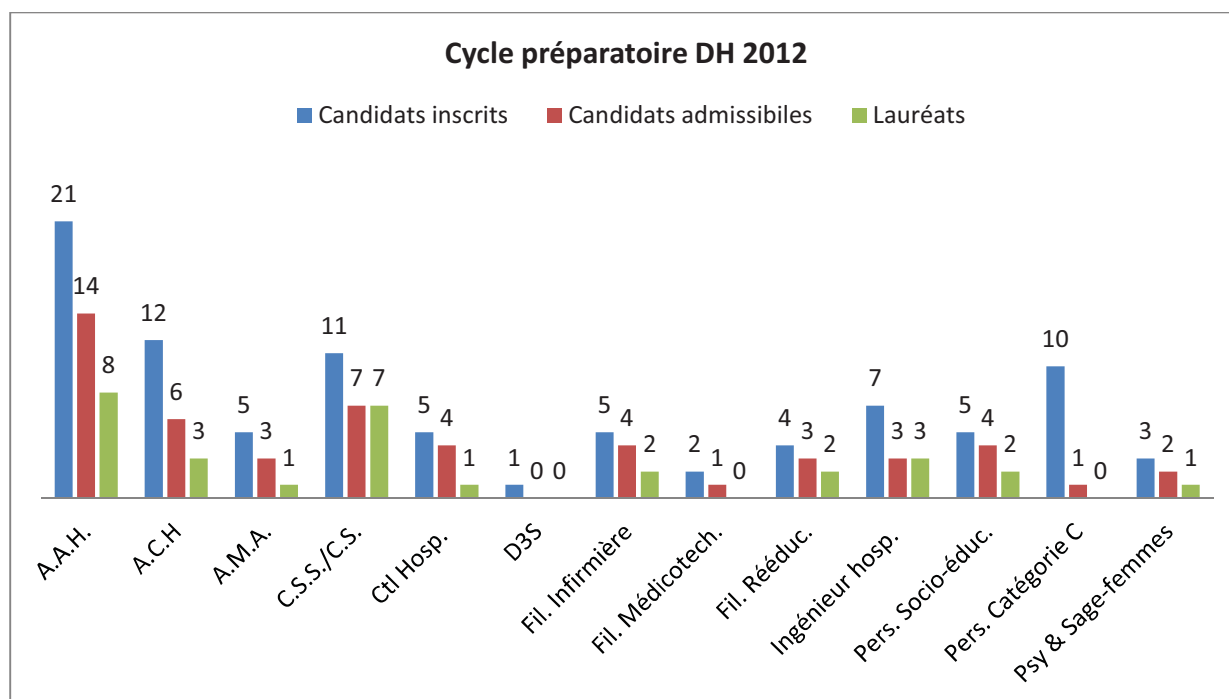
En 2012, les femmes ont été majoritaires et ont représenté 69,25% des candidats inscrits aux concours de DH, 82,70% des admissibles et 83,33% des lauréats.

✓ **La pyramide des âges (cycles court et long confondus)**



Si l'essentiel des candidats inscrits et admissibles aux deux cycles se situe dans les tranches d'âges de 31/40 ans et de 41/50 ans et représentent respectivement 73,65% et 73,08%, ce sont les tranches d'âge 21/30 ans et 41/50 ans qui sont les mieux représentées chez les lauréats (76,65%).

✓ **La répartition par profession (cycles court et long confondus)**



L'ensemble des candidats représente bien le personnel hospitalier. La palette des professions est variée puisque les candidats sont constitués de personnels administratifs (attaché d'administration hospitalière, adjoint des cadres hospitaliers, assistant médico-administratif ex-secrétaire médical), de personnels paramédicaux (cadre supérieur et cadre de santé, personnel soignant des trois filières : infirmière, médico-technique et de rééducation) et de personnels techniques (ingénieur hospitalier).

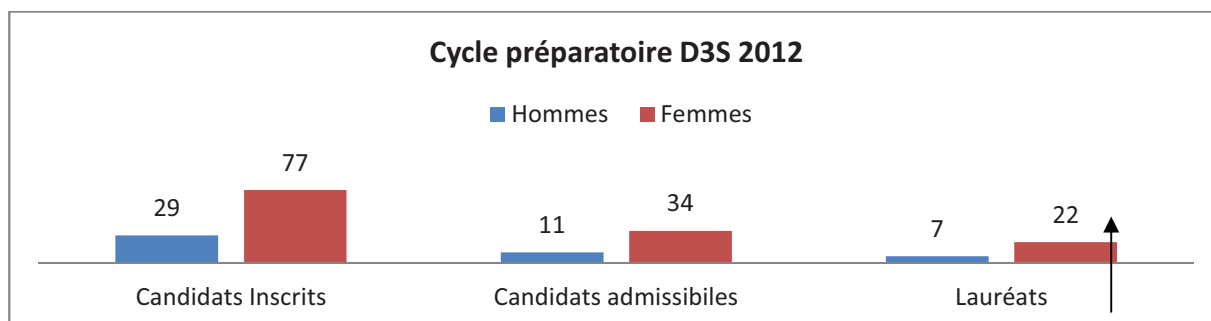
II.3.2.4.2- Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

✓ Nombre de places, de candidats inscrits, présents, etc....

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Admis	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
2010								
Cycle court	18	32	29	90,63%	19	8	0,44	27,59%
Cycle long	42	34	28	82,35%	15	10	0,24	35,71%
Total	60	66	57	86,36%	34	18	0,30	31,58%
2011								
Cycle court	12	47	40	85,11%	26	10	0,83	25,00%
Cycle long	28	31	26	83,87%	17	7	0,25	26,92%
Total	40	78	66	84,62%	43	17	0,43	25,76%
2012								
Cycle court	9	69	62	89,86%	21	16	1,78	25,81%
Cycle long	21	37	33	89,19%	24	13	0,62	39,39%
Total	30	106	95	89,62%	45	29	0,97	30,53%

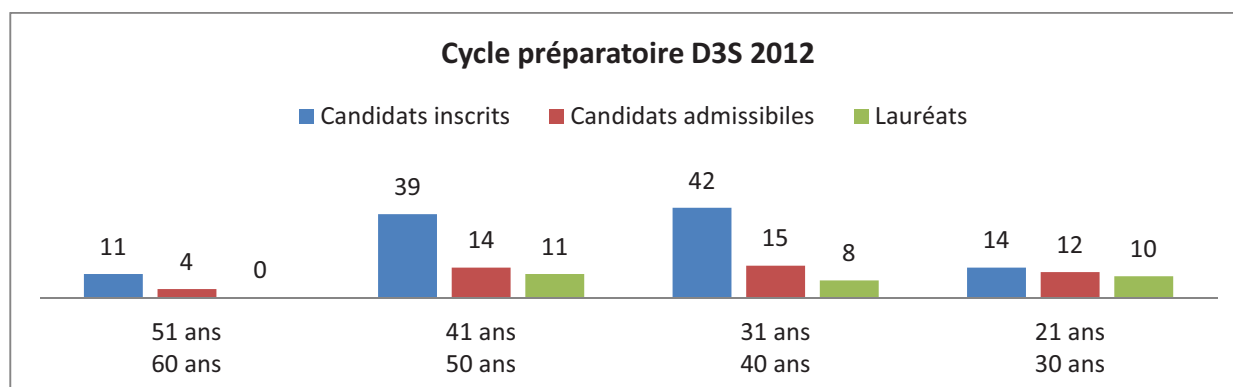
En 2012, malgré une diminution du nombre de postes offerts, on constate pour la deuxième année consécutive, une augmentation tant chez les candidats inscrits (+ 35%) que chez les candidats présents (+ 44%). Autre élément positif, le taux de participation a lui-même augmenté. Enfin, l'objectif que se fixait le CNG de pourvoir toutes les places offertes à ce concours est pratiquement atteint (0,97 de ratio postes/lauréats). Ces éléments sont encourageants pour l'intérêt que portent les candidats pour ce concours qui, s'ils sont admis, leur ouvre l'accès à une formation dans le cadre de la promotion professionnelle pour devenir directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

✓ La répartition Hommes/Femmes (cycles court et long confondus)



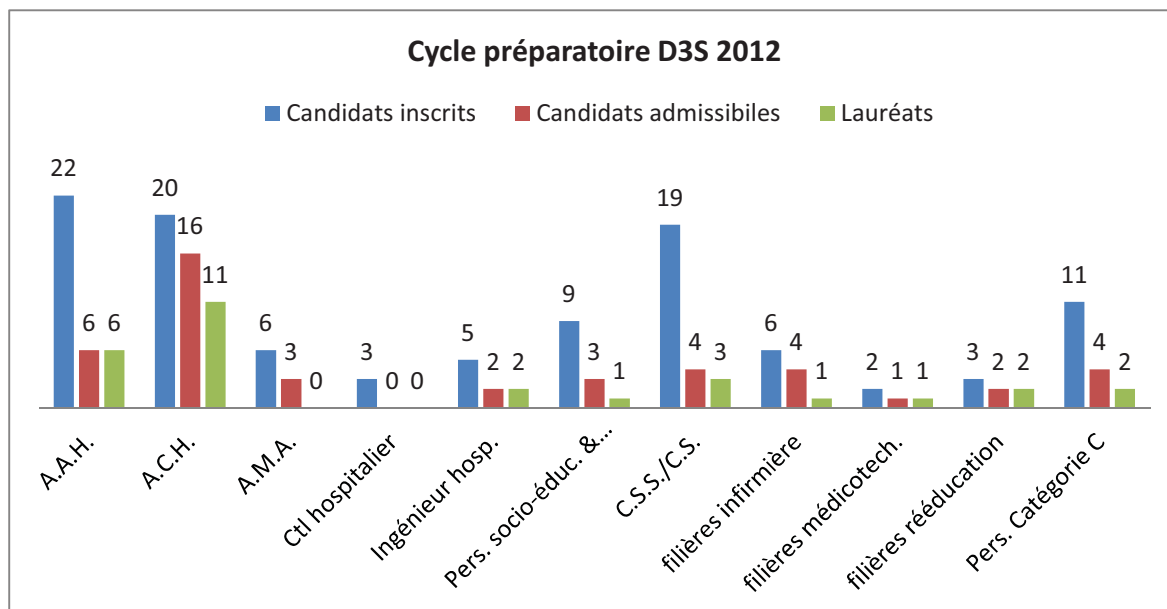
Les femmes sont majoritaires en 2012, elles représentent en effet, 72,65% des candidats inscrits au concours de D3S, 75,55% des admissibles et 75,85% des lauréats.

✓ La pyramide des âges (cycles court et long confondus)



L'essentiel des candidats inscrits se répartit à peu près équitablement entre les tranches d'âges de 31/40 ans (39,60%) et de 41/50 ans (36,80%). S'agissant des admissibles et des lauréats, ceux-ci se répartissent entre les tranches d'âge de 21/30 ans (34,50%), de 31/40 ans (27,60%) et de 41/50 ans (37,90%).

✓ **La répartition par profession (cycles court et long confondus)**



Les candidats représentent bien, dans leur ensemble, le personnel hospitalier. La palette des professions est variée. Toutefois, on constate une surreprésentation des candidats issus du personnel administratif (attaché d'administration hospitalière et adjoint des cadres hospitaliers) et du personnel soignant (cadres supérieurs et cadres de santé).

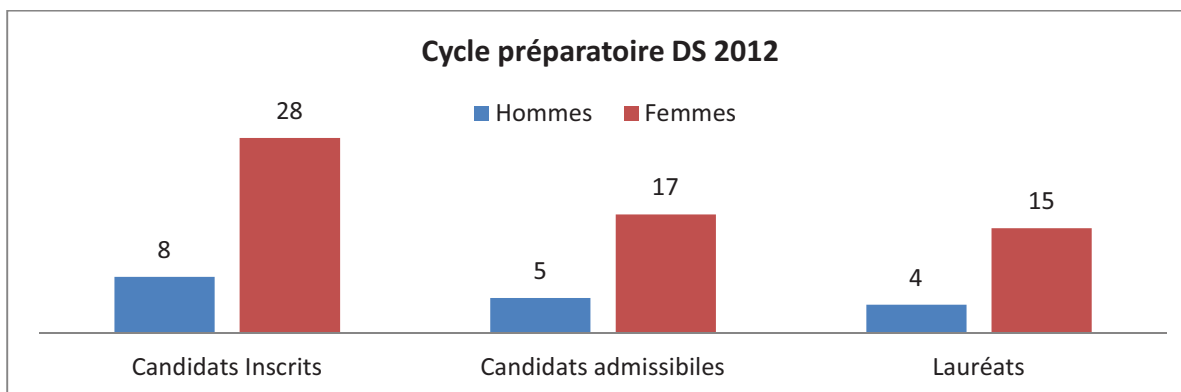
II.3.2.4.3- Directeur des soins

✓ **Nombre de places, de candidats**

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
2011								
Cycle court	40	47	43	91,49%	29	24	0,60	55,81%
Total	40	47	43	91,49%	29	24	0,60	55,81%
2012								
Cycle court	25	36	33	91,67%	22	19	0,76	57,58%
Total	25	36	33	91,67%	22	19	0,76	57,58%

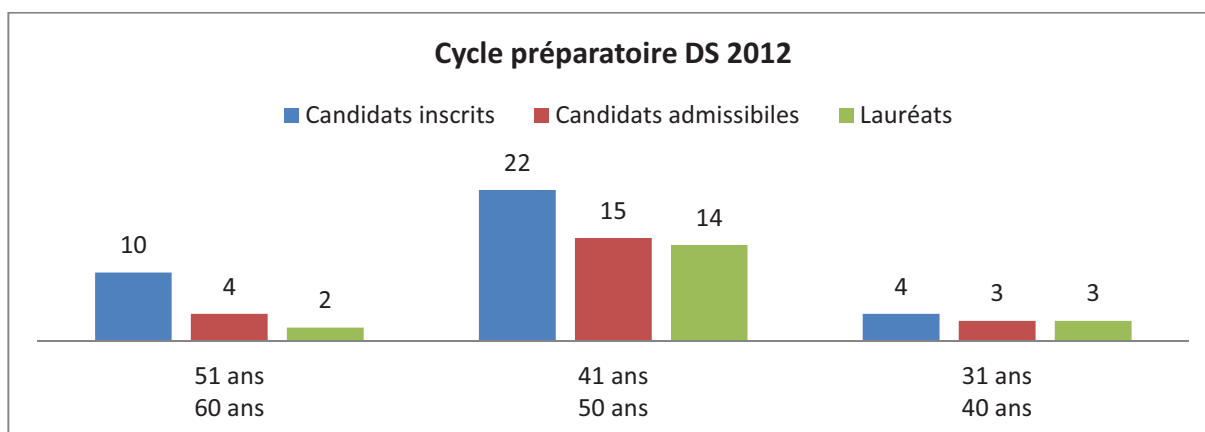
Pour la deuxième année, le CNG a organisé ce concours qui, par rapport aux autres cycles préparatoires (DH, D3S et AAH), ne permet l'accès qu'à un cycle court. S'il est un peu tôt pour faire le bilan en terme d'impact sur le concours d'entrée à l'EHESP, on constate toutefois que le nombre de candidats inscrits est en diminution par rapport à 2011 (- 23,40%). Le manque d'attrait pour ce concours résulte peut-être d'une méconnaissance de cette nouvelle possibilité offerte aux cadres supérieurs de santé et aux cadres de santé. Il est peut-être également lié au fait que les épreuves écrites d'admissibilité ne correspondent pas au savoir-faire de ces professionnels de santé, comme l'a fait remarquer le jury du concours dans son rapport.

✓ **La répartition hommes/femmes**



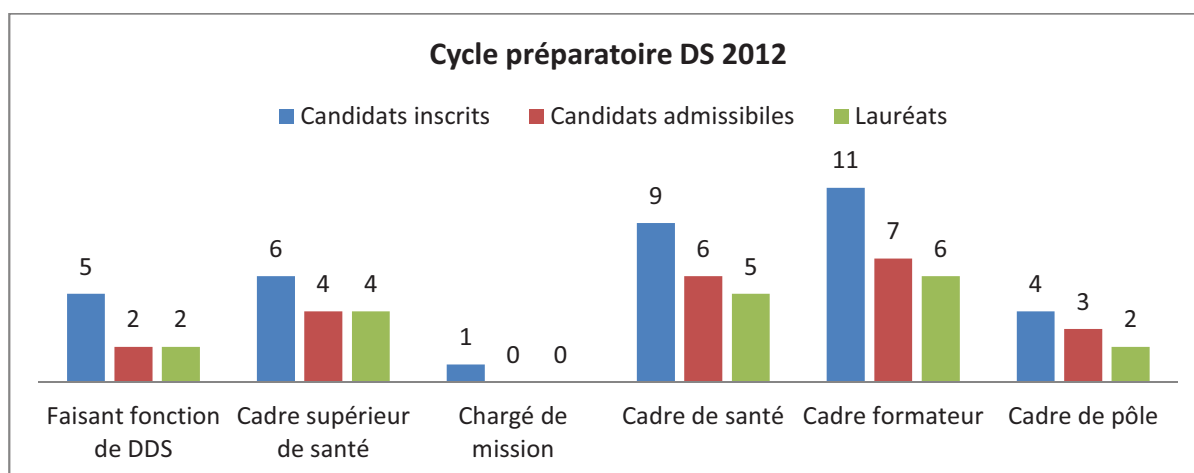
Dans la fonction publique hospitalière, les femmes sont surreprésentées dans les professions infirmières, médico-techniques et de rééducation. En toute logique, cette situation se retrouve à toutes les étapes du concours d'accès au cycle préparatoire de directeur des soins. C'est ainsi qu'elles sont 77,75% chez les inscrits, 77,30% chez les admissibles et 78,95% chez les lauréats.

✓ **La pyramide des âges**



Au regard des conditions d'accès pour se présenter au concours de directeur des soins (être cadre supérieur de santé ou cadre de santé depuis au moins 5 ans), on constate en toute logique que la majorité des candidats se situe dans la tranche d'âge de 41/50 ans.

✓ **La répartition par types de fonction**



Les candidats occupent les fonctions traditionnelles de cadre supérieur ou de cadre de santé. Toutefois, certains candidats occupent déjà une fonction de directeur des soins en qualité de faisant-fonction. C'est le cas pour 13,90% des candidats, 9,10% des admissibles et 10,50% des lauréats.

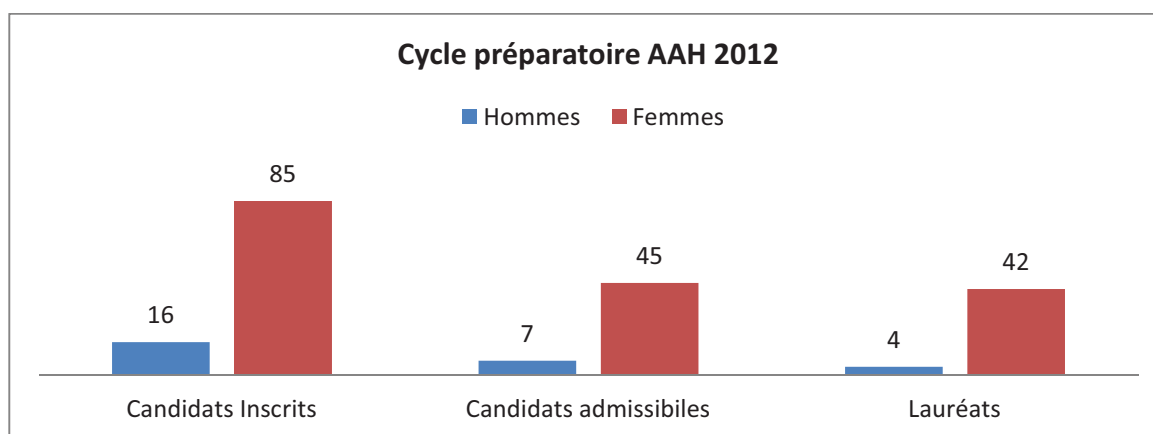
II.3.2.4.4- Attaché d'administration hospitalière

✓ *Nombre de places, de candidats inscrits, présents, etc....*

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
2010								
Cycle court	15	32	25	78,13%	20	15	1,00	60,00%
Cycle long	45	53	47	88,68%	30	22	0,49	46,81%
Total	60	85	72	84,71%	50	37	0,62	51,39%
2011								
Cycle court	15	27	21	77,78%	21	18	1,20	85,71%
Cycle long	45	38	29	76,32%	22	22	0,49	75,86%
Total	60	65	50	76,92%	43	40	0,67	80,00%
2012								
Cycle court	15	46	35	76,09%	27	24	1,60	68,57%
Cycle long	45	55	43	78,18%	25	22	0,49	51,16%
Total	60	101	78	77,23%	52	46	0,77	58,97%

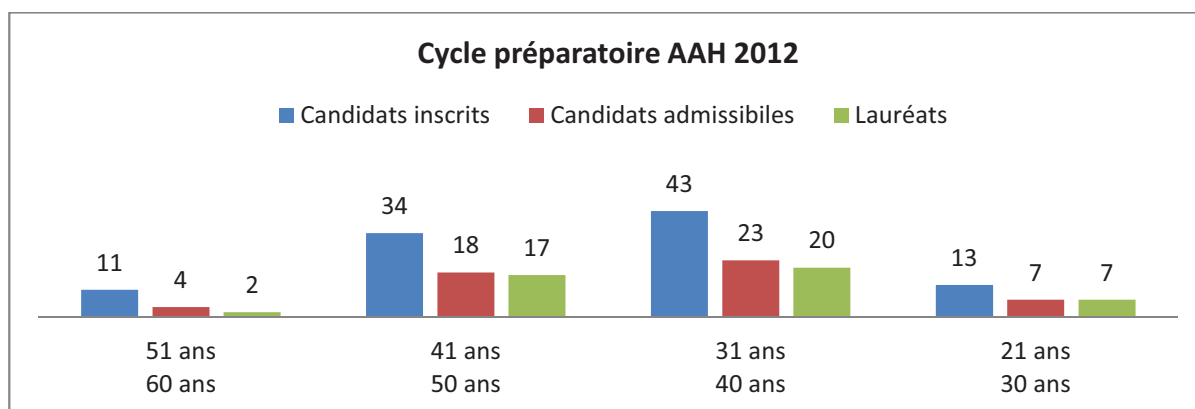
Pour un nombre de places offertes identiques à celui de l'an dernier, le nombre de candidats inscrits a été plus important (65 en 2011, 101 en 2012) et le taux de participation a lui-même augmenté (76,92% en 2011, 77,23% en 2012). Ces éléments sont un signe encourageant pour l'intérêt que portent les candidats à ce concours qui, s'ils sont admis, leur permet d'accéder à une formation dans le cadre de la promotion professionnelle pour devenir attaché d'administration hospitalière. Enfin, même si tous les postes n'ont pas été pourvus malgré l'application par le jury du principe de fongibilité entre les deux concours, le ratio postes/lauréats est également en hausse par rapport à l'an dernier (0,67 en 2011, 0,77 en 2012).

✓ *La répartition hommes/femmes (cycles court et long confondus)*



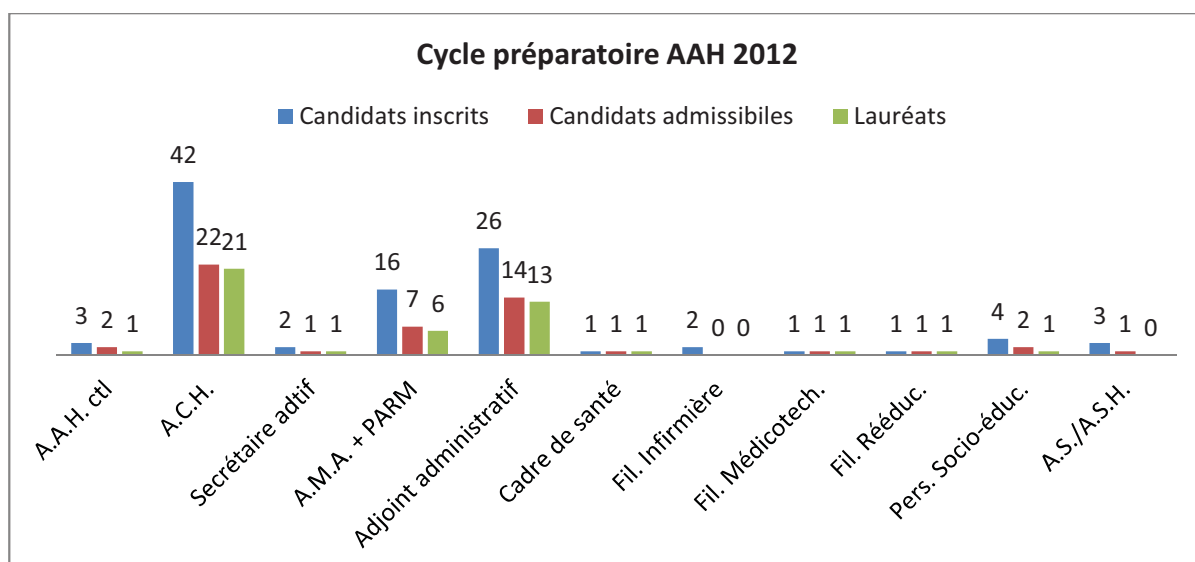
La profession d'attaché d'administration hospitalière attire essentiellement les fonctionnaires et agents publics féminins. Cela se retrouve donc dans les candidats au concours d'accès au cycle préparatoire qui ont été largement majoritaires à toutes les étapes du concours. Ainsi, elles représentent 84,15% des candidats inscrits au concours d'AAH, 86,55% des admissibles et 91,30% des lauréats.

✓ **La pyramide des âges (cycles court et long confondus)**



Dans leur très grande majorité, les candidats du cycle préparatoire se situent dans les tranches d'âge de 31/40 ans et de 41/50 ans. Ils forment ainsi 76,25% des candidats inscrits, 78,85% des candidats admissibles et 80,50% des lauréats.

✓ **La répartition par profession (cycles court et long confondus)**



Les candidats majoritairement issus des deux corps de la catégorie B hospitalière administrative (adjoint des cadres hospitaliers et assistant médico-administratif ex-secrétaire médical), constituent le vivier naturel du corps des AAH. Ceux-ci représentent 57,43% des inscrits, 55,75% des admissibles et 58,70% des lauréats. Les adjoints administratifs sont également bien représentés (25,75% des candidats inscrits, 27% des admissibles et 28,25% des lauréats).

La présence de secrétaires administratifs s'explique par le fait que le cycle préparatoire d'attaché d'administration hospitalière était ouvert, pour la première année, aux fonctionnaires et agents publics des trois fonctions publiques.

II.3.2.5- Les concours d'entrée en formation à l'EHESP

➤ **La sociologie des candidats au concours de directeur d'hôpital (DH)**

Après deux ans durant lesquels les femmes ont été majoritaires, 2012 a été une année où les hommes ont été de nouveau majoritaires chez les lauréats. En effet, alors que ces dernières représentaient 54% des inscrits, les hommes totalisent 60% des lauréats.

Traditionnellement, les candidats au concours externe sont essentiellement étudiants. Ils se situent dans la tranche d'âge de 21/30 ans et sont pour l'essentiel titulaires d'un diplôme d'un Institut d'Etudes Politiques (122 ; soit 26% des inscrits) ou d'un diplôme de niveau I (236 ; soit 50% des inscrits).

Les candidats au concours interne sont plus âgés de dix ans que ceux du concours externe puisqu'ils se situent en majorité (60%) dans la tranche d'âge de 31/40 ans. Pour l'essentiel, ils proviennent des trois corps d'attaché de la fonction publique (état, hospitalière, territoriale) ou des corps d'inspection (impôts, trésor, finances, douanes).

➤ ***La sociologie des candidats au concours de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)***

Bien que nombre de candidats présentent simultanément le concours de DH et celui de D3S, le profil des candidats à ces deux concours n'est pas identique. En effet, les femmes semblent particulièrement attirées par la profession de D3S puisque pour les deux concours confondus, elles sont largement représentées (63,50% des inscrits et 58,75% des lauréats).

Par ailleurs, si comme pour le concours de DH, les candidats au concours externe de D3S sont essentiellement étudiants et se classent dans la tranche d'âges de 21/30 ans, leur cursus universitaire diffère de celui des candidats au concours de DH et démontre des différences dans les niveaux de diplôme. En effet, 212 sont titulaires d'un diplôme de niveau I (soit 38,50% des inscrits, contre 50% chez les DH) et 77 ont obtenu un diplôme de l'un des Instituts d'études politiques (soit 14% des inscrits, contre 25% chez les DH). Autre différence, les candidats au concours interne des D3S sont plus âgés que pour celui de DH. Ils se situent dans les tranches d'âge de 31/40 ans et de 41/50 ans. Les deux tranches d'âge confondues constituent 84,16% des candidats inscrits, contre 76% chez les DH.

Enfin, si le personnel administratif est bien représenté, le profil des candidats au concours interne de D3S est plus large que celui de DH puisqu'un nombre important de personnels soignants ou socio-éducatifs se présente à ce concours, en sus des corps d'attachés des trois fonctions publiques.

➤ ***La sociologie des candidats au concours de directeur des soins (DS)***

Réservé initialement à la seule fonction publique hospitalière, le concours de DS est, depuis 2011, un concours professionnel s'adressant à l'encadrement intermédiaire soignant (cadre supérieur et cadre de santé) des trois fonctions publiques. Alors que ces derniers sont au sein de la FPH près de 26 000⁵ à exercer dans les établissements publics de santé, le nombre de candidats au concours interne de DS poursuit son érosion (131 inscrits en 2009, 112 candidats inscrits en 2010, 95 candidats inscrits en 2011, 83 en 2012).

Le concours externe reste peu attractif (2 candidats en 2009, 1 candidat en 2010 et en 2011, 4 en 2012). C'est sans doute la résultante d'une méconnaissance de cette profession par les cadres soignants des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). La faible appétence pour ce concours peut aussi s'expliquer en partie par l'investissement important que nécessite la scolarité à l'EHESP (1 an de formation auquel s'ajoutent, le cas échéant, les six mois du cycle préparatoire) pour des personnes déjà installées familialement et professionnellement et se situant dans la tranche d'âge de 31/40 ans pour les plus jeunes.

Enfin, la possibilité offerte, depuis 2011, aux fonctionnaires et agents publics des deux autres fonctions publiques (pour les cadres supérieurs de santé et aux cadres de santé justifiant d'au moins de cinq ans de services publics) de se présenter au concours sous réserve d'avoir reçu une formation équivalente, semble être méconnue de ces derniers.

⁵ Source : Rapport de Singly du 11 septembre 2009

Toutefois, en 2012, un cadre supérieur de santé de la fonction publique d'état (ministère de la défense) s'est présenté pour la première fois et a été admis.

➤ **La sociologie des candidats au concours d'attaché d'administration hospitalière (AAH)**

La profession d'AAH est très féminisée. Cela se retrouve dans le profil des candidats puisque les femmes représentent tous concours confondus, 73% des candidats et 62% des lauréats. Nombre de candidats au concours d'AAH se présentent également aux concours de DH et de D3S.

Comme pour les deux concours externes d'accès aux deux corps de direction, les personnes se présentant au concours externe d'AAH ont un profil étudiant (99,50% des candidats et 100% des lauréats). Elles sont âgées de 21 à 30 ans et sont titulaires d'un diplôme de niveau I (59% des inscrits, soit un pourcentage plus élevé que dans les deux corps de direction) ou de niveau II (33%). En revanche, seuls 6% des inscrits possèdent un diplôme de l'un des Instituts d'études politiques.

Le profil des candidats au concours interne est plus ciblé. En effet, les candidats sont majoritairement issus des deux corps de la catégorie B hospitalière administrative (adjoint des cadres hospitaliers et assistant médico-administratif ex-secrétaire médical) qui constituent le vivier naturel du corps des attachés d'administration hospitalière. Ils représentent 56% des inscrits et 45% des lauréats.

Les tableaux de statistiques ci-après détaillent les éléments sociologiques évoqués ci-dessus.

II.3.2.5.1- Directeur d'hôpital (DH)

✓ **Nombre de postes, de candidats inscrits, présents, etc... (DH)**

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes Lauréats	Taux de réussite Lauréats Présents
2010								
Externe	30	570	283	49,65%	62	30	1,00	10,60%
Interne	15	188	118	62,77%	30	15	1,00	12,71%
Total	45	758	401	52,90%	92	45	1,00	11,22%
2011								
Externe	26	583	266	45,63%	54	26	1,00	9,77%
Interne	14	179	114	63,69%	28	14	1,00	12,28%
Total	40	762	380	49,87%	82	40	1,00	10,53%
2012								
Externe	26	472	260	55,08%	60	26	1,00	10,00%
Interne	14	156	105	67,31%	34	14	1,00	13,33%
Total	40	628	365	58,12%	94	40	1,00	10,96%

Le nombre de candidats inscrits a baissé en 2012 (- 17,50%), de même que le nombre de candidats présents mais dans une moindre proportion (- 4%). C'est vraisemblablement dû au changement de date des épreuves (début juin en 2012/début juillet auparavant). Toutefois, l'objectif souhaité par ce changement de date a été atteint puisque le nombre de candidats présents est en forte augmentation (près de 60%).

✓ *La répartition par Centre d'examen (DH)*

CENTRE	Concours	Inscrits	Présents	% de Présents	CENTRE	Concours	Inscrits	Présents	% de Présents
2011					2012				
FORT-DE-FRANCE	Externe	11	4	36,36%	BASSE TERRE	Externe	1	0	0,00%
	Interne	8	6	75,00%		Interne	5	3	60,00%
	Total	19	10	52,63%		Total	6	3	50,00%
LYON	Externe	112	47	41,96%	LYON	Externe	93	51	54,84%
	Interne	19	15	78,95%		Interne	17	10	58,82%
	Total	131	62	47,33%		Total	110	61	55,45%
PARIS	Externe	368	169	45,92%	PARIS	Externe	302	168	55,63%
	Interne	139	86	61,87%		Interne	119	78	65,55%
	Total	507	255	50,30%		Total	421	246	58,43%
SAINT DENIS DE LA REUNION	Externe	0	0	0,00%	SAINT DENIS DE LA REUNION	Externe	7	4	57,14%
	Interne	0	0	0,00%		Interne	0	0	0,00%
	Total	0	0	0,00%		Total	7	4	57,14%
TOULOUSE	Externe	91	46	50,55%	TOULOUSE	Externe	69	37	53,62%
	Interne	14	7	50,00%		Interne	15	14	93,33%
	Total	105	53	50,48%		Total	84	51	60,71%
TOTAL	Externe	582	266	45,70%	TOTAL	Externe	472	260	55,08%
	Interne	180	114	63,33%		Interne	156	105	67,31%
	Total	762	380	49,87%		Total	628	365	58,12%

* NB : les centres de Guadeloupe et de Martinique sont ouverts alternativement

Depuis 2012, tous les centres d'examen sont ouverts, quel que soit le nombre de candidats inscrits. Comparativement à l'an dernier, le nombre de candidats inscrits est moindre mais le nombre de candidats présents est au moins égal à 50% dans tous les centres d'examen. Au total, c'est près de 60% des candidats qui étaient présents aux épreuves écrites.

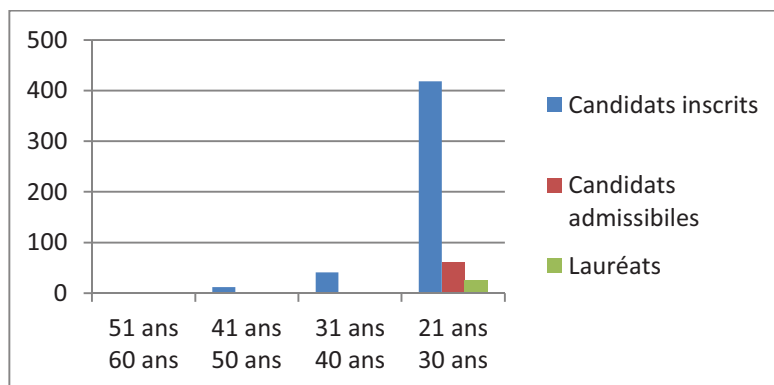
✓ *Répartition des inscriptions au sein de l'entité Antilles-Guyane (DH)*

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Autre*	Total
2011 (Fort de France)					
Concours externe	0	1	9	1	11
Concours interne	3	0	5	0	8
Total	3	1	14	1	19
2012 (Basse-Terre)					
Concours externe	0	0	1	0	1
Concours interne	3	0	1	1	5
Total	3	0	2	1	6

Alors qu'en 2011, plus de 73% des candidats inscrits aux deux concours étaient originaires de la Martinique, la répartition est quasiment équilibrée en 2012, entre la Guadeloupe et la Martinique. Comme en 2011, un candidat venant de l'hexagone s'est inscrit. En revanche, aucun candidat originaire de la Guyane n'a concouru.

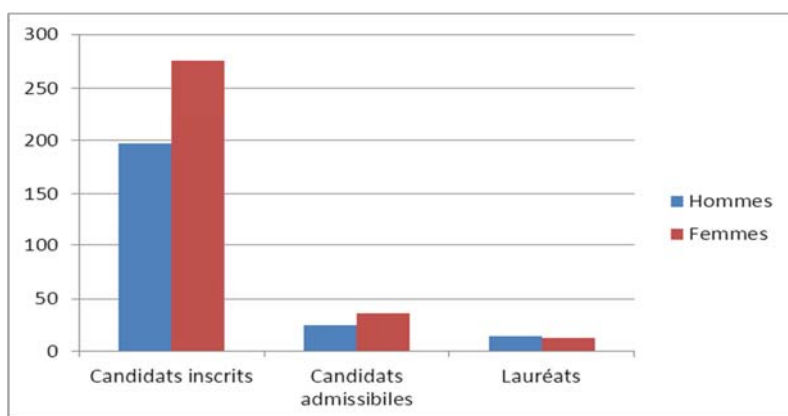
✓ **Le concours externe**

⇒ **La pyramide des âges (DH)**



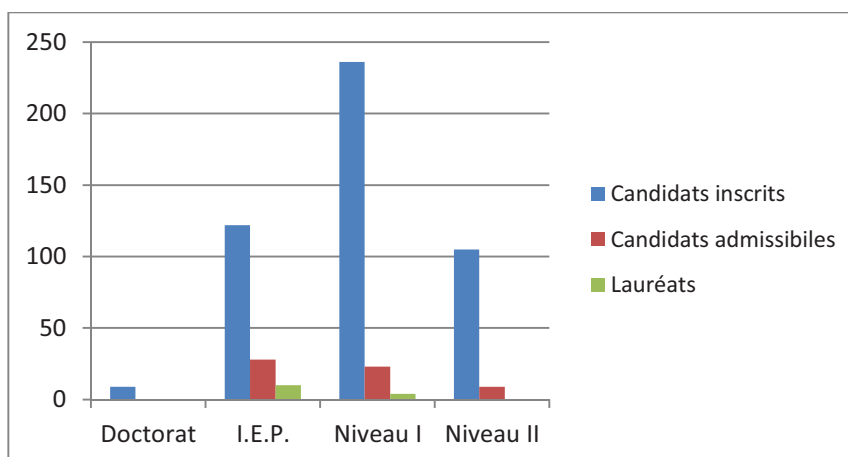
Traditionnellement, les candidats au concours externe sont essentiellement étudiants. Il est donc logique qu'ils représentent l'essentiel des candidats (88,50%) dans la tranche d'âge de 21/30 ans.

⇒ **La répartition hommes/femmes (DH)**



Sur 472 candidats inscrits aux concours, les femmes ont représenté en 2012, 58% des inscrits, 60% des admissibles et seulement 46% des lauréats.

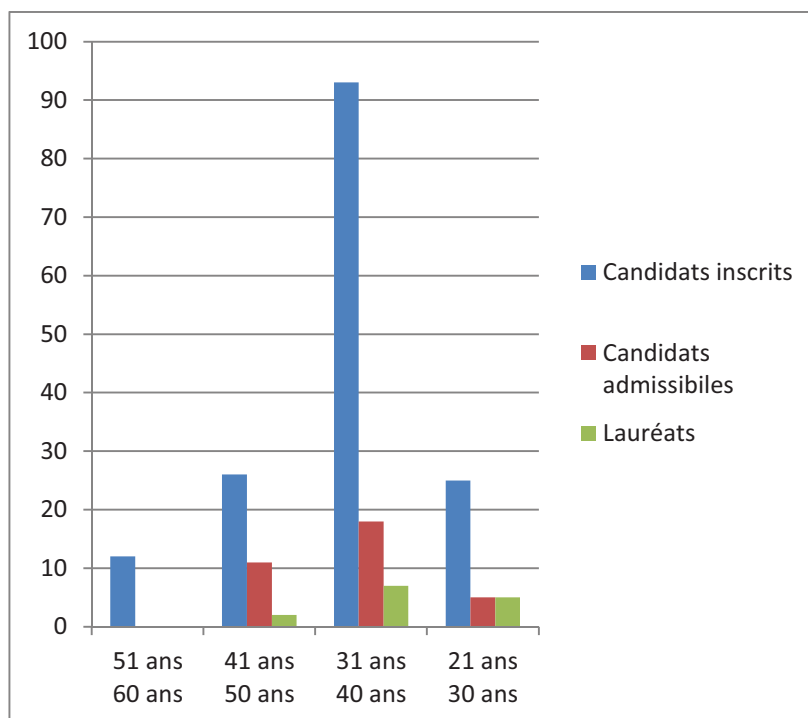
⇒ **Cursus universitaire des candidats au concours externe (DH)**



Les candidats au concours externe sont pour l'essentiel titulaires d'un diplôme d'un Institut d'Etudes Politiques (122, soit 25% des inscrits) ou d'un diplôme de niveau I (236, soit 50% des inscrits). Par ailleurs, les titulaires d'un diplôme d'un Institut d'Etudes Politiques constituent 71,50% des lauréats.

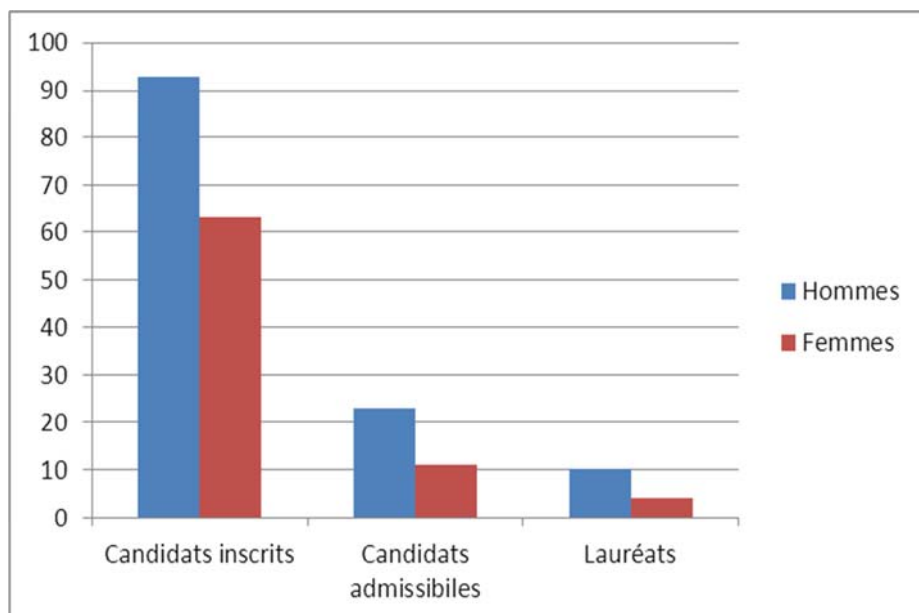
✓ **Le concours interne**

⇒ **La pyramide des âges(DH)**



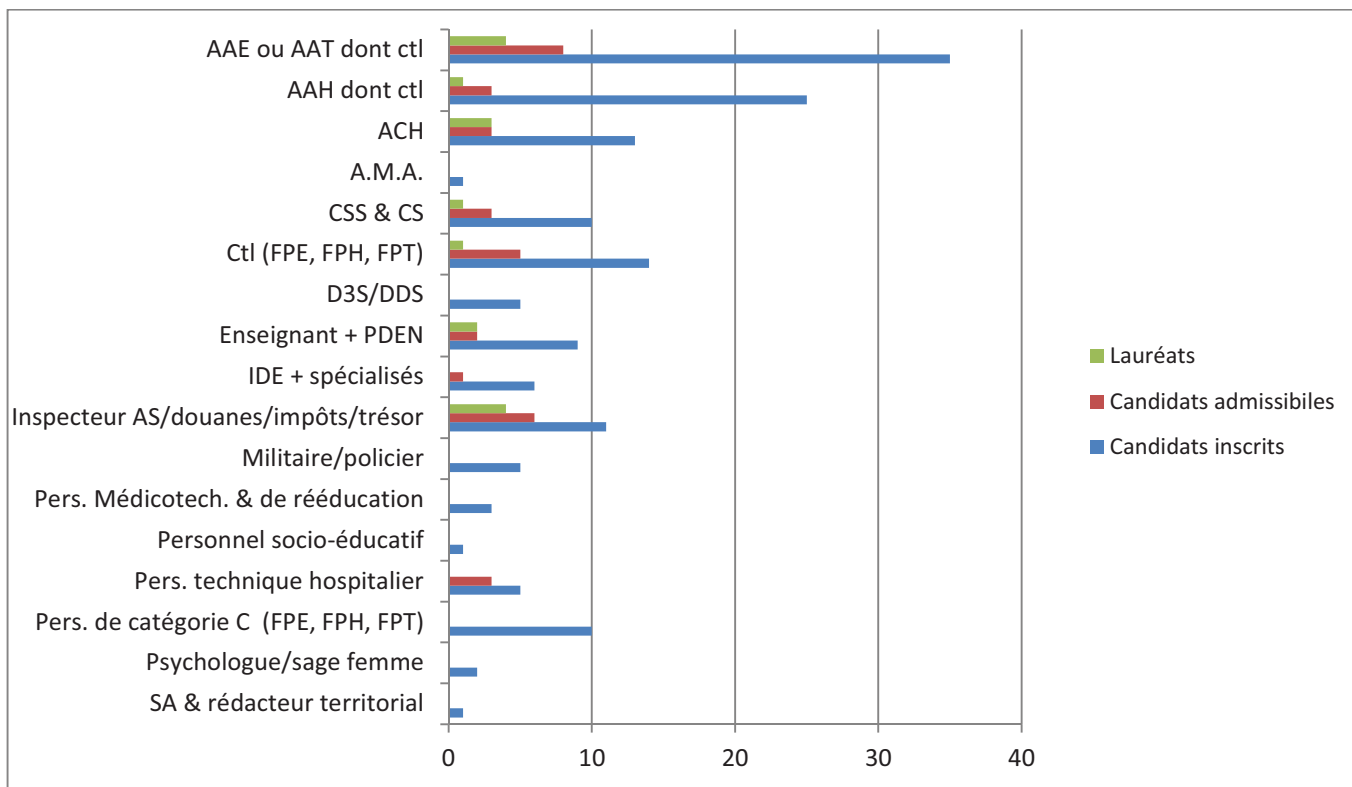
Les candidats au concours interne sont plus âgés que ceux du concours externe puisqu'ils se situent en majorité (60%) dans la tranche d'âge de 31/40 ans. Les tranches d'âges de 21/30 ans et de 41/50 ans représentent respectivement 16% des inscrits. Chez les lauréats, la tranche d'âges de 31/40 ans en constitue la moitié, celle des 21/30ans, 35% et celle des 31/40 ans, 15%.

⇒ **La répartition hommes/Femmes (DH)**



Sur 156 candidats inscrits, les hommes ont représenté en 2012 près de 60% des inscrits, près de 68% des admissibles et 71,50% des lauréats.

⇒ *La répartition par profession (concours de DH)*



Les trois corps d'attaché de la fonction publique (état, hospitalière, territoriale) et ceux des corps d'inspection (impôts, trésor, finances, douanes) constituent l'essentiel des candidats au concours de DH.

II.3.2.5.2- Directeur d'établissements sanitaire, social et médico-social (D3S)

✓ *Nombre de postes, de candidats inscrits, présents, etc... (D3S)*

Année	Postes ouverts	Candidats admis à concourir	Candidats présents	% de Présents	Admissibles	Admis	Ratio Postes/Admis	Taux de réussite Admis/Présent
2010								
Externe	40	411	212	51,58%	91	40	1,00	18,87%
Interne	40	191	131	68,59%	60	40	1,00	30,53%
Total	80	602	343	56,98%	151	80	1,00	23,32%
2011								
Externe	40	391	191	48,85%	83	40	1,00	20,94%
Interne	40	162	111	68,52%	57	40	1,00	36,04%
Total	80	553	302	54,61%	140	80	1,00	26,49%
2012								
Externe	40	397	204	51,39%	102	40	1,00	19,61%
Interne	40	154	114	74,03%	64	40	1,00	35,09%
Total	80	551	318	57,71%	166	80	1,00	25,16%

En 2012, le nombre de candidats admis à concourir a été stable par rapport à l'an dernier et le nombre de candidats présents a légèrement augmenté (+ 5%). Le taux de participation est également en hausse (+ 3%), de même que le nombre de candidats admissibles surtout au concours externe (+23%).

✓ *La répartition par Centre d'examen (D3S)*

CENTRE	Concours	Inscrits	Présents	% de Présents	CENTRE	Concours	Inscrits	Présents	% de Présents
2011					2012				
FORT-DE-FRANCE	Externe	8	2	25,00%	BASSE TERRE	Externe	2	1	50,00%
	Interne	8	5	62,50%		Interne	8	5	62,50%
	Total	16	7	43,75%		Total	10	6	60,00%
LYON	Externe	78	35	44,87%	LYON	Externe	72	32	44,44%
	Interne	18	14	77,78%		Interne	18	12	66,67%
	Total	96	49	51,04%		Total	90	44	48,89%
PARIS	Externe	224	109	48,66%	PARIS	Externe	250	119	47,60%
	Interne	123	85	69,11%		Interne	111	80	72,07%
	Total	347	194	55,91%		Total	361	199	55,12%
SAINT DENIS DE LA REUNION	Externe	0	0	0,00%	SAINT DENIS DE LA REUNION	Externe	4	1	25,00%
	Interne	0	0	0,00%		Interne	0	0	0,00%
	Total	0	0	0,00%		Total	4	1	25,00%
TOULOUSE	Externe	81	45	55,56%	TOULOUSE	Externe	69	41	59,42%
	Interne	13	7	53,85%		Interne	17	16	94,12%
	Total	94	52	55,32%		Total	86	57	66,28%
TOTAL	Externe	391	191	48,85%	TOTAL	Externe	397	194	48,87%
	Interne	162	111	68,52%		Interne	154	113	73,38%
	Total	553	302	54,61%		Total	551	307	55,72%

* NB : les centres de Guadeloupe et de Martinique sont ouverts alternativement

Depuis 2012, tous les centres d'examen sont ouverts, quel que soit le nombre de candidats inscrits. On note une participation quasi-stable ou en hausse à l'exception du centre d'examen de Lyon, où la participation des candidats aux concours a connu un fléchissement par rapport à l'an dernier.

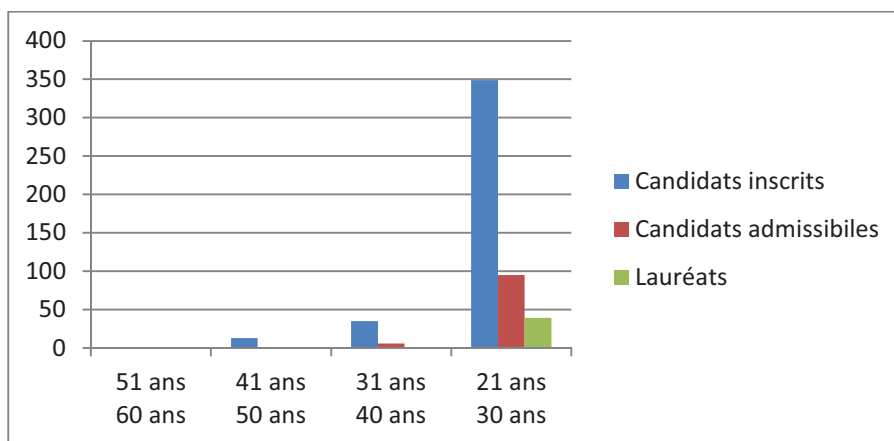
✓ *Répartition des inscriptions au sein de l'entité Antilles-Guyane (D3S)*

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Autre*	Total
2011 (Fort-de-France)					
Concours externe	0	0	8	0	8
Concours interne	3	0	5	0	8
Total	3	0	13		16
2012 (Basse-Terre)					
Concours externe	1	0	1	0	2
Concours interne	4	0	4	0	8
Total	5	0	5	0	10

Alors qu'on notait en 2011 une surreprésentation des candidats originaires de Martinique, en 2012, les candidats originaires de la Guadeloupe et de la Martinique se répartissent équitablement. En revanche, aucun candidat originaire de la Guyane n'a concouru.

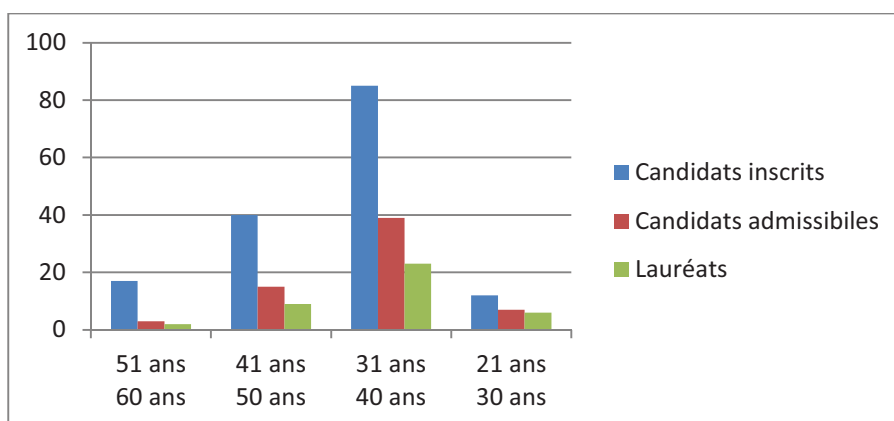
✓ **La pyramide des âges**

⇒ **Le concours externe (D3S)**



A toutes les étapes du concours, les candidats relevant de la tranche d'âge des 21/30 ans ont été logiquement largement majoritaires. C'est ainsi qu'ils représentent 89% des candidats inscrits, 95% des Admissibles et 97% des lauréats.

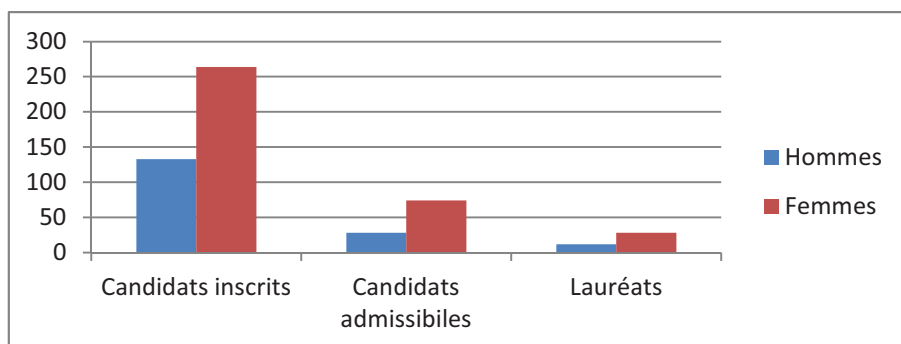
⇒ **Le concours interne (D3S)**



L'essentiel des candidats se situe dans les tranches d'âge de 21/30 ans et de 31/40. En effet, ils représentent 72% des candidats inscrits, 74% des admissibles et 68% des lauréats.

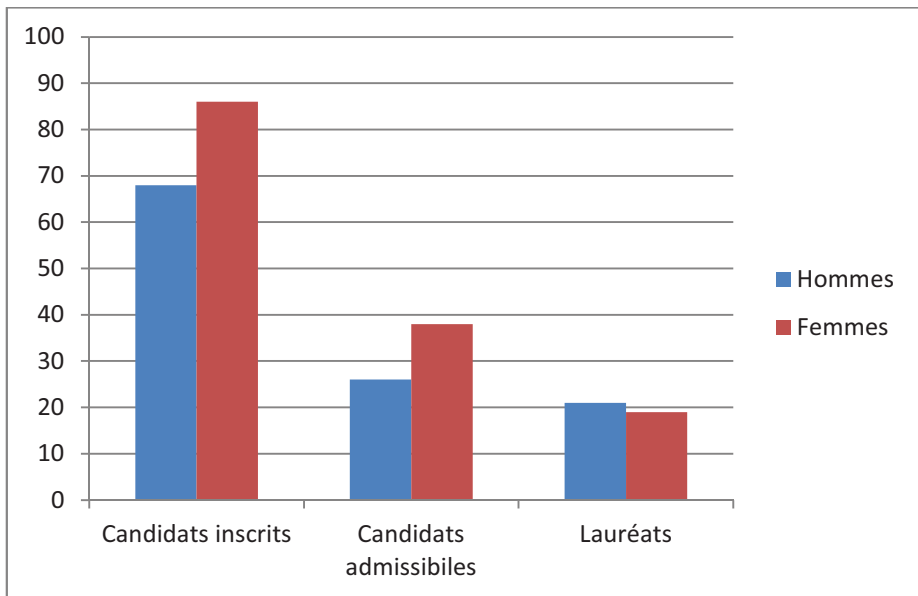
✓ **La répartition hommes/femmes**

⇒ **Le concours externe (D3S)**



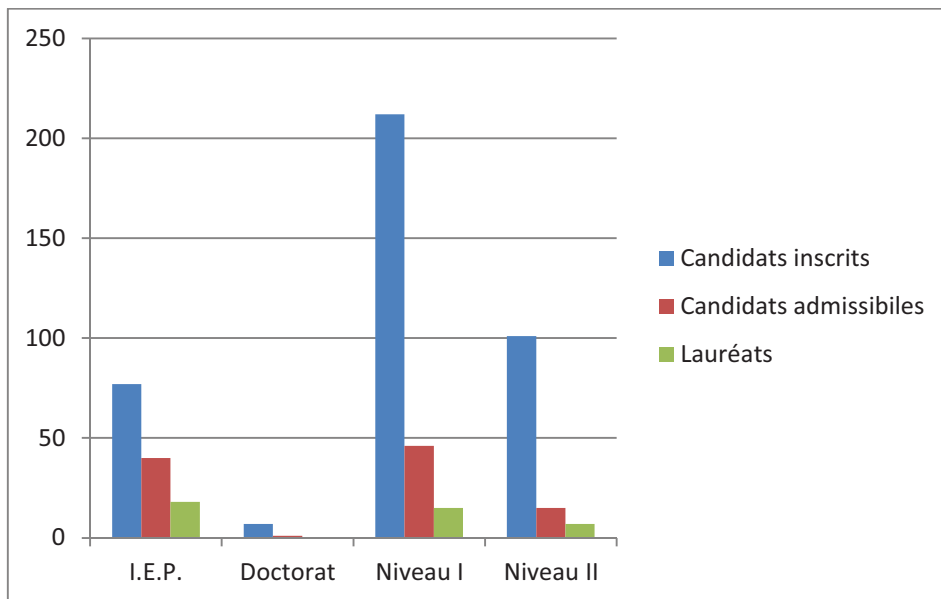
En 2012, parmi les 394 candidats inscrits, les femmes constituent près de 66,50% des inscrits, 72,50% des admissibles et 70% des lauréats.

⇒ **Le concours interne (D3S)**



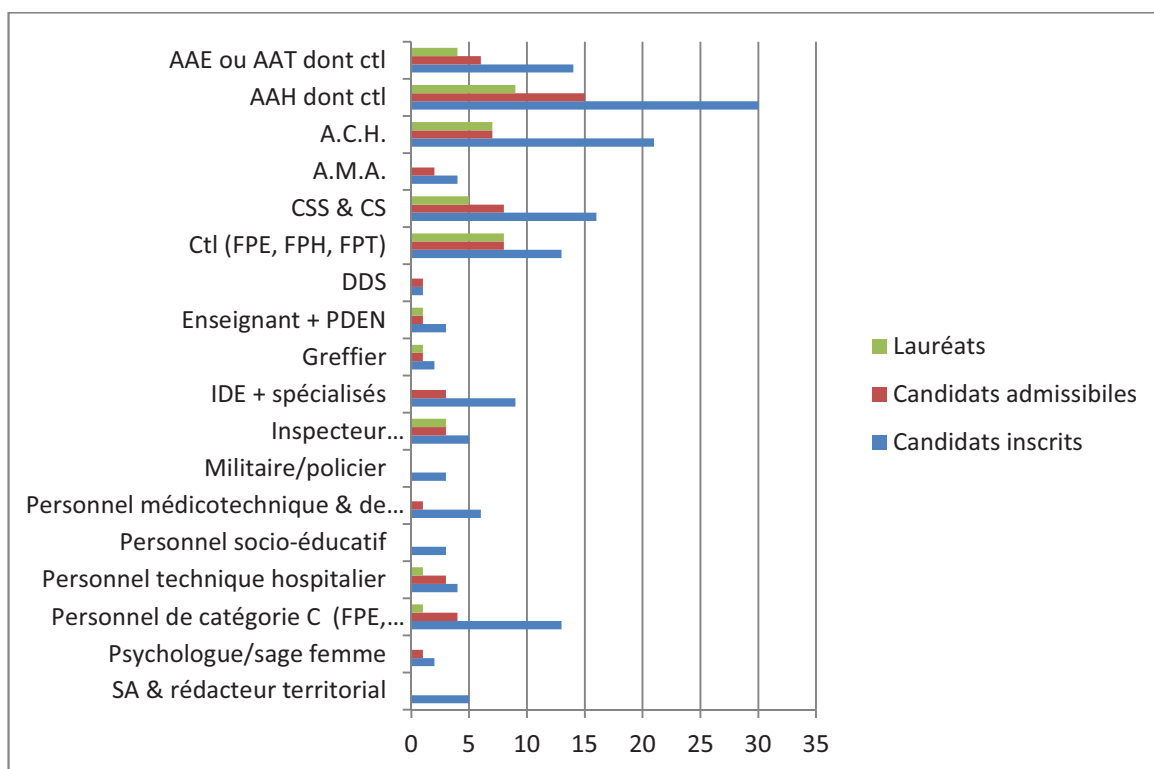
Parmi les 154 candidats inscrits en 2012, si les femmes ont représenté près de 56% des inscrits, près de 59% des admissibles, elles ne constituent que 47,50% des lauréats.

✓ **Cursus universitaire des candidats au concours externe (D3S)**



Comme pour le concours de DH, les candidats au concours externe de D3S sont essentiellement étudiants. Toutefois, leur cursus universitaire diffère de celui des candidats au concours de DH et démontre des différences dans les niveaux de diplôme. En effet, les titulaires d'un diplôme de niveau I constituent 38,50% des inscrits (212) et les titulaires d'un diplôme de l'un des Instituts d'études politiques représentent 14% des inscrits (77). Par ailleurs, les titulaires d'un diplôme d'un Institut d'Etudes Politiques forment 45% des lauréats.

✓ **La répartition par profession (concours interne) (D3S)**



Le personnel administratif est bien représenté (71% des inscrits), dont les corps d'attachés des trois fonctions publiques (29%). Toutefois, le profil des candidats au concours interne de D3S est plus large que celui des DH, puisqu'un nombre important de personnels soignants ou socio-éducatifs (24%) se présente à ce concours.

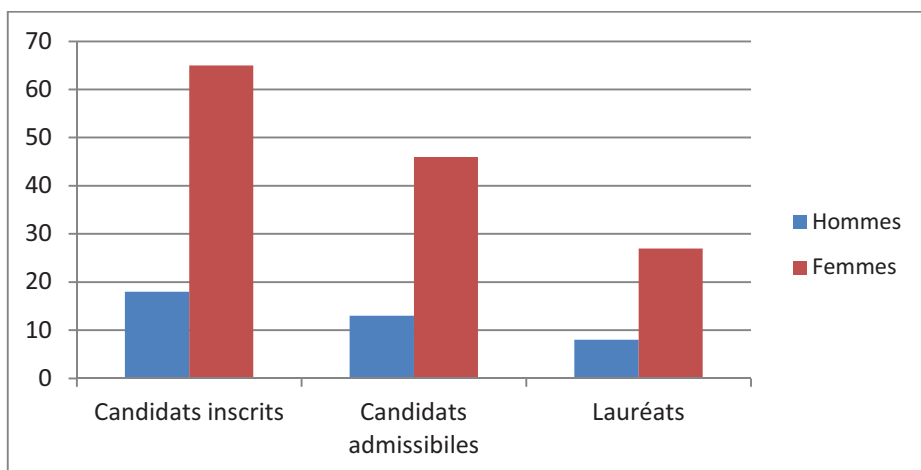
II.3.2.5.3- Directeur des soins (DS)

✓ **Nombre de postes, de candidats inscrits, présents, etc... (DS)**

Année	Postes ouverts	Candidats admis à concourir	Candidats présents	% de Présents	Admissibles	Admis	Ratio Postes/Admis	Taux de réussite Admis/Présents
2010								
Externe	4	1	1	100,00%	0	0	0,00	0,00%
Interne	31	111	106	95,50%	60	31	1,00	29,25%
Total	35	112	107	95,54%	60	31	0,89	28,97%
2011*								
Externe	4	1	1	100,00%	1	1	0,25	100,00%
Interne	31	94	92	97,87%	63	34	1,10	36,96%
Total	35	95	93	97,89%	64	35	1,00	37,63%
2012								
Externe	4	4	4	100,00%	1	1	0,25	25,00%
Interne	36	79	77	97,47%	58	34	0,94	44,16%
Total	40	83	81	97,59%	59	35	0,88	43,21%

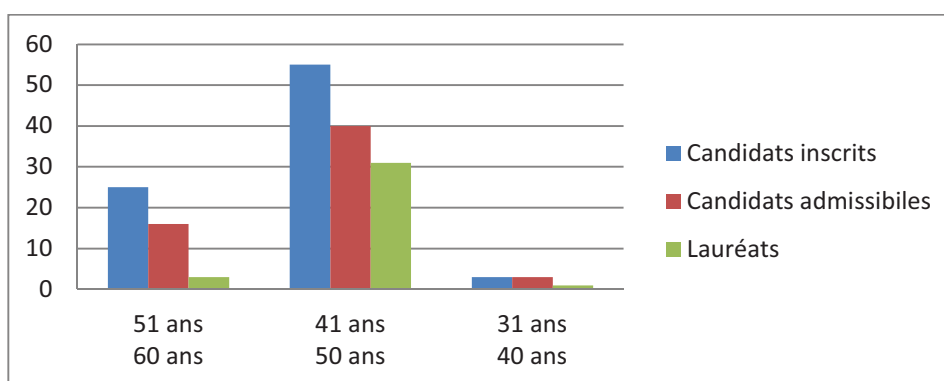
Malgré son ouverture à l'ensemble de la fonction publique, la diminution du nombre de candidats au concours interne de directeur des soins se poursuit (-13% en 2012 par rapport à 2011) et le concours externe, ouvert aux cadres soignants des ESPIC, reste encore peu attractif (2 candidats en 2009, 1 candidat en 2010 et en 2011, 4 en 2012). Malgré un taux de réussite en hausse (43,21% en 2012, contre 37,63% en 2011) la totalité des postes n'a pu être pourvue. Toutefois, ce concours est celui qui connaît, comme les années précédentes, le taux de participation le plus élevé (près de 98%).

✓ **La répartition hommes/femmes (concours externe et interne) (DS)**



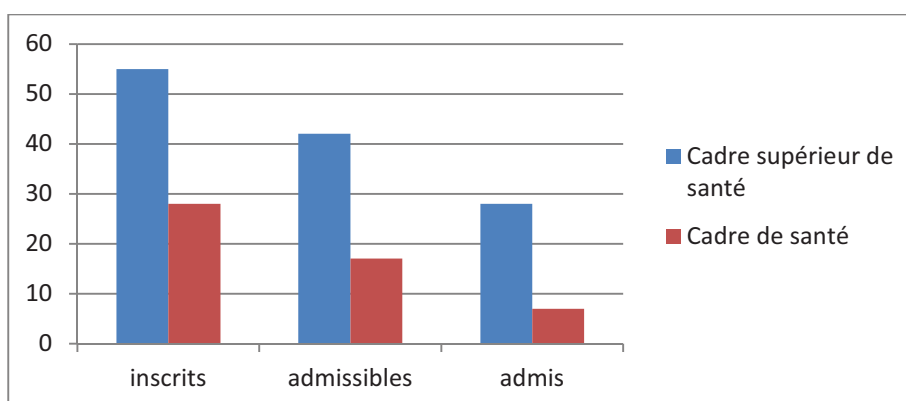
Dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les femmes sont surreprésentées dans les professions infirmières, médico-techniques et de rééducation. Cette situation se retrouve dans une moindre mesure chez les candidats au concours de directeur des soins. En effet en 2012, les hommes représentent 22% des candidats inscrits et des admissibles et 23% des lauréats.

✓ **La pyramide des âges (concours externe et interne) (DS)**



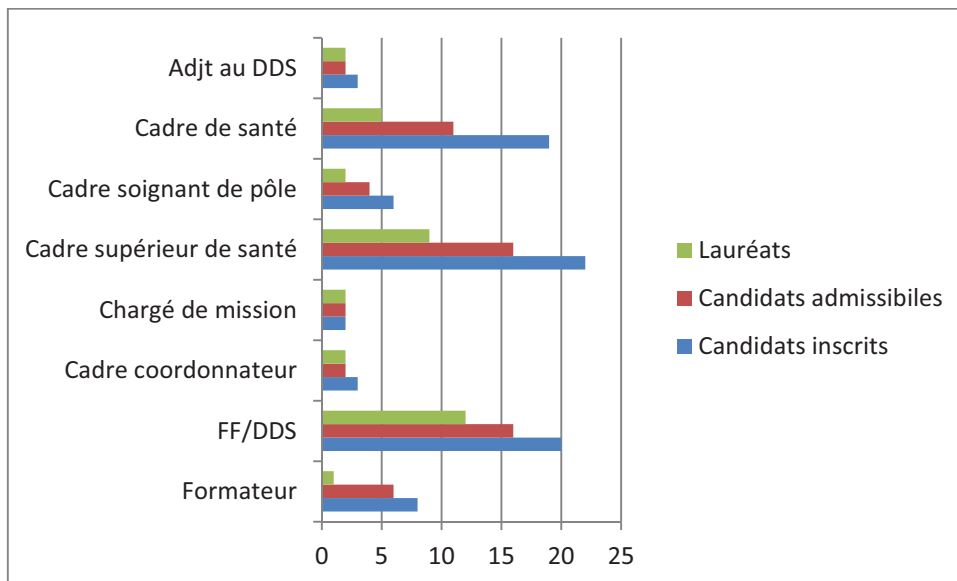
L'essentiel des candidats se situe dans la tranche d'âge de 41/50 ans. Ils représentent 66% des candidats inscrits au concours, 68% des candidats admissibles et 88,50% des lauréats.

✓ **La répartition des candidats par corps (concours externe et interne) (DS)**



Si l'essentiel des candidats inscrits appartient au grade des cadres supérieurs de santé (66%), la grande majorité des candidats admissibles (71%) et des lauréats (80%) est issu du grade de cadre de santé.

✓ **La répartition par fonction (concours externe et interne) (DS)**



En 2012, il convient de noter que 24% des candidats inscrits (20/83) faisaient fonction de directeur des soins. Cette proportion monte à 34% parmi les lauréats (12/35).

II.3.2.5.4- Attaché d'administration hospitalière (AAH)

✓ Nouveaux dispositifs

⇒ Mise en place d'un troisième concours (AAH)

Le décret du 19 décembre 2001 portant statut du corps des AAH a été modifié en 2011 afin d'accroître l'attractivité de ce corps via les conditions de recrutement (cycle préparatoire ouvert aux fonctionnaires et agents publics des trois fonctions publiques, introduction du 3^{ème} concours ouvert aux professionnels du secteur privé) et de formation (statut d'élève en détachement pour un an à l'EHESP, avec affectation en établissement à l'issue de la formation) sur le modèle des trois corps de directeurs.

Ce nouveau dispositif a été mis en place pour le concours de 2011. Ainsi les lauréats de ce concours d'attaché d'administration hospitalière sont entrés à l'EHESP le 1^{er} janvier 2012 en qualité d'élèves pour y suivre une formation d'un an. Ces derniers ont été effectivement affectés dans un établissement le 1^{er} janvier 2013, sous réserve d'avoir validé leur formation.

✓ Nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admis (AAH)

Année	Postes ouverts	Candidats admis à concourir	Candidats présents	% de Présents	Admissibles	Admis	Ratio Postes/Admis	Taux de réussite Admis/Présents
2010								
Externe	23	453	265	58,50%	61	23	1,00	8,68%
Interne	22	361	276	76,45%	40	22	1,00	7,97%
Total	45	814	541	66,46%	101	45	1,00	8,32%
2011								
Externe	25	550	295	53,64%	61	25	1,00	8,47%
Interne	25	304	209	68,75%	52	25	1,00	11,96%
Total	50	854	504	59,02%	113	50	1,00	9,92%
2012								
Externe	25	348	159	45,69%	76	30	1,20	18,87%
Interne	20	157	118	75,16%	29	20	1,00	16,95%
3ème concours	5	6	3	50,00%	1	0	0,00	0,00%
Total	50	511	280	54,79%	106	50	1,00	17,86%

L'année 2012 est une année de transition pour les candidats au concours d'AAH. En effet, outre l'introduction du 3^{ème} concours ouvert aux personnes exerçant notamment dans le privé, des modifications substantielles sont intervenues dans l'architecture du concours (création d'une épreuve écrite supplémentaire, introduction du dossier de reconnaissances des acquis et de l'expérience professionnelle). Tous ces éléments expliquent la forte baisse des effectifs inscrits à ce concours qui ne devrait pas se reproduire en 2013.

✓ *La répartition par Centre d'examen (AAH)*

CENTRE	Concours	Inscrits	Présents	% de Présents	CENTRE	Concours	Inscrits	Présents	% de Présents
2011					2012				
*FORT-DE-FRANCE	Externe	12	2	16,67%	*BASSE TERRE	Externe	4	2	50,00%
	Interne	11	8	72,73%		Interne	9	7	77,78%
	Total	23	10	43,48%		Total	13	9	69,23%
LYON	Externe	119	55	46,22%	LYON	Externe	73	32	43,84%
	Interne	45	32	71,11%		Interne	27	18	66,67%
	Total	164	87	53,05%		Total	100	50	50,00%
PARIS	Externe	297	164	55,22%	PARIS	Externe	205	93	45,37%
	Interne	208	143	68,75%		Interne	113	87	76,99%
	Total	505	307	60,79%		Total	323	182	56,35%
SAINT DENIS DE LA REUNION	Externe	3	2	66,67%	SAINT DENIS DE LA REUNION	Externe	5	1	20,00%
	Interne	9	5	55,56%		Interne	2	1	50,00%
	Total	12	7	58,33%		Total	7	2	28,57%
TOULOUSE	Externe	119	72	60,50%	TOULOUSE	Externe	59	30	50,85%
	Interne	31	21	67,74%		Interne	8	5	62,50%
	Total	150	93	62,00%		Total	68	36	52,94%
TOTAL	Externe	550	295	53,64%	TOTAL	Externe	346	158	45,66%
	Interne	304	209	68,75%		Interne	159	118	74,21%
	Total	854	504	59,02%		Total	511	279	54,60%

* NB : les centres de Fort-de-France et de Pointe-a-Pitre sont ouverts alternativement

Comme l'année précédente, les deux centres d'examen des DOM ont pu être ouverts. La diminution générale du taux de participation se retrouve sur l'ensemble des centres d'examen. On peut cependant noter que comme chaque année, la participation est plus élevée chez les candidats au concours interne que celle des candidats au concours externe.

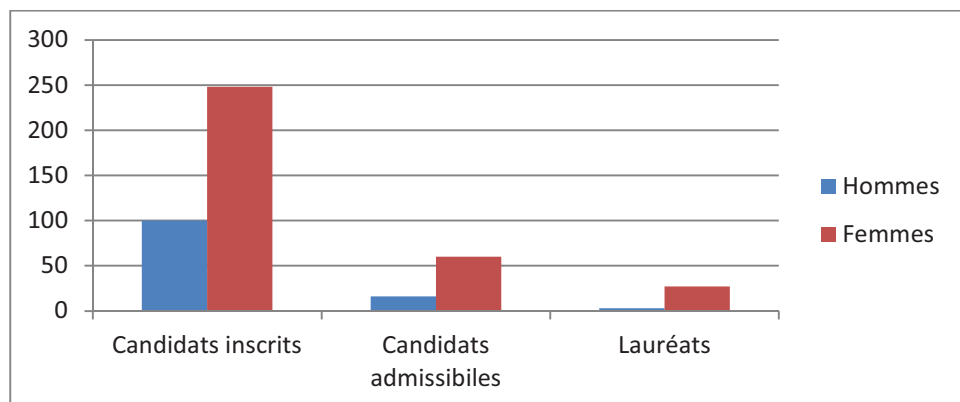
✓ *Répartition des inscriptions au sein de l'entité Antilles-Guyane (AAH)*

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Autre*	Total
2011 (Fort-de-France)					
Concours externe	1	0	11	0	12
Concours interne	6	2	3	0	11
Total	7	2	14	0	23
2012 (Basse-Terre)					
Concours externe	1	0	11	0	12
Concours interne	6	2	3	0	11
3 ^{ème} concours	0	0	0	0	0
Total	7	2	14	0	23

Alors qu'en 2010 les candidats originaires de la Guadeloupe (22) étaient surreprésentés, ce sont les candidats de la Martinique qui forment en 2011 le plus fort contingent (14). On constate enfin la présence de candidats de la Guyane pour la deuxième année. Ce faisant, au global, on note un fort recul du nombre de candidats (- 32,35%).

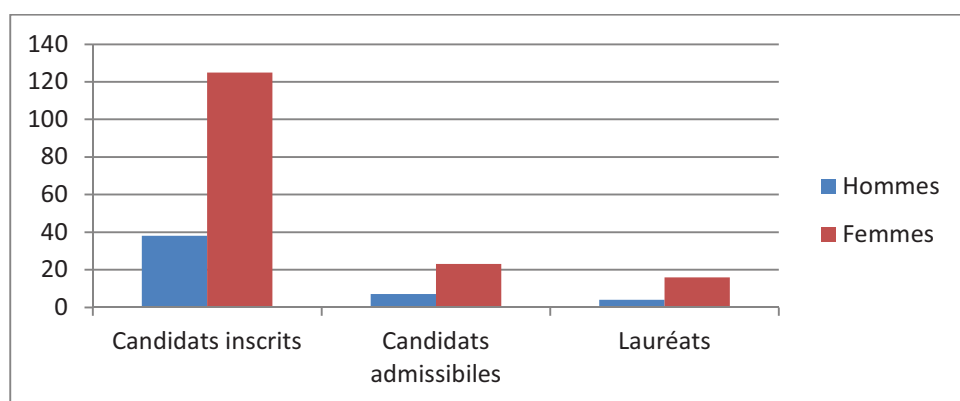
✓ **La répartition Hommes/Femmes (AAH)**

⇒ **Le concours externe (AAH)**



En 2012, parmi les 348 candidats inscrits au concours externe, les femmes forment l'essentiel des inscrits (71%) et représentent plus de 79% des admissibles et 90% des lauréats.

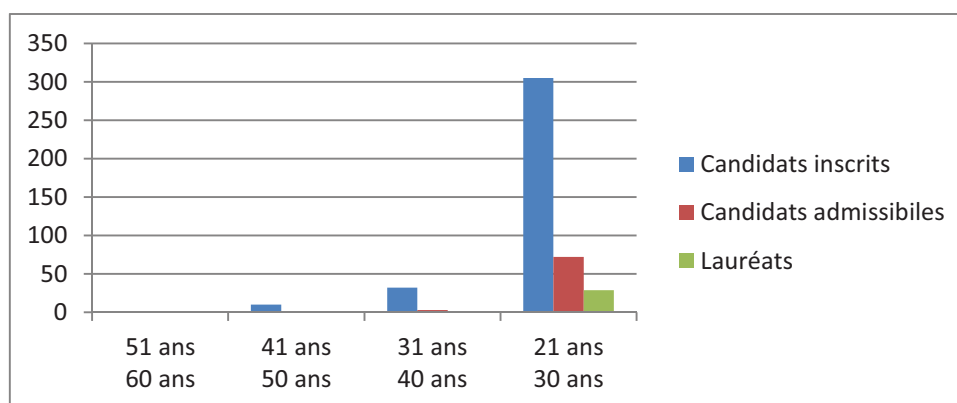
⇒ **Le concours interne et le troisième concours (AAH)**



Sur 163 candidats inscrits, les femmes représentent 74% des inscrits, 71% des admissibles et 60% des lauréats. La répartition Hommes/Femmes parmi les lauréats est en partie équilibrée.

✓ **La pyramide des âges (AAH)**

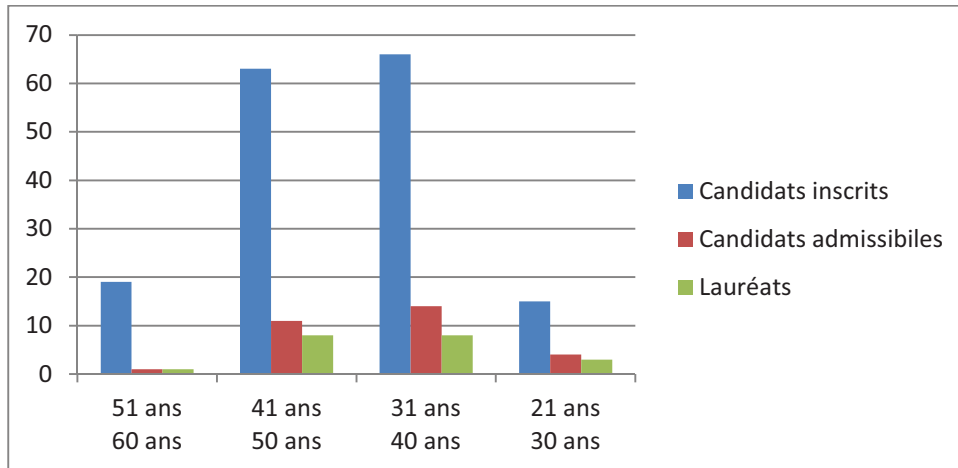
⇒ **Le concours externe (AAH)**



Comme pour les concours externes d'accès aux deux corps de direction, les personnes se présentant au concours externe d'AAH ont un profil étudiant (99,50% des candidats et 100% des lauréats) et se situent dans la tranche d'âges de 21/30 ans.

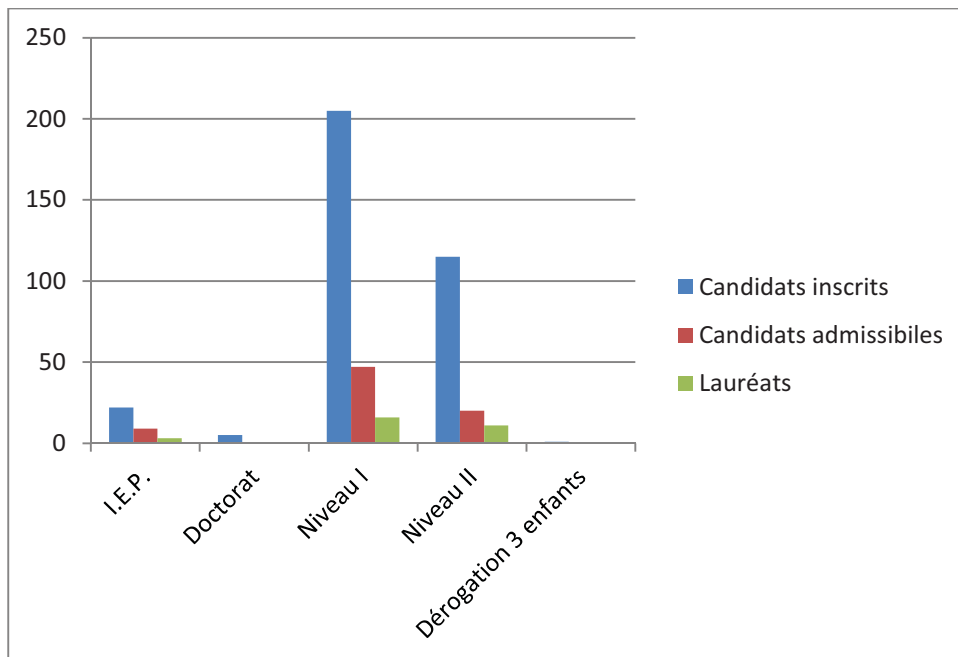
⇒ **Le concours interne et le 3^{ème} concours (AAH)**

Au regard du nombre de candidats inscrits au 3^{ème} concours (6), les données le concernant sont regroupées avec le concours interne.



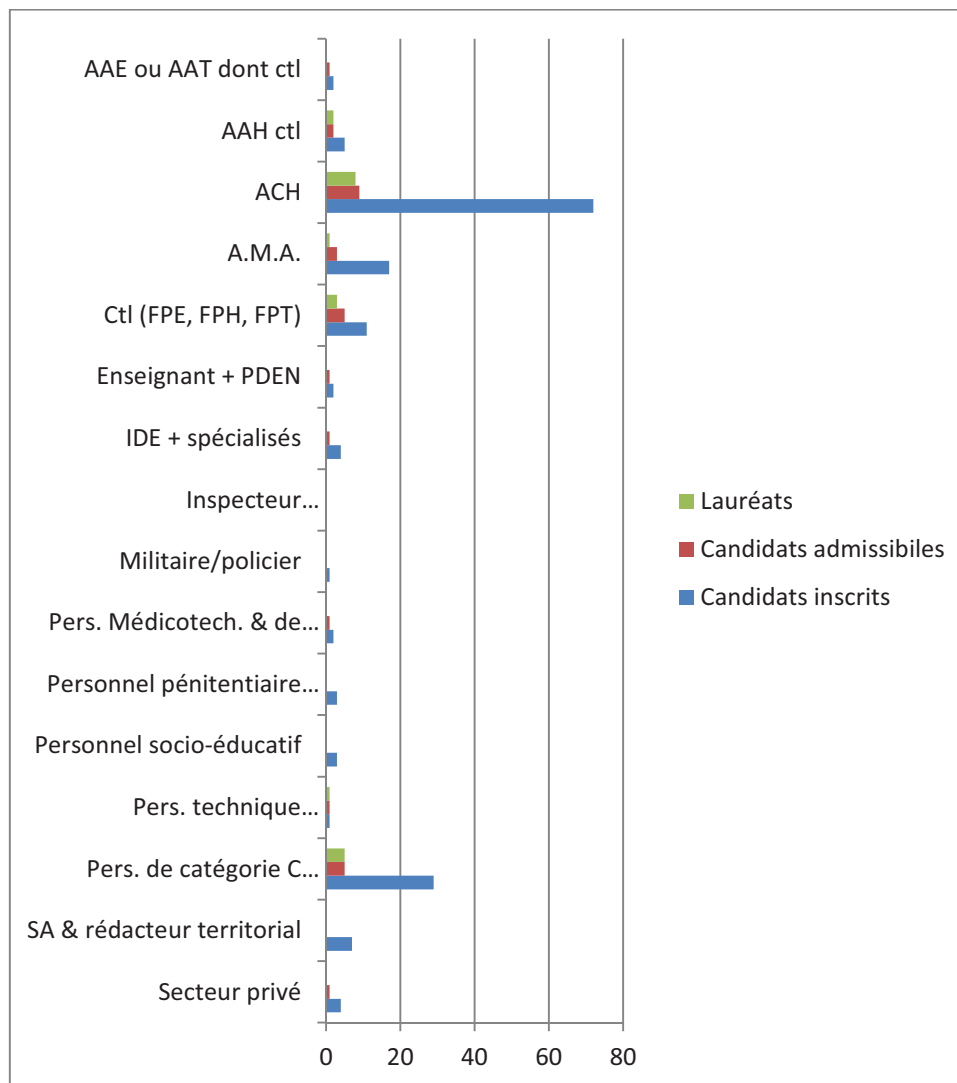
Parmi les 163 personnes se présentant au concours interne d'AAH, 79% se situent dans la tranche d'âge de 31/50 ans (79%). Dans cette même tranche d'âge, elles représentent également plus de 83% des admissibles et 80% des lauréats.

✓ **Cursus universitaire des candidats au concours externe (AAH)**



Comme pour les concours externes d'accès aux deux corps de direction, les personnes se présentant au concours externe d'AAH ont un profil étudiant. Ils sont titulaires d'un diplôme de niveau I (59% des inscrits et 53% des lauréats) ou de niveau II (33% des inscrits et 36% des lauréats). En revanche, seuls 6% des inscrits et 10% des lauréats possèdent un diplôme de l'un des Instituts d'études politiques.

✓ **La répartition par profession (concours interne et 3^{ème} concours) (AAH)**



Quelle que soit l'étape du concours, les candidats sont majoritairement issus des deux corps de la catégorie B hospitalière (Adjoint des cadres hospitaliers et assistant médico-administratifs ex-secrétaire médical), vivier naturel du corps des attachés d'administration hospitalière. Ceux-ci représentent 54,50% des candidats inscrits, 40% des Admissibles et 45% des lauréats (soit 9/20). La rubrique « secteur privé » fait référence aux candidats du 3^{ème} concours.

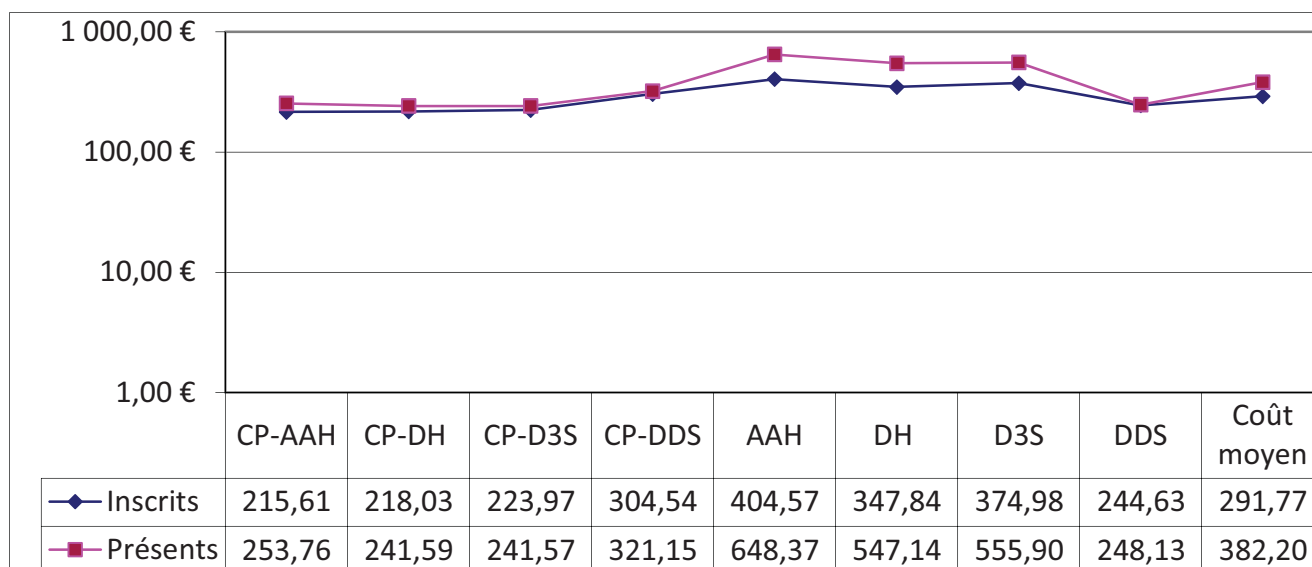
III.3.2.6- Coûts des concours

En 2012, le CNG a consacré plus d'**1,7M€** à l'organisation de ces concours administratifs nationaux. Il s'agit des prestations relative aux :

- mise à disposition de salles équipées pour les épreuves écrites et pour les épreuves orales ;
- mise à disposition d'équipes de surveillants pour les épreuves écrites et pour les épreuves orales ;
- reprographie des sujets ;
- reprographie et transport sécurisé des copies des candidats.

A ces services, viennent s'ajouter les coûts liés à la première en charge des indemnités de jurys.

✓ *Coût candidats par concours en 2012*



Pour un total de 8 concours, le coût moyen est de 291,77€ par candidat inscrit et de 382,20€ par candidat présent. Ce coût correspond à une diminution de 4,63€ (soit -1,60%) par candidat inscrit et de 64,54€ (soit - 14,50%) par candidat présent par rapport à l'an dernier.

II.4- Encourager et accentuer l'accompagnement personnalisé des praticiens et des directeurs, étendu à la prise en charge d'équipes

II.4.1- Dispositifs d'accompagnement du CNG : l'offre de service de l'unité mobilité développement-professionnel (UMDP)

➤ **Les bénéficiaires**

Le CNG propose aux praticiens hospitaliers (temps plein et temps partiel) et aux directeurs (Directeur d'hôpital (DH), Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), et directeur des soins (DS)) de la fonction publique hospitalière), un accompagnement personnalisé tout au long de leur parcours professionnel pour contribuer à leur développement managérial et professionnel ou les accompagner dans leur évolution de carrière.

➤ **L'accompagnement et ses modalités de mise en oeuvre**

L'accompagnement consiste en une série d'entretiens individuels avec un conseiller-développement (coach), entretiens qui peuvent, en tant que de besoin, s'articuler avec la participation à des ateliers collectifs. Selon la demande, sont proposés un bilan professionnel, un soutien à l'élaboration d'un projet, un appui méthodologique à la présentation de candidatures ou des séances de coaching.

Le coaching permet d'atteindre des objectifs initialement définis, par exemple : optimisation des potentiels et compétences managériales, gestion d'une situation relationnelle complexe, repositionnement professionnel, prise de recul sur une situation professionnelle, optimisation de l'assertivité ou de la confiance, accompagnement dans le cadre d'une restructuration ou d'un changement organisationnel. Il constitue, pour le professionnel accompagné, un moyen d'obtenir des résultats concrets, tout en développant son autonomie.

Par ailleurs, des ateliers thématiques, réunissant une dizaine de professionnels permettent des moments d'échange et la participation à des réseaux avec d'autres professionnels ainsi que la diffusion d'informations ou la réflexion sur certaines thématiques en vue de contribuer au développement professionnel des intéressés.

En parallèle de ces démarches d'accompagnement, des missions peuvent être réalisées et/ou des formations proposées en fonction du besoin et du projet du professionnel accompagné.

Chaque parcours d'accompagnement est spécifique et personnalisé afin de répondre à la situation particulière du professionnel. Il peut prendre la forme d'un appui à la mobilité ou au développement professionnel avec ou sans placement en recherche d'affectation (RA).

L'accompagnement fait l'objet d'un contrat entre le conseiller-développement et le professionnel lorsqu'il est réalisé sous la forme d'un coaching.

➤ **Les coachs en charge de l'accompagnement**

Cet accompagnement est réalisé par les conseillers-développement (coachs) de l'UMDP ou par l'un des prestataires associés. Tous les membres de l'équipe sont formés au coaching professionnel, aux techniques de bilan de carrière et de recherche d'emploi. Ils sont soumis aux règles de confidentialité et à la déontologie propre aux métiers de l'accompagnement.

L'UMDP travaille en complémentarité avec les départements de gestion qui ont en charge les questions statutaires et de la gestion de carrière des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière (FPH).

II.4.2- Accompagnements réalisés en 2012

II.4.2.1- Accompagnement dans le cadre de la recherche d'affectation (RA) ou hors recherche d'affectation (HRA)

II.4.2.1.1- Professionnels accompagnés

Volume général

- **Nombre de professionnels accompagnés au cours de l'exercice 2012 (RA + HRA) : 288, contre 310 en 2011**

Cette baisse est imputable à la diminution du nombre de RA sur l'exercice, baisse ayant un impact sur le nombre de professionnels accompagnés en 2012 (-7,09% en un an), malgré la hausse des accompagnements HRA.

- ✓ **Répartition par type d'accompagnement : RA/HRA**



Le ratio entre les accompagnements en RA (33 %) et HRA (67 %) évolue de +6 points au profit de l'accompagnement HRA. Ceci s'explique, notamment, par la baisse de la volumétrie des accompagnements en RA en 2012 alors que, dans le même temps, l'accompagnement HRA poursuit son développement constant depuis la mise en œuvre du dispositif.

- ✓ **Répartition des professionnels accompagnés par catégorie statutaire**

EFFECTIFS ACCOMPAGNES en 2012	RA	HRA	TOTAL	
			en nombre	%
DH	30	63	93	32,3%
D3S	18	48	66	23,0%
DS	1	0	1	0,3%
Sous-total directeurs	49	111	160	55,6%
PH	46	82	128	44,4%
TOTAL	95 (33%)	193 (67%)	288	100%

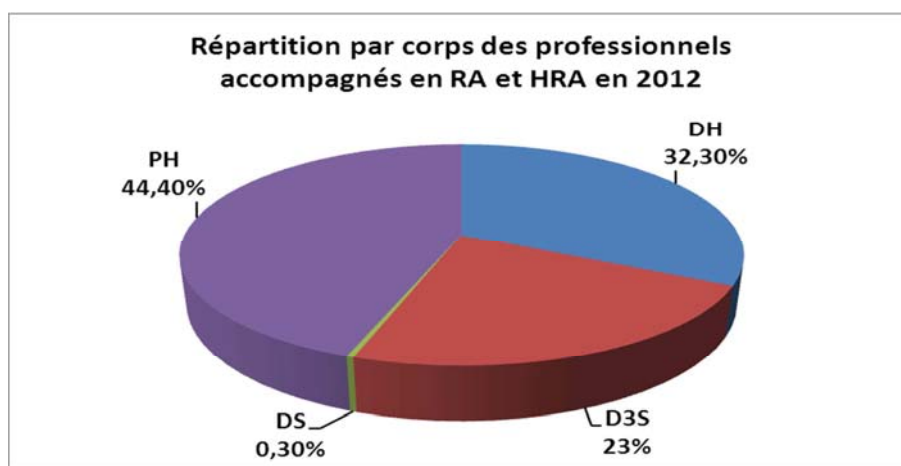
Les directeurs sont plus représentés dans les accompagnements dispensés par l'UMDP que les praticiens hospitaliers (même tendance qu'en 2010 et 2011).

<i>EFFECTIFS ACCOMPAGNES 2012/2011</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>%</i>
<i>DH</i>	93	86	+ 8,13%
<i>D3S</i>	66	83	- 20,5%
<i>DS</i>	1	6	NS *
<i>Sous-total directeurs</i>	160	175	- 8,6%
<i>PH</i>	128	135	- 5,2%
TOTAL	288	310	-7,09%

* Non significatif

Les évolutions significatives entre 2012 et 2011 concernent les directeurs : augmentation du nombre d'accompagnements de DH et baisse de celle des D3S (tendance inversée par rapport à 2011, exercice au cours duquel une hausse marquée (+33,9%) des accompagnements de D3S avait pu être observée).

✓ *Poids relatif par corps de professionnels accompagnés*



Les PH représentent 44,4% des professionnels accompagnés (43% en 2011), les DH : 32,30% (28% en 2011), les D3S : 23% (27% en 2011), les DS : 0,30% (2% en 2011). La répartition des accompagnements entre les PH et les directeurs évolue peu entre 2011 et 2012 (+1,4% au profit des PH).

Concernant les corps de direction, on peut noter une progression de 4,3 points en un an, pour les accompagnements de DH et un recul de 4 points pour les accompagnements de D3S. Comme en 2011, le corps des DS ne représente qu'une part très minoritaire des accompagnements conduits par l'UMDP (0,3%).

✓ *Professionnels accompagnés/effectif national correspondant*

CORPS	NOMBRE	Effectif rémunéré CNG au 01/01/2013	%
DH	93	2617	3,55%
D3S	66	1645	4,01%
DS	1	764	1,30%
Total directeurs	160	5026	3,18 %
PH	128	42267	0,30%
TOTAL	288	47293	0,61%

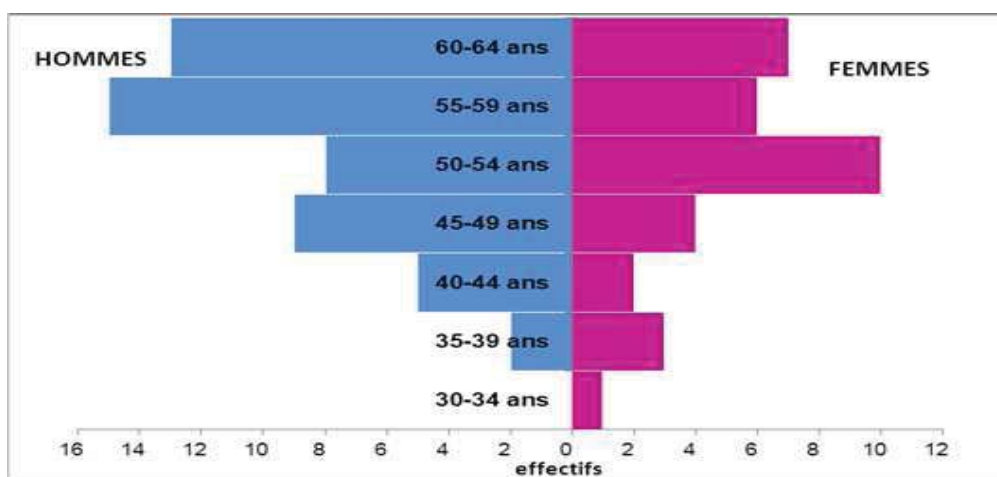
Les DH et les D3S restent les deux catégories professionnelles les plus accompagnées dans le cadre des dispositifs mis en œuvre par le CNG.

✓ **Age moyen par corps et par tranche d'âge des professionnels accompagnés**

Age Moyen			
	RA	HRA	Niveau national
DH	56	52	50,1ans
D3S	48	46	47,1ans
DS	59	—	55 ans
PH	55	52	49,8 ans
Moyenne	54	50	/
âge moyen (RA et HRA) = 51 ans			

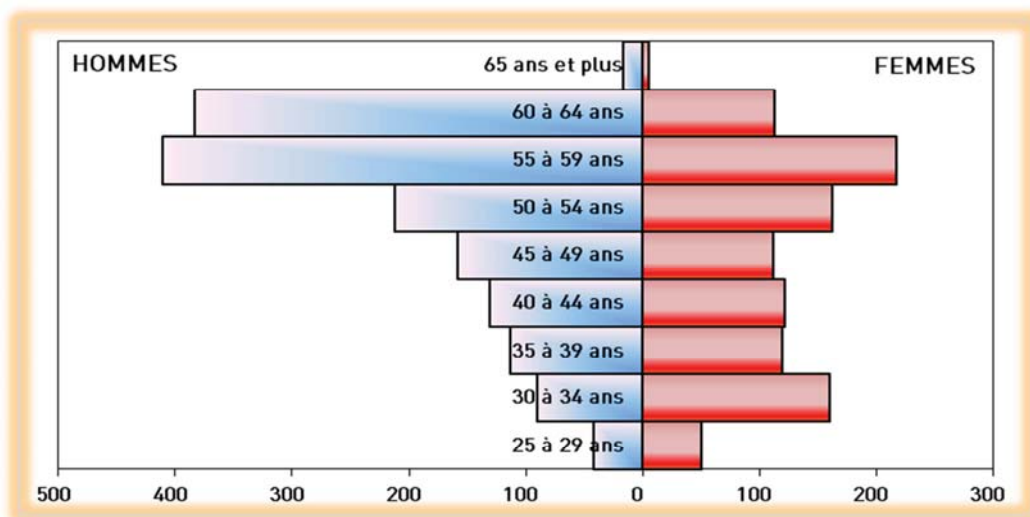
L'âge moyen des professionnels accompagnés évolue légèrement à la hausse (51 ans, contre 50 ans en 2011), tant pour les professionnels accompagnés en RA que pour ceux accompagnés HRA et ce, dans tous les corps. L'âge moyen reflète toutefois des disparités importantes en termes d'amplitude des âges, en particulier concernant la population des D3S. L'âge moyen des DH accompagnés est sensiblement supérieur à l'âge moyen du corps au plan national, en particulier pour les professionnels en RA. La tendance est identique pour les PH.

✓ **Pyramide des âges des DH accompagnés par l'UMDP en 2012**

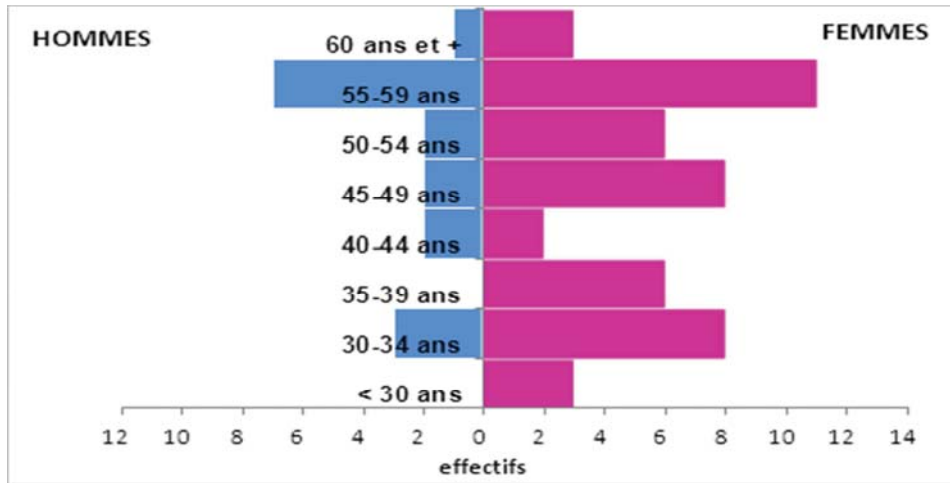


Les tranches d'âge de 50/64 ans sont les plus représentées dans les accompagnements de DH réalisés par l'UMDP. Ces données sont en cohérence avec les données nationales notamment pour la tranche de 55-59 ans qui est la plus représentée dans le corps des DH.

✓ **Pyramide des âges des DH au niveau national au 01/01/2013**

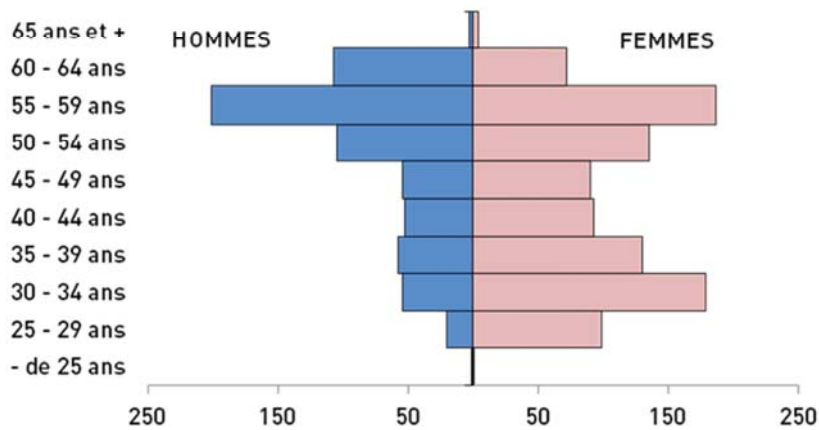


✓ **Pyramide des âges des D3S accompagnés par l'UMDP en 2012**

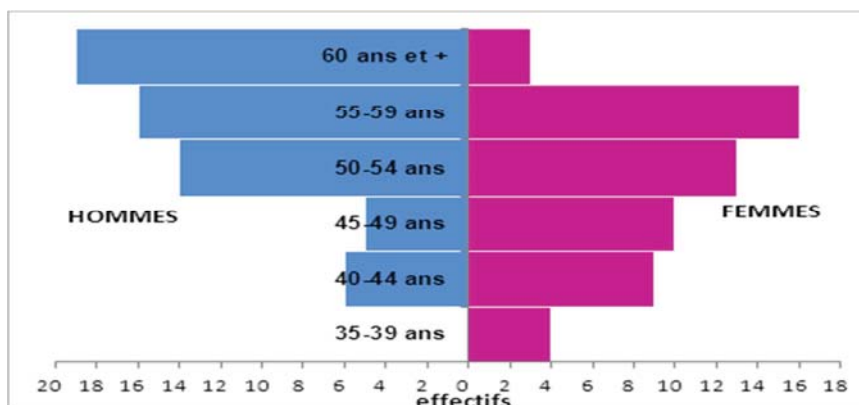


Comme en 2011, les tranches d'âge de 30-34 ans et de 55-59 ans sont les plus représentées dans les accompagnements, comme elles le sont au plan des effectifs nationaux.

Pyramide des âges des D3S au 01/01/2013

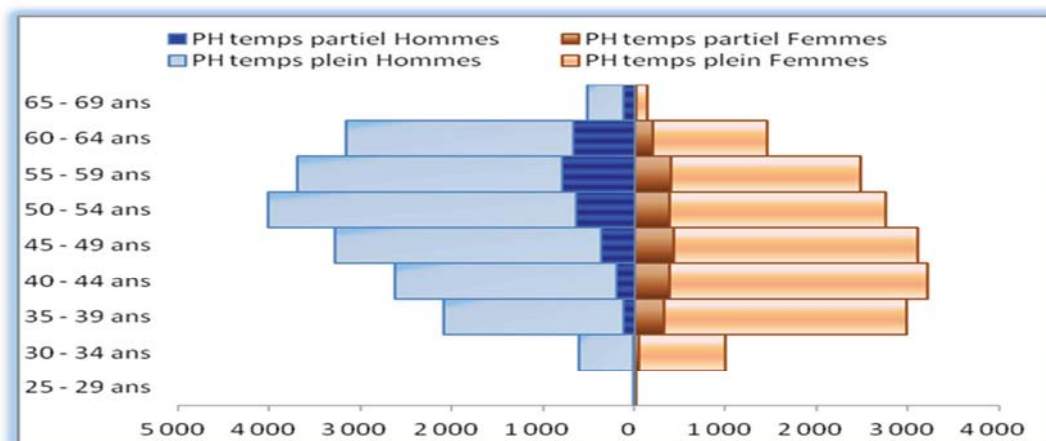


✓ **Pyramide des âges des PH accompagnés par l'UMDP en 2012**



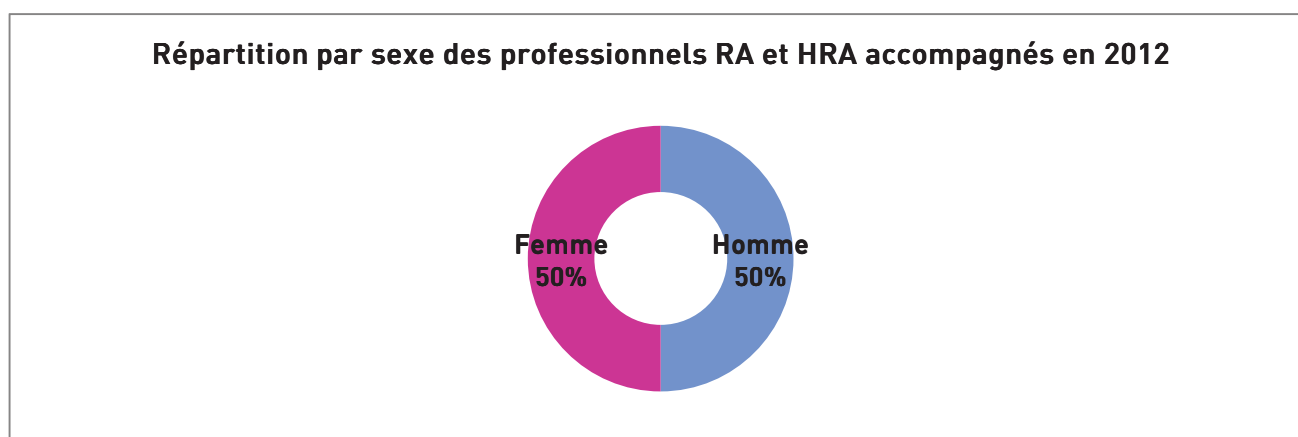
La tendance observée depuis 2010 se confirme : l'accompagnement concerne peu les PH de moins de 40 ans. La tranche la plus représentée est, comme pour les autres corps, la tranche de 55/59 ans et ce, bien qu'elle ne soit pas la plus représentée au plan national.

✓ **Pyramide des âges des PH au niveau national au 01/01/2013**



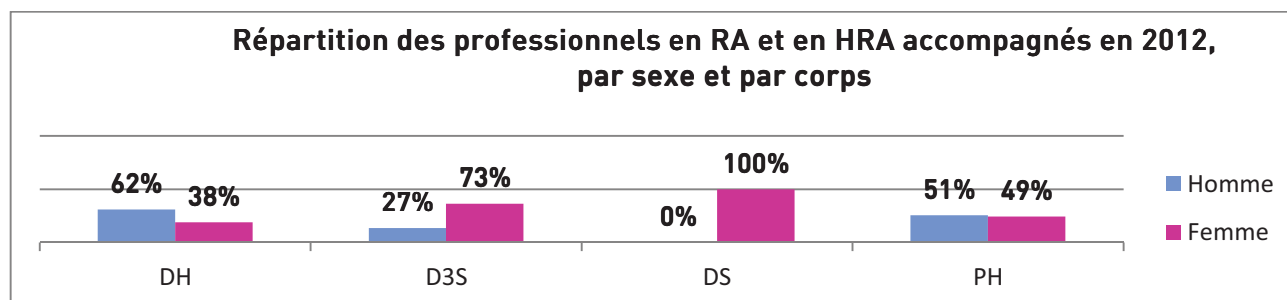
✓ **Répartition par sexe et par corps des professionnels accompagnés**

⇒ **Répartition globale par sexe**



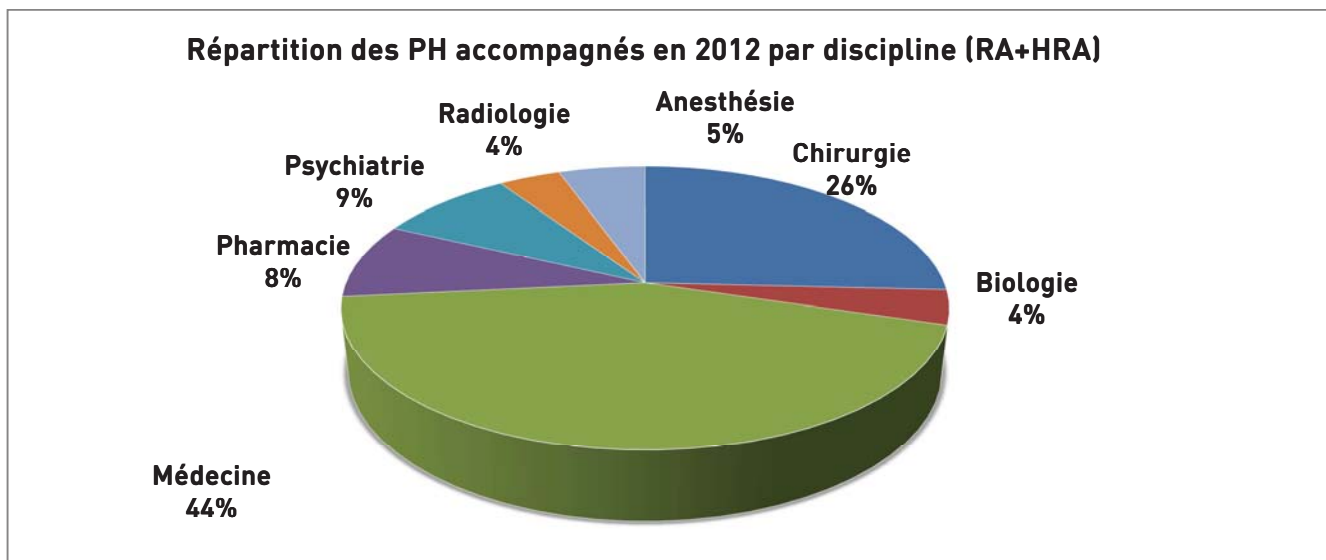
Une parfaite parité hommes/femmes est à relever dans les accompagnements réalisés en 2012 par l'UMDP.

⇒ **Répartition par sexe et corps**



Les données relatives aux DS sont peu significatives en 2012 car elles portent sur un seul professionnel accompagné au cours de l'exercice. Comme en 2011, le nombre de femmes directrices d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) bénéficiant d'un accompagnement professionnel est presque 3 fois plus élevé que celui de leurs collègues hommes (alors qu'au plan national les femmes représentent 60% de l'effectif global, contre 40% pour les hommes). Le ratio hommes/femmes dans les accompagnements des DH et des PH est très proche de la répartition de leurs effectifs respectifs au plan national. Globalement la répartition des professionnels accompagnés en 2012 par sexe et par corps évolue faiblement par rapport à celle de 2011.

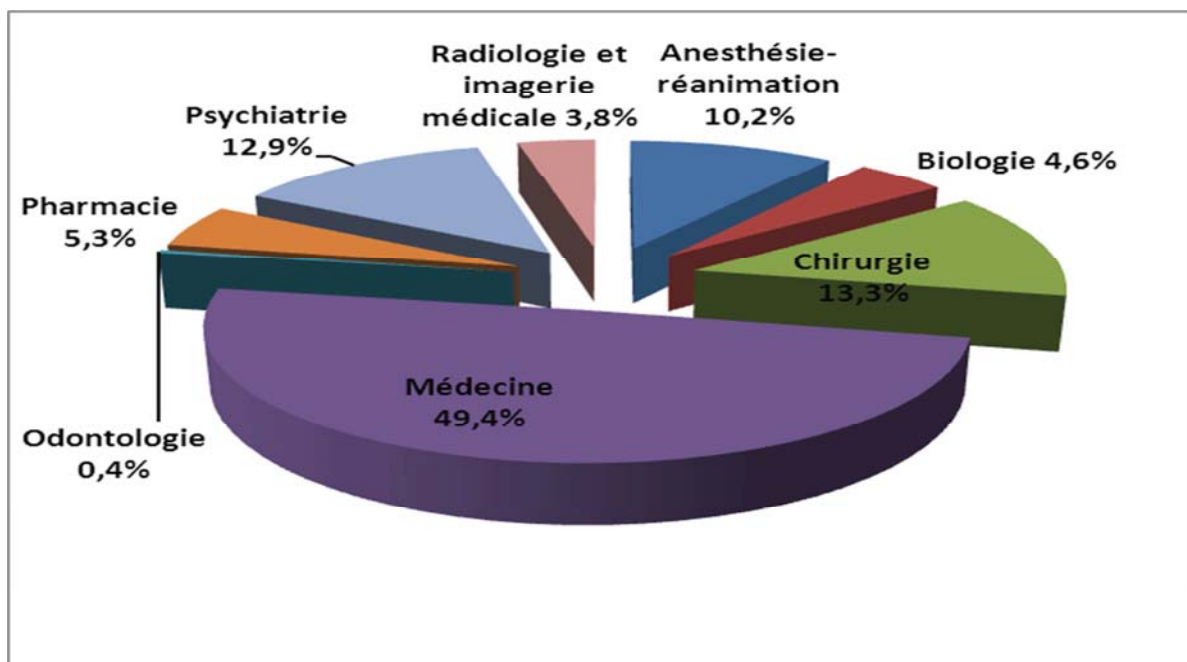
✓ *Répartition des PH par discipline et comparatif par rapport aux données nationales*



La médecine et la chirurgie sont les deux disciplines les plus représentées dans les accompagnements, comme elles le sont dans les statistiques au plan national. Par rapport à 2011, la part de la médecine est quasi identique (-1 point) et celle de la chirurgie en léger recul (-3 points).

L'augmentation de la part des accompagnements des anesthésistes est importante mais fait suite à une baisse marquée sur l'exercice 2011. L'augmentation de la part relative à l'accompagnement des psychiatres est également à relever en 2012. Toutefois, leur poids relatif reste inférieur à la part que ces deux disciplines représentent au plan national.

✓ *Répartition nationale des PH au 01/01/2013*



Les dispositifs mis en œuvre pour les professionnels en RA et HRA

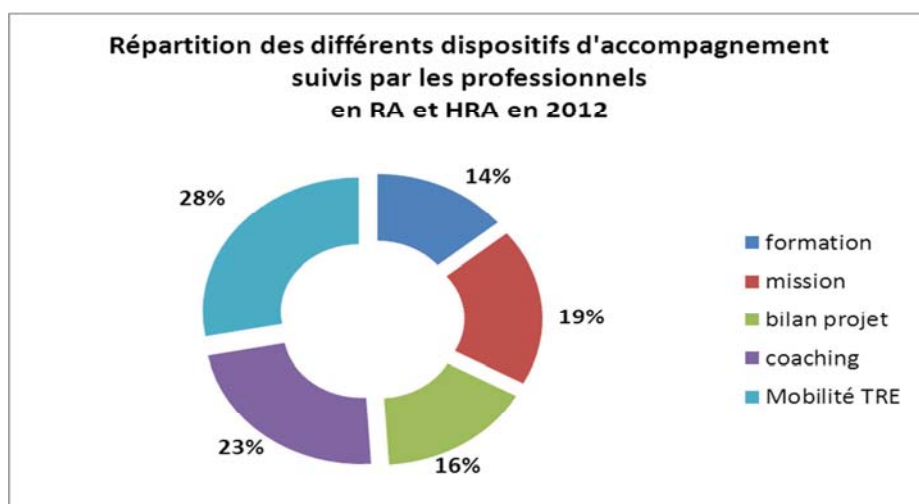
Les dispositifs d'accompagnement en 2012 hors ateliers						
	formation	mission	bilan projet	coaching	Mobilité TRE *	Total
DH	15	16	13	20	40	104
D3S	9	12	11	26	26	84
DS	2	2	0	0	0	4
Sous-total directeurs	26	30	24	46	66	192
PH	20	29	30	29	27	135
Total RA + HRA	46	59	54	75	93	327
Répartition	14%	19%	16%	23%	28%	100%

* TRE = Techniques de recherche d'emploi. Un même professionnel peut bénéficier de plusieurs prestations d'accompagnement. Les missions et les formations sont, sauf exception, dédiées aux professionnels en RA.

Alors que le nombre de professionnels accompagnés baisse de 7,09%, l'utilisation des différents dispositifs d'accompagnement enregistre une diminution plus faible (4,94%). Parmi les dispositifs d'accompagnement utilisés, les plus sollicités en 2012 sont les techniques de recherche d'emploi (TRE) et le coaching, comme en 2011.

Ceci s'explique, notamment, par la volumétrie des demandes de professionnels en HRA qui souhaitent être accompagnés dans leur développement professionnel (exemple : optimisation de leur potentiel/compétences managériales), dans la résolution d'une difficulté professionnelle passagère, dans la prise d'un nouveau poste, dans la réflexion sur leur parcours et leur avenir professionnel et dans la préparation de leurs outils de communication (CV/lettre motivation) et de leurs entretiens de recrutement.

Les directeurs utilisent plus les dispositifs d'accompagnement de type coaching et TRE. Les praticiens hospitaliers s'inscrivent en 2012 de façon assez équilibrée dans tous les dispositifs.



Les dispositifs de coaching et d'accompagnement mobilité TRE sont prépondérants, tous corps confondus.

En complément des dispositifs précités, des ateliers collectifs d'une ou de deux journées sont proposés aux professionnels accompagnés. Trois types d'ateliers sont proposés par l'unité :

- L'atelier « réseau », créé en 2008, est destiné aux professionnels qui envisagent une mobilité ou une reconversion. Il est organisé notamment autour de l'apport d'une méthodologie, de mises en situation (prise de RV téléphoniques, préparation des entretiens, conduite d'un entretien réseau, développement du réseau) et d'échanges interactifs entre les participants.

- L'atelier « développement professionnel » initialisé en 2011 et reconduit en 2012 à destination des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social a pour principal objectif de permettre aux participants de prendre du recul et de contribuer à remobiliser les compétences nécessaires à leurs fonctions, d'élargir le champ des perspectives avec l'apport d'autres expériences, de rompre l'isolement géographique et fonctionnel en créant des liens et des réseaux nouveaux.
- Enfin, en 2012, un nouvel atelier a été créé : « mieux se connaître pour mieux interagir avec les autres » (MCM). Cet atelier s'adresse à tous les professionnels suivis par le CNG, qui le souhaitent. Il vise au développement des compétences relationnelles des professionnels (en vue de favoriser une meilleure coopération et complémentarité au sein des équipes), à partir notamment d'une réflexion sur leur propre mode de fonctionnement.

Les ateliers sont co-animés par 2 membres de l'équipe des conseillers-développement.

En 2012, 43 professionnels ont participé à 1 atelier, soit 15% des effectifs accompagnés (contre 10% en 2011).

II.4.2.1.2- Les flux de professionnels enregistrés en 2012

➤ Les entrées

✓ Nombre d'entrées dans les dispositifs entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} décembre 2012 par corps

CORPS	Nombre d'entrées en 2012	Nombre d'entrées 2011	% d'évolution 2010/2011
DH	52	46	+ 13,04%
D3S	36	51	- 29,4 %
DS	0	4	NS*
Total directeurs	88 (54%)	101 (59 %)	- 12,9 %
PH	74 (46%)	70 (41%)	+ 5,7 %
TOTAL	162	171	- 5,26 %

*NS = Non significatif

Comme en 2010 et 2011, les entrées de directeurs dans les dispositifs d'accompagnement sont supérieures à celles des PH, le phénomène est toutefois moins marqué qu'en 2011, exercice au cours duquel 60 % des entrées concernaient des directeurs.

Bien que les entrées des PH et des DH augmentent respectivement (5,70 % et 13,04%), le cumul des entrées est en léger retrait (-5,26%) lié à la baisse sensible des entrées de D3S (- 29,4%)

➤ Les sorties

Nombre de sorties 2012 RA + HRA			
	HRA	RA	TOTAL
Sorties DH	37	12	49
Sorties D3S	26	10	36
Sorties DS	0	0	0
Sous-total directeurs	63	22	85 (55%)
Sorties PH	57	13	70 (45%)
TOTAL	120 (77,4%)	35 (22,6%)	155 (100%)

Les motifs de sortie, par définition très différents selon la nature de l'accompagnement (RA/HRA), sont analysés en détail dans les développements ci-après en fonction de chaque situation (RA et HRA).

Les sorties HRA (120, soit 77,4%) sont, comme les entrées, beaucoup plus importantes en volume que les sorties de RA (35 soit 22,6%).

II.4.2.2- Accompagnement des professionnels en recherche d'affectation

II.4.2.2.1- Définition de la recherche d'affectation

Le placement en recherche d'affectation est régi principalement :

- pour les **directeurs d'hôpital**, par le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier du corps ;
- pour les **directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social**, par le décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié portant statut particulier du corps ;
- pour les **directeurs des soins**, en application des dispositions de l'article 11 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et par le décret n°2002-750 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps ;
- pour les **praticiens hospitaliers**, par les dispositions des articles R.6152-50-1 et R. 6152-236-1 du code de la santé publique.

C'est une position d'activité transitoire de **2 ans au maximum**.

La demande de placement en RA peut être à l'initiative :

- soit du professionnel ;
- soit de l'établissement, de l'ARS (secteur sanitaire et médico-social) ou du Préfet ;
- soit de la direction départementale en charge de la cohésion sociale (secteur social).

Lorsque la demande est à l'initiative de l'établissement ou de l'autorité chargée de l'évaluation, elle doit être précédée d'un entretien avec le professionnel concerné. Le département de gestion des directeurs ou des praticiens hospitaliers est la porte d'entrée unique des demandes.

Le placement en recherche d'affectation est prononcé par arrêté du directeur général du CNG, après avis, pour les directeurs, de la commission administrative paritaire nationale (CAPN) du corps concerné ou, pour les praticiens hospitaliers, de la commission statutaire nationale (CSN), sauf dispositions particulières liées notamment à l'administration provisoire pour les directeurs.

Les professionnels en activité sont placés en recherche d'affectation auprès du CNG en vue de permettre leur adaptation ou leur reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux.

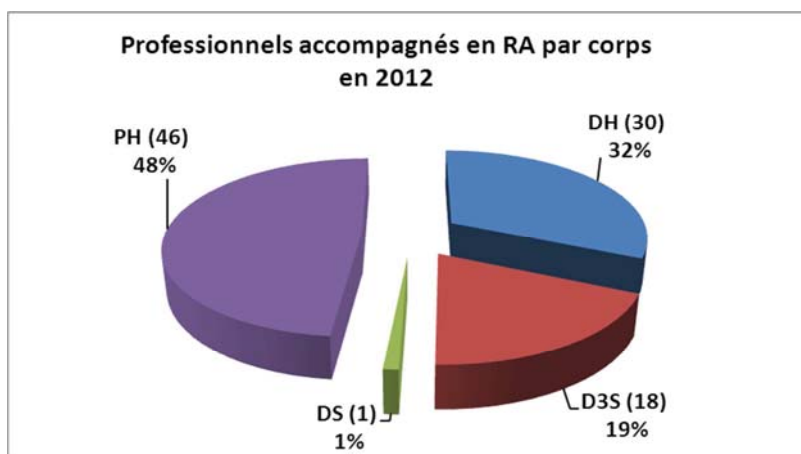
Ils sont rémunérés par le CNG (pour les directeurs : le traitement indiciaire, la prime de fonction et de résultats et l'indemnité compensatrice de logement et pour les PH : les émoluments hospitaliers, ainsi que la prime d'engagement de service public exclusif). Le CNG exerce à l'égard des professionnels en recherche d'affectation toutes les prérogatives de l'autorité investie du pouvoir de nomination, sans avoir pour autant la qualité d'employeur puisque les intéressés ne travaillent pas pour son compte.

II.4.2.2.2- Les professionnels accompagnés

Volume général

95 professionnels ont été accompagnés en RA en 2012, contre 121 en 2011 (- 21,5 %). La baisse du volume des accompagnements en RA s'explique notamment par les incertitudes pesant sur les évolutions du dispositif de RA qui reste à stabiliser au plan réglementaire.

✓ **Répartition des professionnels accompagnés en RA par corps en 2012**



EFFECTIFS RA 2012/2011	2012	2011	%
DH	30	36	-16,6
D3S	18	29	-37,9
DS	1	2	NS
Sous-total directeurs	49(51,6%)	67(55,4%)	-26,9%
PH	46 (48,4%)	54 (44,6%)	-14,8
TOTAL	95	121	- 21,5 %

La baisse des accompagnements en RA a un impact sur l'ensemble des corps. Elle est cependant plus significative dans le corps des directeurs que dans celui des praticiens hospitaliers. Concernant les corps de direction, la baisse est plus marquée dans le corps des D3S (-37,9%) que dans celui des DH (-16,6%).

Comparatif entre la répartition des professionnels en RA et l'effectif par corps au niveau national :

Statut	Nombre	Effectif au 01/01/2013	% de professionnels en RA / effectif global
DH	30	2617	1,14%
D3S	18	1645	1,09%
DS	1	764	1,30%
Sous-total directeurs	49	5026	0,97%
PH	46	42267	0,11%
TOTAL	95	47293	0,20%

Bien que l'effectif global des praticiens hospitaliers soit 8 fois plus important que celui des directeurs, la part des PH dans l'effectif accompagné en RA est inférieure à celle des directeurs.

✓ **Age moyen des professionnels en RA par corps et par tranche d'âges**

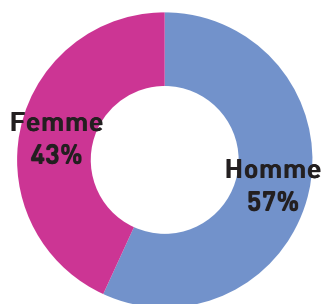
Corps	Age moyen
DH	56
D3S	48
DS	59
PH	55
Moyenne	54

L'âge moyen des professionnels accompagnés évolue à la hausse (52 ans en 2011) dans tous les corps.

✓ **Répartition des professionnels en RA par sexe et par corps**

Corps	Homme	Femme	Total
DH	19	11	30
D3S	6	12	18
DS	0	1	1
Sous-Total directeurs	25	24	49
PH	29	17	46
TOTAL	54 (57%)	41 (43%)	95

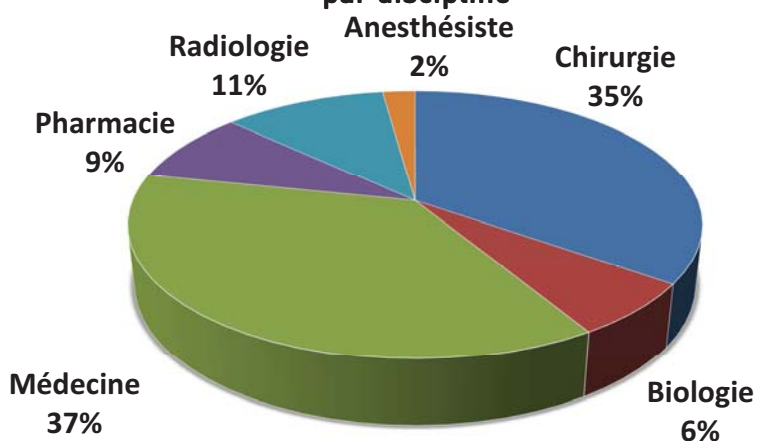
Répartition par sexe des professionnels en RA en 2012



Les hommes sont majoritaires dans les accompagnements en RA dispensés par l'UMDP, cependant la part relative des femmes accompagnées marque une très légère hausse (2 points en un an).

✓ **Répartition des PH en RA par discipline**

Répartition des PH en RA accompagnés en 2012 par discipline



Bien que la part de la discipline chirurgie diminue de 8 points, cette discipline demeure avec la médecine celle qui génère le plus d'accompagnements de PH en RA. Ceci s'explique notamment par la réorganisation des plateaux techniques, l'évolution de la pratique chirurgicale et la montée en charge des pratiques non invasives.

Les dispositifs mis en œuvre pour les professionnels en RA

STATUT	formation	mission	bilan projet	coaching	mobilité TRE	Total
DH	13	16	5	5	9	48
D3S	9	12	4	6	8	39
DS	2	2	0	0	0	4
Sous-total directeurs	24	30	9	11	17	91
PH	20	29	6	2	6	63
TOTAL	44	59	15	13	23	154
Répartition	29%	38%	10%	8%	15%	100%

Nota : Un même professionnel en RA peut bénéficier concomitamment de plusieurs prestations d'accompagnement.

Les professionnels en RA étant en situation de transition professionnelle, les dispositifs de mission, formation et d'accompagnement aux techniques de recherche d'emploi (TRE) sont logiquement les plus fréquemment mis en œuvre. Ils représentent à eux seuls en 2012, près de 82% des dispositifs utilisés lors des accompagnements (+9% par rapport à 2011).

Comme en 2011, les moyens les plus sollicités par les PH sont ceux afférents aux missions et aux formations. Les directeurs utilisent également les dispositifs de mission et de formation mais ont plus souvent recours aux TRE que les PH.

Par rapport à 2011, la part relative aux formations et aux missions se sont développées respectivement de +6,7% et + 5,8%.

En complément des dispositifs précités, 11 professionnels en RA ont participé à un atelier au cours de l'exercice 2012, soit 11,5% de l'effectif global accompagné (95 professionnels en RA).

➤ ***Focus sur les missions***

✓ ***L'enjeu des missions est variable selon la situation du professionnel accompagné***

- Maintien de la pratique professionnelle (particulièrement importante notamment pour certains PH, ex : chirurgiens...);
- Développement ou acquisition de compétences permettant à un professionnel d'envisager une évolution de son parcours ou une reconversion ;
- Découverte d'un nouvel environnement notamment hors FPH afin de valider l'adéquation avec cet environnement/culture (notamment pour les professionnels qui souhaitent quitter la FPH ou pour lesquels un repositionnement FPH semble difficile à réaliser) ;
- Validation (ou non) d'un projet professionnel notamment en cas de reconversion ;
- Remise en confiance pour des professionnels qui ont parfois été confrontés à des difficultés dans l'exercice de leur dernière activité avant RA. Une mission réussie accompagnée d'une évaluation favorable contribue à leur permettre de retrouver une crédibilité professionnelle et à démontrer leurs compétences ;
- Plus exceptionnellement, reprise d'un rythme professionnel et dans une activité de terrain pour ceux qui n'ont pas eu de pratique professionnelle récente (ex : cas de professionnels placés en RA après une période de maladie...);
- Développement du réseau : moyen indirect mais souvent efficace d'avoir accès en amont à des opportunités professionnelles ou à des informations susceptibles de renforcer les chances de repositionnement professionnel.

Toutes les missions n'ont pas pour vocation initiale d'être des missions de pré-emploi. Pour autant, elles ont toutes pour objectif de renforcer d'une manière ou d'une autre **l'employabilité des professionnels en RA** et donc, à terme, à majorer leurs chances de se repositionner.

✓ **Les modalités de réalisation des missions, leur durée et les éléments de volumétrie**

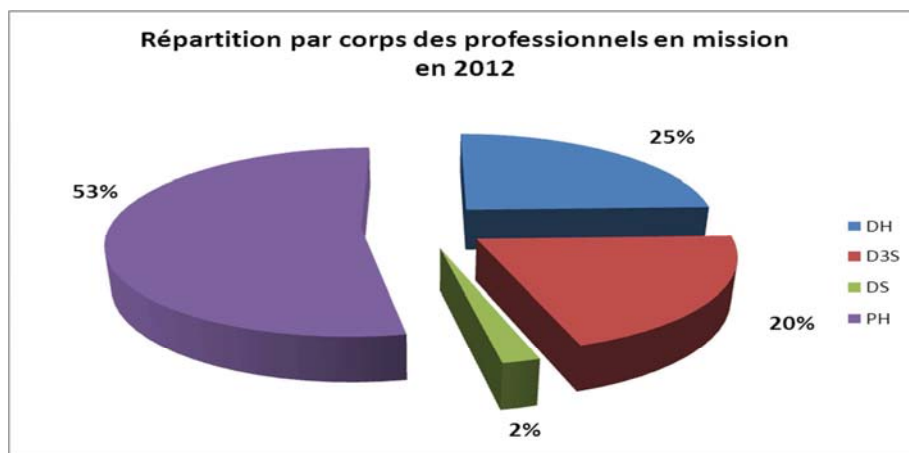
Préalablement au démarrage de la mission, le conseiller-développement en valide la pertinence avec le professionnel accompagné au regard de sa situation et de son projet professionnel. Le conseiller s'assure avec l'établissement d'accueil des objectifs définis et des indicateurs de résultats associés. L'option d'un renouvellement avec accord des 3 parties est généralement prévue. Au terme convenu, une évaluation de la mission est réalisée par l'établissement d'accueil sur la base des objectifs de mission initialement définis.

La mission peut être renouvelée après évaluation de la période initiale et uniquement si sa poursuite est estimée pertinente dans le projet du professionnel accompagné par le CNG. Il n'y a pas d'automatisme au renouvellement et l'appréciation est réalisée au cas par cas. La durée initiale est le plus souvent de 3 ou 6 mois, reconductible par voie d'avenant afin d'éviter que des missions trop longues n'aboutissant pas à un recrutement ne limitent les opportunités susceptibles de se présenter pendant la durée de RA restant à courir.

La durée moyenne des missions réalisées en 2012 est de 4,9 mois. Elle est inférieure à celle de 2011 (6,8 mois en 2011), notamment pour les raisons suivantes :

- certaines missions exploratoires courtes ont été réalisées pour permettre à des professionnels de découvrir un environnement ou une activité spécifique ;
- certaines missions se sont achevées avant leur terme car le professionnel a intégré un nouveau poste ;
- certaines missions courtes ont été réalisées dans la perspective d'un recrutement identifié en vue de compléter ou d'actualiser des compétences-clefs liées au recrutement.

En 2012, 49 professionnels en RA ont réalisé 59 missions (un professionnel en RA sur 2 a réalisé une mission).



Nota : les missions ne s'adressent qu'aux professionnels en RA

✓ **Typologies des terrains de mission**



Plus de 90% des missions sont réalisées dans la fonction publique dont $\frac{3}{4}$ au sein de la FPH et 19% dans les autres fonctions publiques. La répartition est très proche de celle de 2011.

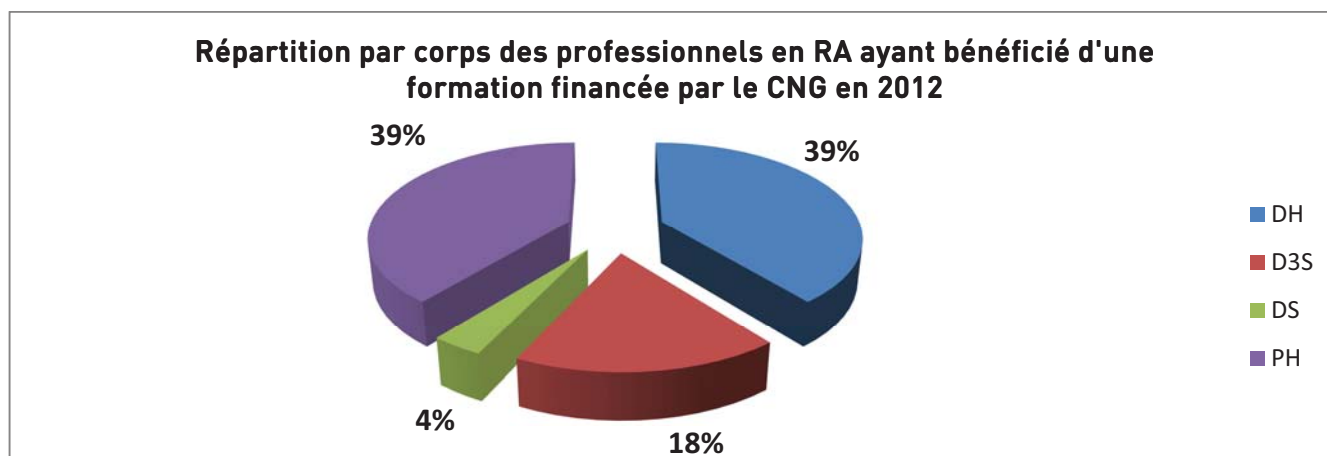
➤ **Focus sur les formations**

La formation est un moyen au service d'un objectif professionnel, elle peut donc, lorsque c'est nécessaire et sans systématisme, accompagner un projet de transition professionnelle. Les formations prises en charge par le CNG sont validées par le conseiller-développement puis par la direction générale du CNG en amont de leur réalisation.

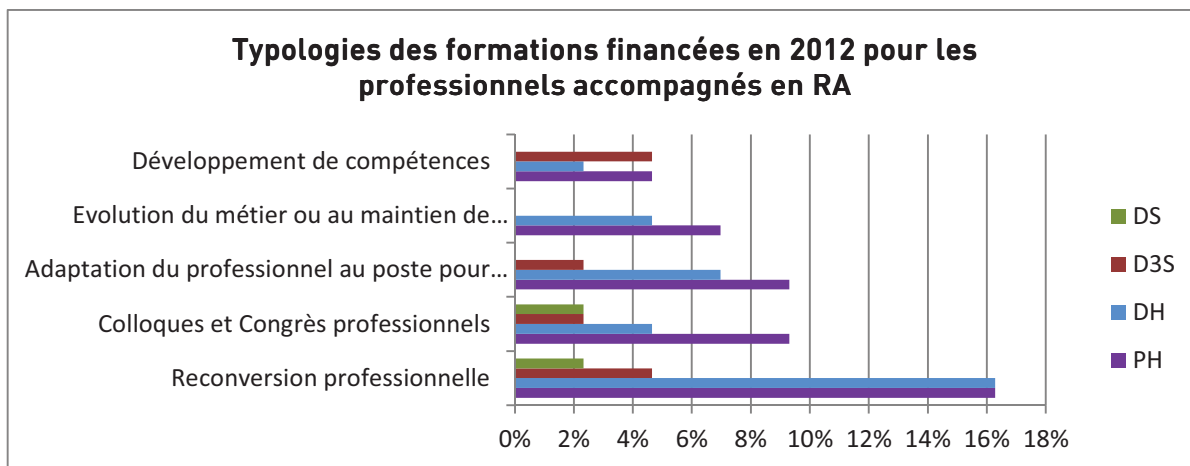
✓ **Nombre et durée des formations réalisées en 2012**

44 actions de formation ont été réalisées au profit de 28 des professionnels accompagnés en RA (1/3 des effectifs accompagnés en RA a bénéficié d'une action de formation financée dans le cadre de l'accompagnement dispensé par le CNG contre 1/4 en 2011). La durée moyenne des formations dispensées en 2012, hors congrès, est de 10,25 jours.

Il convient de souligner que les formations des PH pour devenir médecins du travail ne sont pas comptabilisées ci-dessus car elles ne génèrent pas de coût spécifique en terme de formation pour le CNG. Toutefois, s'agissant de formations significatives permettant d'assurer une reconversion, elles méritent d'être relevées : en 2012, 4 praticiens hospitaliers ont choisi de s'engager dans ce parcours de reconversion et 1, engagé dans cette démarche depuis 2011, poursuit sa reconversion en 2012.



Les directeurs ont plus utilisé le dispositif de formation que les PH en 2012. Cela s'explique notamment, par les projets de reconversion engagés par les directeurs, projets qui impliquaient un parcours de formation significatif pour en assurer la viabilité et la cohérence.



Les praticiens hospitaliers ont d'abord exprimé des besoins de formation accompagnant une reconversion professionnelle puis de formation d'adaptation à leur futur poste de travail et de formation continue (congrès/colloques).

Pour les D3S, les premiers motifs de recours aux formations sont le développement de compétences et la reconversion professionnelle.

Les DH privilégient, quant à eux, au travers des formations suivies, celles permettant une reconversion et, dans une moindre mesure, celles assurant le maintien des compétences et l'adaptation au poste.

Certaines formations sont des formations diplômantes qui favorisent l'accès à terme à une reconversion professionnelle.

A titre d'exemples, citons 2 parcours de reconversion particulièrement intéressants par l'évolution professionnelle radicale qu'ils ont engendrée pour les personnes engagées dans cette démarche et qui ont nécessité le recours à une ou des formations pour rendre leur projet réalisable :

- Le premier exemple concerne la situation de praticiens hospitaliers qui ont quitté une activité clinique pour se repositionner dans le domaine de l'information médicale (DIM). Selon les cas de figure, la reconversion a pu se réaliser par choix du professionnel accompagné ou de façon plus contrainte (ex : pour des raisons de santé ou de fermeture de service). Ce parcours a nécessité d'abord une exploration de la réalité du métier et des modalités d'exercice en qualité de médecin DIM (pour en valider l'intérêt et la pertinence). Il s'est poursuivi par une indispensable formation diplômante et multidisciplinaire, menée en parallèle d'une ou plusieurs missions sur la durée (au moins 6 mois) dans des établissements de santé. Généralement, les praticiens ont ensuite préparé leur qualification en santé publique (passage par un Master Santé Publique).
- Le second exemple concerne des directeurs seniors qui ont choisi, pour la fin de leur carrière, de devenir consultants ou formateurs auprès d'établissements de santé. Cette reconversion a nécessité d'abord de mener une réflexion sur les champs d'intervention envisagés (gestion des risques, évaluation externe etc...). La plupart du temps, l'obtention d'un diplôme dans le(s) domaine(s) choisi(s) leur a permis de valoriser leur expérience et de gagner en légitimité aux yeux de leurs futurs clients. En parallèle du renforcement d'une ou de plusieurs expertises, une formation au métier et à la démarche de consultant s'est imposée. Cette formation, dispensée par des organismes spécialisés dans l'accompagnement de travailleurs indépendants, permet à ces directeurs de structurer leurs démarches pour bâtir une offre de services et de la promouvoir dans les meilleures conditions. Par ailleurs, une formation ciblée aux outils de communication numérique a souvent été utile, en complément.

II.4.2.2.3- Les flux de professionnels accompagnés en RA en 2012

➤ Les entrées en RA

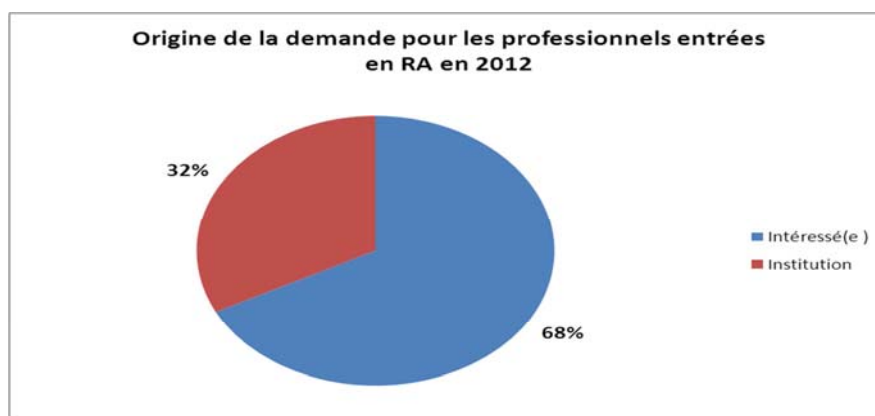
Nombre d'entrées de professionnels dans le dispositif de RA entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012, par corps et par comparaison avec 2011 :

CORPS	Nombre d'entrées en 2012	Nombre d'entrées 2011	% d'évolution 2010/2011
DH	11	16	- 31,2%
D3S	3	16	- 81,2%
DS	0	2	NS
Total directeurs	14 (38%)	34 (68%)	- 58,8%
PH	23 (62%)	16 (32%)	+43,7%
TOTAL	37	50	- 26%

Une tendance générale à la baisse du nombre des professionnels entrés en RA est observée en 2012 (- 26%). Elle recouvre cependant des réalités contrastées : fléchissement très marqué de la volumétrie des entrées en RA des D3S mais augmentation du nombre des entrées de PH. Une inversion de tendance est à noter dans le poids relatif des corps dans les entrées, entre 2011 et 2012.

En 2012, les entrées de PH représentent 62% du total des entrées, contre 32% en 2011.

✓ Origine de la demande



L'origine de la demande émane dans 7 cas sur 10 des professionnels accompagnés. Cependant, dans certains cas, bien que la demande soit faite formellement par le professionnel, elle peut cependant résulter d'une initiative conjointe professionnel/institution, notamment dans des situations de restructuration.

➤ Les sorties de RA

✓ Nombre de sorties de RA depuis janvier 2012

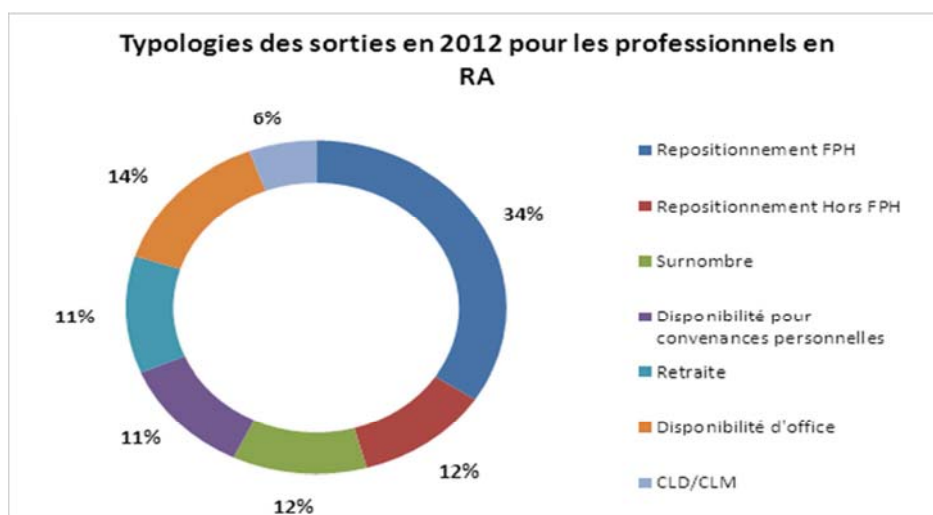
Nombre de sorties /corps	2012	%
DH	12	34%
D3S	10	29%
DS	0	0%
Sous-total Directeurs	22	63%
PH	13	37%
TOTAL	35	100%

La baisse du nombre des sorties par rapport à 2011 (- 44%) est à corrélérer mécaniquement avec la volumétrie des entrées de l'exercice 2010 (nombre très sensiblement inférieur à celui de 2009).

✓ **Typologie des modes de sortie par corps**

	DH	D3S	DS	PH	Total	%
Repositionnement FPH	4	2	0	6	12	34%
Repositionnement Hors FPH dont :	0	4	0	0	4	12%
- établissement privé de santé mission santé public	0	0	0	0	0	0%
- Association	0	0	0	0	0	0%
- Fonction Publique d'Etat	0	0	0	0	0	0%
- Fonction Publique Territoriale	0	4	0	0	4	12%
Surnombre	3	1	0	0	4	12%
Disponibilité pour convenances personnelles	2	0	0	2	4	11%
Retraite	2	0	0	2	4	11%
Disponibilité d'office	1	2	0	2	5	14%
CLD/CLM *	0	1	0	1	2	6%
TOTAL	12	10	0	13	35	100%

*CLD = Congé Longue Durée – CLM = Congé Longue Maladie



Le taux de repositionnement dans un emploi à l'issue de la RA s'établit donc à **69%** (hors départs en retraite et maladie), en intégrant les repositionnements FPH et hors FPH ainsi que les disponibilités à l'initiative du professionnel pour exercer d'autres types d'activités.

Les 5 disponibilités d'office qui ont été prononcées pour des professionnels en fin de placement en recherche d'affectation recouvrent des situations très variées :

- 3 professionnels ont pris de nouvelles fonctions (entre 1 jour et 6 mois après la fin de la RA) ;
- 1 a engagé et poursuit un parcours de reconversion long et choisi, qui ne pouvait pas se finaliser dans le temps de la RA (création d'une structure de service requérant des diplômes et agréments...) ⁶ ;
- 1 a été nommé peu de temps après la fin de sa RA, en surnombre, le temps qu'un poste pérenne se dégage budgétairement dans la structure d'accueil et qu'une nomination puisse être envisagée.

⁶ Il est important de souligner qu'un projet de reconversion peut, dans le monde du travail, selon sa nature dépasser significativement la durée de 2 ans et atteindre une durée de 3 ou 4 ans.

Les difficultés de repositionnement professionnel rencontrées par certains professionnels peuvent être liées à divers facteurs, tels que mobilité géographique réduite, procédure judiciaire en cours, difficultés personnelles/familiales concomitantes, nombre limité de postes dans le métier ou la spécialité, projet de reconversion long...

Nota : Les sorties en disponibilité d'office représentent 14% en 2012, soit un niveau inférieur à l'indicateur fixé dans le contrat d'objectifs et de performance (COP) 2010-2013 du CNG (25%).

✓ ***Durée moyenne de RA par corps pour les 35 sorties enregistrées en 2012***

- PH : 20 mois (13 sorties en 2012)
- DH : 18 mois (12 sorties en 2012)
- D3S : 16mois (10 sorties en 2012)
- DS : néant (0 sortie)

Toutes catégories confondues, la durée moyenne est de 18 mois (contre 20 mois en 2011), pour une durée cible pour 2012 de 15,5 mois dans le COP 2010-2013 du CNG.

<i>Photographie des professionnels restant en RA au 31/12/2012</i>	
DH	18 (30%)
D3S	8 (13%)
DS	1 (2%)
Sous-total directeurs	27 (45%)
PH	33 (55%)
TOTAL	60 (100%)

II.4.2.3- Accompagnement des professionnels hors recherche d'affectation

L'accompagnement hors recherche d'affectation (HRA) s'adresse à des professionnels qui restent en activité dans leur établissement d'affectation. Il est en progression constante depuis la création du CNG.

Les demandes d'accompagnement en HRA sont souvent proposées par les départements de gestion du CNG.

Elles peuvent également être sollicitées directement par les intéressés suite à des informations accessibles dans les plaquettes d'information diffusées par le CNG ou le site web, ou à des interventions du CNG dans les congrès et séminaires. Enfin, ces demandes peuvent être relayées à l'initiative de partenaires institutionnels ou des organisations professionnelles.

II.4.2.3.1- Les motifs et objectifs de l'accompagnement HRA

Les motifs de recours à l'accompagnement HRA se sont diversifiés au fur et à mesure du développement de l'activité de l'UMDP.

D'abord davantage plus centré sur l'accompagnement à la transition professionnelle, il intervient désormais pour répondre à plusieurs types de besoins qui peuvent schématiquement être présentés comme suit :

✓ ***Le développement professionnel et managérial***

Les coachings réalisés par l'unité contribuent au développement de RH modernisées et concourent à l'accompagnement au changement dans les organisations en proposant aux PH et aux directeurs un dispositif d'accompagnement au développement professionnel et managérial.

Le coaching est devenu une pratique courante du développement des compétences et des potentiels des dirigeants dans les entreprises, comme dans les organisations publiques et parapubliques (ex : EDF, SNCF, RATP...). Différents ministères offrent également des prestations d'accompagnement de leurs dirigeants avec des ressources de coaching interne (écologie, agriculture ...).

Quelques exemples d'interventions qui peuvent être proposées dans le cadre du développement professionnel sont listés ci-après (liste non exhaustive) :

- Coaching d'optimisation des pratiques managériales et/ou organisationnelles ;
- Accompagnement dans le cadre du pilotage d'une réorganisation de structure, de constitution d'une nouvelle équipe, d'optimisation du fonctionnement collectif au sein d'une organisation ;
- Accompagnement visant à dépasser une difficulté professionnelle passagère en vue de permettre l'émergence de comportements nouveaux ;
- Accompagnement au développement de nouvelles compétences (hors champ technique lié au métier, ex : leadership, communication interpersonnelle ...).

Le coaching au profit d'un membre d'une équipe de direction ou d'un chef d'établissement permet le déblocage d'une situation ou la progression professionnelle de l'intéressé et a, par ricochet, un impact positif sur l'ensemble de l'équipe, voire sur le fonctionnement général de l'établissement.

L'UMDP envisage actuellement l'élargissement de son offre d'accompagnement pour prendre en considération les besoins d'accompagnement collectif et contribuer ainsi à renforcer la coopération au sein de l'équipe et entre les équipes des différentes structures associées.

D'ores et déjà, l'UMDP a mis en place des modalités d'accompagnement collectif à travers la réalisation d'ateliers qui se sont enrichis au fur et à mesure de son développement.

✓ *L'accompagnement à une prise de poste dans un contexte complexe*

A l'issue d'une mobilité, certains professionnels souhaitent parfois bénéficier d'un accompagnement pour les aider à franchir avec succès cette étape de changement.

A titre d'exemples, cette démarche est engagée lorsque :

- l'intéressé ou l'institution anticipe la complexité d'une prise de poste ;
- un directeur adjoint devient chef d'établissement ;
- un professionnel passe d'un poste d'expert à un poste de management ;
- la mobilité fait suite à une difficulté rencontrée par un professionnel dans un poste précédent ;
- un professionnel souhaite, sans qu'il soit confronté à une difficulté particulière, développer ses compétences.

Le coaching, dans la perspective d'une prise de poste, contribue alors à assurer une meilleure garantie de succès tant pour le professionnel accompagné que pour l'institution.

✓ *La contribution à la prévention des risques psycho-sociaux (RPS)*

Les évolutions des champs sanitaire, social et médico-social, particulièrement marquées ces dernières années sur les plans juridique, organisationnel, stratégique voire culturel, peuvent générer un terrain favorable à la multiplication des risques psycho-sociaux.

Le CNG est régulièrement sollicité pour accompagner des professionnels qui souhaitent prendre du recul en vue de réduire leur niveau de stress au travail et l'éventuel épuisement professionnel qui peut en résulter.

L'UMDP est ainsi amenée à accompagner aussi bien des professionnels en situation de prévention de ce type de risque que ceux qui ont déjà vécu une situation de « burn-out » et ont besoin de la surmonter pour reprendre le fil normal de leur carrière.

Une communication plus importante du CNG sur son offre coaching a été initiée en 2012 et va se poursuivre dans l'avenir auprès des acteurs institutionnels et des professionnels. Ces actions de communication devraient permettre de se positionner davantage dans une logique d'anticipation et de prévention de ce type de risques que dans une logique de résolution.

✓ *L'appui à la construction d'un projet professionnel*

Ce type de démarche permet de travailler de façon anticipée sur un projet de transition professionnelle tout en évitant, pendant cette période de réflexion, une rupture avec l'activité professionnelle.

L'accompagnement peut, selon les cas de figure, s'articuler autour de demandes à l'initiative d'un professionnel qui souhaite envisager par exemple :

- une progression de carrière ;
- un aménagement de sa vie professionnelle pour faire face à des contraintes spécifiques ;
- une réflexion relative à sa seconde partie de carrière et /ou fin de carrière ;
- une réflexion personnelle en vue de s'engager vers d'autres secteurs d'activité, où d'autres fonctions publiques (Etat ou territoriale) ;
- une démarche visant à une reconversion professionnelle ;
- l'anticipation d'une situation professionnelle qui pourrait se dégrader.

✓ *L'appui à la préparation de candidatures*

L'accompagnement hors RA peut être demandé par des professionnels qui souhaitent travailler sur les techniques de candidature (CV, lettre de motivation, préparation aux entretiens...). Les coachs sont, notamment, sollicités pour accompagner des professionnels candidatant sur des postes fonctionnels et des chefferies d'établissements complexes.

✓ *La préparation à un passage en recherche d'affectation*

Dans cette hypothèse, l'accompagnement hors RA permet de commencer à travailler avec le professionnel de façon pro-active, d'initialiser l'élaboration d'un projet professionnel et, parfois même, d'éviter le placement en RA. Dans certaines situations difficiles, il est, en effet, pertinent de ne pas attendre un passage en RA pour intervenir (burn-out, situations de conflit...) et organiser la remobilisation vers un projet professionnel.

Par ailleurs, pour certains projets de reconversion, un accompagnement préalable en HRA peut permettre de réduire sensiblement le risque de fin de RA sans solution de repositionnement professionnel ou d'organiser le meilleur tuilage possible entre un temps de formation et la période de RA (cas typique des PH qui commencent l'internat de médecine du travail d'une durée de 2 ans, dès leur réussite au concours, le CNG pouvant alors faire coïncider le début de la RA avec le début de l'internat).

II.4.2.3.2- Les professionnels accompagnés hors recherche d'affectation

✓ Répartition des professionnels accompagnés HRA en 2012 par corps

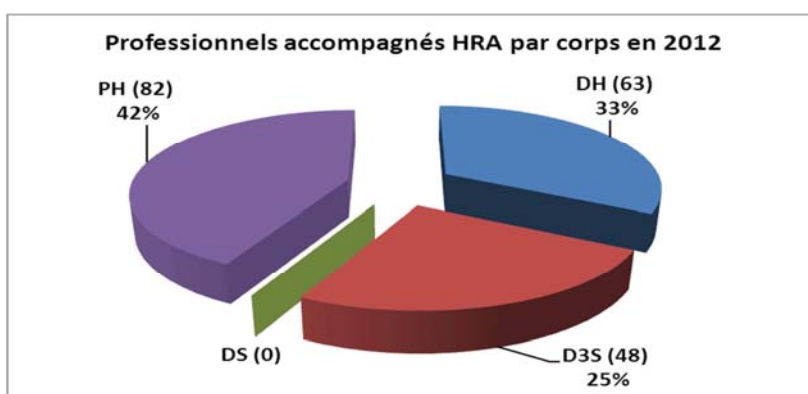
EFFECTIFS ACCOMPAGNES HRA 2012	Nombre	%
DH	63	32,6%
D3S	48	24,9%
DS	0	0%
Sous-Total directeurs	111	57,5%
PH	82	42,5%
TOTAL	193	100%

Le poids relatif des directeurs dans les accompagnements HRA est supérieur à celui des PH (57%, contre 43%). La tendance est identique à celle constatée depuis 2010.

EFFECTIFS HRA ACCOMPAGNES 2012/2011	2012	2011	%
DH	63	50	+ 26%
D3S	48	54	- 11%
DS	0	4	NS
Sous-total directeurs	111	108	+ 2,8%
PH	82	81	+ 1,2%
TOTAL	193	189	+ 2,11 %

Les effectifs accompagnés évoluent à la hausse pour les DH et les praticiens hospitaliers.

✓ Répartition des professionnels accompagnés HRA par corps au cours de l'exercice 2012



En 2012 comme en 2011, pour les accompagnements en RA, les directeurs sont surreprésentés par rapport aux PH au regard des effectifs globaux de ces corps professionnels au plan national (8 fois plus de PH en fonction, alors qu'ils représentent moins de la moitié des accompagnements). L'équilibre à l'intérieur des corps de direction entre DH, D3S et DS évolue en 2012 au profit des DH (+7 points). Notons que pour les DS, l'activité d'accompagnement n'a pas encore réellement démarré dans la pratique.

STATUT	NOMBRE	Effectif national au 01/01/2013	%
DH	63	2617	2,4%
D3S	48	1645	2,9%
DS	0	764	0,0%
Sous-total directeurs	111	5026	2,2%
PH	82	42267	0,2%
TOTAL	193	47293	0,4%

✓ *Age moyen des professionnels en HRA par corps et par tranche d'âges*

Corps	Age moyen
DH	52
D3S	46
DS	—
PH	52
Moyenne	50

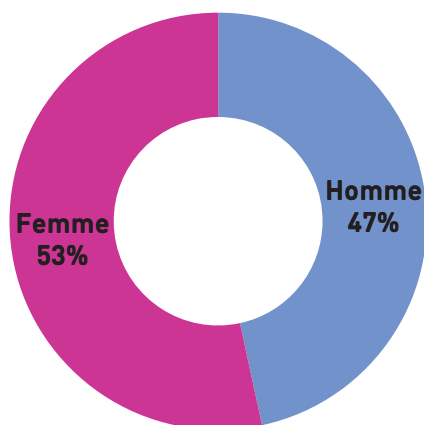
L'âge moyen des professionnels accompagnés HRA tend à la hausse (passage de 48 à 50 ans) dans tous les corps et retrouve son niveau de 2010.

✓ *Répartition des professionnels en HRA par sexe et par corps*

Corps	Homme	Femme	Total
DH	39	24	63
D3S	12	36	48
DS	0	0	0
Sous-Total directeurs	51	60	111
PH	39	43	82
TOTAL	90 (47%)	103 (53%)	193 (100%)

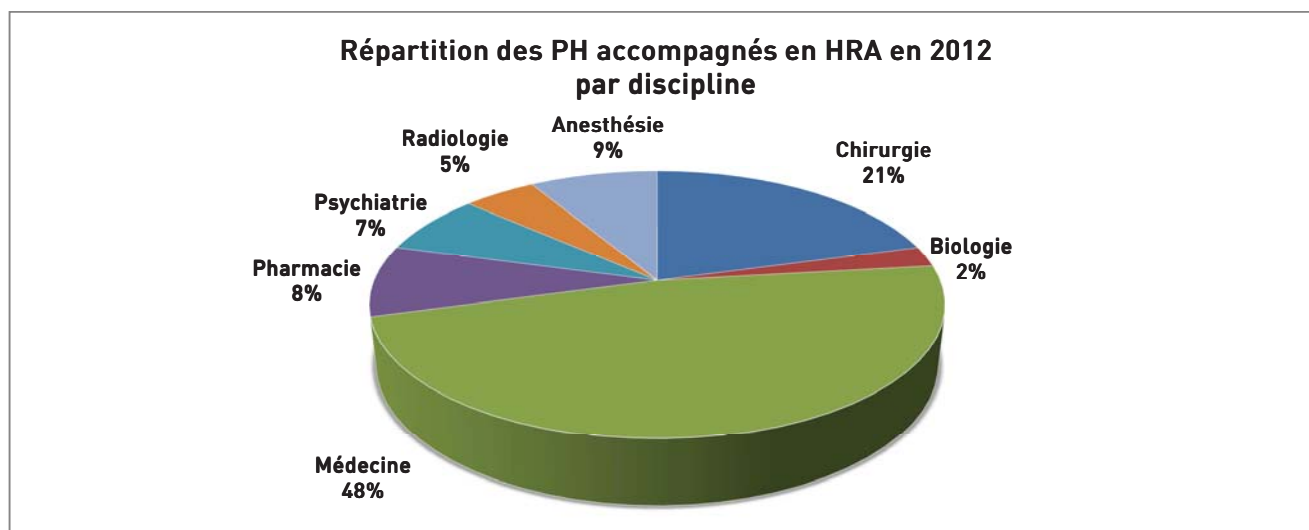
Les femmes accompagnées en HRA demeurent majoritaires (53%) dans toutes les catégories professionnelles, à l'exception de celle des DH.

Répartition par sexe des professionnels HRA accompagnés en 2013



La tendance a sensiblement évolué entre 2011 et 2012 vers un rééquilibrage hommes/femmes (+7 points pour les hommes en 2012). La prépondérance des femmes dans le dispositif d'accompagnement HRA devient moins marquée. Le ratio est inversé par rapport à celui de la répartition des professionnels en RA.

✓ **Répartition des PH en HRA par discipline**



En 2012 comme en 2011, les PH accompagnés HRA relèvent pour près de 70% des disciplines médecine (discipline la plus nombreuse au plan national) et chirurgie. La part de l'anesthésie est en nette progression tandis que la biologie enregistre une baisse sensible (-5%).

✓ **Les dispositifs mis en œuvre pour les professionnels en hors RA**

STATUT	formation	mission	bilan projet	coaching	mobilité TRE	Total
DH	2	0	8	15	31	56
D3S	0	0	7	20	18	45
DS	0	0	0	0	0	0
Sous-total directeurs	2	0	15	35	49	101
PH	0	0	24	27	21	72
TOTAL	2	0	39	62	70	173
Répartition	1%	0%	27%	36%	40%	100%

Nota : Les missions et la formation ne sont pas mobilisées (sauf exception) pour les professionnels HRA.

En 2012, les deux dispositifs les plus utilisés par les professionnels accompagnés HRA sont la TRE (plus sollicité par les directeurs que par les praticiens hospitaliers) et le coaching.

En complément des dispositifs ci-dessus cités, 32 professionnels HRA ont participé à un atelier au cours de l'exercice 2012, soit 16,5% de l'effectif global accompagné (contre 10% en 2011).

II.4.2.3.3- Les flux de professionnels accompagnés HRA en 2012

➤ **Les entrées**

Le nombre d'entrées de professionnels dans le dispositif de HRA entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012 par corps s'élève à 125 (+3,30% par rapport à 2011).

Nombre d'entrées	2012	%
DH	41	32,8%
D3S	33	26,4%
DS	0	0,00%
Sous-total directeurs	74	59,2%
PH	51	40,8%
TOTAL	125	100%

Le nombre d'entrées dans le dispositif HRA, en 2012 comme en 2011, est plus important chez les directeurs que chez les PH (et ce notamment grâce à la hausse significative des entrées de DH (+ 36,6%).

Proportionnellement à l'effectif national, le nombre de D3S entrant dans le dispositif d'accompagnement en HRA est le plus important même s'il est en léger repli entre 2011 et 2012 (- 5,7%).

✓ **Origine de la demande :**



Les demandes d'accompagnement HRA s'effectuent très majoritairement à l'initiative des professionnels accompagnés.

➤ **Les sorties du dispositif HRA**

✓ **Nombre de sorties en hors RA de janvier à décembre 2012 : 120**

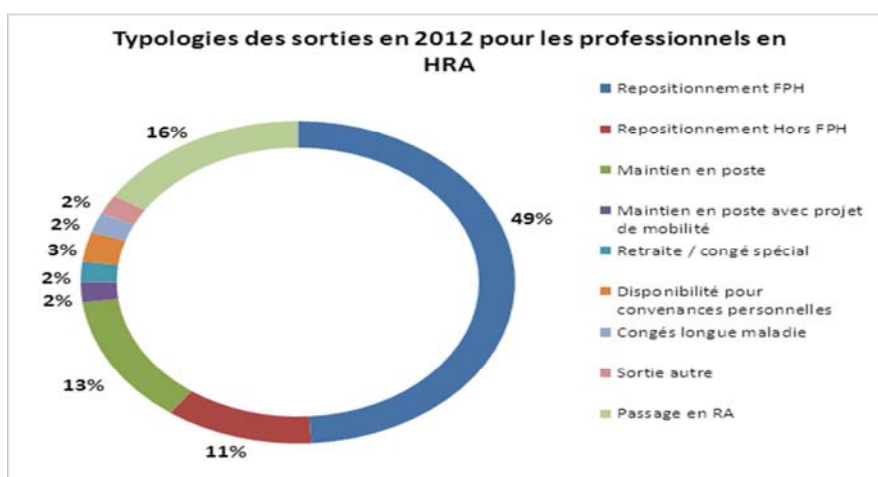
Nombre de sorties HRA	2012	%
DH	37	30,8%
D3S	26	21,7%
DS	0	0%
Sous-total directeur	63	52,5%
PH	57	47,5%
TOTAL	120	100%

En 2012, le nombre d'entrées/sorties en HRA (125/120) comparé à celui des entrées/sorties en RA (37/35) confirme l'intérêt de ce dispositif spécifique, plus mobile et plus souple, avec une rotation 2 fois plus élevée (même constat qu'en 2011).

La volumétrie des sorties est pratiquement identique à celle des entrées.

✓ **Typologie des sorties d'accompagnement hors RA en 2012**

	DH	D3S	PH	Total	%
Repositionnement FPH autre établissement	9	9	12	30	25%
Repositionnement FPH dans le même établissement	11	3	15	29	24%
Repositionnement Hors FPH dont :	1	5	8	14	11%
- FP Etat	1	1	2	4	3%
- FP territoriale	0	4	2	6	5%
- Association à but non lucratif – participation au service public	0	0	0	0	0%
- Secteur privé	0	0	4	4	3%
- Activité libérale	0	0	0	0	0%
Maintien en poste	6	3	6	15	13%
Maintien en poste avec projet de mobilité	0	1	1	2	2%
Retraite / congé spécial	2	0	0	2	2%
Disponibilité pour convenances personnelles	1	1	2	4	3%
Congés longue maladie	1	1	0	2	2%
Sortie autre	0	1	1	2	2%
Passage en RA	6	2	12	20	16%
TOTAL	37	26	57	120	100%



Les accompagnements HRA ne portant pas exclusivement sur des sujets liés à une transition professionnelle et les motifs d'accompagnement étant évolutifs d'un exercice sur l'autre, il n'est pas pertinent de comparer les motifs de sortie par rapport à ceux de l'année précédente.

78% des accompagnements HRA s'achèvent par un repositionnement professionnel (notamment au sein de la FPH) ou par un maintien dans le poste.

Dans ce cas, il s'agit d'un maintien constructif sur le poste, soutenu par des actions telles que le coaching pour conforter les premiers mois de prise de poste, assurer un accompagnement en vue d'optimiser les pratiques et les comportements (management, accompagnement à la prise de décision, gestion du stress, organisation du travail, positionnement dans la structure...).

Le pourcentage d'accompagnements HRA qui s'achèvent par une RA est de 16%. Le plus souvent le passage en RA était une hypothèse envisagée dès le début de l'accompagnement HRA. Le contrat d'objectifs et de performance (COP) 2010-2013 du CNG retient comme indicateur un niveau de passage HRA vers RA inférieur à 8%. Cette différence entre l'indicateur initial et le résultat constaté est le marqueur d'un changement car la préparation d'une RA par un passage préalable en accompagnement HRA est considéré comme bénéfique dans le cadre d'une préparation pertinente et anticipée d'un projet professionnel.

Photographie des professionnels restant HRA au 31/12/2012		%
DH en HRA	26	35,6%
D3S en HRA	22	30,1%
DS en HRA	0	0%
Sous-total directeurs	48	65,7%
PH en HRA	25	34,2%
TOTAL	73	100%

II.4.2.4- Focus sur le coaching

Le coaching professionnel est l'accompagnement de directeurs ou de praticiens hospitaliers ou d'équipes pour le développement de leurs potentiels et de leur savoir-faire dans le cadre d'objectifs professionnels.

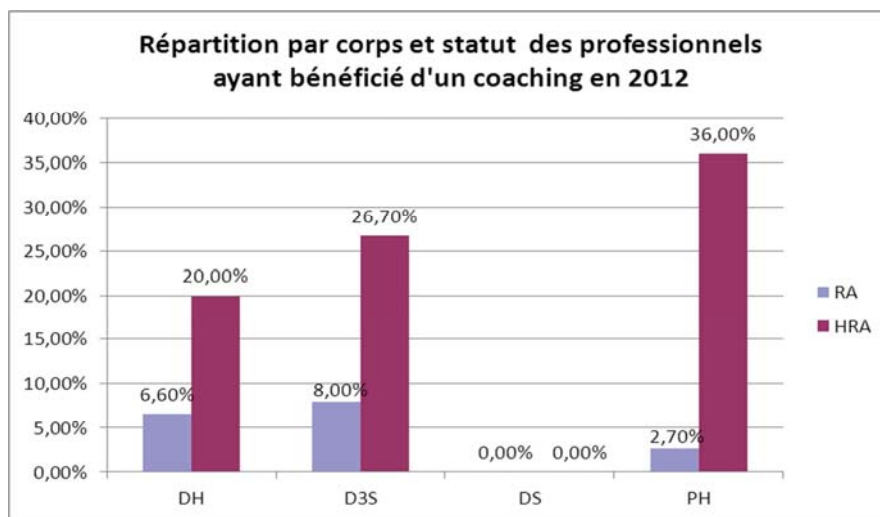
C'est un dispositif qui vise au développement professionnel des bénéficiaires et contribue à l'efficacité collective au plan institutionnel. Il relève du volontariat et de l'implication active des professionnels concernés.

La durée moyenne d'un coaching est de l'ordre de 6 à 10 séances réparties sur une durée moyenne de 6 mois à un an. C'est la nature du besoin qui détermine la pertinence d'un coaching.

Schématiquement, le coaching permet :

- de prendre conscience de ses stratégies/modes de fonctionnement ;
- d'ouvrir les options possibles pour atteindre un objectif ou dépasser une situation insatisfaisante ;
- de mobiliser ses ressources et son potentiel afin d'élaborer ses propres solutions ;
- de trouver et tester des pistes de progrès à partir de situations professionnelles concrètes ;
- d'ancrer les changements dans le temps.

✓ Répartition par corps des bénéficiaires d'une action de coaching pour les professionnels en RA et HRA



De façon attendue et comme en 2011, toutes catégories professionnelles confondues, les accompagnements HRA génèrent beaucoup plus de demandes de coaching que les accompagnements en RA (80% des demandes émanent de professionnels HRA).

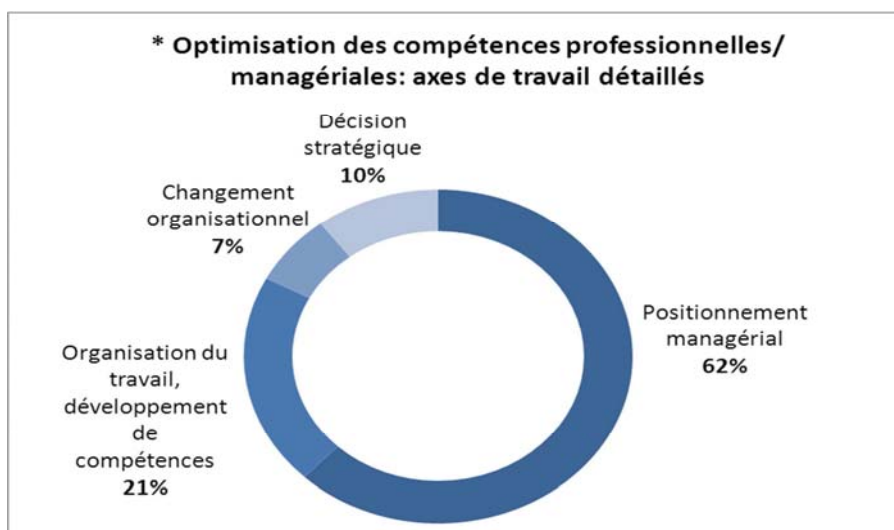
Les catégories prépondérantes dans ces actions de coaching au regard de l'effectif global accompagné par corps sont celles des PH et des D3S, ce qui confirme la tendance déjà observée depuis 2010.

✓ **Répartition des différentes thématiques de coaching**



Les 3 premiers axes de travail de coaching en 2012 sont l'optimisation des compétences professionnelles et managériales, la prise de recul et l'accompagnement d'un choix professionnel.

Concernant les coachings menés dans le cadre de l'optimisation des compétences professionnelles et managériales, 62% concernent le positionnement et la posture managériale. Ces coachings concernent presque exclusivement des directeurs en réflexion sur leur positionnement notamment dans le cadre de restructurations (CHT et directions communes), de passage d'un poste de directeur adjoint à un poste de directeur chef d'établissement notamment fonctionnel, de première prise de poste (notamment pour les D3S) ou de difficulté temporaire dans l'exercice de leur fonctions managériales*.



L'accompagnement d'un choix professionnel concerne majoritairement des PH (HRA et RA) qui s'interrogent sur la poursuite de leur métier : métiers perçus comme éprouvants par nature (ex : urgences, anesthésie-réanimation), conditions d'exercice devenues difficiles ou moins adaptées par exemple en seconde partie de carrière, risque de burn out...

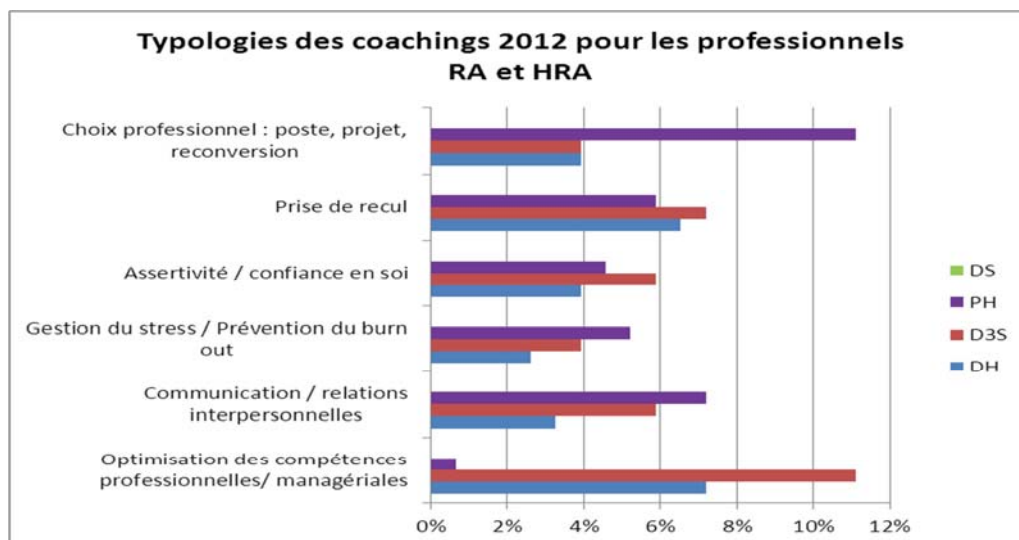
Bien que tout coaching ait systématiquement vocation à permettre de relativiser la situation, la thématique « prise de recul » constitue une demande spécifique d'un certain nombre de professionnels accompagnés dans deux principaux types de contexte :

- le plus souvent, souhait d'une prise de recul et d'un espace de réflexion et de cheminement permettant de se remobiliser vers de nouveaux projets, suite à une difficulté professionnelle qui s'est ancrée dans la durée ou à une rupture professionnelle non anticipée/anticipable ;

- demande de certains professionnels de s'extraire de leur quotidien afin de prendre du recul sur leur action dans le cadre du développement de leur potentiel professionnel.

Relevons par ailleurs que le coaching de prise de poste est en hausse, essentiellement chez les directeurs : 19 coachings de prise de poste, soit 25% des coachings réalisés. Ces coachings sont réalisés essentiellement au bénéfice de professionnels HRA.

c) Répartition des actions de coaching par motif et par corps



Nota : Il convient de préciser qu'un même accompagnement peut intervenir sur plusieurs thématiques de coaching.

Les principaux motifs de recours au coaching sont de nature sensiblement différente selon les corps :

- pour les praticiens hospitaliers : les principales thématiques de travail en coaching sont l'aide au choix et à la décision ainsi que la réflexion sur la communication et l'optimisation des relations professionnelles. Les autres motifs de recours sont relativement équilibrés, avec une moindre utilisation du coaching lié au développement managérial ;
- les premiers motifs de recours au coaching pour les D3S et les DH sont liés à l'optimisation des compétences professionnelles et managériales et à la prise de recul.

II.4.3.1- Eléments marquants en 2012 et perspectives en 2013 pour l'accompagnement des professionnels

✓ Pérennisation du dispositif HRA

L'année 2012 a été marquée par la pérennisation du dispositif HRA (initialement expérimental) dans les missions du CNG. Après 5 années d'exercice, il s'est avéré que l'accompagnement hors recherche d'affectation répond à une véritable demande et à un besoin croissant. La délibération du conseil d'administration qui en avait officialisé la mise en œuvre en 2009 a été modifiée en ce sens en décembre 2012 (délibération du conseil d'administration n°2012-12 du 10 décembre 2012).

C'est un dispositif adapté aux mutations de l'environnement hospitalier.

Les solutions proposées dans le cadre de l'accompagnement HRA reflètent l'évolution de l'environnement du secteur sanitaire, social ou médico-social : regroupements d'entités, réorganisations par pôles, CHT, exigences économiques accrues, qualité et sécurité des soins..., évolutions qui requièrent une adaptation permanente des compétences des professionnels de santé.

C'est un dispositif adapté aux besoins des directeurs et praticiens hospitaliers

Le dispositif HRA est un outil d'accompagnement au développement professionnel et managérial qui contribue à la prévention de la dégradation de situations au plan institutionnel et à la prévention de risques psycho-sociaux.

Les professionnels accompagnés HRA sont généralement très volontaires et impliqués dans leur démarche d'accompagnement.

C'est un dispositif complémentaire de la recherche d'affectation

Il est distinct et complémentaire du dispositif de RA. Il peut permettre d'éviter la position de placement en RA ou d'en optimiser l'efficacité en dynamisant et en mobilisant le professionnel accompagné avant la RA.

L'élaboration du projet professionnel personnalisé dont la formalisation a été rendue obligatoire par la loi du 12 mars 2012 pour les professionnels en RA en est ainsi facilitée.

C'est un dispositif adapté à un contexte budgétaire contraint

L'accompagnement HRA est moins coûteux pour l'institution que pour la RA car les professionnels accompagnés sont en poste pendant la durée de leur accompagnement et non rémunérés par le CNG.

Le dispositif expérimental à l'origine s'est révélé être un instrument fort de maintien et de développement de l'employabilité des professionnels accompagnés, ce qui a conduit le CNG à en préconiser et à en obtenir la pérennisation par délibération du conseil d'administration du 10 décembre 2012, comme mentionné ci-dessus. Il a également donné lieu à une modification réglementaire dans ce sens tant pour les directeurs de la fonction publique hospitalière que pour les praticiens hospitaliers.

✓ Participation à des événements professionnels et organisation d'actions de communication

Le CNG (UMDP) a participé au salon HOPITAL EXPO organisé par la Fédération Hospitalière de France en 2012.

L'UMDP a également réalisé en 2012 une intervention visant à présenter l'activité coaching aux DH dans le cadre d'une journée dédiée par l'ADH-PACA à cette thématique, intervention suivie d'un article de presse dans le journal de cette association. Elle est, par ailleurs, intervenue pour présenter les dispositifs d'accompagnement lors de son conseil d'administration, en avril 2012.

Elle a, en outre, présenté les dispositifs d'accompagnement aux élèves D3S à l'EHESP à Rennes.

De façon plus globale, l'un des objectifs de l'unité en 2013 sera d'intensifier les actions de communication (participation à des événements professionnels, articles et témoignages dans la presse professionnelle...) pour améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de l'UMDP dans toutes ses composantes auprès des professionnels, des services et des institutions concernées.

Un événement majeur de communication ponctuera l'exercice 2013 : le CNG, organisera le 12 avril 2013, un colloque sur l'accompagnement des professionnels dont il assure la gestion.

Cette manifestation réunira environ 300 participants au nombre desquels les grands acteurs concernés, représentants de l'État aux niveaux national, régional et départemental, de la communauté professionnelle et institutionnelle des secteurs sanitaire, social et médico-social publics, des personnalités qualifiées et représentants des instances qui concourent à la modernisation de la gestion des professionnels gérés.

L'objectif est d'échanger sur la démarche d'accompagnement mise en œuvre par le CNG depuis 2008, sur la pertinence de ses outils et les méthodes, mais aussi de dresser un bilan de ce dispositif axé sur le développement professionnel, l'aide à la mobilité, à la reconversion et au retour à l'emploi des professionnels concernés. Il sera aussi l'occasion de dresser des perspectives d'évolution souhaitables sur la base de comparaisons avec les dispositifs spécifiques mis en place dans les deux autres fonctions publiques pour répondre à des problématiques identiques.

✓ ***Développement de l'offre de service : la création de l'atelier « MCMC »***

Le 1er atelier MCMC (mieux se connaître pour mieux interagir avec les autres) s'est tenu en 2012. Il s'adresse à tous les professionnels, directeurs ou praticiens hospitaliers qui le souhaitent et désirent optimiser leur capacités d'adaptation relationnelle et leur communication interpersonnelle.

Cet atelier se déroule sur 2 journées et s'appuie notamment sur le questionnaire « GOLDEN⁷ ». La première journée est consacrée à la découverte du mode de fonctionnement préférentiel des participants dans les différentes dimensions notamment la prise de décision, le mode d'organisation, les réactions sous stress...

La seconde journée met en évidence les modes de fonctionnement spécifiques de chacun à partir de situations vécues et permet d'apprécier la façon de développer les complémentarités permettant d'agir de façon plus appropriée.

Les retours sont encourageants pour cet atelier pilote. La reconduction de cet atelier en 2013 et son intégration dans l'offre pérenne de l'UMDP est prévue.

Cet atelier s'insère dans le cadre de dispositifs d'accompagnement collectif venant en complément des prestations individualisées que propose l'UMDP.

Plus globalement, il s'inscrit ainsi dans les objectifs du CNG de prévention des situations professionnelles difficiles, de valorisation des professionnels et de l'adaptation des compétences et savoir-agir aux besoins de l'environnement.

Un nouvel atelier collectif est en cours de réflexion autour du co-développement professionnel et managérial / échanges de pratiques dans l'optique de poursuivre l'enrichissement et l'adaptation de l'offre de l'UMDP. De même, une réflexion sur l'accompagnement collectif d'équipe est en cours.

✓ ***Renouvellement de l'accord relatif à la supervision pour les coachs***

Les fédérations de coaching professionnel ont posé un cadre fixant les exigences professionnelles et déontologiques qu'un coach doit respecter. Parmi celles-ci, figure la nécessité de recourir à la supervision. Il s'agit d'une démarche de professionnalisation des coachs au service des professionnels accompagnés. La supervision suppose un dispositif permanent auquel le coach recourt à une fréquence suffisante, régulière et dans le même cadre de confidentialité que le coaching. Le CNG a recruté des coachs en cohérence avec les exigences du marché et s'attache à garantir en permanence leur professionnalisme. Dans ce contexte, l'institution a mis en place, dès sa création, un dispositif de supervision individuelle à leur projet, à hauteur de 20 heures par an.

⁷ Le GOLDEN est, à la fois, un inventaire de personnalité et une démarche globale de connaissance de soi à travers lequel la personne se situe au cœur de la réflexion sur ses points forts et ses axes de développement. Le Golden est un outil de référence très utilisé en matière d'accompagnement sur le marché. Il s'agit d'un outil pour lequel les membres de l'équipe ont été formés et certifiés.

L'accord-cadre couvrant les besoins de supervision arrivant à échéance fin 2012, un renouvellement du dispositif a été lancé dans le courant de l'exercice afin de notifier début 2013 un nouvel accord-cadre pour une durée de 2 ans renouvelable.

II.4.3.1.1- La bourse de l'emploi du CNG, relais des publications de postes

Prévue par le décret constitutif du CNG du 4 mai 2007 modifié, elle a été initialisée en avril 2010. Elle a une double vocation :

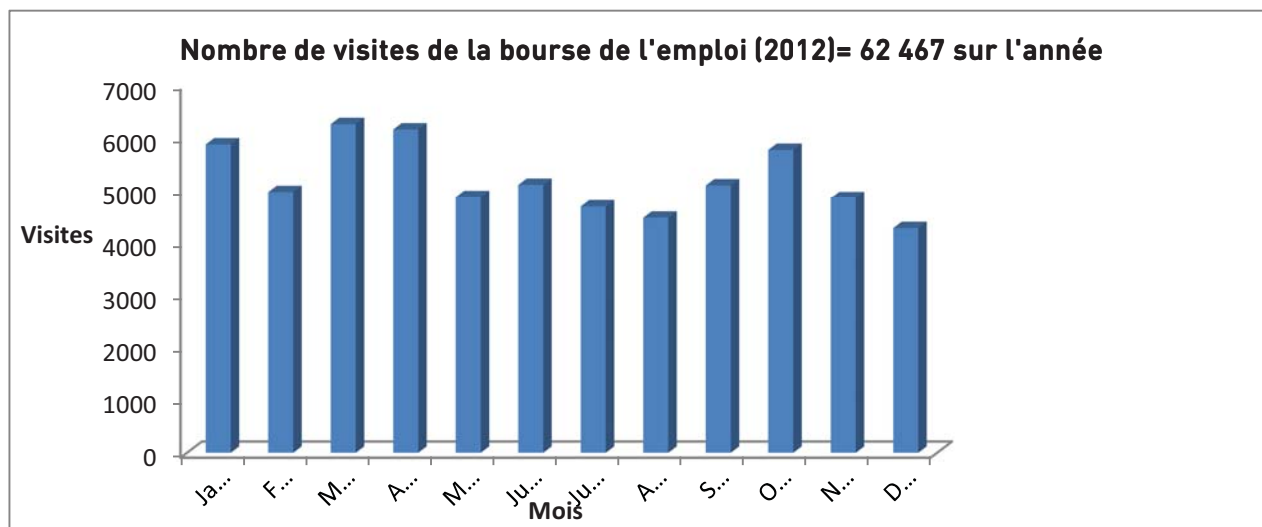
- assurer la publication des postes de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, en lieu et place de la publication au *Journal Officiel* et relayer ces publications, avec la perspective de les enrichir systématiquement d'une fiche de poste détaillée pour les directeurs de la fonction publique hospitalière ;
- être, pour les professionnels concernés, une ouverture notamment sur le marché de l'emploi des 3 fonctions publiques et autres organismes, en particulier du secteur public.

Un module de recherche a été réalisé pour la partie PH, permettant aux intéressés de mieux se repérer lors des tours de recrutement, compte tenu du volume considérable de postes publiés désormais sur le seul site du CNG (3000 à 4000).

La recherche peut ainsi être faite par région, ville, discipline, spécialité, statut et établissement. Les résultats sont ensuite affichés par profil de poste. La région, ville et dates (date de l'offre et date de clôture) sont également indiquées dans le résultat de la recherche.

Un module du même type est en cours de finalisation pour les directeurs.

➤ Statistiques des visites de la Bourse de l'emploi en 2012



La Bourse de l'emploi a été consultée 62 467 fois au cours de cette période.

II.4.3.1.2- Ouverture sur le marché de l'emploi public et para-public

Une convention de partenariat a été signée avec le groupe Le Moniteur, architecte de la bourse Interministérielle de l'emploi Public (BIEP) pour relayer en continu sur le site du CNG, les offres des 3 fonctions publiques (hospitalière, Etat, territoriale) susceptibles d'être adaptées aux professionnels gérés. Ces offres sont actualisées tous les 10 jours.

Les publics intéressés peuvent aussi accéder directement au site « emploipublic.fr » pour y déposer leur CV, dans l'attente de la mise en place de la CV-thèque propre au CNG, objectif prioritaire de développement de la bourse de l'emploi en 2013.

II.5- Soutenir et intensifier le dispositif national d'autorisations d'exercice

La cellule chargée des commissions d'autorisation d'exercice (CAE) a été créée au sein du département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel, le 1^{er} juillet 2010 suite au transfert du ministère chargé de la santé (direction générale de l'offre de soins) au CNG de la gestion des procédures d'autorisation d'exercice des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens.

Elle a pour mission la gestion et le secrétariat des 44 commissions nationales d'autorisation d'exercice compétentes pour l'examen de toutes les demandes déposées dans le cadre des procédures suivantes :

- la procédure d'autorisation d'exercice s'adressant aux **praticiens à diplômes hors UE lauréats des épreuves de vérification des connaissances** (concours ou examen) ;
- la procédure d'autorisation d'exercice s'adressant à des **ressortissants d'un Etat membre de l'UE** (ou d'un Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen) **titulaires de titres de formation délivrés par l'un de ces Etats ou par un Etat tiers et reconnus par un Etat, membre ou partie** ;
- la procédure d'autorisation temporaire s'adressant à des **médecins à diplômes hors UE** impliqués dans une **activité hospitalo-universitaire d'au moins 3 ans dans leur pays d'origine** souhaitant exercer des **fonctions d'enseignement et de recherche en France** ;
- depuis 2012, la procédure d'autorisation temporaire s'adressant de manière spécifique à certains **médecins en provenance de certains pays du Golfe venus se former en France dans le cadre d'accords internationaux** (VI).

Pour toutes les professions et en sa qualité de membre de droit, le CNG participe à l'ensemble des commissions qui sont elles-mêmes présidées par la DGOS (à l'exception toutefois du Conseil supérieur de la pharmacie présidé par la Présidente du Conseil national de l'ordre des pharmaciens).

L'équipe est actuellement composée de 7 personnels au total.

L'année 2012 a été marquée par un rythme soutenu des commissions nationales d'autorisation d'exercice pour la quasi-totalité des professions concernées (I) avec, pour la deuxième année consécutive, l'organisation de l'épreuve d'aptitude (II), mais aussi le renouvellement des membres des commissions (III), la possibilité, désormais offerte aux candidats à l'autorisation d'exercice, de déposer un recours gracieux auprès de l'administration (IV) et enfin le travail de révision de certains documents constitutifs des dossiers examinés en commission (V).

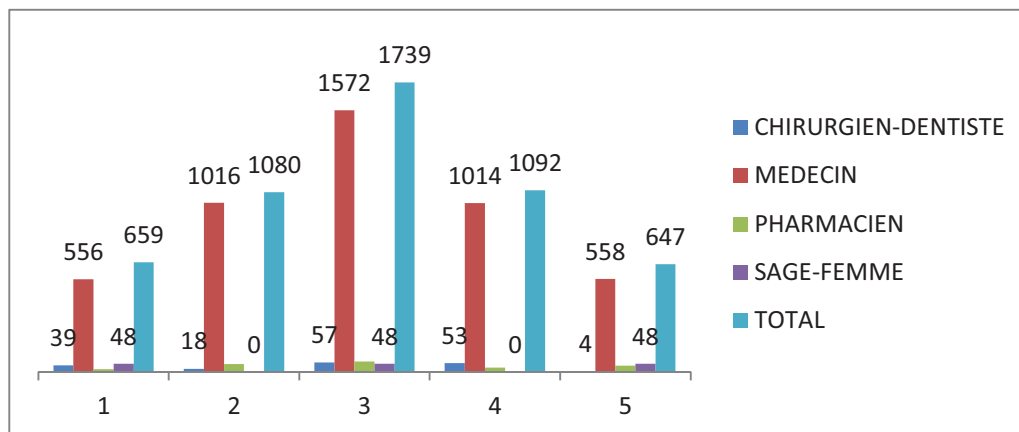
II.5.1- Activité des commissions nationales d'autorisation d'exercice

A l'exception de la commission compétente pour les sages-femmes qui ne s'est pas réunie en 2012 en raison d'un dépôt tardif des dossiers de demande d'autorisation d'exercice auprès du CNG, situation exceptionnelle consécutive à une évolution de la réglementation, les commissions se sont déroulées à un rythme particulièrement intensif s'agissant des médecins et selon un calendrier plus habituel pour les chirurgiens-dentistes (la commission s'est réunie 3 fois). Pour les pharmaciens, le Conseil supérieur de la pharmacie s'est réuni une seule fois, en raison de difficultés liées au renouvellement de ses membres.

C'est ainsi qu'avec une réunion deux fois par semaine en moyenne, les commissions nationales d'autorisation d'exercice compétentes pour les différentes spécialités médicales et chirurgicales ont été appelées à examiner **plus de 1000 dossiers en 2012**.

L'absorption d'un tel volume d'activité suppose une forte implication de tous les acteurs et l'absence de toute défaillance de la chaîne organisationnelle mise en place dès 2011.

	Nombre de dossiers en stock au 31/12/2011	Nombre de dossiers reçus 2012	TOTAL	Nombre de dossiers examinés par les commissions 2012	Nombre de dossiers restant à examiner
CHIRURGIEN-DENTISTE	39	18	57	53	4
MEDECIN	556	1016	1572	1014	558
PHARMACIEN	16	46	62	25	37
SAGE-FEMME	48	0	48	0	48
TOTAL	659	1080	1739	1092	647



On constate que 63 % des dossiers des 3 professions suivantes : médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien, ont été examinés en 2012. Aucune commission ne s'est réunie pour la profession de sage-femme car les 48 dossiers en stock en début d'année étaient irrecevables, les candidates n'ayant pas effectué l'année de fonctions réglementairement requise. Pour la profession de médecin, 65 % des dossiers ont été examinés. Pour cette profession, représentant l'essentiel de l'activité, **83 réunions se sont tenues** en 2012 par spécialité, soit 1,5 commission par semaine. Malgré ce rythme soutenu et l'intensification des commissions de médecine générale qui examinent jusqu'à 50 dossiers à la suite, le nombre de dossiers en instance tend à se renouveler.

➤ MÉDECINS

✓ PAE (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

- DOSSIERS EXAMINÉS PAR LES COMMISSIONS en 2012

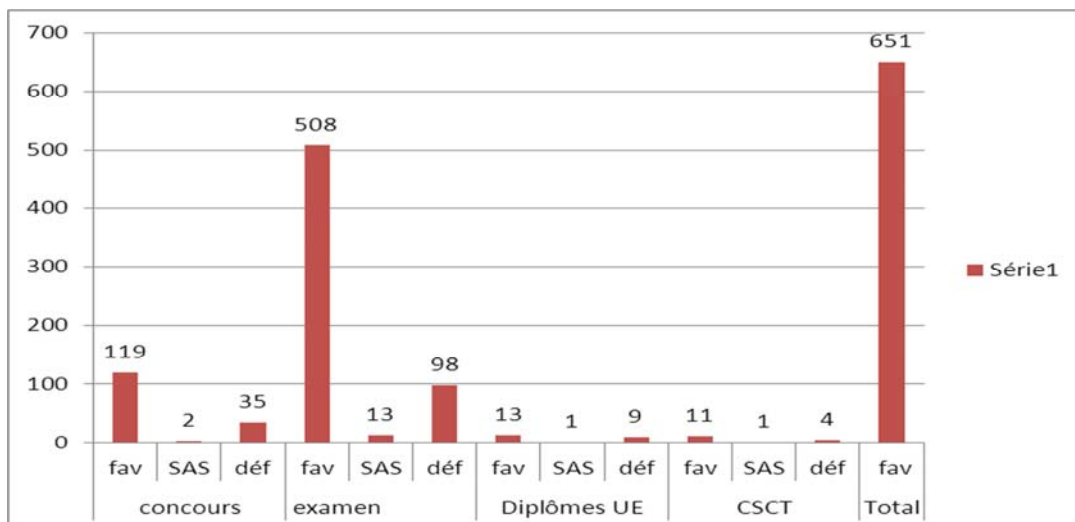
Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	Reste à examiner
299	813	1112	814	651	146	17	298

✓ PAE (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE), par spécialité

Spécialités	Dossiers à examiner Stock et flux	dossiers examinés en 2012	Avis des commissions													dossiers restant à examiner
			concours			examen			Diplômes UE			CSCT			Total	
			fav	SAS ⁸	déf	fav	SAS	déf	fav	SAS	dé f	fav	SAS	déf	fav	
Anatomie et cytologie	3	2	1			1									2	1
Anesthésie-réanimation	78	78	19			44	5	5	4			1			68	0
Biologie médicale	9	4				4									4	5
Cardiologie et maladies vasculaires	29	29	1			20	4	1			1	2			23	0
Chirurgie générale	5	4				3		1							3	1
Chirurgie infantile	5	5				5									5	0
Chirurgie maxillo - faciale	1	1				1									1	0
Chirurgie orthopédique et traumatologie	20	20	2		2	10		6							12	0
Chirurgie plastique r	2	2				2									2	0
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	8	7				5	1	1							5	1
Chirurgie urologique	15	15	1			10		4							11	0
Chirurgie vasculaire	3	1	1												1	2
Chirurgie viscérale et digestive	32	27	1			16	1	9							17	5
Dermatologie	2	2				2									2	0
Endocrinologie et métabolisme	13	12				7		3	1					1	8	1
Gastro-entérologie et hépatologie	30	30				20		10							20	0
Génétiq ue médicale	1	0													0	1
Gériatrie	99	83	8		2	64		5	1			3			76	16
Gynécologie médicale	3	0													0	3
Gynécologie obstétrique	40	33	2			29	1			1					31	7
Hématologie	13	8				5	3								5	5
Médecine interne	4	3				2					1				2	1
Médecine générale	354	188	54	1	28	70	4	31	2		5	1	1	2	127	166
Médecine physique et réadaptation	20	18	5	1		7	4	1							12	2
Médecine nucléaire	3	2	1			1									2	1
Médecine du travail	3	3				3									3	0
Néphrologie	10	9				7		1	1						8	1
Neurochirurgie	5	2	1			1									2	3
Neurologie	14	12	1			9		2							10	2
Oncologie	23	21	2		2	14		2	1						17	2
Ophtalmologie	16	11	4			7									11	5
ORL	5	5				3		2							3	0
Pédiatrie	41	41	3			30		3	3		1	1			37	0
Pneumologie	16	7	1			6									7	9
Psychiatrie	150	97	3		1	79		10				3		1	85	53
Radiodiagnostic et imagerie médicale	25	20	7			12					1				19	5
Réanimation médicale	6	6	1			4		1							5	0
Rhumatologie	1	1				1									1	0
Santé publique	5	5				4	1								4	0
Stomatologie	0	0													0	0
Total médecine	1112	814	119	2	35	508	13	98	13	1	9	11	1	4	651	298

⁸ SAS = Sursis à statuer

✓ **MEDECINS : Avis des commissions en 2012 par type de dossier**



Tous les dossiers reçus en 2011 ont été examinés. En 2012, leur nombre est sensiblement le même qu'en 2011, soit 832 en 2011, contre 814 en 2012 (-18 dossiers).

Sur 814 dossiers examinés, 651 ont reçu un avis favorable, soit 80 %, contre 18 % ayant reçu un avis défavorable et 2 % de sursis à statuer.

HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme - diplôme HUE reconnu par un pays membre)

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS en 2012**

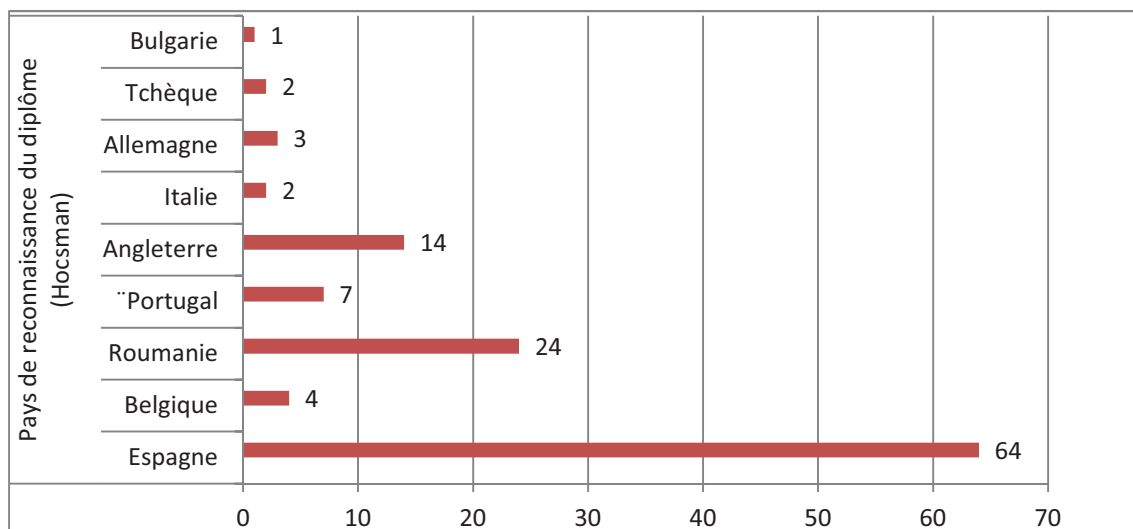
Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Favorables	Mesures compensatoires (MC)	Sursis à statuer (SAS)	Reste à examiner
257	203	460	200	108	76	16	260

Le nombre de dossier examinés par les commissions en 2012 équivaut à 43,5% du nombre de dossiers en instance au 31 décembre 2011 (55,9%) et du nombre de nouveaux dossiers reçus (44,1%) en 2012.

Sur les 200 dossiers examinés, 108 ont reçu un avis favorable, soit 54% tandis que 76 justifiaient des mesures compensatoires, soit 38%.

Spécialités	Dossiers à examiner flux et stock	Pays de reconnaissance du diplôme (Hocsman)									Avis des commissions						total dossiers examinés	total dossiers non examinés.					
		Espagne	Belgique	Roumanie	Portugal	Angleterre	Italie	Allemagne	Tchèque	Bulgarie	HOCSMAN			DRESSEN					Total				
											fav	SAS	MC	fav	SAS	MC				fav	MC		
Anatomie et cytologie	2				1													1	2	0	0	2	0
Anesthésie-réanimation	21	2		5		2													5	5	3	11	10
Biologie médicale	7	3																		2	2	4	3
Cardiologie et maladies vasculaires	5	1	1																	5	0	5	0
Chirurgie générale	5	3																		2	3	5	0
Chirurgie infantile	0																			0	0	0	0
Chirurgie maxilo faciale	1																			1	0	1	0
Chirurgie orthopédique	2	2																		1	0	2	0
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	5	2	1		2															3	1	5	0
Chirurgie thoracique	2	1			1															1	1	2	0
Chirurgie urologique	1																			0	1	1	0
Chirurgie vasculaire	0																			0	0	0	0
Chirurgie viscérale et digestive	3	2			1															2	0	3	0
Dermatologie	2	1					1													1	1	2	0
Endocrinologie et métabolisme	4	1	1																	2	2	4	0
Gastro-entérologie et hépatologie	6	1	1		1															2	1	5	1
Génétique médicale	1																			1	0	1	0
Gériatrie	13	1																		1	2	4	9
Gynécologie médicale	1	1																		1	0	1	0
Gynécologie obstétrique	18		1			1														2	2	3	15
Hématologie	0																			0	0	0	0
Médecine interne	4																			1	3	4	0
Médecine générale	260	23		8		3														16	1	19	71
Médecine physique et réadaptation	1	1																		1	0	1	0
Médecine nucléaire	1																			0	0	0	1
Médecine du travail	4		1																	2	4	0	0
Néphrologie	2																			1	1	2	0
Neurochirurgie	1				1															0	0	1	0
Neurologie	5	2	1				1													2	5	1	5
Oncologie	10	4	2		1															4	4	10	0
Ophthalmologie	9	4																		3	0	4	5

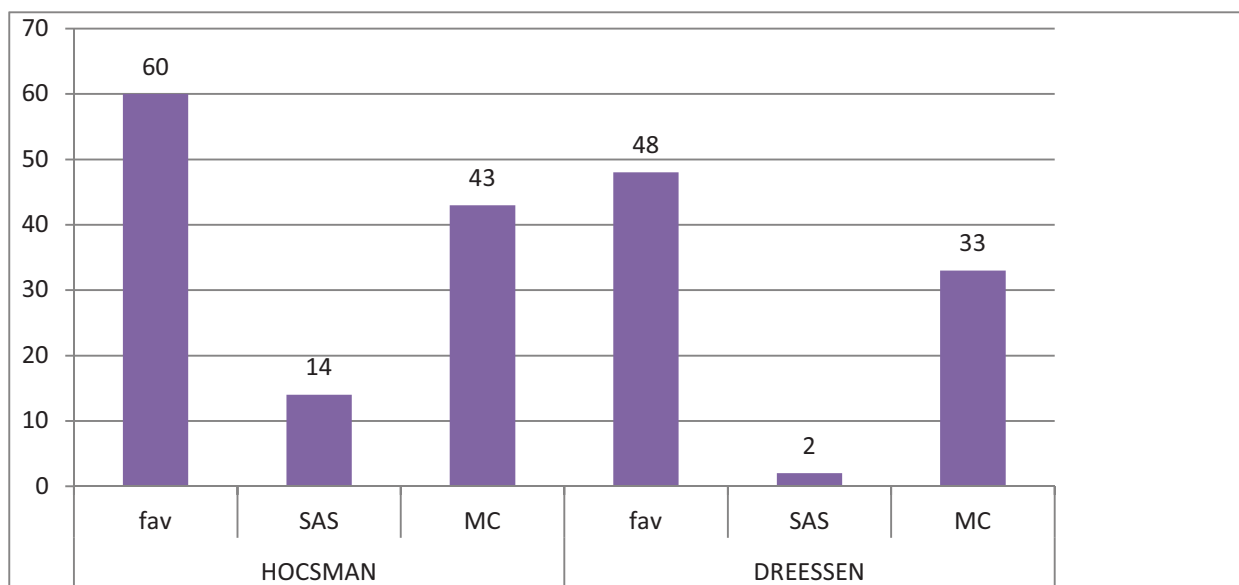
✓ **Pays de reconnaissance du diplôme (Hocsman)**



L'Espagne est en tête des pays qui délivrent l'homologation du diplôme de base de docteur en médecine, soit 64 homologations sur 121 qui représentent 53% du total, suivie de la Roumanie 24 sur 121 soit 20%. Ensuite, vient l'Angleterre, en 3^{ème} position avec 14 homologations soit 12% et en 4^{ème} position, le Portugal avec des homologations qui représentent 6%.

Il est à noter que certains pays comme l'Espagne délivrent des homologations sur présentation d'un dossier par les candidats qui ne sont pas soumis au préalable à une épreuve de contrôle des connaissances. Si l'Espagne délivrait, jusqu'à présent, des homologations à des candidats hispanophones issus principalement des pays d'Amérique du Sud, on constate que ce n'est plus le cas aujourd'hui. Des candidats issus des pays du Maghreb ou des pays de l'Est peuvent également obtenir une homologation de leur diplôme de docteur en médecine en Espagne, leur permettant d'exercer la médecine, dans un cadre limité, dans ce pays. Sur présentation de cette homologation espagnole, la majorité de ces candidats demandent ensuite l'autorisation d'exercer en France dans le cadre de la procédure Hocsman.

✓ **(Avis des commissions Hocsman -Dreessen)**



55% des dossiers ont reçu un avis favorable des commissions, contre 39 % de mesures compensatoires. Seulement 8 % des dossiers font l'objet d'un sursis à statuer pour obtenir des renseignements complémentaires nécessaires à leur bonne instruction par la commission.

➤ **CHIRURGIENS DENTISTES**

✓ **PAE** (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS en 2012**

Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	Reste à examiner
30	1	31	27	26	0	1	4

Sur les 30 dossiers en instance en fin d'année 2011- 19 jusqu'ici irrecevables ont pu être examinés en 2012, car les candidats avaient accompli leur année de fonctions. Tous les dossiers examinés, sauf 1 nécessitant des éléments complémentaires, ont reçu un avis favorable.

HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme - diplôme HUE reconnu par un pays membre)

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS en 2012**

Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	Reste à examiner
9	17	26	26	24	1	1	0

Tous les dossiers reçus en 2012 ont été examinés par la commission, dont 92 % qui ont reçu un avis favorable.

➤ **PHARMACIENS**

✓ **PAE** (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LE CONSEIL SUPERIEUR DE LA PHARMACIE en 2012**

Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés	Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	Reste à examiner
3	11	14	7	5	2	0	7

En 2012, un seul Conseil supérieur de la pharmacie s'est réuni pour examiner les dossiers des candidats à l'autorisation d'exercice. Pour les dossiers de pharmaciens issus de la PAE, 7 dossiers ont été examinés dont 5 ont reçu un avis favorable soit 71,43 % et 2 ont reçu un avis défavorable. En ce qui concerne la biologie médicale, 8 dossiers ont été examinés et 6 ont obtenu un avis favorable soit 75 % et 2 ont reçu un avis défavorable.

Sur les 14 dossiers enregistrés, 7 ont été examinés, avec 50% d'avis favorable

➤ **PHARMACIENS-Biologie médicale**

✓ **PAE** (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LE CONSEIL SUPERIEUR DE LA PHARMACIE en 2012**

Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés	Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	Reste à examiner
3	9	12	8	6	2	0	4

Sur les 8 dossiers examinés, 75% se sont conclus favorablement.

HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme - diplôme HUE reconnu par un pays membre)

➤ **PHARMACIENS**

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LE CONSEIL SUPERIEUR DE LA PHARMACIE en 2012**

Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés	Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	Reste à examiner
3	18	21	11	6	5	0	10

Sur les 11 dossiers examinés par les commissions, 54,5% ont été favorablement reçus tandis que les autres recevaient un avis défavorable.

➤ **PHARMACIENS - Biologie médicale**

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS 2012**

Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés	Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	Reste à examiner
0	0	0	0	0	0	0	0

Aucun dossier n'a été déposé au titre de cette procédure d'autorisation d'exercice par des pharmaciens biologistes médicaux.

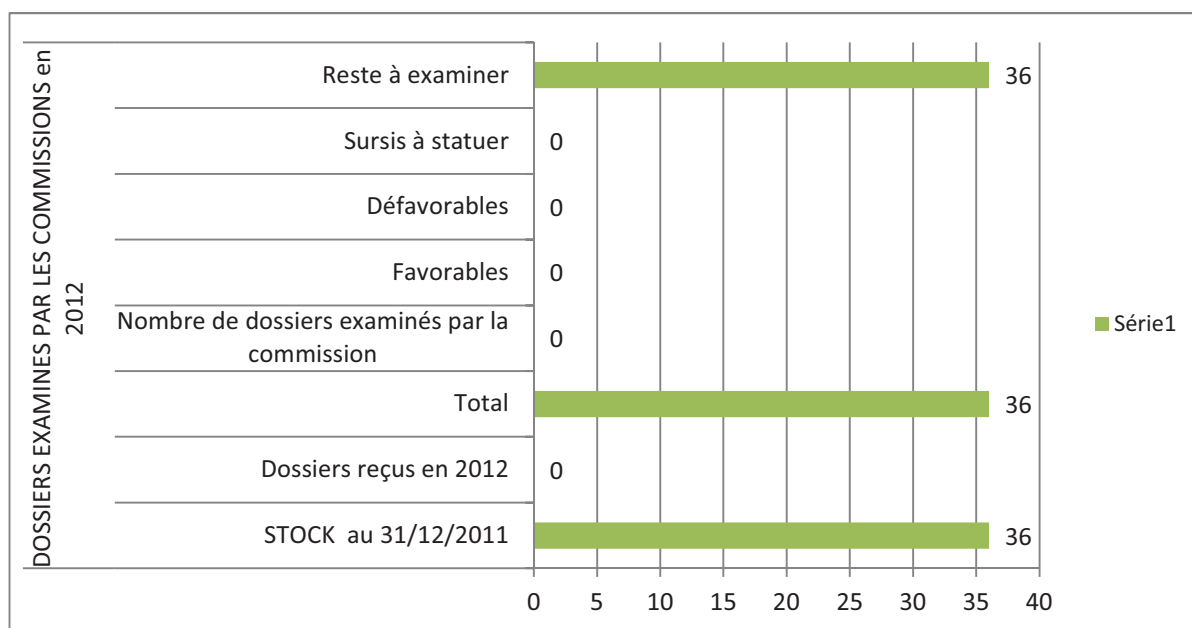
Les demandes d'autorisation d'exercice de la spécialité de biologie médicale doivent en effet être examinées par une commission prévue par l'ordonnance de biologie médicale n° 2010-49 du 13 janvier 2010 prise en application de l'article 69 de la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Cette nouvelle commission de biologie médicale est en cours de création par la Direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé.

➤ **SAGES FEMMES**

✓ **PAE** (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS en 2012**

STOCK au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	Reste à examiner
36	0	36	0	0	0	0	36



36 dossiers ont été déclarés irrecevables depuis l'ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009, les candidates n'ayant pas effectué leur année de fonction.

HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme - diplôme HUE reconnu par un pays membre)

- **DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS en 2012**

Dossiers en instance au 31/12/2011	Dossiers reçus en 2012	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	Reste à examiner
12	0	12	0	0	0	0	12

12 dossiers ont été déclarés irrecevables dans la mesure où l'homologation du diplôme et/ou la nationalité des candidats ne répondaient pas aux critères réglementaires en vigueur.

II.5.2- Poursuite de la mise en œuvre des mesures compensatoires/ épreuve d'aptitude

L'année 2012 aura été marquée par l'organisation, pour la deuxième fois, de l'épreuve d'aptitude.

Dans le cadre des procédures spécifiques d'autorisation d'exercice dites du *régime général européen*, qui s'adressent à des ressortissants de l'UE qui satisfont à des conditions particulières en termes de titres et diplômes, de nombreux candidats à l'autorisation d'exercice en France ont bénéficié de mesures compensatoires (stage d'adaptation, *épreuve d'aptitude*) qui leur ont été proposées après examen de leur dossier par les commissions d'autorisation d'exercice compétentes.

Certains d'entre eux ont opté pour *l'épreuve d'aptitude* qui s'est déroulée, pour la deuxième fois, en 2012.

Conformément à la réglementation en vigueur, les différentes épreuves organisées par profession et par spécialité l'ont été par le CNG, sur la période comprise entre le 12 novembre et le 14 décembre 2012, qui correspond à celle des séminaires de correction des épreuves organisées dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE).

Au titre de cette session 2012, comme en 2011, les épreuves ont été organisées sous la forme d'une épreuve orale - d'une durée totale de 45 minutes - comprenant un exposé puis un entretien avec les 3 membres du jury désignés par voie d'arrêté par le CNG. Les sujets de l'épreuve, fixés par le jury, portaient sur le programme ou les matières mentionnées dans la notification qui a été adressée par le ministre chargé de la santé à chacun des candidats à l'autorisation d'exercice, après examen de son dossier par la commission compétente.

La notification aux intéressés des résultats obtenus à cette épreuve orale (note chiffrée) a été effectuée par le CNG alors que celle des décisions qui en découlent en termes d'autorisation ou de refus d'autorisation d'exercice l'a été par la DGOS.

Ainsi sur 27 candidats inscrits, 24 se sont effectivement présentés (21 médecins, 1 chirurgien-dentiste et 2 pharmaciens).

➤ **MESURES COMPENSATOIRES 2012**

✓ **MEDECINS**

- **EPREUVE D'APTITUDE**

SPECIALITES	NOMBRE	ADMIS	RECALES	ABSENTS
CHIRURGIE GENERALE	1	1		
CHIRURGIE VASCULAIRE	1		1	
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	1		1	
ENDOCRINOLOGIE	1		1	
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	2	1	1	
MEDECINE GENERALE	8	1	6	1
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	1		1	
PNEUMOLOGIE	1	1		
PSYCHIATRIE	6	5		1
RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE	1	1		
Total	23	10	11	2

➤ **SAGES FEMMES**

PROFESSION	NOMBRE	ADMIS	RECALES	ABSENTS
SAGE FEMME	1			1

➤ **CHIRURGIENS DENTISTES**

PROFESSION	NOMBRE	ADMIS	RECALES	ABSENTS
CHIRURGIEN DENTISTE	1		1	

➤ **PHARMACIENS**

PROFESSION	NOMBRE	ADMIS	RECALES	ABSENTS
PHARMACIENS	2		2	

En 2011, sur 25 inscrits à l'épreuve d'aptitude, 14 ont été admis, soit 56% du total. Parmi ces 14 reçus, 8 l'ont été en médecine générale, soit 57% des inscrits dans cette spécialité.

En 2012, au total 27 inscrits dont 23 médecins, 2 pharmaciens, 1 sage-femme et 1 chirurgien-dentiste. 10 candidats seulement ont été reçus, tous dans la profession de médecin, soit 37 % de réussite et 14 n'ont pas été retenus, soit 52 % du total. En médecine générale, sur 8 candidats, 1 seul a été admis. Cela pose la question du niveau des candidats qui n'exercent plus la médecine depuis des années ou ne possèdent pas de diplôme de spécialiste en médecine générale.

II.5.3- Renouvellement des membres des Commissions

L'année 2012 aura connu le renouvellement des membres des commissions d'autorisation d'exercice nommés pour une durée de 3 ans, renouvelable (médecin, , chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme).

S'agissant des trois professions médicales, un nouvel arrêté en date du 17 septembre 2012 fixe la composition de la commission qui comprend, outre les représentants de l'administration et des différentes organisations syndicales, des conseillers ordinaires et des représentants de la profession concernée dont les membres de la commission nationale de 1^{ère} instance de qualification par spécialité lorsqu'il s'agit des médecins. De récentes élections ordinaires permettent alors à de nouveaux membres de siéger au sein des commissions.

Quant au renouvellement du Conseil supérieur de la pharmacie, il est effectif depuis le 27 décembre 2012, date du nouvel arrêté ministériel fixant sa composition. Le CNG est chargé d'assurer la gestion et le secrétariat du Conseil supérieur de la pharmacie qui joue le rôle de commission d'autorisation d'exercice pour les pharmaciens.

En effet, au terme de la réglementation en vigueur, ce Conseil est chargé de *donner un avis sur toutes les questions d'ordre pharmaceutique qui lui sont soumises par le ministre chargé de la santé*. De ce fait, il donne un avis depuis de nombreuses années, sur les demandes d'autorisation d'exercice de la pharmacie présentées par des pharmaciens titulaires de diplômes UE ou hors UE. A cette fin, il se réunit deux fois par an.

II.5.4- Un partenariat renforcé avec la Direction générale de l'offre de soins et le Conseil national des Médecins

✓ Une clarification des modalités d'instruction des recours gracieux

Tout refus d'autorisation d'exercice peut être contesté par les candidats à l'autorisation d'exercice dans le cadre d'un recours gracieux déposé auprès de la DGOS, selon des modalités d'instruction désormais bien établies avec le CNG. C'est ainsi que sur une trentaine de recours déposés en 2012, une quinzaine de décisions négatives ont fait l'objet d'un réexamen du dossier par les différentes commissions compétentes qui ont pu ainsi prendre connaissance des arguments développés par les candidats pour défendre leur cause.

✓ Une révision de certains documents examinés en commission

Afin de fiabiliser et de rassembler un plus grand nombre d'informations sur la formation et le parcours des candidats à l'autorisation d'exercice, une fiche d'évaluation des fonctions hospitalières et une fiche retraçant l'avis du rapporteur sont désormais renseignées.

Si les critères et les modalités d'examen des dossiers n'ont guère évolué tout au long de l'année 2012, c'est au cours de celle-ci qu'ont été posées les bases d'un changement pour les commissions devant se dérouler à partir de 2013.

Au cours de l'année 2012, la DGOS, en concertation avec le CNOM, a considérablement enrichi le rapport d'évaluation des fonctions concernant les candidats à l'autorisation d'exercice de la médecine, pièce essentielle composant le dossier à fournir aux commissions compétentes.

Prévu en annexe du nouvel arrêté interministériel fixant la composition du dossier, ce rapport d'évaluation modifié comporte les adaptations et mentions utiles aux trois autres professions : sage-femme, chirurgien-dentiste, pharmacien.

Ce nouveau rapport figurera au dossier des candidats dès 2013. Il prévoit, notamment, l'exigence d'une évaluation semestrielle ainsi qu'une validation de son contenu par l'administration hospitalière et le président de la commission médicale d'établissement.

Quant à la fiche retraçant l'avis du rapporteur, elle constitue un document permettant de synthétiser et de motiver leur avis. Elle a pu être utilisée par les rapporteurs dès les mois de novembre et décembre 2012.

II.5.5- Une extension des autorisations d'exercice aux médecins de certains pays du Golfe

Dans le cadre du rayonnement de la médecine et de la promotion de l'expertise et du savoir-faire français dans ce domaine, 3 accords de coopération internationale ont été conclus avec des pays du Golfe parmi lesquels l'Arabie Saoudite, les Emirats Arabes Unis et le Koweït, en vue de participer à la formation de l'élite médicale de ces pays.

Ces accords prévoient une clause de *post-internat* nécessitant la délivrance d'une autorisation temporaire d'exercice par le ministre chargé de la santé (DGOS) après instruction du dossier par le CNG et avis du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

En 2012, dans le cadre du **programme de formation des médecins saoudiens**, premier des trois programmes de formation à être mis en œuvre, sur 17 dossiers reçus et instruits, 15 ont obtenu une suite favorable.

L'accord prévoit la spécialisation en France d'un flux de 50 médecins saoudiens par an, appelés à suivre le cursus complet du 3^{ème} cycle des études médicales débouchant pour tous sur un DES (diplôme d'études spécialisées) et, pour certains, sur un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires).

Pour la validation du DESC, certaines spécialités nécessitent une année de fonctions hospitalières sur un statut de praticien attaché temps plein, qui exige que soit délivrée aux intéressés une autorisation temporaire d'exercice afin de leur permettre l'inscription au tableau départemental de l'Ordre dont ils relèvent.

Il est précisé qu'à l'issue de ce parcours de formation, les médecins saoudiens n'ont pas vocation à résider en France pour y exercer la médecine.

Sous l'égide du ministère chargé des affaires étrangères, un comité de suivi placé au niveau national veille au bon déroulement de ce partenariat.

II.5.6- Une activité fortement valorisée sur le site internet du CNG

Ce site est riche d'informations, régulièrement actualisées, concernant la CAE, qui permettent à la fois d'appréhender le cadre législatif et réglementaire relatif aux conditions d'exercice en France des professions concernées d'une part, et de donner de la visibilité au processus d'instruction des dossiers reçus au CNG, qui sont en cours de traitement (tableaux de bord, délais moyens d'instruction, calendrier prévisionnel des commissions, coordonnées des interlocuteurs etc.), d'autre part.

Ces informations, qui ont aussi une visée pédagogique, sont capitales pour répondre à un flux volumineux de demandes (appels téléphoniques venant du monde entier) des candidats à l'autorisation d'exercice, très soucieux de l'avancement de leur dossier.

