



**Centre National de Gestion**  
des Praticiens Hospitaliers  
et des Personnels de Direction de  
la Fonction Publique Hospitalière

# RAPPORT D'ACTIVITE 2013

## Tome I



<b>Le mot du Président et de la Directrice générale</b>	<b>7</b>
<b>Les chiffres-clés du CNG</b>	<b>11</b>
<b>Le journal de l'année</b>	<b>13</b>
<b>Première partie</b>	<b>19</b>
<b>1<sup>ère</sup> partie– Stratégie démographique et politique de recrutement</b>	<b>21</b>
<b>1.1- Les modes d'accès aux professions médicales et pharmaceutiques pilotés par le CNG</b>	<b>21</b>
1.1.1- Les concours d'accès aux corps des praticiens hospitaliers titulaires	21
1.1.1.1- Les praticiens hospitaliers (PH)	21
1.1.1.2- Les personnels enseignants et hospitaliers (HU)	30
1.1.2- Les autorisations d'exercice aux professions de médecin, chirurgien dentiste, sage-femme et pharmacien	31
1.1.2.1- Les épreuves de vérification des connaissances(EVC)	31
1.1.2.2- Les autorisations d'exercice délivrées après l'avis des commissions d'autorisation d'exercice	39
<b>1.2- Les concours et examens nationaux d'accès au 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et pharmaceutique et au dispositif national des contrats d'engagement de service public (CESP)</b>	<b>51</b>
1.2.1- Les épreuves classantes nationales (ECN)	51
1.2.2- Les autres internats	58
1.2.3- La gestion du dispositif national des contrats d'engagement de service public (CESP)	61
<b>1.3- Les modes d'accès aux corps de directeurs de la fonction publique hospitalière et des attachés d'administration hospitalière</b>	<b>68</b>
1.3.1- Les directeurs d'hôpital (DH)	68
1.3.1.1- Le cycle préparatoire et concours d'entrée (DH)	68
1.3.1.2- Le détachement (DH)	76
1.3.1.3- Le tour extérieur (DH)	76
1.3.2- Les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)	78
1.3.2.1- Le cycle préparatoire et concours d'entrée (D3S)	78
1.3.2.2- Le détachement (D3S)	85
1.3.2.3- Le tour extérieur (D3S)	86
1.3.3- Les directeurs des soins (DS)	87
1.3.3.1- Le cycle préparatoire et concours d'entrée (DS)	87
1.3.3.2- Le détachement (DS)	94
1.3.4- Les attachés d'administration hospitalière (AAH)	94
1.3.4.1- L'affectation de la promotion 2013 des élèves (concours 2012) (AAH)	94
1.3.4.2- Le cycle préparatoire et concours d'entrée (AAH)	98
<b>Deuxième partie</b>	<b>109</b>
<b>2<sup>ème</sup> partie- La gestion des parcours professionnels des praticiens hospitaliers et des directeurs : une gestion promouvant une approche centrée sur les métiers, les compétences et les évolutions pour faire face aux mutations de l'environnement professionnel</b>	<b>111</b>
<b>2.1- Le corps de praticiens hospitaliers et de personnels enseignants et hospitaliers</b>	<b>111</b>
2.1.1 Les praticiens hospitaliers (PH)	111
2.1.1.1- Les effectifs rémunérés des PH par sexe et par tranche d'âges au 1 <sup>er</sup> janvier 2014	115
2.1.1.2- Les effectifs gérés au 1 <sup>er</sup> janvier 2014 (PH)	131
2.1.1.3- La gestion de carrière (PH)	131
2.1.1.4- Le dialogue social (instance nationale = CCNP) (PH)	140
2.1.1.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des praticiens hospitaliers – Année 2013 – (PH)	141
2.1.1.6- Les chantiers initiés en 2013 et perspectives 2014 (PH)	144
2.1.2- Les personnels enseignants et hospitaliers (HU)	145
2.1.2.1- Les données statistiques (HU)	145
2.1.2.2- La gestion statutaire (HU)	152
2.1.2.3- Les contentieux spécifiques à la gestion des personnels enseignants et hospitaliers (HU)	153

<b>2.2- Les corps de directeurs de la fonction publique hospitalière</b>	<b>155</b>
2.2.1- Les directeurs d'hôpital (DH)	155
2.2.1.1- Les effectifs au 1er janvier 2014 (DH)	155
2.2.1.2- Les caractéristiques des directeurs d'hôpital en établissement au 1 <sup>er</sup> janvier 2014 (DH)	157
2.2.1.3- La gestion statutaire (DH)	167
2.2.1.4- Les instances nationales (Comité de sélection/CAPN/CCN) (DH)	169
2.2.1.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des DH	166
2.2.2- Les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)	172
2.2.2.1- Les effectifs au 1er janvier 2014 (D3S)	174
2.2.2.2- Les caractéristiques des D3S en établissement au 1 <sup>er</sup> janvier 2014	175
2.2.2.3- La gestion statutaire (D3S)	182
2.2.2.4- Les instances nationales (D3S)	184
2.2.2.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des D3S	186
2.2.3- Les directeurs des soins (DS)	188
2.2.3.1- Les effectifs au 1er janvier 2014 (DS)	188
2.2.3.2- Les caractéristiques des directeurs des soins exerçant en établissement (DS)	189
2.2.3.3- La gestion statutaire (DS)	196
2.2.3.4- Les instances (Comité de sélection/CAPN/CCN) (DS)	198
2.2.3.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des DS	200
2.2.4- Le dialogue social avec les 3 corps de directeurs (DH/D3S/DS)	201
2.2.5- Les chantiers initiés en 2013 et perspectives pour 2014 (DH/D3S/DS)	203
2.2.6- Les perspectives 2014 (DH/D3S/DS)	206
<b>2.3- Les dispositifs communs d'accompagnement du CNG : L'offre de service au profit des praticiens hospitaliers et directeurs de la fonction publique hospitalière</b>	<b>208</b>
2.3.1 Les accompagnements réalisés en 2013 (PH et directeurs)	209
2.3.1.1- L'accompagnement dans le cadre de la recherche d'affectation (RA) ou hors recherche d'affectation (HRA) (PH et directeurs)	209
2.3.1.2- Le focus sur les missions (PH et directeurs)	233
2.3.1.3- Le focus sur les formations (PH et directeurs)	234
2.3.1.4- Le focus sur le coaching (PH et directeurs)	239
2.3.1.5- Le focus sur les ateliers collectifs (PH et directeurs)	242
2.3.1.6- Les éléments marquants en 2013 et perspectives en 2014 pour l'accompagnement des professionnels (PH et directeurs)	244
<b>Troisième partie</b>	<b>247</b>
<b>3<sup>ème</sup> partie - Le management et la performance interne du CNG : Une recherche constante de l'optimisation de son efficience dans un contexte économique contraint</b>	<b>249</b>
<b>3.1- Le management par la qualité</b>	<b>249</b>
<b>3.2- Le pilotage du système d'information</b>	<b>251</b>
<b>3.3- La gestion des ressources humaines internes</b>	<b>252</b>
3.3.1- Les personnels du CNG	252
3.3.2- L'évolution de la masse salariale	253
3.3.3- La responsabilité sociétale	253
3.3.4- La formation	254
3.3.5- Les conditions d'hygiène, de sécurité et de vie de travail	254
3.3.6- Les relations professionnelles et le dialogue social interne	254
3.3.7- La politique d'action sociale	255
<b>3.4- La gestion des autres professionnels</b>	<b>256</b>
3.4.1- Les conseillers généraux des établissements de santé (CGES)	256
3.4.1.1- Les effectifs (CGES)	256
3.4.1.2- La rémunération et la masse salariale (CGES)	258
3.4.1.3- Les frais de déplacement (CGES)	259
3.4.1.4- Les formations et colloques (CGES)	259
3.4.1.5- Le cas particulier de l'administration provisoire (CGES)	259
3.4.1.6- Le compte épargne-temps (CGES)	259
3.4.2- Les professionnels placés en recherche d'affectation	260
3.4.2.1- Les effectifs des professionnels placés en RA	260
3.4.2.2- La rémunération et masse salariale	261
3.4.2.3- Les frais de déplacement (formations, missions, accompagnement)	261

3.4.2.4-	L'indemnisation chômage des professionnels à l'issue de leur recherche d'affectation	261
3.4.3-	L'accompagnement des professionnels hors recherche d'affectation	262
3.4.4-	Les professionnels en congé spécial	262
3.4.4.1-	Les effectifs	263
3.4.4.2-	La rémunération et masse salariale	263
3.4.5-	Les professionnels en surnombre	263
3.4.5.1-	Les effectifs et flux	264
3.4.5.2-	Le montant des remboursements	265
3.4.6-	La mission de gestion, suivi et paiement de l'allocation d'engagement de service public	266
<b>3.5-</b>	<b>L'agence comptable et les services financiers</b>	<b>267</b>
3.5.1-	Le budget et les ajustements en gestion	268
3.5.2-	Les engagements comptables et juridiques	269
3.5.3-	Les mandatements, ordres de reversement et ré-imputations de dépenses	272
3.5.4-	Les paiements	274
3.5.5-	Le recouvrement	274
3.5.5.1-	L'origine des produits constatés et encaissés en 2013 pour financer le fonctionnement du CNG	275
3.5.5.2-	Les contributions versées par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics	277
3.5.5.3-	La résolution partielle des problématiques rencontrées au fil des ans par le CNG	277
3.5.5.4-	L'accès aux masses salariales des établissements	278
3.5.5.5-	La création d'un portail pour la déclaration, puis le paiement des contributions	278
<b>3.6-</b>	<b>Les affaires juridiques</b>	<b>280</b>
3.6.1-	Les recours pour les concours médicaux	280
3.6.2-	Les contentieux spécifiques aux procédures d'autorisation d'exercice (PAE)	281
3.6.3-	Les prestations de service de l'unité des affaires juridiques confirment son rôle transversal de prestataire de service	283
3.6.3.1-	En matière de contentieux	283
3.6.3.2-	En matière de marchés publics	284
<b>3.7-</b>	<b>Les archives</b>	<b>286</b>
3.7.1-	La gestion directe des archives	286
3.7.2-	La gestion externalisée des archives	287
<b>3.8-</b>	<b>La logistique</b>	<b>288</b>
<b>3.9-</b>	<b>Le courrier</b>	<b>289</b>
	<b>Quatrième partie</b>	<b>293</b>
	<b>4<sup>ème</sup> partie – La communication du CNG : une politique de communication qui s'est intensifiée dans tous les domaines, illustrative de la reconnaissance du rôle clé du CNG dans le paysage institutionnel du monde de la santé</b>	<b>295</b>
<b>4.1-</b>	<b>Le site internet du CNG</b>	<b>295</b>
4.1.1-	Quelques chiffres clés	295
4.1.2-	L'évolution du site internet	296
4.1.3-	Focus	300
4.1.4-	Les perspectives 2014	300
<b>4.2-</b>	<b>La communication événementielle et les partenariats</b>	<b>301</b>
4.2.1-	Le premier colloque national	301
4.2.2-	La participation à des salons : les Salons de la santé et de l'autonomie	302
4.2.3-	Les perspectives 2014	303
<b>4.3-</b>	<b>Les relations avec la presse</b>	<b>304</b>
4.3.1-	Le développement d'échanges confiants et de qualité	304
4.3.2-	Les perspectives 2014	304
<b>4.4</b>	<b>La communication interne</b>	<b>305</b>
4.4.1-	L'accueil des nouveaux arrivants	305
4.4.2-	La sortie du personnel	305
4.4.3-	Les journées thématiques	306
4.4.4-	Les perspectives 2014	306
	<b>CONCLUSION</b>	<b>307</b>



## Le mot du Président et de la Directrice générale

Au terme de sa sixième année de fonctionnement, le CNG a connu une nouvelle amplification de ses activités déployées par tous les départements et les structures rattachées à la direction générale, pour répondre à sa mission d'appui, de soutien et d'accompagnement à la politique d'organisation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale et à l'évolution des établissements relevant de ces secteurs d'activité.

A la gestion statutaire des 47 489 praticiens hospitaliers (PH) répartis en 41 765 à temps plein et 5 724 à temps partiel, s'est ajoutée - pour la première fois en année pleine - la gestion des 6 692 personnels enseignants et hospitaliers (HU), pour tous les actes liés à leur carrière hospitalière et la gestion de leur concours national de recrutement, conjointement avec le Ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La gestion des 5787 directeurs de la fonction publique hospitalière, répartis en 3106 directeurs d'hôpital (DH), 1875 directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) et 806 directeurs des soins (DS) a été particulièrement soutenue, notamment avec la tenue de 6 comités consultatifs nationaux (CCN) dans l'année (2 CCN par corps de directeurs) au cours desquels des bilans approfondis ont été présentés, comme le bilan de l'application de la prime de fonctions et de résultats (PFR), celui des nominations équilibrées dans les emplois d'encadrement supérieur et l'expertise technique apportée au ministère chargé de la santé (Direction générale de l'offre de soins) en charge de la réglementation.

Dans le domaine de l'accompagnement personnalisé des professionnels, praticiens et directeurs, le CNG a continué à diversifier ses dispositifs individuels et collectifs pour être au plus près des besoins institutionnels et de ceux des professionnels accompagnés, tout en développant réseaux et partenariats. Le 12 avril 2013, il a également organisé son premier colloque pour présenter les enjeux, bilan, perspectives et pistes d'amélioration des dispositifs d'accompagnement mis en place. Ceci a été l'occasion de recueillir des témoignages, de confronter les pratiques développées dans d'autres secteurs de la sphère publique ou privée et d'échanger sur les évolutions souhaitables. Cette rencontre confirme et conforte la nécessité de soutenir et d'amplifier les actions déjà engagées à ce titre.

Poursuivant sans relâche sa démarche de renforcement de la sécurisation institutionnelle des processus d'organisation des 20 concours nationaux de recrutement des professionnels relevant du secteur sanitaire, social et médico-social dont il a la charge, le CNG, a conduit avec succès, pour la troisième année -et pour la première fois avec l'appui d'un prestataire extérieur- la procédure informatisée de choix des postes d'interne à partir de son site internet (amphi virtuel) pour les 8000 étudiants en médecine, procédure étendue en 2013 aux internes en pharmacie et en odontologie pour la phase de simulation de choix. Il a ainsi poursuivi l'objectif fixé visant à favoriser la dynamique de modernisation de l'organisation de la formation médicale, pharmaceutique et odontologique.

Il s'est simultanément investi aux côtés des ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la santé dans le cadre du groupe de travail interministériel chargé de piloter le chantier des épreuves classantes nationales en médecine (ECN) informatisées, dont le lancement a été annoncé par les deux Ministres au printemps 2013 pour une première mise en œuvre en 2016.

Il a également conduit une expérimentation de numérisation de copies des épreuves du concours de directeur de soins, avec pour objectif la dématérialisation des corrections par le jury, via une plateforme Internet accessible aux correcteurs par le biais d'un mot de passe sécurisé.

L'évaluation très positive de cette expérimentation encourage le CNG à étendre le dispositif à tous les concours administratifs nationaux qu'il gère, dès 2014.

Les nouvelles épreuves de vérification des connaissances consécutives à la réforme de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE), telle que fixée par la loi n° 2012-157 du 1er 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 Etat hors Union Européenne, ont connu en 2013 leur deuxième année d'application .

De même, les autorisations nationales d'exercice des professions de médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste et sage-femme ont été fortement impactées par la loi sus-visée puisque cette activité a connu en 2013 une hausse de 25% par rapport à 2012, toutes professions et procédures confondues.

Chargé de la mise en œuvre du dispositif relatif aux contrats d'engagement de service public (CESP) signés par les étudiants et les internes en médecine qui s'engagent à exercer leurs fonctions, à titre salarié ou libéral, à la fin de leur formation dans des régions et des spécialités en sous-densité médicale, le CNG s'est vu confier une nouvelle mission, celle d'engager l'extension de ce dispositif aux étudiants et internes en odontologie. Dès 2013, une application informatique spécifiquement dédiée à ces CESP a été développée pour optimiser leur suivi et fiabiliser leur financement dans la durée, en lien avec le Ministère chargé de la santé, les agences régionales de santé et les universités concernées.

Au titre de sa gouvernance et de son fonctionnement interne, le CNG a enregistré en 2013 une activité de particulière intensité notamment dans le cadre des processus de contrôle interne général, comptable et financier permettant ainsi de sécuriser et de renforcer davantage son pilotage stratégique et budgétaire.

Il a, par ailleurs, défini les phases qui vont permettre l'élaboration de son premier schéma directeur du système d'information (SDSI), tout en poursuivant activement la modernisation des applications existantes dans de nombreux champs d'activité. Afin de capitaliser les orientations du nouveau contrat d'objectifs et de performance (COP) 2014-2016, il a adapté, en conséquence, le calendrier du SDSI au planning du COP.

Il a simultanément confirmé sa maîtrise juridique au travers de la gestion des contentieux, conventions, contrats et marchés et développé la veille juridique au bénéfice de ses structures internes et de ses interlocuteurs institutionnels et professionnels externes.

Enfin, en lien avec sa tutelle, le CNG a procédé au bilan d'exécution de son premier COP (2010-2013) qui a été finalisé à l'issue de la réunion de dialogue de gestion organisée par le ministère chargé de la santé (DGOS) à l'été 2013. Ce bilan a permis à la fois de mesurer le degré de réalisation de son contrat actuel et d'esquisser les premiers contours des orientations stratégiques de son deuxième COP (2014-2016).

Le rôle d'observation, d'analyse et de prospective du CNG s'est encore amplifié en 2013 par la production d'études démographiques et statistiques sur l'ensemble des professionnels gérés. Fort de sa capacité d'évaluation, il a dressé de nombreux bilans liés aux activités prises en charge, notamment un bilan sous forme de données socio-démographiques des praticiens hospitaliers sur la base d'une enquête lancée en 2011, qui seront enrichis et étendus aux directeurs de la fonction publique hospitalière dès que les remontées d'information le permettront.

Corrélativement, de nombreuses actions de communication ont été déployées, avec participation à de nombreux colloques, séminaires, conférences et journées d'études. De même, des supports et outils de communication internes (livret d'accueil pour les personnels) et externes (notamment brochures institutionnelles sur les grands secteurs d'activité du CNG) ont été réalisés et diffusés.

**Pour la première fois depuis 2007, le rapport d'activité du CNG est présenté en deux tomes, indissociables néanmoins dans leur configuration et leur objectif.** L'importance de la production statistique du CNG, qui s'enrichit d'année en année justifie sa valorisation dans un tome dédié intitulé « Bilans et études statistiques complémentaires », facilitant ainsi la recherche documentaire des partenaires et interlocuteurs externes, qu'ils soient institutionnels ou professionnels mais aussi des personnels du CNG.

D'évidence, l'année 2013 marque un nouveau tournant dans l'élan de modernité et de rigueur attendu du CNG par les pouvoirs publics, les représentants institutionnels et les professionnels qu'il gère.

Son engagement fortifié au fil du temps et sa détermination portée par le sens et les valeurs du service public sont de puissants leviers pour soutenir les grands enjeux des politiques sanitaire, sociale et médico-sociale aux côtés des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche et des services et organismes qui leur sont associés.



# Les chiffres-clés du CNG

## Budget

58,4 M€ inscrits au budget prévisionnel 2013

## Effectifs

Au 31 décembre 2013 : 117,2 personnels en équivalents temps plein sur 122 emplois autorisés, dont 119 agents permanents recrutés par le CNG

## État des corps professionnels gérés par le CNG

- **Praticiens hospitaliers (PH)**  
47 489 PH, répartis en 41 765 à temps plein et 5 724 à temps partiel ; dont :  
42 783 PH rémunérés par les établissements publics de santé, répartis en 37 809 à temps plein et 4 974 à temps partiel
- **Personnels enseignants et hospitaliers (HU) (partie hospitalière de leur activité)**  
6 692 HU, dont 4 530 PUPH et 2 162 MCU-PH
- **Directeurs de la fonction publique hospitalière**  
5787 directeurs, répartis en 3 106 directeurs d'hôpital (DH), 1 875 directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) et 806 directeurs des soins (DS) ; dont :  
2531 DH, 1633 D3S et 754 DS soit, 4 918 directeurs rémunérés et en fonction dans les établissements relevant de la FPH.

## Conseillers généraux des établissements de santé (CGES)

- 16 CGES sur 15 emplois autorisés

## Contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine—Situation au 31 décembre 2013—

- 488 CESP en médecine

## Concours nationaux organisés

- 20 concours nationaux dont :
  - 12 concours médicaux (internats : épreuves classantes nationales en médecine (ECN), internats de médecine du travail, odontologie et pharmacie, concours national de praticien hospitalier, concours pour les personnels enseignants et hospitaliers, concours et épreuves de vérification des connaissances liées à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE)) ;
  - 8 concours administratifs (directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, directeurs des soins et attachés d'administration hospitalière : concours pour les cycles préparatoires et cycles de formation pour ces catégories de professionnels).
- 21 427 candidats inscrits, dont :
  - 18 827 au titre des concours médicaux
  - 2 600 au titre des concours administratifs
- 1 431 membres de jurys, dont 1 201 pour les concours médicaux et 230 pour les concours administratifs

## **Professionnels accompagnés -Situation au 31 décembre 2013-**

### **■ 273 professionnels, dont :**

- **70 professionnels** (praticiens hospitaliers et directeurs de la fonction publique hospitalière) placés en recherche d'affectation
- **203 professionnels accompagnés** hors recherche d'affectation.

## **Dossiers examinés par les Commissions nationales d'exercice**

- 1 361 dossiers examinés par les commissions nationales d'autorisation d'exercice** des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes.

## Journal de l'année

-> Janvier



Le 9

Participation du CNG à la conférence nationale « Pacte de confiance » au Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Le 16

Intervention présentant le CNG devant la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes

Le 22

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

Le 23

Lancement de la présentation des Epreuves classantes nationales informatisées (ECN*i*)

Le 24

Intervention sur le « Pacte de confiance » devant la conférence des présidents de CME de CHU

Le 29

Cérémonie des vœux du CNG pour célébrer l'année 2013

-> Février

Le 4

Rencontre avec l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) sur le « Pacte de confiance » et les perspectives d'évolution de la procédure de choix des étudiants en médecine

-> Mars

Le 4

Invitation de la Directrice Générale du CNG à la remise officielle du rapport « Pacte de confiance » à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Le 7

Comité de sélection des directeurs d'hôpital (DH)

Le 11

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

Le 13

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs des soins (DS)

Le 18

Participation à la conférence « Pacte de Confiance » - Intervention de la Directrice générale sur le volet « Dialogue social » (Lyon)

Le 19

Commission statutaire nationale pour la psychiatrie

Le 20

Commission statutaire nationale pour la pharmacie, la biologie et la radiologie

Le 22

Rencontre avec l'Association française des Directeurs des soins

Le 26

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'hôpital (DH)

Le 28

Réunion du Conseil d'administration du CNG

-> **Avril**



Le 2

Commission consultative nationale de chirurgie

Le 3

Commission consultative nationale de médecine

Le 12

Le CNG organise son 1<sup>er</sup> colloque intitulé: « *Soutenir & accompagner praticiens & directeurs : un enjeu de modernisation pour la fonction public hospitalière* »

Le 18

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'hôpital (DH)

-> **Mai**

Le 7

Comité de sélection des directeurs d'hôpital

#### Le 24

Intervention de la Directrice Générale du CNG au congrès Hopipharm à Lyon

#### Le 28

Inauguration des Salons de la Santé et de l'Autonomie auxquels participe activement le CNG

#### Le 29

Remise du prix « *L'établissement remarquable* » par la Directrice générale du CNG sur le stand de Décision Santé aux Salons de l'Autonomie

### -> Juin

#### Le 5

Participation au congrès de l'INPH

#### Le 19

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

#### Le 20

Intervention aux journées du SYNCASS-CFDT - « volet dialogue social » du « Pacte de confiance »

#### Le 24

Participation à la soirée d'accueil des nouveaux arrivants de l'ADH (Association des directeurs d'hôpital »

#### Le 25

Comité consultatif national des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) et des directeurs des soins

#### Le 27

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'hôpital (DH)

### -> Juillet

#### Le 3

- Intervention pour présenter le CNG aux IPASS (Inspecteurs principaux des affaires sociales)
- Commission statutaire nationales de médecine et de chirurgie

#### Le 5

Commission statutaire nationale de radiologie

#### Le 9

Comité de sélection des directeurs d'hôpital (DH)

#### Le 10

Comité consultatif national des directeurs d'hôpital (DH)

#### Le 11

Participation au colloque des « 30 ans de la Fonction publique » organisé par le Ministère chargé de la Fonction publique

#### Le 23

Accueil au CNG du Ministre de la Polynésie Française

## -> Septembre

### Le 4

Intervention devant la commission permanente de la FHF sur l'attractivité médicale

### Le 12

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'hôpital (DH)

### Le 13

Présidence du jury pour la remise du prix « *Initiative RH* » de l'ADRHESS

### Le 17

Audition à l'Assemblée nationale sur les personnels médicaux

### Le 19

Participation de la Directrice Générale du CNG aux 8 èmes rencontres « Convergences Santé Hôpital »

### Le 25

Commission statutaire nationale de biologie

### Le 26

- Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'hôpital (DH)
- Intervention de la Directrice Générale du CNG aux 2èmes Rencontres RH en santé

### Le 30

Rencontre avec la communauté médicale et l'équipe de direction du CHU de Poitiers

## -> Octobre

### Le 3

Commission statutaire nationale de chirurgie

### Le 4

- Participation du CNG à une réunion de travail au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche sur le thème de la formation des médecins
- Commission statutaire nationale de médecine

### Le 10

Accueil au CNG d'une délégation polonaise

### Le 15

Intervention de la Directrice Générale du CNG aux 1ères rencontres « *Parcours au féminin* » à l'ENA

### Le 16

Participation à la séance plénière de la Conférence nationale des présidents de CME de CHS

### Le 17

Participation au congrès SMPS

### Le 18

Intervention de la Directrice générale au colloque de la Coordination des praticiens hospitaliers (CPH)

Le 23

Rencontre avec l'Ordre national des médecins dans le cadre d'un projet de partenariat

Le 25

Rencontre avec le SNPH de Nouvelle Calédonie

Le 28

Rencontre avec la Ministre de la santé de Polynésie Française

Le 30

Audition par l'EHESP pour la conception de son Contrat d'objectifs et de performance (COP)

-> **Novembre**

Le 7

Réunion du Conseil d'Administration du CNG

Le 14

Comité consultatif national des directeurs des soins (DS)

Le 27

Intervention de la Directrice générale du CNG aux journées de l'ANDEP

Le 28

Comité de sélection des Directeurs d'hôpital

Le 29

Commission statutaire nationale d'anesthésie/réanimation, chirurgie et médecine

-> **Décembre**

Le 3

Comité consultatif national des directeurs d'hôpital (DH)

Le 5

Comité de sélection des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) et des directeurs des soins

Le 6

Commission statutaire nationale de psychiatrie et pharmacie

Le 13

Jury d'examen de fin de formation des directeurs de la FPH à l'EHESP

Le 17

- Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs des soins (DS)
- Participation à la cérémonie de clôture de « *l'Ecole de Femmes* »

Le 18

Commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

Le 19

Commission administrative paritaire nationale des directeurs d'hôpital (DH)



## **Première partie**

### **1<sup>ère</sup> partie - Stratégie démographique et politiques de recrutement**

**1.1- Les modes d'accès aux professions médicales et pharmaceutiques pilotés par le CNG**

**1.2- Les concours et examens nationaux d'accès au 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et pharmaceutiques et au dispositif national des contrats d'engagement de service public (CESP)**

**1.3- Les modes d'accès aux corps de directeurs de la fonction publique hospitalière et des attachés d'administration hospitalière**



# 1ère partie– Stratégie démographique et politiques de recrutement

## 1.1- Les modes d'accès aux professions médicales et pharmaceutiques pilotés par le CNG

### 1.1.1- Les concours d'accès aux corps des praticiens hospitaliers titulaires

#### 1.1.1.1- Les praticiens hospitaliers

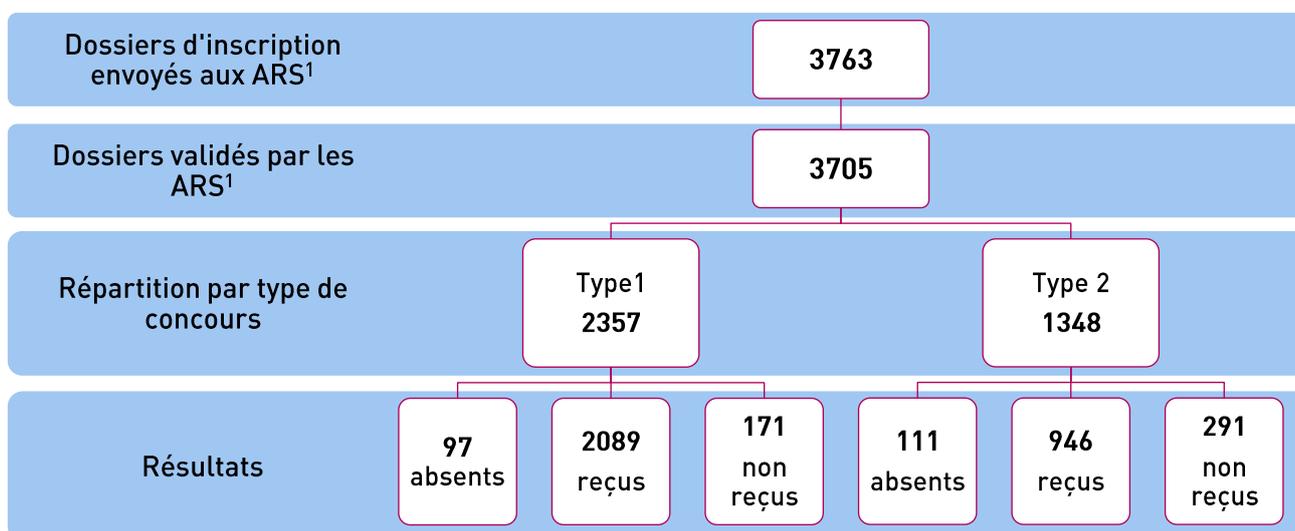
##### *Les données relatives au concours national de praticien hospitalier (CNPH)*

Cette année encore le CNPH s'est déroulé à l'Espace Jean Monnet de Rungis. Sur une période de 9 semaines, 3497 candidats se sont succédés, en 2013 pour concourir à l'une des 50 spécialités ouvertes au titre de cette session.

Les épreuves se sont déroulées dans de bonnes conditions. La présence quotidienne de la gestionnaire du CNG sur le site des épreuves a permis de répondre aux nombreuses sollicitations du jury et des candidats, ce qui conforte la sécurisation générale de ces épreuves.

Le bilan global est comparable à celui des années précédentes. Néanmoins, la plupart des données relatives à cette session s'inscrivent dans des tendances structurelles fortes. Il en va ainsi, par exemple, de l'augmentation du nombre de candidats absents, ou à l'inverse, de la baisse du taux de réussite.

##### Les données générales



Les ARS<sup>1</sup> ont enregistré 3763 demandes d'inscription au CNPH pour la session 2013, et en ont validé 3705. Le taux de validation des dossiers, (98,5%), reste stable d'une année sur l'autre (98,5% lors de la session 2011 et 98,7% en 2012).

Ce concours national comporte deux types d'épreuves :

- les épreuves de type I (entretien avec le jury et examen, sur dossier, des titres, travaux et services rendus), ouvertes à toutes les personnes ayant validé le troisième cycle des études

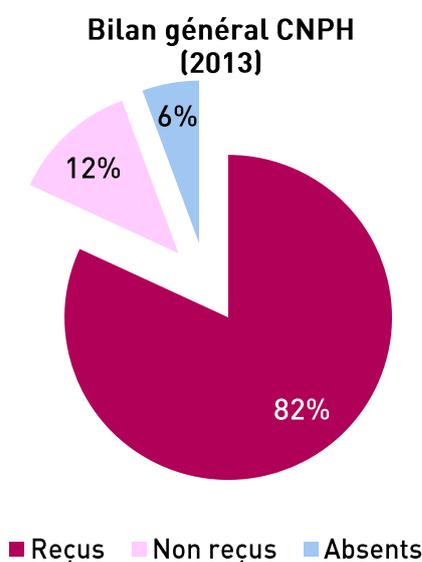
<sup>1</sup> ARS = Agence Régionale de Santé

de médecine, de pharmacie ou d'odontologie et ayant exercé pendant deux ans durant les cinq dernières années des fonctions effectives de médecin, de pharmacien ou d'odontologiste dans une administration, un établissement public ou un organisme à but non lucratif ;

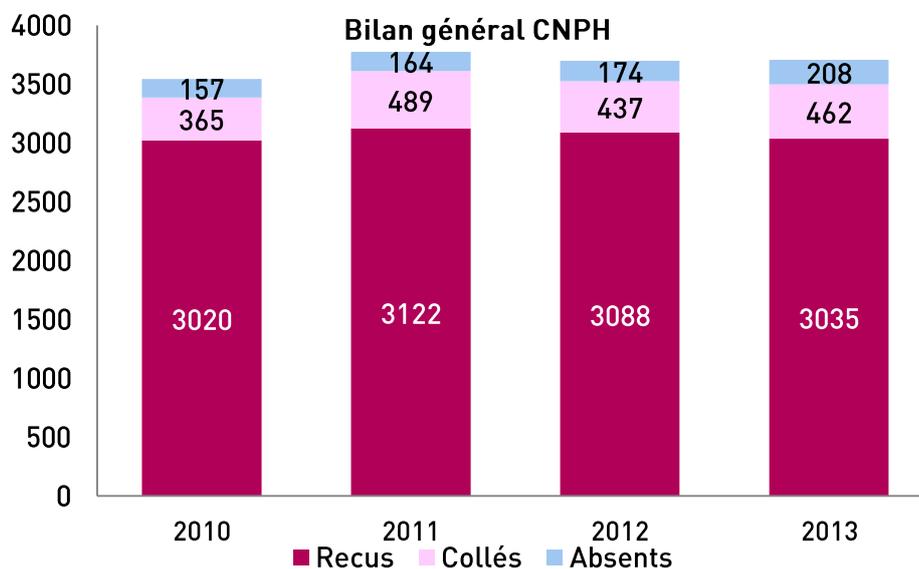
- les épreuves de type II (entretien avec le jury, épreuve orale de connaissances professionnelles et examen sur dossier, des titres, travaux et services rendus), sont ouvertes à toutes les personnes qui ne peuvent accéder aux épreuves de type I.

La répartition selon le type d'épreuves reste quasiment inchangée par rapport à l'année dernière. Le taux de candidats inscrits en type I (63,6%) accuse cependant une légère diminution en 2013 alors qu'il augmentait sur les deux dernières années (62% pour la session 2011, et 64,6% en 2012).

En 2013, le taux de réussite global est de 81,9%. Les taux de réussite diffèrent d'un peu plus de 18 points selon le type concours (88,6% en type I et 70,2% en type 2). Cet écart est stable depuis trois sessions.



On enregistre, par ailleurs, une augmentation du nombre de candidats absents (voir diagramme ci-dessous), avec 5,6% de candidats inscrits qui ne se présentent finalement pas aux épreuves. Ce taux reste toutefois modéré par comparaison à d'autres concours organisés par le CNG. Les candidats absents sont, de manière constante, plus nombreux en type 2.



### La répartition des candidats selon le sexe

Les femmes constituent la majorité des candidats au concours (55,9%) et sont largement plus représentées en type 1 avec plus de 61%. C'est l'inverse pour le type 2 où les hommes sont majoritaires. Cet état se reproduit d'année en année mais l'écart tend à s'accroître si on considère le type 1 et la prépondérance des femmes.

	Type 1		Type 2		Global	
Femmes	1447	61.4%	623	46.2%	2070	55.9%
Hommes	910	38.6%	725	53.8%	1635	44.1%
<b>Total</b>	<b>2357</b>	<b>100%</b>	<b>1348</b>	<b>100%</b>	<b>3705</b>	<b>100%</b>

Répartition des candidats selon le type et le sexe – CNPH 2013

### La répartition selon l'âge des candidats

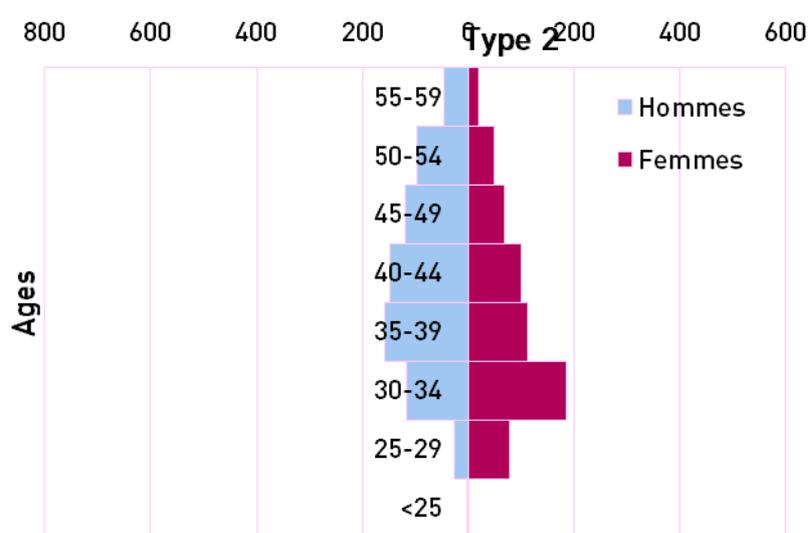
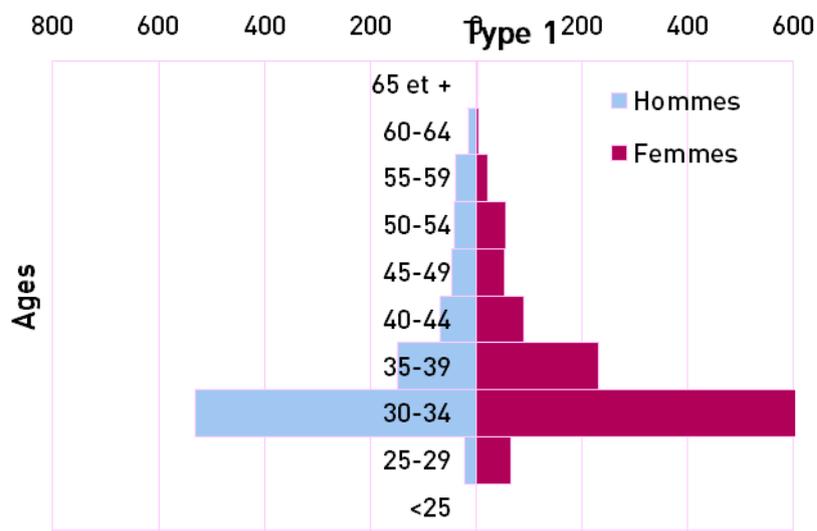
La tranche des 30-34 ans se détache considérablement des autres avec une représentation de plus de 47%. A l'opposé, celle des 25-29 ans est sous représentée avec 5,2%. Les deux extrêmes sont constitués des moins de 25 ans (0,02%) et des plus de 65 ans (0,1%)

Ainsi, 70.2% des candidats admis à concourir ont moins de 40 ans. Parmi eux, 61.4% sont des femmes, type 1 et type 2 confondus.

	Type 1		Type 2		Global		Général	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes		
<25 ans				1		1	1	0,02%
25-29 ans	66	21	79	27	145	48	193	5,2%
30-34 ans	923	530	186	117	1109	647	1756	47,4%
35-39 ans	232	148	113	158	345	306	651	17,6%
40-44 ans	90	67	100	147	190	214	404	10,9%
45-49 ans	53	47	68	118	121	165	286	7,7%
50-54 ans	56	42	50	97	106	139	245	6,6%
55-59 ans	22	40	20	45	42	85	127	3,4%
60-64 ans	4	15	7	14	11	29	40	1,1%
65 ans et plus	1			1	1	1	2	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>1447</b>	<b>910</b>	<b>623</b>	<b>725</b>	<b>2070</b>	<b>1635</b>	<b>3705</b>	<b>100%</b>

Répartition des candidats selon le type, l'âge et le sexe des candidats – CNPH 2013

Les deux pyramides ci-dessous illustrent davantage les chiffres énoncés précédemment. De manière globale, elles permettent de constater que les candidats en type 2 sont moins nombreux, mais la répartition dans les tranches d'âges est plus homogène qu'en type 1.



### La répartition selon la discipline choisie

La discipline médicale est retenue par la majorité des candidats au CNPH, avec 61,7% qui se présentent au concours de type 1.

L'odontologie n'a été choisie que par 39 candidats qui représentent seulement 1% des personnes admises à concourir pour la session 2013.

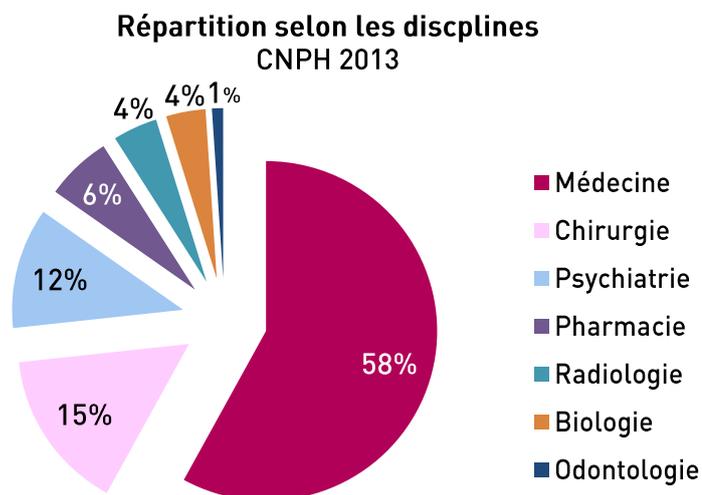
	Concours de Type 1		Concours de Type 2		Global	
Biologie	84	1,4%	54	4,0%	138	3,7%
Chirurgie	380	16,1%	187	13,9%	567	15,3%
Médecine	1455	61,7%	693	51,4%	2148	57,9%
Odontologie	17	1,0%	22	1,6%	39	1,0%
Pharmacie	123	5,2%	108	8,0%	231	6,2%
Psychiatrie	200	8,5%	226	16,8%	426	11,5%
Radiologie	98	4,2%	58	4,3%	156	4,2%
<b>Global</b>	<b>2357</b>	<b>100%</b>	<b>1348</b>	<b>100%</b>	<b>3705</b>	<b>100%</b>

Répartition des candidats par discipline et par type – CNPH 2013

Même si les pourcentages ont évolué, les choix des candidats sont sensiblement identiques à ceux de la session précédente. Toutefois, certaines disciplines ont connu une diminution du taux de réussite, à l'instar de la biologie.

D'autres spécialités ont vu leur effectif diminuer en concours de type 1 et augmenter en concours de type 2 entre la session 2012 et celle de 2013. Il s'agit de la pharmacie, de la psychiatrie et de la radiologie. A l'inverse, la chirurgie subit une légère diminution en concours de type 2.

L'évolution entre 2012 et 2013 est positive pour les spécialités d'odontologie et de médecine au titre des deux types de concours.



### La répartition selon la spécialité choisie

Les 7 disciplines concernées comptent, pour la session 2013, 50 spécialités ouvertes au concours national. Chaque spécialité comprend un concours de type 1 et un concours de type 2.

Trois spécialités se sont déroulées uniquement en concours de type 1, faute de candidats inscrits en concours de type 2. Il s'agit des maladies tropicales et infectieuses, de l'immunologie clinique et de l'hémodiagnostic-transfusion. Ces deux dernières spécialités comptent très peu de candidats inscrits (1 à 2 candidats par an depuis 2011). De plus, la stomatologie (qui ne figure pas dans le tableau ci-dessous) n'a enregistré aucun candidat en 2013.

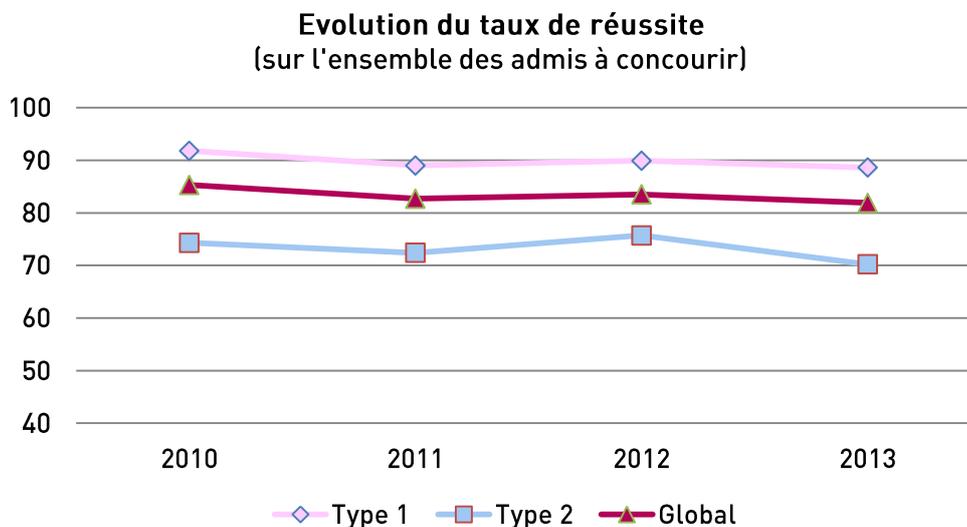
Spécialités	Concours de Type1	Concours de Type2	Global	
Anatomie et cytologie pathologique	22	4	26	0,7%
Anesthésie-réanimation	196	100	296	8,0%
Biologie médicale	84	54	138	3,7%
Oncologie médicale	14	19	33	0,9%
Cardiologie et maladies vasculaires	70	36	106	2,9%
Chirurgie générale	44	14	58	1,6%
Chirurgie maxillo-faciale	15	1	16	0,4%
Chirurgie infantile	9	5	14	0,4%
Chirurgie plastique	15	4	19	0,5%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	11	3	14	0,4%
Dermatologie et vénéréologie	16	3	19	0,5%
Hygiène hospitalière	9	8	17	0,5%
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	40	9	49	1,3%
Médecine de la reproduction et gynécologie médicale	9	3	12	0,3%
Gynécologie et obstétrique	99	45	144	3,9%
Hémobiologie-transfusion	2	0	2	0,05%
Gastro-entérologie et hépatologie	39	26	65	1,8%
Hématologie	17	10	27	0,7%
Médecine du travail	11	1	12	0,3%
Maladies infectieuses, maladies tropicales	27	0	27	0,7%
Médecine interne	27	6	33	0,9%
Médecine légale	22	3	25	0,7%
Médecine nucléaire	11	8	19	0,5%
Néphrologie	20	15	35	0,9%
Neurochirurgie	15	6	21	0,6%
Neurologie	53	18	71	1,9%
Ophthalmologie	35	22	57	1,5%
Oto-rhino-laryngologie	38	8	46	1,2%
Pédiatrie	160	55	215	5,8%
Pneumologie	43	23	66	1,8%
Génétique médicale	9	3	12	0,3%
Radiologie	87	50	137	3,7%
Oncologie radiothérapique	9	5	14	0,4%
Réanimation	25	12	37	1,0%
Médecine physique et de réadaptation	29	11	40	1,1%
Rhumatologie	19	4	23	0,6%
Chirurgie urologique	22	16	38	1,0%
Chirurgie orthopédique	47	43	90	2,4%
Santé publique	26	9	35	0,9%
Immunologie clinique	1	0	1	0,02%
Chirurgie vasculaire	15	6	21	0,6%
Pharmacologie clinique et toxicologie	14	1	15	0,4%
Chirurgie viscérale et digestive	15	14	29	0,8%
Médecine générale	181	125	306	8,3%
Pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	123	108	231	6,2%
Psychiatrie polyvalente	200	226	426	11,5%
Odontologie polyvalente	17	22	39	1,1%
Gériatrie	118	82	200	5,4%
Médecine d'urgence	227	102	329	8,9%
<b>Total par type de concours</b>	<b>2357</b>	<b>1348</b>	<b>3705</b>	<b>100%</b>

Répartition des candidats selon la spécialité et le type –CNPH 2013

La psychiatrie polyvalente (11,5%) est la spécialité la plus représentée, suivie par la médecine d'urgence (8,9%), la médecine générale (8,3%) et l'anesthésie-réanimation (8%). L'immunologie clinique avec un seul candidat est la dernière spécialité en ce qui concerne le nombre de candidats admis à concourir.

## Le taux de réussite au CNPH

Le taux de réussite de l'ensemble des admis à concourir à la session 2013 du CNPH (81.9%) est en légère baisse par rapport l'année précédente (83,5%).



Il convient de noter, comme l'expose le diagramme, que le taux de réussite global connaît une diminution quasi constante depuis 2010, si l'on écarte la légère hausse de 2012.

Le taux de réussite en type 1 diminue de 1,3 point entre 2012 et 2013. Le type 2 accuse une diminution plus importante de 5,5 points sur la même période.

<i>Spécialités</i>	Concours de Type1	Concours de Type2	Global
Anatomie et cytologie pathologique	90,9%	100%	92,3%
Anesthésie-réanimation	92,3%	74,0%	86,1%
Biologie médicale	91,7%	66,7%	81,9%
Oncologie médicale	71,4%	73,7%	72,7%
Cardiologie et maladies vasculaire	91,4%	77,8%	86,8%
Chirurgie générale	84,1%	78,6%	82,8%
Chirurgie maxillo-faciale	86,7%	0	81,3%
Chirurgie infantile	88,9%	100%	92,9%
Chirurgie plastique	93,3%	100%	94,7%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	1,0%	66,7%	92,9%
Dermatologie et vénéréologie	93,8%	100%	94,7%
Hygiène hospitalière	66,7%	50,0%	58,8%
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	97,5%	77,8%	93,9%
Médecine de la reproduction et gynécologie médicale	100%	100%	100%0
Gynécologie et obstétrique	88,9%	84,4%	87,5%
Hémobiologie-transfusion	50,0%	0	50,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	89,7%	80,8%	86,2%
Hématologie	82,4%	60,0%	74,1%
Médecine du travail	81,0%	100%	83,3%
Maladies infectieuses, maladies tropicales	85,2%	0	82,1%
Médecine interne	81,5%	83,3%	81,8%
Médecine légale	77,3%	33,3%	72,0%
Médecine nucléaire	81,8%	100%	89,5%
Néphrologie	95,0%	73,3%	85,7%
Neurochirurgie	80,0%	50,0%	71,4%
Neurologie	86,8%	77,8%	84,5%
Ophtalmologie	88,6%	68,2%	80,7%
Oto-rhino-laryngologie	92,1%	87,5%	91,3%
Pédiatrie	92,5%	87,3%	91,2%
Pneumologie	88,4%	87,0%	87,9%
Génétique médicale	77,8%	33,3%	66,7%
Radiologie	86,2%	68,0%	79,6%
Oncologie radiothérapique	100%	40,0%	78,6%
Réanimation	75,0%	89,7%	89,2%
Médecine physique et de réadaptation	89,7%	72,7%	85,0%
Rhumatologie	63,2%	50,0%	60,9%
Chirurgie urologique	77,3%	62,5%	71,1%
Chirurgie orthopédique	85,1%	41,9%	64,4%
Santé publique	96,2%	88,9%	94,3%
Immunologie clinique	100%	0	100%
Chirurgie vasculaire	53,3%	50,0%	52,4%
Pharmacologie clinique et toxicologie	92,9%	100%	93,3%
Chirurgie viscérale et digestive	80,0%	78,6%	79,3%
Médecine générale	90,1%	75,2%	84,0%
Pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	81,3%	45,4%	64,5%
Psychiatrie polyvalente	92,0%	77,4%	84,3%
Odontologie polyvalente	58,8%	36,4%	46,2%
Gériatrie	89,0%	61,0%	77,5%
Médecine d'urgence	91,2%	68,6%	84,2%
<b>Total</b>	<b>88,6%</b>	<b>70,2%</b>	<b>81,9%</b>

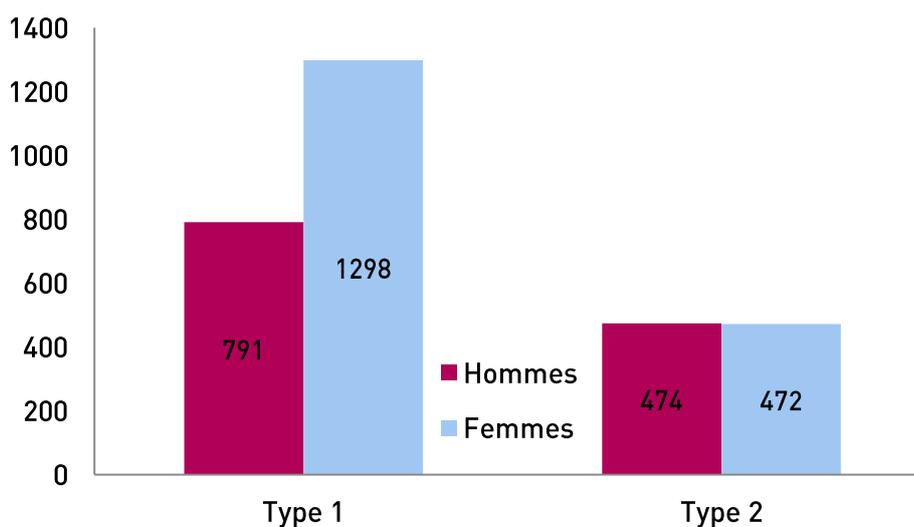
*Taux de réussite selon la spécialité et le type –CNPH 2013*

Les taux de réussite par discipline sont compris entre 46,2% et 100%, avec un niveau pour le concours de type 1 supérieur de plus de 18% à celui du concours de type 2.

Concours de Type 1	
Oncologie médicale	71,4%
Chirurgie générale	84,1%
Chirurgie maxillo-faciale	86,7%
Hygiène hospitalière	66,7%
Hémodiagnostic-transfusion	50,0%
Hématologie	82,4%
Médecine du travail	81,0%
Maladies infectieuses, maladies tropicales	85,2%
Médecine interne	81,5%
Médecine légale	77,3%
Médecine nucléaire	81,8%
Neurochirurgie	80,0%
Neurologie	86,8%
Pneumologie	88,4%
Pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	81,3%
Radiologie	86,2%
Réanimation	75,0%
Rhumatologie	63,2%
Chirurgie urologique	77,3%
Chirurgie orthopédique	85,1%
Chirurgie vasculaire	53,3%
Chirurgie viscérale et digestive	80,0%
Génétique médicale	77,8%
Odontologie polyvalente	58,8%
<i>Taux de réussite inférieur à la moyenne selon le type et la spécialité – CNPH 2013</i>	

Concours de Type 2	
Biologie médicale	66,2%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	66,7%
Hygiène hospitalière	50,0%
Hématologie	60,0%
Médecine légale	30,0%
Neurochirurgie	50,0%
Ophtalmologie	68,2%
Génétique médicale	33,3%
Radiologie	68,0%
Oncologie radiothérapique	40,0%
Rhumatologie	50,0%
Chirurgie urologique	62,5%
Chirurgie orthopédique	41,9%
Chirurgie vasculaire	50,0%
Pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	45,4%
Odontologie polyvalente	36,4%
Gériatrie	61,0%
Médecine d'urgence	68,6%

Il convient de souligner que le taux de réussite est inférieur à la moyenne pour 24 spécialités au concours de type 1 et pour 18 spécialités au concours de type 2. Lors de la session précédente, les deux types comportaient respectivement 19 et 17 spécialités dont le taux de réussite était inférieur à la moyenne.



Avec 89,9%, les femmes connaissent un taux de réussite supérieur à celui des hommes (82.7%). Cette différence s'accroît davantage si on observe le concours de type 1. En revanche, le concours de type 2 témoigne d'un parfait équilibre entre les hommes et les femmes.

### 1.1.1.2- Les personnels enseignants et hospitaliers (HU)

#### ▣ *Les données relatives au concours national : 1<sup>er</sup> bilan*

Suite au transfert de compétences relatif aux actes de gestion des personnels enseignants et hospitaliers depuis le 1er septembre 2012 du ministère chargé de la Santé au Centre national de gestion, ce dernier assure la gestion du concours de ces professionnels, conjointement avec la Direction générale des ressources humaines du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Cette gestion commune du concours national (et des mutations) fait l'objet chaque année d'une publication de vacance d'emplois (arrêtés des 8 février 2013), conformément aux différentes étapes suivantes :

- Révision des effectifs (compétence MESR/MASS) ; parution de l'arrêté de vacance d'emplois (MESR/MASS) ;
- Instruction des dossiers et étude de leur recevabilité en fonction des conditions précisées dans les arrêtés précités (MESR/CNG) ;
- Edition des arrêtés collectifs (PU-PH + MCU-PH) des candidats éligibles au concours national (MESR/CNG) ;
- Envoi des dossiers des candidats éligibles à chaque président de jury (MESR/CNG) ;
- Audition des candidats par les jurys puis délibération de chaque jury ;
- Edition des arrêtés collectifs (PU-PH + MCU-PH) des candidats lauréats au concours national (MESR/CNG) ;
- Nomination dans le corps des personnels enseignants et hospitaliers correspondant, après avis locaux réglementaires sur les candidatures (MESR/MASS).

Le CNG est principalement concerné par l'étude de la recevabilité des dossiers de candidatures. En 2013, si tous les dossiers ont été déclarés recevables, tous les candidats n'ont pas été admis au concours national à l'issue des épreuves orales.

	Candidatures présentées	Candidatures recevables	Candidats reçus
PU-PH / médecine (disciplines bio – mixte)	80	80	75
MCU-PH / médecine (disciplines bio – mixte)	82	82	78

S'agissant de la recevabilité des dossiers de candidature, la charge de travail du CNG est équivalente à celle des services du MESR qui ont expertisé les candidatures au concours ouvert pour les disciplines cliniques et odontologiques.

	Candidatures présentées	Candidatures recevables	Candidats reçus
PU-PH / médecine (disciplines cliniques)	111	111	108
MCU-PH / médecine (disciplines cliniques)	69	68	66
PU-PH Odontologie	10	10	10
MCU-PH Odontologie	24	24	23

Au titre de cette première année de gestion conjointe du concours national, le CNG a reçu le soutien apprécié de la DGOS pour optimiser la reprise de son organisation. De même, les relations nouées avec les services du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la mise en place de processus communs ont facilité ces opérations, alors même que le département de gestion des praticiens hospitaliers (DGPH) du CNG ne dispose pas encore de logiciel dédié à la gestion de la recevabilité des dossiers de candidature.

Enfin, le DGPH a assuré l'instruction et le suivi des états de frais pour les membres des jury du concours HU, avant transmission à l'agence comptable du CNG pour remboursement.

### **1.1.2- Les autorisations d'exercice aux professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien**

#### **1.1.2.1- Les épreuves de vérification des connaissances (EVC)**

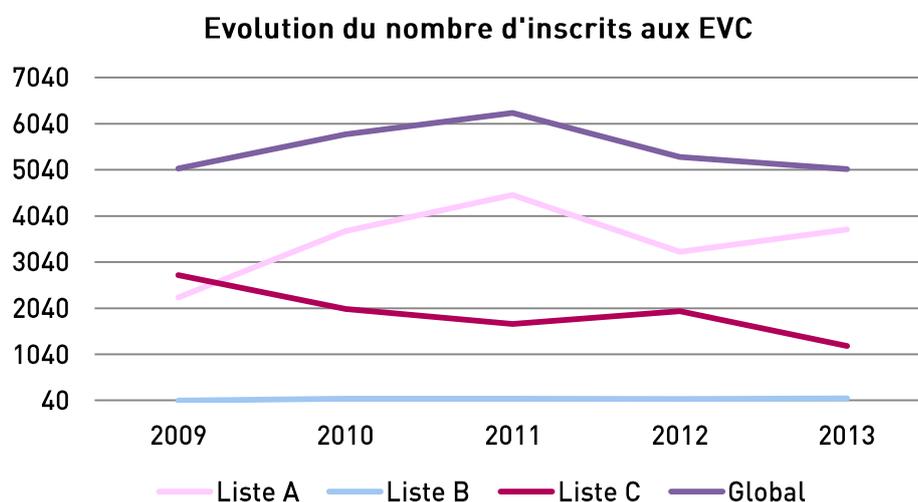
Pour pouvoir être autorisées à exercer en France, les personnes qui ont obtenu, hors Union européenne, un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre doivent passer des épreuves de vérification des connaissances. Selon leur situation, les candidats doivent s'inscrire à l'un des trois types d'épreuves suivants : liste A (conditions de droit commun), liste B (réfugiés et apatrides), liste C (candidats remplissant certaines conditions d'exercice en France).

S'agissant de la liste C, la loi n° 2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne a abrogé la disposition 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 et chirurgiens-dentistes à diplôme hors UE ne pouvaient plus exercer dans les établissements de santé s'ils n'avaient pas satisfait aux épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercice. Elle a reporté la date limite de leur exercice jusqu'au 31 décembre 2016. Par ailleurs, elle a modifié et assoupli les conditions d'accès aux épreuves de vérification des connaissances auxquelles les intéressés peuvent se présenter jusqu'à cette date limite. Pour être éligibles à ces épreuves, ils doivent avoir été recrutés avant le 3 août 2010 dans un établissement public de santé (EPS) ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), avoir exercé deux mois entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 et avoir accompli trois ans de fonctions sous certains statuts (faisant fonction d'Interne, interne à titre étranger, praticien attaché associé, assistant associé) à la date de clôture des inscriptions à l'épreuve à laquelle ils se présentent.

Les candidats éligibles à la liste C pourront se présenter à cette épreuve au maximum trois fois. Le décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 modifiant l'article D.4111-3 du CSP a précisé les modalités d'application de la loi du 1er février 2012.

#### **■ Les données chiffrées par profession**

##### **Les données générales**



Le nombre d'inscrits aux épreuves de vérification des connaissances a diminué de 5% entre 2012 et 2013. Ainsi, la session 2013 confirme la diminution amorcée depuis 2011.

Néanmoins, cette variation négative est plus faible que celle enregistrée entre 2011 et 2012. Cela s'explique par l'augmentation des inscriptions en liste A (14.8%) entre 2012 et 2013. Au cours de la période 2011-2012, cette courbe accusait une variation de -27,4%.

La baisse du nombre de candidats en liste C est un élément qui, s'il se confirme, indique que la population de praticiens relevant des mesures transitoires a désormais atteint une phase de décroissance significative.

La liste B varie peu.

### La répartition des candidats selon le sexe

	Liste A		Liste B		Liste C		Global	
Femmes	1824	48.7%	29	33.7%	414	34.0%	2267	44,9%
Hommes	1924	51.3%	57	66.3%	803	66.0%	2784	55,1%
<b>Total</b>	<b>3748</b>	<b>100%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>1217</b>	<b>100%</b>	<b>5051</b>	<b>100%</b>

Répartition des candidats selon la liste et le sexe – EVC 2013

On constate que les hommes sont majoritaires, toutes listes confondues. Plus particulièrement, ils représentent 66% des inscriptions dans les listes A et B.

Néanmoins cette prépondérance tend à diminuer d'année en année. En effet, d'un point de vue global ils représentaient 61% en 2009, 58% en 2012 et 55% en 2013.

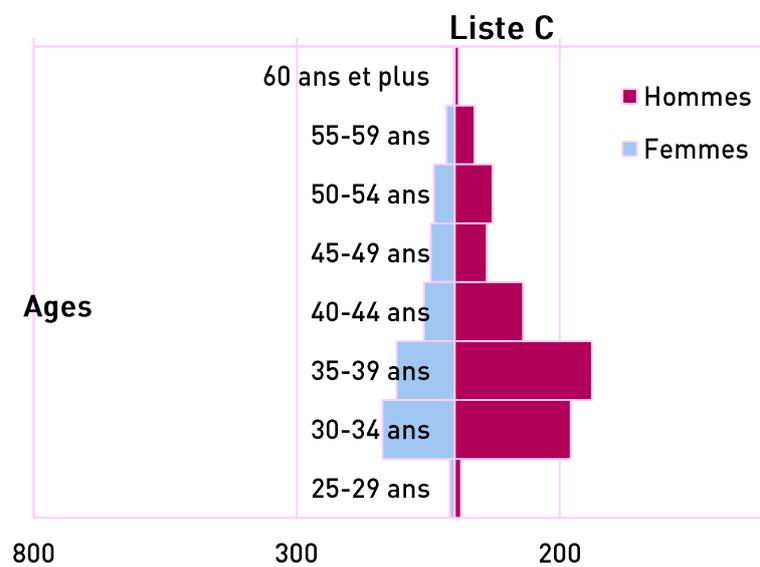
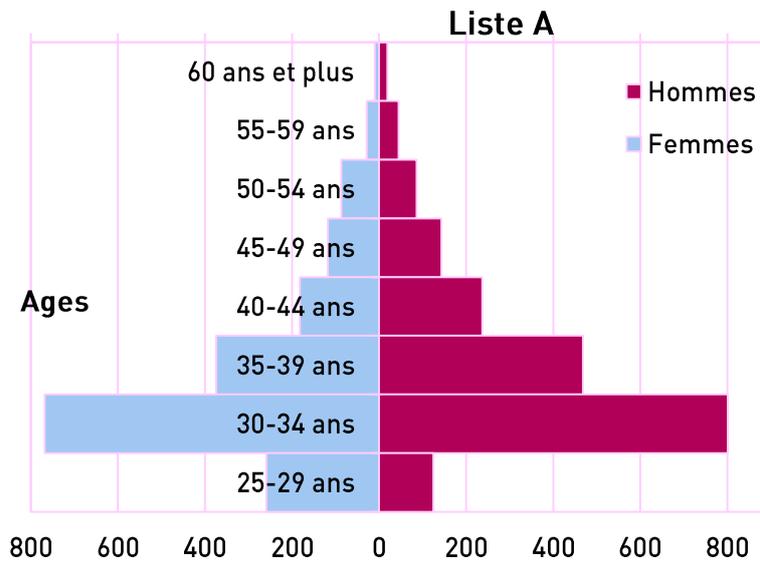
### La répartition des candidats selon l'âge

	Liste A		Liste B		Liste C		Global	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
25-29 ans	125	259	0	2	12	9	407	8,1%
30-34 ans	801	765	5	1	221	137	1930	38,2%
35-39 ans	468	374	15	5	261	110	1233	24,4%
40-44 ans	237	183	11	9	130	58	628	14,4%
45-49 ans	143	118	11	1	61	45	379	7,5%
50-54 ans	86	87	8	7	72	39	299	5,9%
55-59 ans	45	28	7	3	38	15	136	2,7%
60 ans et plus	19	10	0	1	8	1	39	0,7%
	<b>1924</b>	<b>1824</b>	<b>57</b>	<b>29</b>	<b>803</b>	<b>414</b>	<b>5051</b>	<b>100%</b>

Répartition des candidats selon la liste, l'âge et le sexe – EVC 2013

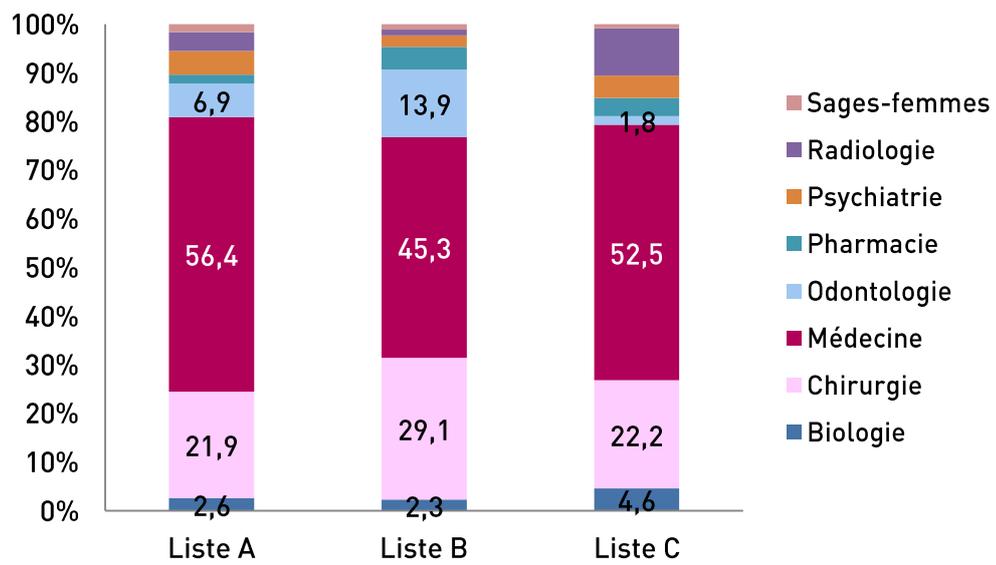
La tranche des 30-34 ans est la plus nombreuse avec 38.2%. C'était déjà le cas lors de la session précédente. Viennent ensuite les 35-39 ans, (24.4%) puis les 40-44 ans (14.4%). Ces trois groupes sont majoritairement composés d'hommes.

La tranche des 60 ans et plus, avec un effectif de 36 candidats, est la moins nombreuse.



#### La répartition selon la discipline choisie

La liste A est ouverte à 39 spécialités, contre 45 pour la liste C. La médecine et la chirurgie concentrent 77% des spécialités choisies par les candidats. L'odontologie, la radiologie et la psychiatrie comptent chacune près de 5% du total des candidatures validées.



Quelle que soit la liste, la médecine est, avec la chirurgie, la discipline la plus choisie par les candidats.

### La répartition selon la spécialité choisie

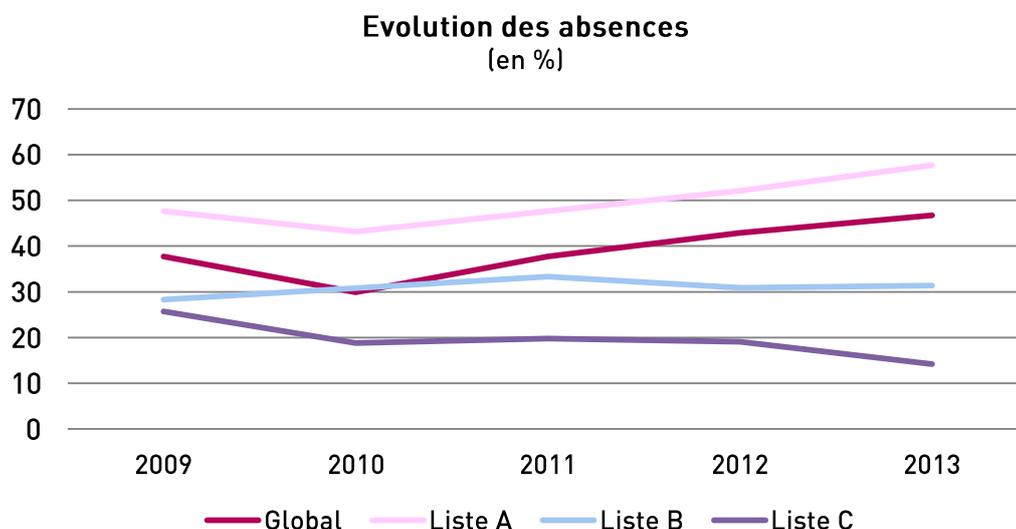
Spécialités	Liste A	Liste B	Liste C	Total
Anatomie et cytologie pathologique	32	0	9	41
Anesthésie-réanimation	242	5	73	320
Biologie médicale (médecin)	41	1	11	53
Biologie médicale (pharmacien)	53	1	45	99
Oncologie	63	0	35	98
Cardiologie et maladies vasculaires	145	1	61	207
Chirurgie générale	0	0	7	7
Chirurgie maxillo-faciale	33	0	2	35
Chirurgie infantile	37	0	7	44
Chirurgie plastique	12	1	8	21
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	34	0	10	44
Dermatologie et vénérologie	40	2	5	47
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	43	0	11	54
Gynécologie médicale	8	2	1	11
Gynécologie obstétrique	164	3	48	215
Gastro-entérologie et hépatologie	59	4	32	95
Hématologie	27	1	17	45
Médecine du travail	30	1	0	31
Médecine interne	0	0	17	17
Médecine nucléaire	15	0	0	15
Néphrologie	55	0	22	77
Neurochirurgie	31	1	18	50
Neurologie	46	0	28	74
Ophthalmologie	106	1	52	159
Oto-rhino-laryngologie	67	1	10	78
Pédiatrie	172	4	48	224
Pneumologie	51	0	28	79
Génétique médicale	0	0	0	0
Radiodiagnostic et imagerie médicale	131	1	118	250
Réanimation	14	0	5	19
Médecine physique et de réadaptation	46	0	11	57
Rhumatologie	16	2	9	27
Chirurgie urologique	49	2	20	71
Chirurgie orthopédique	129	8	46	183
Santé publique et médecine sociale	0	0	6	6
Chirurgie vasculaire	20	2	4	26
Chirurgie viscérale et digestive	139	6	33	178
Médecine générale	793	11	171	975
Pharmacie polyvalente	68	4	45	117
Chirurgie orale	0	0	5	5
Psychiatrie	182	2	56	240
Odontologie	222	7	17	246
Gériatrie	232	6	50	288
Orthopédie dento-faciale	39	5	5	49
Sage-femme	62	1	11	74
<b>Total</b>	<b>3748</b>	<b>86</b>	<b>1217</b>	<b>5051</b>

*Répartition des candidats selon la spécialité et le type – EVC 2013*

La médecine générale, qui regroupe 19,3% des candidats, est la spécialité la plus choisie par les candidats. Viennent ensuite l'anesthésie-réanimation (6,3%) puis la gériatrie (5,7%).

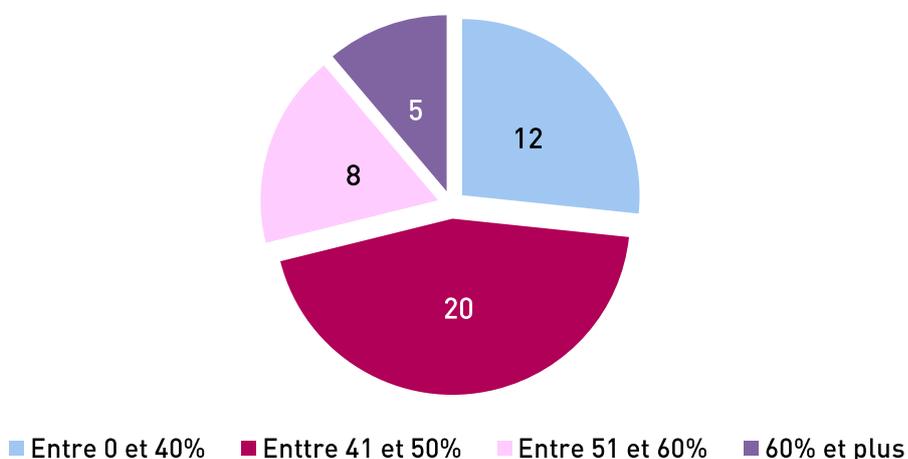
## Les absences aux épreuves

L'absentéisme est en augmentation progressive depuis 2010. Il passe de 42,9% en 2012 à 46,7% en 2013.



Trois tendances fortes doivent être soulignées pour la session 2013. Le taux d'absentéisme en liste B reste constant, alors que la liste C connaît une légère baisse et que la liste A poursuit sa croissance. Le taux global d'absences a augmenté de 3,8%.

### Absences EVC selon la spécialité (2013)



Les spécialités enregistrent un niveau d'absentéisme différent. En effet, seules 12 d'entre elles ont un taux d'absentéisme inférieur à 40% avec un minimum de 25,9%, pour la rhumatologie. Le niveau le plus élevé concerne l'orthopédie dento-faciale avec 62,3% de candidats absents. Cinq spécialités ont, quant à elles, un taux d'absentéisme supérieur à 60%.

## Le taux de réussite

Les candidats de la liste A concourent pour un nombre de places limité. L'arrêté d'ouverture des épreuves précise le nombre de postes offerts par profession, discipline et spécialité. Pour la session 2013, 300 postes étaient ouverts dans 39 spécialités.

Spécialités ouvertes en liste A	Postes offerts	Candidats présents	Reçus
<b>Profession médecin</b>			
Anatomie et cytologie pathologique	3	15	3
Anesthésie-réanimation	21	98	21
Biologie médicale	3	21	3
Cardiologie et maladies vasculaires	5	60	5
Chirurgie infantile	5	12	5
Chirurgie maxillo-faciale	5	13	5
Chirurgie orthopédique	7	42	7
Chirurgie plastique	3	6	2
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	3	10	2
Chirurgie urologique	3	26	3
Chirurgie vasculaire	3	6	3
Chirurgie viscérale et digestive	5	54	5
Dermatologie et vénéréologie	3	18	3
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	3	26	3
Gastro-entérologie et hépatologie	3	26	3
Gériatrie	18	118	18
Gynécologie médicale	3	4	2
Gynécologie obstétrique	10	74	10
Hématologie	3	15	3
Médecine générale	80	345	80
Médecine nucléaire	3	6	3
Médecine physique et de réadaptation	10	13	3
Médecine du travail	5	12	5
Néphrologie	5	29	5
Neurochirurgie	3	14	3
Neurologie	3	20	3
Oncologie	5	24	5
Ophtalmologie	10	49	10
Oto-rhino-laryngologie	3	28	3
Pédiatrie	10	86	10
Pneumologie	3	18	3
Psychiatrie	17	69	17
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8	48	8
Réanimation médicale	3	9	3
Rhumatologie	3	9	3
<b>Profession chirurgien-dentiste</b>			
Odontologie	5	93	5
Orthopédie dento-faciale	2	12	1
<b>Profession pharmacien</b>			
Pharmacie polyvalente	5	13	1
Biologie médicale	3	16	3
<b>Profession sage-femme</b>			
Sage-femme	5	30	5
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>1587</b>	<b>285</b>
<i>Réussite aux épreuves en liste A – EVC 2013</i>			

Dans 6 spécialités, le nombre de candidats reçus est inférieur à celui des postes offerts. La pharmacie polyvalente et la médecine physique et de réadaptation se distinguent avec seulement respectivement 20% et 30% des postes pourvus. Les chances de réussite ne sont pas les mêmes en fonction des spécialités choisies. Ainsi, la gériatrie n'offre que 18 postes pour 118 candidats, l'odontologie 5 postes pour 93 candidats. A l'inverse, les 6 candidats en chirurgie vasculaire ou en chirurgie plastique pouvaient prétendre à 3 postes.

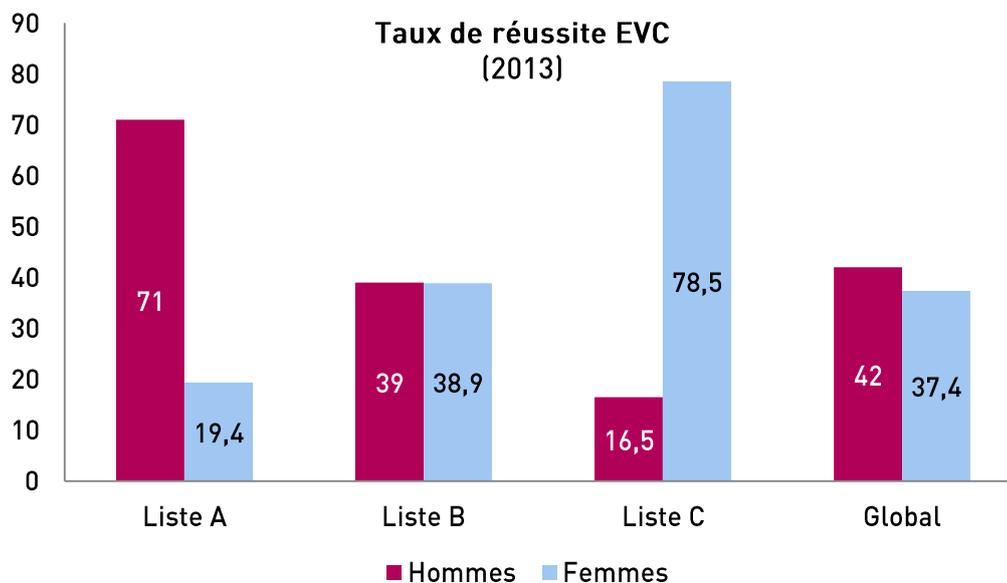
<i>Spécialités ouvertes en liste C</i>	Présents	Reçus	Taux de réussite
Anatomie et cytologie pathologique	9	9	100%
Anesthésie-réanimation	66	50	75.8%
Biologie médicale (médecin)	8	6	75.0%
Biologie médicale (pharmacien)	34	34	100%
Oncologie	30	24	80.0%
Cardiologie et maladies vasculaires	55	44	80.0%
Chirurgie générale	4	1	25.0%
Chirurgie maxillo-faciale	2	2	100%
Chirurgie infantile	6	5	83.3%
Chirurgie plastique	5	0	0
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	7	1	14.3%
Dermatologie et vénéréologie	5	4	80.0%
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	11	9	81.8%
Gynécologie médicale	1	0	0
Gynécologie obstétrique	46	40	87.0%
Gastro-entérologie et hépatologie	32	28	87.5%
Hématologie	17	14	82.4%
Médecine du travail	0	0	0
Médecine interne	12	11	91.7%
Médecine nucléaire	0	0	0
Néphrologie	20	15	75.0%
Neurochirurgie	15	11	73.3%
Neurologie	24	21	87.5%
Ophthalmologie	44	42	95.5%
Oto-rhino-laryngologie	8	3	37.5%
Pédiatrie	41	34	82.9%
Pneumologie	24	20	83.3%
Génétique médicale	0	0	0
Radiodiagnostic et imagerie médicale	103	62	60.2%
Réanimation	4	3	75.0%
Médecine physique et de réadaptation	8	3	37.5%
Rhumatologie	9	9	100%
Chirurgie urologique	18	11	61.1%
Chirurgie orthopédique	41	21	51.2%
Santé publique et médecine sociale	4	2	50.0%
Chirurgie vasculaire	4	2	50.0%
Chirurgie viscérale et digestive	29	12	41.4%
Médecine générale	141	105	74.5%
Pharmacie polyvalente	34	19	55.9%
Chirurgie orale	3	2	66.7%
Psychiatrie	50	45	90.0%
Odontologie	13	1	7.7%
Gériatrie	45	41	91.1%
Orthopédie dento-faciale	4	0	0
Sage-femme	8	2	25.0%
<b>Total</b>	<b>1044</b>	<b>768</b>	<b>73.6%</b>

*Taux de réussite aux épreuves en liste C –EVC 2013*

Avec 73,6%, le taux de réussite en liste C à la session 2013 est inférieur à celui de l'année précédente (80,2%).

Sur les 45 spécialités ouvertes, 15 connaissent un taux de réussite supérieur à 80% et 4 spécialités affichent un taux de 100%. Parmi celles-ci, la plus significative est la biologie médicale qui comptait un effectif de 34 candidats présents et reçus.

Avec seulement 7,7% en 2013, l'odontologie est la spécialité dont le taux de réussite reste le plus faible (4% en 2012).



Il faut noter que la liste B connaît un parfait équilibre entre les hommes et les femmes. En revanche, les listes A et C présentent des niveaux de réussite différents, en faveur des femmes (liste C) et des hommes (liste A).

#### **1.1.2.2- Les autorisations d'exercice délivrées après l'avis des commissions nationales d'autorisation d'exercice**

##### **■ Des données chiffrées ventilées par type d'autorisation d'exercice**

#### **Une activité en très forte progression**

L'activité enregistrée en 2013 est en hausse de 25% par rapport à l'année précédente en raison d'une nette progression du nombre de dossiers de demande d'autorisation nationale d'exercice reçus au CNG, toutes professions et procédures confondues (+ 70% de dossiers reçus).

Ceci s'explique avant tout par l'impact de la mise en œuvre de la loi du 1<sup>er</sup> février 2012 qui vise à soutenir la régularisation de la situation de praticiens (médecins pour la plupart) qui sont en France depuis plusieurs années. C'est ainsi que, pour la profession de médecin, alors qu'au total le nombre de dossiers reçus était de 1016 en 2012, il est passé à 1635 en 2013 (+61%).

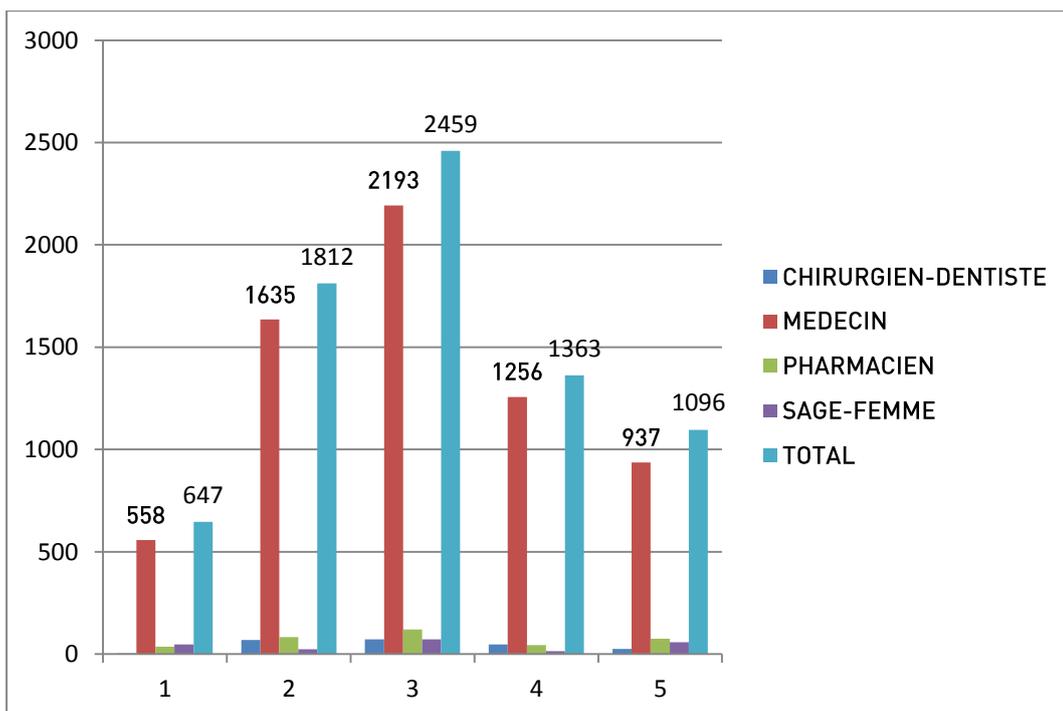
Il faut remarquer également une augmentation relativement importante du nombre de demandes d'autorisation nationale d'exercice pour la profession de pharmacien, qui a quasiment doublé, passant de 46 dossiers reçus en 2012 à 84 dossiers en 2013.

**Le nombre de dossiers reçus et examinés en 2012 pour les quatre professions  
(toutes procédures confondues)**

	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
Médecin	556	1016	1572	1014	558
Pharmacien	16	46	62	25	37
Sage-Femme	48	0	48	0	48
<b>TOTAL</b>	<b>659</b>	<b>1080</b>	<b>1739</b>	<b>1092</b>	<b>647</b>

**Le nombre de dossiers reçus et examinés en 2013 pour les quatre professions  
(toutes procédures confondues)**

	Nombre de dossiers en stock au 31/12/2012	Nombre de dossiers reçus 2013	TOTAL	Nombre de dossiers examinés par les commissions 2013	Nombre de dossiers restant à examiner
Chirurgien-dentiste	4	69	73	48	25
Médecin	558	1635	2193	1256	937
Pharmacien	37	84	121	45	76
Sage-Femme	48	24	72	14	58
<b>TOTAL</b>	<b>647</b>	<b>1812</b>	<b>2459</b>	<b>1363</b>	<b>1096</b>



Par rapport à 2012, on observe une augmentation considérable (près de 70%) du nombre de dossiers reçus pour toutes les professions et toutes procédures confondues (2012 : 1080 ; 2013 : 1812)

Pour la profession de médecin, le nombre de dossiers reçus en 2013 correspond à 90 % du total des dossiers. Ils constituent, par conséquent, l'essentiel de l'activité de la cellule des commissions nationales d'autorisation d'exercice.

**Le nombre de commissions nationales et de dossiers examinés en 2013 par rapport à 2012 (toutes procédures confondues)**

Profession	Commissions nationales			Dossiers examinés		
	Nombre de commissions en 2013	Nombre de commissions en 2012	Différence	Nombre de dossiers examinés en 2013	Nombre de dossiers examinés en 2012	Différence
Médecins	152	157	-5	1256	1014	242
Pharmaciens	2	1	1	45	25	20
Dentistes	6	3	3	48	53	-5
Sages-femmes	2	0	2	14	0	12
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>161</b>	<b>1</b>	<b>1363</b>	<b>1092</b>	<b>271</b>

En 2013, le nombre de dossiers examinés par les commissions nationales d'exercice pour les 4 professions a augmenté de 25% par rapport à 2012. Au total, 55% des dossiers reçus ont été examinés en 2013 pour les 4 professions : médecin, chirurgien-dentiste sage-femme et pharmacien.

Le nombre de commissions nationales, stable entre 2012 et 2013, témoigne d'une intensification de l'ordre du jour des commissions qui atteint ses limites en termes de performance de fonctionnement.

Le nombre de dossiers le plus important est enregistré pour les spécialités suivantes : médecine générale, anesthésie-réanimation et cardiologie et maladies vasculaires.

■ **Médecins**

**PAE (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)**

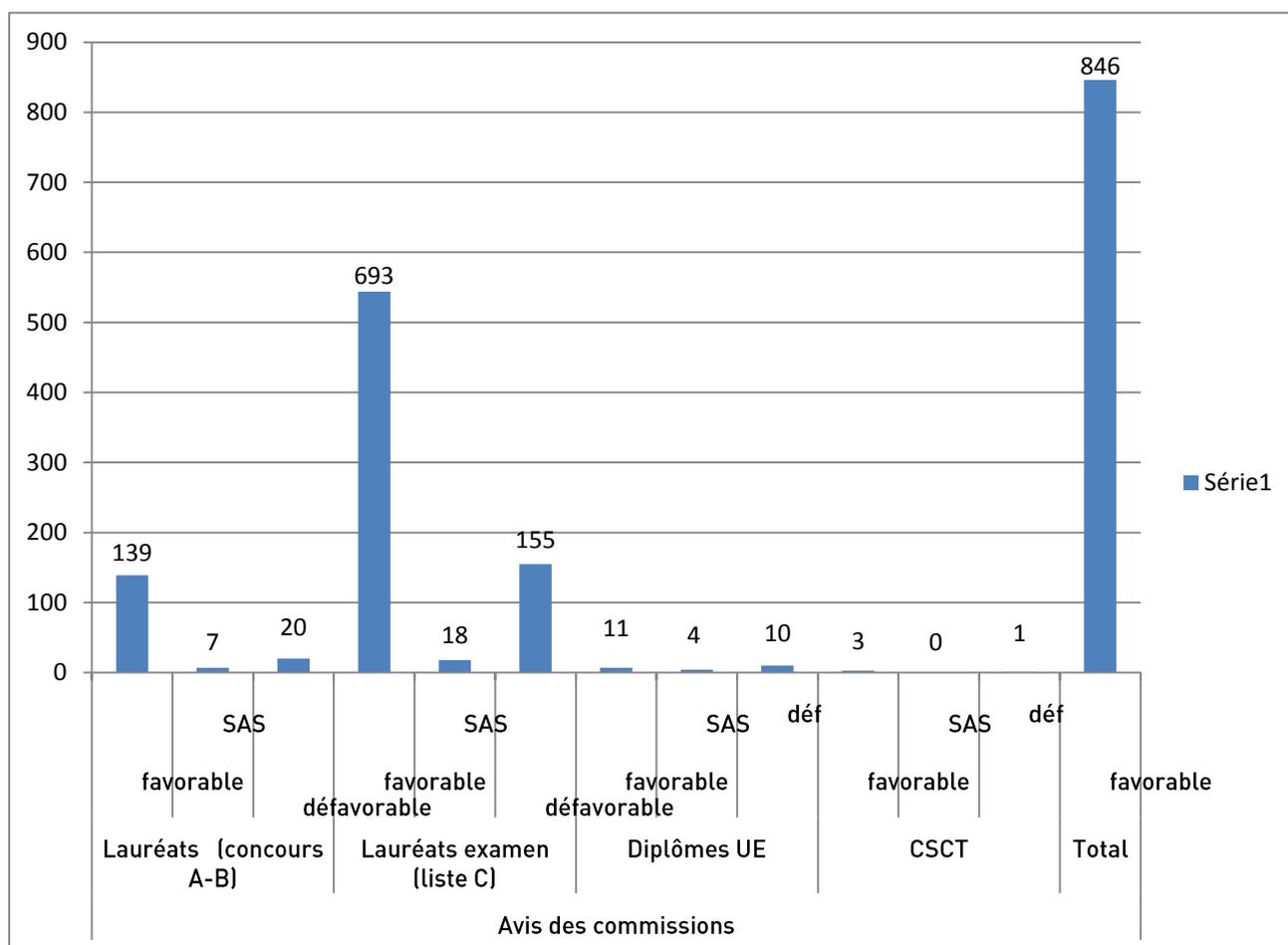
Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	
298	1414	1712	1061	846	186	29	651

## Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE par spécialité

Spécialités	Nombre de dossiers				Avis des commissions													Dossiers restant à examiner
	2012	2013	Total	examinés en 2013	Lauréats (concours A-B)			Lauréats examen (liste C)			Diplômes UE			CSCT			Total	
					Fav <sup>1</sup>	SAS <sup>2</sup>	Def <sup>3</sup>	Fav <sup>1</sup>	SAS <sup>2</sup>	Def <sup>3</sup>	Fav <sup>1</sup>	SAS <sup>2</sup>	Def <sup>3</sup>	Fav <sup>1</sup>	SAS <sup>2</sup>	Def <sup>3</sup>		
Anatomie et cytologie pathologiques	1	8	9	3	1			2									3	6
Anesthésie-réanimation	0	170	170	101	10			72	1	16	1		1	0			83	69
Biologie médicale	5	36	41	16				15		1							15	25
Cardiologie et maladies vasculaires	0	140	140	47	0			37	0	8	2		0	0			39	93
Chirurgie générale	1	0	1	1				0		1							0	0
Chirurgie infantile	0	2	2	2	1		1	0									1	0
Chirurgie maxillo-faciale	0	2	2	2				2									2	0
Chirurgie orthopédique et traumatologie	0	44	44	40	2		0	20	1	17							22	4
Chirurgie plastique reconstructrice	0	3	3	3				1		1	1						2	0
Chirurgie thoracique	1	5	6	1	1			0	0	0							1	5
Chirurgie urologique	0	28	28	11	1			8		2							9	17
Chirurgie vasculaire	2	3	5	5	0			4		1							4	0
Chirurgie viscérale et digestive	5	51	56	22	0			15	1	6							15	34
Dermatologie	0	9	9	9	1			5		3							6	0
Endocrinologie et métabolisme	1	20	21	10				6		3	0		1		0		7	11
Gastro-entérologie et hépatologie	0	51	51	23				18		4			1				19	28
Génétiq ue médicale	1	0	1	0				0									0	1
Gériatrie	16	86	102	71	11		1	54	1	4	0			0			65	31
Gynécologie médicale	3	0	3	2				2									2	1
Gynécologie obstétrique	7	57	64	44	1			32		8			3				33	20
Hématologie	5	2	7	7				6	0	1							6	0
Médecine du travail	0	5	5	5	2			3									5	0
Médecine générale	166	199	365	211	44	2	14	101	6	36	4	1	3	0	0	1	149	154
Médecine interne	1	13	14	10				10					0				10	4
Médecine nucléaire	1	4	5	5	4			1									5	0
Médecine physique et réadaptation	2	23	25	25	8	0	3	9	1	0							17	0
Néphrologie	1	36	37	14				9	1	4	0						9	23
Neurochirurgie	3	4	7	7	0	2		4		1							4	0
Neurologie	2	27	29	20	1			16		4							17	9
Oncologie	2	16	18	14	2	3	0	6		2	0			1			9	4
Ophthalmologie	5	18	23	23	8			13				1	1				22	0
ORL	0	14	14	10	0		0	6		4							6	4
Pédiatrie	0	89	89	63	13			47	2	1	0						60	26
Pneumologie	9	26	35	24	4			18				1	1				22	11
Psychiatrie	53	85	138	120	17		1	82	6	14				0		0	99	18
Radiodiagnostic et imagerie médicale	5	109	114	75	5			54	1	10	2	2	1				61	39
Réanimation médicale	0	8	8	2	1			4		2							5	6
Rhumatologie	0	8	8	3				3									3	5
Santé publique	0	13	13	10	1			8	0	1							9	3
Stomatologie	0	0	0	0				0									0	0
<b>Total médecine</b>	<b>298</b>	<b>1414</b>	<b>1712</b>	<b>1061</b>	<b>139</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>693</b>	<b>18</b>	<b>155</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>846</b>	<b>651</b>

Favo<sup>1</sup> = Avis favorable  
SAS<sup>2</sup> = Sursis à statuer  
Def<sup>3</sup> = Avis défavorable

## Avis des commissions en 2013



Sur les 1 061 dossiers examinés en 2013, 866 concernent des lauréats de la liste C. Au total, 79,73 % des dossiers examinés ont reçu un avis favorable, contre 17,53 % d'avis défavorables. 81,91 % des avis favorables concernent des lauréats de la liste C et 16,43 %, des lauréats de la liste A.

### Impact de la « nouvelle Liste C - loi 2012 » et de l'année probatoire sur le volume des dossiers (cf. supra .1.1.2.1)

Nombre de dossiers examinés en 2013 Loi 2012	Avis des commissions		
	Avis favorable	Sursis à statuer	Avis défavorable
<b>637</b>	<b>557</b>	<b>4</b>	<b>76</b>

On constate que sur 866 dossiers examinés en 2013 au titre de la liste C, 637 dossiers concernent d'une part, des lauréats ayant satisfait aux nouvelles épreuves définies par la loi susvisée du 1<sup>er</sup> février 2012, soit 73,55% des candidats issus de la liste C et, d'autre part, une proportion de 60% des 1 061 dossiers examinés. Sur ces 637 dossiers, 557 ont obtenu un avis favorable, soit 87,44 %, contre 11,9% d'avis défavorables. Le pourcentage d'avis favorables recueillis par les lauréats de la liste C, version loi 2012, est plus élevé que pour les lauréats des précédentes listes C.

Alors que les lauréats des listes A et B ainsi que ceux de la liste C dans sa version antérieure 2012, doivent effectuer trois années de fonctions après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances pour pouvoir déposer leur dossier devant la commission nationale d'exercice, une seule année probatoire de fonctions hospitalières, effectuée en qualité d'associé dans des services agréés pour l'internat, est exigée des lauréats de la liste C dans sa version issue de la loi susvisée du 1<sup>er</sup> février 2012.

En outre, l'article 4 du décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 précise que l'accomplissement de certaines fonctions hospitalières antérieures à la réussite aux épreuves peut justifier une dispense laissée à l'appréciation de la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente. Or, pour se présenter aux épreuves de la nouvelle liste C, les candidats doivent avoir effectué trois de fonctions dans un EPS ou un ESPIC. La plupart des candidats obtiennent à ce titre une dispense d'année probatoire, ce qui raccourcit le délai entre la réussite aux épreuves de vérification des connaissances et la présentation d'un dossier en commission nationale. Ces nouvelles modalités ont pour effet d'intensifier très sensiblement le volume d'activité de la cellule d'autorisation nationale d'exercice du CNG.

**HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme / diplôme HUE reconnu par un pays membre)**

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	
261	221	482	195	100	68	27	287

**HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme - diplôme HUE reconnu par un pays membre)**

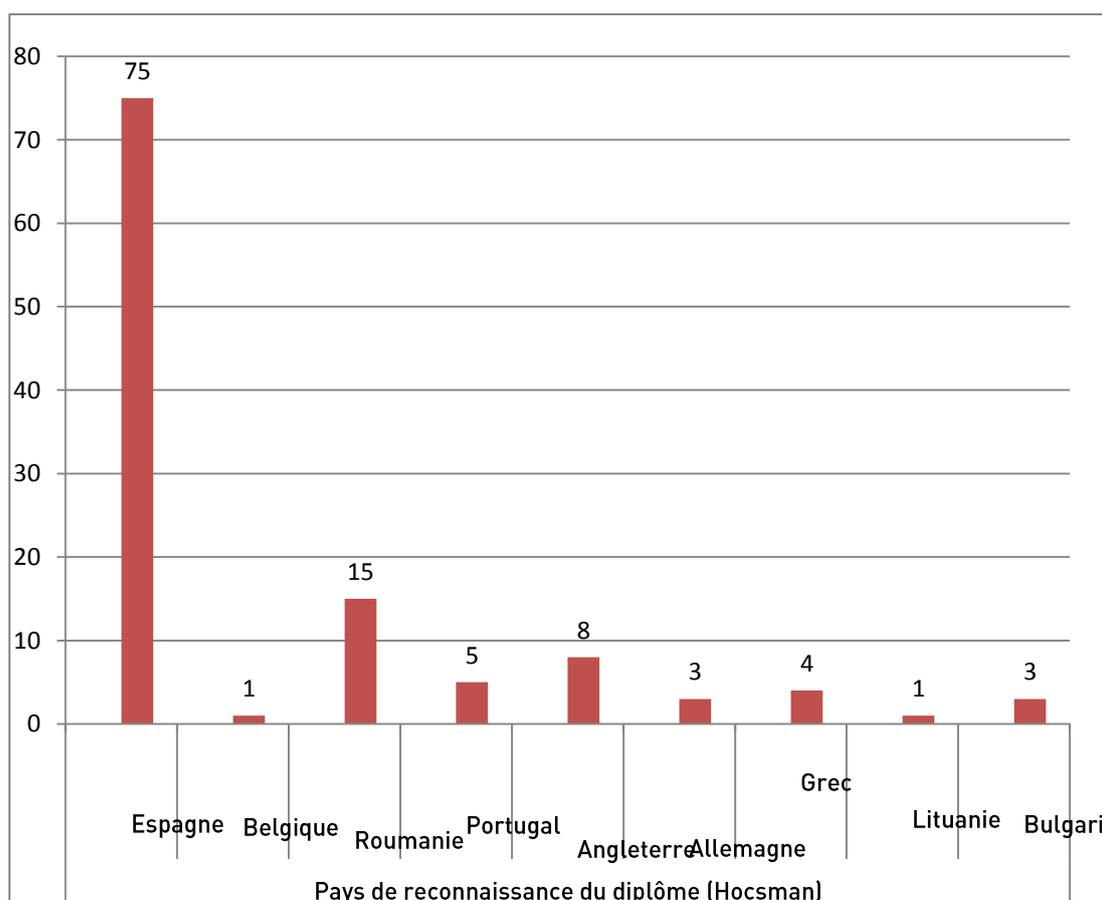
Spécialités	Nombre de dossiers				Avis des commissions								Dossiers restant à examiner
	2012	2013	Total	examinés 2013	HOCSMAN			DREESSEN			Total	Total	
					Fav <sup>1</sup>	SAS <sup>2</sup>	MC <sup>3</sup>	Fav <sup>1</sup>	SAS <sup>2</sup>	MC <sup>3</sup>	Fav <sup>1</sup>	MC <sup>3</sup>	
Anatomie et cytologie pathologiques	0	1	1	1				1			1	0	0
Anesthésie-réanimation	10	19	29	15	7	1	3	2	2		9	3	14
Biologie médicale	3	5	8	4			1	3			3	1	4
Cardiologie et maladies vasculaires	0	5	5	5	2	2	1				2	0	0
Chirurgie générale	0	2	2	2						2	0	2	0
Chirurgie infantile	0	0	0	0							0	0	0
Chirurgie maxillo faciale	0	0	0	0							0	0	0
Chirurgie orthopédique	0	9	9	5	1		4				1	4	4
Chirurgie plastique	0	0	0	0							0	0	0
Chirurgie thoracique	0	4	4	4	1		1			2	1	3	0
Chirurgie urologique	0	4	4	4	1	1	2				1	2	0
Chirurgie vasculaire	0	1	1	1			1				0	1	0
Chirurgie viscérale et digestive	0	15	15	2	1		1				1	1	13
Dermatologie	0	2	2	2			1			1	0	2	0
Endocrinologie et métabolisme		2	2	2		1		1			1	0	0
Gastro-entérologie et hépatologie	1	0	1	0							0	0	1
Génétique médicale	0	0	0	0							0	0	0
Gériatrie	9	9	18	10	1		1	4		4	5	5	8
Gynécologie médicale	0	1	1	1					1		0	0	0
Gynécologie obstétrique	15	8	23	3	1	2					1	0	20
Hématologie	0	0	0	0							0	0	0
Médecine interne	0	5	5	5			2	2		1	2	3	0
Médecine générale	199	75	274	62	21	4	11	11	5	10	32	21	212
Médecine physique et réadaptation	0	0	0	0							0	0	0
Médecine nucléaire	1	1	2	2	1		1				1	1	0
Médecine du travail	0	1	1	1	1						1	0	0
Néphrologie	0	1	1	1	1						1	0	0
Neurochirurgie	0	1	1	1	1						1	0	0
Neurologie	0	3	3	3	1		1	1			2	1	0
Oncologie	0	5	5	5	2	1	1			1	2	2	0
Ophtalmologie	5	6	11	11	6	2	2		1		6	2	0
ORL	0	0	0	0	0		0		0		0	0	0
Pédiatrie	3	7	10	10	3	1		4		2	7	2	0
Pneumologie	8		8	2	2						2	0	6
Psychiatrie	3	13	16	16	5	2	1	1		7	6	8	0
Radiodiagnostic et imagerie médicale	3	5	8	8	7		1				7	1	0
Réanimation médicale	0	1	1	1				1			1	0	0
Rhumatologie	1	4	5	0							0	0	5
Santé publique	0	6	6	6		1	1	3		1	3	2	0
Stomatologie	0		0	0							0	0	0
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>221</b>	<b>482</b>	<b>195</b>	<b>66</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>9</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>287</b>

Fav<sup>1</sup> = Avis favorable  
SAS<sup>2</sup> = Sursis à statuer  
MC<sup>3</sup> = Mesures compensatoires

En 2013, le nombre de dossiers reçus reste stable pour la procédure Hoczman / Dreessen par rapport à 2012. Ils se concluent par 54,55% d'avis favorables et 30% de mesures compensatoires pour la procédure Hoczman et 46% d'avis favorables et 43% de mesures compensatoires pour la procédure Dreessen

**L'homologation des diplômes (Pays de reconnaissance)**

Pays de reconnaissance du diplôme (Hoczman)									Total
Espagne	Belgique	Roumanie	Portugal	Angleterre	Allemagne	Grec	Lituanie	Bulgarie	9 pays
75	1	15	5	8	3	4	1	3	115



L'Espagne est en tête des pays qui délivrent l'homologation du diplôme de base de docteur en médecine, soit 75 homologations sur 115, qui représentent 65,21% du total soit, une augmentation par rapport à 2012 (53%). Elle est suivie par la Roumanie (15 sur 115, soit 13,04%, en diminution par rapport à 2012). Vient en 3<sup>ème</sup> position l'Angleterre, avec 8 homologations, soit 6,9% et en 4<sup>ème</sup> position, le Portugal avec des homologations qui représentent 4,3%. Deux nouveaux pays ont fait leur apparition, la Grèce avec 3,4 % et la Lituanie (1 homologation).

Il est à noter que l'Espagne délivre des homologations sur simple 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 d'autres pays et particulièrement du Maghreb ou d'Europe de l'Est utilisent désormais cette voie pour 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, et sans avoir exercé en Espagne, une majorité de ces candidats sollicite ensuite l'autorisation d'exercer en France dans le cadre de la procédure Hoczman.

## ■ Chirurgien-dentiste

### Les DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS en 2013

#### ■ Procédure d'autorisation d'exercice

PAE (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	
4	38	42	26	24	1	1	16

On constate que 61,9% des dossiers des lauréats de la PAE ont été examinés en 2013 et que 92,3% d'entre eux ont reçu un avis favorable.

*HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme / diplôme HUE reconnu par un pays membre)*

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	
0	27	27	22	19	3	0	5

Sur les 22 dossiers examinés en 2013 au titre de la procédure HOCSMAN, DREESSEN, 19 ont reçu un avis favorable, soit 86,3%.

## ■ Pharmaciens

### DOSSIERS EXAMINES PAR LE CONSEIL SUPERIEUR DE LA PHARMACIE en 2013

PAE (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	
7	40	47	16	11	4	1	31

## ■ Pharmaciens-Biologie médicale

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	
4	13	17	10	10	0	0	7

*HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme - diplôme HUE reconnu par un pays membre)*

## ■ Pharmaciens

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	
10	19	29	19	12	7	0	10

En 2013, le Conseil supérieur de la pharmacie a pu se réunir à deux reprises, en février et en juin, pour examiner les dossiers des candidats à l'autorisation nationale d'exercice.

Parmi les dossiers de pharmaciens issus de l'épreuve de vérification des connaissances, 16 ont été examinés, dont 11 ont reçu un avis favorable (68,75 %), 4, un avis défavorable et 1, un sursis à statuer. En ce qui concerne les dossiers de pharmaciens biologistes, la totalité des 10 dossiers qui ont été examinés a obtenu un avis favorable, soit 100%.

En ce qui concerne les dossiers relevant du régime général européen (Hocsmann-Dreessen), seuls ceux déposés pour obtenir l'autorisation nationale d'exercer la pharmacie polyvalente en France ont pu être examinés. Sur les 19 dossiers examinés, 12 ont reçu un avis favorable, soit 63,16 % et 7 des mesures compensatoires (36,84%).

## ■ Pharmaciens - Biologie médicale

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	
0	0	0	0	0	0	0	0

Les demandes d'autorisation nationale d'exercice de la spécialité de biologie médicale doivent 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 du 21 juillet 2009. Cette nouvelle commission de biologie médicale est en cours de création dans le cadre d'un décret attendu pour la mi-2014.

## ■ Sages-femmes

### Les DOSSIERS EXAMINES PAR LES COMMISSIONS en 2013

PAE (Lauréats concours / examen - CSCT - Nationalité HUE diplôme UE)

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés par la commission	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Défavorables	Sursis à statuer	
0	8	8	7	6	0	1	1

En 2012, 36 dossiers ont été déclarés irrecevables et renvoyés aux candidats faute d'avoir effectué leur année de fonctions, ce qui explique le stock nul en 2012.

En 2013, sur 8 dossiers reçus, 7 ont été examinés, dont 6 ont reçu un avis favorable (85,71%).

Il convient de signaler que la difficulté que rencontrent actuellement les sages-femmes, lauréates des épreuves de vérification des connaissances, est de pouvoir obtenir un poste de sage-femme associé dans une unité d'obstétrique d'un établissement public de santé, afin d'accomplir leur année de fonctions.

**HOCSMAN / DREESSEN (Nationalité UE : diplôme UE non-conforme - diplôme HUE reconnu par pays membre)**

Dossiers en stock au 31/12/2012	Dossiers reçus en 2013	Total	Nombre de dossiers examinés	Avis rendus			Dossiers restant à examiner
				Favorables	Mesures compensatoires	Sursis à statuer	
0	13	13	7	1	4	2	6

En 2012, 12 dossiers ont été déclarés irrecevables et renvoyés aux candidats, car l'homologation du diplôme et/ou la nationalité des candidates ne répondait pas aux critères, ce qui explique le stock nul en 2012.

En 2013, plusieurs dossiers de demandes d'autorisation nationale d'exercice de la profession de sage-femme ont été déposés au CNG dans le cadre de la procédure Dreessen, par des personnes de nationalité communautaire, généralement des françaises ayant effectué leurs études de sage-femme en Belgique. Ces candidates ne pouvaient pas s'inscrire directement au tableau de l'ordre, car leur formation n'était pas conforme à la formation de sage-femme prévue par l'article 40 de la directive européenne 2005/36/CE.

En effet, la formation de sage-femme en Europe est de trois années. Or, la formation délivrée par la Belgique comportait 2 ans en qualité d'infirmière et 2 ans en qualité de sage-femme. La Belgique a reconnu la non-conformité de cette formation en délivrant une attestation de non-conformité à ces candidates.

**■ Les mesures compensatoires / épreuve d'aptitude :**

Dans le cadre des procédures spécifiques d'autorisation nationale d'exercice dites du « régime général européen », qui s'adressent à des ressortissants de l'UE ayant satisfait 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 nationales d'autorisation nationale d'exercice compétentes.

**L'épreuve d'aptitude**

Certains candidats ont opté pour *l'épreuve d'aptitude* qui s'est déroulée pour la troisième fois en 2013.

Conformément à la réglementation en vigueur, les différentes épreuves ont été organisées par le CNG, par profession et par spécialité, sur la période comprise entre le 12 novembre et le 20 décembre 2013, qui correspond à celle des séminaires de correction des épreuves de vérification des connaissances, compte tenu de la difficulté à mobiliser des jurys.

Comme en 2011 et 2012, les épreuves de la session 2013 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 arrêté du 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 ministère chargé de la santé à chacun des candidats à l'autorisation nationale 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, tandis que celle des décisions qui en découlent en termes d'autorisation ou de refus d'autorisation d'exercice a été réalisée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Ministère des affaires sociales et de la santé.

## Mesures compensatoires 2013

### ■ Médecins

Spécialités	Nombre	Résultats		Absents
		Candidats admis	Candidats non admis	
Biologie médicale	1	1		
Chirurgie orthopédique	1	1		
Chirurgie urologie	1		1	
Chirurgie vasculaire	1		1	
Chirurgie viscérale et digestive	1	1		
Génétique médicale	1	1		
Médecine générale	13	7	5	1
Médecine interne	1	1		
Médecine physique et réadaptation	1			1
Neurologie	1		1	
Psychiatrie	3	3		
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>2</b>

### ■ Chirurgiens-dentistes

Profession	Nombre	Résultats		Absents
		Candidats admis	Candidats non admis	
Chirurgien-dentiste	1		1	

### ■ Pharmaciens

Profession	Nombre	Résultats		Absents
		Candidats admis	Candidats non admis	
Pharmaciens	2		1	1

Sur 28 candidats inscrits, 25 se sont effectivement présentés (23 médecins, 1 chirurgien-dentiste et 1 pharmacien), soit 89,28%, et 15 d'entre eux ont été admis (60% de réussite) suite à une note égale ou supérieure à 10/20 (soit 15 médecins dont : 7 en médecine générale ; 1 en médecine interne ; 1 en biologie médicale ; 1 en chirurgie orthopédique ; 3 en psychiatrie ; 1 en chirurgie viscérale et digestive ; 1 en génétique médicale).

Le nombre de candidats admis est supérieur à celui de 2012, 10 admis (41% de réussite) et 14 non admis (58%), avec un nombre de candidats inscrits pratiquement identique (24 inscrits en 2012)

### Les recours gracieux

Tout refus d'autorisation nationale 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 – Ministère des affaires sociales et de la santé, selon des modalités d'instruction établies avec le CNG.

Le nombre de recours gracieux a triplé en 2013, passant d'une quinzaine de recours déposés en 2012 à plus d'une quarantaine.

## Les chantiers initiés et les perspectives envisagées

### L'évolution du site internet

En 2013, la rubrique « Commissions d'autorisation d'exercice » s'est enrichie :

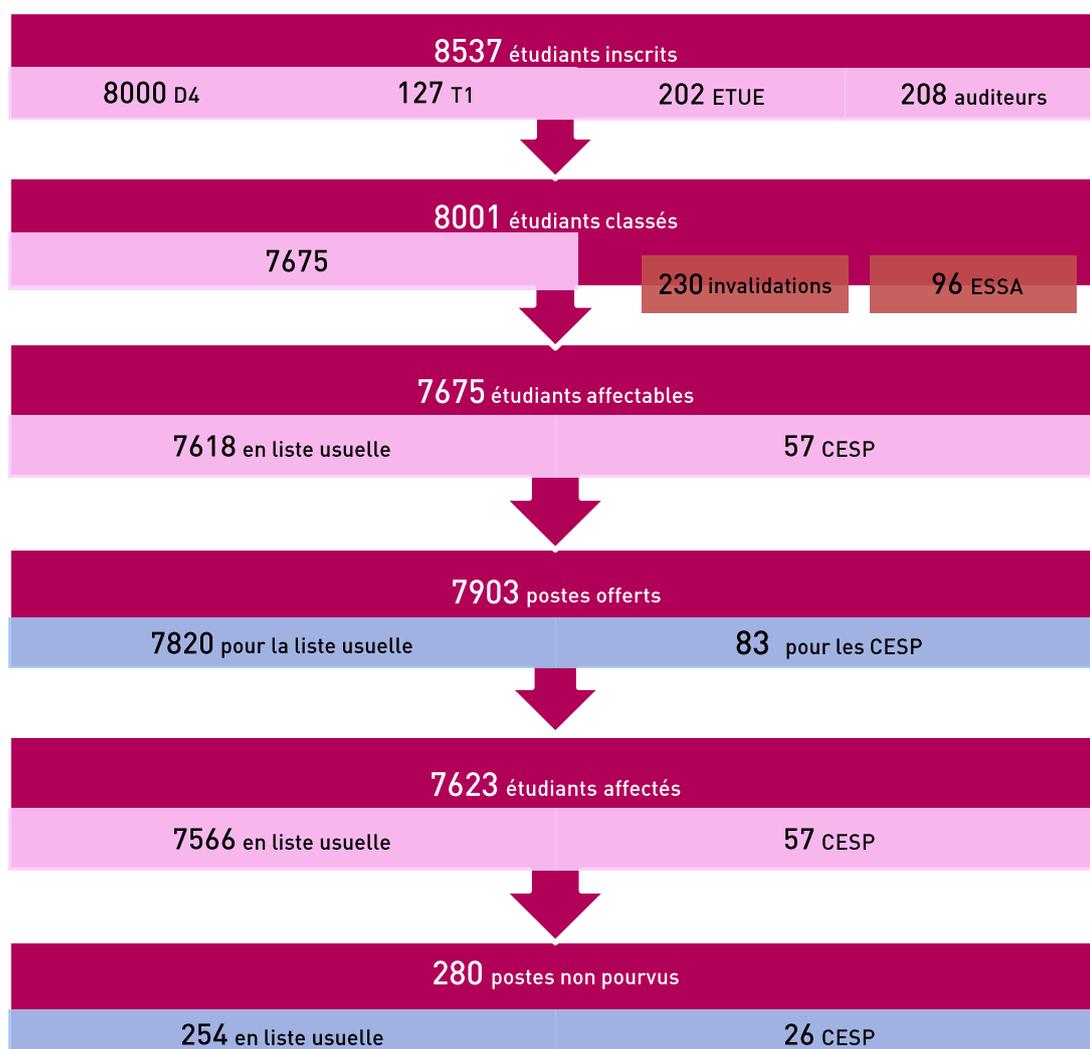
- d'un glossaire ;
- d'une foire aux questions (FAQ), qui rassemble les questions les plus fréquemment posées par les praticiens qui souhaitent obtenir une autorisation nationale d'exercice en France ;
- d'un formulaire interactif de demande d'autorisation d'exercice ;
- de modèles de dossiers-types (recommandations sur la forme des dossiers) ;
- d'un logigramme explicitant les différentes étapes de la procédure.

## 1.2- Les concours et examens nationaux d'accès au 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et pharmaceutique et au dispositif national des contrats d'engagement de service public (CESP)

### 1.2.1- Les épreuves classantes nationales en médecine (ECN)

#### Les données générales

Les épreuves classantes nationales (ECN) donnent lieu à l'établissement d'un classement selon le mérite des candidats, leur permettant de choisir un poste d'interne et d'accéder au troisième cycle des études médicales. Ce choix s'effectue par subdivision et spécialité selon le rang de classement. Les candidats sont des étudiants en fin de deuxième cycle des études médicales (D4), ainsi que des étudiants en première année de troisième cycle (T1) qui tentent leur deuxième chance. La liste usuelle est entendue comme celle comprenant l'ensemble des étudiants inscrits de laquelle on retire ceux ayant signé un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).



### Les candidats inscrits

Les candidats qui peuvent s'inscrire aux ECN appartiennent à quatre catégories. En premier lieu, ce sont les étudiants des universités françaises en dernière année de deuxième cycle (D4). S'y ajoutent les étudiants européens des universités européennes (ETUE) en dernière année de deuxième cycle. Puis viennent les étudiants ayant obtenu le statut d'auditeurs l'année précédente. Tous ces étudiants concourent au titre de leur première chance. Enfin, la quatrième catégorie concerne les étudiants en première année d'internat (T1) qui concourent au titre de leur seconde chance.

Le nombre de candidats inscrits aux ECN 2013 a augmenté de 3,4% par rapport aux ECN 2012, passant de 8257 à 8537 inscrits. Ce sont majoritairement des D4. Ils sont 8000 en provenance des UFR françaises et 202 en provenance des universités européennes. Viennent ensuite les auditeurs avec 208 candidats et les 127 candidats en première année de troisième cycle (T1).

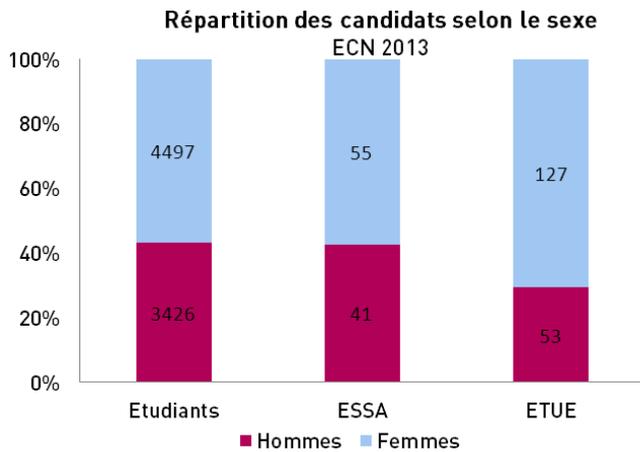
Les étudiants du service de santé des armées (ESSA) sont 96 (90 D4 et 6 T1, hors étudiants ayant démissionné), et 61 étudiants ont signé un contrat d'engagement de service public (60 D4 et 1 T1).

### La répartition par interrégion est la suivante :

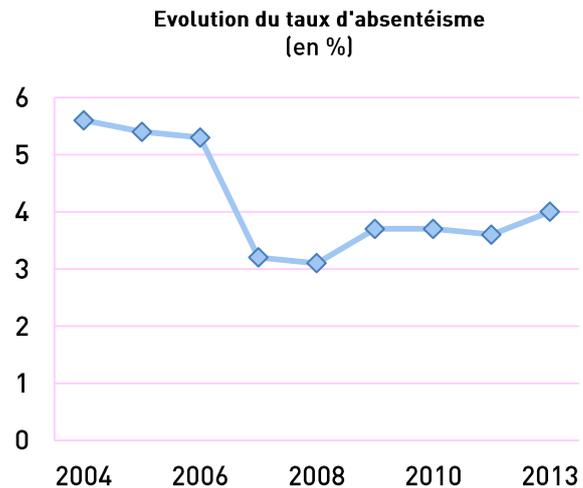
Interrégion	Etudiants								Total
	D4				T1			Auditeurs	
	ETUE	D4	dont ESSA	dont CESP	T1	dont ESSA	dont CESP		
IDF	39	1830	0	9	25	4	0	66	1960
Nord-Est	13	1108	0	6	25	0	0	27	1173
Nord-Ouest	10	1160	0	15	35	0	0	15	1220
Ouest	1	1137	0	5	15	0	0	27	1180
Rhône-Alpes Auvergne	52	999	64	6	8	0	0	37	1096
Sud	74	805	1	1	11	0	1	24	914
Sud-Ouest	13	961	27	4	8	2	0	12	994
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>8000</b>	<b>92*</b>	<b>60</b>	<b>127</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>208</b>	<b>8537</b>

\* Deux étudiants du service de santé des armées ont démissionné entre l'inscription et les épreuves.

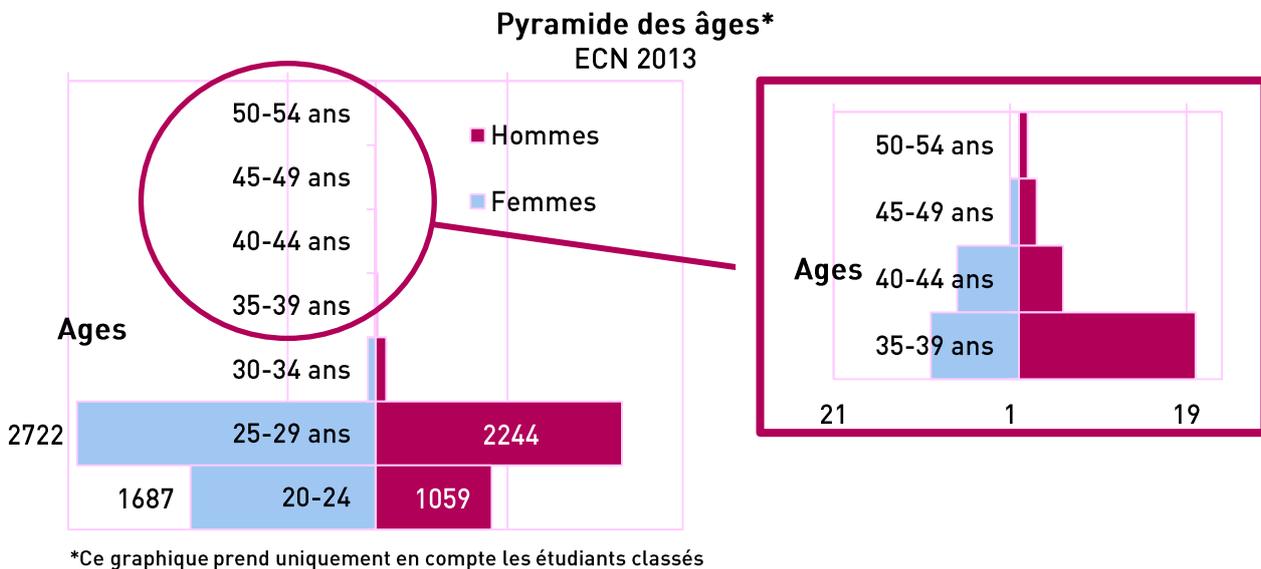
L'Ile-de-France, avec 23% du nombre d'inscrits, est l'interrégion la plus représentée. Elle est suivie par le Nord-Ouest et l'Ouest. Le Sud est l'interrégion regroupant le moins de candidats inscrits avec 10,7%. Le nombre d'inscrits par UFR est également très disparate.



Ce graphique donne la répartition par sexe des candidats présents



Les femmes représentent 57,1% des candidats présents. Ce taux est nettement plus important si on considère uniquement les ETUE (70,1%). Elles sont présentes majoritairement et dans les mêmes proportions qu'en population globale chez les étudiants D4 et T1 et chez les ESSA (56,8%).



La grande majorité des candidats étudiants (97%) se situe dans la tranche d'âge 20-29 ans. Les autres tranches décroissent en fonction de l'âge.

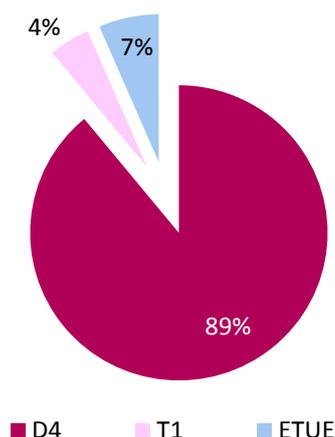
Avec 56,8%, les femmes sont majoritaires parmi les étudiants, sauf dans trois tranches d'âges : les 30-34 ans, 35-39 ans et 45-49 ans.

### Les absences à l'examen

Un certain nombre d'étudiants ne se présentent pas aux épreuves, pour des raisons personnelles. Ne participent pas non plus aux épreuves ceux qui savent qu'ils ne valideront pas leur deuxième cycle, alors qu'ils ont été inscrits en mars par leur université.

Lors de la session 2013, 337 candidats ne se sont pas présentés aux ECN (8200 présents). Le taux d'absentéisme de 4% est en baisse par rapport à celui observé en 2012. Les absents sont majoritairement les étudiants D4. Enfin, on peut noter que parmi les 61 étudiants ayant signé un CESP, 57 étaient présents aux épreuves.

### Répartition des absences selon le statut (ECN 2013)



### Les candidats classés et affectables

Afin d'obtenir le nombre de candidats classés, il faut retrancher du nombre de candidats présents (8200) ceux qui ont été invalidés par les UFR. Ces derniers ne peuvent en effet pas être classés. En 2013, 199 étudiants ont été invalidés, réduisant le nombre de candidats classés à 8001.

Les 96 étudiants du service de santé des armées bénéficient d'un choix spécifique de postes. Il convient donc de les retirer de la liste des candidats affectables.

De même, les étudiants qui désirent obtenir un report de passage des épreuves, se présentent devant une commission et obtiennent le statut d'auditeurs. Ils sont alors retirés aussi de la liste des candidats affectables (230 en 2013).

Les candidats affectables sont donc au nombre de 7675. Ainsi, entre le moment de l'inscription (8537) et celui où les candidats sont affectables, l'effectif a diminué de 862 unités, soit une réduction de 10,1%.

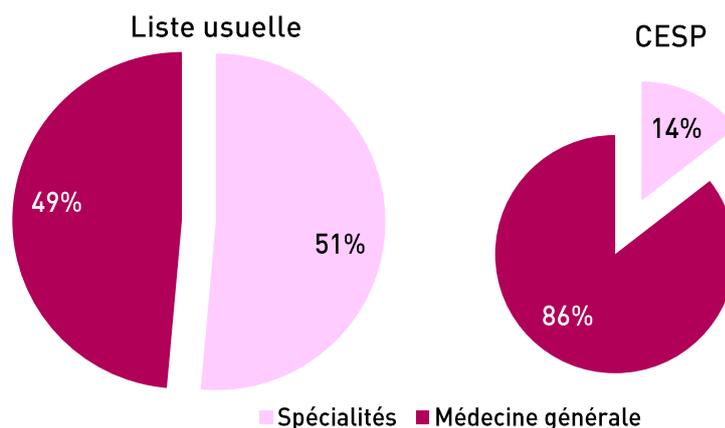
### Les postes offerts

Le nombre de postes offerts correspond au nombre d'étudiants classés diminué du nombre d'étudiants relevant du service de santé des armées. Il se répartit entre des postes sur une liste dite « normale » et une liste « CESP ».

Depuis la mise en place en 2012 des invalidations de D4 avant le résultat des épreuves, l'inadéquation entre le nombre de postes offerts et le nombre de postes pourvus a fortement chuté, cette différence passant de 685 en 2011 à moins de 300 en 2013.

Le nombre de postes ouverts suit le nombre d'étudiants affectables. Il a augmenté de 4,2% par rapport à 2012.

## Répartition des postes offerts ECN 2013



### Les affectations

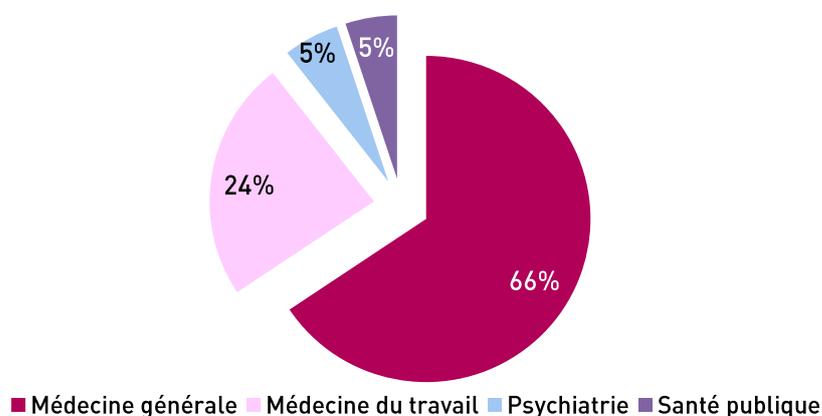
Sur les 7675 candidats affectables, 52 n'ont pas été affectés. Il s'agit en majeure partie d'étudiants européens (39) n'ayant pas validé leur dernier cycle d'études ou dont la validation est intervenue trop tardivement. 7623 étudiants ont donc été affectés.

Postes non pourvus	Liste usuelle	Liste CESP	Global
Médecine générale	167	26	193
Médecine du travail	61	0	61
Psychiatrie	12	0	12
Santé Publique	14	0	14
<b>Global</b>	<b>254</b>	<b>26</b>	<b>280</b>

*Répartition des postes non pourvus – ECN 2013*

Les 167 postes d'internes non pourvus en médecine générale constituent la majorité des postes non pourvus en liste usuelle (soit 65,7%) mais aussi au niveau global (68,9%). Parmi les postes réservés aux candidats bénéficiaires d'un CESP, seule la médecine générale enregistre des postes non pourvus (26 postes).

### Répartition des postes non pourvus en liste usuelle ECN 2013



La médecine du travail concentre 24% des postes non pourvus, soit deux fois plus que la santé publique et la psychiatrie réunies (10%).

## ■ **Données financières**

Les ECN représentent un coût de près de 3,7M€, dont 544 000 € remboursés aux 7 universités/centres interuniversitaires d'examen universitaires.

Ceci représente une dépense de 430€ par étudiant.

## ■ **Chantiers d'innovation : le projet ECNi 2016**

Au printemps 2013, les Ministres chargés de la Santé (MAS) et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR) se sont prononcées pour la mise en place d'ECN informatisées à l'horizon 2016 (ECNi 2016) et ont mis en place un groupe de travail interministériel pour engager officiellement la démarche.

Piloté par la DGOS, ce groupe de travail est composé de représentants des 2 ministères concernés, du Conseil scientifique en médecine, de la Conférence des doyens, de la conférence des Présidents d'université, de la HAS, des internes et des étudiants et du CNG.

L'avancée des travaux a permis de dégager les thèmes prioritaires pour examiner la faisabilité d'un tel projet, sur les plans :

- **Pédagogique et docimologique** : le MESR, en lien avec le Conseil scientifique et les doyens, détermine le format futur des épreuves. L'idée est de les enrichir en mixant analyse de dossiers progressifs, questions isolées, lecture critique d'article(s) et, à terme, test de concordance de script. L'informatique permet, en effet, la construction de dossiers cliniques dits « progressifs » à partir desquels l'étudiant devra valider chacune de ses réponses, progressant ainsi dans les questions sans possibilité de revenir en arrière. Elle permet aussi l'utilisation de contenus multimédias riches et interactifs (vidéos, bandes-son, séries complètes d'imagerie médicale, etc...).
- **Juridique** : les textes relatifs aux ECN sont à adapter, compte tenu à la fois du changement de la nature des épreuves évoqué ci-dessus mais aussi du passage de celles-ci sur un support numérique, enfin de la nécessaire définition de critères de sécurité et de traçabilité en amont, pendant et après l'examen.
- **Organisation technique et logistique des épreuves** : le CNG continue à assurer le pilotage de ces opérations. L'informatisation impactera principalement les différentes étapes de choix des sujets, de réalisation des épreuves et de correction.

## **Les propositions de modalités nouvelles d'organisation des ECNi**

L'objectif est que les étudiants composent au sein de leur université.

Le **choix des sujets** sera un travail d'interface avec la base nationale de données hébergée par le Conseil scientifique en médecine placé auprès du Ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et dans une logique de dématérialisation. Les sujets transiteront via les réseaux informatiques (internet) et, de manière cryptée, vers les lieux d'examen.

La **réalisation des épreuves**, quant à elle, se fera sur des supports numériques (tablettes).

La **distribution des tablettes** (préalablement chargées, ou préparées sur site via des matériels adéquats tels que ceux utilisés aujourd'hui par l'université de Grenoble) obéira aux mêmes règles que la distribution actuelle des copies. Le déverrouillage de l'épreuve se fera par l'introduction d'un code dès le signal donné par le président de jury, évitant ainsi tout risque de fraude pendant la distribution des tablettes.

Une fois installés à leur place, les candidats suivront un process d'identification et de test de la tablette, orchestré via un système de monitoring (centralisé ou en partie décentralisé au niveau des différents centres selon l'architecture informatique retenue). Des tablettes de remplacement pourraient être prévues pour pallier les déficiences éventuelles (comme cela a été le cas lors du test du 15 mai 2013 à Grenoble avec un remplacement de tablette en 2 minutes, le candidat récupérant son épreuve à l'endroit où il l'avait laissé au moment de la panne).

**La correction** devrait être automatisée en très grande partie et nécessitera de mobiliser un nombre moins important de membres de jury.

En ce qui concerne, enfin, le calendrier, les épreuves de 2016 devraient être précédées de 2 tests en grandeur nature (au cours duquel seraient identifiés les événements indésirables, qui nécessiteraient, par exemple, de faire repasser une épreuve). Ces tests sont prévus à l'automne 2015 et au début de l'année 2016.

## 1.2.2- Les autres internes

### ■ Les données statistiques

Les concours d'internats permettent l'accès au troisième cycle d'études médicales et s'adressent à deux publics différents : les étudiants dans le cadre de leur formation, et les professionnels désirant obtenir une nouvelle qualification.

### ■ Les concours d'internats ouverts aux professionnels de santé

#### Le concours spécial d'internat de médecine à titre européen

Ce concours permet aux médecins français ou ressortissants d'un autre état membre de l'Union Européenne d'accéder au 3<sup>ème</sup> cycle d'études médicales en France. Parmi les 9 inscrits pour la session 2013, 7 se sont présentés à l'examen. Aucun candidat n'a été reçu.

L'année précédente, 5 candidats avaient été admis et 3 en 2011.

Candidats	Inscrits	Présents	Retenus	Postes offerts	Affectés	Taux d'affectation
2013	9	7	0	3	0	0
2012	12	10	5	5	4	80,0%

<b>Variation 2012/21013</b>	-25%	-30%	-100%	-40%	-100%
-----------------------------	------	------	-------	------	-------

#### Le concours spécial d'internat de médecine du travail

Ce concours est ouvert aux médecins français et européens pouvant justifier de 3 années d'activité professionnelle.

La session 2013 du concours a donné lieu à l'admission de 15 candidats. Ces derniers ont été affectés en qualité d'internes sur l'un des 32 postes ouverts en 2013.

Subdivision	Postes ouverts	Postes pourvus	Taux d'affectation
Besançon	3	2	
Bordeaux	2	2	
Brest	3	0	
Clermont-Ferrand	2	0	
Dijon	5	5	
Ile-de-France	10	4	
Lyon	1	0	
Poitiers	1	0	
Reims	2	2	
Rennes	2	0	
Rouen	1	0	
<b>Total 2013</b>	<b>32</b>	<b>15</b>	<b>48,9%</b>
<b>Total 2012</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>86,6%</b>
<b>Total 2011</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>50,0%</b>

### Les concours de l'internat en médecine à titre étranger

Ce concours est ouvert aux médecins étrangers, non ressortissants d'un pays de l'UE. Il comprend une première épreuve d'admissibilité qui se déroule dans les ambassades de France début septembre et une épreuve d'admission qui se déroule à Paris début décembre. En 2013, 6 candidats étaient admissibles au concours. Sur les 3 postes ouverts au concours, seuls 2 ont été pourvus. Il faut noter une forte chute des candidats inscrits en 2013, conséquence probable de la nette réduction du nombre de postes offerts (voir tableau ci-dessous).

Candidats à l'admissibilité	Inscrits	Présents	Retenus
2013	193	117	6
2012	488	300	34

Candidats à l'admission	Inscrits	Présents	Retenus	Postes offerts	Affectés	Taux d'affectation
2013	6	5	2	3	2	66,6%
2012	34	23	13	17	13	76,5%

<b>Variation 2012/2013</b>	-82,4%	-78,3%	-84,6%	-82,4%	-84,6%	
----------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--

### L'internat en odontologie à titre européen

Ce concours est ouvert depuis 2012 aux chirurgiens-dentistes pouvant justifier de trois années d'activité professionnelle.

Candidats	Inscrits	Présents	Retenus		Postes offerts	Affectés	Taux d'affectation
			Liste principale	Liste complémentaire			
2013	15	15	7	néant	12	5	41,7%
2012	14	12	2	néant	10	2	20,0%

<b>Variation 2012/2013</b>	7,1%	25%	250%	néant	20%	150%	
----------------------------	------	-----	------	-------	-----	------	--

### Le concours d'internat de pharmacie à titre européen

Ce concours est ouvert aux pharmaciens français et européens pouvant justifier de trois années d'activité professionnelle. Il n'y a pas eu de session en 2012.

Candidats	Inscrits	Présents	Retenus		Postes offerts	Affectés
			Liste principale	Liste complémentaire		
2013	4	3	2	néant	2	2

## ■ Les concours d'internats ouverts aux étudiants

### Le concours national d'internat de pharmacie

Les étudiants ayant choisi un cycle long se présentent à l'internat de pharmacie à l'issue duquel deux listes de classement sont arrêtées par le jury par ordre de mérite : une liste de lauréats à titre principal et une liste de candidats classés à titre complémentaire, établies dans la limite du nombre de postes mis au concours.

Candidats	Inscrits	Présents	Retenus		Postes offerts	Affectés
			Liste principale	Liste complémentaire		
2013	1013	957	478	89	478	478
2012	1149	1087	493	110	493	493
2011	1166	1080	652	428	515	515

<b>Variation 2012/2013</b>	-11,8%	-12%	-3,04%	-19,1%	-3,04%
----------------------------	--------	------	--------	--------	--------

### Le concours national d'internat en odontologie

Les étudiants ayant choisi un cycle long se présentent à l'internat d'odontologie à l'issue duquel deux listes de classement sont arrêtées par le jury par ordre de mérite : une liste de lauréats à titre principal et une liste de candidats classés à titre complémentaire, établies dans la limite du nombre de postes mis au concours.

Candidats	Inscrits	Présents	Retenus		Postes offerts	Affectés
			Liste principale	Liste complémentaire		
2013	292	275	102	47	102	102
2012	296	276	91	79	91	91
2011	251	235	71		45	45

<b>Variation 2012/2013</b>	-1,4%	-0,4%	12,1%	-40,5%	12,1%	12,1%
----------------------------	-------	-------	-------	--------	-------	-------

## ■ Les données financières 2013 des concours médicaux

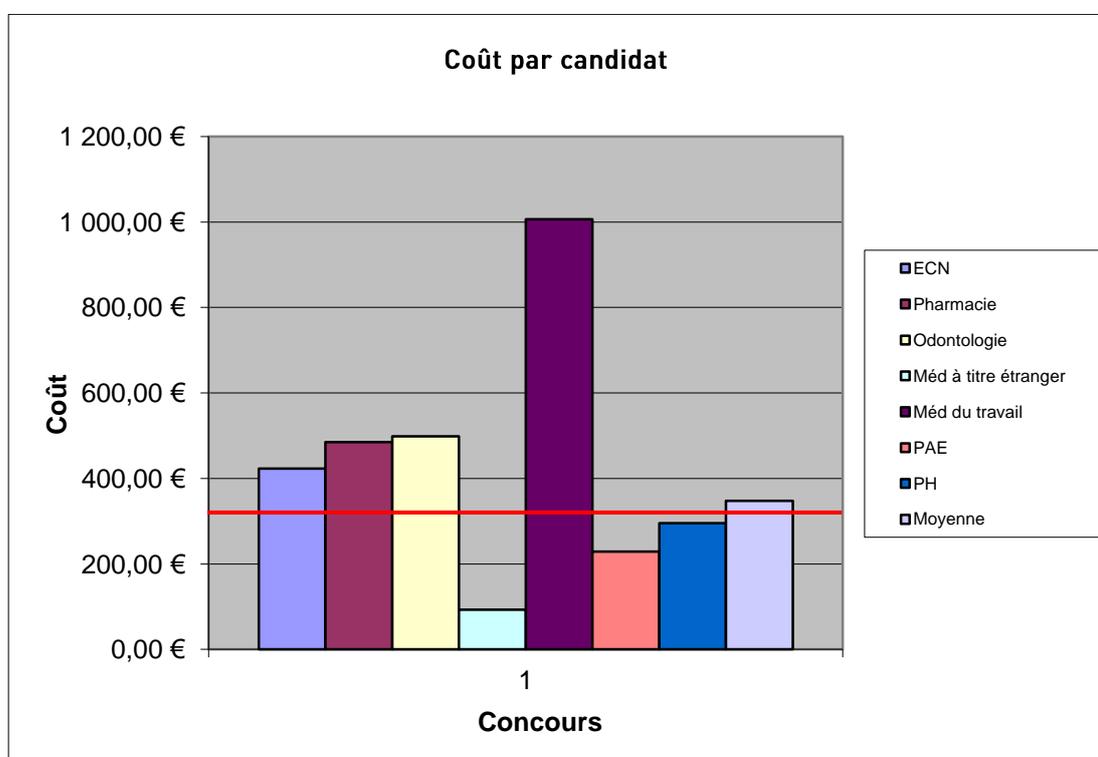
Intitulé concours	Internat					PAE <sup>1</sup>	CNP <sup>2</sup>	Total
	Médecine (ECN)	Pharmacie	Odontologie	Etranger	Médecine du travail			
<b>Coût total par concours</b>	3 618 089,53 €	491 569,44 €	145 608,57 €	17 754,35 €	23 141,08 €	1 156 119,19 €	1 096 650,84 €	6 548 933,00 €
<b>Candidats inscrits</b>	8546	1013	292	191	23	5051	3711	18827
<b>Candidats présents</b>	8207	957	275	117	15	2690	3497	15758
<b>Candidats reçus</b>	8001	478	102	3	15	1076	3035	12710
<b>Candidats affectés (internats)</b>	7623	476	102	2	14			8217
<b>Coût par candidat</b>	423,37 €	485,26 €	498,66 €	92,95 €	1 006,13 €	228,89 €	295,51 €	347,85 €
<b>Part Candidat</b>	291,39 €	391,63 €	375,64 €	69,01 €	767,26 €	164,13 €	72,91 €	219,21 €
<b>Part jury</b>	137,43 €	99,11 €	130,63 €	39,09 €	366,27 €	121,60 €	236,23 €	153,70 €

PAE<sup>1</sup> = Procédure d'autorisation d'exercice

CNP<sup>2</sup> = Concours national de praticien hospitalier

Intitulé concours	Internat					PAE	CNPH	Total
	Médecine (ECN)	Pharmacie	Odontologie	Etranger	Médecine du travail			
Coût total jury	1 127 891,40 €	94 850,20 €	35 922,50 €	4 574,00 €	5 494,00 €	327 106,45 €	826 094,00 €	2 421 932,55 €
Jurys (nombre)	335	31	18	3	9	346	459	1201
Coût par membre de jury	3 366,84 €	3 059,68 €	1 995,69 €	1 524,67 €	610,44 €	945,39 €	1 799,77 €	2 016,60 €

Intitulé concours	Internat					PAE	CNPH	Total
	Médecine (ECN)	Pharmacie	Odontologie	Etranger	Médecine du travail			
Coût de l'absentéisme	98 780,38 €	21 931,17 €	6 385,83 €	5 106,52 €	6 138,11 €	387 507,24 €	15 602,04 €	541 451,31 €
Coût du lauréat	474,63 €	1 032,71 €	1 427,54 €	8 877,18 €	1 652,93 €	1 074,46 €	361,33 €	



### 1.2.3- La gestion du dispositif national des contrats engagement de service public (CESP)

Le contrat d'engagement de service public est un dispositif actuellement offert aux étudiants et internes en médecine ainsi qu'aux étudiants en odontologie.

#### CESP en médecine

L'article L. 632-6 du code de l'éducation, issu de la loi HPST du 21 juillet 2009, a créé un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants et des internes en médecine. Ce dispositif a été mis en place au cours du second semestre 2010.

Les termes du contrat d'engagement de service public proposé par l'Etat, sont les suivants :

- en contrepartie d'un engagement de servir en zone sous-dense en termes d'offre de soins, après leur diplôme de spécialité, les étudiants (à partir de leur deuxième année) et les internes en médecine peuvent se voir accorder une allocation pendant tout ou partie de la durée de leurs études. La durée d'engagement est égale à la durée pendant laquelle l'allocation a été perçue, sans pouvoir être inférieure à 2 ans ;
- les signataires du contrat d'engagement de service public avec le CNG peuvent se dégager de l'obligation d'exercice prévue au dernier alinéa de l'article 1er, moyennant le paiement d'une indemnité dont les modalités de calcul sont fixées par arrêté.

### **CESP en odontologie**

L'article L. 634-2 de ce même code, issu de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, a organisé un contrat d'engagement de service public ouvert aux étudiants admis à poursuivre des études odontologiques à l'issue des épreuves de classement de fin de première année ou ultérieurement au cours de ces études, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, dès la 2ème année d'études et jusqu'à la fin de leurs études. En revanche, les internes en odontologie n'y ont actuellement pas accès.

### **CESP en « psychiatrie/justice »**

Par ailleurs, l'article L. 632-7 du même code, issu de la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines, a instauré un dispositif analogue, dit « contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice », qui n'est cependant pas mis en œuvre, faute de parution de ses textes d'application.

#### **■ Le dispositif « CESP en Médecine » :**

Le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales en précise les modalités d'application. Ce décret a été complété par trois arrêtés du 27 juillet 2010 fixant respectivement les modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, les conditions d'attribution et de suspension de l'allocation (avec le modèle de contrat type) et le montant ainsi que les modalités de versement de l'allocation prévue en application du décret susvisé du 29 juin 2010. Le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les étudiants et internes en médecine ayant signé ce contrat perçoivent une allocation forfaitaire mensuelle brute de 1200 € (soumise à CSG et CRDS).

De nouvelles dispositions réglementaires publiées en 2013 ont modifié la réglementation issue du décret susvisé du 29 juin 2010 :

- le décret n°2013-734 du 14 août 2013 relatif aux modalités de passation et d'exécution du contrat d'engagement de service public (CESP) durant les études médicales, donne aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande autonomie dans la détermination des territoires éligibles au CESP, afin de garantir sur un territoire donné l'adéquation entre la réalité des déficits d'offre de soins et l'engagement des jeunes professionnels.

Ce décret du 29 juin 2010 précise, dans son article 4-1, que l'étudiant ou l'interne signataire du CESP s'engage à consacrer à la fin de ses études non plus la totalité de son exercice professionnel, mais seulement son activité de soins dans un ou plusieurs lieux d'exercice sous tension médicale. Autrement dit, ils pourront exercer des activités de recherche ou d'enseignement sur tout le territoire.

Par ailleurs, ce décret prévoit un nouveau cas de rupture du CESP sans versement de la pénalité de rupture par le signataire, lorsque la zone indiquée dans le projet professionnel du signataire n'est plus identifiée en tant que zone déficitaire.

- Le décret n° 2013-1080 du 29 novembre 2013 relatif aux modalités de sélection et de suivi des signataires d'un contrat d'engagement de service public durant les études médicales prévoit l'allongement de la période de dépôt des candidatures pour bénéficier d'un contrat d'engagement de service public. Par ailleurs, il augmente le nombre de candidats retenus sur liste complémentaire. Il modifie enfin, la date à laquelle le versement de l'allocation cesse et l'exercice professionnel doit débiter : il s'agit non plus de la date d'obtention du diplôme d'études spécialisées mais de la date d'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Enfin, les contrats non utilisés à une date fixée par arrêté peuvent faire l'objet d'une nouvelle répartition entre les unités de formation et de recherche médicales.

Il faut également signaler :

- l'arrêté du 21 mai 2013 pris en application du troisième alinéa de l'article 2 du décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 modifié relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales et fixant la répartition des contrats offerts au titre de l'année universitaire 2012-2013 restant à pourvoir,
- l'arrêté du 25 juin 2013 fixant, au titre de l'année universitaire 2013-2014, le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public, soit 450 allocataires potentiels, dont 235 étudiants et 215 internes.

#### ■ **Le dispositif « CESP en odontologie » :**

Ce dispositif est régi par le décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques.

Il est analogue à ce qui est prévu pour les étudiants en médecine. L'entrée dans le dispositif est proposée aux étudiants de la deuxième année jusqu'à la fin du deuxième cycle. La signature du contrat donne droit au versement d'une allocation mensuelle par le CNG jusqu'à la fin des études. En contrepartie, les signataires s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié dans des zones où la densité en chirurgiens-dentistes n'est pas satisfaisante, notamment dans les zones rurales ou urbaines sensibles.

Ce décret est complété par :

- l'arrêté du 28 août 2013 fixant le nombre d'étudiants en odontologie pouvant signer un contrat d'engagement de service public au titre de l'année universitaire 2013-2014. 50 postes ont été autorisés pour l'année universitaire 2013-2014.
- l'arrêté du 29 octobre 2013 relatif aux modalités de passation et d'exécution du contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques. Celui-ci comporte un modèle type de contrat d'engagement de service public.
- l'arrêté du 29 octobre 2013 relatif au montant et aux modalités de versement de l'allocation prévue en application du décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques.

#### ■ **Les ruptures de contrat**

Les ruptures de contrat exposent les intéressés à devoir payer les indemnités prévues par l'arrêté du 6 mars 2012 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation (médecine) et par l'arrêté du 29 octobre 2013 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité mentionnée à l'article L. 634-2 du code de l'éducation (odontologie). Aux termes de ces textes :

- l'indemnité se compose, d'une part, de la somme des allocations nettes perçues par le bénéficiaire depuis la signature du contrat d'engagement de service public et, d'autre part, d'une somme correspondant à la fraction des frais d'études engagés depuis la signature du contrat d'engagement de service public.
- lorsque la rupture du contrat d'engagement de service public intervient avant l'obtention du diplôme d'études spécialisées, le montant de la somme correspondant à la fraction des frais d'études engagés est fixé à 200 € par mois écoulé depuis la signature du contrat d'engagement de service public. Il ne peut être inférieur à 2 000€.

Cette indemnité n'est pas due dans les cas suivants :

- décès du signataire pendant la durée du CESP,
- affection de longue durée ou handicap du signataire (au sens de l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles) rendant dangereux ou impossible l'exercice de la profession ou la poursuite des études constaté, pour les étudiants par le médecin-conseil de la sécurité sociale et, en cas de handicap, après avoir recueilli l'avis du médecin désigné par la commission prévue à l'article L. 146-9 du même code et, pour les internes par le comité médical en application de l'article R. 6153-19 du code de la santé publique,
- en outre, la pénalité n'est pas applicable lorsque la zone indiquée dans le projet professionnel que le signataire a communiqué à l'ARS, non modifié depuis 3 ans au moins dans le cas de la médecine ou depuis 2 ans au moins dans le cas de l'odontologie, n'est plus identifiée en tant que zone prioritaire.

En conséquence de l'allongement de la période de dépôt des candidatures, les chiffres relatifs à l'année 2013 sont ceux enregistrés au cours de l'année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre) et non au cours de l'année universitaire.

## ■ Les données chiffrées

### Les entrées

#### CESP signés par mois en 2013 (médecine et odontologie)

Mois	Etudiants		Internes		Etudiants + Internes	
	Nombre	Part (en %)	Nombre	Part (en %)	Nombre	Part (en %)
Janvier	50	49,0	41	66,1	91	55,5
Février	6	5,9	5	8,1	11	6,7
Mars	3	2,9	4	6,5	7	4,3
Avril	0		0		0	
Mai	0		0		0	
Juin	6	5,9	1	1,6	7	4,3
Juillet	1	1,0	0		1	0,6
Août	0		0		0	
Septembre	1	1,0	1	1,6	2	1,2
Octobre	0		1	1,6	1	0,6
Novembre	0		0		0	
Décembre	34 (médecine) + 1 (odontologie)	34,3	9	14,5	44	26,8
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100 %</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>	<b>164</b>	<b>100 %</b>

Les CESP signés représentent la répartition mensuelle de la montée en charge du département des praticiens hospitaliers en charge de leur gestion et du département des affaires générales en charge du paiement de leurs allocations.

### CESP signés par région (médecine et odontologie)

Région	Etudiants		Internes		Etudiants + Internes	
	Nombre	Part (en %)	Nombre	Part (en %)	Nombre	Part (en %)
Ile-de-France	15	14,7	6	9,7	21	12,8
PACA	1	1	4	6,5	5	3,0
Picardie	7	6,9	4	6,5	11	6,7
Pays-de-la-Loire	3	2,9	0		3	1,8
Antilles-Guyane	3	2,9	3	4,8	6	3,7
Franche-Comté	2	2	0		2	1,2
Aquitaine	1	1	2	3,2	3	1,8
Bretagne	4	3,9	3	4,8	7	4,3
Basse-Normandie	10	9,8	3	4,8	13	7,9
Auvergne	11	10,8	3	4,8	14	8,5
Bourgogne	1	1	0		1	0,6
Rhône-Alpes	17	16,7	10	16,1	27	16,5
Nord-Pas-de-Calais	2	2	0		2	1,2
Limousin	2	2	0		2	1,2
Languedoc	1	1	0		1	0,6
Lorraine	2	2	1	1,6	3	1,8
La Réunion	0		0		0	
Poitou-Charentes	2	2	3	4,8	5	3,0
Champagne-Ardenne	4	3,9	4	6,5	7	4,3
Haute-Normandie	1	1	5	8,1	6	3,7
Alsace	3	2,9	1	1,6	4	2,4
Midi-Pyrénées	6	5,9	7	11,3	13	7,9
Centre	4	3,9	3	4,8	7	4,3
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>	<b>164</b>	<b>100 %</b>

Le seul candidat ayant signé un CESP en odontologie au 31 décembre 2013 est inscrit en région Champagne-Ardenne.

Lors de la phase de traitement des candidatures au CESP, le département de gestion des praticiens hospitaliers (DGPH) doit contrôler les dossiers transmis par les commissions, afin de vérifier, notamment, que les candidats remplissent les conditions réglementaires d'accès au CESP, que les quotas ne sont pas dépassés par les facultés et que les candidats sélectionnés sont bien issus de la faculté qui a effectué la sélection.

De nombreux échanges sont nécessaires avec les candidats pour compléter les dossiers ou récupérer leurs bonnes coordonnées, y compris les informations nécessaires à la mise en paye de l'allocation.

#### ▣ *Les étudiants et internes bénéficiaire d'un CESP et gérés en 2013*

#### Les allocataires au 31 décembre par niveau

#### Etudiants (médecine et odontologie)

Niveau	Nombre	Part (en %)
L2 (PCEM2)	41	10,5
L3 (DCEM1)	77	19,6
M1 (DCEM2)	77	19,6
M2 (DCEM3)	97	24,7
M3 (DCEM4)	100	25,5
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>100 %</b>

## Internes (médecine)

### Internes de médecine générale

Niveau	Nombre	Part (en %)
IMG1	104	37,0
IMG2	116	41,3
IMG3	61	21,7
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100 %</b>

### Internes – DES de 4 ans

Niveau	Nombre	Part (en %)	Spécialités
DES 1	6	31,6	* 4 en psychiatrie * 1 en médecine du sport * 1 en pédiatrie
DES 2	4	21,1	*3 en psychiatrie *1 en pédiatrie
DES 3	4	21,1	*2 en psychiatrie *1 en pédiatrie *1 en cardiologie et maladies vasculaires
DES 4	5	26,3	*4 en psychiatrie *1 en neurologie
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100 %</b>	

### Internes – DES de 5 ans

Niveau	Nombre	Part (en %)	Spécialités
DES 1	1	6,7	*1 en ophtalmologie
DES 2	7	46,7	*2 en ophtalmologie *2 en anatomie *2 en chirurgie *1 en anesthésie réanimation
DES 3	3	20,0	*1 en anesthésie réanimation *1 en chirurgie *1 en ophtalmologie
DES 4	3	20,0	*2 en radiodiagnostique et imagerie médicale *1 en ophtalmologie
DES 5	1	6,7	*1 en anesthésie réanimation
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100 %</b>	

### Le récapitulatif des allocataires en cours de cursus

	Nombre	Part (en%)
<b>Etudiants</b>	<b>392</b>	<b>55,4</b>
Internes médecine générale (3 ans)	281	39,7
Internes DES à 4 ans	19	2,7
Internes DES à 5 ans	15	2,1
<b>Internes (sous-total)</b>	<b>315</b>	<b>44,6</b>
<b>Total</b>	<b>707</b>	<b>100 %</b>

### La répartition des internes allocataires par spécialité

Type de spécialité	Nombre	Part (en%)
Médecine générale	281	89,2
Psychiatrie	13	4,1
Médecine du sport	1	0,3
Pédiatrie	3	1,0
Cardiologie et maladies vasculaires	1	0,3
Neurologie	1	0,3
Ophthalmologie	5	1,6
Anatomie	2	0,6
Chirurgie	3	1,0
Anesthésie/réanimation	3	1,0
Radiodiagnostic	2	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>100 %</b>

#### *Spécialités non représentées :*

Il s'agit des spécialités suivantes : Endocrinologie ; gastroentérologie ; médecine physique et réadaptation ; pneumologie ; médecine du travail ; santé publique ; gynécologie médicale ; hématologie ; médecine interne ; oncologie et gynécologie obstétrique.

#### Les évènements survenus au cours de l'année 2013

Neuf situations sont concernées : 4 démissions ; 2 congés maternité ; 2 disponibilités et 1 congé de longue maladie (CLM).

Une certaine difficulté à recueillir ces informations durant et après le cursus de la part de certains de nos partenaires institutionnels (ARS et universités) est à relever pour être rapidement corrigée car ce type d'évènement impacte la durée du versement d'allocation et/ou la durée d'engagement en zone sous-médicalisée.

#### Les fins de cursus et début d'engagement

Au 31 octobre 2013, 51 internes ont terminé leur cursus. Parmi ceux-ci :

- 17 ont obtenu leur diplôme d'Etat (5 d'entre eux ont demandé un report d'installation motivé par leur projet professionnel)
- 25 n'ont pas soutenu leur thèse.

Au 31 décembre 2013, le CNG ne disposait donc pas d'informations pour 9 allocataires. Par ailleurs, faute d'informations fiables permettant la mise à jour de la nouvelle base de données CESP, il n'a pas été encore possible de s'assurer de la réalité des installations de médecins entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2013.

Le CNG s'emploie à remédier, en partenariat avec les universités et les ARS, à deux problématiques majeures rencontrées dans la gestion des CESP :

- d'une part, la nécessité d'obtenir, à chaque rentrée universitaire, l'ensemble des certificats de scolarité, en application de l'article R. 632-72 du code de l'Education ;
- d'autre part, la nécessité d'être informé de la date d'obtention du diplôme d'Etat (qui marque le point de départ de l'obligation d'exercice des signataires de CESP) et d'obtenir les décisions d'installation afin de pouvoir contrôler le respect de l'engagement d'exercer en zone sous-médicalisée. Le suivi des installations s'affirmera comme un objectif stratégique pour le DGP, en lien avec les ARS, dans les toutes prochaines années.

### 1.3- Les modes d'accès aux corps de directeurs de la fonction publique hospitalière et des attachés d'administration hospitalière

#### L'approche globale de la démographie des directeurs

L'accès aux trois corps de directeurs et au corps des attachés d'administration hospitalière est strictement encadré. Il ne peut intervenir que selon les modalités suivantes :

- *Le concours national sur épreuves d'entrée à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) pour les 4 corps,*
- *Le tour extérieur pour les DH et les D3S,*
- *Le détachement dans les 4 corps,*
- *La promotion au choix pour les AAH.*

Avant de se présenter à l'un ou l'autre des concours d'entrée à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), les fonctionnaires et agents publics de la fonction publique hospitalière peuvent être admis à suivre un cycle préparatoire organisé par l'école.

Ils doivent, à cet effet :

- Remplir, au 1er janvier de l'année où prend fin le cycle préparatoire, les conditions requises pour présenter le concours interne sur épreuves d'entrée à l'EHESP ;
- Etre en fonction à la date de clôture des inscriptions au concours d'accès au cycle préparatoire et le demeurer jusqu'à leur entrée éventuelle dans ce cycle préparatoire.

Les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats, parties à l'Accord sur l'Espace économique européen autres que la France peuvent se présenter aux cycles préparatoires et aux concours d'entrée à l'EHESP, sous réserve qu'ils remplissent les mêmes conditions requises que les candidats nationaux.

#### **1.3.1- Les directeurs d'hôpital (DH)**

##### **1.3.1.1- Le cycle préparatoire et le concours d'entrée (DH)**

Les candidats au concours d'accès au cycle préparatoire sont regroupés en deux catégories :

- le cycle court qui concerne les candidats titulaires d'une licence ou d'un autre titre ou diplôme classé au moins au niveau II ;
- le cycle long qui concerne les candidats qui ne possèdent pas de licence ou de diplôme classé au moins au niveau II.

**35 postes ont été ouverts en 2013, dont 10 pour le cycle court et 25 pour le cycle long.**

- ***La sociologie des candidats au cycle préparatoire 2013 (DH) :***

Les candidats au cycle préparatoire de directeur d'hôpital sont pour l'essentiel des femmes appartenant au corps des attachés d'administration hospitalière qui se présentent au cycle court car elles sont titulaires d'un diplôme d'au moins de niveau II. Elles se situent dans les tranches

d'âge 31/40 ans et 41/50 ans. Les lauréates sont plutôt classées dans les tranches d'âges 21/30 ans et 31/40 ans, même si d'autres lauréats sont plus âgés.

Le détail des éléments affinant ce constat est présenté ci-après.

### Les statistiques générales (DH)

#### Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis :

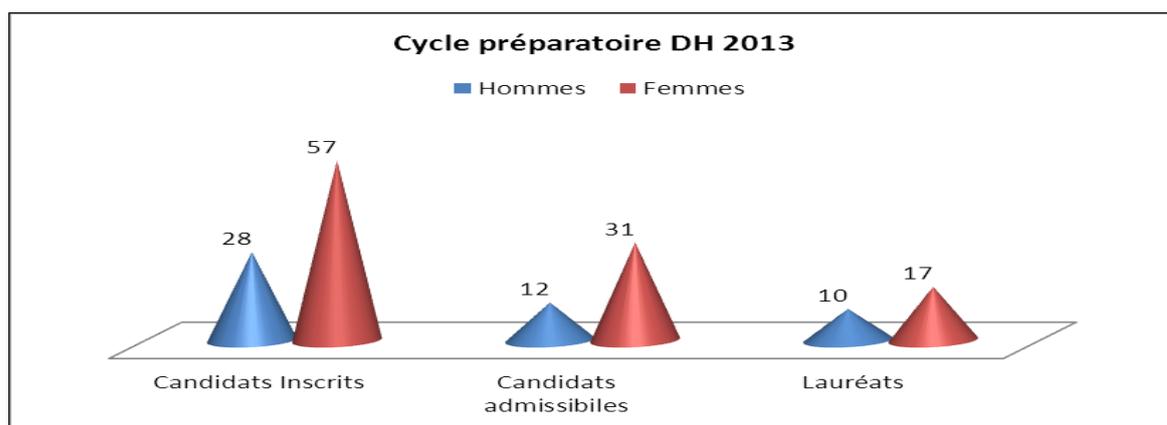
Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite (Lauréats/Présents)
<b>2011</b>								
Cycle court	9	42	39	92,86%	24	19	2,11	48,72%
Cycle long	21	21	18	85,71%	13	11	0,52	61,11%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>63</b>	<b>57</b>	<b>90,48%</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>	<b>52,63%</b>
<b>2012</b>								
Cycle court	9	66	54	81,82%	40	24	2,67	44,44%
Cycle long	21	25	23	92,00%	12	06	0,29	26,09%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>91</b>	<b>77</b>	<b>84,62%</b>	<b>52</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>	<b>38,96%</b>
<b>2013</b>								
Cycle court	10	65	53	81,54%	35	22	2,20	41,51%
Cycle long	25	21	19	90,48%	8	5	0,20	26,32%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>86</b>	<b>72</b>	<b>83,72%</b>	<b>43</b>	<b>27</b>	<b>0,77</b>	<b>37,50%</b>

Le nombre de candidats est à peu près stable par rapport à 2012 (91 inscrits en 2012, 86 inscrits en 2013), de même que le taux de participation (84,62% en 2012, 83,72% en 2013).

Le nombre de lauréats au cycle long est particulièrement faible au regard du nombre de places offertes.

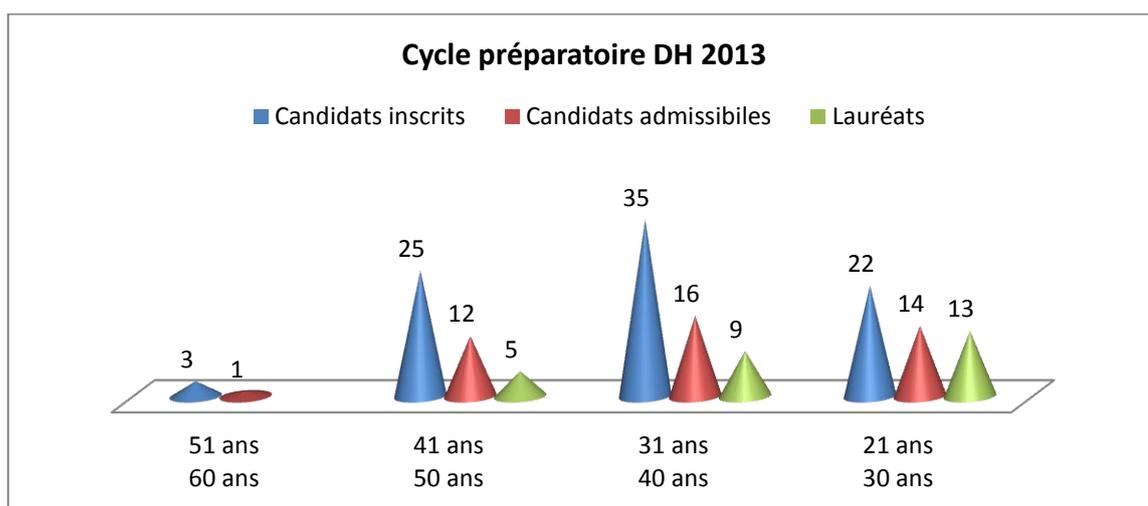
Au contraire, le ratio des lauréats au cycle court est très important (2,20). Ces derniers, ont, en effet, bénéficié du principe de fongibilité entre les deux cycles.

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



A toutes les étapes du concours 2013, les femmes sont majoritaires. Elles représentent 67% des inscrits, 72% des admissibles et 63% des lauréats.

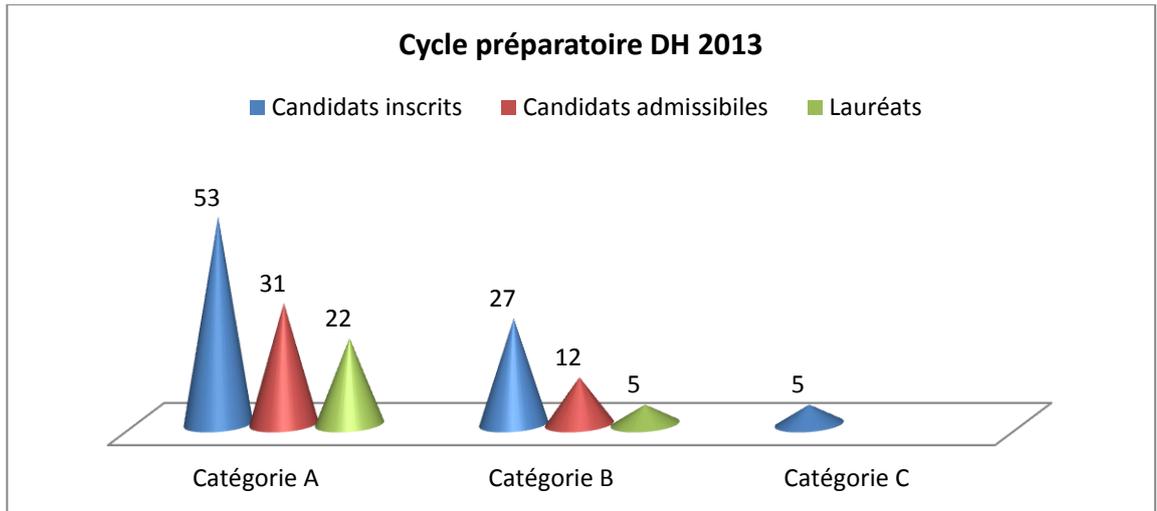
### La pyramide des âges (cycles court et long confondus) (DH)



Les candidats des tranches d'âges 31/40 ans et 41/50 ans représentent respectivement 70,60% des candidats inscrits et 65% des candidats admissibles.

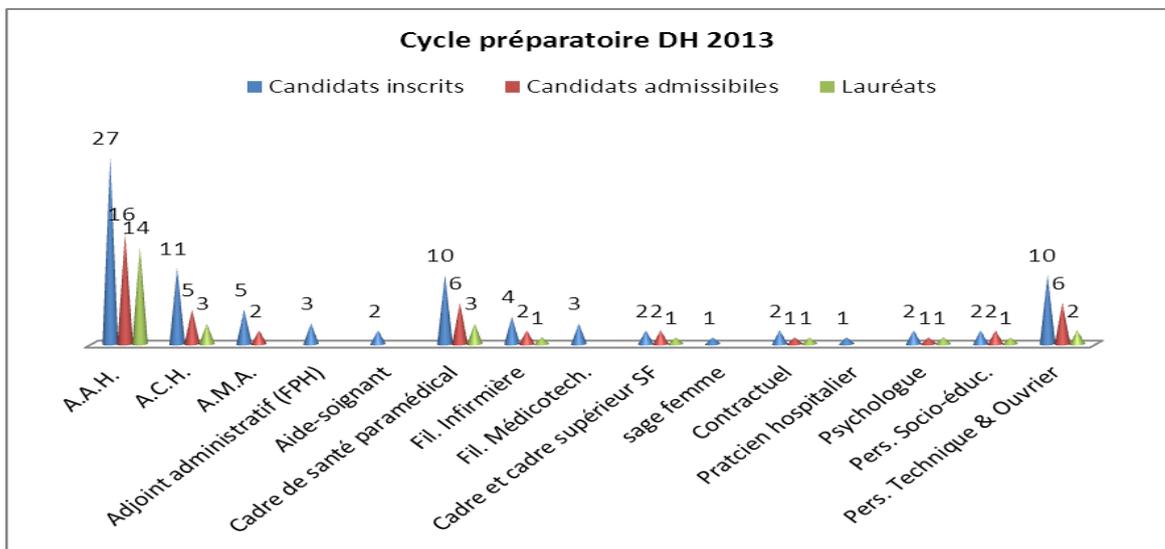
Les candidats des tranches d'âge 21/30 ans et 31/40 ans représentent 81,50% de l'ensemble des lauréats, la tranche d'âge 21/30 constituant d'ailleurs, à elle seule, 48% des lauréats.

**La répartition par catégorie (cycles court et long confondus)**



La très grande majorité des candidats inscrits au cycle préparatoire DH 2013 est issue de la catégorie A. En effet, ils forment 62% des inscrits, 72% des admissibles et 81,50% des lauréats. Ce concours reste accessible aux personnels de catégories B et C.

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



Les candidats représentent bien les diverses filières professionnelles exerçant dans la FPH (administratives, médicales, soignantes, socio-éducatives, techniques). On note une nette représentation des personnels administratifs et, spécifiquement, des attachés d'administration hospitalière.

## Le concours d'entrée à l'EHESP (DH) :

### ■ *Les données relatives aux concours (DH)*

#### Les conditions d'accès (DH) :

Les directeurs d'hôpital sont recrutés par voie de concours suivant l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- le concours externe est ouvert aux personnes titulaires de l'un des diplômes exigés pour l'admission au concours externe d'entrée à l'École nationale d'administration ou justifiant d'un diplôme, d'un titre de formation ou d'une expérience professionnelle satisfaisant aux conditions fixées par le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplôme requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emploi de la fonction publique ;
- le concours interne est ouvert aux fonctionnaires et agents publics des trois fonctions publiques (Etat, hospitalière et territoriale) et de leurs établissements publics administratifs, aux militaires et magistrats en activité, en détachement, en congé parental ou accomplissant le service national, ainsi qu'aux candidats en fonctions dans une organisation internationale intergouvernementale. Les candidats à ce concours doivent justifier, au 1er janvier de l'année du concours, de quatre ans d'ancienneté de services publics.

60% au moins et 67 % au plus des places sont offertes au concours externe et, 33% au moins et 40 % au plus des places au concours interne.

Les places offertes à chacun des deux concours qui n'auraient pas été pourvues par la nomination des candidats au concours correspondant peuvent être attribuées aux candidats à l'autre concours (principe de fongibilité).

**60 postes ont été ouverts en 2013**, dont 39 pour le concours externe et 21 pour le concours interne.

### ■ *L'analyse sociologique et qualitative (DH)*

En 2013, les candidats aux deux concours (externe et interne) de directeur d'hôpital sont majoritairement des femmes (56%). Toutefois, Si elles sont majoritaires parmi les inscrits au concours externe, au final il y a parité parmi les lauréats.

Au concours externe, les candidats sont des étudiants qui se situent dans la tranche d'âge 21/30 ans (88%) et qui possèdent de préférence un diplôme de niveau I (plus de 79%), dont une forte proportion un diplôme de l'un des Instituts d'études politiques (25,50%).

Au concours interne, les candidats sont un peu plus âgés et appartiennent à 74,50% à un corps de catégorie A et, pour l'essentiel, des attachés des trois fonctions publiques (33%) et des membres des corps d'inspection de la fonction publique d'Etat (12%).

## Les statistiques générales (DH)

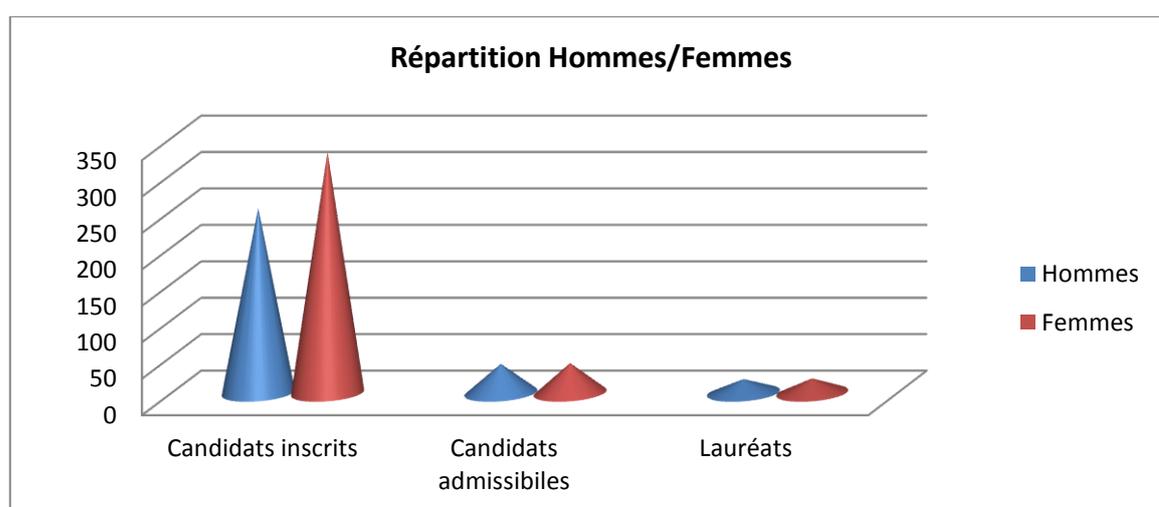
### Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis (DH) :

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
<b>2011</b>								
Externe	26	582	266	45,70%	54	26	1,00	9,77%
Interne	14	180	114	63,33%	28	14	1,00	12,28%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>762</b>	<b>380</b>	<b>49,87%</b>	<b>82</b>	<b>40</b>	<b>1,00</b>	<b>10,53%</b>
<b>2012</b>								
Externe	26	472	260	55,08%	60	26	1,00	10,00%
Interne	14	156	105	67,31%	34	14	1,00	13,33%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>628</b>	<b>365</b>	<b>58,12%</b>	<b>94</b>	<b>40</b>	<b>1,00</b>	<b>10,96%</b>
<b>2013</b>								
Externe	39	585	308	52,65%	81	39	1,00	12,66%
Interne	21	211	141	66,82%	42	21	1,00	14,89%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>796</b>	<b>449</b>	<b>56,41%</b>	<b>123</b>	<b>60</b>	<b>1,00</b>	<b>13,36%</b>

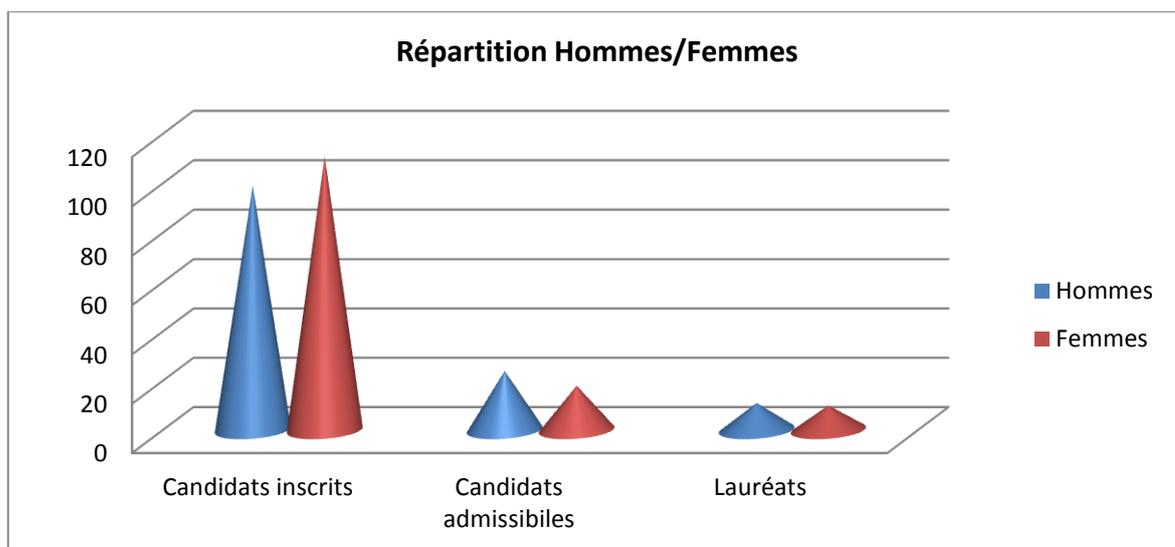
Le concours 2013 est le premier organisé selon les nouvelles modalités introduites par l'arrêté du 29 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 26 décembre 2007 relatif au programme et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière. On note une augmentation de 26,75% du nombre de candidats par rapport à 2012. L'augmentation du nombre de places en 2013 (+ 20) a pu jouer dans cette attractivité renforcée.

### La répartition Hommes/Femmes (DH)

#### Le concours externe (DH)



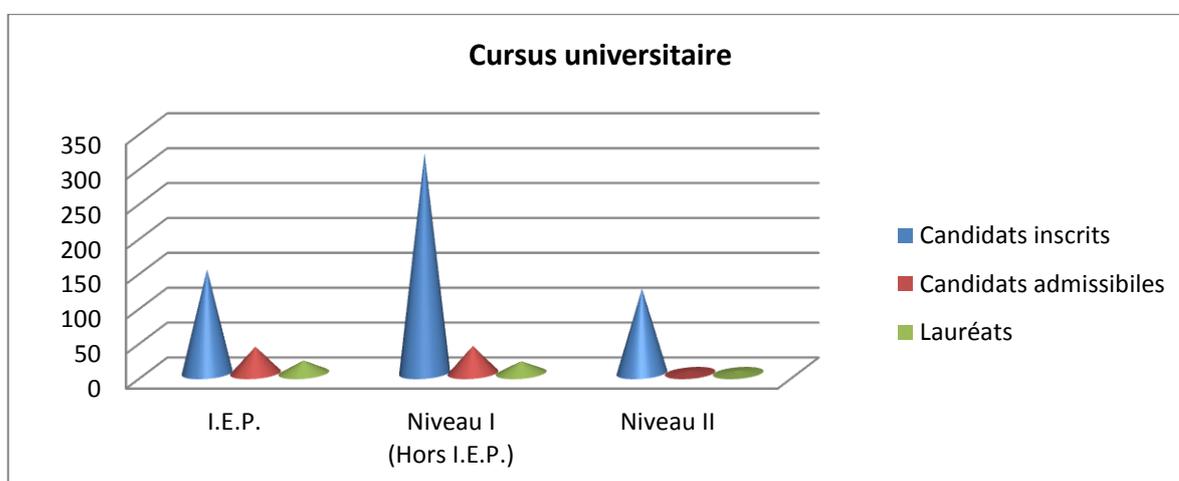
## Le concours interne



En 2013, au total des deux concours, près de 56% des candidats inscrits sont des femmes et 52% des candidats admissibles sont des hommes. In fine, il y a parité s'agissant des lauréats. Si l'on différencie les deux concours, on note une plus grande représentation des femmes au concours externe qu'au concours interne.

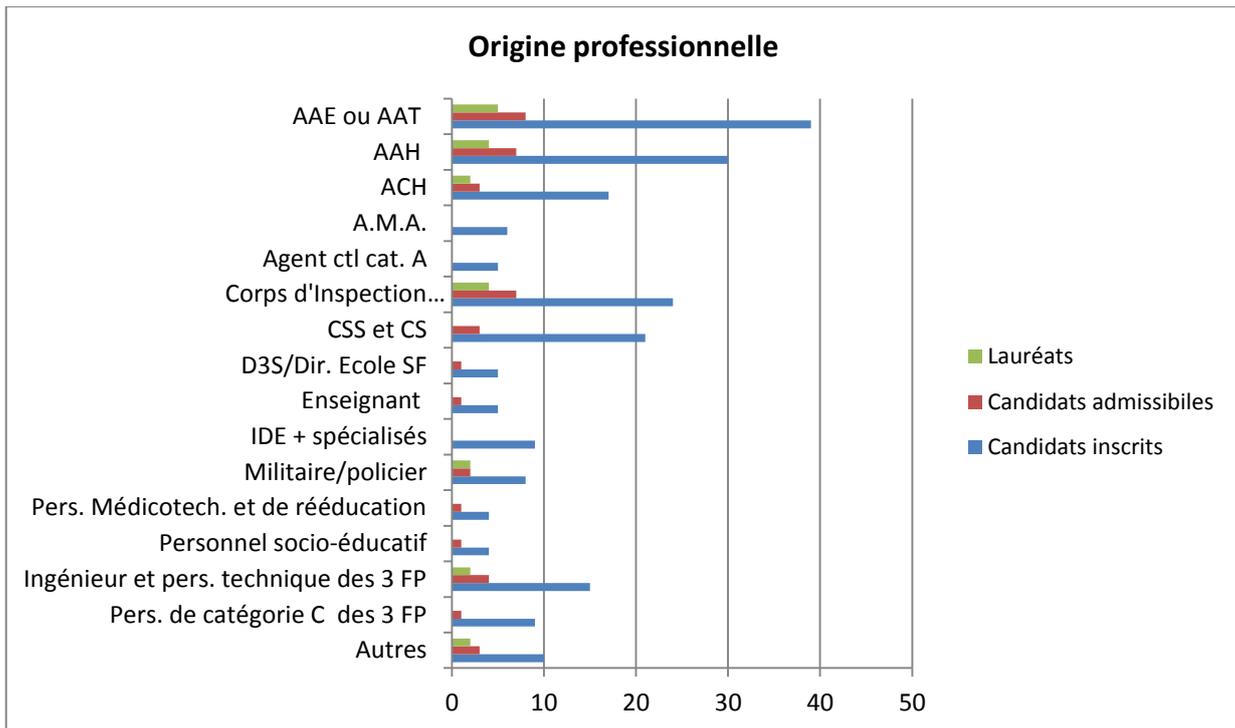
## Le niveau des diplômes (concours externe) et origine professionnelle (concours interne) (DH)

### Le cursus universitaire du concours externe (DH)



Le niveau II est requis pour se présenter au concours de directeur d'hôpital. Dans les faits, 80% des candidats inscrits (soit 464 candidats sur 585) possèdent un diplôme de niveau I, dont 26% un diplôme de l'un des Instituts d'Etudes Politiques (149 candidats sur 585). Chez les lauréats, 90% d'entre eux (soit 35 lauréats sur 39) possèdent un diplôme de niveau I, dont 46% un diplôme de l'un des Instituts d'Etudes Politiques (18 lauréats sur 39).

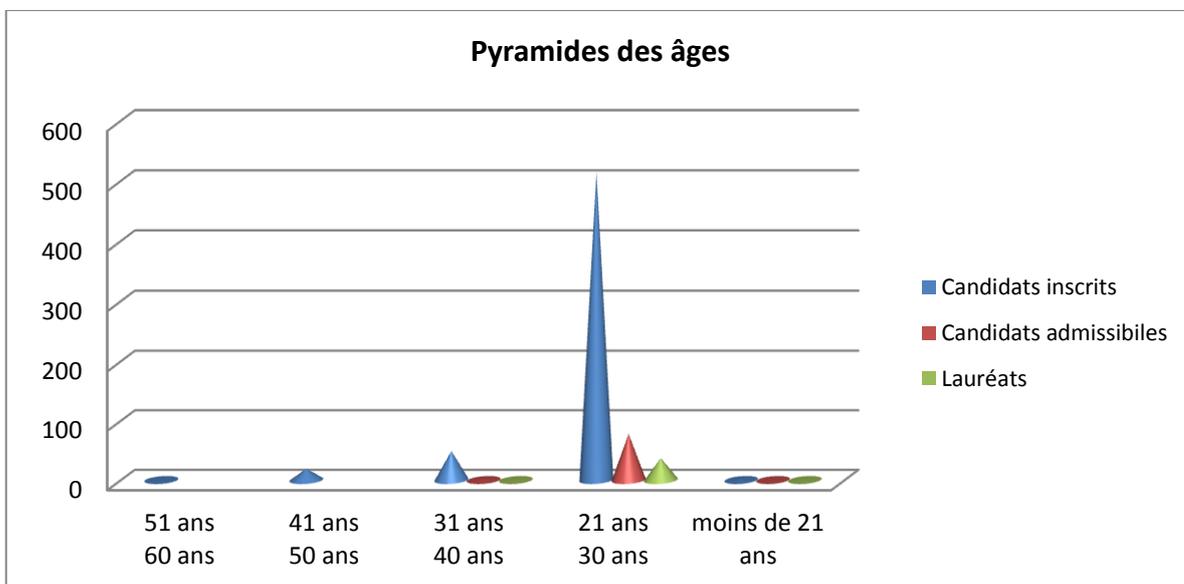
### Origine professionnelle du concours interne (DH)



Comme chaque année, les attachés des trois fonctions publiques (33% des candidats inscrits) et les membres des corps d'inspection (11,50% des inscrits) sont les plus représentés au concours interne de directeur d'hôpital. Ils constituent également plus de 60% des lauréats (43% sont attachés et 19% appartiennent à l'un des corps d'inspection). D'autres personnels ont également réussi le concours de directeur d'hôpital, tels que des adjoints des cadres hospitaliers (ACH) (10%), des personnels techniques de la FPH (10%) et des militaires et/ou policiers (10%).

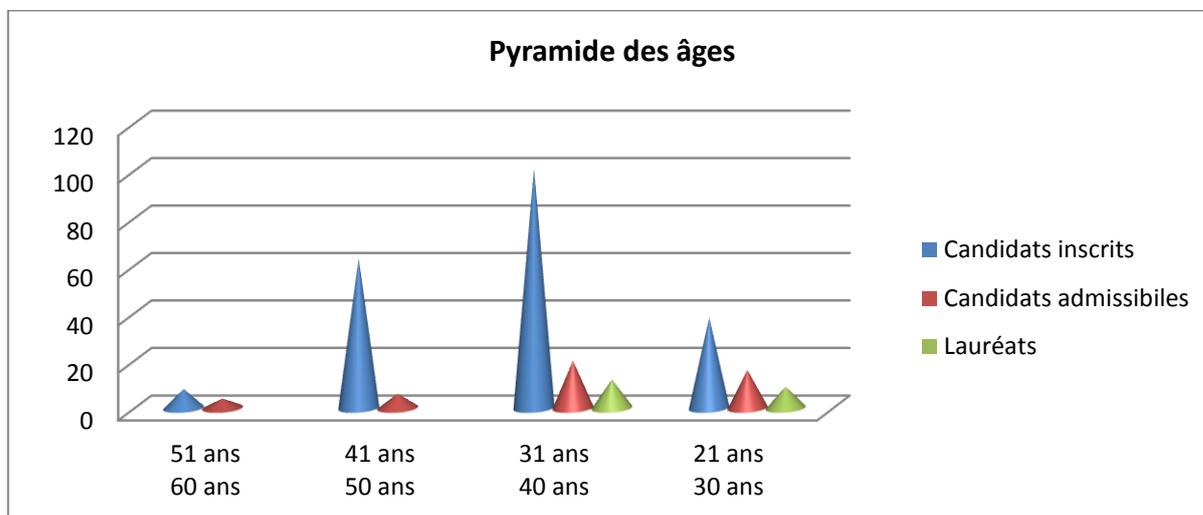
### La pyramide des âges (DH)

### Le concours externe (DH)



Sans surprise, les candidats et les lauréats au concours externe de directeur d'hôpital se situent dans la tranche d'âge 21/30 ans et sont pour l'essentiel étudiants.

### Le concours interne



78% des candidats au concours interne sont classés dans les tranches d'âge 31/40 ans (30%) et 41/50 ans (48%). Néanmoins, les lauréats sont à 100% situés dans les tranches d'âge 21/30 ans (43%) et 31/40 ans (57%).

#### **1.3.1.2- Le détachement (DH)**

Le détachement constitue le deuxième mode de recrutement et représente, en 2013, 39 personnes contre 36 en 2012. Les fonctionnaires recrutés selon cette voie sont essentiellement des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. La baisse du recrutement par la voie du tour extérieur est liée au mode de calcul du nombre de postes pouvant être offerts à ce titre qui dépend notamment du nombre d'élèves nommés et titularisés après concours et de la structure du corps.

Le corollaire du détachement, l'intégration, qui intervient en principe après deux ans de détachement et sur la base d'évaluations positives, connaît également une évolution depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. On compte 20 intégrations dans le corps des DH après détachement en 2013.

#### **1.3.1.3- Le tour extérieur (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.

La composition de la commission d'accès par le tour extérieur est fixée par un arrêté du 11 mars 2010. 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 du corps considéré.

Tous les lauréats (11) inscrits sur la liste d'aptitude établie en 2012 pour l'année 2013 ont pu être recrutés en qualité de directeur d'hôpital stagiaire.

Le tour extérieur organisé en 2013 au titre de l'année 2014 s'est déroulé conformément au calendrier habituel.

**Les entrées par le tour extérieur (liste d'aptitude établie en 2013 au titre de 2014) (DH)**

Inscription sur la liste d'aptitude /Tour extérieur (DH)	Candidatures année 2014									
	Candidatures en classe normale FPH	Candidatures en classe normale autres FP (FPE, FPT)	Total en classe normale	%	Candidatures en hors classe FPH	Candidatures en hors classe autres FP (FPE, FPT)	Total hors classe	%	Total hors classe et classe normale	%
Emplois ouverts	4	3	7	41%	6	4	10	59%	17	100%
Dossiers reçus	31	12	43	78%	8	4	12	22%	55	100%
Candidats admissibles	15	6	21	72%	6	2	8	28%	29	100%
Candidats admis	6	3	9	60%	4	2	6	40%	15	100%

**Les modes d'entrée dans le corps (DH)**

Mode d'entrée	Nombre de DH recrutés	%	% de femmes
Détachement	39	74 %	71,79 %
Liste d'aptitude (tour extérieur)	14	26 %	50,00 %
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100 %</b>	<b>66,04 %</b>

Les deux principales voies d'accès au corps des directeurs d'hôpital, hors le concours, confirment le taux élevé de féminisation (66 %, dont près de 72% pour les entrées par voie de détachement).

**La répartition des entrées sur trois ans (DH)**

Origine des entrées	Année de référence et nombre de DH						Total	
	2011	%	2012	%	2013	%	de 2011 à 2013	%
Détachement	26	26%	36	42%	39	41%	101	36%
Liste d'aptitude élèves directeur d'hôpital	60	60%	38	44%	42	44%	140	50%
Liste d'aptitude tour extérieur	14	14%	12	14%	14	15%	40	14%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	<b>281</b>	<b>100%</b>

Le nombre d'entrées dans le corps des directeurs d'hôpital, tous modes d'accès confondus, est en légère diminution depuis 2011 avec une moyenne annuelle sur cette période de 94 recrutements.

### 1.3.2- Les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

#### 1.3.2.1- Le cycle préparatoire et le concours d'entrée (D3S)

##### Le cycle préparatoire (D3S) :

Les candidats au concours d'accès au cycle préparatoire sont groupés en deux catégories :

- le cycle court qui concerne les candidats titulaires d'une licence ou d'un autre titre ou diplôme classé au moins au niveau II.
- le cycle long qui concerne les candidats qui ne possèdent pas de licence ou de diplôme classé au moins au niveau II.

35 postes ont été ouverts en 2013, dont 10 pour le cycle court et 25 pour le cycle long.

##### ■ *L'analyse sociologique et qualitative (D3S)*

Les candidats au cycle préparatoire de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social sont pour l'essentiel des femmes appartenant, soit au corps des attachés d'administration hospitalière se présentant au cycle court car elles sont titulaires d'un diplôme de niveau II au moins, soit au corps des cadres de santé se présentant au cycle long et classées dans les tranches d'âge 31/40 ans et 41/50 ans.

Les lauréates sont quant à elles plutôt classées dans les tranches d'âge 21/30 ans et 31/40 ans.

Le détail des éléments affinant ce constat est présenté ci-après.

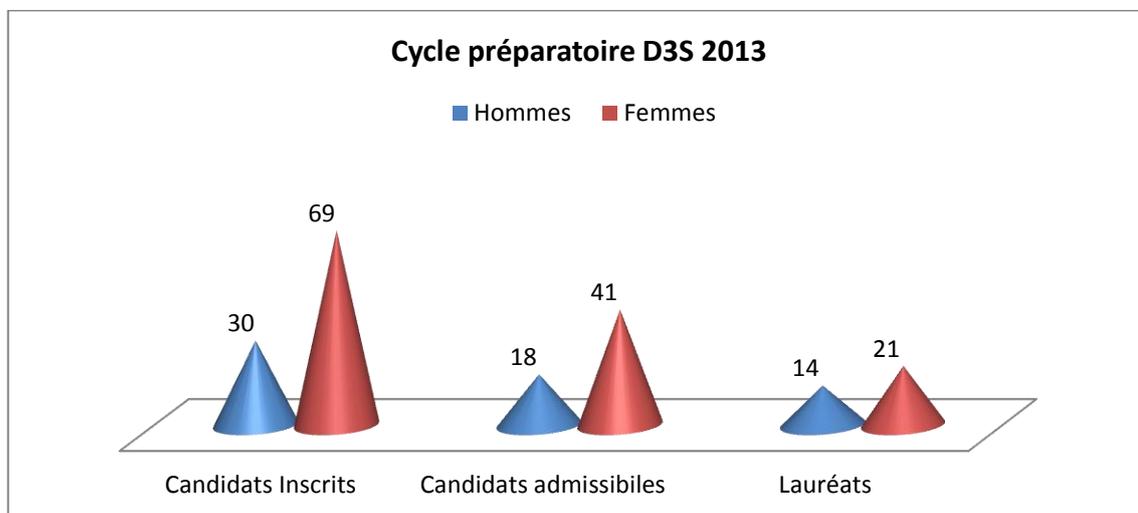
##### Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis (D3S) :

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
<b>2011</b>								
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%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>66</b>	<b>84,62%</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>0,43</b>	<b>25,76%</b>
<b>2012</b>								
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%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>106</b>	<b>95</b>	<b>89,62%</b>	<b>45</b>	<b>29</b>	<b>0,97</b>	<b>30,53%</b>
<b>2013</b>								
Cycle court	10	63	54	85,71%	35	20	2,00	37,04%
Cycle long	25	36	33	91,67%	23	15	0,60	45,45%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>99</b>	<b>87</b>	<b>87,88%</b>	<b>58</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>40,23%</b>

Le nombre de candidats admis à concourir et présents aux épreuves d'admissibilité est relativement faible. En revanche, le taux de participation est très élevé (plus de 87%). Pour la première fois, le nombre de places offertes a été pourvu en totalité.

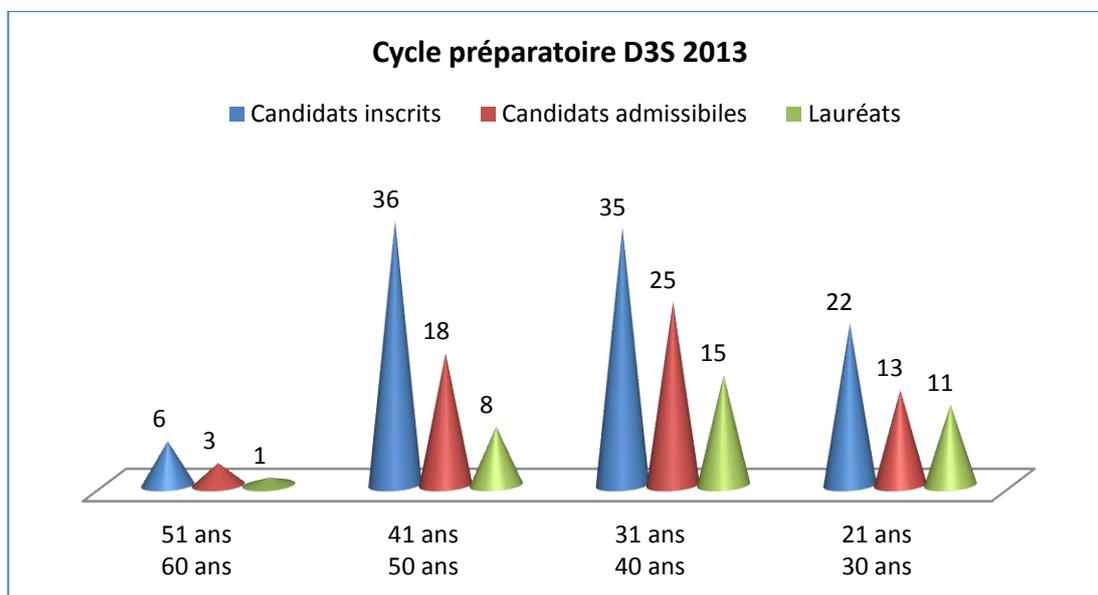
Le nombre de lauréats au cycle long est peu important au regard du nombre de places offertes. Mais il est compensé les lauréats du cycle court qui sont deux fois plus nombreux que le nombre de places offertes et qui se voient appliquer le principe de fongibilité entre les deux concours.

**La répartition Hommes/Femmes (cycles court et long confondus) (D3S)**



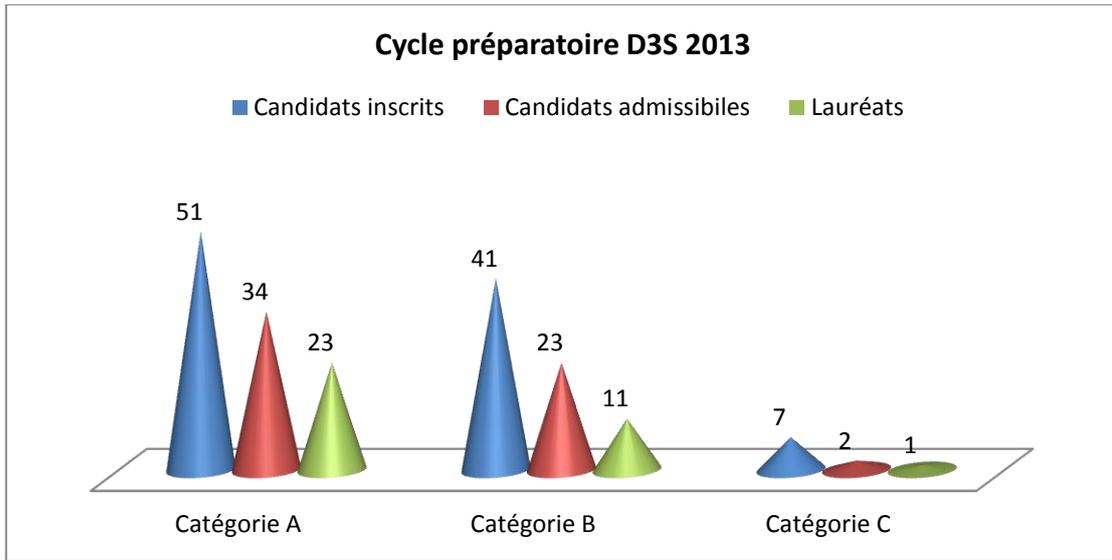
A toutes les étapes du concours 2013, les femmes sont majoritaires puisqu'elles représentent 70% des inscrits, 69,50% des admissibles et 60% des lauréats.

**La pyramide des âges (cycles court et long confondus) (D3S)**



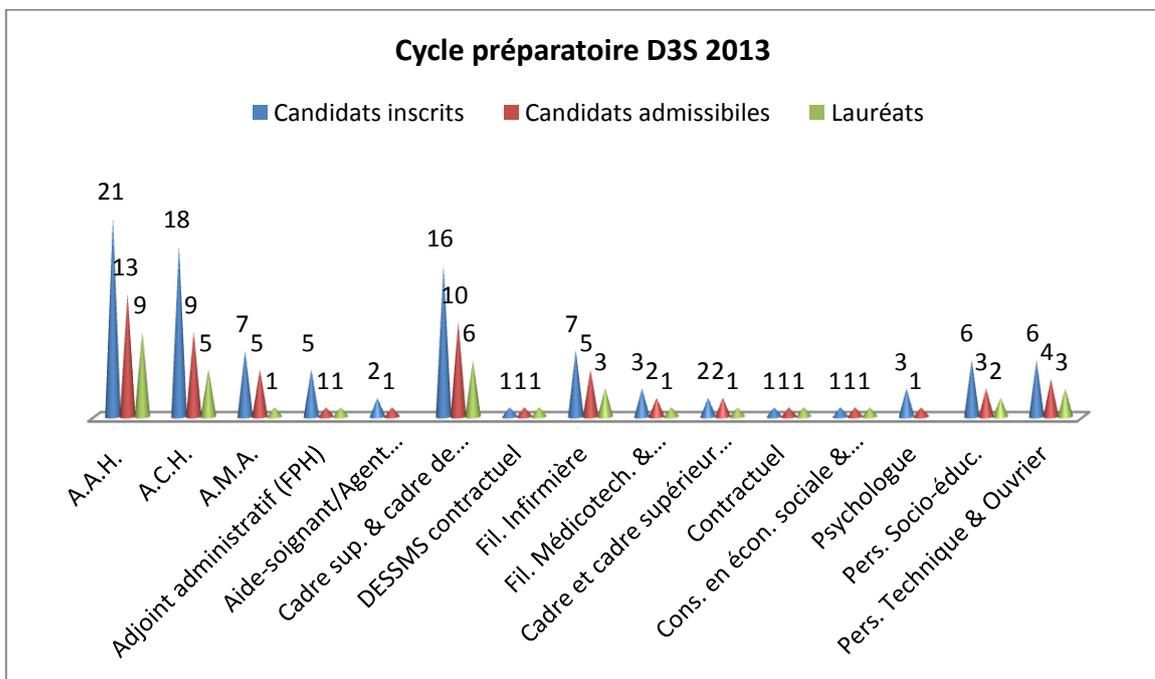
L'essentiel des candidats des deux cycles se situe dans les tranches d'âge 31/40 ans et 41/50 ans. Ces derniers représentent 71% des inscrits, 73% des admissible et 66% des lauréats.

**La répartition par catégorie (cycles court et long confondus) (D3S)**



La très grande majorité des candidats inscrit au cycle préparatoire D3S est issue de la catégorie A. En effet, ils forment 51,50% des inscrits, 57,50% des admissibles et 65,70% des lauréats. Un tiers des postes a été pourvu par des personnels de catégories B et C.

**La répartition par origine professionnelle (cycles court et long confondus) (D3S)**



Près d'un quart des candidats (21% des inscrits, 22% des admissibles et 25,50% des lauréats) relève du corps d'attaché d'administration hospitalière. Pour sa part, le corps des cadres de santé représente 15% des inscrits, 17% des admissibles et 17% des lauréats.

Toutefois, les autres personnels administratifs, soignants et techniques sont aussi bien représentés.

### **Le concours d'entrée à l'EHESP (D3S):**

#### **Les conditions d'accès (D3S) :**

Les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social sont recrutés par voie de concours suivant l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- le concours externe est ouvert aux personnes titulaires de l'un des diplômes exigés pour l'admission au concours externe d'entrée à l'Ecole nationale d'administration ou justifiant d'un diplôme, d'un titre de formation ou d'une expérience professionnelle satisfaisant aux conditions fixées par le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplôme requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emploi de la fonction publique ;
- le concours interne est ouvert aux fonctionnaires et agents publics des trois fonctions publiques (état, hospitalière et territoriale) et de leurs établissements publics administratifs, aux militaires et magistrats en activité, en détachement, en congé parental ou accomplissant le service national, ainsi qu'aux candidats en fonction dans une organisation internationale intergouvernementale. Les candidats doivent justifier, au 1er janvier de l'année du concours, de quatre ans d'ancienneté de services publics.

50% au moins des places sont offertes au concours externe et 50% au plus des places au concours interne. Les places offertes à chacun des deux concours qui n'auraient pas été pourvues par la nomination des candidats au concours correspondant peuvent être attribuées aux candidats à l'autre concours.

**85 postes ont été ouverts en 2013, dont 43 pour le concours externe et 42 pour le concours interne.**

#### ***L'analyse sociologique et qualitative (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.

Au concours externe, les candidats sont des étudiants qui se situent dans la tranche d'âge 21/30 ans (85%) qui possèdent de préférence un diplôme de niveau I (72,75%, dont 15,50% un diplôme de l'un des Instituts d'Etudes Politiques).

Au concours interne, les candidats sont un peu plus âgés que ceux du concours externe. Ils appartiennent à 57% à des corps de catégorie A dont, pour l'essentiel, celui des attachés des trois fonctions publiques (28%), des cadres de santé (11%) et des corps d'inspection de la fonction publique d'Etat (6%).

Le détail des éléments affinant ce constat est présenté ci-après.

### Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis (D3S) :

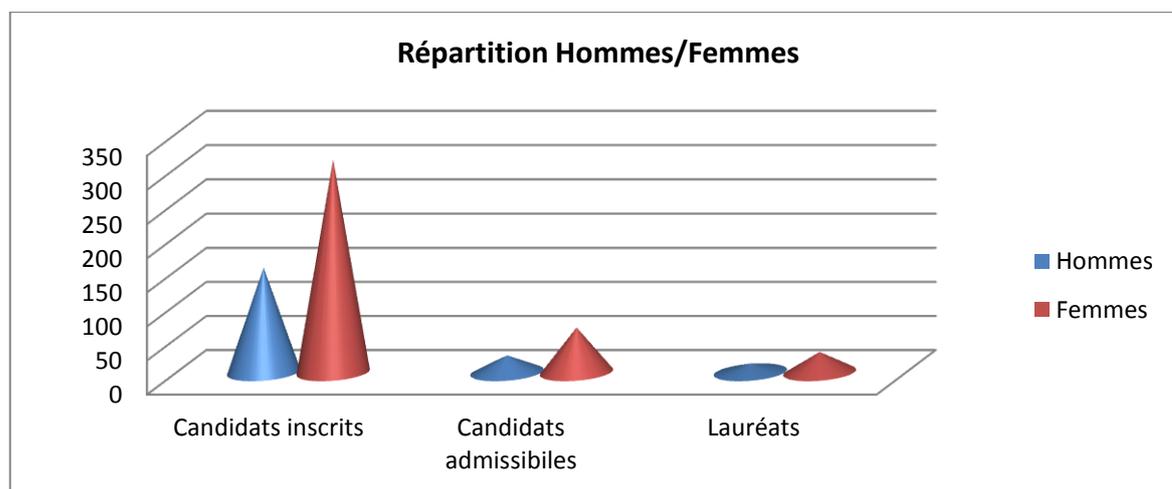
Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
<b>2011</b>								
Externe	40	391	191	48,85%	83	40	1,00	20,94%
Interne	40	162	111	68,52%	57	40	1,00	36,04%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>553</b>	<b>302</b>	<b>54,61%</b>	<b>140</b>	<b>80</b>	<b>1,00</b>	<b>26,49%</b>
<b>2012</b>								
Externe	40	397	204	51,39%	102	40	1,00	19,61%
Interne	40	154	114	74,03%	64	40	1,00	35,09%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>551</b>	<b>318</b>	<b>57,71%</b>	<b>166</b>	<b>80</b>	<b>1,00</b>	<b>25,16%</b>
<b>2013</b>								
Externe	43	466	226	48,50%	91	43	1,00	19,03%
Interne	42	195	130	66,67%	68	42	1,00	32,31%
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>661</b>	<b>356</b>	<b>53,86%</b>	<b>159</b>	<b>85</b>	<b>1,00</b>	<b>23,88%</b>

Le concours 2013 est le premier organisé selon les nouvelles modalités introduites par l'arrêté du 29 novembre 2012.

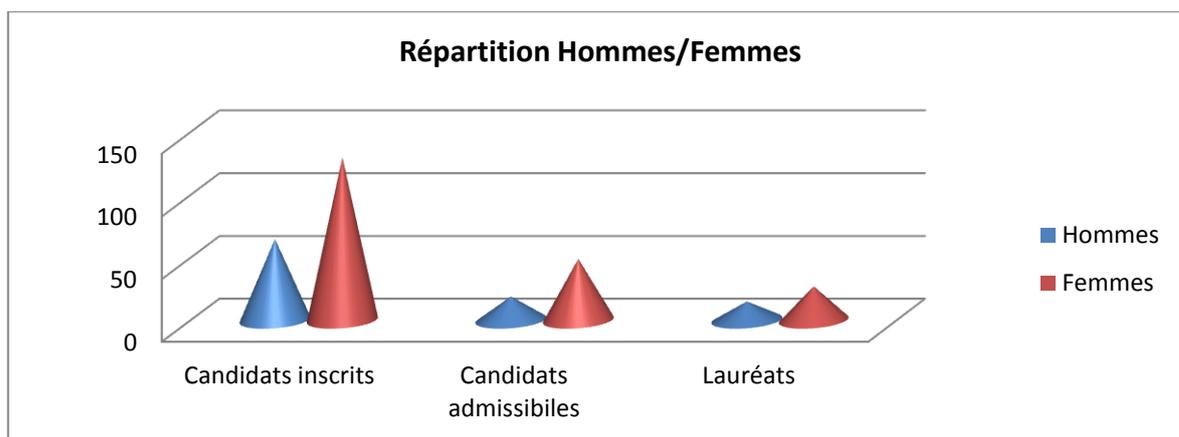
Le nombre total de candidats est supérieur à 2012 (+ 12% d'inscriptions et + 12% de candidats présents aux épreuves écrites) mais aussi à 2011. L'augmentation du nombre de places en 2013 (+ 5) a pu avoir un impact favorable sur l'attractivité de ce concours.

### La répartition Hommes/Femmes (D3S) :

#### Le concours externe (D3S)



### Le concours interne (D3S)

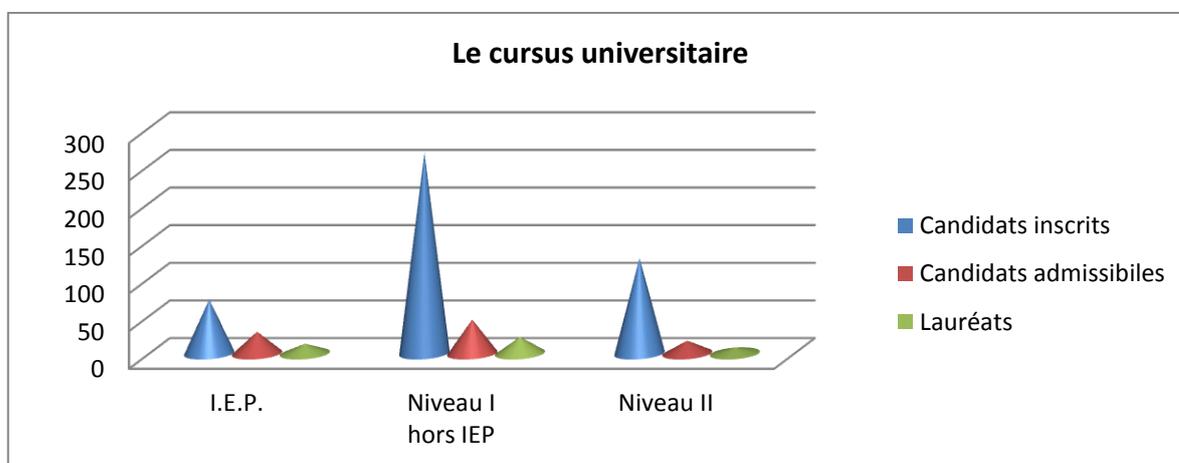


Les femmes semblent particulièrement attirées par la profession de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social puisque dans les deux concours confondus, elles sont largement représentées (63,50% des inscrits et 58,75% des lauréats).

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

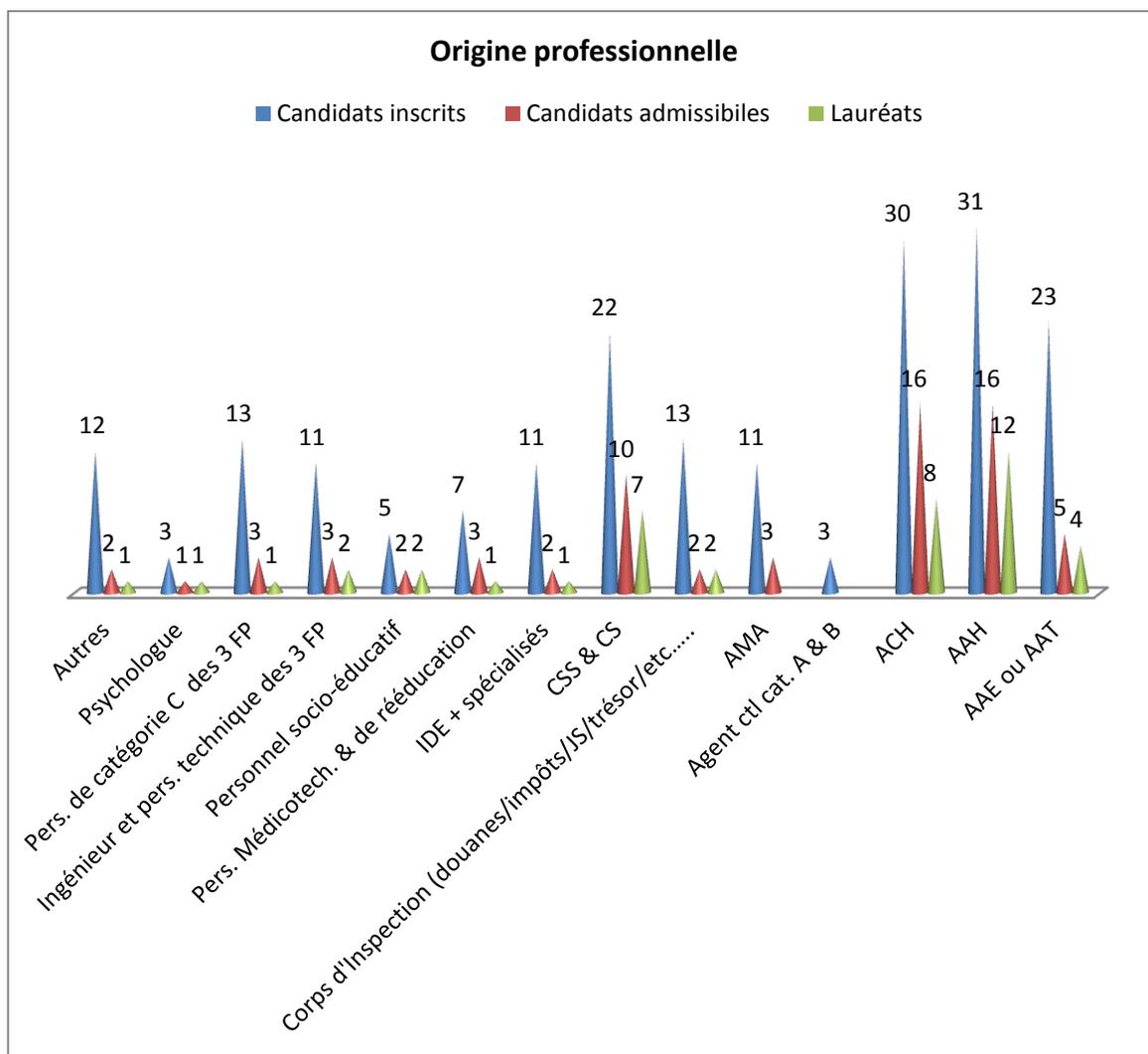
### Le niveau de diplôme (concours externe) et origine professionnelle (concours interne) (D3S) :

#### Le cursus universitaire pour le concours externe (D3S)



Le niveau II est requis pour se présenter au concours de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Néanmoins près de 73% des candidats inscrits (soit 339 candidats sur 466) possèdent un diplôme de niveau I, dont 15,50% un diplôme de l'un des Instituts d'Etudes Politiques (72 candidats sur 585). Parmi les lauréats, 81,50% d'entre eux (soit 35 lauréats sur 43) possèdent un diplôme de niveau I, dont 30% un diplôme de l'un des Instituts d'Etudes Politiques (13 lauréats sur 43).

## Origine professionnelle du concours interne

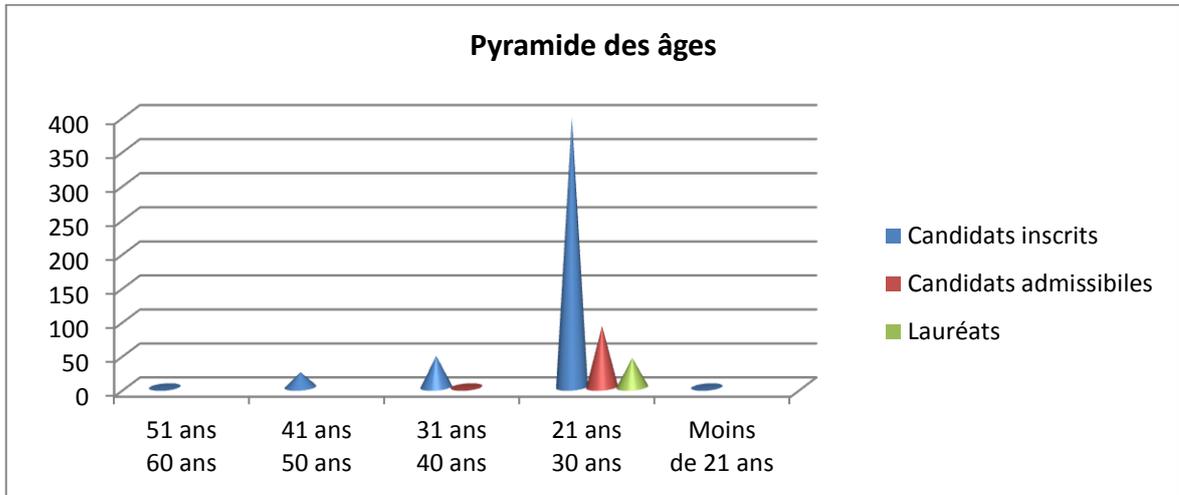


Parmi les candidats au concours interne de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social, les personnels administratifs représentent 49% des candidats. Les attachés des trois fonctions publiques (54 candidats sur 195, soit 27,50%) et les adjoints des cadres hospitaliers (30 candidats sur 195, soit 15,50%) sont les plus nombreux.

Pour leur part, les personnels soignants et socio-éducatifs de la FPH constituent 23% des candidats (soit 45 candidats sur 195) dont 11% [22 candidats sur 195] appartiennent au corps des cadres de santé.

**La pyramide des âges (D3S) :**

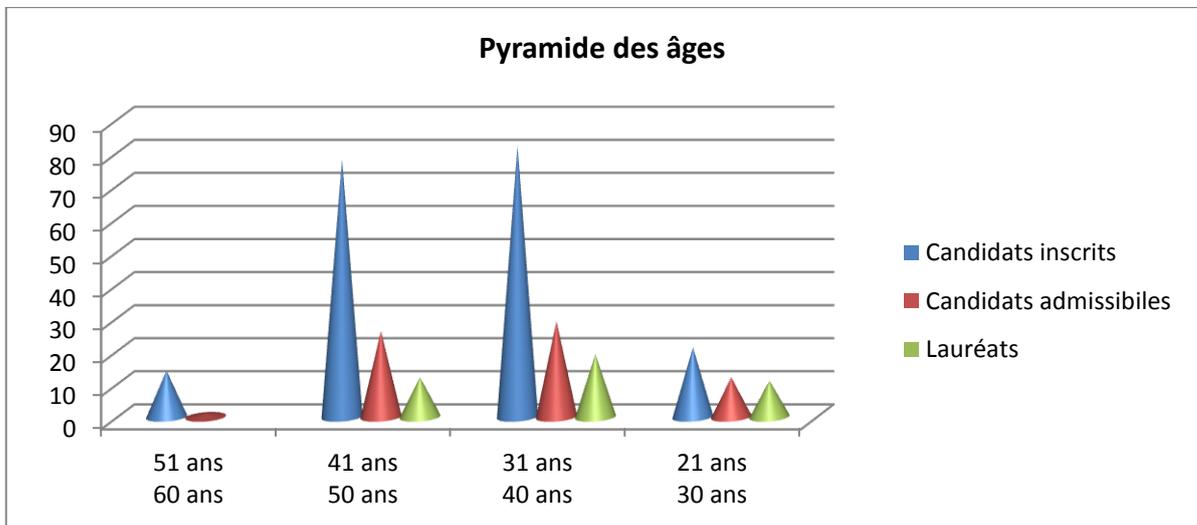
**Le concours externe (D3S)**



Les candidats au concours externe de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social sont essentiellement étudiants, ils se classent donc dans la tranche d'âge 21/30 ans.

Quant aux lauréats, ils se classent tous dans la tranche d'âge 21/30 ans.

**Le concours interne (D3S)**



Au concours interne, les candidats sont plus âgés au concours de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social qu'à celui de directeur d'hôpital. 90% des candidats se situent dans les tranches d'âge 31/60 ans et 74% des lauréats sont classés dans la tranche d'âges 31/40 ans.

**1.3.2.2- Le détachement (D3S)**

Le détachement, comme la liste d'aptitude au tour extérieur, sont deux modes d'entrée dans le corps minoritaires par rapport au concours.

La notion de corps comparables, issue de la loi sur la mobilité des fonctionnaires du 3 août 2009, limite l'accès au corps des D3S par la voie du détachement aux corps des administrateurs civils et territoriaux et des directeurs d'hôpital. Cette disposition a quasiment tari la voie du détachement depuis 2010 (cf. tableau ci-dessous). Malgré la perte financière liée au différentiel de régime indemnitaire, certains font cependant le choix de l'intérêt du poste ou du secteur géographique.

### **1.3.2.3- Le tour extérieur (D3S)**

Depuis de nombreuses années et, en tous cas depuis la création du CNG, les postes ouverts au titre du tour extérieur l'ont été systématiquement au maximum possible réglementairement. Le nombre de postes ouverts 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.

La réduction des promotions d'élèves directeurs réduit donc mécaniquement le nombre de postes proposés au tour extérieur pour la classe normale. En revanche, le nombre de promotions à la hors classe demeurant élevé en 2013 a permis d'ouvrir un nombre possible d'inscriptions, comparable à la classe normale : 12 en classe normale, 13 en hors classe.

Le nombre de candidats est relativement stable depuis les dernières années, autour d'une centaine avec une forte majorité sur 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.

### **Les entrées par la liste d'aptitude session organisée au titre de 2014 (D3S)**

Liste d'aptitude D3S	Tour extérieur 2014 (Sélection en 2013)										
	Tour extérieur	Candidatures en classe normale FPH	Candidatures en classe normale autres FP (FPE, FPT)	Total en classe normale	%	Candidatures en hors classe FPH	Candidatures en hors classe autres FP (FPE, FPT)	Total hors classe	%	Total hors classe et classe normale	%
Emplois ouverts		7	4	11	46%	8	5	13	54%	24	100%
Dossiers reçus		53	3	56	25%	26	15	41	42%	97	100%
Candidats admissibles		31	2	33	52,5%	20	10	30	47,5%	63	100%
Candidats admis		11	1	12	46%	5	4	9	54%	21	100%

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

Origine des entrées 2013	Nombre de D3S concernés	%	% de femmes
Détachement	13	36 %	23,08 %
Tour extérieur	21	58 %	61,90 %
Liste d'aptitude après EHESP (nomination en 2013 de la promotion précédente)	2	6%	100,00 %
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100 %%</b>	<b>50,00 %</b>

### La répartition des entrées sur trois ans (D3S)

Sur la période 2010 -2013, 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 30% par rapport à l'année 2009 (138). Depuis 2010 –l'année 2013 inverse un peu la tendance – les effectifs issus des trois voies possibles de recrutement sont en baisse. Les D3S issus du concours demeurent très largement majoritaires.

Les recrutements par voie contractuelle, qui ne constituent pas un mode d'entrée dans le corps mais des recrutements non pérennes, ne compensent pas la réduction des entrées dans le corps constatée depuis 2010.

Origine des entrées	Année de référence et nombre de D3S						Total	
	2011	%	2012	%	2013	%	de 2011 à 2013	%
Détachement	4	4,21%	10	10,20%	13	11,71%	27	8,8%
Liste d'aptitude élèves D3S	76	80,00%	72	73,47%	75	67,65%	223	73,36%
Liste d'aptitude tour extérieur	15	15,79%	16	16,33%	21	18,92%	52	17,11%
Liste aptitude élèves D3S (année précédente)					2	1,80%	2	0,66%
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>	<b>304</b>	<b>100%</b>

### **1.3.3- Les directeurs des soins (DS)**

#### **1.3.3.1- Le cycle préparatoire et le concours d'entrée (DS)**

##### Le cycle préparatoire (DS) :

Contrairement aux autres cycles préparatoires, la totalité des places mises au concours d'accès au cycle préparatoire de directeur des soins est offerte au cycle court.

25 postes ont été ouverts en 2013 pour le cycle court.

Les candidats au cycle préparatoire de directeur des soins sont très majoritairement des femmes situées dans la tranche d'âge 41/50 ans et exerçant plutôt dans une direction des soins. Le détail des éléments affinant ce constat est présenté ci-après.

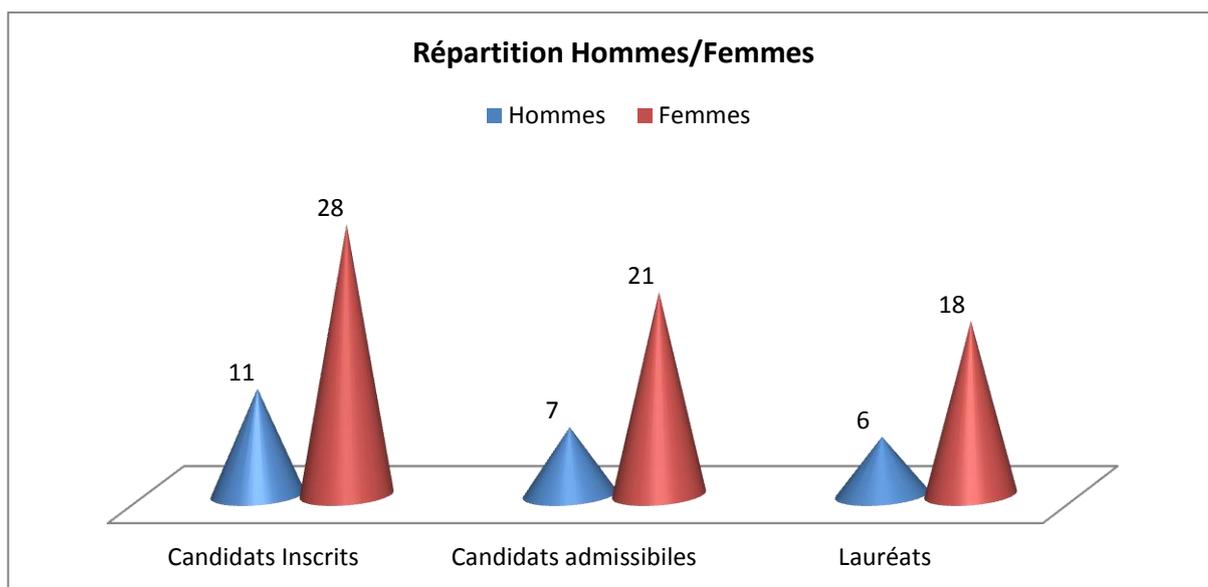
##### Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis (DS) :

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/ Lauréats	Taux de réussite Lauréats/ Présents
<b>2011</b>								
Cycle court	40	47	43	91,49%	29	24	0,60	55,81%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>47</b>	<b>43</b>	<b>91,49%</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>0,60</b>	<b>55,81%</b>
<b>2012</b>								
Cycle court	25	36	33	91,67%	22	19	0,76	57,58%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>91,67%</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>0,76</b>	<b>57,58%</b>
<b>2013</b>								
Cycle court	25	39	35	89,74%	28	24	0,96	68,57%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>89,74%</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>0,96</b>	<b>68,57%</b>

Comme en 2012, le nombre d'inscrits est très faible au regard du nombre potentiel de cadres de santé qui exercent dans la fonction publique hospitalière. Toutefois, le taux de participation des candidats aux épreuves d'admissibilité reste très satisfaisant, avec près de 90% de candidats présents.

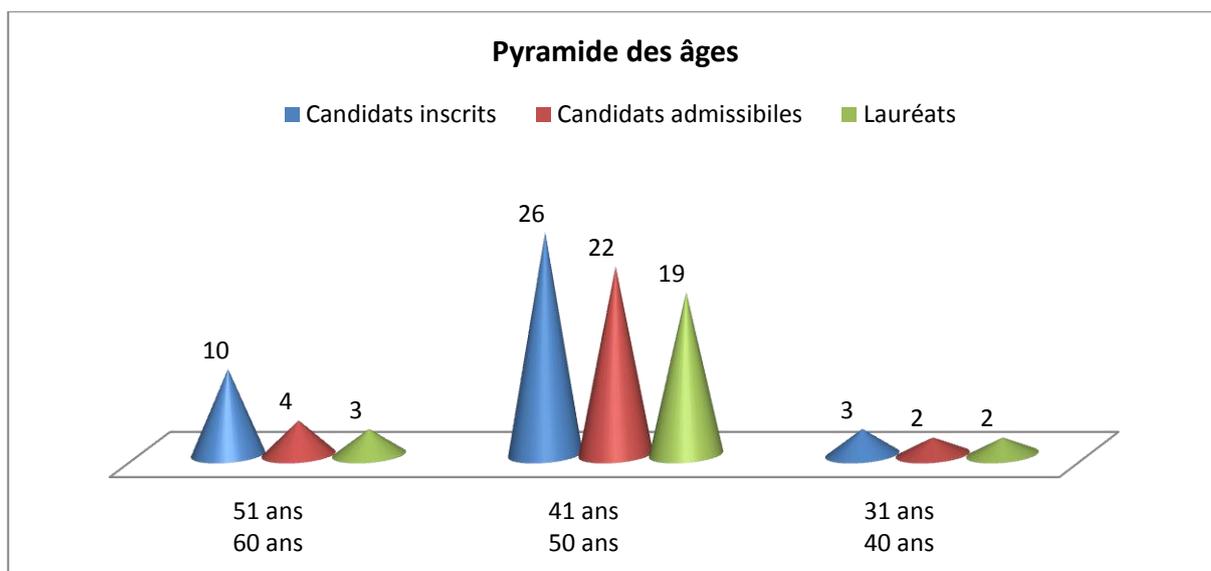
Autre satisfaction, le taux de réussite admis/présents approche les 70% et le nombre de lauréats (24) est pratiquement identique à celui du nombre de places offertes (25).

**La répartition Hommes/Femmes (DS):**



Les femmes étant très nettement majoritaires chez les cadres de santé, cette répartition se retrouve à toutes les étapes du cycle préparatoire de directeur des soins.

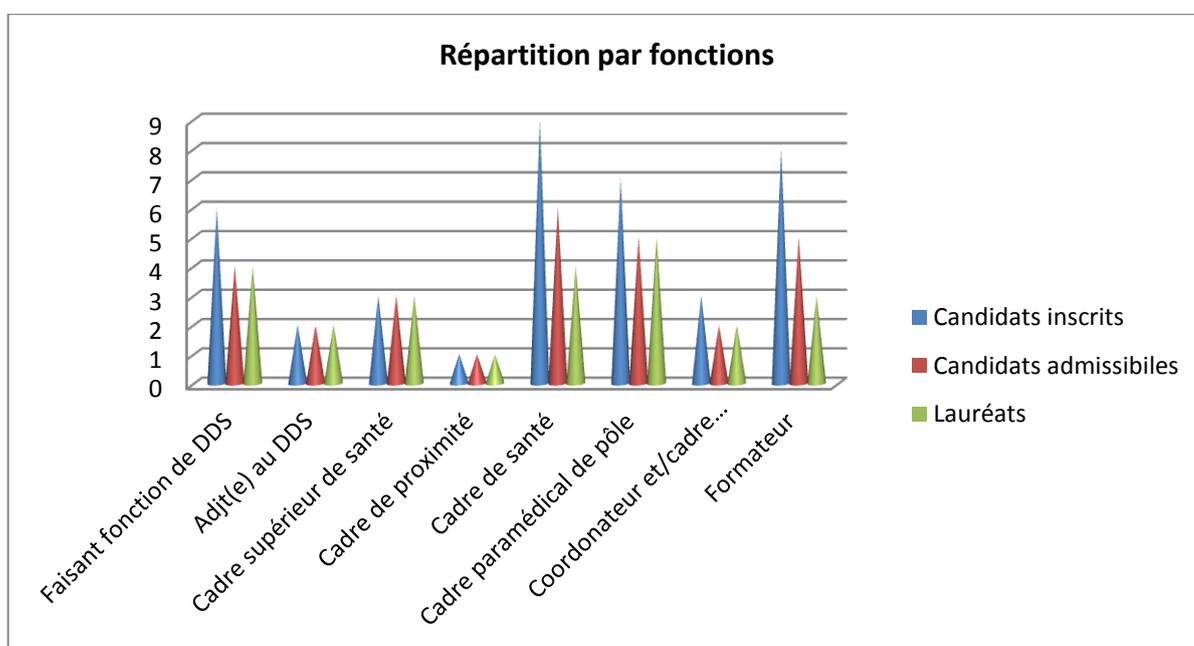
**La pyramide des âges (DS) :**



Du fait des conditions d'accès pour se présenter au concours de directeurs des soins (être cadre supérieur de santé ou, cadre de santé depuis au moins 5 ans), l'essentiel des candidats se situe dans la tranche d'âge 41/50 ans.

Les candidats de la tranche d'âge 31/40 ans sont majoritairement cadres de santé alors que ceux compris dans la tranche d'âge 51/60 ans sont majoritairement cadres supérieurs de santé.

**La répartition par fonctions (DS) :**



Les fonctions exercées par les candidats sont celles occupées traditionnellement par le corps des cadres de santé. Toutefois, on note une forte proportion exerçant dans une direction des soins (faisant fonction de directeur des soins, adjoint de directeur des soins, coordonnateur et cadre pédagogique, formateur).

### **Le concours d'entrée à l'EHESP (DS) :**

#### **Les conditions d'accès (DS) :**

Les directeurs des soins sont recrutés par voie de concours suivant l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- Par concours externe sur épreuves ouvert aux candidats titulaires du diplôme de cadre de santé ayant exercé l'une des professions infirmière, médicotechnique ou de rééducation pendant au moins dix ans, dont cinq ans d'équivalent temps plein en qualité de cadre ;
- Par concours interne sur épreuves ouvert aux cadres supérieurs de santé et aux cadres de santé des trois fonctions publiques en activité, en détachement, en congé parental ou accomplissant le service national et comptant, au 1er janvier de l'année du concours, au moins cinq ans de services effectifs dans ce grade.

Les fonctionnaires et agents publics des fonctions publiques d'état et territoriale, les militaires et les magistrats, en activité, en détachement, en congé parental ou accomplissant le service national, ainsi que les candidats en fonctions dans une organisation internationale intergouvernementale ayant reçu une formation équivalente aux cadres supérieurs de santé et aux cadres de santé et justifiant d'au moins de cinq ans de services publics peuvent également concourir.

En aucun cas, le nombre de places offertes au concours externe ne peut excéder 10 % du nombre total des places offertes aux deux concours. Les places offertes à chacun des deux concours qui n'auraient pas été pourvues par la nomination des candidats au concours correspondant peuvent être attribuées aux candidats à l'autre concours.

**45 postes ont été ouverts en 2013, dont 5 pour le concours externe et 40 pour le concours interne.**

#### ***L'analyse sociologique et qualitative (DS)***

Les candidats au concours de directeur des soins sont très majoritairement des femmes, cadres supérieurs de santé de la fonction publique hospitalière, classées dans la tranche d'âge 41/50 ans et exerçant de préférence dans une direction des soins ou d'un institut de formation.

Le détail des éléments affinant ce constat est présenté ci-après.

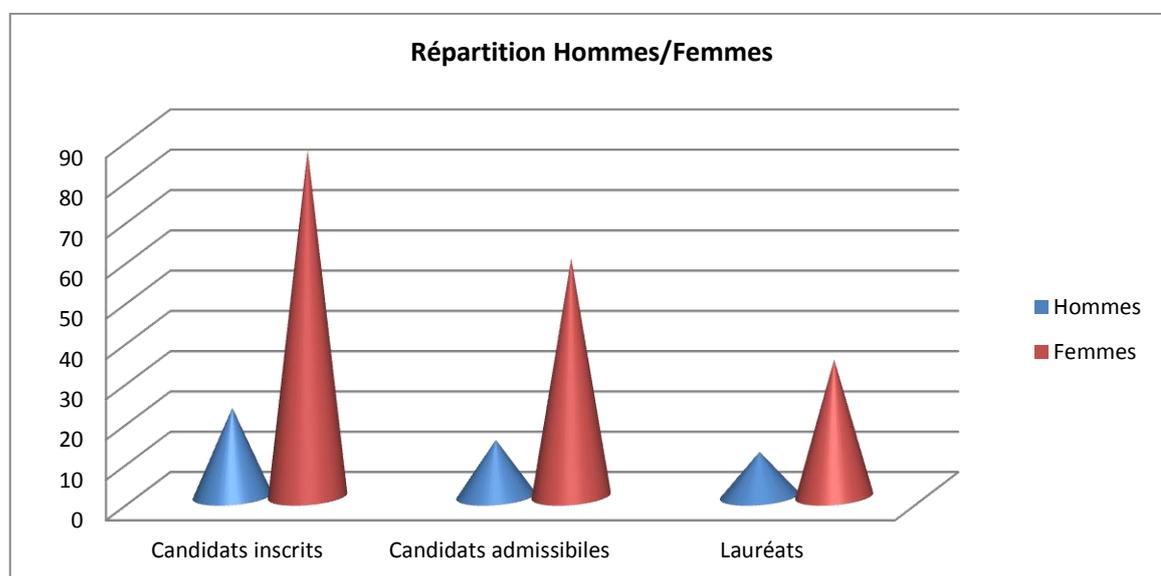
**Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis (DS) :**

Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
<b>2011</b>								
Externe	4	1	1	100,00%	1	1	0,25	100,00%
Interne	31	94	92	97,87%	63	34	1,10	36,96%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>95</b>	<b>93</b>	<b>97,89%</b>	<b>64</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>37,63%</b>
<b>2012</b>								
Externe	4	4	4	100,00%	1	1	0,25	25,00%
Interne	36	79	77	97,47%	58	34	0,94	44,16%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>83</b>	<b>81</b>	<b>97,59%</b>	<b>59</b>	<b>35</b>	<b>0,88</b>	<b>43,21%</b>
<b>2013</b>								
Externe	5	4	4	100,00%	4	2	0,40	50,00%
Interne	40	104	97	93,27%	69	43	1,08	44,33%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>108</b>	<b>101</b>	<b>93,52%</b>	<b>73</b>	<b>45</b>	<b>1,00</b>	<b>44,55%</b>

L'année 2013 se caractérise par une progression sensible du nombre de candidats au concours interne, en lien potentiel avec la progression des places offertes au concours.

Enfin, il convient de noter que le concours de directeur des soins est, de tous les concours organisés par le Centre national de gestion, celui qui connaît le taux de participation le plus élevé.

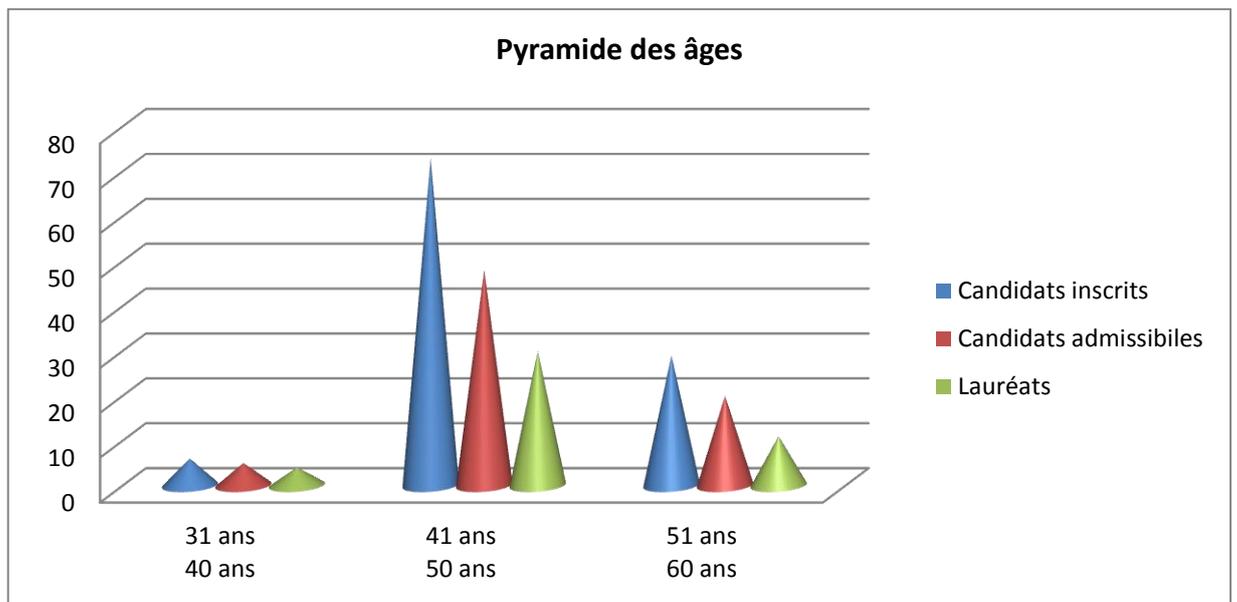
**La répartition Hommes/Femmes pour les deux concours confondus (DS) :**



Dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les femmes sont surreprésentées dans les professions infirmières, médicot techniques et de rééducation.

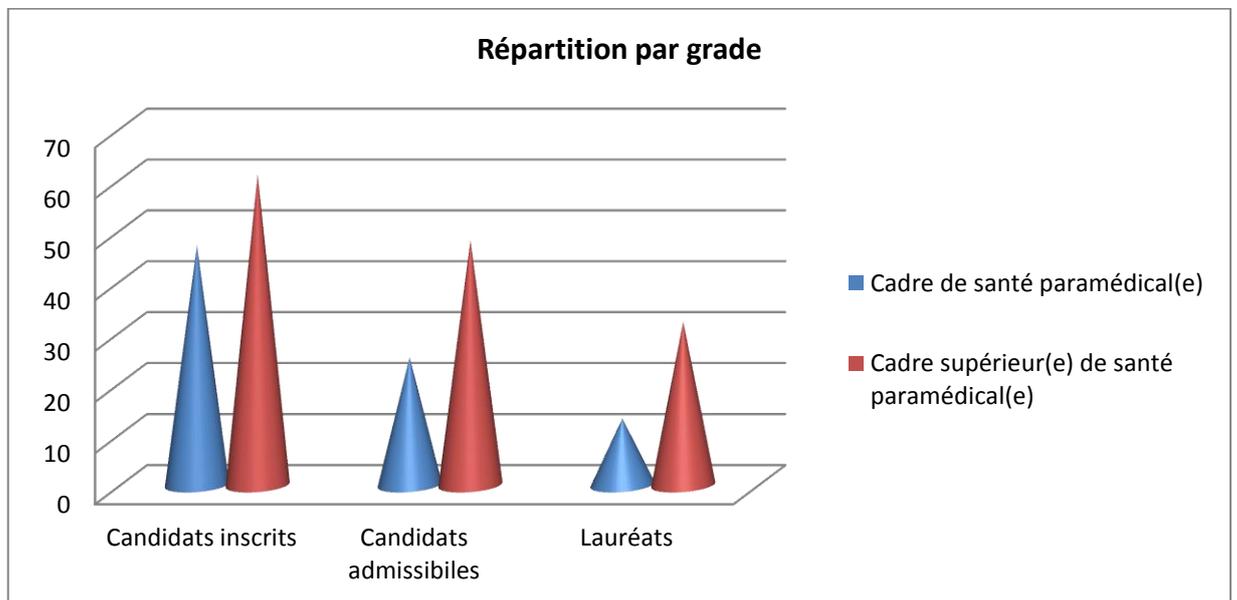
Cette situation se retrouve dans une moindre mesure chez les candidats au concours de directeur des soins. En effet, au regard du ratio Hommes/Femmes relatif aux candidats se présentant au concours de directeur des soins, les hommes sont mieux représentés parmi les lauréats puisque, s'ils constituent 20,40% des candidats admis à concourir, ils sont en fine 24,50% des lauréats.

**La pyramide des âges pour les deux concours confondus (DS) :**



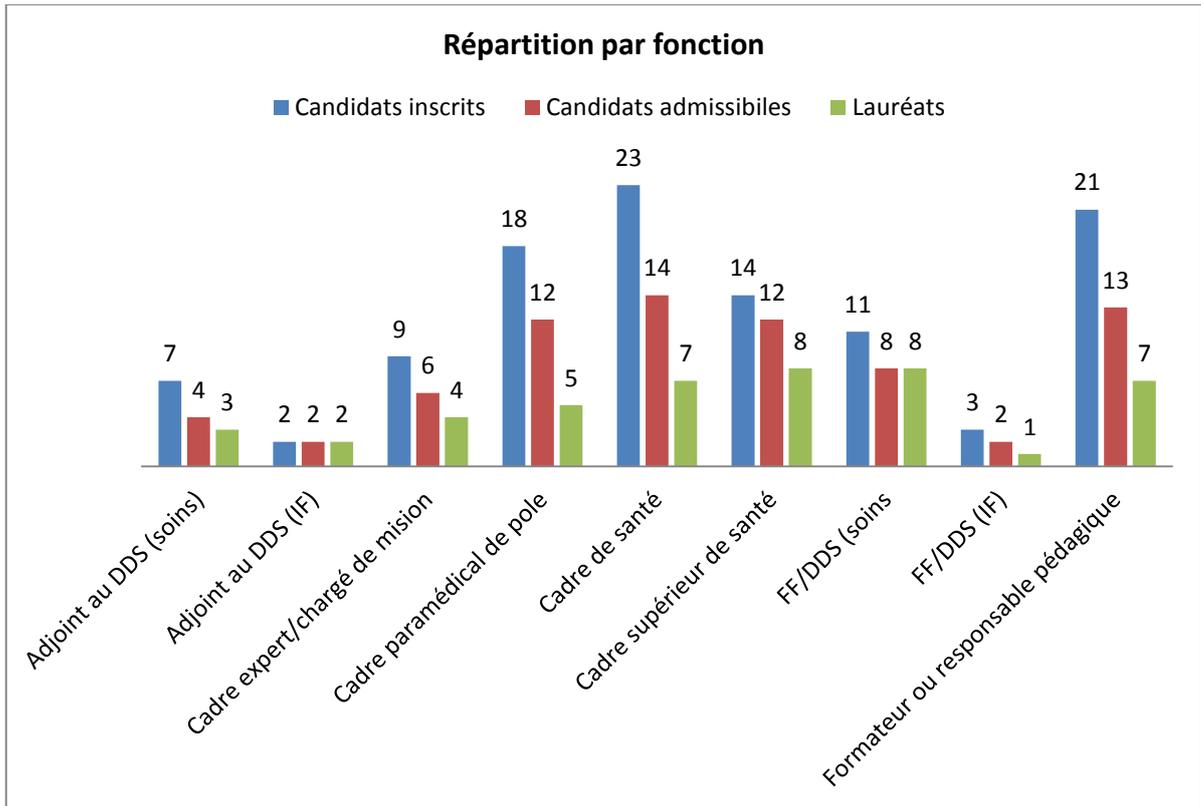
L'essentiel des candidats se situe dans la tranche d'âge 41/50 ans. Ils représentent 67,50% des candidats inscrits, 65,75% des candidats admissibles et 66,66% des lauréats.

**La répartition par grade pour les deux concours confondus (DS) :**



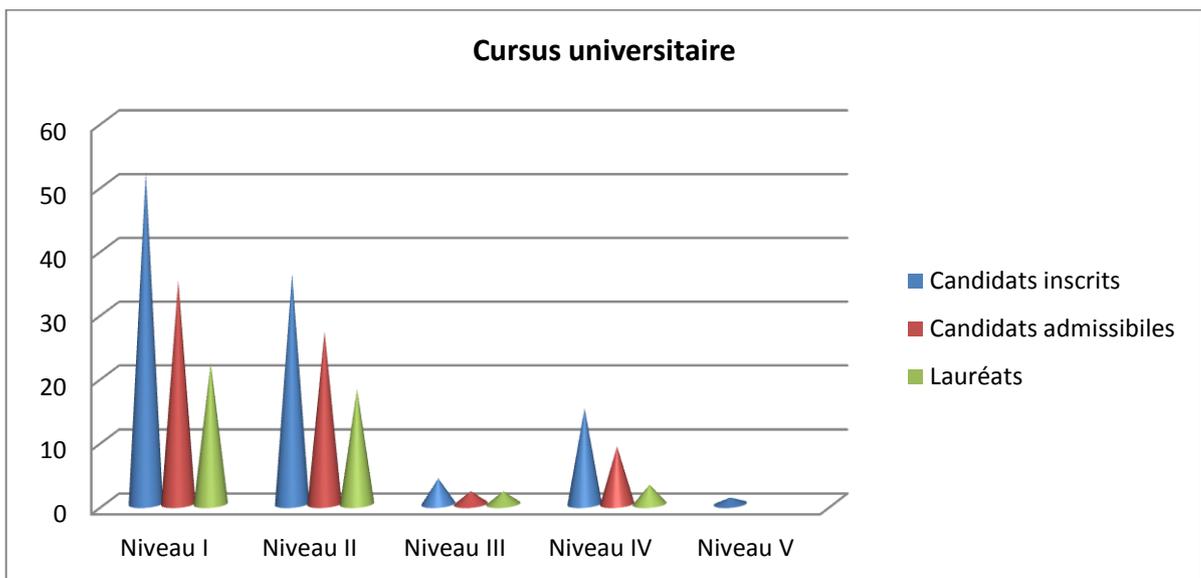
Si les cadres supérieurs de santé représentent 56,50% des candidats inscrits, ils sont plus de 65% des admissibles (71%) et plus de 71% des lauréats.

**La répartition par fonction pour les deux concours confondus (DS) :**



Si 13% des candidats inscrits (14/108) font fonction de directeur des soins (Institut de formation ou gestion des soins), cette proportion monte à 20% parmi les lauréats (9/45). On constate également qu'un nombre important de formateurs ou responsables pédagogiques s'est présenté au concours (19,50%, soit 21/108) et que nombre d'entre eux ont réussi ce concours (15,50%, soit 7/45).

**Le cursus universitaire pour les deux concours (DS) :**



S'agissant d'un concours professionnel, aucun niveau universitaire n'est requis pour se présenter au concours de directeur des soins. On constate toutefois que 48% des lauréats (concurrents externes

et interne confondus) possèdent un diplôme de niveau I et 30% un diplôme de niveau II. Parmi les lauréats, si 49% sont titulaires d'un diplôme de niveau I et 40% un diplôme de niveau II, 11,50% ont un diplôme de niveau IV (baccalauréat).

### **1.3.3.2- Le détachement (DS)**

En application du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et de la loi n°86-33 du 13 juillet 1983 relative aux dispositions générales applicables à la fonction publique, le détachement dans le corps des directeurs des soins est possible sous conditions de diplôme et d'ancienneté. Ainsi, le diplôme de cadre de santé et une expérience professionnelle de l'une des professions infirmière, de rééducation ou médico-technique sont requis.

A ce jour, aucun détachement dans le corps des directeurs des soins n'a été prononcé.

### **1.3.4- Les attachés d'administration hospitalière (AAH)**

#### **1.3.4.1- L'affectation de la promotion 2013 des élèves (concours 2012) (AAH)**

À compter de leur première affectation, les attachés d'administration hospitalière relèvent d'une gestion locale assurée par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

Préalablement, le Centre national de gestion assure directement leur recrutement (organisation du concours national). Il assure également leur nomination en qualité d'élève attaché et le recensement des postes vacants qui leur sont proposés. Il est également chargé in fine, à l'issue de leur cycle de formation, de leur première affectation sur ces postes vacants.

#### **■ La formation**

Les lauréats du concours, nommés élèves attachés, suivent à l'EHESP un cycle de formation d'une durée totale de douze mois comportant un enseignement théorique et des stages pratiques.

Cette formation tient lieu d'année de stage, telle qu'elle est prévue par l'article 37 de la loi du 9 janvier 1986 relative aux dispositions applicables à la fonction publique hospitalière. Le cycle de formation fait l'objet d'une évaluation par un jury.

La nomination en qualité d'élève attaché est subordonnée pour chaque lauréat à la souscription de l'engagement de suivre le cycle de formation et à celui de servir dans les établissements publics hospitaliers, pendant cinq ans à compter de leur titularisation dans le corps des attachés d'administration hospitalière.

#### **■ L'affectation et la titularisation**

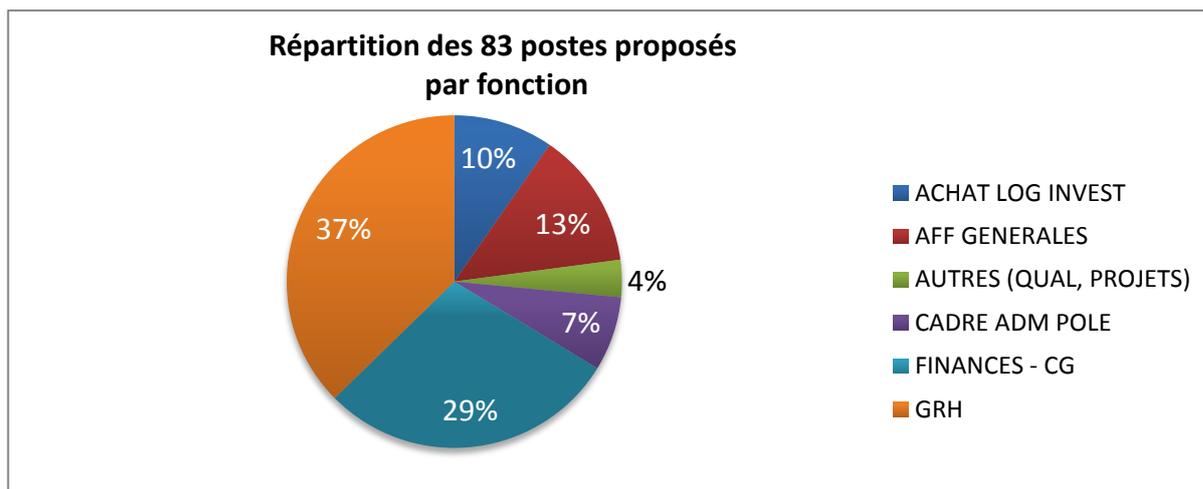
Les élèves attachés qui ont validé leur formation sont inscrits par ordre alphabétique sur une liste d'aptitude établie par arrêté du ministre chargé de la santé et affectés sur un des postes de la liste arrêtée également par le ministre chargé de la santé sur proposition de la directrice générale du CNG. 83 postes leur ont été proposés en 2013.

Leur titularisation intervient au moment de leur nomination dans un établissement, par décision du chef de cet établissement.

Du fait de la démission de l'un d'entre eux en cours d'année 2013, 41 élèves AAH sur 42 ont validé leur formation et ont été affectés le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

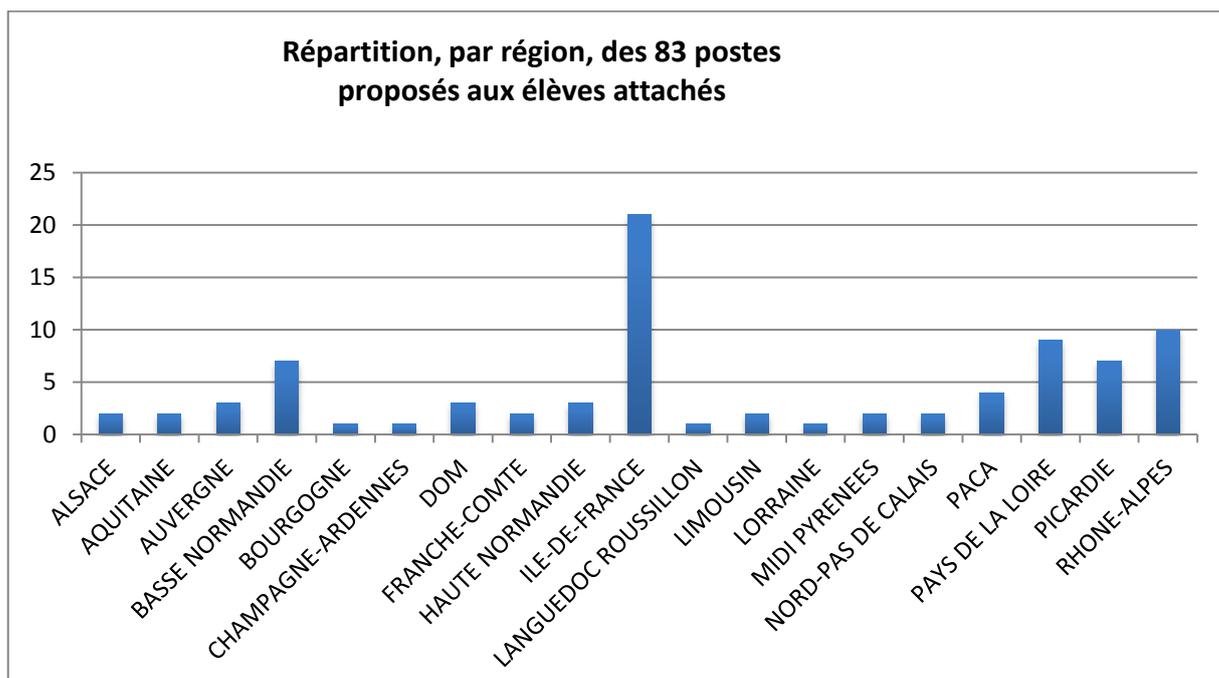
**Les statistiques générales (AAH)**

**La répartition des postes proposés aux élèves attachés par type de fonction (AAH) :**



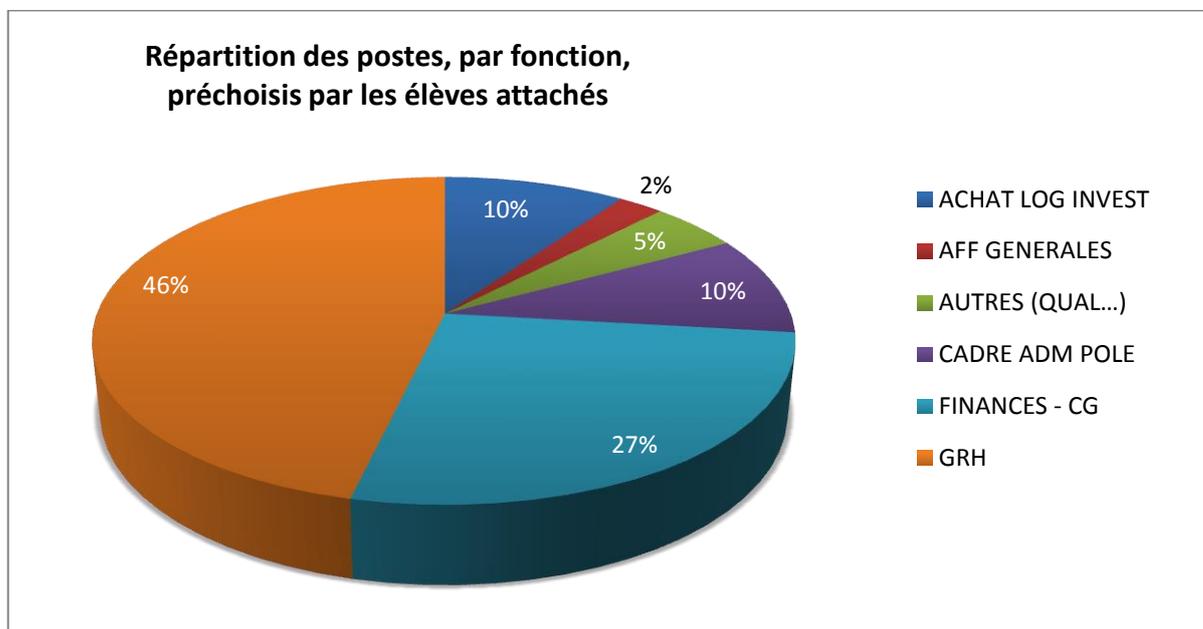
Sur les 83 postes proposés aux élèves attachés, plus de 65% concernent la gestion des ressources humaines (37%) et les finances/contrôle de gestion (29%).

**La répartition des postes proposés aux élèves attachés par région (AAH) :**



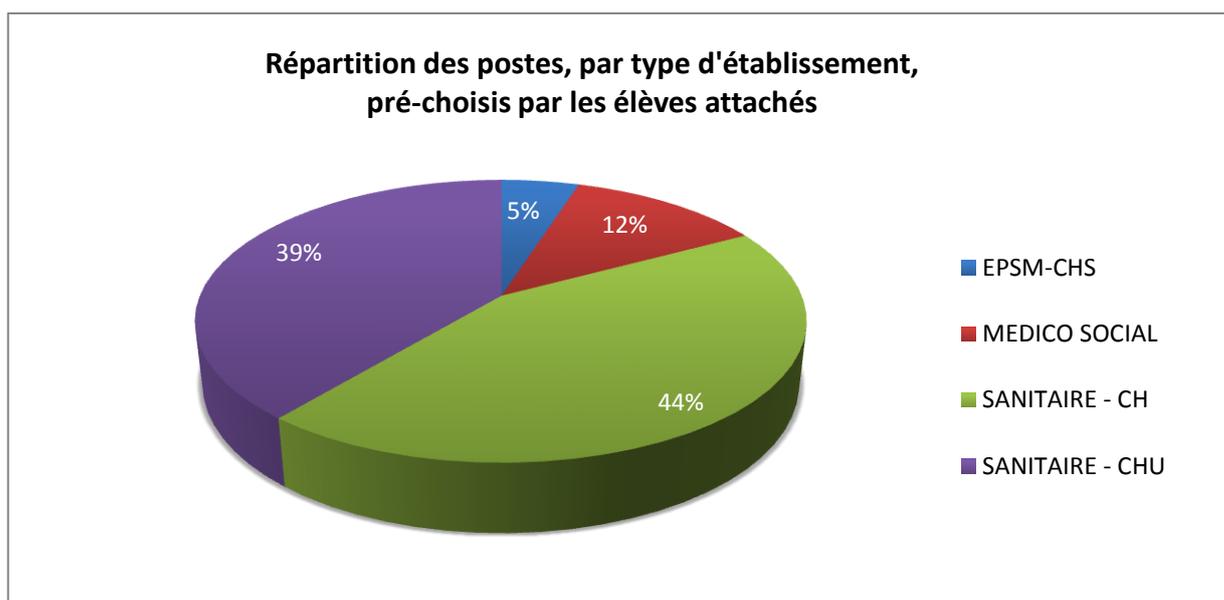
La répartition des postes proposés est très inégale sur le territoire. 21 postes se situent en région Ile-de-France (dont 9 à l'AP-HP, recruteur principal), soit 25 % du total des postes. A l'inverse, aucun poste n'est proposé en régions Bretagne, Centre, Poitou-Charentes et Corse.

**La répartition des postes, par fonction, pré-choisis par les élèves attachés (AAH) :**



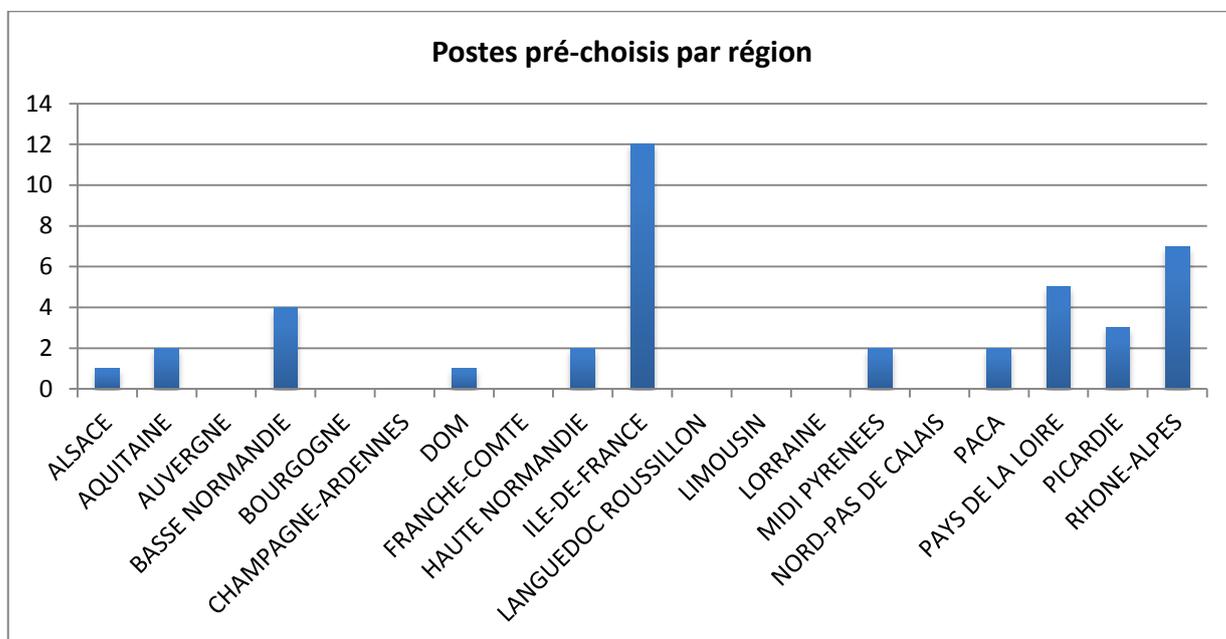
Sans surprise plus de 70% des 41 élèves attachés sont préaffectés sur des postes relatifs à la gestion des ressources humaines (46%) et les finances/contrôle de gestion (27%).

**La répartition des postes, par type d'établissement, pré-choisis par les élèves attachés (AAH) :**



La répartition des établissements selon leur statut juridique n'est pas surprenante. C'est dans les CHU et les Centres hospitaliers, principaux recruteurs, que se situe la grande majorité des postes (83%). Quelques postes ont été pourvus dans le secteur médico-social (12%) et dans les établissements publics de santé mentale (5%).

**La répartition des postes pré-choisis par région (AAH) :**



La majorité des 41 élèves attachés a choisi un poste localisé dans l'une des trois régions suivantes ;

- Ile-de-France, dont l'AP-HP : 12 postes,
- Rhône-Alpes : 7 postes,
- Pays de la Loire : 5 postes.

Les effets positifs des nouvelles dispositions statutaires intervenues en 2011 pour les attachés d'administration hospitalière se font désormais sentir. Ainsi le CNG a pu proposer, en 2012, aux 42 élèves attachés en formation à l'EHESP, de choisir leur affectation parmi 56 postes offerts. De même pour 2013, le CNG a pu proposer aux 41 élèves attachés sortants de choisir leur affectation parmi 83 postes ouverts (cf. supra).

Une nouvelle dynamique semble donc enclenchée pour cette profession qui est favorisée par le départ en retraite de nombreux attachés qu'il faudra remplacer dans les années à venir.

Sur ces bases, le nombre de places proposées au concours d'attaché d'administration hospitalière en 2013 est en augmentation de 30% (soit + 20 postes), avec à terme l'objectif d'assurer principalement le recrutement des attachés d'administration hospitalière par cette voie et, réduire voire supprimer le recours aux contractuels.

### 1.3.4.2- Le cycle préparatoire et concours d'entrée (AAH)

#### ■ Le cycle préparatoire (AAH):

Contrairement aux autres cycles préparatoires, celui d'attaché d'administration hospitalière est ouvert aux fonctionnaires et agents publics des trois fonctions publiques.

Les candidats au concours d'accès au cycle préparatoire sont groupés en deux catégories :

- le cycle court qui concerne les candidats titulaires d'une licence ou d'un autre titre ou diplôme classé au moins au niveau II.
- le cycle long qui concerne les candidats qui ne possèdent pas de licence ou de diplôme classé au moins au niveau II.

60 postes ont été ouverts en 2013, dont 15 pour le cycle court et 45 pour le cycle long.

#### ■ L'analyse sociologique et qualitative (AAH)

Les candidats au cycle préparatoire d'attaché d'administration hospitalière sont très majoritairement des femmes classées dans les tranches d'âge 31/40 ans et 41/50 ans. Elles appartiennent, soit au corps des adjoints des cadres hospitaliers, soit à celui des assistants médico-administratifs. Le détail des éléments affinant ce constat est présenté ci-après.

#### Les statistiques générales (AAH)

##### Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis (AAH) :

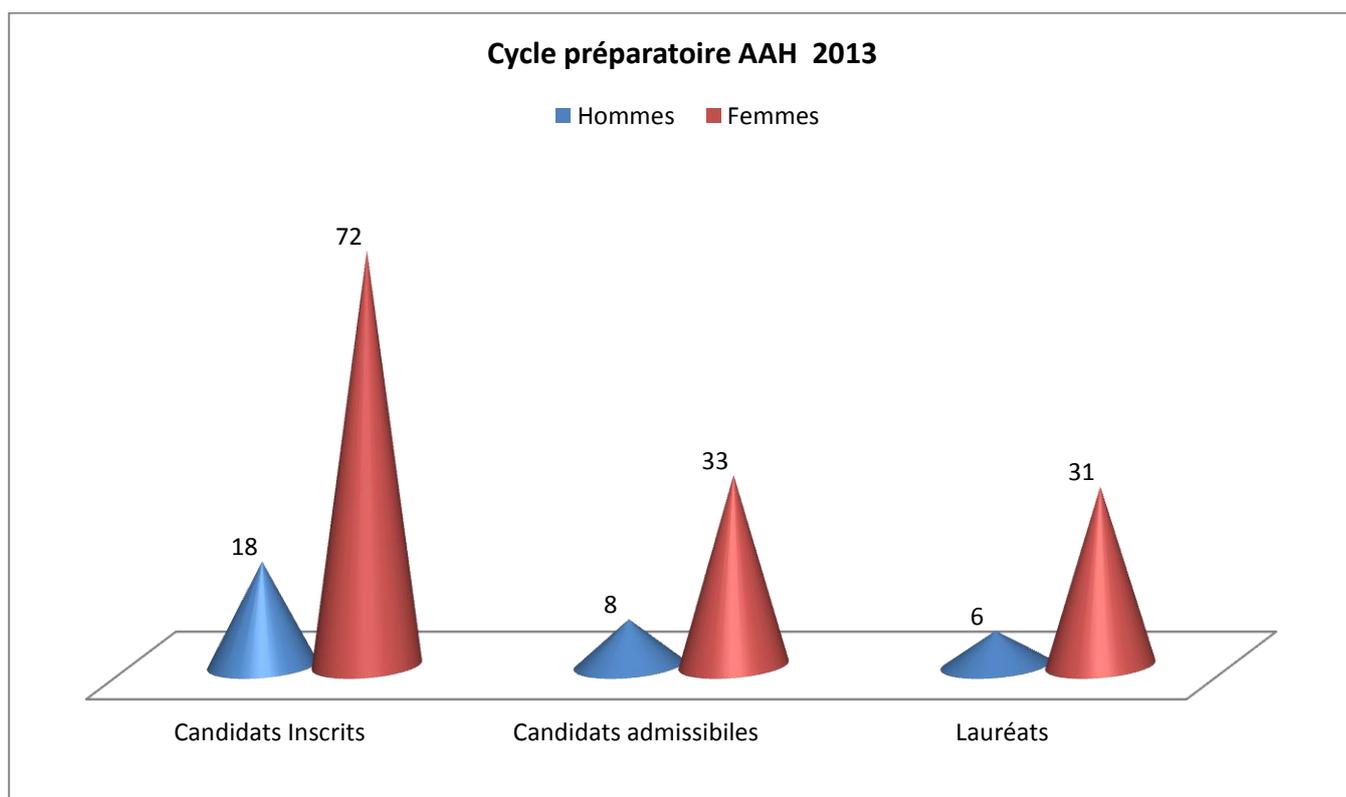
Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
<b>2011</b>								
Cycle court	15	27	21	77,78%	21	18	1,20	85,71%
Cycle long	45	38	29	76,32%	22	22	0,49	75,86%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>65</b>	<b>50</b>	<b>76,92%</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>0,67</b>	<b>80,00%</b>
<b>2012</b>								
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%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>101</b>	<b>78</b>	<b>77,23%</b>	<b>52</b>	<b>46</b>	<b>0,77</b>	<b>58,97%</b>
<b>2013</b>								
Cycle court	15	39	28	71,79%	22	18	1,20	64,29%
Cycle long	45	51	39	76,47%	19	17	0,38	48,72%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>90</b>	<b>67</b>	<b>74,44%</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>0,62</b>	<b>55,22%</b>

Le nombre de candidats admis à concourir et présents aux épreuves est relativement faible au regard du nombre de places offertes. Le taux de participation est correct (près de 75%). Le nombre de lauréats au cycle long est limité en proportion du nombre de places proposées.

Si cet écart est en partie compensé par les résultats des candidats au cycle court grâce à l'application du principe de fongibilité entre les deux concours, le nombre de lauréats aux deux cycles reste globalement faible.

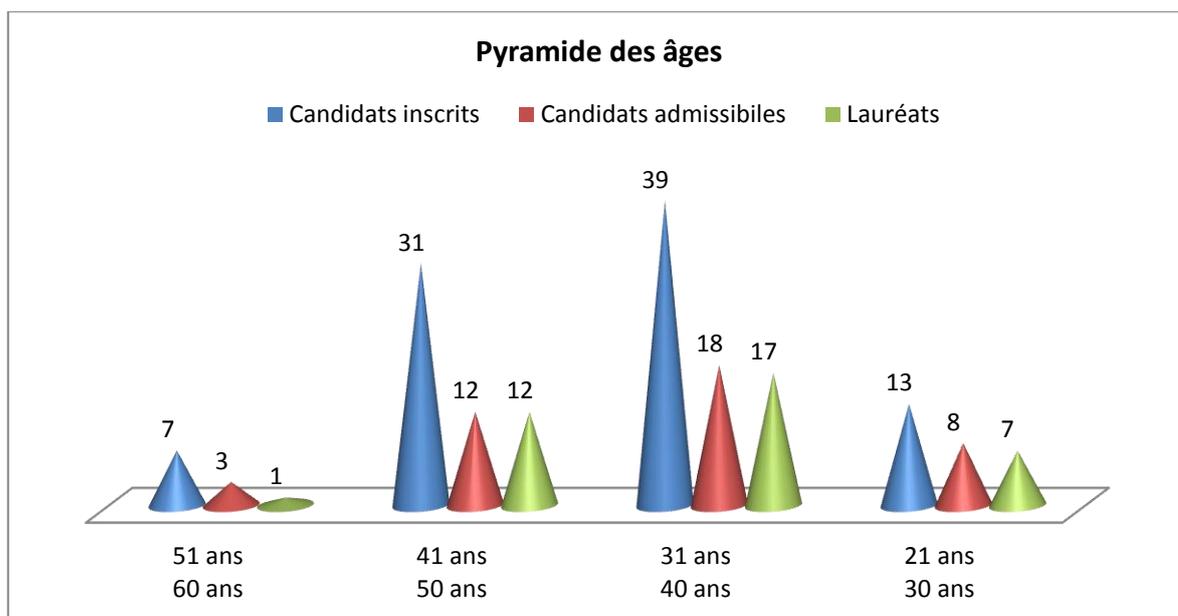
De fait, seulement 55% des places offertes ont été pourvues.

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



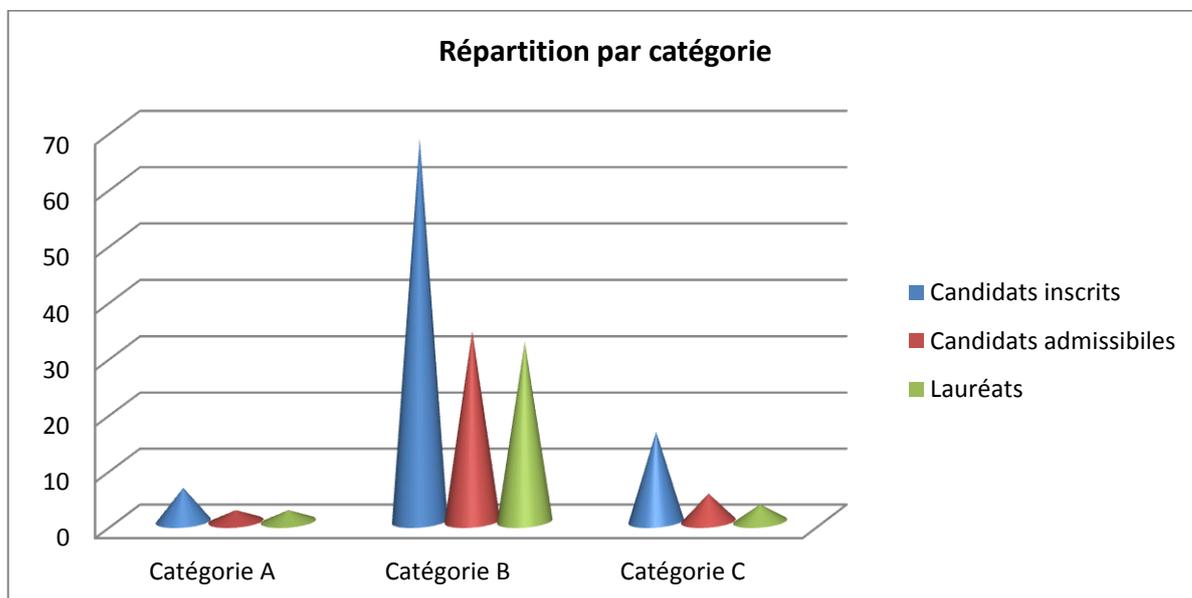
Les fonctionnaires et agents publics féminins semblent particulièrement attirés par la profession d'attaché d'administration hospitalière. Au concours d'accès au cycle préparatoire, les femmes ont été très largement majoritaires à toutes les étapes du concours. Ainsi, elles représentent 80% des inscrits, 80,50% des admissibles et 83,80% des lauréats.

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



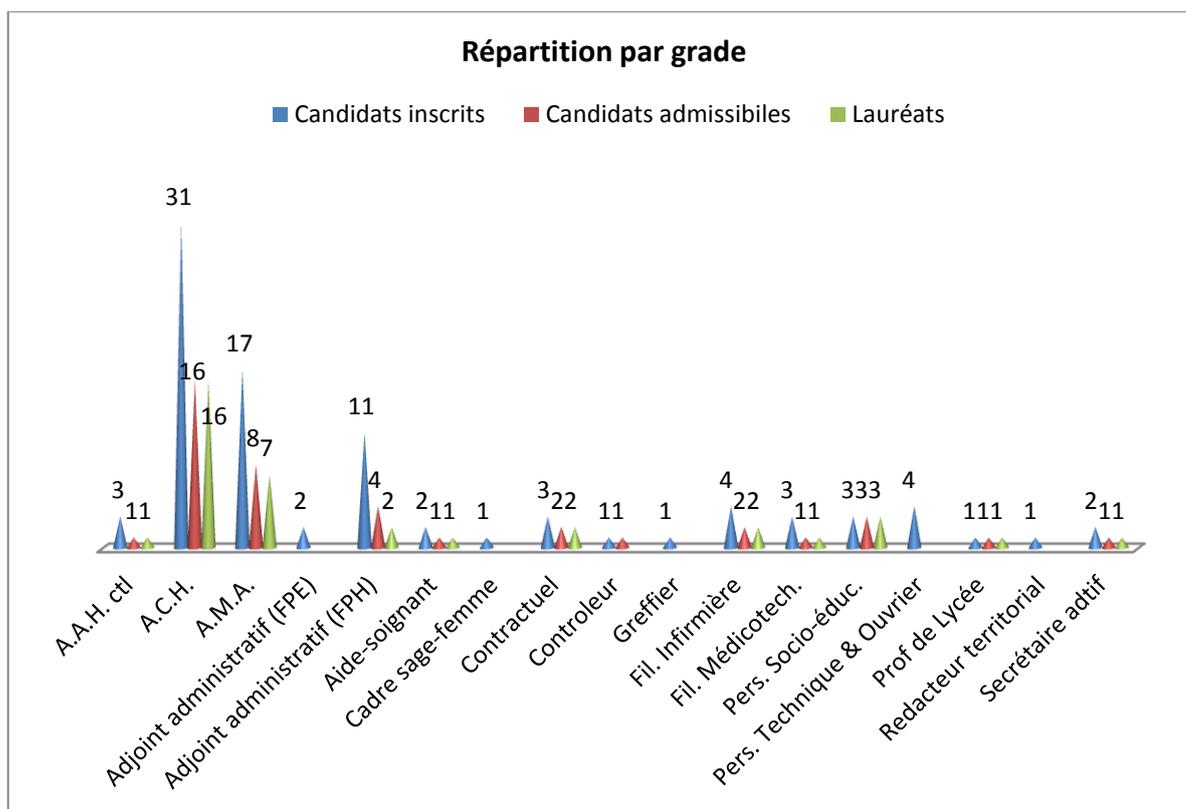
Même si toutes les tranches d'âge sont représentées, les candidats du cycle préparatoire se situent dans leur très grande majorité dans la tranche d'âge 31/50 ans. Ils forment ainsi 77,75% des candidats inscrits, 73,10% des candidats admissibles et 78,40% des lauréats.

**La répartition par catégorie (cycles court et long confondus) (AAH)**



La très grande majorité des candidats qui s'inscrivent à ce concours appartient à la catégorie B. En effet, ils forment 75% des inscrits, 83% des candidats admissibles et 86,50% des lauréats.

## La répartition par grade (cycles court et long confondus) (AAH)



Les candidats au cycle préparatoire sont majoritairement issus des deux corps administratifs de la catégorie B hospitalière (adjoint des cadres hospitaliers et assistant médico-administratif) qui constituent le vivier naturel du corps des attachés d'administration hospitalière.

Pour 2013, les ACH représentent en effet 34,50% des candidats inscrits, 39% des admissibles et 43% des lauréats. De leur côté, les AMA constituent 19% des candidats inscrits, 19,50% des admissibles et 19% des lauréats.

### Le concours d'entrée à l'EHESP (AAH)

#### Les conditions d'accès (AAH) :

L'accès au corps des AAH est sanctionné par la réussite à un concours national sur épreuves ouvert selon l'une des trois modalités suivantes :

- Le concours externe, ouvert aux personnes titulaires d'une licence ou d'un autre titre ou diplôme classé au moins au niveau II ou possédant une qualification reconnue comme équivalente à l'un de ces titres ou diplômes par le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique ;

- Le concours interne, ouvert aux fonctionnaires et agents publics des trois fonctions publiques (Etat, hospitalière et territoriale), aux militaires et magistrats en activité, en détachement, en congé parental ou accomplissant le service national, ainsi qu'aux personnes en fonction dans une organisation internationale intergouvernementale. Les candidats doivent justifier, au 1er janvier de l'année du concours, de trois ans au moins de services publics effectifs. Les périodes de formation ou de stage dans une école ou un établissement ouvrant accès à un corps de la fonction publique ne sont pas prises en compte pour la détermination de cette durée ;
- Le troisième concours, ouvert aux personnes qui, au 1er janvier de l'année au titre de laquelle le concours est organisé, justifient de l'exercice, durant au moins cinq années au total, d'un ou plusieurs mandats électifs d'une collectivité territoriale ou d'une ou de plusieurs activités en qualité de responsable, y compris bénévole, d'une association. La durée de ces activités ou mandats ne peut être prise en compte que si les intéressés n'avaient pas, lorsqu'ils les exerçaient, la qualité de fonctionnaire, de magistrat, de militaire ou d'agent public. Les périodes au cours desquelles l'exercice de plusieurs activités et mandats aurait été simultané ne sont prises en compte qu'à un seul titre.

Le nombre de places offertes pour chacun des concours interne et externe ne peut être inférieur à 33 % ni supérieur à 62 % du nombre total de places offertes à l'ensemble des trois concours. Le nombre de places offertes au troisième concours ne peut être inférieur à 5 % ni supérieur à 15 % du nombre total de places offertes à l'ensemble des trois concours.

Les places non pourvues à l'un des trois concours peuvent être attribuées, dans la limite du dixième des places offertes à ce concours, à l'un ou aux deux autres concours (principe de fongibilité).

**70 postes ont été ouverts en 2013**, dont 35 pour le concours externe, 30 pour le concours interne et 5 pour le 3ème concours.

### ***L'analyse sociologique et qualitative (AAH)***

La profession d'AAH est très féminisée. Cette tendance se retrouve dans le profil des candidats puisque les femmes représentent 69,50% des candidats et 74,50% des lauréats, tous concours confondus.

Comme pour les concours externes d'accès aux deux corps de direction (DH et D3S), les candidats se présentant au concours externe d'AAH ont un profil d'étudiant (99,75% des candidats et 100% des lauréats). Ils sont âgés de 21 à 30 ans et sont généralement titulaires d'un diplôme de niveau I. 65% des inscrits et 68,50% des lauréats, dont 7,50% des inscrits et 16% des lauréats, 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 de la catégorie B (70%) et particulièrement de la catégorie B hospitalière administrative (adjoint des cadres hospitaliers et assistant médico-administratif). Ils représentent 51,% des inscrits et 65,50% des lauréats.

**Le nombre de postes, de candidats inscrits, présents, admissibles et admis (AAH) :**

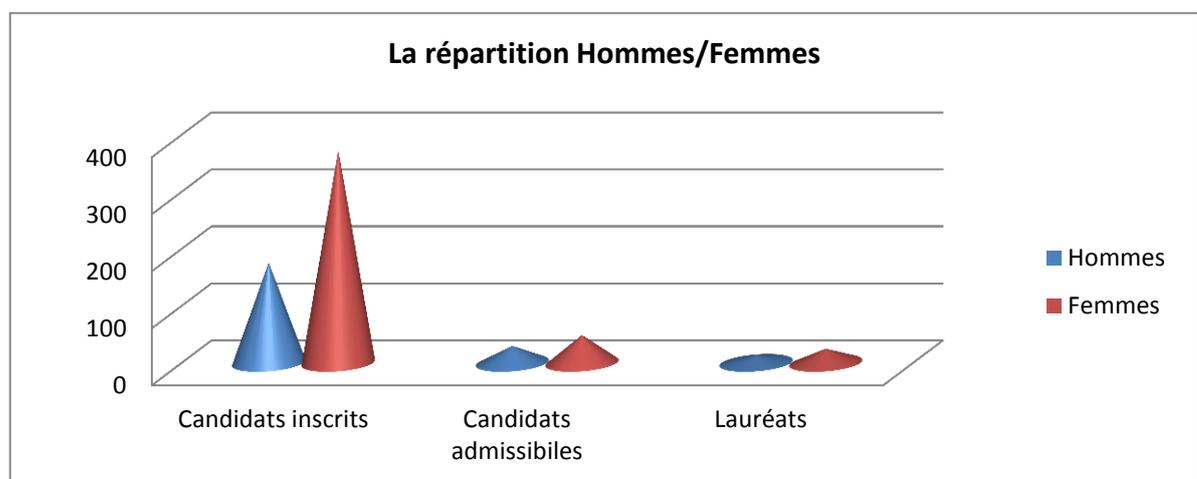
Année	Postes ouverts	Inscrits	Présents	% de Présents	Admissibles	Lauréats	Ratio Postes/Lauréats	Taux de réussite Lauréats/Présents
<b>2011</b>								
Externe	25	550	295	53,64%	61	25	1,00	8,47%
Interne	25	304	209	68,75%	52	25	1,00	11,96%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>854</b>	<b>504</b>	<b>59,02%</b>	<b>113</b>	<b>50</b>	<b>1,00</b>	<b>9,92%</b>
<b>2012*</b>								
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 con.	05	06	3	50,00%	01	0	0,00	0,00%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>511</b>	<b>280</b>	<b>54,79%</b>	<b>106</b>	<b>50</b>	<b>1,00</b>	<b>17,86%</b>
<b>2013</b>								
Externe	35	549	236	42,99%	91	38	1,09	16,10%
Interne	28	167	107	64,07%	49	31	1,11	28,97%
3ème con.	07	07	01	14,29%	01	01	0,14	100,00%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>723</b>	<b>344</b>	<b>47,58%</b>	<b>141</b>	<b>70</b>	<b>1,00</b>	<b>20,35%</b>

\* Année de l'introduction du 3ème concours pour le corps des attachés d'administration hospitalière

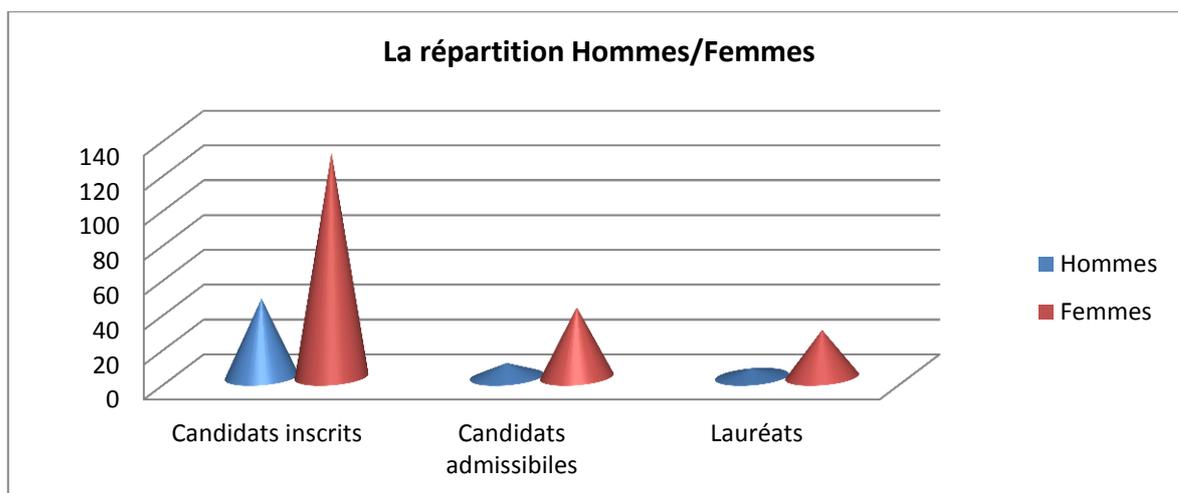
En 2013, les résultats du concours sont très encourageants. En effet, le nombre total de candidats est, à toutes les étapes du concours, supérieur à 2012 (+ 42% d'inscriptions, + 23% de candidats présents aux épreuves écrites, + 20% d'admissibles). L'augmentation du nombre de places (+ 20) peut être un des éléments explicatifs de cette attractivité.

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

**Le concours externe (AAH)**



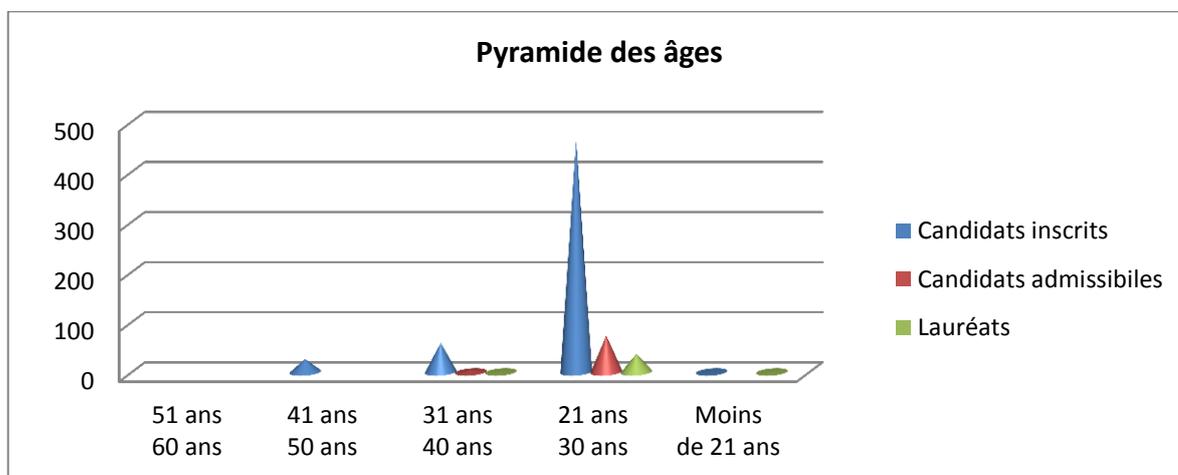
### Le concours interne et le 3<sup>ème</sup> concours (AAH)



La profession d'attaché d'administration hospitalière reste très féminisée. Cela se retrouve dans le profil des candidats puisque les femmes représentent les trois concours confondus, 69,50% des candidats et 60% des lauréats.

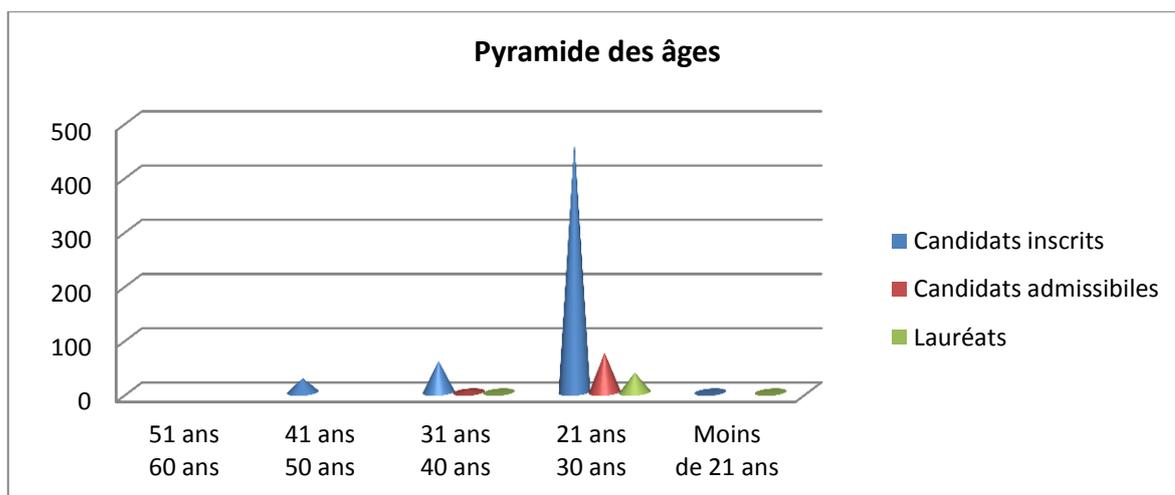
### La pyramide des âges (AAH):

#### Le concours externe (AAH)



Comme pour les deux concours d'accès au corps de direction (DH et D3S), les candidats et lauréats au concours externe d'AAH sont principalement étudiants, ils se classent très majoritairement (84,50% des candidats et 95% des lauréats) dans la tranche d'âge 21/30 ans.

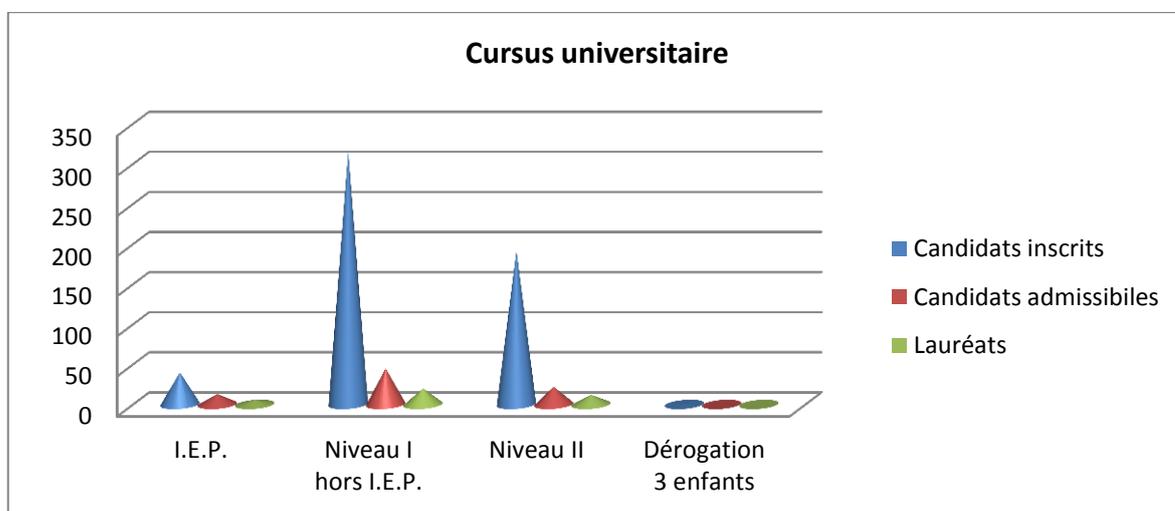
### Le concours interne et le 3<sup>ème</sup> concours (AAH)



Au concours interne et au 3<sup>ème</sup> concours, les candidats sont plus âgés. Ils se répartissent entre les tranches d'âge 31/40 ans (41,95%) et 41/50 ans (38,50%). Les autres candidats se répartissent à égalité dans les autres tranches d'âge.

### Le niveau universitaire (concours externe) et l'origine professionnelle (concours interne) (AAH) :

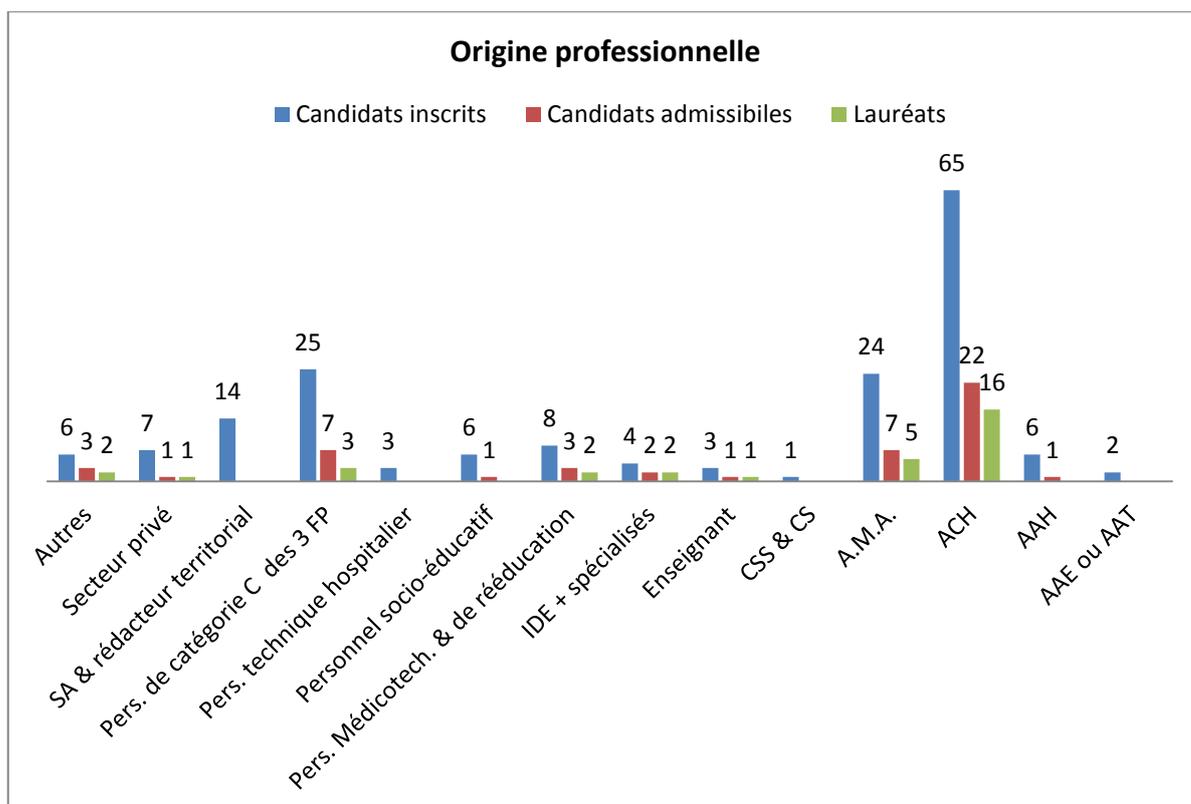
#### Le cursus universitaire du concours externe (AAH)



Le niveau II est requis pour se présenter au concours d'attaché d'administration hospitalière. Près de 65% des candidats inscrits (soit 346 candidats sur 549) possèdent un diplôme de niveau I, dont 7,30% un diplôme de l'un des Instituts d'études politiques (40 candidats sur 549).

Parmi les lauréats, 68,50% d'entre eux (soit 26 lauréats sur 38) possèdent un diplôme de niveau I, dont 16% un diplôme de l'un des Instituts d'études politiques (6 lauréats sur 38).

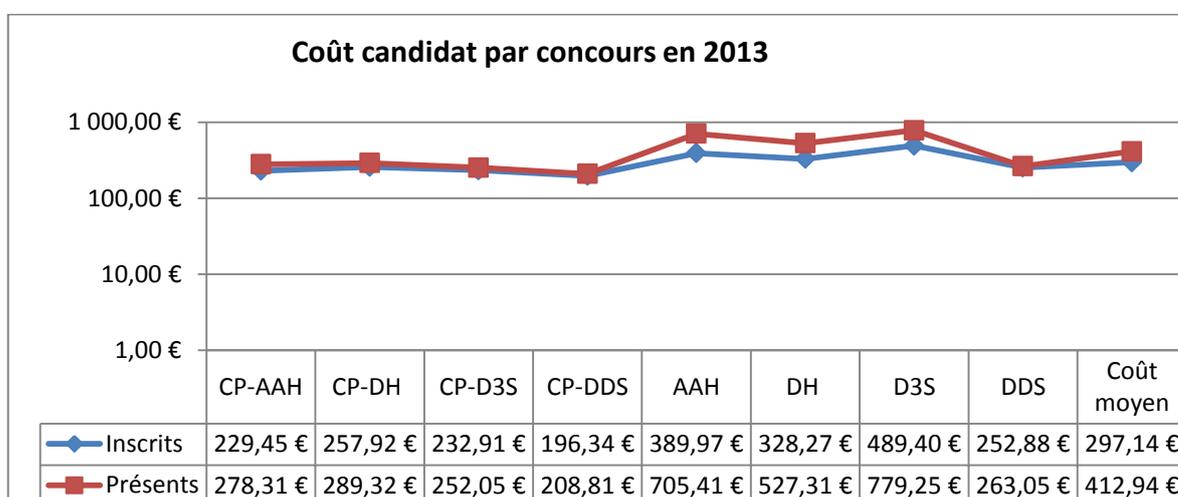
## L'origine professionnelle du concours interne (AAH)



*NB : La notion « secteur privé » fait référence aux candidats et lauréats du 3<sup>ème</sup> concours.*

Le profil des candidats au concours interne d'AAH est plus ciblé qu'aux concours d'accès aux deux corps de direction (DH et D3S). En effet, les candidats sont majoritairement issus des deux corps de la catégorie B administrative hospitalière (ACH et AMA). Ils constituent 51% des candidats (89 sur 174) et 65,50% des lauréats (21 sur 32). Les personnels soignants et socio-éducatifs de la FPH sont bien représentés, ils constituent 11% des candidats (24 sur 174) et 15% des lauréats (4 sur 32).

## Le coût par candidat et par concours en 2013 (Directeurs et Attachés d'administration hospitalière)



Pour un total de 8 concours, le coût moyen est de 297,14€ par candidat inscrit (+ 5,37€) et de 412,94€ par candidat présent (+30,74€). Cette augmentation, par rapport à l'année précédente, s'explique notamment par l'introduction d'une épreuve écrite supplémentaire dans les concours de directeur d'hôpital et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

A cela s'ajoute l'augmentation du nombre de candidats inscrits (+ 25%) et l'augmentation du nombre de candidats admissibles induit par un nombre de places proposées plus important pour les concours de directeur d'hôpital et d'attaché d'administration hospitalière (+ 20 chacun).

Les 3 concours de DH, D3S et d'AAH se situent logiquement au-dessus de la moyenne puisqu'ils forment l'essentiel des candidats et sont, tous les trois, répartis sur cinq centres d'examen (Antilles, Lyon, Paris, Saint-Denis de la Réunion, Toulouse).

### ■ *Les chantiers d'innovation (Directeurs et Attachés d'administration hospitalière)*

#### ➤ *En lien avec le protocole d'accord du 29 juillet 2011*

Dans le prolongement du protocole d'accord signé le 29 juillet 2011 entre le ministère chargé de la santé et les organisations syndicales représentatives des personnels de direction (DH et D3S) et des directeurs des soins (DS), une réunion s'est tenue le 12 septembre 2013 entre la DGOS, le CNG et les organisations syndicales.

Elle a été consacrée au toilettage des statuts particuliers des deux corps de direction, avec pour le volet concours, l'introduction du 3<sup>ème</sup> concours pour les directeurs d'hôpital (DH) et les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), la fusion des cycles préparatoires des deux corps de direction et la suppression de la notion de cycle court et de cycle long remplacée par un cycle préparatoire d'un an aux concours internes de DH et de D3S et un cycle préparatoire d'un an aux troisièmes concours de DH et de D3S. Ces dispositions devraient être effectives en 2015.

La fusion des cycles préparatoires court et long est également envisagée pour les attachés d'administration hospitalière.

#### ➤ *En lien avec la sécurisation des concours nationaux administratifs*

Dans une optique de modernisation des processus et de sécurisation accrue des concours administratifs, un groupe-projet a été constitué pour réfléchir à la numérisation des copies et des corrigés, via une plateforme Internet accessible aux correcteurs par le biais d'un mot de passe sécurisé.

Une expérimentation a été lancée pour la numérisation des copies des épreuves du concours de directeur des soins (une centaine de candidats inscrits) pour assurer la correction par le jury (12 membres). Celle-ci a permis d'établir que le dispositif de dématérialisation des corrections était réalisable techniquement et qu'il apportait une réelle sécurité dans l'organisation du concours, puisqu'il supprime totalement le risque de perte des copies originales d'épreuve et rend plus facile l'adressage des copies aux candidats qui en formuleront la demande, sous forme de fichier.

Il permet en outre aux correcteurs d'entrer directement les notes et commentaires dans l'application dédiée et de partager de ce fait avec leur binôme les notes attribuées, sans avoir besoin de se déplacer.

Il est enfin interfacé avec le logiciel de gestion du concours national de directeur des soins pour supprimer les étapes de ressaisie des notes des correcteurs par les gestionnaires du CNG et prévenir les risques afférents.

L'expérimentation ayant été très positive, le CNG a souhaité étendre le dispositif à tous les concours nationaux administratifs qu'il gère. Pour ce faire, un marché global a été passé pour ces concours. La mise en œuvre de ce dispositif devrait être effective en 2014.

## Deuxième partie

### **2ème partie- La gestion des parcours professionnels des praticiens hospitaliers et des directeurs : une gestion promouvant une approche centrée sur les métiers, les compétences et les évolutions pour faire face aux mutations de l'environnement professionnel**

**2.1- Les corps de praticiens hospitaliers et de personnels enseignants et hospitaliers**

**2.2- Les corps de directeurs de la fonction publique hospitalière**



## 2ème partie- La gestion des parcours professionnels des praticiens hospitaliers et des directeurs : une gestion promouvant une approche centrée sur les métiers, les compétences et les évolutions pour faire face aux mutations de l'environnement professionnel

### 2.1- Les corps de praticiens hospitaliers et de personnels enseignants et hospitaliers

#### 2.1.1 Les praticiens hospitaliers (PH)

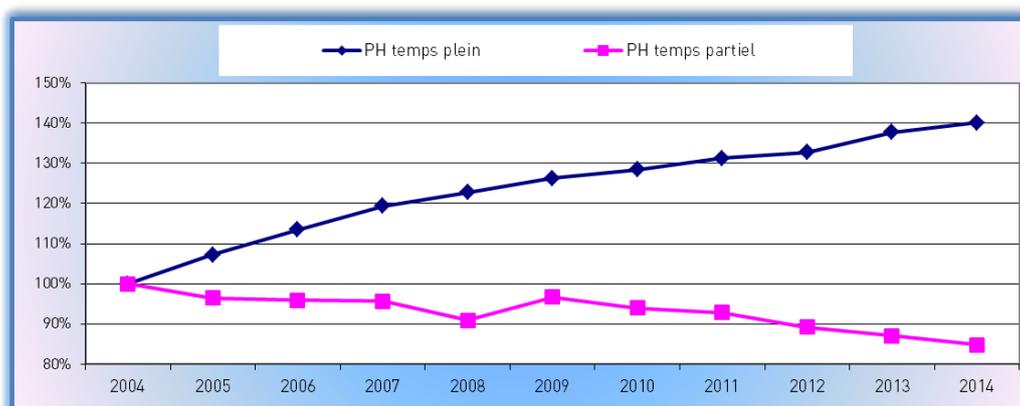
Au 1er janvier 2014, le centre national de gestion dénombre 42 783 praticiens hospitaliers (PH) en exercice, contre 42 267 praticiens hospitaliers au 01/01/2013, soit une hausse de +1,2 % imputable à la seule croissance de l'effectif des PH temps plein, qui passe de 37 160 au 01/01/2013 à 37 809 PH au 01/01/2014 (soit +1,8 %). L'effectif des PH temps partiel continue, quant à lui, de décroître, en passant de 5 107 à 4 974 sur la période considérée, soit une baisse de 2,6 %.

■ *L'évolution des effectifs rémunérés de praticiens hospitaliers par statut depuis 2004 (source : CNG-SIGMED)*

STATUT	Année 2004	Année 2014	Evolution 2004-2014		Evolution moyenne annuelle (en %)
			En effectif	En %	
PH temps plein	26 985	37 809	10 824	+40	+3,4
PH temps partiel	5 867	4 974	-893	-15	-1,6
<b>Ensemble des PH</b>	<b>32 852</b>	<b>42 783</b>	<b>9 931</b>	<b>+30</b>	<b>+2,7</b>

■ *PH temps plein :*

Sur la période 2004-2014, l'effectif des PH temps plein a progressé de 40 % (+10 824 PH). L'augmentation de l'effectif des PH temps plein reste quasi constante sur les dix dernières années, avec un taux moyen de croissance annuelle de 3,4 %.



Toutefois, la croissance des effectifs de praticiens hospitaliers ne se traduit pas pour autant par une évolution équivalente du temps médical à l'hôpital. En effet, l'augmentation des emplois de praticiens hospitaliers observée depuis 2002 résulte d'une part, de la création nette d'emplois de praticiens, liée notamment à la mise en place de l'ARTT, et, d'autre part, de la transformation d'emplois de praticiens hospitaliers temps partiel ou d'emplois de praticiens contractuels en emplois de praticiens hospitaliers temps plein.

### ■ *PH temps partiel :*

L'effectif des PH temps partiel poursuit, quant à lui, sa baisse progressive enclenchée depuis 2009 (-12,4 % en 5 ans) pour atteindre un effectif de 4 974 au 1er janvier 2014, soit une baisse de 15 % en 10 ans.

■ **La répartition des effectifs rémunérés des PH par typologie d'établissement (source : CNG-SIGMED)-(PH)**

Un tiers des PH temps plein et près d'un tiers de l'ensemble des PH (temps plein et temps partiel) exercent en CHU/CHR.

Ces proportions demeurent stables. Pour rappel, la part des PH temps plein exerçant en CHU/CHR au 1<sup>er</sup> janvier 2013 était de 33 % et de 27,5 % pour les PH temps partiel. Toutefois, les proportions varient selon la discipline ou la spécialité. En effet, si en moyenne 33,1 % des PH temps plein exercent en CHU/CHR, cette proportion est de 55,4% pour les anesthésistes réanimateurs, de 49% pour les biologistes et de 47,1% pour les odontologistes.

De même, si 28,7 % des PH temps partiel exercent en CHU/CHR, la part la plus importante est occupée par les biologistes (51,3 %) et les radiologues (47,2 %).

Typologie d'établissement	Discipline	PH temps plein (TP)			PH temps partiel (Tp)			Total PH tous statuts confondus		
		Effectifs	% <sup>1</sup>	% sur l'ensemble des PH TP	Effectifs	% <sup>1</sup>	% sur l'ensemble des PH Tp	Effectifs	% <sup>1</sup>	% sur l'ensemble des PH
Etablissement CHU/CHR	Anesthésie-réanimation	2 270	18,1	55,4	25	1,8	18,1	2295	16,5	54,2
	Biologie	888	7,1	49,0	61	4,3	51,3	949	6,8	49,1
	Chirurgie	1 386	11,1	29,3	218	15,3	24,1	1 604	11,5	28,5
	Médecine	6 192	49,5	32,9	822	57,6	32,3	7 014	50,3	32,8
	Odontologie	40	0,3	47,1	26	1,8	28,9	66	0,5	37,7
	Pharmacie	654	5,2	31,4	31	2,2	15,3	685	4,9	30,0
	Psychiatrie	578	4,6	12,0	109	7,6	15,8	687	4,9	12,5
	Radiologie et imagerie médicale	499	4,0	37,2	135	9,5	47,2	634	4,6	39,0
<b>Total Etablissements CHU/CHR</b>	<b>12 507</b>	<b>100</b>	<b>33,1</b>	<b>1 427</b>	<b>100</b>	<b>28,7</b>	<b>13 934</b>	<b>100</b>	<b>32,6</b>	
Etablissement CH	Anesthésie-réanimation	1829	7,2	44,6	113	3,2	81,9	1942	6,7	45,8
	Biologie	924	3,7	51,0	58	1,6	48,7	982	3,4	50,9
	Chirurgie	3 348	13,2	70,7	685	19,3	75,9	4 033	14,0	71,5
	Médecine	12 655	50,0	67,1	1 723	48,6	67,7	14 378	49,8	67,2
	Odontologie	45	0,2	52,9	64	1,8	71,1	109	0,4	62,3
	Pharmacie	1 428	5,6	68,6	172	4,8	84,7	1 600	5,5	70,0
	Psychiatrie	4 232	16,7	88,0	581	16,4	84,2	4 813	16,7	87,5
	Radiologie et imagerie médicale	841	3,3	62,8	151	4,3	52,8	992	3,4	61,0
<b>Total Etablissements CH</b>	<b>25 302</b>	<b>100</b>	<b>66,9</b>	<b>3 547</b>	<b>100</b>	<b>71,3</b>	<b>28 849</b>	<b>100</b>	<b>67,4</b>	
Total	Anesthésie-réanimation	4099	10,8	100	138	2,8	100	4237	9,9	100
	Biologie	1 812	4,8	100	119	2,4	100	1 931	4,5	100
	Chirurgie	4 734	12,5	100	903	18,2	100	5 637	13,2	100
	Médecine	18 847	49,8	100	2 545	51,2	100	21 392	50,0	100
	Odontologie	85	0,2	100	90	1,8	100	175	0,4	100
	Pharmacie	2 082	5,5	100	203	4,1	100	2 285	5,3	100
	Psychiatrie	4 810	12,7	100	690	13,9	100	5 500	12,9	100
	Radiologie et imagerie médicale	1 340	3,5	100	286	5,7	100	1 626	3,8	100
<b>Ensemble</b>	<b>37 809</b>		<b>100</b>	<b>4 974</b>		<b>100</b>	<b>42 783</b>		<b>100</b>	
<b>Proportion de PH exerçant en CHU-CHR (en %)</b>				<b>33,1</b>			<b>28,7</b>		<b>32,6</b>	

{1}% dans la structure

Lecture : 49,5 % des PH temps plein des CHU/CHR exercent en médecine

■ **PH temps plein :**

75 % des effectifs rémunérés de PH temps plein se concentrent sur trois disciplines : la médecine (49,8 %) et à quasi-parité, la psychiatrie (12,7 %) et la chirurgie (12,5 %).

■ **PH temps partiel :**

Ces trois disciplines ou spécialités regroupent 83,2 % des effectifs de PH temps partiel.

***La répartition des effectifs rémunérés des PH par spécialité au 01/01/2014 (source : CNG-SIGMED)***

Disciplines	Spécialités	PH Temps plein		PH Temps partiel		Total PH		Part des PH Temps plein
		Effectif	% <sup>1</sup>	Effectif	% <sup>1</sup>	Effectif	% <sup>1</sup>	
<b>Biologie</b>	<b>Total Biologie</b>	<b>1 812</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>1 931</b>	<b>100</b>	<b>93,8</b>
<b>Chirurgie</b>	chirurgie générale	356	7,5	16	1,8	372	6,6	95,7
	chirurgie infantile	151	3,2	18	2,0	169	3,0	89,3
	chirurgie maxillo-faciale	46	1,0	17	1,9	63	1,1	73,0
	chirurgie orthopédique et traumatologique	822	17,4	52	5,8	874	15,5	94,1
	chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	45	1,0	25	2,8	70	1,2	64,3
	chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	132	2,8	14	1,6	146	2,6	90,4
	chirurgie urologique	239	5,0	28	3,1	267	4,7	89,5
	chirurgie vasculaire	117	2,5	14	1,6	131	2,3	89,3
	chirurgie viscérale et digestive	614	13,0	41	4,5	655	11,6	93,7
	gynécologie et obstétrique	1 466	31,0	209	23,1	1 675	29,7	87,5
	neurochirurgie	133	2,8	1	0,1	134	2,4	99,3
	ophtalmologie	253	5,3	172	19,0	425	7,5	59,5
	oto-rhino-laryngologie	328	6,9	233	25,8	561	10,0	58,5
	stomatologie	32	0,7	63	7,0	95	1,7	33,7
	<b>Total Chirurgie</b>	<b>4 734</b>	<b>100</b>	<b>903</b>	<b>100</b>	<b>5 637</b>	<b>100</b>	<b>84,0</b>
<b>Médecine</b>	anatomie et cytologie pathologiques	293	1,3	67	2,5	360	1,4	81,4
	anesthésie-réanimation	4 099	17,9	138	5,1	4 237	16,5	96,7
	cardiologie et maladies vasculaires	1 131	4,9	245	9,1	1 376	5,4	82,2
	dermatologie et vénéréologie	170	0,7	58	2,2	228	0,9	74,6
	endocrinologie et métabolisme	389	1,7	64	2,4	453	1,8	85,9
	explorations fonctionnelles	52	0,2	16	0,6	68	0,3	76,5
	gastro-entérologie et hépatologie	791	3,4	134	5,0	925	3,6	85,5
	génétique médicale	70	0,3	4	0,1	74	0,3	94,6
	gériatrie	1 873	8,2	203	7,6	2 076	8,1	90,2
	hématologie	257	1,1	10	0,4	267	1,0	96,3
	hémobiologie transfusion	172	0,7	5	0,2	177	0,7	97,2
	hygiène hospitalière	165	0,7	26	1,0	191	0,7	86,4
	immunologie clinique	7	0,0	3	0,1	10	0,0	70,0
	maladies infectieuses, maladies tropicales	177	0,8	7	0,3	184	0,7	96,2
	médecine de la reproduction et gynécologie médicale	18	0,1	16	0,6	34	0,1	52,9
	médecine d'urgence	3 912	17,0	393	14,6	4 305	16,8	90,9
	médecine du travail	55	0,2	5	0,2	60	0,2	91,7
	médecine générale	2 816	12,3	500	18,6	3 316	12,9	84,9
	médecine interne	575	2,5	19	0,7	594	2,3	96,8
	médecine légale	66	0,3	14	0,5	80	0,3	82,5
	médecine physique et de réadaptation	336	1,5	47	1,8	383	1,5	87,7
	néphrologie	477	2,1	33	1,2	510	2,0	93,5
	neurologie	713	3,1	98	3,7	811	3,2	87,9
	oncologie médicale	214	0,9	16	0,6	230	0,9	93,0
	oncologie radiothérapie	127	0,6	13	0,5	140	0,5	90,7
	pédiatrie	2 014	8,8	344	12,8	2 358	9,2	85,4
	pharmacologie clinique et toxicologie	44	0,2	6	0,2	50	0,2	88,0
	pneumologie	752	3,3	109	4,1	861	3,4	87,3
	réanimation médicale	485	2,1	4	0,1	489	1,9	99,2
	rhumatologie	257	1,1	64	2,4	321	1,3	80,1
santé publique	439	1,9	22	0,8	461	1,8	95,2	
	<b>Total Médecine</b>	<b>22 946</b>	<b>100</b>	<b>2 683</b>	<b>100</b>	<b>25 629</b>	<b>100</b>	<b>89,5</b>
<b>Odontologie</b>	<b>Total Odontologie polyvalente</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>48,6</b>
<b>Pharmacie</b>	<b>Total Pharmacie polyvalente et hospitalière</b>	<b>2 082</b>	<b>100</b>	<b>203</b>	<b>100</b>	<b>2 285</b>	<b>100</b>	<b>91,1</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>Total Psychiatrie polyvalente</b>	<b>4 810</b>	<b>100</b>	<b>690</b>	<b>100</b>	<b>5 500</b>	<b>100</b>	<b>87,5</b>
<b>Radiologie et imagerie médicale</b>	médecine nucléaire	143	10,7	12	4,2	155	9,5	92,3
	radiologie	1 197	89,3	274	95,8	1 471	90,5	81,4
	<b>Total Radiologie et imagerie médicale</b>	<b>1 340</b>	<b>100</b>	<b>286</b>	<b>100</b>	<b>1 626</b>	<b>100</b>	<b>82,4</b>
<b>Effectif total</b>		<b>37 809</b>	<b>100</b>	<b>4 974</b>	<b>100</b>	<b>42 783</b>	<b>100</b>	<b>88,4</b>

(1)- % dans la discipline

### ■ Un exercice temps plein dominant :

Près de neuf PH sur dix sont temps plein, quelle que soit la discipline, à l'exception de l'odontologie où leur proportion est plus limitée (48,6 %).

Cependant, des disparités existent d'une spécialité à l'autre, au sein d'une même discipline. En chirurgie par exemple, c'est en stomatologie que la part des PH temps plein est la plus faible avec 33,7 %.

Concernant la médecine, la part des PH temps plein varie de 52,9 % (médecine de la reproduction et gynécologie médicale) à 99,2 % (réanimation médicale). L'anesthésie-réanimation qui représente 18 % de la médecine est exercée à près de 97 % par des PH temps plein.

#### 2.1.1.1- Les effectifs rémunérés des PH par sexe et par tranche d'âges au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (source : CNG-SIGMED)- (PH)

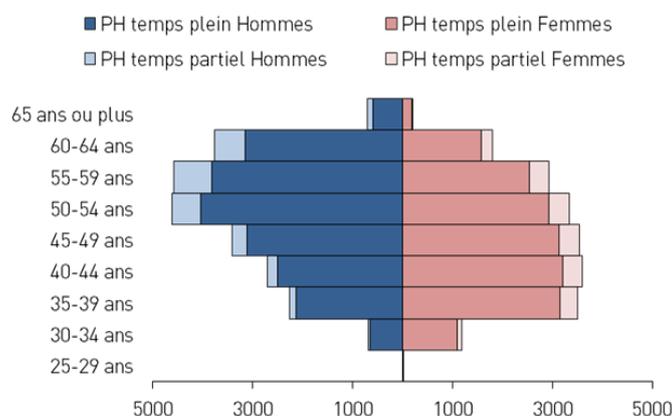
##### PH temps plein :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'âge moyen de l'ensemble des PH temps plein est équivalent à celui de 2013 (49,5 ans). Cependant, on observe une hausse de la part des moins de 40 ans qui passent de 18 % en 2013 (6 692 PH temps plein) à 18,6 % en 2014 (7 015 PH temps plein).

##### PH temps partiel :

L'âge moyen des PH à temps partiel a, quant à lui, diminué, passant de 52,3 ans en 2013 à 51,9 ans en 2014 (soit 5 mois de moins).

Tranche d'âges	PH temps plein				PH temps partiel			
	Femme	Homme	Ensemble	Sex-ratio	Femme	Homme	Ensemble	Sex-ratio
25-29 ans	5	0	5	0	-	-	-	-
30-34 ans	1 093	649	1 742	0,6	86	30	116	0,3
35-39 ans	3 144	2 124	5 268	0,7	357	130	487	0,4
40-44 ans	3 215	2 505	5 720	0,8	378	199	577	0,5
45-49 ans	3 137	3 106	6 243	1,0	406	310	716	0,8
50-54 ans	2 931	4 040	6 971	1,4	396	575	971	1,5
55-59 ans	2 542	3 822	6 364	1,5	379	750	1 129	2,0
60-64 ans	1 573	3 152	4 725	2,0	224	611	835	2,7
65 ans ou plus	181	590	771	3,3	31	112	143	3,6
<b>Ensemble</b>	<b>17 821</b>	<b>19 988</b>	<b>37 809</b>	<b>1,1</b>	<b>2 257</b>	<b>2 717</b>	<b>4 974</b>	<b>1,2</b>
<b>%</b>	<b>47,1</b>	<b>52,9</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>45,4</b>	<b>54,6</b>	<b>100</b>	<b>-</b>
<b>Age moyen</b>	47,7 ans	51,2 ans	49,5 ans	-	48,8 ans	54,5 ans	51,9 ans	-
<b>Age médian</b>	47,3 ans	52,0 ans	49,9 ans	-	48,8 ans	55,8 ans	53,0 ans	-

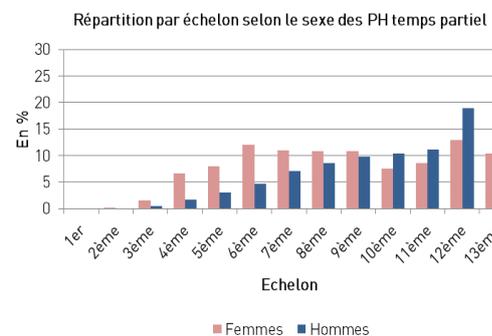
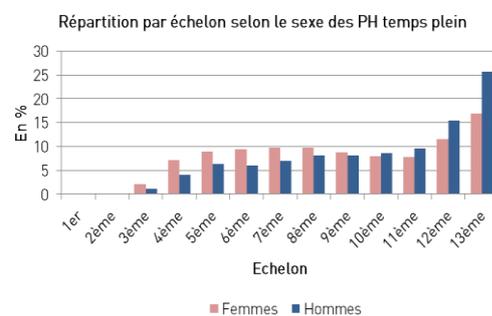


Quel que soit le statut (temps plein ou temps partiel), la part des femmes poursuit la progression engagée au cours des dernières années. Elle passe de 46,3 % en 2013 à 47,1 % en 2014 (soit +0,8 point) pour les PH temps plein et de 43,6 % en 2013 à 45,4 % en 2014 (soit +1,8 point) pour les PH temps partiel. Cinq ans auparavant, leur proportion était respectivement de 42,5 % et 41,3 %, soit 4,6 points de moins pour les PH temps plein et 4,1 points de moins pour les PH temps partiel. Quel que soit le statut, le sex-ratio progresse avec l'âge. Alors que les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans les classes d'âges les plus jeunes, le rapport s'inverse au-delà de 50 ans.

### ■ La répartition des PH par échelon selon le sexe au 01/01/2014 (source : CNG-SIGMED) - (PH)

Un peu plus de 20 % des PH temps plein sont positionnés au 13<sup>ème</sup> échelon. Cette proportion est de 18,1 % pour les PH temps partiel. Cependant, on observe entre les hommes et les femmes des disparités qui sont conformes à ce que laisse présager la pyramide des âges. En effet, alors que les femmes PH temps plein sont 16,9 % à être positionnées au 13<sup>ème</sup> échelon, les hommes sont 25,6 %. Pour les PH temps partiel, les femmes sont 10,3 % au 13<sup>ème</sup> échelon, contre 24,5 % pour les hommes. Près de la moitié des femmes se situe en-dessous du 9<sup>ème</sup> échelon pour les PH temps plein, tandis que deux tiers des hommes se concentrent entre le 9<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> échelon.

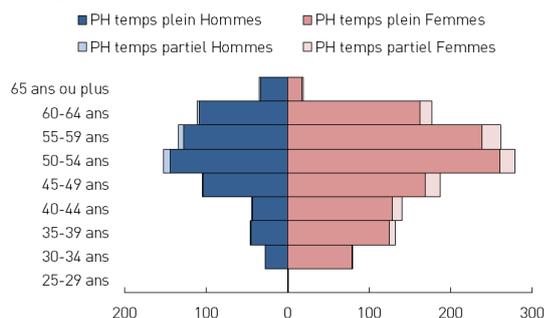
Echelon	PH temps plein			PH temps partiel		
	Femme (en %)	Homme (en %)	Ensemble (en %)	Femme (en %)	Homme (en %)	Ensemble (en %)
1er échelon	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2ème échelon	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
3ème échelon	2,2	1,1	1,6	1,5	0,5	1,0
4ème échelon	7,1	4,1	5,5	6,6	1,7	3,9
5ème échelon	9,0	6,4	7,6	7,9	3,0	5,2
6ème échelon	9,3	6,1	7,6	12,0	4,7	8,0
7ème échelon	9,7	7,0	8,3	11,0	7,0	8,8
8ème échelon	9,8	8,1	8,9	10,8	8,5	9,5
9ème échelon	8,8	8,2	8,5	10,8	9,8	10,2
10ème échelon	7,9	8,6	8,3	7,6	10,3	9,1
11ème échelon	7,7	9,5	8,7	8,5	11,1	9,9
12ème échelon	11,5	15,4	13,5	12,9	18,9	16,2
13ème échelon	16,9	25,6	21,5	10,3	24,5	18,1
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Effectif</b>	<b>17 821</b>	<b>19 988</b>	<b>37 809</b>	<b>2 257</b>	<b>2 717</b>	<b>4 974</b>



### ■ Les pyramides des âges selon la discipline au 01/01/2014 (source : CNG-SIGMED) - (PH)

L'année 2014 se distingue par une stabilisation de la part des femmes dans les disciplines où elles sont majoritaires et une augmentation de leur part dans les disciplines à dominante masculine.

#### Biologie :

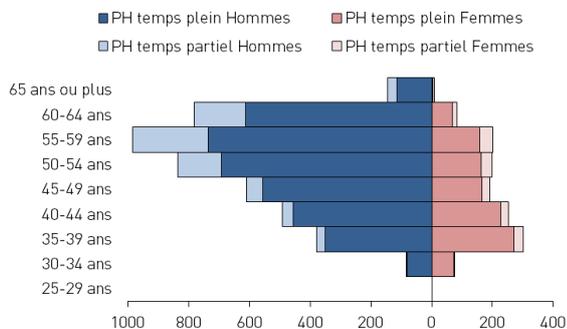


La biologie reste à dominante féminine. La part des femmes entre 2013 et 2014 est quasi-identique, que ce soit chez les PH temps plein (65 %) ou chez les PH temps partiel (81,5 %).

Age moyen = 51,2 ans en 2014, contre 51,5 ans en 2013

Age médian = 52,3 ans en 2014, contre 52,4 ans en 2013

## Chirurgie :

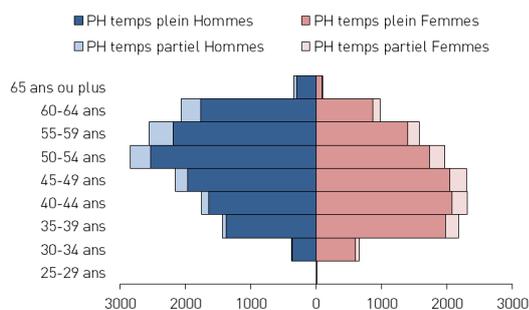


Si les hommes restent nettement majoritaires, leur part a légèrement diminué entre 2013 et 2014. En effet, la part des hommes chez les PH temps plein était de 77,3 % en 2013, contre 76,1 % en 2014 et chez les PH temps partiel de 80,6 % en 2013, contre 80 % en 2014.

**Age moyen** = 51,1 ans en 2014, contre 51,3 ans en 2013

**Age médian** = 52,1 ans en 2014, contre 52,4 ans en 2013

## Médecine :

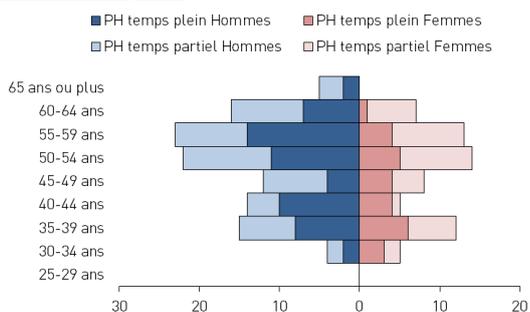


La médecine est une discipline à majorité masculine mais dont la part des hommes diminue, en passant de 53,9 % en 2013 à 52,9 % en 2014 chez les PH temps plein et de 54,3 % en 2013 à 52,3 % en 2014 chez les PH temps partiel.

**Age moyen** = 49,4 ans en 2014, contre 49,3 ans en 2013

**Age médian** = 49,6 ans en 2014, contre 49,3 ans en 2013

## Odontologie :

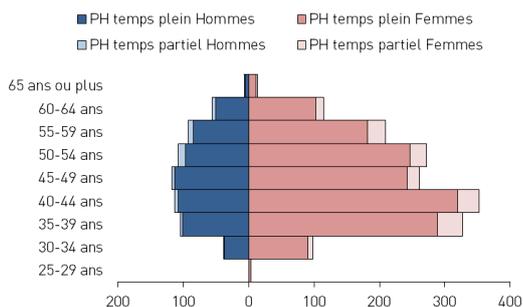


L'odontologie, à dominante masculine (68,2 % chez les PH temps plein et 58,9 % chez les PH temps partiel), est une discipline atypique par sa part majoritaire de PH exerçant à temps partiel (51,4 %). Pour rappel, cette proportion était de 51,7 % en 2013. Après avoir connu un recul de -1,9 point entre 2012 et 2013, le repli se confirme en 2014 (-0,3 point entre 2013 et 2014).

**Age moyen** = 50,3 ans en 2014, contre 49,7 ans en 2013

**Age médian** = 51,7 ans en 2014, contre 51,4 ans en 2013

## Pharmacie :

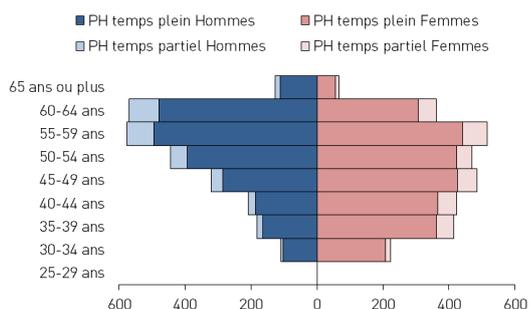


La pharmacie reste à dominante féminine, quel que soit le statut. La part des femmes est quasi-stable en 2014 par rapport à 2013 (71,3 %). En revanche, leur part a diminué de -1,9 point entre 2013 et 2014 chez les PH temps partiel, passant de 83,2 % à 81,3 %.

**Age moyen** = 47,1 ans en 2014, identique à l'âge moyen de 2013

**Age médian** = 46,4 ans en 2014, contre 45,8 ans en 2013

## Psychiatrie :

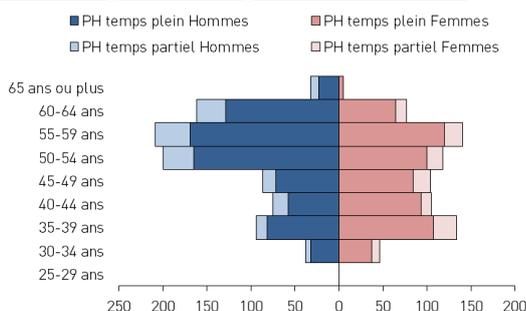


Les femmes sont majoritaires dans cette discipline. Quel que soit le statut, leur part a progressé entre 2013 (53,2 %) et 2014 (53,8 %), soit une augmentation de +0,6 point.

**Age moyen** = 51,0 ans en 2014, identique à l'âge moyen de 2013

**Age médian** = 52,1 ans en 2014, quasi-identique à celui de 2013 (52,0 ans)

## Radiologie et imagerie médicale :



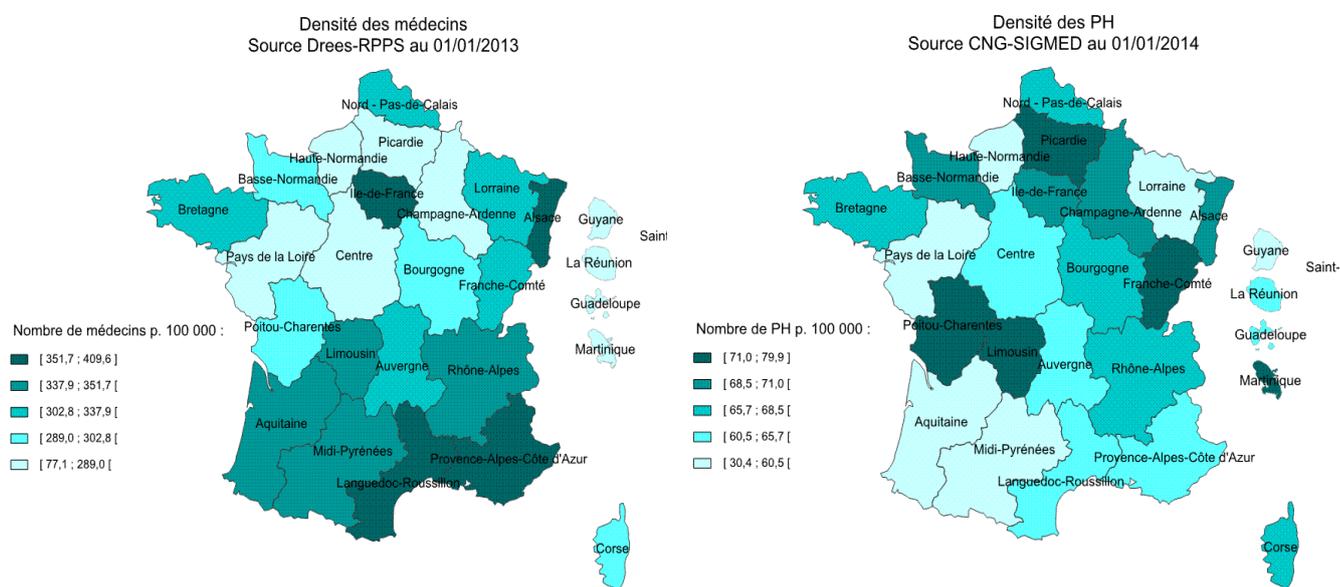
La discipline radiologie et imagerie médicale est à dominante masculine, malgré le recul de la part des hommes observé quel que soit le statut. Pour les PH temps plein, la part des hommes passe en effet de 54,9 % en 2013 à 54,5 % en 2014 (soit 0,4 point de moins), et pour les PH temps partiel de 63,4 % en 2013 à 58,4 % en 2014 (soit 5 points de moins).

**Age moyen** = 50,6 ans en 2014, contre 50,9 ans en 2013

**Age médian** = 52,0 ans en 2014, contre 51,6 ans en 2013

## ■ La densité et effectifs rémunérés des PH par région (source : CNG-SIGMED) -(PH)

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) confirme la concentration des médecins dans les régions du sud de la France, l'Île-de-France et l'Alsace.



## ■ Les régions les plus dotées en PH :

La Martinique reste la région la mieux dotée (79,9 PH pour 100 000 habitants), et ce, malgré une baisse des effectifs de PH de 5,9 % pour les PH temps plein et de 4,2 % pour les PH temps partiel. Elle est suivie par le Limousin (79,6 PH pour 100 000 habitants), la Franche-Comté (76,8), la Picardie (71) et la Champagne-Ardenne (70,7).

## ■ Les régions les moins dotées en PH :

14 régions ont une densité inférieure à celle observée au niveau national qui est de 65,5 PH pour 100 000 habitants. La région ayant la densité la plus faible est Mayotte, avec 30,4 PH pour 100 000 habitants.

## ■ La densité en médecins et en PH :

Selon les données de la Drees, l'Île-de-France et la région PACA sont deux régions à forte densité médicale avec respectivement, 398,6 et 409,6 médecins pour 100 000 habitants. Si l'Île-de-France est la région la mieux dotée en médecins spécialistes, avec 243,8 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, la région PACA reste la mieux dotée en médecins généralistes, avec 184,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Mayotte est la région la moins bien dotée, avec 77,1 médecins pour 100 000 habitants, dont 48,9 généralistes et 28,2 spécialistes pour 100 000 habitants.

La comparaison faite entre le nombre de PH pour 100 000 habitants recensés dans CNG-SIGMED et celle des médecins recensés dans le RPPS montre que les régions bien dotées en PH par rapport à la moyenne nationale ne sont pas forcément celles qui sont le mieux dotées en médecins tous secteurs d'activité confondus, comme la Martinique par exemple. Inversement, celles qui sont le mieux dotées en médecins ne le sont pas forcément en PH (exemple de la région Midi-Pyrénées).

Quatre régions ont une densité supérieure à la moyenne nationale, tant pour les PH que pour l'ensemble des médecins, quel que soit leur secteur d'exercice. Il s'agit de l'Alsace, de l'Ile-de-France, du Limousin et de Rhône-Alpes. A l'inverse, 9 régions se situent à un niveau inférieur qu'il s'agisse des PH ou de l'ensemble des médecins pour 100 000 habitants. Les régions concernées sont : l'Auvergne, le Centre, la Haute-Normandie, la Lorraine, les Pays de la Loire et l'ensemble des régions d'Outre-Mer, à l'exception de la Martinique. L'évolution des effectifs très hétérogène selon les régions, observée entre 2012 et 2013, se confirme entre 2013 et 2014, quel que soit le statut. Ainsi, si les effectifs de PH temps plein progressent dans 18 régions de France métropolitaine, ils diminuent dans les 4 régions restantes. Dans les régions d'Outre-Mer, seule La Réunion enregistre une augmentation du nombre de PH temps plein (+2,5 %). Onze régions se situent au-dessus de la progression nationale (1,7 %) pour les PH temps plein. La baisse des effectifs de PH temps partiel varie d'une région à l'autre, allant de -0,6 % dans les Pays de la Loire à -18,1 % en Auvergne. Six régions se démarquent avec des taux de croissance positifs qui vont de +2,2 % (PACA) à +22,2 % (Corse).

## ■ La densité en PH et médecins

Régions	Source CNG-SIGMED au 01/01/2014						Source Drees – RPPS* au 01/01/2013		
	PH temps plein	PH temps partiel	Ensemble	Nombre de PH p. 100 000	Evolution PH temps plein entre 2013 et 2014 (en %)	Evolution PH temps partiel entre 2013 et 2014 (en %)	Densité des médecins p. 100 000	Densité des médecins généralistes p. 100 000	Densité des médecins spécialistes p. 100 000
Alsace	1 221	65	1 286	69,2	+3,0	+0,0	351,7	159,7	192,0
Aquitaine	1 705	147	1 852	56,3	+3,1	-3,9	351,5	170,5	180,9
Auvergne	791	86	877	64,8	+2,1	-18,1	304,7	153,1	151,6
Basse-Normandie	923	91	1 014	68,5	+4,4	-7,1	290,6	147,6	143,0
Bourgogne	980	127	1 107	67,2	+0,2	0,0	289,0	141,7	147,3
Bretagne	1 998	163	2 161	66,5	+0,7	-1,2	309,6	154,8	154,7
Centre	1 516	137	1 653	64,5	+1,3	0,0	266,8	131,0	135,7
Champagne-Ardenne	826	116	942	70,7	+1,7	-4,9	283,0	145,0	138,0
Corse	189	22	211	66,7	-6,4	22,2	297,2	153,2	144,0
Franche-Comté	796	110	906	76,8	+1,7	-6,8	302,8	158,1	144,7
Haute-Normandie	990	112	1 102	59,5	+1,9	+2,8	273,4	136,5	136,9
Ile-de-France	6 809	1 427	8 236	69,1	+1,1	-3,4	398,6	154,7	243,8
Languedoc-Roussillon	1 455	169	1 624	60,5	+2,8	+7,6	366,5	175,1	191,5
Limousin	536	58	594	79,6	-0,6	-14,7	338,2	174,3	163,9
Lorraine	1 254	149	1 403	59,5	-0,4	-3,2	304,1	148,3	155,8
Midi-Pyrénées	1 535	221	1 756	59,9	+2,0	+4,2	346,5	167,4	179,1
Nord - Pas-de-Calais	2 443	302	2 745	67,8	+4,1	-5,0	308,4	155,2	153,2
Pays de la Loire	1 879	160	2 039	56,2	+1,0	-0,6	281,6	142,4	139,2
Picardie	1 212	155	1 367	71,0	-1,0	-7,7	257,7	134,2	123,5
Poitou-Charentes	1 208	94	1 302	72,7	+0,2	-4,1	294,3	156,2	138,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 693	471	3 164	64,3	+2,4	+2,2	409,6	184,3	225,3
Rhône-Alpes	3 656	513	4 169	65,7	+4,3	-4,1	337,9	158,0	179,9
<b>France métropolitaine</b>	<b>36 615</b>	<b>4 895</b>	<b>41 510</b>	<b>65,5</b>	<b>+1,9</b>	<b>-2,6</b>	<b>336,3</b>	<b>156,3</b>	<b>180,0</b>
Guadeloupe	243	19	262	64,9	-2,8	-5,0	249,8	123,8	126,0
Guyane	104	4	108	45,1	-1,0	0,0	209,2	129,5	79,8
Martinique	289	23	312	79,9	-5,9	-4,2	255,1	122,4	132,7
La Réunion	490	33	523	62,4	+2,5	0,0	286,3	153,0	133,3
Mayotte	66	0	66	30,4	-2,9	-	77,1	48,9	28,2
Saint-Pierre-et-Miquelon	2	0	2	32,9	-33,3	-	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>France entière</b>	<b>37 809</b>	<b>4 974</b>	<b>42 783</b>	<b>65,3</b>	<b>+1,7</b>	<b>-2,6</b>	<b>333,3</b>	<b>155,4</b>	<b>177,9</b>

\*La Drees exploite pour la deuxième année consécutive les données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Ces données ne sont donc comparables qu'aux données de l'année 2013 (source Adeli)

■ **L'occupation statutaire des postes de PH par région au 01/01/2014 (source : CNG-SIGMED) (PH)**

**PH temps plein :**

Après avoir amorcé une légère baisse en 2013 (-0,5 point entre 2012 et 2013), le taux de vacance statutaire des PH temps plein reprend sa progression, passant de 23,7 % en 2013 à 24,6 % en 2014 (+0,9 point). Seules 4 régions enregistrent une diminution, allant de -0,1 point à -1,1 point. Il s'agit de l'Auvergne, la Basse-Normandie, PACA et l'Aquitaine. 7 régions se démarquent avec des taux de vacance statutaire supérieurs à 30 % : le Limousin (30,2 %), la Picardie (31,9 %) la Basse-Normandie (34,6 %) et les DOM-TOM, à l'exception de la Réunion, avec des taux allant de 37,3 % à 46,9 %.

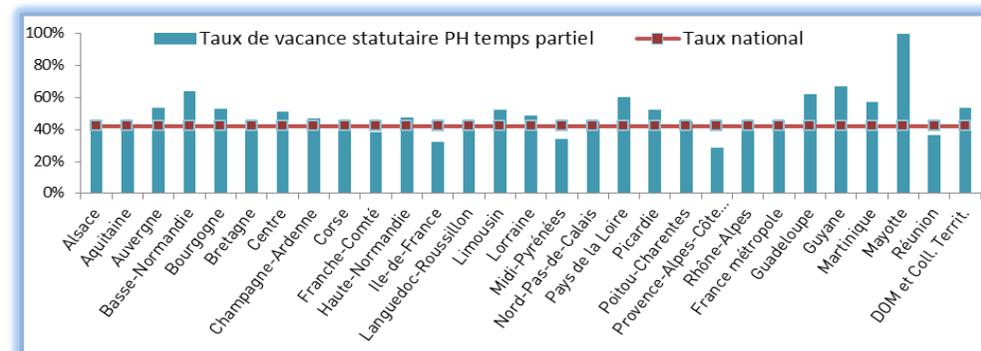
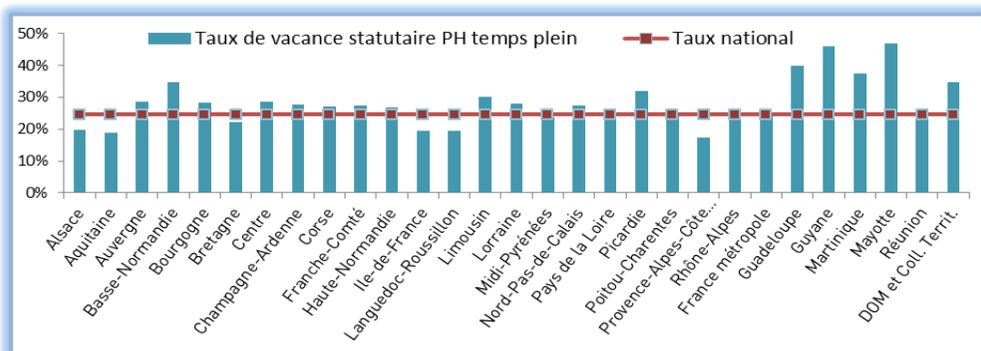
Régions	PH Temps plein				PH Temps partiel			
	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2013 et 2014	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2013 et 2014
Alsace	1 519	1 218	19,8%	0,5	118	65	44,9%	-0,5
Aquitaine	2 098	1 705	18,7%	-1,1	251	147	41,4%	1,4
Auvergne	1 100	786	28,5%	-0,1	186	86	53,8%	7,3
Basse-Normandie	1 407	920	34,6%	-0,1	253	91	64,0%	3,2
Bourgogne	1 364	980	28,2%	1,6	268	126	53,0%	-1,8
Bretagne	2 562	1 996	22,1%	2,2	271	163	39,9%	-2,5
Centre	2 114	1 507	28,7%	1,3	281	137	51,2%	1,6
Champagne-Ardenne	1 143	825	27,8%	0,7	217	116	46,5%	2,8
Corse	259	189	27,0%	7,2	37	22	40,5%	-12,1
Franche-Comté	1 095	796	27,3%	0,6	179	110	38,5%	1,3
Haute-Normandie	1 349	987	26,8%	0,2	209	110	47,4%	-2,6
Ile-de-France	8 392	6 749	19,6%	0,8	2 087	1 420	32,0%	2,5
Languedoc-Roussillon	1 788	1 441	19,4%	1,0	284	166	41,5%	-4,3
Limousin	765	534	30,2%	2,5	120	57	52,5%	4,0
Lorraine	1 734	1 250	27,9%	1,6	289	149	48,4%	-0,6
Midi-Pyrénées	1 992	1 519	23,7%	1,7	334	221	33,8%	-1,9
Nord-Pas-de-Calais	3 360	2 437	27,5%	0,5	546	302	44,7%	0,1
Pays de la Loire	2 528	1 872	25,9%	0,4	403	160	60,3%	-0,8
Picardie	1 777	1 211	31,9%	1,3	327	155	52,6%	4,5
Poitou-Charentes	1 600	1 208	24,5%	1,7	171	94	45,0%	1,0
PACA	3 275	2 711	17,2%	-0,1	660	470	28,8%	-0,2
Rhône-Alpes	4 869	3 598	26,1%	0,6	880	507	42,4%	2,0
<b>France métropolitaine</b>	<b>48 090</b>	<b>36 439</b>	<b>24,2%</b>	<b>0,8</b>	<b>8 371</b>	<b>4 874</b>	<b>41,8%</b>	<b>0,9</b>
Guadeloupe	399	240	39,8%	3,3	50	19	62,0%	3,7
Guyane	192	104	45,8%	0,6	12	4	66,7%	-2,6
Martinique	461	289	37,3%	4,1	54	23	57,4%	0,3
Mayotte	128	68	46,9%	2,6	2		100,0%	0,0
Réunion	626	481	23,2%	2,8	52	33	36,5%	1,2
<b>DOM et Coll. Territ.</b>	<b>1 806</b>	<b>1 182</b>	<b>34,6%</b>	<b>2,9</b>	<b>170</b>	<b>79</b>	<b>53,5%</b>	<b>1,2</b>
<b>France entière</b>	<b>49 896</b>	<b>37 621</b>	<b>24,6%</b>	<b>0,9</b>	<b>8 541</b>	<b>4 953</b>	<b>42,0%</b>	<b>0,9</b>

[\*] Taux de vacance statutaire : ces données, à utiliser avec précaution, sont une photographie à un moment donné : le nombre de postes vacants variant de façon importante selon le moment où la statistique est produite. Les postes vacants peuvent être occupés par des temporaires, le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel.

**PH temps partiel :**

Le taux de vacance statutaire des PH temps partiel poursuit, quant à lui, sa progression, en passant de 41,1 % en 2013 à 42 % en 2014, soit +0,9 point. 18 régions enregistrent des taux de vacance statutaire bien au-dessus du taux national (42 %), atteignant même pour certaines des taux supérieurs à 60 % (en France métropole, la Basse-Normandie enregistre un taux de vacance statutaire de 64 % et la Picardie, 60,3 %).

11 régions ont, toutefois, amorcé une légère diminution du taux de vacance statutaire entre 2013 et 2014, avec une variation allant de -0,2 point en région PACA à -12,1 points en Corse.



■ **Le tableau des emplois médicaux par discipline au 1er janvier 2014 (source : CNG-SIGMED) (PH)**

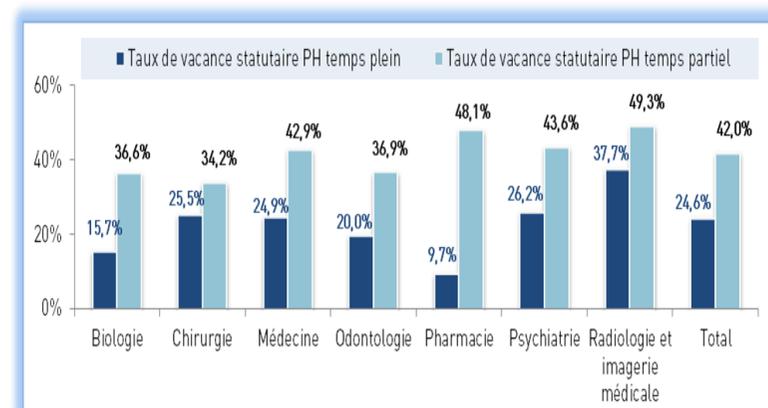
**PH temps plein :**

Le tableau des emplois par discipline affiche une légère hausse du taux de vacance statutaire pour les PH temps plein dans toutes les disciplines. La radiologie-imagerie médicale reste la discipline qui affiche le taux de vacance statutaire le plus élevé chez les PH temps plein (37,7%). A l'inverse, le plus faible taux est enregistré pour la pharmacie (9,7%).

**PH temps partiel :**

Le taux de vacance statutaire a progressé dans toutes les disciplines, à l'exception de la biologie (-1,7 point) et de l'odontologie (-3,8 points). La radiologie devient également la discipline qui connaît le plus fort taux de vacance statutaire chez les PH temps partiel, avec 49,3%. Quelle que soit la discipline, le taux de vacance statutaire reste toujours plus élevé pour les PH temps partiel que pour les PH temps plein.

Discipline	PH temps plein				PH temps partiel			
	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2013 et 2014	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2012 et 2013
Biologie	2 115	1 784	15,7%	0,5	191	121	36,6%	-1,7
Chirurgie	6 318	4 709	25,5%	0,9	1 370	902	34,2%	1,0
Médecine	30 456	22 872	24,9%	1,1	4 673	2 669	42,9%	0,8
Odontologie	105	84	20,0%	1,2	141	89	36,9%	-3,8
Pharmacie	2 277	2 057	9,7%	0,4	389	202	48,1%	2,6
Psychiatrie	6 477	4 777	26,2%	0,4	1 211	683	43,6%	1,6
Radiologie et imagerie médicale	2 148	1 338	37,7%	1,0	566	287	49,3%	1,0
<b>Total</b>	<b>49 896</b>	<b>37 621</b>	<b>24,6%</b>	<b>0,9</b>	<b>8 541</b>	<b>4 953</b>	<b>42,0%</b>	<b>0,9</b>



(\*) Taux de vacance statutaire : ces données, à utiliser avec précaution, sont une photographie à un moment donné : le nombre de postes vacants variant de façon importante selon le moment où la statistique est produite. Les postes vacants peuvent être occupés par des temporaires, le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel

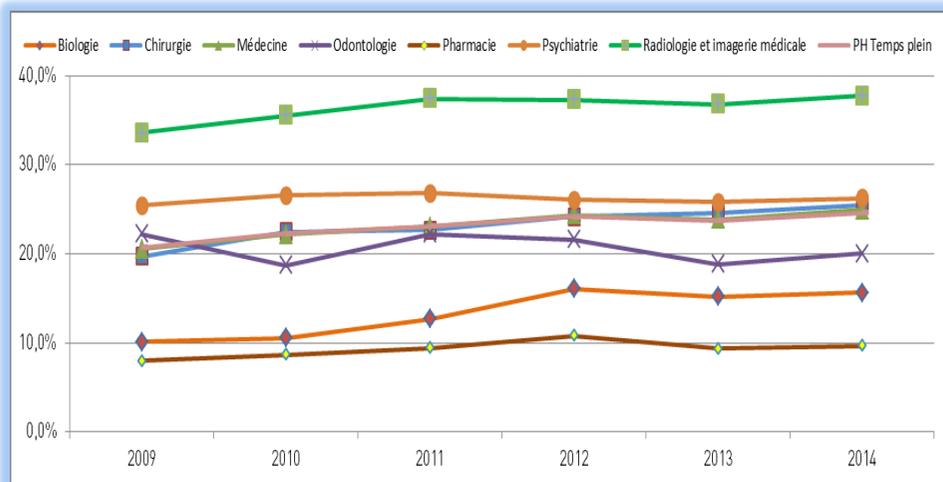
### PH temps plein :

Toutes disciplines confondues, l'augmentation enregistrée est en 5 ans de 3,9 points pour les PH temps plein, avec un quasiment doublement (6 pts) pour les PH temps partiel. Le taux de vacance statutaire en chirurgie se confond avec le taux national des PH temps plein, quelle que soit l'année. On observe une relative progression sur l'ensemble des spécialités, à l'exception de l'odontologie qui diminue (-2,2 pts en 5 ans) et de la psychiatrie qui progresse dans de plus faibles proportions (+0,8 pt).

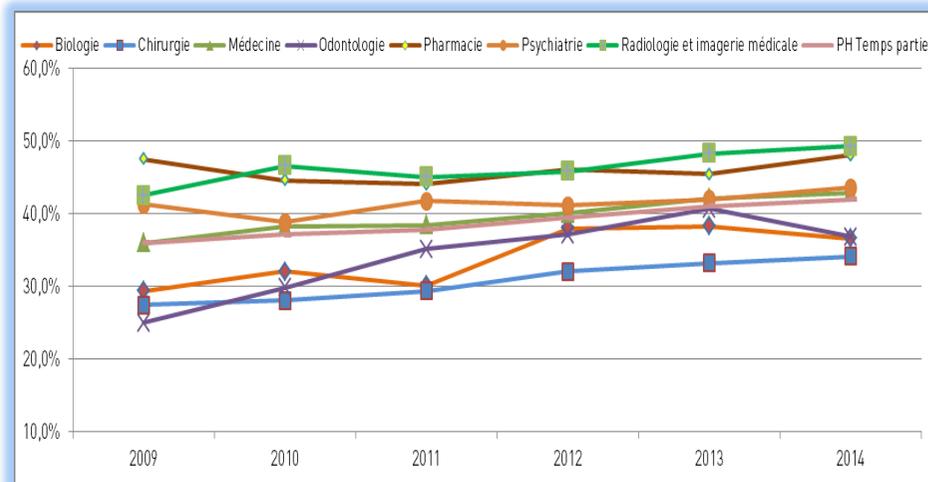
### PH temps partiel :

Contrairement aux PH temps plein, les odontologistes PH temps partiel affichent une évolution du taux de vacance statutaire de +11,9 points entre 2009 et 2014. La médecine enregistre à peu près les mêmes taux de vacance statutaire que l'ensemble des PH temps partiel, tendance en partie due à ses effectifs qui représentent plus de la moitié des PH.

### PH temps plein :



### PH temps partiel :



■ **Le tableau des emplois médicaux par spécialités au 1er janvier 2014 (source : CNG-SIGMED) (PH)**

**PH temps plein :**

Alors que le taux de vacance statutaire est en progression par rapport à l'année dernière (+0,9 point), 11 spécialités affichent des taux de vacance statutaire en sensible diminution. Il s'agit de la discipline chirurgie avec 4 spécialités concernées, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (-5,1 pts), la neurochirurgie (-1,7 pt), l'oto-rhino-laryngologie (-0,9 pt) et la chirurgie orthopédique et traumatologique (-0,4 pt).

Les 7 autres spécialités concernent la discipline « médecine », et les spécialités suivantes : médecine légale (-5,2 pts), génétique médicale (-3,7 pts), oncologie (-1,2 pt), hygiène hospitalière et réanimation médicale (-0,6 pt), gériatrie (-0,4 pt) et pédiatrie (-0,2 pt).

Le nombre de spécialités dépassant 30 % de vacance statutaire repart à la hausse, passées de 7 spécialités à 6 entre 2012 et 2013, elles sont au nombre de 10 en 2014. En tête, l'oncologie médicale (40,1 %), la radiologie (39,3 %), la chirurgie urologique (34,5 %), la chirurgie maxillo-faciale (33,8 %), la médecine du travail (33,7 %), la médecine légale (31,8 %), l'ophtalmologie (31,6 %), l'oncologie radiothérapique (31,2 %), la chirurgie vasculaire (30,7 %) et enfin la santé publique (30,1 %). Comme en 2013, le plus faible taux de vacance statutaire observé concerne la pharmacie (9,7 %).

**PH temps partiel :**

Le faible effectif des PH temps partiel, enregistré dans la plupart des spécialités, rend difficile l'interprétation des taux souvent élevés de vacance statutaire de postes. On retiendra simplement que plus de la moitié des postes recensés en anesthésie-réanimation (56,1 %), en gériatrie (53,7 %) et en santé publique (70,9 %) restent statutairement vacants.

Le taux de vacance statutaire en radiologie en constante progression, passant de 45,9 % en 2012 à 47,8 % en 2013, continue sa progression en 2014, avec un taux de 49,2 %. Comme les années précédentes, cette spécialité connaît des difficultés de recrutement, quel que soit le statut.

(\*) Taux de vacance statutaire : ces données, à utiliser avec précaution, sont une photographie à un moment donné : le nombre de postes vacants variant de façon importante selon le moment où la statistique est produite. Les postes vacants peuvent être occupés par des temporaires, le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel

		PH temps plein				PH temps partiel			
		Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2013 et 2014	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2013 et 2014
<b>Biologie</b>	<b>Biologie</b>	<b>2 115</b>	<b>1 784</b>	<b>15,7%</b>	<b>0,5</b>	<b>191</b>	<b>121</b>	<b>36,6%</b>	<b>-1,7</b>
<b>Chirurgie</b>	chirurgie générale	411	302	26,5%	3,3	22	14	36,4%	-1,1
	chirurgie infantile	187	152	18,7%	3,2	25	17	32,0%	3,4
	chirurgie maxillo-faciale	71	47	<b>33,8%</b>	5,4	24	15	37,5%	1,5
	chirurgie orthopédique et traumatologique	1 108	832	24,9%	-0,4	82	54	34,1%	-0,5
	chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	66	47	28,8%	-5,1	30	26	13,3%	-1,0
	chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	185	142	23,2%	2,0	16	15	6,3%	-6,3
	chirurgie urologique	371	243	<b>34,5%</b>	1,4	56	30	46,4%	-0,1
	chirurgie vasculaire	163	113	<b>30,7%</b>	2,3	25	14	44,0%	4,7
	chirurgie viscérale et digestive	830	629	24,2%	1,4	63	40	36,5%	-0,8
	gynécologie et obstétrique	1 922	1 458	24,1%	0,6	375	210	44,0%	2,4
	neurochirurgie	172	133	22,7%	-1,7	3	1	66,7%	33,3
	ophtalmologie	370	253	<b>31,6%</b>	2,5	253	172	32,0%	2,0
	oto-rhino-laryngologie	422	327	22,5%	-0,9	306	233	23,9%	-0,1
	stomatologie	40	31	22,5%	9,3	90	61	32,2%	1,3
		<b>Total Chirurgie</b>	<b>6 318</b>	<b>4 709</b>	<b>25,5%</b>	<b>0,9</b>	<b>1 370</b>	<b>902</b>	<b>34,2%</b>

		PH temps plein				PH temps partiel			
		Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2013 et 2014	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2013 et 2014
<b>Médecine</b>	anatomie et cytologie pathologiques	365	292	20,0%	2,2	86	67	22,1%	-2,6
	anesthésie-réanimation	5 754	4 059	29,5%	1,9	321	141	56,1%	0,6
	cardiologie et maladies vasculaires	1 573	1 135	27,8%	0,7	394	248	37,1%	2,1
	dermatologie et vénéréologie	210	170	19,0%	5,1	75	58	22,7%	-2,3
	endocrinologie et métabolisme	495	401	19,0%	1,0	88	64	27,3%	4,4
	explorations fonctionnelles	61	51	16,4%	4,9	17	14	17,6%	1,9
	gastro-entérologie et hépatologie	1 061	805	24,1%	0,9	181	132	27,1%	0,5
	génétique médicale	87	74	14,9%	-3,7	8	5	37,5%	0,0
	gériatrie	2 654	1 961	26,1%	-0,4	462	214	53,7%	-0,3
	hématologie	320	262	18,1%	2,8	16	10	37,5%	12,5
	hémobiologie transfusion	207	164	20,8%	4,8	8	5	37,5%	1,1
	hygiène hospitalière	221	181	18,1%	-0,6	36	21	41,7%	7,3
	immunologie clinique	10	7	30,0%	13,3	4	3	25,0%	0,0
	maladies infectieuses, tropicales	217	173	20,3%	1,7	12	7	41,7%	-25,0
	médecine reproduction/ gynécologie méd.	27	19	29,6%	5,6	22	15	31,8%	1,8
	médecine d'urgence	4 907	3 826	22,0%	1,3	682	390	42,8%	-0,3
	médecine du travail	83	55	33,7%	4,1	8	5	37,5%	20,8
	médecine générale	3 585	2 685	25,1%	1,5	953	478	49,8%	0,8
	médecine interne	724	583	19,5%	2,3	36	20	44,4%	8,7
	médecine légale	110	75	31,8%	-5,2	31	16	48,4%	-11,0
	médecine physique et de réadaptation	502	354	29,5%	0,4	88	48	45,5%	0,7
	néphrologie	621	479	22,9%	2,1	61	34	44,3%	6,8
	neurologie	917	712	22,4%	0,1	146	99	32,2%	7,4
	oncologie médicale	369	221	40,1%	0,2	41	16	61,0%	-1,2
	oncologie radiothérapie	186	128	31,2%	-1,2	17	12	29,4%	3,1
	pédiatrie	2 512	2 004	20,2%	-0,2	510	340	33,3%	-0,7
	pharmacologie clinique et toxicologie	51	42	17,6%	2,8	6	4	33,3%	0,0
	pneumologie	991	749	24,4%	2,2	170	109	35,9%	2,9
	réanimation médicale	662	483	27,0%	-0,6	15	5	66,7%	-4,8
	rhumatologie	312	259	17,0%	2,8	93	64	31,2%	6,5
santé publique	662	463	30,1%	0,7	86	25	70,9%	2,4	
	<b>Total Médecine</b>	<b>30 456</b>	<b>22 872</b>	<b>24,9%</b>	<b>1,1</b>	<b>4 673</b>	<b>2 669</b>	<b>42,9%</b>	<b>0,7</b>
<b>Odontologie</b>	<b>odontologie polyvalente</b>	<b>105</b>	<b>84</b>	<b>20,0%</b>	<b>1,2</b>	<b>141</b>	<b>89</b>	<b>36,9%</b>	<b>-3,8</b>
<b>Pharmacie</b>	<b>pharmacie polyvalente et hospitalière</b>	<b>2 277</b>	<b>2 057</b>	<b>9,7%</b>	<b>0,3</b>	<b>389</b>	<b>202</b>	<b>48,1%</b>	<b>2,6</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>psychiatrie polyvalente</b>	<b>6 477</b>	<b>4 777</b>	<b>26,2%</b>	<b>0,5</b>	<b>1 211</b>	<b>683</b>	<b>43,6%</b>	<b>1,6</b>
<b>Radiologie et imagerie médicale</b>	médecine nucléaire	183	145	20,8%	2,6	25	12	52,0%	-6,3
	radiologie	1 965	1 193	39,3%	0,8	541	275	49,2%	1,3
	<b>Total Radiologie et imagerie médicale</b>	<b>2 148</b>	<b>1 338</b>	<b>37,7%</b>	<b>1,0</b>	<b>566</b>	<b>287</b>	<b>49,3%</b>	<b>1,0</b>
<b>Total, toutes disciplines/spécialités confondues</b>		<b>49 896</b>	<b>37 621</b>	<b>24,6%</b>	<b>0,9</b>	<b>8 541</b>	<b>4 953</b>	<b>42,0%</b>	<b>0,9</b>

■ **L'évolution du solde des entrées et des sorties pour l'ensemble des PH (source : CNG-SIGMED) (PH)**

Au cours des cinq dernières années, le solde net des emplois est resté positif, quel que soit le statut (PH temps plein et temps partiel) et l'année de référence, assurant ainsi le renouvellement régulier des PH. Cependant, l'année 2013 est marquée par une diminution du nombre des entrées, associée à une augmentation du nombre des sorties. Le solde des entrées-sorties est ainsi passé de 1 478 en 2012 à 1 186 en 2013. Pour les PH temps plein, le nombre de départs à la retraite ne cesse de progresser sur la période 2009-2013. En revanche, pour les PH temps partiel, le nombre de départs à la retraite progresse entre 2009 et 2011, puis diminue en 2012 et se stabilise en 2013.

Motifs*	PH temps plein					PH temps partiel					Ensemble des PH				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Entrées (lauréats nommés)</b>	<b>1 580</b>	<b>2 514</b>	<b>2 307</b>	<b>2 539</b>	<b>2 346</b>	<b>403</b>	<b>430</b>	<b>359</b>	<b>357</b>	<b>284</b>	<b>1 983</b>	<b>2 944</b>	<b>2 666</b>	<b>2 896</b>	<b>2 630</b>
Décès	47	51	68	52	42	13	7	5	5	3	60	58	73	57	45
Démissions	258	289	186	182	163	83	84	75	45	46	341	373	261	227	209
Licenciements	8	2	6	6	3	25	19	10	9	4	33	21	16	15	7
Mises à la retraite	597	744	822	841	891	143	156	174	165	167	740	900	996	1 006	1 058
Radiations	208	172	196	108	122	8	6	18	4	3	216	178	214	112	125
Révocations	4	1	1	0	0	2	0	0	0	0	6	1	1	0	0
Suspensions	0	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0
<b>Ensemble des sorties</b>	<b>1 122</b>	<b>1 264</b>	<b>1 280</b>	<b>1 190</b>	<b>1 221</b>	<b>274</b>	<b>272</b>	<b>282</b>	<b>228</b>	<b>223</b>	<b>1 396</b>	<b>1 536</b>	<b>1 562</b>	<b>1 418</b>	<b>1 444</b>
<b>Solde des entrées-sorties</b>	<b>458</b>	<b>1 250</b>	<b>1 027</b>	<b>1 349</b>	<b>1 125</b>	<b>129</b>	<b>158</b>	<b>77</b>	<b>129</b>	<b>61</b>	<b>587</b>	<b>1 408</b>	<b>1 104</b>	<b>1 478</b>	<b>1 186</b>

\*données consolidées qui intègrent les saisies intervenues après le 1er janvier de chaque année à l'exception de celles de 2013 qui sont provisoires

**PH temps plein :**

Pour les PH temps plein, le solde des entrées-sorties est positif pour l'ensemble des disciplines, à l'exception de l'anesthésie-réanimation où le nombre de sorties est supérieur de 26 PH à celui des entrées.

	Anesthésie-réanimation	Biologie	Chirurgie	Médecine	Pharmacie	Psychiatrie	Radiologie et imagerie médicale	Ensemble
Entrées (Lauréats nommés)	234	102	346	1 173	127	267	97	2 346
Sorties	260	75	206	403	35	179	63	1 221
<b>Solde entrées-sorties</b>	<b>-26</b>	<b>27</b>	<b>140</b>	<b>770</b>	<b>92</b>	<b>88</b>	<b>34</b>	<b>1 125</b>

### PH temps partiel :

Pour les PH temps partiel, le solde positif des entrées-sorties est de +61 pour l'ensemble des disciplines et concerne principalement la médecine, qui comptabilise à elle seule un solde positif de +64. Les disciplines chirurgie et psychiatrie ont chacune un solde négatif (respectivement -13 et -10), tandis que la biologie et la pharmacie ont toutes les deux un solde positif mais relativement limité (respectivement +2 et +11). L'anesthésie-réanimation comptabilise, quant à elle, autant d'entrées que de sorties.

	Anesthésie-réanimation	Biologie	Chirurgie	Médecine	Pharmacie	Psychiatrie	Radiologie et imagerie médicale	Ensemble
Entrées (Lauréats nommés)	5	5	41	163	15	29	26	284
Sorties	5	3	54	99	4	39	19	223
<b>Solde entrées-sorties</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>-13</b>	<b>64</b>	<b>11</b>	<b>-10</b>	<b>7</b>	<b>61</b>

### ■ *Le nombre de sorties de PH temps plein en 2013 selon la discipline et le motif (source : CNG-SIGMED) (PH)*

Les sorties définitives du corps des praticiens hospitaliers temps plein s'établissent à 1 221 en 2013. Elles représentent 3,3 % des effectifs en fonction au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le taux de sortie le plus important est enregistré en anesthésie-réanimation (6,2 %), tandis que le plus faible concerne la pharmacie (1,7 %).

L'âge moyen de départ à la retraite des PH relevant de l'ensemble des disciplines est de 64,5 ans en 2013, contre 64,7 ans en 2012, soit une diminution de 0,2 an. L'âge moyen de départ à la retraite a diminué, entre 2012 et 2013, pour les PH exerçant en anesthésie-réanimation (-0,1 an), en médecine (-0,2 an), en pharmacie (-0,7 an), en psychiatrie (-0,4 an) et en radiologie et imagerie médicale (-1,1 an). A l'inverse, il augmente en biologie (+0,2 an) et en chirurgie (+0,3 an).

Motifs de sortie	Anesthésie-réanimation	Biologie	Chirurgie	Médecine	Pharmacie	Psychiatrie	Radiologie et imagerie médicale	Ensemble	%
Décès	6	1	6	15	1	10	3	42	3,4
Démissions	22	2	34	71	2	20	12	163	13,3
Licenciements	0	0	0	2	0	0	1	3	0,2
Mises à la retraite	223	69	128	261	32	139	39	891	73,0
Radiations	9	3	38	54	0	10	8	122	10,0
Suspensions	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>260</b>	<b>75</b>	<b>206</b>	<b>403</b>	<b>35</b>	<b>179</b>	<b>63</b>	<b>1 221</b>	<b>100</b>
%	21,3	6,1	16,9	33,0	2,9	14,7	5,2	100	
Effectifs au 01/01/13	4 197	1 809	4 754	18 310	2 008	4 747	1 335	37 160	
Taux de sorties (en %)	6,2	4,1	4,3	2,2	1,7	3,8	4,7	3,3	
Taux de départ à la retraite (en %)	5,3	3,8	2,7	1,4	1,6	2,9	2,9	2,4	
<b>Âge moyen de départ à la retraite</b>	<b>64,3 ans</b>	<b>64,4 ans</b>	<b>65,2 ans</b>	<b>64,5 ans</b>	<b>63,8 ans</b>	<b>64,6 ans</b>	<b>63,5 ans</b>	<b>64,5 ans</b>	

Les départs à la retraite représentent près de trois quarts des sorties définitives du corps des PH temps plein. La part la plus importante concerne la pharmacie (91,4 %), tandis que la plus faible relève de la radiologie et imagerie médicale (61,9 %). Les démissions constituent le deuxième motif de sortie définitive avec 13,3 % des sorties. Elles atteignent 16,5 % en chirurgie, 17,6 % en médecine et 19 % en radiologie.

Motifs de sortie (en %)	Anesthésie-réanimation	Biologie	Chirurgie	Médecine	Pharmacie	Psychiatrie	Radiologie et imagerie médicale	Ensemble
Décès	2,3	1,3	2,9	3,7	2,9	5,6	4,8	3,4
Démissions	8,5	2,7	16,5	17,6	5,7	11,2	19,0	13,3
Licenciements	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	1,6	0,2
Mises à la retraite	85,8	92,0	62,1	64,8	91,4	77,7	61,9	73,0
Radiations	3,5	4,0	18,4	13,4	0,0	5,6	12,7	10,0
Suspensions	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

■ *Le nombre de sorties de PH temps partiel en 2013 selon la discipline et le motif (source : CNG-SIGMED) (PH)*

223 PH temps partiel sont sortis définitivement du corps, soit un taux de sortie de 4,4 % de l'effectif en fonction au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le taux de sortie varie de 1,8 % en pharmacie à 6,6 % en radiologie et imagerie médicale.

Motifs de sortie	Anesthésie-réanimation	Biologie	Chirurgie	Médecine	Pharmacie	Psychiatrie	Radiologie et imagerie médicale	Ensemble	%
Décès	1	0	0	1	0	0	1	3	1,3
Démissions	1	0	11	21	0	5	8	46	20,6
Licenciements	0	0	0	1	0	3	0	4	1,8
Mises à la retraite	3	3	42	74	4	31	10	167	74,9
Radiations	0	0	1	2	0	0	0	3	1,3
Suspensions	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>99</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>19</b>	<b>223</b>	<b>100</b>
%	2,2	1,3	24,2	44,4	1,8	17,5	8,5	100	
Effectifs au 01/01/13	135	129	1 029	2 588	219	718	289	5 107	
Taux de sorties	3,7	2,3	5,2	3,8	1,8	5,4	6,6	4,4	
Taux de départ à la retraite	2,2	2,3	4,1	2,9	1,8	4,3	3,5	3,3	
<b>Âge moyen de départ à la retraite</b>	<b>65,5 ans</b>	<b>64,5 ans</b>	<b>64,9 ans</b>	<b>64,4 ans</b>	<b>63,4 ans</b>	<b>64,4 ans</b>	<b>64,5 ans</b>	<b>64,5 ans</b>	

Les départs à la retraite représentent trois quarts de l'ensemble des sorties, suivis par les démissions (20,6 %). L'âge moyen de départ à la retraite est de 64,5 ans pour l'ensemble des disciplines et correspond à celui des PH temps plein (64,6 ans en 2012).

## ■ Les sorties temporaires\* des PH temps plein au 01/01/2014 (source : CNG-SIGMED) (PH)

\*Photographie des PH au 01/01/2014 (et non flux de l'année 2013)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 2 840 PH temps plein sont sortis temporairement du corps, contre 2 388 au 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit une hausse de 18,9 %.

Modes de sortie	Anesthésie-réanimation	Biologie	Chirurgie	Médecine	Pharmacie	Psychiatrie	Radiologie et imagerie médicale	Ensemble
CET <sup>1</sup>	35	18	3	20	20	3	1	100
Congés**	24	15	17	75	4	37	6	178
Détachement	79	35	116	393	15	311	15	964
Disponibilité	214	28	258	753	34	188	79	1 554
MAD <sup>2</sup>	5	2	0	21	11	4	1	44
<b>Ensemble</b>	<b>357</b>	<b>98</b>	<b>394</b>	<b>1 262</b>	<b>84</b>	<b>543</b>	<b>102</b>	<b>2 840</b>
<b>%</b>	<b>12,6</b>	<b>3,5</b>	<b>13,9</b>	<b>44,4</b>	<b>3,0</b>	<b>19,1</b>	<b>3,6</b>	<b>100</b>

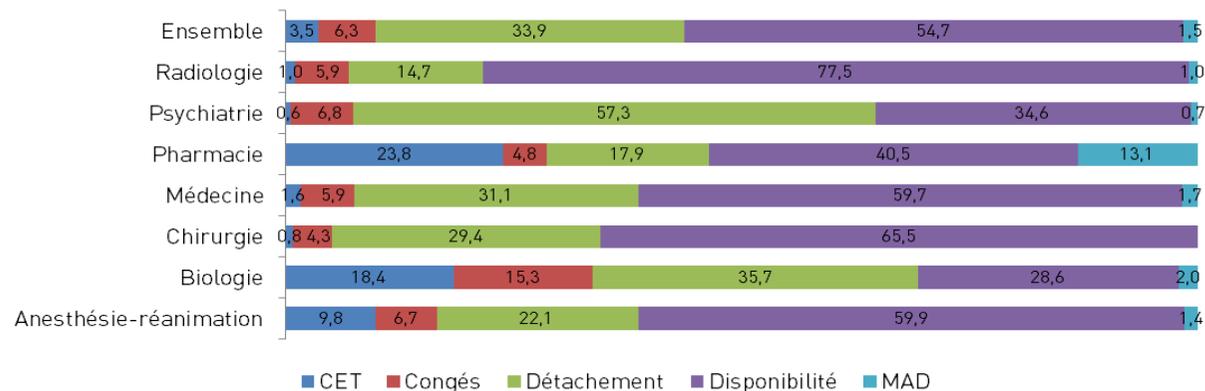
\*\*Tous les congés sont intégrés (CLD, CLM, congé maladie, congé parental, etc.)

<sup>1</sup> CET = Compte épargne temps

<sup>2</sup> MAD = Mise à disposition d'autre organismes

La part des sorties pour disponibilité continue de progresser, passant de 52,6 % en 2013 à 54,7 % en 2014, (soit +2,1 points), tandis que celle des détachements poursuit sa diminution (33,9 % en 2014, contre 37,6 % en 2013), avec des proportions variables d'une discipline à l'autre.

Répartition des sorties temporaires des PH temps plein par mode de sortie (en %)



Alors que la part des sorties pour disponibilité est majoritaire dans les disciplines d'anesthésie-réanimation (59,9 %), chirurgie (65,5 %), médecine (59,7 %) et radiologie (77,5 %), celle des sorties pour détachement représente la part la plus importante des sorties temporaires pour la biologie (35,7 %) et la psychiatrie (57,3 %). Pour les pharmaciens, il convient de préciser que deux causes de sorties temporaires représentent près de 75 % des départs : disponibilité (40,5 %) et utilisation du compte-épargne-temps (23,8 %).

■ **Les sorties temporaires\* des PH temps partiel au 01/01/2014 (source : CNG-SIGMED) (PH)**

\*Photographie des PH au 01/01/2014 (et non flux de l'année 2013)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 598 PH temps partiel sont sortis temporairement du corps, contre 519 au 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit une hausse de 15,2 %.

Modes de sortie	Anesthésie-réanimation	Biologie	Chirurgie	Médecine	Pharmacie	Psychiatrie	Radiologie et imagerie médicale	Ensemble
CET <sup>1</sup>	0	0	0	5	2	0	0	7
Congés**	0	0	5	9	4	8	3	29
Détachement	2	3	6	38	2	61	4	116
Disponibilité	21	5	71	225	12	78	31	443
MAD <sup>2</sup>	0	1	0	1	0	1	0	3
<b>Ensemble</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>82</b>	<b>278</b>	<b>20</b>	<b>148</b>	<b>38</b>	<b>598</b>
<b>%</b>	<b>3,8</b>	<b>1,5</b>	<b>13,7</b>	<b>46,5</b>	<b>3,3</b>	<b>24,7</b>	<b>6,4</b>	<b>100</b>

\*\*Tous les congés sont intégrés (CLD, CLM, congé maladie, congé parental, etc.)

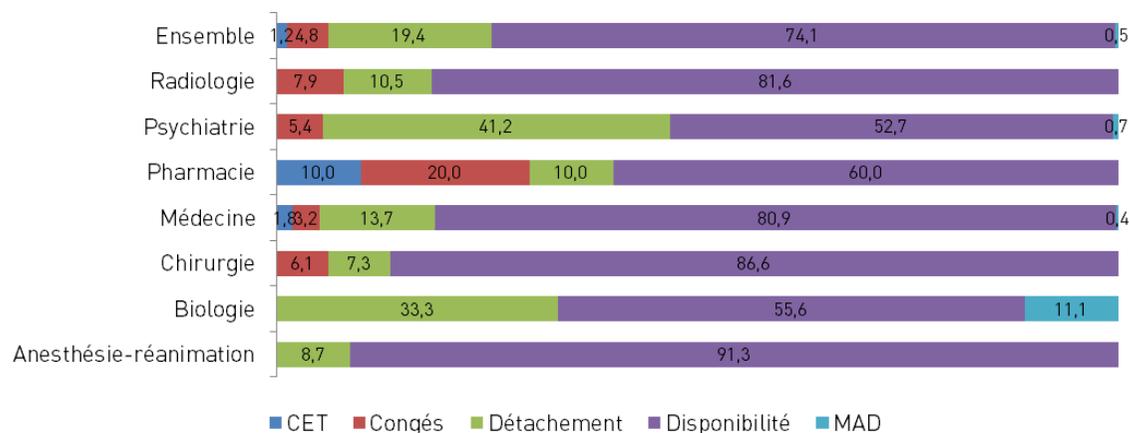
<sup>1</sup> CET = Compte épargne temps

<sup>2</sup> MAD = Mise à disposition d'autre organismes

Quelle que soit la discipline, la sortie pour disponibilité est majoritaire pour les PH temps partiel. A l'exception des PH exerçant en pharmacie, elle est suivie par la position de détachement. Les pharmaciens se distinguent des PH des autres disciplines, avec une part des sorties pour congés de 20 %.

La part des sorties pour détachement continue de diminuer, passant de 22,4 % en 2013 à 19,4 % en 2014. Cette baisse amorcée en 2011 (40 %) peut s'expliquer par les modifications législatives apportées à la possibilité précédemment ouverte aux PH d'exercer dans des ESPIC pendant la période probatoire, notamment en psychiatrie.

Répartition des sorties temporaires des PH temps partiel par mode de sortie (en %)



### 2.1.1.2- Les effectifs gérés au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (PH)

La notion « d'effectifs gérés » traduit la charge de travail du Département de gestion des praticiens hospitaliers (DGPH). Les effectifs gérés comprennent en effet, outre les praticiens hospitaliers temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel en activité (cf. supra § 2.1.1.1, effectifs rémunérés), ceux qui sont sortis temporairement, dont la position statutaire exige une instruction, une décision et un suivi (disponibilité, détachement...).

Ainsi 47 489 praticiens sont gérés au 1<sup>er</sup> janvier 2014 alors que les effectifs rémunérés correspondent à 42 783 PH.

#### ■ **L'effectif des PH gérés au 1<sup>er</sup> janvier 2014**

Discipline	PH temps plein		PH temps partiel	
	Effectif	%	Effectif	%
Anesthésie/réanimation	4 577	11,0%	168	2,9%
Biologie	1 885	4,5%	134	2,3%
Chirurgie	5 349	12,8%	1 099	19,2%
Médecine	20 713	49,6%	2 914	50,9%
Pharmacie	2 154	5,2%	219	3,8%
Psychiatrie	5 583	13,4%	865	15,1%
Radiologie et imagerie médicale	1 504	3,6%	325	5,7%
<b>TOTAL – 2013</b>	<b>41 765</b>	<b>100,00%</b>	<b>5 724</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>47 489</b>			

#### ■ **L'évolution des effectifs de PH gérés sur une période de trois ans**

	PH temps plein		PH temps partiel		Total	
Situation au 1/01/2012	38 763		5 788		44 551	
Situation au 1/01/2013	40 589		5 795		46 384	
Situation au 1/01/2014	41 765		5 724		47 489	
Evolution 2012/2013	+1 826	+4,7%	+7	+0,1%	+1 833	+ 4,1%
Evolution 2013/2014	+1 176	+2,9%	-71	-1,2%	+1 105	+ 2,4%

### 2.1.1.3- La gestion de carrière (PH)

#### ■ **Les éléments généraux, données particulières sur l'année, analyse des mouvements dont la position de surnombre, les entrées-sorties dans le corps**

Comme chaque année, deux tours de recrutement de praticiens hospitaliers ont été organisés au cours de l'année 2013 (publication de printemps du 16 avril et additif du 3 juin et publication d'automne du 15 octobre et additif du 9 décembre 2013, mises en ligne sur le site internet du CNG). A l'issue de chaque tour de recrutement, les postes restés sans candidature ont été remis en ligne sur le site internet du CNG.

Lors du premier tour de recrutement, 4 592 postes de PH à temps plein et 795 postes de PH à temps partiel ont été publiés, soit 5387 postes de PH.

Ces publications de postes ont donné lieu à la nomination de 2 471 praticiens, dont 1 819 lauréats de concours figurant sur la liste d'aptitude et 2 MCU-PH.

Lors du second tour de recrutement, 3 643 postes de PH à temps plein et 758 postes de PH à temps partiel ont été publiés. Ces publications ont donné lieu à la nomination de 1 275 praticiens, dont 770 lauréats, soit 4 401 postes de PH, dont certains restés statutairement vacants au titre du premier tour.

Certaines de ces nominations sont intervenues au cours du premier trimestre de l'année 2014.

Ainsi, sur l'année civile 2013, 3 889 praticiens ont été nommés, dont :

- 559 praticiens entre janvier et avril 2013, au titre des tours de recrutement de l'année 2012, dont 341 lauréats de concours ;
- 2 471 praticiens, dont 1 819 lauréats de concours, au titre du premier tour de recrutement de 2013 ;
- 859 praticiens au titre du second tour de recrutement de 2013 dont 567 lauréats (les nominations au titre de ce second tour de recrutement se poursuivant au cours du premier trimestre de l'année 2014).

Ainsi, 2 727 nouveaux praticiens sont entrés dans le corps en 2013 (lauréats de concours) alors que sur la même période, le DGPH a pris 1 432 arrêtés relatifs à des sorties de corps dans les procédures suivantes :

	PH temps partiel	PH Temps plein	TOTAL
Retraite	165	990	277
Démission	50	183	233
Radiation des cadres	6	38	44
<b>TOTAL</b>	221	1 211	1 432

S'agissant du dispositif relatif à la prise en charge en surnombre régi par le décret n°2010-267 du 11 mars 2010 fixant les conditions de remboursement de la rémunération de certains fonctionnaires hospitaliers et praticiens hospitaliers, trois situations de praticiens hospitaliers ont été prises en charge au cours de l'année 2013 au titre du surnombre :

- un dossier de prise en charge à compter du 01/01/2013 pour une durée d'un an renouvelable ;
- un dossier de prise en charge du 01/05 au 31/12/13 ;
- un dossier de renouvellement de prise en charge à compter du 01/09/2013 pour une nouvelle durée d'un an.

#### **Les instances nationales des PH (CSN/ CD)**

##### Les commissions statutaires nationales des praticiens hospitaliers (CSN)

Les 7 CSN correspondant à l'ensemble des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques ont été réunies au moins une fois en 2013 en formation bipartite. Au cours de ces séances, un bilan des suites des avis rendus par les commissions statutaires nationales en 2012 leur a été présenté. En 2013, dix-sept commissions statutaires nationales (formation bi et tripartite) ont été organisées pour examiner les dossiers individuels présentés, selon le calendrier ci-après.

**L'ensemble des commissions statutaires nationales (bipartite et tripartite)-(PH)**

Date	Discipline d'exercice	Typologie des dossiers	
		Situation des PH en période probatoire	Recherche d'affectation
19 mars	Psychiatrie	1	
20 mars	Pharmacie	3	
20 mars	Biologie	1	
20 mars	Radiologie	2	1
2 avril	Chirurgie	3	
3 avril	Médecine	5	1
3 juillet	Médecine	6	1
3 juillet	Chirurgie	2	
5 juillet	Radiologie	1	
25 septembre	Biologie	3	1
3 octobre	Chirurgie	1	2
4 octobre	Médecine	5	1
29 novembre	Anesthésie/Réa		2
29 novembre	Chirurgie	1	2
29 novembre	Médecine	1	1
6 décembre	Psychiatrie	1	
6 décembre	Pharmacie	1	
<b>TOTAL</b>		<b>37</b>	<b>12</b>

Sur les 49 situations examinées, trente-sept situations concernaient la fin de la période probatoire et douze des demandes de placement en recherche d'affectation.

Sur ces dix-sept commissions, 6 ont eu lieu en mars, 2 en avril, 3 en juillet, 1 en septembre, 2 en octobre, 3 en novembre et 2 en décembre 2013. Seules six ont siégé en formation tripartite\* :

**Les commissions statutaires nationales tripartites**

Date	Discipline d'exercice	Typologie des dossiers	
		Situation des PH en période probatoire	Recherche d'affectation
20 mars	Radiologie	1	
3 juillet	Chirurgie	2	
25 septembre	Biologie		1
3 octobre	Chirurgie	1	
4 octobre	Médecine	1	
29 novembre	Anesthésie/Réa		1
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>2</b>

\* Ces dossiers sont déjà comptabilisés dans le précédent tableau

Sur les 7 situations examinées, cinq intéressaient la période probatoire et 2 le placement en recherche d'affectation.

**■ L'examen de situations de praticiens en période probatoire (PH)**

Le travail mené en 2013 avec les représentants siégeant en commissions statutaires nationales, suite à des avis locaux défavorables ou divergents à la nomination à titre permanent de praticiens hospitaliers temps plein ou de praticiens des hôpitaux à temps partiel en période probatoire, conduit aux résultats suivants :

Date	Discipline	Avis CSN				Décision CNG				Observations
		T	P	L	S	T	P	L	S	
19 mars	Psychiatrie		1				1			
20 mars	Pharmacie	2	1			2	1			
20 mars	Biologie	1				1				
20 mars	Radiologie	1	1			1	1			
2 avril	Chirurgie	2		1		1	1	1		Une prolongation de l'année probatoire a été décidée alors que la CSN s'était prononcée pour une titularisation
3 avril	Médecine	3	1		1	2	1		2	Il a été décidé de surseoir à un avis de titularisation de la CSN et de représenter le dossier à la prochaine commission
3 juillet	Médecine	4		1	1	4		1	1	
3 juillet	Chirurgie	1	1			1	1			
5 juillet	Radiologie			1				1		
25 septembre	Biologie	1	1	1		1	2			Une décision de prolongation de l'année probatoire a donné suite à l'avis favorable au licenciement émis par la CSN
3 octobre	Chirurgie	1				1				
4 octobre	Médecine	2	1	1	1	2	1	1	1	
29 novembre	Chirurgie		1				1			
29 novembre	Médecine			1				1		
6 décembre	Psychiatrie			1				1		
6 décembre	Pharmacie	1				1				
<b>TOTAL</b>		<b>19</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	

T : nomination à titre permanent

P : Prolongation de l'année probatoire à l'issue d'une première année probatoire

L : Licenciement pour inaptitude à l'exercice des fonctions de PH

S : Sursis à statuer dans l'attente d'éléments complémentaires

Sur les 34 avis rendus réglementairement par les CSN en 2013 relatifs aux situations individuelles de praticiens hospitaliers en période probatoire, il est à noter que :

- un avis favorable à la nomination à titre permanent d'un chirurgien n'a pas été suivi au profit d'une décision de prolongation de l'année probatoire ;
- un avis favorable à un licenciement d'un biologiste n'a pas été suivi au profit d'une prolongation de l'année probatoire ;
- un dossier en médecine ayant eu un avis favorable à la nomination à titre permanent a été représenté à la CSN suivante en raison de nouveaux éléments versés au dossier. L'avis favorable à la nomination à titre permanent rendu lors de la première séance a été confirmé. Il a été suivi par le CNG.

En conclusion, seuls deux avis de la CSN n'ont pas été suivis par le CNG.

Par ailleurs, 2633 praticiens hospitaliers en période probatoire dont la situation n'a donné lieu à aucun avis local défavorable ou divergent ont été nommés à titre permanent au cours de l'année 2013, sans consultation de la CSN (soit 98,9% des situations recensées en 2013).

## ■ Bilan de la gestion des praticiens en recherche d'affectation

La recherche d'affectation est la situation statutaire au titre de laquelle le praticien est placé auprès du CNG, compte tenu des nécessités de service, soit sur sa demande, soit d'office afin de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle pour une durée maximale de deux ans, le cas échéant, renouvelable.

### L'ensemble des PH en recherche d'affectation au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (PH)

Disciplines	Spécialité	Origine de la demande	Nombre
Chirurgie	Chirurgie générale	restructuration	2
		difficultés d'exercice / souhait de mobilité	1
		reconversion / médecine d'urgence	1
		reconversion / médecine du travail	1
		reconversion / médecine gériatrique	1
	Gynécologie obstétrique	avis commission	
		insuffisance professionnelle	1
	Chirurgie viscérale	difficultés d'exercice / souhait de mobilité	2
		suppression de poste de temps partiel	1
	chirurgie vasculaire	difficultés d'exercice / reconversion vers des activités administratives	1
	Chirurgie maxillo-faciale	reconversion / médecine gériatrique	1
	O.R.L	suppression de poste de temps partiel	1
	Biologie	Biologie médicale	restructuration
Radiologie	Radiologie	reconversion / santé publique	1
		difficultés dans EPS / mobilité	1
Pharmacie	Pharmacie	difficultés dans EPS / souhait de mobilité	1
		restructuration	1
		suppression poste temps partiel	1
Médecine	Pneumologie	reconversion / cancérologie	1
		difficultés dans EPS / reconversion DIM	1
	Radiothérapie	retour après CLM	1
	Médecine générale	souhait de mobilité / retour en métropole	1
		transformation de poste	1
	Anatomie	restructuration	1
	Cardiologie	restructuration	1
	Santé publique	difficultés dans EPS / souhait de mobilité	1
	Médecine d'urgence	restructuration	2
		reconversion médecine du travail	3
			<b>33</b>

### Les entrées (en RA – année 2013) (PH)

Disciplines	Spécialité	Nouvelle demande	Objet	Agés
Anesthésie-Réanimation	Anesthésie-Réanimation	1	Reconversion en médecine du travail	60 ans
Radiologie	Médecine nucléaire	1	Mobilité	61 ans
Chirurgie	Urologie	1	Mobilité et acquisition de nouvelles techniques	56 ans
Médecine	Réanimation médicale	1	Mobilité avec souhait d'exercer dans le domaine des infections nosocomiales	62 ans

En 2013, quatre praticiens hospitaliers ont été placés à leur demande en position de recherche d'affectation. Aucune demande émanant des établissements n'a été instruite suite à des restructurations. Le nombre des entrées a fortement diminué par rapport aux années précédentes (cf. tableau des entrées en annexe)

### PH prolongés en position de recherche d'affectation (année 2013) (PH)

Disciplines	Spécialité	Prolongation	Objet de la demande initiale	Motif de la prolongation	Agés
Anesthésie-Réanimation	Anesthésie-Réanimation	1	Reconversion en médecine du travail	Absence d'emploi public en médecine du travail	60 ans
Médecine	Santé publique	1	Fin de mise à disposition	Prolongation d'un mois pour permettre son recrutement	49 ans
	Gastro-entérologie	1	Restructuration	Absence de repositionnement immédiat	57 ans

Conformément aux dispositions du décret n° 2013-916 du 14 octobre 2013, le PH qui n'a pu se voir proposer trois offres d'emploi, correspondant à son projet professionnel en tenant compte de son lieu de résidence, avant la fin de sa période de recherche d'affectation, est maintenu dans cette situation, pour des durées ne pouvant excéder six mois, après avis de la commission statutaire nationale. Ainsi, trois praticiens hospitaliers ont été maintenus dans cette situation.

### Les sorties de RA - Année 2013 - (PH)

Sorties 2013				
Discipline	Spécialité	Durée	Modes de sorties	Total
Pharmacie	Pharmacie	13 mois	réintégration	1
		24 mois	retraite	1
Biologie	Biologie médicale	14 mois	réintégration	1
		11 mois	disponibilité pour convenances personnelles	1
	Gynécologie obstétrique	24 mois	réintégration	1
		24 mois	réintégration	1
Chirurgie	Chirurgie générale	24 mois	réintégration	1
		12 mois	réintégration	1
Chirurgie	Vasculaire	24 mois	réintégration	1
	Maxillo-faciale	24 mois	surnombre puis nomination	1
	Viscérale de digestive	24 mois	réintégration	1
		13 mois	retraite	1
Chirurgie	Cardiologie	22 mois	RA annulée par le TA	1
	Pneumologie	23 mois	réintégration	1
Médecine	Onco-Radiothérapie	24 mois	disponibilité d'office	1
	Médecine générale	24 mois	disponibilité pour convenances personnelles	1

Sur l'ensemble des 15 PH sortis du dispositif de la RA en 2013, 8 ont réintégré un poste, dont quatre dans les établissements dans lesquels ils avaient effectué une mission.

Une décision de placement en RA a été annulée par le tribunal administratif et un PH a été affecté en surnombre<sup>2</sup> dans l'établissement dans lequel il était en mission de pré-emploi dans l'attente de la vacance du poste.

2 PH ont sollicité une disponibilité pour convenances personnelles, dont 1 pour une durée de deux mois dans l'attente du tour de recrutement et de son intégration au sein d'un nouvel établissement.

1 PH a été placé en disponibilité d'office et 2 PH ont demandé à faire valoir leurs droits à la retraite.

### L'évolution mensuelle des PH en RA - Année 2013 - (PH)

Au 31 décembre 2012, 36 PH étaient placés en position de recherche d'affectation

2013	Entrées	Sorties	Nombre total des PH en RA/mois
janvier		3	33
février			33
mars		2	31
avril		2	29
mai	2	2	29
juin		2	27
juillet		2	25
août	1	1	25
septembre		1	24
octobre			24
novembre			24
décembre	1		25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	

### Les entrées des PH en RA (2008 à 2013 inclus)

Disciplines	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Anesthésie		2		1		1	4
Biologie		4			1		5
Chirurgie	4	20	4	6	8	1	43
Pharmacie			1	1	2		4
Médecine		7	11	8	10	1	37
Psychiatrie		1					1
Radiologie		1			2	1	4
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>98</b>

Depuis 2008, 98 PH ont été placés en position de recherche d'affectation, avec un pic marqué en 2009 (36) suivi de deux années fortes (16 en 2010 et 2011). Depuis, le dispositif de recherche d'affectation est moins mobilisé pour les PH au profit du dispositif hors recherche d'affectation.

<sup>2</sup> Le dernier alinéa de l'article L. 6152-5-2 du code de la santé publique prévoit que lorsque, moins de quatre mois avant la fin de la période de la recherche d'affectation, le praticien hospitalier s'est vu présenter moins de trois offres d'emploi, le directeur général du CNG peut décider, après avis du directeur de l'établissement d'accueil et du président de la commission médicale d'établissement, une nomination en surnombre selon les modalités définies par voie réglementaire.

**Les sorties depuis 2009 des RA - (2009 à 2013 inclus)- (PH)**

Motifs	2009			2010		
	Fin anticipée	Fin à l'issue - RA	Total	Fin anticipée	Fin à l'issue - RA	Total
Réintégration		1	1	4	4	6
Détachement				1		1
Dispo CP	1		1		2	1
Dispo d'office					4	3
Retraite		1	1			
Surnombre					1	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>16</b>

Motifs	2011			2012		Total
	Fin anticipée	Fin à l'issue - RA	Total	Fin anticipée	Fin à l'issue - RA	
Réintégration	4	5	9	4	3	7
Détachement		1	1			
Dispo CP	2	4	6		2	2
Dispo d'office		8	8		2	2
Retraite		2	2		2	2
Surnombre						
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

Motifs	Fin anticipée	2013		Total 2009/2013
		Fin à l'issue - RA	Total	
Réintégration	4	5	9	34
Détachement				2
Dispo CP		2	2	13
Dispo d'office		1	1	15
Retraite		2	2	7
Surnombre		1	1	2
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>73</b>

Sur les 73 praticiens sorties de la recherche d'affectation depuis 2009, 34 ont bénéficié d'une réintégration dans les fonctions de PH (46,7%), 15 ont été placés en disponibilité d'office (20,5%) et 13 ont sollicité une disponibilité (17,9%).

**La gestion des situations disciplinaires et d'insuffisance professionnelle- Année 2013 - (PH)**

Sur l'ensemble des dossiers suivis en 2013, 102 concernent des faits relevant de l'action disciplinaire, 20 de l'insuffisance professionnelle et 38 d'une procédure à caractère médical.

Signalements suivis en 2013	Dossiers suivis au plan disciplinaire	Dossiers suivis au titre de l'insuffisance professionnelle	Dossiers suivis au plan médical
160	102	20	38

■ **La gestion des situations disciplinaires- Année 2013 – (PH)**

	Situations nouvelles en 2013	Situations suivies en 2013	Dont					
			Dossiers suivis au niveau pénal	Dossiers suivis au niveau ordinal	Demandes d'inspections par le CNG	Inspections réalisées		Engagement de procédure disciplinaire
						Sur demande du CNG	A l'initiative de l'ARS	
Médecine	26	50	12	5	9	4	5	6
Chirurgie	7	20	2	4	7	3	2	3
Psychiatrie	4	11	1	1	1	1	2	1
Anesthésie-réa.	3	8	5					
Pharmacie	3	8	1		3	2	2	1
Radiologie		4	1	1			2	
Biologie		1						
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>102</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

Sur les 102 situations suivies à ce titre en 2013, 43 sont de nouvelles demandes (42,2%). Alors que 21,5% relèvent d'une procédure pénale, 11,8% concernent une procédure ordinale et 10,8% une procédure disciplinaire.

1/2	Situations réglées en 2013	Dont :			
		Décision disciplinaire notifiée	Retraite, démission ou radiation	Orientation vers un accompagnement professionnel	Changement d'établissement
Médecine	29	4	1		4
Chirurgie	10		2		1
Psychiatrie	4				
Anesthésie-Réa.	6		2		
Pharmacie	5	1			1
Radiologie	1				
Biologie					
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>6</b>

2/2	Dont :			
	Autres cas (dossier disciplinaire insuffisant ou abandon de procédure)	Mises en disponibilité (sur demande ou d'office)	Admonestation	Résolu en interne (rappel à l'ordre ou changement de service)
Médecine	6	6	5	
Chirurgie	2	1	1	2
Psychiatrie	2	1		1
Anesthésie-Réa.	4	1		2
Pharmacie	1	1		1
Radiologie		2		
Biologie				
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

En 2013, le conseil de discipline des praticiens hospitaliers s'est réuni une fois et s'est prononcé en faveur de la sanction portant suspension de fonctions du praticien pour une durée de deux mois, avec suppression totale des émoluments. Deux blâmes et trois avertissements ont été prononcés à l'issue de procédures disciplinaires « allégées », c'est-à-dire sans réunir le conseil de discipline. Enfin, six lettres d'admonestation ont été notifiées à des praticiens hospitaliers.

Sur les 55 situations réglées en 2013, 10,9% se concluent par un changement d'établissement et 9%, à parité, par une sanction disciplinaire ou une mise à la retraite, démission/radiation le plus fort des dossiers se traduit par un abandon de procédure pour faits insuffisamment justifiés (27,3%) et par un placement en disponibilité (21,8%).

Parmi les praticiens hospitaliers suivis en discipline, les spécialités médicales arrivent en tête (50 %), suivis par les spécialités chirurgicales (20 %) et par la psychiatrie (11 %). La proportion de praticiens des hôpitaux à temps partiel dans toutes les situations suivies est de 13 %.

### ■ *La gestion des situations d'insuffisance professionnelle - Année 2013 - (PH)*

	Nouvelles situations 2013	Situations suivies en 2013	Expertises réalisées		Situations réglées en 2013	Procédures engagées en 2013
			A l'initiative du CNG	A l'initiative de l'ARS		
Médecine	2	8	1	2	5	
Chirurgie	3	11	2		4	1
Psychiatrie						
Anesthésie-Réa						
Pharmacie		1				
Radiologie						
Biologie						
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

Vingt situations sont suivies au titre de l'insuffisance professionnelle. 45% sont réglées au cours de l'année 2013 tandis qu'un quart fait l'objet d'une expertise complémentaire.

La commission d'insuffisance professionnelle s'est réunie une fois en 2013 pour un chirurgien en gynécologie/obstétrique. Elle s'est prononcée en faveur d'une reconversion professionnelle. Néanmoins la directrice générale du CNG a pris une décision de licenciement du praticien, avec indemnités. Il convient d'observer que les disciplines chirurgicales sont surreprésentées dans les situations d'insuffisance professionnelle (50,5 % des dossiers concernent des chirurgiens temps plein et temps partiel).

### ■ *La réorientation des situations signalées vers une procédure plus adaptée - Année 2013 - (PH)*

Il convient d'observer qu'un signalement reçu sur quatre ne relève pas en première intention d'une procédure disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle, mais mérite d'être réorienté vers une procédure devant le comité médical. En effet, au cours de l'instruction de certains dossiers, la question peut se poser de l'aptitude physique et/ou mentale d'un praticien hospitalier à exercer ses fonctions. Dès lors, ces dossiers sont ré-adressés aux ARS/Préfets de département en vue de la réunion d'un comité médical. Dans l'hypothèse où un avis d'aptitude médicale est rendu et conclut à une aptitude du praticien hospitalier à ses fonctions, celui-ci est susceptible de faire ensuite l'objet d'une procédure disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle.

#### **2.1.1.4- Le dialogue social (instance nationale = CCNP) (PH)**

Dans l'attente du décret nécessaire au renouvellement de sa composition, le comité consultatif national paritaire des praticiens hospitaliers n'a pu se réunir au cours de l'année 2013. Conformément à la réglementation en vigueur, ce comité national est compétent pour connaître des questions générales relatives aux praticiens et notamment celles touchant aux conditions de travail et à leur situation, à l'exception des dispositions statutaires.

### 2.1.1.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des praticiens hospitaliers – Année 2013 - (PH)

#### ■ **Une stabilisation du flux associée à une diminution importante du stock**

Le nombre de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel ayant augmenté de 2,4% en 2013 une augmentation du nombre de contentieux avait pu être enregistrée. Or, le stock des recours a baissé de 25% en 2013 (81 en 2012 – 61 en 2013), principalement liée à la stabilisation du flux des requêtes introduites en 2013 (36 en 2012 - 37 en 2013) et une augmentation de 27% du nombre de jugements rendus par rapport à 2012 (45 en 2012 – 57 en 2013).

#### ■ **L'évolution des contentieux (2012-2013) (PH)**

Les mémoires en défense / réplique restent, quant à eux, majoritaires mais diminuent en 2013 (54,7% en 2013 contre 61,1% en 2012). C'est la part d'activité de conseil qui connaît une très forte progression d'une année sur l'autre (+53,5%).

PH - Evolution du stock du 31/12/2012 au 31/12/2013	
Nombre de dossiers au 31/12/2012	81
Nombre de dossiers au 31/12/2013	61
Requêtes enregistrées en 2012	36
Requêtes enregistrées en 2013	37

PH - REDACTION - Evolution 01/01/2012 au 31/12/2013		
Année	2012	2013
Mémoires en défense / répliques	44	52
Conseils	28	43
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>95</b>

PH - Affaires jugées en 2013		
Jugement	Nombre Dossiers	%
Annulation/non admission pourvoi CNG	12	21%
Désistement/ Non-lieu/renvoi	7	12%
Rejet/non admission pourvoi requérant	37	65%
Suspension	1	2%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

Sur les 57 jugements rendus en 2013, près de 65% se concluent par un rejet ou une non admission du pourvoi présenté par les PH.

#### ■ **La typologie des contentieux est quasi inchangée, mais leur nature diffère – Année 2013 – (PH)**

Eu égard aux évolutions réglementaires et afin de rendre compte au mieux de la typologie des recours introduits, la classification a été revue. Les contentieux ont été regroupés sous 4 thématiques :

- Recrutement/Nomination/Affectation (RNA) : période probatoire, classement indiciaire, candidature, nomination, mutation, transfert d'activité, engagement de servir ;
- Exercice des fonctions/positions (EFP): rémunération (indemnités/allocations), évaluation des pratiques professionnelles, détachement, disponibilité (sur demande ou d'office), mise à disposition, recherche d'affectation, maladie/accident, grade, échelon, chefferie de pôle et enfin gestion de carrière ;
- Cessation de fonctions : radiation des cadres, prolongation d'activité ;
- Discipline : toutes les sanctions prévues par l'article R. 6152-74 du code de la santé publique ;
- Insuffisance professionnelle ;
- Protection fonctionnelle.

Les recours intentés 2013 par les praticiens hospitaliers portent principalement sur trois thèmes : les recrutements / nominations et affectation (33%), l'exercice des fonctions et les positions statutaires (33%), puis la cessation de fonction (23%).

Les contentieux ont majoritairement trait à la période probatoire (19%), au classement lors des titularisations (14%), au refus de prolongation d'activité (12%), à la radiation des cadres (11%), à la recherche d'affectation (9%) et à la suspension à titre conservatoire (7%). Il est à noter que pour la première fois en 2013, un recours relatif à la protection fonctionnelle a été intenté. Le nombre de contentieux relatifs à la discipline est, quant à lui, resté stable par rapport à 2012 (4 en 2013 – 3 en 2012). Les dossiers relatifs à l'insuffisance professionnelle représentent désormais seulement 1% des instances en 2013, contre 7% en 2012.

#### ■ *Les contentieux des PH par thème*

<b>Contentieux par thème PH - Evolution du 31/12/2012 au 31/12/2013</b>			
<b>Contentieux par thème</b>	<b>Dossiers en instance au 31/12/2012</b>	<b>Dossiers en instance au 31/12/2013</b>	<b>% au 31/12/2013</b>
Recrutement - nomination - affectation	24	20	33%
Exercice des fonctions - positions	22	20	33%
Cessation fonctions	26	14	23%
Discipline	3	4	7%
Insuffisance professionnelle	6	2	3%
Protection fonctionnelle	-	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

#### ■ *La nature des contentieux des PH*

<b>Nature des contentieux</b>	<b>Dossiers en instance au 31/12/2012</b>	<b>Dossiers en instance au 31/12/2013</b>	<b>% au 31/12/2013</b>
Recours pour excès de pouvoir	60	40	65%
Appel	9	10	16%
Indemnitaire	5	9	15%
Pourvoi	6	1	2%
Sursis à exécution	0	0	0%
Référé	1	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Les recours pour excès de pouvoir qui restent les plus nombreux ont décru en 2013 de 9% par rapport à 2012, au profit des contentieux indemnitaires qui ont, pour leur part, augmenté de 9%. Un seul pourvoi a été formé, contre 6 en 2012. Les autres types de contentieux (appel et référé) restent relativement stables.

■ **La répartition des contentieux par discipline (PH)**

PH - Principales disciplines/spécialités- évolution du 31/12/2012 au 31/12/2013			
Principales disciplines/spécialités	Dossiers en instance au 31/12/2012	Dossiers en instance au 31/12/2013	% au 31/12/2013
Anesthésie - réanimation	4	1	2%
Urgence	5	6	10%
Chirurgie	18	14	23%
Psychiatrie	13	12	20%
gynéco-obstétrique	8	6	10%
médecine générale	1	4	6%
Autres	32	18	29%
<b>Total / Année</b>	<b>81</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Comme en 2012, les disciplines/spécialités les plus largement représentées en matière de contentieux sont la « chirurgie » (23%), la « psychiatrie » (20%), la « gynécologie obstétrique » et les urgences (10% chacune) et, pour la première fois en 2013, la médecine générale (6%).

■ **Les jugements de rejet largement majoritaires**

Comme le démontre le tableau infra, récapitulant le sens des jugements, le pourcentage de rejet reste stable (65% en 2013 - 64% en 2012), 1 dossier a fait l'objet d'une suspension. Le nombre de désistement et de non-lieu a augmenté passant de 1 à 7. Les désistements sont dus au retrait des décisions dont la légalité est contestable, évitant ainsi des condamnations.

■ **Un coût global des contentieux de PH très modéré (PH)**

PH - Bilan financier 2013			
	Demande des requérants	Jugement	% (montant accordé/montant demandé)
<b>Indemnités préjudices</b>	795 263 €	68 504 €	8,61%
<b>Frais de justice</b>	68 504 €	15 100 €	22,04%
<b>TOTAL</b>	<b>863 767 €</b>	<b>83 604 €</b>	<b>9,68%</b>

Le taux d'indemnisation des préjudices (somme demandée/somme obtenue) a augmenté mais reste cependant très modéré et en-deçà de celui de 2011 (11%). Cette augmentation est principalement due aux difficultés rencontrées dans l'exécution de deux jugements condamnant le CNG à régulariser les charges patronales et salariales de praticiens hospitaliers. Deux mémoires ont été rédigés à ce titre en 2013.

### **2.1.1.6- Les chantiers initiés en 2013 et perspectives 2014 (PH)**

#### **■ *L'actualisation du statut commenté des praticiens hospitaliers sur le site internet du CNG***

Le statut commenté, outil d'information à destination des partenaires institutionnels et des praticiens hospitaliers, a été régulièrement mis à jour. Il explique et illustre, le cas échéant avec la jurisprudence de référence, les procédures statutaires applicables aux praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel. En 2014, il sera complété par une rubrique consacrée à la protection sociale et une autre au cumul d'activités et de rémunération.

#### **■ *Les perspectives pour 2014***

- Une réunion en assemblée plénière des CSN est prévue en mai 2014, afin de présenter un bilan de l'activité de ces instances nationales qui examinent la situation individuelle de certains praticiens (périodes probatoires et placement en recherche d'affectation), échanger avec les participants sur les thématiques relevant de leur compétence.
- Le lancement d'une étude de faisabilité pour les élections professionnelles de 2016, en mode dématérialisé.

En effet, en 2016, le CNG devra organiser les élections des représentants des praticiens hospitaliers aux commissions statutaires nationales et aux conseils de discipline. Il poursuivra le cheminement stratégique mené pour la première fois lors des élections professionnelles de 2011, s'agissant de la dématérialisation de ces élections, s'intégrant dans une démarche de modernisation, de simplification et d'éco responsabilité.

Sur la base du bilan des élections semi-dématérialisées organisées en 2011, la démarche qui sera conduite en 2014 portera sur les conditions de mise en place d'un vote totalement dématérialisé. Le but de cette étude portera sur plusieurs points :

- identifier les aspects juridiques préalablement nécessaires ;
- s'appuyer sur les préconisations de la commission nationale de l'informatique et des libertés, d'une part et de l'expert en charge de l'audit de l'organisation des élections, d'autre part ;
- sonder sur un panel d'établissements publics de santé de taille variable, les données dont ces derniers disposent et que le CNG pourrait récupérer et exploiter ;
- formaliser la cartographie des risques et en prévenir les effets en vue d'une organisation des élections totalement dématérialisée à partir de retour d'expériences des élections de 2011 ;
- préciser les moyens, les modalités de récupération des données personnelles et de mise à jour régulière de ces données ;
- planifier le projet dans son ensemble en partenariat avec les partenaires institutionnels ;
- estimer les coûts (en dépenses et ressources humaines) induits par ce mode d'élections.

## 2.1.2- Les personnels enseignants et hospitaliers (HU)

### 2.1.2.1- Les données statistiques (HU)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le centre national de gestion comptabilise 6 692 personnels hospitalo-universitaires titulaires et stagiaires (HU), contre 6 755 en 2013, soit une diminution de 0,9 %. Cependant, cette évolution est à prendre avec précaution, car la reprise de la gestion des HU par le CNG en septembre 2012 n'avait pas permis une analyse rétrospective sur des données stabilisées en janvier 2013.

Le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH) est majoritaire. Ils représentent plus de deux tiers (68 %) des HU.

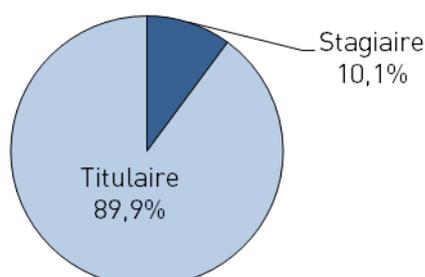
#### ■ La répartition des HU par corps et par position (Source : CNG-SIGHU)

Position	MCUPH		PUPH		Ensemble		Part des PUPH (en %)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
En établissement	2 026	93,7	4 171	92,1	6 197	92,6	67,3
Recul de l'âge (consultant)	25	1,2	262	5,8	287	4,3	91,3
Disponibilité	38	1,8	28	0,6	66	1,0	42,4
Détachement	14	0,6	15	0,3	29	0,4	51,7
Mise à disposition	0	0,0	3	0,1	3	0,0	100,0
Délégation	43	2,0	8	0,2	51	0,8	15,7
CLD ou CLM	5	0,2	10	0,2	15	0,2	66,7
Réintégration	2	0,1	3	0,1	5	0,1	60,0
Fin de fonction hospitalière	3	0,1	13	0,3	16	0,2	81,3
Surnombre	6	0,3	17	0,4	23	0,3	73,9
<b>Ensemble</b>	<b>2 162</b>	<b>100</b>	<b>4 530</b>	<b>100</b>	<b>6 692</b>	<b>100</b>	<b>67,7</b>
%		32,3		67,7		100	

Les HU exercent majoritairement leur activité en établissement (92,6 %), quel que soit le corps d'appartenance (PUPH et MCUPH). Sur les 6 692 HU, 287 (4,3 %) prolongent leur activité au-delà de la limite d'âge. Ce sont principalement des PUPH (262). Parmi les positions statutaires recensées, seules deux positions enregistrent une majorité de MCUPH, il s'agit de la disponibilité (57,6 %) et de la délégation (84,3 %).

#### ■ La répartition des MCUPH par statut (Source : CNG-SIGHU)

**Encadré 1** : Les maîtres de conférences sont nommés en qualité de stagiaire pour une durée d'un an par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur. A l'issue du stage, les maîtres de conférences stagiaires sont, soit titularisés, soit maintenus en qualité de stagiaires pour une période d'un an, soit réintégrés dans leur corps d'origine, soit licenciés s'ils n'ont pas la qualité de fonctionnaire<sup>3</sup>.



En 2014, parmi les 2 162 MCUPH, 10,1 % exercent en qualité de stagiaire.

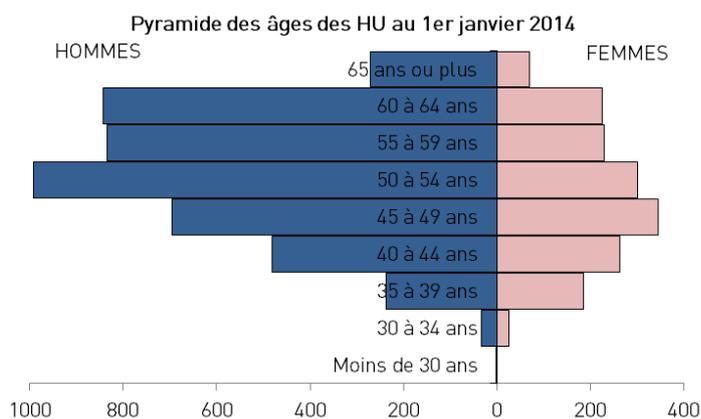
<sup>3</sup> Article 32 du décret n°84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences, modifié par décret n°2009-460 du 23 avril 2009

### ■ Les caractéristiques des HU en établissement au 01/01/2014 (Source : CNG-SIGHU)

Composé majoritairement d'hommes (72,6 %), les 6 197 personnels enseignants et hospitaliers en établissement se caractérisent également par une structure par âge atypique. 23,4 % des HU sont âgés de plus de 60 ans, alors que les moins de 40 ans représentent, quant à eux, seulement 8 %. Ce constat est encore plus marqué si on considère la situation des hommes : les 60 ans ou plus représentent 25,4 %, quand les moins de 40 ans ne concernent que 6,2 % des HU en établissement.

### ■ La répartition par sexe et par tranche d'âges des HU :

Age	Femme (en %)	Homme (en %)	Ensemble (en %)	Sex-ratio
Moins de 30 ans	0,0	0,0	0,0	-
30 à 34 ans	1,6	0,8	1,0	1,3
35 à 39 ans	11,3	5,4	7,0	1,3
40 à 44 ans	16,0	11,0	12,3	1,8
45 à 49 ans	21,0	15,9	17,2	2,0
50 à 54 ans	18,3	22,6	21,4	3,3
55 à 59 ans	13,9	19,0	17,6	3,6
60 à 64 ans	13,7	19,2	17,7	3,7
65 ans ou plus	4,3	6,2	5,7	3,9
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>2,6</b>
<b>Effectif</b>	<b>1 700</b>	<b>4 497</b>	<b>6 197</b>	
<b>%</b>	<b>27,4</b>	<b>72,6</b>	<b>100</b>	
<b>Age moyen</b>	<b>50,6 ans</b>	<b>53,5 ans</b>	<b>52,7 ans</b>	
<b>Age médian</b>	<b>50,0 ans</b>	<b>54,0 ans</b>	<b>53,1 ans</b>	



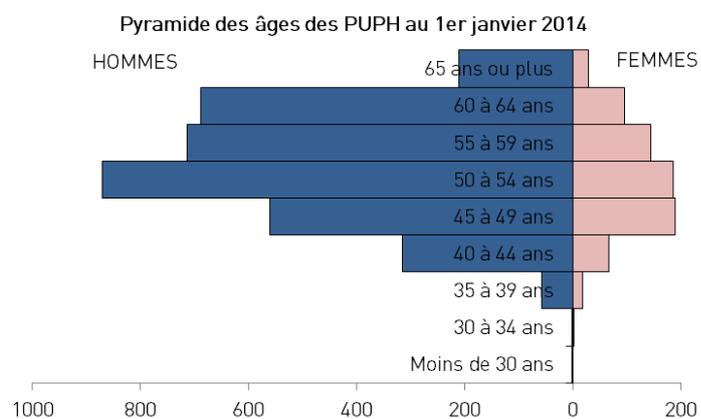
Les femmes sont moins âgées que les hommes de 2,9 ans en moyenne. Alors que la moitié des femmes HU est âgée de moins de 50 ans, la moitié des hommes est âgée de moins de 54 ans, soit 4 ans d'écart.

### Zoom sur les PU-PH et MCU-PH-(HU) :

### ■ La répartition par sexe et par tranche d'âges des PUPH :

Avec un sex-ratio de 4,7 hommes pour 1 femme, le corps des PUPH est caractérisé par une part prépondérante d'hommes (82,5 %). De plus, près du quart de l'effectif a plus de 60 ans, quand les moins de 40 ans sont 11 % seulement, ce qui en fait un corps relativement âgé.

Age	Femme (en %)	Homme (en %)	Ensemble (en %)	Sex-ratio
Moins de 30 ans	0,0	0,0	0,0	-
30 à 34 ans	0,3	0,0	0,1	0,5
35 à 39 ans	2,3	1,7	1,8	3,4
40 à 44 ans	9,2	9,2	9,2	4,7
45 à 49 ans	26,0	16,4	18,1	3,0
50 à 54 ans	25,6	25,4	25,5	4,7
55 à 59 ans	19,7	20,8	20,6	5,0
60 à 64 ans	13,1	20,1	18,9	7,3
65 ans ou plus	3,9	6,2	5,8	7,6
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>4,7</b>
<b>Effectif</b>	<b>730</b>	<b>3 441</b>	<b>4 171</b>	
<b>%</b>	<b>17,5</b>	<b>82,5</b>	<b>100</b>	
<b>Age moyen</b>	<b>52,8 ans</b>	<b>54,5 ans</b>	<b>54,2 ans</b>	
<b>Age médian</b>	<b>52,5 ans</b>	<b>54,5 ans</b>	<b>54,2 ans</b>	

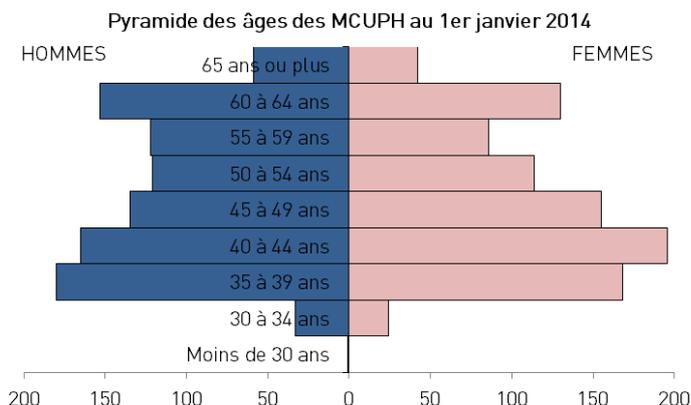


Les hommes sont plus âgés que les femmes de 1,7 an en moyenne. La moitié des femmes est âgée de moins de 52,5 ans, contre 54,5 ans pour les hommes, soit 2 ans d'écart.

### ■ La répartition par sexe et par tranche d'âge des MCU-PH :

Le corps des MCU-PH est proche de la parité, avec 1,1 homme pour 1 femme, mais reste malgré tout un corps à dominante masculine (52,1 % d'hommes).

Age	Femme (en %)	Homme (en %)	Ensemble (en %)	Sex-ratio
Moins de 30 ans	0,0	0,1	0,1	-
30 à 34 ans	2,6	3,4	3,0	1,4
35 à 39 ans	18,4	18,6	18,5	1,1
40 à 44 ans	21,4	17,0	19,2	0,8
45 à 49 ans	16,9	13,9	15,4	0,9
50 à 54 ans	12,5	12,5	12,5	1,1
55 à 59 ans	9,4	12,6	11,0	1,4
60 à 64 ans	14,2	15,8	15,0	1,2
65 ans ou plus	4,6	6,1	5,4	1,4
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>1,1</b>
<b>Effectif</b>	<b>970</b>	<b>1 056</b>	<b>2 026</b>	
<b>%</b>	<b>47,9</b>	<b>52,1</b>	<b>100</b>	
<b>Age moyen</b>	<b>48,8 ans</b>	<b>49,7 ans</b>	<b>49,3 ans</b>	
<b>Age médian</b>	<b>47,1 ans</b>	<b>48,4 ans</b>	<b>47,6 ans</b>	

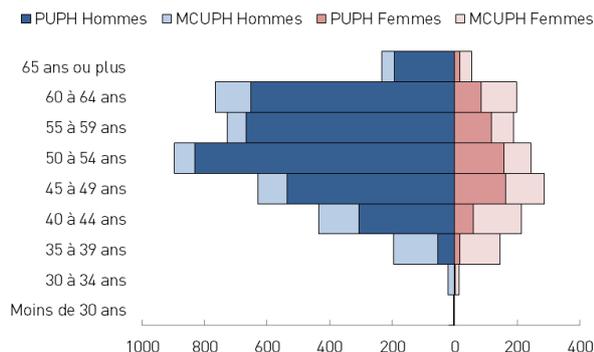


La majorité des MCU-PH a entre 35 et 49 ans (53 %). Les femmes sont moins âgées que les hommes en moyenne de 0,9 an. L'âge médian des femmes s'établit à 47,1 ans, contre 48,4 ans pour les hommes, soit 1,3 an d'écart.

### ■ Les pyramides des âges selon la discipline au 01/01/2014 (Source : CNG-SIGHU) (HU)

**Encadré 2 :** L'arrêté du 29 juin 1992 fixe la liste des sections, des sous-sections et des options [...] du Conseil national des universités (CNU) pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. L'analyse se fait donc sur trois disciplines : la médecine, l'odontologie et la pharmacie.

#### Médecine :



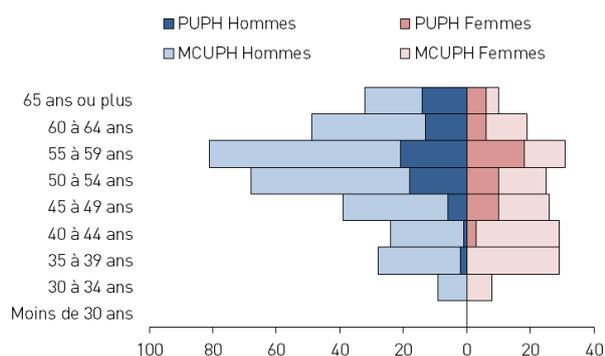
Quel que soit le corps (PU-PH et MCU-PH), la médecine est à dominante masculine à 70,8 %. Toutefois, si les hommes représentent 83,9 % des PU-PH, ils sont 49,2 % chez les MCU-PH.

72,2 % des HU de médecine sont PU-PH.

**Age moyen** des HU en médecine = 52,8 ans

**Age médian** des HU en médecine = 53,2 ans

## Odontologie :



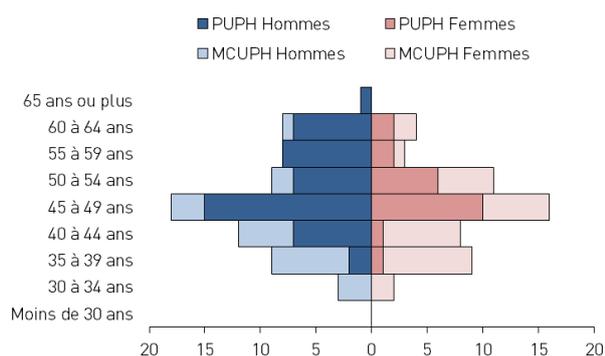
60,5 % des HU exerçant en odontologie sont des hommes (58,6 % chez les PU-PH et 66,3 % chez les MCU-PH).

Trois quarts des odontologistes sont MCU-PH.

Age moyen des HU en odontologie = 52,1 ans

Age médian des HU en odontologie = 53,8 ans

## Pharmacie :



Les HU exerçant la pharmacie sont pour 56,3 % d'entre eux des hommes. S'ils sont majoritaires chez les PUPH (69,4 %), en revanche, ils sont minoritaires chez les MCU-PH (43,1 %).

50 % des HU de pharmacie sont MCU-PH.

Age moyen des HU en pharmacie = 47,9 ans

Age médian des HU en pharmacie = 47,5 ans

## ■ La répartition des HU par corps et par section et sous-section (Source : CNG-SIGHU) (HU)

La part des PU-PH varie fortement selon la section ou sous-section, quelle que soit la discipline, médicale, odontologique ou pharmaceutique. Les parts de PU-PH les plus faibles sont observées en odontologie, et plus particulièrement en orthopédie dento-faciale (14,3 %) et en chirurgie buccale, pathologie et thérapeutique, anesthésiologie et réanimation (16,7 %). Les plus importantes sont constatées en neurochirurgie (96,9 %) et en chirurgie digestive (96,7 %).

■ La répartition des HU en établissement selon le corps, la section et la sous-section (HU)

Discipline	Section	Sous-section	MCUPH	PUPH	Ensemble		Part des PUPH (en %)
					Effectif	%	
Médecine	Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale; médecine d'urgence	23	123	146	2,4	84,2
		Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie	65	67	132	2,1	50,8
		Réanimation médicale; médecine d'urgence	12	80	92	1,5	87,0
		Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie	13	69	82	1,3	84,1
	Biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, physiologie et nutrition	Biochimie et biologie moléculaire	141	75	216	3,5	34,7
		Biologie cellulaire	51	46	97	1,6	47,4
		Nutrition	19	41	60	1,0	68,3
		Physiologie	120	96	216	3,5	44,4
	Biophysique et imagerie médicale	Biophysique et médecine nucléaire	87	70	157	2,5	44,6
		Radiologie et imagerie médicale	19	163	182	2,9	89,6
	Cancérologie, génétique, hématologie, immunologie	Cancérologie; radiothérapie	15	124	139	2,2	89,2
		Génétique	53	65	118	1,9	55,1
		Hématologie; transfusion	68	128	196	3,2	65,3
		Immunologie	56	75	131	2,1	57,3
	Développement et pathologie de l'enfant, gynécologie-obstétrique, endocrinologie et reproduction	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale	32	32	64	1,0	50,0
		Chirurgie infantile	4	68	72	1,2	94,4
		Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale	11	67	78	1,3	85,9
		Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale	12	111	123	2,0	90,2
		Pédiatrie	27	154	181	2,9	85,1
	Maladies des appareils digestif et urinaire	Chirurgie digestive	2	59	61	1,0	96,7
		Gastroentérologie; hépatologie; addictologie	14	123	137	2,2	89,8
		Néphrologie	6	72	78	1,3	92,3
		Urologie	4	64	68	1,1	94,1
	Médecine interne, gériatrie et chirurgie générale	Chirurgie générale	7	68	75	1,2	90,7
		Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie	20	146	166	2,7	88,0
	Microbiologie, maladies transmissibles et hygiène	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière	136	94	230	3,7	40,9
		Maladies infectieuses; maladies tropicales	12	62	74	1,2	83,8
		Parasitologie et mycologie	57	31	88	1,4	35,2
	Morphologie et morphogénèse	Anatomie	40	75	115	1,9	65,2
		Anatomie et cytologie pathologiques	73	88	161	2,6	54,7
		Cytologie et histologie	61	50	111	1,8	45,0
	Pathologie cardiorespiratoire et vasculaire	Cardiologie	8	130	138	2,2	94,2
		Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	7	84	91	1,5	92,3
		Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire	9	57	66	1,1	86,4
		Pneumologie; addictologie	7	88	95	1,5	92,6
	Pathologie de la tête et du cou	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	3	34	37	0,6	91,9
		Ophthalmologie	9	62	71	1,1	87,3
		ORL	7	81	88	1,4	92,0

Discipline	Section	Sous-section	MCUPH	PUPH	Ensemble		Part des PUPH (en %)
					Effectif	%	
Médecine (suite)	Pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation	Médecine physique et de réadaptation	4	46	50	0,8	92,0
		Neurochirurgie	2	62	64	1,0	96,9
		Neurologie	12	112	124	2,0	90,3
		Pédopsychiatrie; addictologie	2	34	36	0,6	94,4
		Psychiatrie d'adultes; addictologie	9	77	86	1,4	89,5
	Pathologie ostéo-articulaire, dermatologie et chirurgie plastique	Chirurgie orthopédique et traumatologique	8	91	99	1,6	91,9
		Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie	6	26	32	0,5	81,3
		Dermato-vénérologie	10	65	75	1,2	86,7
		Rhumatologie	11	66	77	1,2	85,7
	Santé publique, environnement et société	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	34	49	83	1,3	59,0
		Epidémiologie, économie de la santé et prévention	40	60	100	1,6	60,0
		Médecine et santé au travail	22	29	51	0,8	56,9
		Médecine légale et droit de la santé	19	32	51	0,8	62,7
<b>Ensemble médecine</b>			<b>1 489</b>	<b>3 871</b>	<b>5 360</b>	<b>86,5</b>	<b>72,2</b>
Odontologie	Développement, croissance et prévention	Orthopédie dento-faciale	42	7	49	0,8	14,3
		Pédodontie	36	9	45	0,7	20,0
		Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale	23	12	35	0,6	34,3
	Sciences biologiques, médecine et chirurgie buccales	Chirurgie buccale, pathologie et thérapeutique, anesthésiologie et réanimation	50	10	60	1,0	16,7
		Parodontologie	33	10	43	0,7	23,3
		Sciences biologiques	30	19	49	0,8	38,8
	Sciences physiques et physiologiques endodontiques	Odontologie conservatrice, endodontie	59	20	79	1,3	25,3
		Prothèses	82	24	106	1,7	22,6
		Sciences anatomiques et physiologiques, occlusodontologiques, biomatériaux, biophysique, radiologie	43	17	60	1,0	28,3
<b>Ensemble odontologie</b>			<b>398</b>	<b>128</b>	<b>526</b>	<b>8,5</b>	<b>24,3</b>
Pharmacie	Bi-appartenants : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé	Pharmacie	17	11	28	0,5	39,3
	Bi-appartenants : Sciences du médicament et des autres produits de santé	Pharmacie	33	23	56	0,9	41,1
	Bi-appartenants : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques	Pharmacie	21	27	48	0,8	56,3
	Mono-appartenants : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé	Pharmacie	1	2	3	0,0	66,7
	Mono-appartenants : Sciences du médicament et des autres produits de santé	Pharmacie	0	2	2	0,0	100,0
	Mono-appartenants : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques	Pharmacie	0	7	7	0,1	100,0
<b>Ensemble pharmacie</b>			<b>72</b>	<b>72</b>	<b>144</b>	<b>2,3</b>	<b>50,0</b>
Non renseigné			67	100	167	2,7	59,9
<b>Ensemble des CHU de France entière</b>			<b>2 026</b>	<b>4 171</b>	<b>6 197</b>	<b>100</b>	<b>67,3</b>
<i>dont ensemble des CHU de France métropolitaine</i>			<i>2 023</i>	<i>4 159</i>	<i>6 182</i>	<i>99,8</i>	<i>67,3</i>
<i>dont ensemble des CHU des DOM-TOM</i>			<i>3</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>0,2</i>	<i>80,0</i>

### ■ La répartition des HU par CHU (HU)

Les trois grands CHU de France, que sont l'AP-HP, l'AP-HM et les HCL, regroupent 43,1 % de l'effectif global des HU. L'AP-HP, à elle-seule, comptabilise près du tiers de l'effectif global des HU (32,5 % pour les MCU-PH et 30,9 % pour les PU-PH).

Les PUPH représentent la part la plus importante des HU pour l'ensemble des CHU. Comme en 2013, la part la plus faible est observée à Toulouse, avec 59,6 %.

CHU	MCUPH	PUPH	Ensemble	%	Part des PUPH (en %)
CHU Amiens	22	71	93	1,5	76,3
CHU Angers	34	74	108	1,7	68,5
CHU Besançon	27	84	111	1,8	75,7
CHU Bordeaux	99	175	274	4,4	63,9
CHU Brest	38	67	105	1,7	63,8
CHU Caen	27	74	101	1,6	73,3
CHU Clermont-Ferrand	48	96	144	2,3	66,7
CHU Dijon	25	81	106	1,7	76,4
CHU Grenoble	41	109	150	2,4	72,7
CHU Lille	101	171	272	4,4	62,9
CHU Limoges	14	67	81	1,3	82,7
CHU Lyon (HCL)	111	236	347	5,6	68,0
CHU Marseille (APHM)	137	240	377	6,1	63,7
CHU Montpellier	64	120	184	3,0	65,2
CHU Nancy	61	139	200	3,2	69,5
CHU Nantes	58	115	173	2,8	66,5
CHU Nice	36	82	118	1,9	69,5
CHU Nîmes	15	34	49	0,8	69,4
CHU Paris (APHP)	658	1 290	1 948	31,4	66,2
CHU Poitiers	25	65	90	1,5	72,2
CHU Reims	42	83	125	2,0	66,4
CHU Rennes	56	100	156	2,5	64,1
CHU Rouen	23	102	125	2,0	81,6
CHU Saint-Etienne	19	63	82	1,3	76,8
CHU Strasbourg	92	153	245	4,0	62,4
CHU Toulouse	118	174	292	4,7	59,6
CHU Tours	32	94	126	2,0	74,6
CHU Guadeloupe	2	3	5	0,1	60,0
CHU Martinique	1	4	5	0,1	80,0
CHU La Réunion	0	5	5	0,1	100
<b>Ensemble</b>	<b>2 026</b>	<b>4 171</b>	<b>6 197</b>	<b>100</b>	<b>67,3</b>

### ■ L'évolution du solde des entrées et des sorties (HU)

Au cours des trois dernières années, le solde des entrées-sorties est resté positif, quel que soit le corps (PU-PH et MCU-PH). Le nombre d'entrées, sur la période 2011-2013, est passé de 319 à 394 (+75). On observe tout de même des inégalités entre les MCU-PH et PU-PH. Si le nombre des entrées chez les MCU-PH ne cesse de progresser sur les 3 ans, celui des PU-PH a connu une stabilisation entre 2012 et 2013.

	2011			2012			2013		
	MCU-PH	PU-PH	Ensemble	MCU-PH	PU-PH	Ensemble	MCU-PH	PU-PH	Ensemble
Entrées	134	185	319	163	204	367	190	204	394
Sorties	55	120	175	57	95	152	60	116	176
<b>Solde des entrées-sorties</b>	<b>79</b>	<b>65</b>	<b>144</b>	<b>106</b>	<b>109</b>	<b>215</b>	<b>130</b>	<b>88</b>	<b>218</b>
<b>Part des PUPH (en %)</b>	<b>45,1</b>			<b>50,7</b>			<b>40,4</b>		

En 2013, le solde positif de +218 HU est constitué à 40,4 % de PUPH (contre 50,7 % en 2012 et 45,1 % en 2011).

## ■ L'évolution des sorties définitives du corps (HU)

176 HU sont sortis du corps en 2013, soit un niveau équivalent à celui de 2011. Toutefois, entre 2012 et 2013, le nombre de sorties a progressé de 15,8 %. Les départs à la retraite constituent le principal motif de sortie puisqu'ils représentent 92,6 % des sorties définitives en 2013.

Motif de sortie	2011				2012				2013			
	MCU-PH	PU-PH	Ensemble	%	MCU-PH	PU-PH	Ensemble	%	MCU-PH	PU-PH	Ensemble	%
Décès	0	2	2	1,1	0	1	1	0,7	0	3	3	1,7
Démission	5	5	10	5,7	2	2	4	2,6	0	0	0	0,0
Radiation/Révocation	2	0	2	1,1	0	0	0	0,0	6	4	10	5,7
Retraite	48	113	161	92,0	55	92	147	96,7	54	109	163	92,6
<b>Ensemble</b>	<b>55</b>	<b>120</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>95</b>	<b>152</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>116</b>	<b>176</b>	<b>100</b>
Part des PU-PH (en %)	68,6				62,5				65,9			
Age moyen de départ à la retraite	64,6 ans	67,5 ans	66,6 ans		65,0 ans	66,4 ans	65,9 ans		65,9 ans	66,9 ans	66,6 ans	

L'écart de l'âge moyen de départ à la retraite entre les MCU-PH et PU-PH, ne cesse de diminuer, passant de 2,9 ans en 2011, à 1,4 an en 2012, et 1 an en 2013. L'âge moyen de départ à la retraite des MCU-PH en 2013 est de 65,9 ans, contre 66,9 ans pour les PUPH. Globalement, tous corps confondus (MCU-PH et PU-PH), l'âge moyen est de 66,6 ans en 2013, contre 65,9 ans en 2012, soit +0,7 an.

### 2.1.2.2- La gestion statutaire (HU)

Depuis le 1er septembre 2012, le département de gestion des praticiens hospitaliers (DGPH) du CNG est en charge de certains actes de gestion en lien avec le Ministère chargé de la santé et les CHU et avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) ou les universités (décret du 4 mai 2007 et arrêté du 26 juin 2012). A ce titre, il assure les procédures relatives à l'organisation du recrutement des personnels enseignants et hospitaliers titulaires, suite à la publication des emplois offerts à la mutation et au recrutement par arrêtés conjoints des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi qu'aux différentes positions statutaires au cours de la carrière (délégation, détachement, disponibilité ...).

A l'exception du classement hospitalier pour lequel il a seul compétence, l'ensemble de ces positions est géré conjointement par le CNG avec, soit le Ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, soit les universités puisque les présidents bénéficient également de délégations de pouvoirs en matière de recrutement et de gestion de certains personnels enseignants des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques et des personnels enseignants de médecine générale, en vertu de l'arrêté du 12 mars 2012. Les actes sont préparés par les universités ou le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et transmis au CNG pour co-signature, après vérification. C'est pourquoi, afin d'assurer un partenariat efficace avec les services de l'enseignement supérieur, le DGPH a participé aux journées d'information organisées pour les universités avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, le 25 janvier 2013 et a organisé, le 10 juillet, une réunion de travail au CNG relative aux procédures cogérées avec le MESR.

Le CNG est également chargé, en compétence propre, des validations des services des personnels hospitalo-universitaires titulaires qui en font la demande. Cette procédure permet la prise en compte des services accomplis en qualité de non titulaire pour la constitution et la liquidation des droits à pension du régime spécial des fonctionnaires. En 2014, 69 dossiers ont été instruits à ce titre par le DGPH.

Par ailleurs, afin d'optimiser sa gestion et d'avoir une vision globale sur les effectifs médicaux gérés, un système d'information baptisé « SIG-HU » a été mis en service au CNG en mars 2013 permettant l'identification et le suivi statutaire des personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires. Il a été renseigné à l'aide des fichiers transmis par les services du MESR, mis à jour par le DGPH avec l'aide, très appréciée, des directions des affaires médicales des CHU au cours de l'été 2013.

Enfin, un bilan des procédures transférées sera établi en 2014 afin de proposer aux deux ministères concernés, le cas échéant, une modification statutaire relative au périmètre des activités transférées.

### ■ **Les élections pour la juridiction disciplinaire**

L'année 2013 a été marquée par l'organisation des élections des représentants à la juridiction disciplinaire des personnels enseignants et hospitaliers, dont le renouvellement était prévu fin 2013.

Le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), le Ministère des affaires sociales et de la santé (MASS) et le Centre national de gestion sont solidairement compétents pour organiser les élections des représentants des personnels enseignants et hospitaliers à la juridiction disciplinaire, conformément au troisièmement de l'article 2-1 du décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié. Il s'agit de scrutins uninominaux à un tour. Les précédentes élections à la juridiction disciplinaire avaient eu lieu le 19 octobre 2010.

Ces élections concernent non seulement les professionnels gérés par le CNG (MCU-PH et PU-PH), mais également des populations d'électeurs hospitalo-universitaires non gérés par le CNG, tels que les assistants hospitaliers universitaires, les chefs de clinique des universités et les PHU, soit 11 700 électeurs concernés par ces opérations électorales.

Trois arrêtés du 31 juillet 2013, un pour la médecine, un pour l'odontologie et un pour la pharmacie (électeurs votant pour la première fois dans cette discipline), cosignés par le MESR, le MASS et le CNG sont venus préciser les conditions relatives à la constitution de la juridiction compétente à l'égard des personnels enseignants et hospitaliers et fixent les conditions d'organisation de ces élections.

Le calendrier électoral a été fixé par le MESR. Chaque CHU a arrêté la liste de ses électeurs. Le CNG a assuré, en lien avec le MESR, le traitement des candidatures individuelles relevant de sa compétence (PU-PH et MCU-PH). Les listes de candidats HU titulaires ont été arrêtées par le MESR et le CNG. Le CNG s'est assuré du bon déroulement de ces élections. Chaque UFR a remonté les résultats des scrutins au MESR qui les a agrégés au niveau national, le 16 décembre 2013. Faute de candidats en nombre suffisant, il a dû être procédé à des désignations dans les disciplines où il n'y a pas eu d'élus. Ces désignations sont intervenues en mars 2014.

#### **2.1.2.3 Les contentieux spécifiques à la gestion des personnels enseignants et hospitaliers (HU)**

La gestion de ces personnels et donc les contentieux correspondants ont été transférés au CNG à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012. Toutefois, les décisions relatives à l'entrée et à la sortie de la carrière des HU étant prises conjointement par la ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, et non par le CNG, les dossiers afférents ont été transférés au ministère début 2013 \*. De ce fait, il ne reste, en 2013, plus qu'un seul dossier en instance au CNG.

<b>HU – évolution des contentieux du 31/12/2012 au 31/12/2013</b>	
Nombre de dossiers au 31/12/2012	4
Nombre de dossiers au 31/12/2013	1*
Requêtes enregistrées en 2013	2
Affaires jugées en 2013	2

Par ailleurs, deux affaires ont été jugées en 2013 :

- Un appel contre un jugement rejetant la demande d'annulation d'une décision refusant l'intégration dans le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers.
- Un référé suspension formé à l'encontre d'un arrêté fixant la liste d'admission aux concours ouverts au titre de l'année 2013 pour le recrutement des professeurs des universités-praticiens hospitaliers relatifs à la partie chirurgie thoracique et cardio-vasculaire type I. Le référé a été rejeté. La Cour administrative d'appel a infirmé le jugement.

Au titre de l'indemnisation de ces recours, 6000 € ont été demandés pour les frais de justice et 1500 € accordés par la Cour administrative d'appel. Toutefois, ce contentieux n'étant pas de la compétence du CNG, il revient aux ministres ayant édicté l'acte, objet de l'appel de régler ces frais.

Des données complémentaires relatives aux praticiens hospitaliers titulaires ou en période probatoire et aux personnels enseignants et hospitaliers titulaires ou stagiaires sont présentées dans le Tome II du présent Rapport.

Elles portent, notamment sur :

#### Première partie

- 1- Les bilans des concours hospitaliers et examens nationaux universitaires médicaux – session 2012
  - 1.1- Les épreuves classantes nationales en médecine
  - 1.2- Les autres concours d'internat
  - 1.3- Le concours national de praticien des établissements publics de santé (CNPH)
  - 1.4- Les épreuves de vérification des connaissances (EVC)

#### Deuxième partie

2. Les données sociales relatives aux personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé (enquête 2011)
  - 2.1- L'évolution des effectifs médicaux dans les EPS
  - 2.2- La rémunération des personnels médicaux dans les EPS
  - 2.3- Le compte épargne-temps des praticiens dans les EPS
  - 2.4- L'absentéisme des praticiens dans les EPS
  - 2.5- Le bilan de l'enquête sur la formation des praticiens dans les EPS

Annexes = questionnaire portant sur cette enquête

## 2.2- Les corps de directeurs de la fonction publique hospitalière

La gestion des corps de directeurs s'est intensifiée dans le temps. Particulièrement exigeante s'agissant des grands processus de gestion des carrières, elle s'est aussi développée dans le soutien et l'expertise technique apportée par le CNG aux autorités nationales en charge des évolutions réglementaires, qui seront mises en œuvre par le CNG.

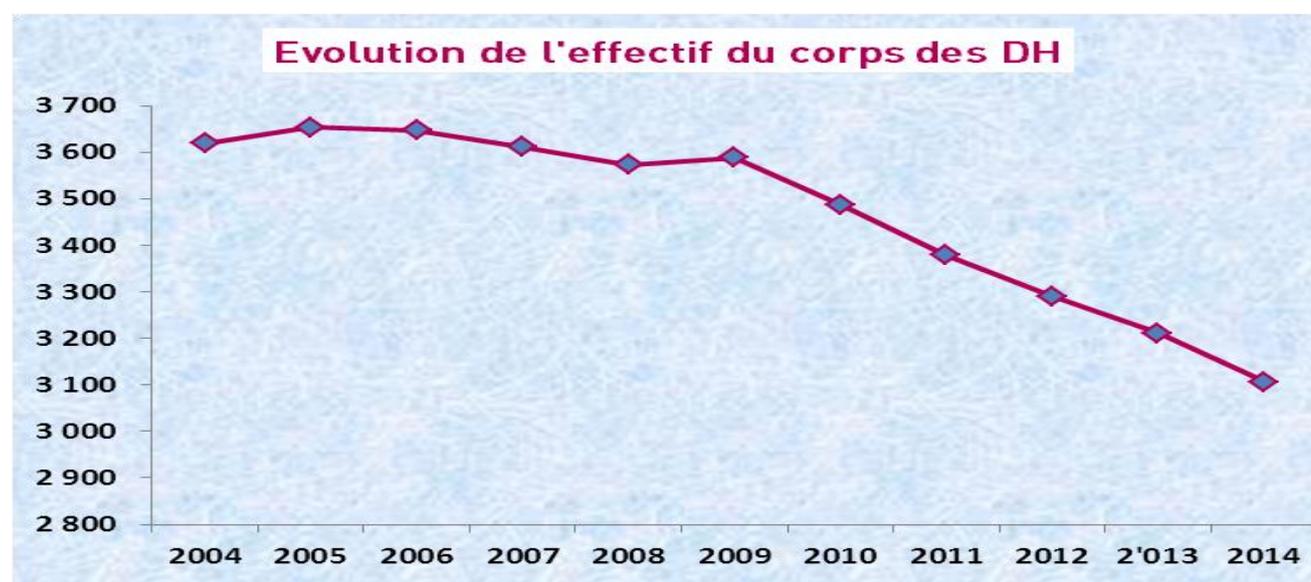
### 2.2.1- Les directeurs d'hôpital (DH)

#### 2.2.1.1- Les effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (DH)

Le corps des Directeurs d'Hôpital (DH) poursuit son repli.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, la base de gestion GIDHES dénombre 3 106 directeurs d'hôpital (DH) contre 3 619 dix ans auparavant, soit une baisse de 14,2% de l'effectif sur la période considérée (2004-2014) et en moyenne, de 1,5% de l'effectif annuellement. Pour rappel, l'effectif des DH était de 3 211 au 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit une baisse relevée de 3,3%, imputable au nombre élevé de départs à la retraite (170 DH) largement supérieur à celui des entrées dans le corps des DH (95 DH).

#### L'évolution de l'effectif du corps des DH sur dix ans (DH)



Ce sont 2 531 DH, contre 2 617 DH en 2013 (soit une diminution de 3,3%) qui exercent leurs fonctions en établissement (en position d'activité, en détachement sur contrat de droit public, en congé longue maladie, congé longue durée, congé parental, suspension et exclusion temporaire). Ils représentent 81,5% de l'effectif du corps.

Si la part des directeurs en établissement se maintient tout au long de cette période (en moyenne 82%), ce sont surtout les mises à disposition qui décroissent (-36,8% entre 2004 et 2014), alors que les détachements augmentent fortement (+47,8% sur la même période) malgré la baisse légère (-1,9%) observée entre 2013 et 2014.

Il convient de rappeler que les directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers régionaux ne sont pas comptabilisés dans les 2531 DH en fonction dans les établissements. En effet, ces emplois ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière et ne sont pas réservés aux seuls professionnels relevant du corps de directeur d'hôpital.

La procédure de nomination des directeurs généraux a été modifiée depuis la loi HPST du 21 juillet 2009.

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 et sur le seul rapport du ministre chargé de la santé pour les directeurs généraux de CHR.

Les directeurs d'hôpital qui sont nommés en qualité de directeur général de CHR ou de CHU sont détachés sur contrat de droit public dans ces emplois. Ils sont donc comptabilisés au sein de cette position de détachement. Il y en avait 28 au 31 décembre 2013.

### Répartition du corps par sexe au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (DH)

Répartition par sexe	Total	%
Femmes	1277	41 %
Hommes	1829	59 %
<b>Total</b>	<b>3106</b>	<b>100 %</b>

La répartition entre les hommes et les femmes demeure stable entre 2013 et 2014 : ainsi, 59 % de l'effectif sont des hommes, contre 60 % en 2012 et 41 % sont des femmes, contre 40 % en 2012.

### Les nominations et validations des formations à l'EHESP 2011-2013 (DH)

Année de référence	Nombre de DH nommés	% de femmes
2011	60	50,00%
2012	38	31,58%
2013	42	52,38%
<b>Total sur 3 ans</b>	<b>140</b>	<b>45,71%</b>

Le nombre de nominations après formation validée par l'EHESP est en légère hausse (42 en 2013, contre 38 en 2012).

Sur une période de trois ans, on observe cependant une tendance à la baisse, passant ainsi d'une moyenne de 64 entre 2009 et 2011, à 51 entre 2010 et 2012 et 46 entre 2011 et 2013.

### L'évolution de l'effectif des DH par position statutaire (DH)

POSITION	01/01/2004		01/01/2014		Evolution 2004-2014		Pour Rappel	01/01/2013		Evolution 2013-2014
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	(en %)
<b>1) En établissements dont :</b>	3123	86,3	2 531	81,5	-592	-18,9		2 617	81,5	-3,3
-Détachement sur contrat de droit public	0	---	6	0,2	6	---		4	0,1	50,0
-Congé longue maladie	7	0,2	3	0,1	-4	-57,1		3	0,1	0,0
-Congé longue durée	11	0,3	4	0,1	-7	-63,6		7	0,2	-42,9
-Congé parental	2	0,1	7	0,2	5	250,0		5	0,2	40,0
-Suspension et Exclusion temporaire	5	0,1	0	0,0	-5	-100,0			0,0	---
<b>2) Mis à disposition</b>	95	2,6	60	1,9	-35	-36,8		55	1,7	9,1
<b>3) Recherche d'affectation</b>	0	---	15	0,5	15	---		19	0,6	-21,1
<b>4) Détachement</b>	278	7,7	411	13,2	133	47,8		419	13,0	-1,9
<b>5) Congé spécial</b>	10	0,3	2	0,1	-8	-80,0		2	0,1	0,0
<b>6) Disponibilité et hors cadre</b>	83	2,3	87	2,8	4	4,8		99	3,1	-12,1
<b>7) Congé de fin d'activité</b>	30	0,8		0,0	-30	-100,0			0,0	---
<b>TOTAL</b>	<b>3 619</b>	<b>100,0</b>	<b>3 106</b>	<b>100,0</b>	<b>-513,0</b>	<b>-14,2</b>		<b>3 211</b>	<b>100,0</b>	<b>-3,3</b>

## 2.2.1.2- Les caractéristiques des directeurs d'hôpital en établissement<sup>1</sup> (DH)

### La féminisation du corps des directeurs se confirme (DH)

Depuis quelques années, la tendance à la féminisation du corps des DH se confirme, notamment dans les tranches d'âges les plus jeunes (25 à 40 ans) mais également sur l'effectif global (2 points de plus par rapport à 2013), même si ce corps reste à forte dominante masculine (près de 58% des effectifs en 2014, contre 60% en 2013).

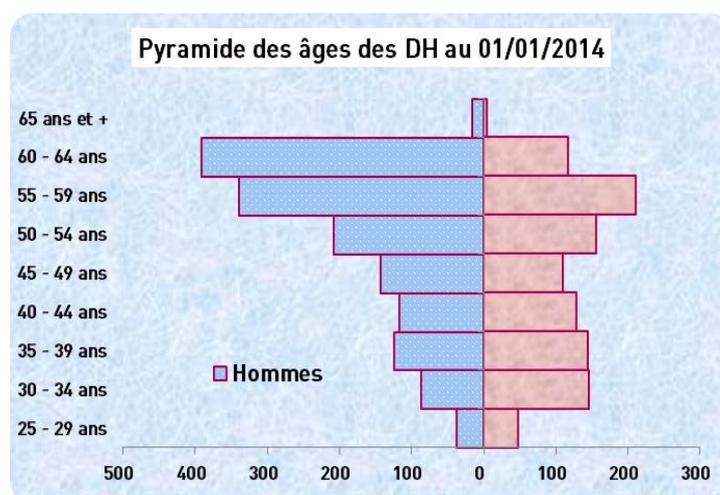
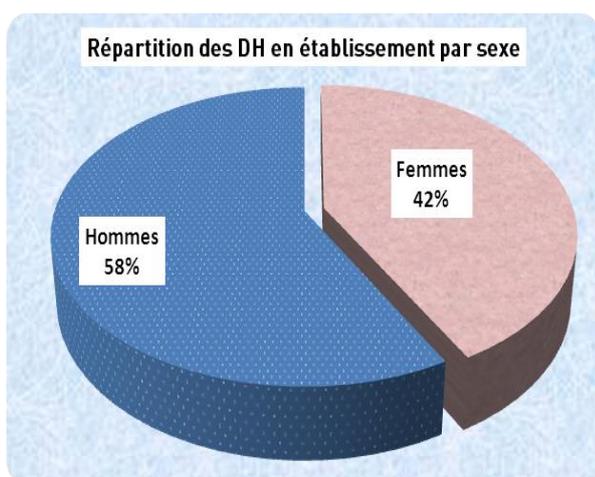
### La répartition des DH par sexe et par âge (DH)

Groupe âge	Femmes		Hommes		Ensemble		Ratio hommes/femmes
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
25 - 29 ans	47	4,4	38	2,6	85	3,4	0,8
30 - 34 ans	146	13,7	87	5,9	233	9,2	0,6
35 - 39 ans	144	13,5	125	8,5	269	10,6	0,9
40 - 44 ans	129	12,1	117	8,0	246	9,7	0,9
45 - 49 ans	110	10,3	144	9,8	254	10,0	1,3
50 - 54 ans	156	14,6	208	14,2	364	14,4	1,3
55 - 59 ans	211	19,8	340	23,2	551	21,8	1,6
60 - 64 ans	117	11,0	391	26,7	508	20,1	3,3
65 ans et +	5	0,5	16	1,1	21	0,8	3,2
<b>Total</b>	<b>1 065</b>	<b>100,0</b>	<b>1 466</b>	<b>100,0</b>	<b>2 531</b>	<b>100,0</b>	<b>1,4</b>
<b>Part en %</b>	<b>42,1</b>		<b>57,9</b>		<b>100,0</b>		<b>----</b>
<b>Age moyen</b>	<b>47,0 ans</b>		<b>52,0 ans</b>		<b>49,9 ans</b>		<b>----</b>
<b>Age médian</b>	<b>48,0 ans</b>		<b>55,3 ans</b>		<b>52,7 ans</b>		<b>----</b>

En effet, on compte moins d'un homme pour une femme dans les tranches d'âges allant de 25-29ans à 40-44 ans. Au-delà, le rapport s'inverse au profit des hommes.

L'âge moyen global des directeurs d'hôpital est de 49,9 ans en 2014, contre 50,1 ans en 2013. La moitié d'entre eux a plus de 52,7 ans, contre 53,2 ans en 2013, soit un léger rajeunissement du corps même si la pyramide des âges, plutôt en forme de champignon, traduit un vieillissement du corps très marqué chez les hommes.

### La répartition par sexe et pyramide des âges (DH)



<sup>1</sup> DH exerçant en établissement : sont inclus les personnels en position d'activité, en détachement sur contrat de droit public, en congé longue maladie, congé longue durée, congé parental, suspension et exclusion temporaire

S'agissant des directeurs d'hôpital (hommes), le rajeunissement s'amorce timidement avec un âge moyen qui passe de 52,2 ans en 2013, à 52,0 ans en 2014 et un âge médian qui passe de 55,5 ans en 2013, à 55,3 ans en 2014, soit 0,2 an (2,4 mois) de moins.

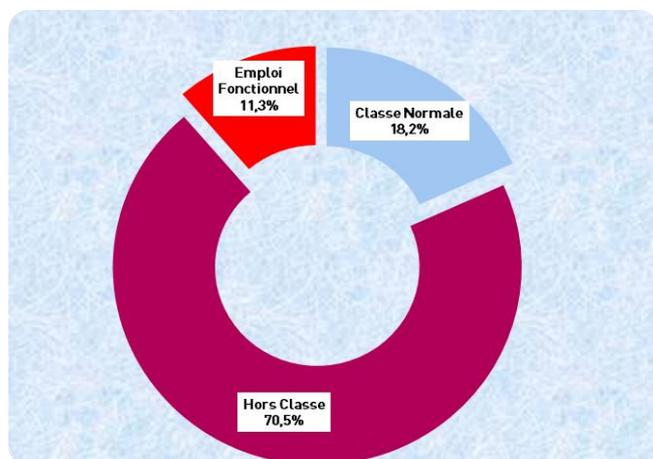
La proportion des 50 ans et plus poursuit sa décroissance. De 60% des DH en 2011, elle ne représente plus en 2014, que 57,1%, soit 2,9 points de moins en 3 ans.

Les hommes sont plus âgés. Ils ont en moyenne 5 ans de plus que les femmes.

### Plus de deux tiers des DH en hors classe (DH)

Malgré le rajeunissement timide du corps, la structure par classe des DH confirme la baisse du nombre de directeurs en classe normale au profit des directeurs hors classe et des directeurs sur emploi fonctionnel. En effet, la part des DH en classe normale passe de 21,5% (563 DH) en 2013 à 18,2% (460 DH) en 2014. Les directeurs en hors classe restent largement majoritaires, avec une part de 70,5% (contre 67,9% en 2013).

### La répartition des DH (emploi fonctionnel, hors classe, classe normale)



Les emplois fonctionnels, poursuivent leur progression en passant de 10,6% de l'effectif global du corps en 2013 à 11,3% en 2014, soit de 277 DH en 2013 à 286 en 2014. On comptait 172 DH sur emplois fonctionnels en 2012. Cette augmentation sensible des emplois fonctionnels est imputable aux modifications statutaires apportées par le décret du 24 avril 2012, qui classent en trois groupes les emplois fonctionnels des établissements publics de santé, en fonction de l'importance de leur budget. Le plafond des emplois fonctionnels est passé de 178 à 355, en 2012.

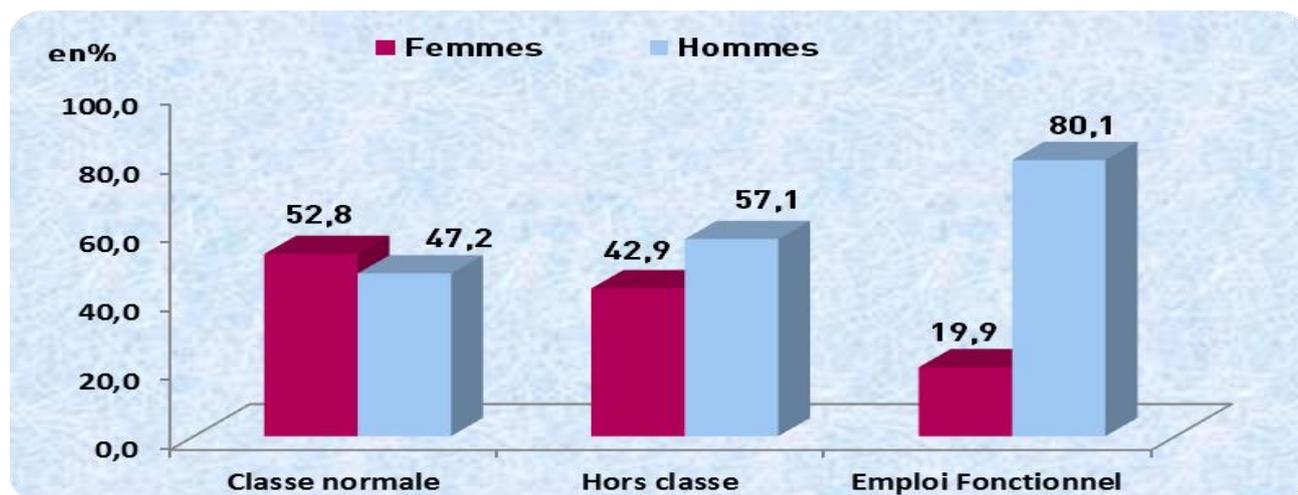
### La répartition des DH selon le sexe et la classe (DH)

SEXE	Classe Normale			Hors Classe			Emploi Fonctionnel		Total		
	Effectif	%	Part au dernier échelon (en %)	Effectif	%	Part en HEB (3ème chev) en %	Effectif	%	Effectif	%	Part de l'emploi fonctionnel (en %)
Femmes	243	52,8	15,6	765	42,9	21,3	57	19,9	1 065	42,1	5,4
Hommes	217	47,2	18,9	1 020	57,1	37,9	229	80,1	1 466	57,9	15,6
<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>100,0</b>	<b>17,1</b>	<b>1 785</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>286</b>	<b>100,0</b>	<b>2 531</b>	<b>100,0</b>	<b>11,3</b>
<b>%</b>	<b>18,2%</b>			<b>70,5%</b>			<b>11,3%</b>		<b>100,0%</b>		

Le nombre de femmes sur emploi fonctionnel continue d'augmenter : au nombre de 29 en 2012, 51 en 2013, il atteint aujourd'hui 57, soit près du double en deux ans. Cela représente 5,4% des 1 065 femmes DH, contre 15,6% des hommes (229 hommes sur les 1 466 directeurs) qui occupent un emploi fonctionnel.

Il convient de relever, également, la répartition très inégale entre hommes et femmes au sein du grade. En effet, si les femmes sont majoritaires en classe normale avec 52,2% de l'effectif du grade, elles ne représentent que 19,9% des directeurs d'hôpital sur un emploi fonctionnel.

### La répartition par sexe selon la classe (DH)



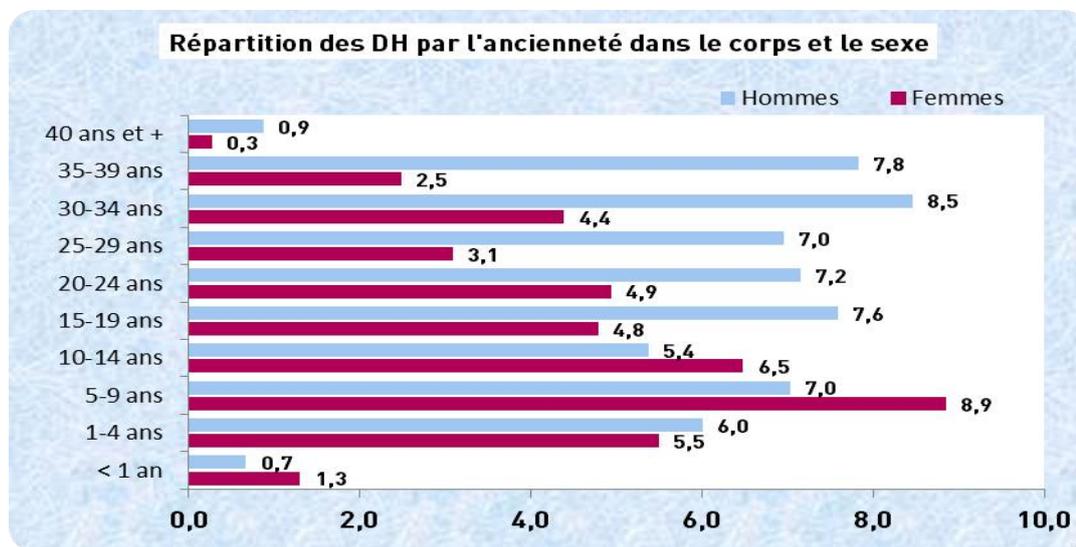
### L'ancienneté dans le corps (DH)

En moyenne et tous sexes confondus, les directeurs d'hôpital en établissement ont une ancienneté dans le corps de 18,6 ans, contre 19,7 ans en 2013 (soit 1,1 an de moins).

Les femmes enregistrent une ancienneté moyenne inférieure de 4,9 ans par rapport aux hommes.

Cet écart résulte de la structure par âge des hommes et des femmes DH, avec une féminisation plus marquée dans les tranches d'âge les plus jeunes.

### La répartition par sexe selon la classe (DH)



Il en est de même lorsque l'on observe l'ancienneté médiane : 50% des femmes ont une ancienneté inférieure à 12,8 ans, contre 20,1 ans pour les hommes. Pour rappel, les anciennetés médianes étaient de 16,0 ans pour les femmes, contre 23,0 ans pour les hommes en 2013, soit (+3 ans) quel que soit le sexe. 37,2% (31,2% en 2013) des femmes enregistrent une ancienneté dans le corps inférieure à 10 ans.

### La répartition des DH en établissement selon l'ancienneté dans le corps (DH)

Ancienneté dans le corps	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Effectif	en %	Effectif	en %	Effectif	en %
< 1 an	33	3,1	17	1,2	50	2,0
1-4 ans	139	13,1	152	10,4	291	11,5
5-9 ans	224	21,0	178	12,1	402	15,9
10-14 ans	164	15,4	136	9,3	300	11,9
15-19 ans	121	11,4	192	13,1	313	12,4
20-24 ans	125	11,7	181	12,3	306	12,1
25-29 ans	78	7,3	176	12,0	254	10,0
30-34 ans	111	10,4	214	14,6	325	12,8
35-39 ans	63	5,9	198	13,5	261	10,3
40 ans et +	7	0,7	22	1,5	29	1,1
<b>Total</b>	<b>1065</b>	<b>100,0</b>	<b>1466</b>	<b>100,0</b>	<b>2531</b>	<b>100,0</b>
durée moyenne dans le corps	15,8 ans		20,7 ans		18,6 ans	
durée médiane dans le corps	12,8 ans		20,1 ans		17,7 ans	

### La répartition des DH par type d'établissements

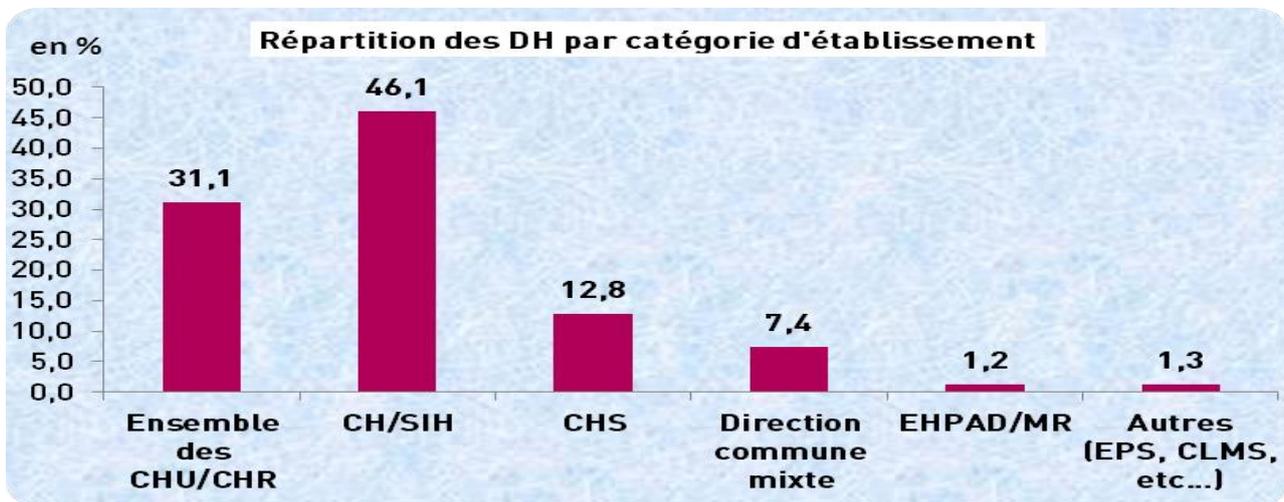
Si le nombre de DH exerçant dans les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux (CHU/CHR) reste stable au cours de ces deux dernières années, celui des DH exerçant dans les centres hospitaliers (CH) a, quant à lui, baissé fortement en passant de 1365 DH en 2012 à 1168 DH en 2014, soit une baisse de 14,4% (-197 DH) en deux ans. Les CHU/CHR et les CH sont les plus gros employeurs des directeurs d'hôpital (77%).

### L'évolution de la répartition des DH par typologie d'établissement (DH)

Catégorie d'établissement	01/01/2012		01/01/2013		01/01/2014	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CHU/CHR (Hors AP-HP, AP-HM et HCL)	462	17,0	453	17,3	454	17,9
AP-HP	235	8,7	231	8,8	240	9,5
AP-HM	40	1,5	40	1,5	40	1,6
HCL	51	1,9	52	2,0	54	2,1
<b>Ensemble des CHU/CHR</b>	<b>788</b>	<b>29,0</b>	<b>776</b>	<b>29,7</b>	<b>788</b>	<b>31,1</b>
CH/SIH	1 365	50,3	1 304	49,8	1 168	46,1
CHS	331	12,2	311	11,9	325	12,8
Direction commune mixte	132	4,9	147	5,6	188	7,4
EHPAD/MR	56	2,1	46	1,8	30	1,2
Autres (EPS, CLMS, etc...)	41	1,5	33	1,3	32	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>2 713</b>	<b>100,0</b>	<b>2 617</b>	<b>100,0</b>	<b>2 531</b>	<b>100,0</b>

On notera la progression des effectifs recensés dans des établissements en direction commune mixte, 7,4% (188 DH) en 2014, contre 5,6% (147 DH) en 2013 et 4,9%(132 DH) en 2012, soit un accroissement de 42,4% en deux ans, augmentation résultant notamment du nombre de directions communes qui passe quant à elles, de 41 au 1er janvier 2012 à 54 au 1er janvier 2014 (+31,7%).

L'effectif des DH exerçant en CHS (325 DH) augmente légèrement en 2014, après une baisse entre 2012 (331 DH) et 2013 (311 DH).



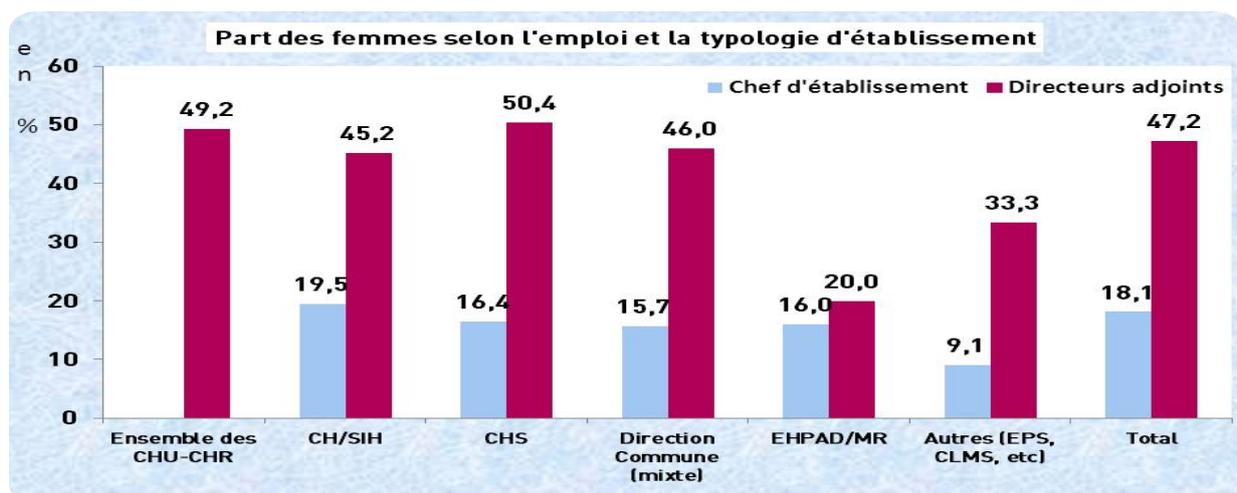
### Postes pourvus et nombre moyen de DH par établissement (DH)

446 chefs d'établissement (hors DG de CHU-CHR) sont recensés sur les 2531 DH exerçant en établissement, soit 17,6% de l'effectif. On comptait 485 DH chefs d'établissement en 2013, soit une baisse de 8% des chefferies, imputable d'une part, à la réorganisation de certains établissements en direction commune et d'autre part, aux postes vacants recensés au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

2085 directeurs exercent donc en tant que directeurs adjoints, soit 82,3% de l'effectif total. On relèvera une progression des chefferies occupées par des femmes qui passent de 15,7% (76 DH) des chefs d'établissement en 2013 à 18,1% (81 DH) en 2014.

Quant aux emplois de directeur adjoint, ils sont pourvus à 47,2% (46,1% en 2013) par des femmes. La part de femmes, selon l'emploi, est sensiblement égale entre les types d'établissement, à l'exception des EHPAD/MR qui affichent une différence significative avec 20% de femmes directeurs adjoints et 16% de femmes chefs d'établissements.

### La part des femmes selon l'emploi et la typologie d'établissement (DH)



Concernant le nombre moyen de DH par établissement, il reste relativement stable quelle que soit la typologie d'établissement. Dans les centres hospitaliers, qui comptent les effectifs les plus élevés, le nombre moyen de directeurs par établissement est de 3,6 DH par CH/SIH (3,1 DH en 2013), soit légèrement en-dessous de la moyenne nationale de 4,8 DH (y compris les CHU/CHR) (4,2 en 2013).

Le nombre moyen global de DH (hors CHU/CHR) est de 3,5 DH. Ce sont les centres hospitaliers universitaires/ centres hospitaliers régionaux (CHU/CHR) qui emploient le plus de directeurs d'hôpital avec une moyenne de 24,6 DH (24,3 directeurs par établissement en 2013).

### La répartition des DH selon la typologie d'établissement et l'emploi (DH)

Typologie d'établissement	Chefs d'établissement		Directeurs adjoints		Total DH		Nombre d'établissements	Nombre moyen de DH par établissement	Part des directeurs adjoints (en %)
	Effectif	Part des femmes	Effectif	Part de femmes	Effectif	Part de femmes			
AP-HM			40	47,5	40	47,5	1	40,0	-
AP-HP			240	56,3	240	56,3	1	240,0	-
HCL			54	46,3	54	46,3	1	54,0	-
CHU-CHR (hors Ap-HP, AP-HM et HCL)			454	46,0	454	46,0	29	15,7	-
<b>Ensemble des CHU-CHR</b>	-	-	<b>788</b>	<b>49,2</b>	<b>788</b>	<b>49,2</b>	<b>32</b>	<b>24,6</b>	<b>-</b>
CH/SIH	287	19,5	881	45,2	1168	38,9	328	3,6	75,4
CHS	73	16,4	252	50,4	325	42,8	76	4,3	77,5
Direction Commune (mixte)	50	16,0	138	45,7	188	37,8	54	3,5	73,4
EHPAD/MR	25	16,0	5	20,0	30	16,7	25	1,2	16,7
Autres (EPS, CLMS, etc)	11	9,1	21	33,3	32	25,0	12	2,7	65,6
<b>Ensemble toutes typologies confondues</b>	<b>446</b>	<b>18,1</b>	<b>2 085</b>	<b>47,2</b>	<b>2 531</b>	<b>42,1</b>	<b>527</b>	<b>4,8</b>	<b>82,3</b>
Proportion de femmes	7,6		92,4		Nombre moyen de DH par établissement hors CHU/CHR		3,5		
Proportion d'hommes	24,9		75,1%						

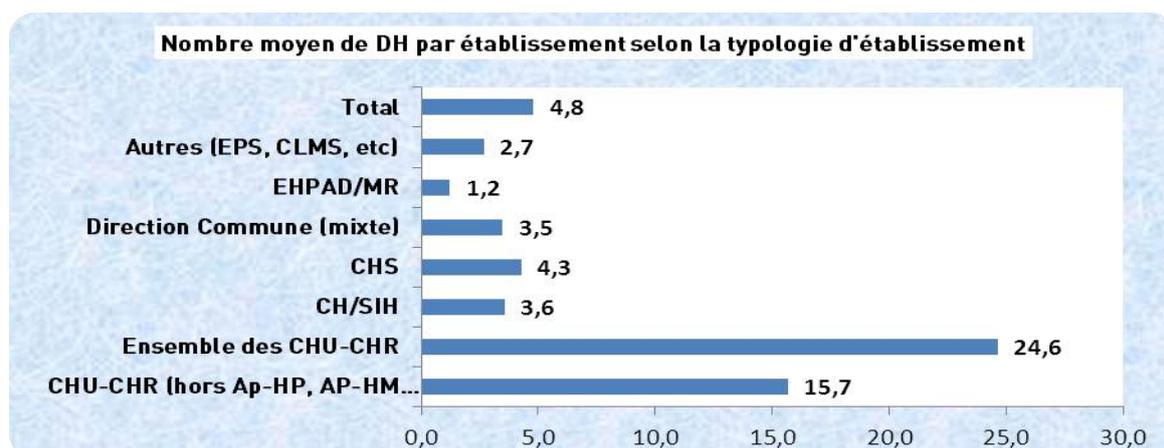
Dans les plus petites structures telles que les maisons de retraite, le nombre moyen de DH est de 1,2 par établissement, ces structures ne justifiant pas une grande équipe de direction.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, les 31 emplois de directeur général de CHU (hors DG de l'AP-HP), étaient tous pourvus.

Seules cinq femmes exercent les fonctions de directrice générale, soit 16% des effectifs concernés.

Enfin, on observe sur l'ensemble du corps, que les classes d'âges des 60-64 ans et des 65 ans ou plus représentent près de 21% des directeurs d'hôpital en activité. La réforme des retraites a et aura pour conséquence un maintien en activité qui est déjà perceptible depuis quelques années puisque certains directeurs d'hôpital demandent, soit une prolongation de droit (pour avoir élevé un enfant, dans la limite de trois ans), soit pour carrière incomplète (dans la limite de 10 trimestres).

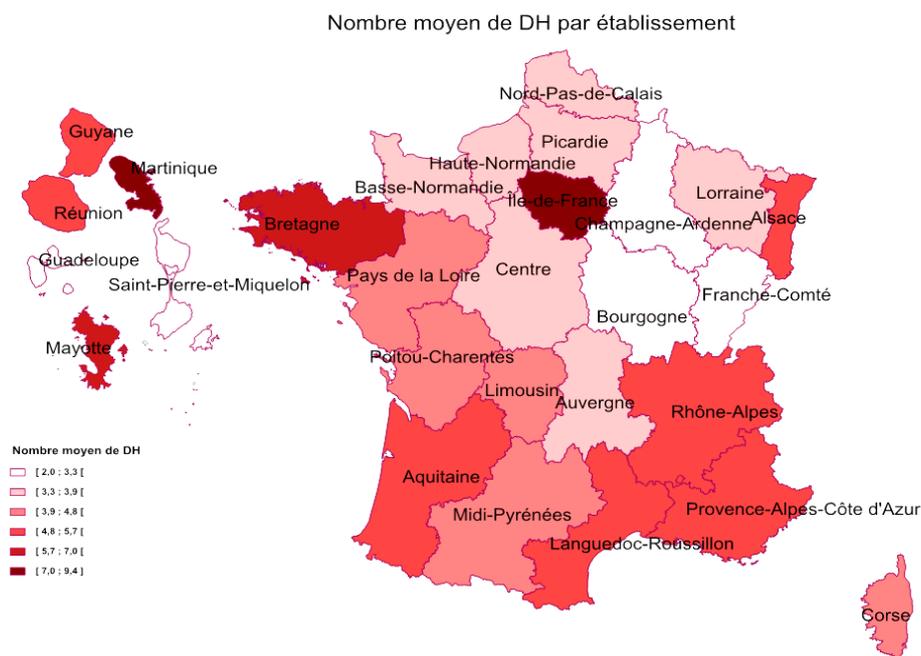
## Le nombre moyen de DH par établissement selon la typologie d'établissement (DH)



## Une répartition régionale des DH en établissement très inégale, avec une concentration dans le Sud-Est

Deux régions se démarquent avec un nombre moyen de directeurs supérieur à la moyenne globale (4,8). Il s'agit de la Martinique avec 8,2 DH en moyenne par établissement et l'Ile de France avec 9,4 DH en moyenne par établissement, dont l'AP-HP qui compte, à elle seule, 240 DH (231 directeurs en 2013). Les autres établissements d'Ile de France (hors AP-HP) enregistrent un ratio de 4,6 directeurs par établissement, soit 222 DH pour 48 établissements.

## Le nombre moyen de DH par établissement selon la région (DH)



6 autres régions ont un ratio supérieur ou égal à 4,8 DH par établissement. Il s'agit des régions : Bretagne (6,1 directeurs par établissement), Alsace (5,1) Provence-Alpes-Côte-d'Azur (5,1), Aquitaine (5,1), Alsace (5,1) Languedoc-Roussillon (4,9).

La Guyane et la Réunion enregistrent également un ratio supérieur au ratio national (4,8) : respectivement 5,0 DH et 5,3 DH en moyenne par établissement.

Les ratios les plus faibles sont observés dans les régions de Champagne-Ardenne (2,7), Franche-Comté (2,7), Limousin et Bourgogne (2,9).

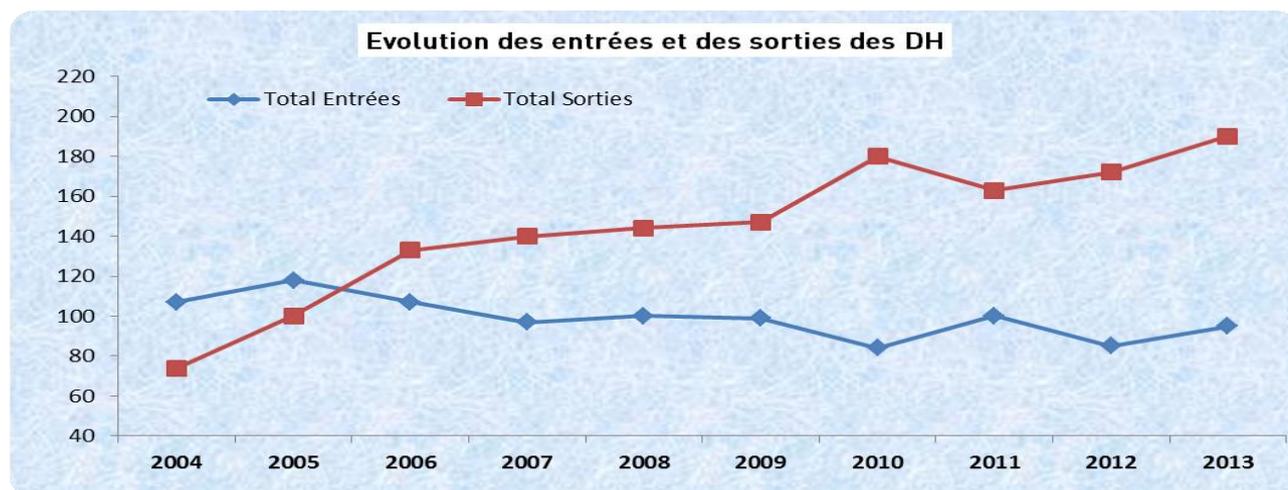
### Le nombre moyen de DH par région (DH)

Région d'affectation	Nombre de directeurs en établissement	Nombre d'établissements	Nombre moyen de DH par établissement	Nombre de chefs d'établissement
Alsace	77	15	5,1	14
Aquitaine	135	25	5,4	23
Auvergne	53	16	3,3	12
Basse-Normandie	72	19	3,8	17
Bourgogne	68	21	3,2	17
Bretagne	158	26	6,1	22
Centre	90	24	3,8	21
Champagne-Ardenne	38	14	2,7	12
Corse	12	3	4,0	2
Franche-Comté	35	13	2,7	11
Haute-Normandie	61	17	3,6	14
Ile-de-France	462	49	9,4	45
Languedoc-Roussillon	107	22	4,9	20
Limousin	42	9	4,7	8
Lorraine	75	21	3,6	12
Midi-Pyrénées	104	25	4,2	22
Nord-Pas-de-Calais	118	31	3,8	25
Pays de Loire	134	31	4,3	27
Picardie	77	21	3,7	18
Poitou-Charentes	81	19	4,3	18
Provence - Alpes - Côte d'Azur	213	42	5,1	34
Rhône-Alpes	245	48	5,1	40
<b>France métropolitaine</b>	<b>2457</b>	<b>511</b>	<b>4,8</b>	<b>434</b>
Guadeloupe	19	6	3,2	5
Martinique	16	2	8,0	1
Guyane	10	2	5,0	2
Réunion	21	4	5,3	2
Mayotte	6	1	6,0	1
Saint Pierre et Miquelon	2	1	2,0	1
<b>DOM et Collectivités territoriales</b>	<b>74</b>	<b>16</b>	<b>4,6</b>	<b>12</b>
<b>France entière</b>	<b>2531</b>	<b>527</b>	<b>4,8</b>	<b>446</b>

### Un solde négatif des entrées et des sorties (DH)

En 2013, 95 personnes ont intégré le corps des DH (86 en 2012), alors que 190 DH en sortaient. Il en découle donc un solde entrées/sorties négatif de 95 DH, conséquence notamment de la diminution du nombre de postes offerts au concours. Le recrutement n'a pas toujours été stable sur l'ensemble de la période. Il varie d'une année sur l'autre en fonction du nombre de places offertes au concours et au tour extérieur (liste d'aptitude).

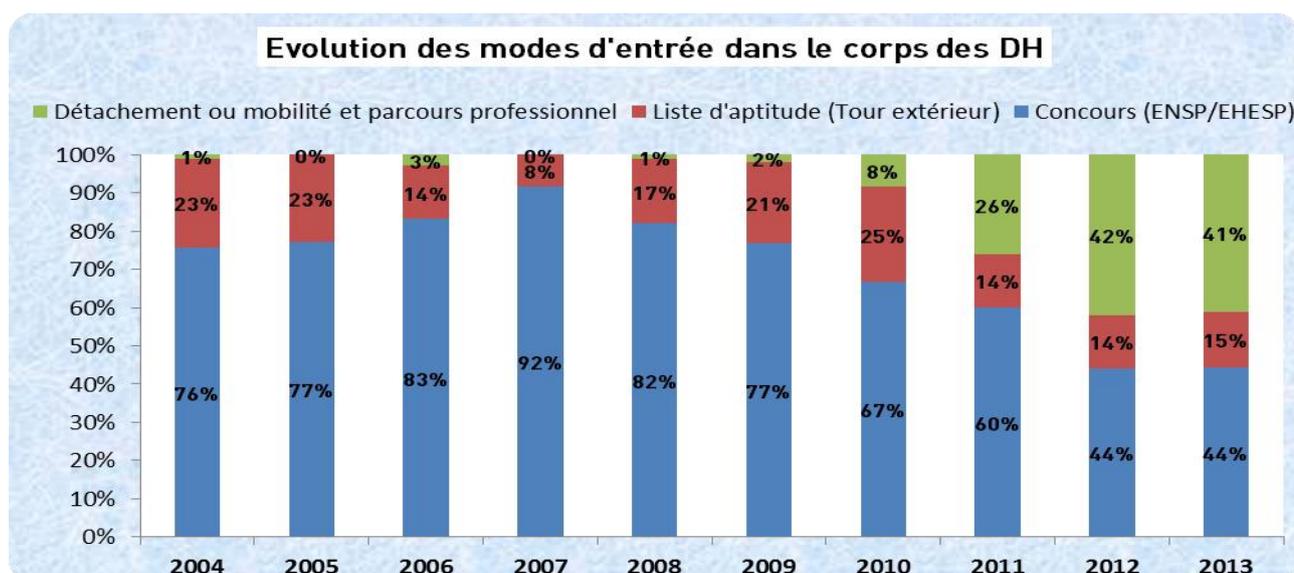
## L'évolution des entrées et des sorties (DH)



Un solde négatif entrées-sorties est ainsi constaté chez les DH depuis 2006.

Ce sont 42 personnes qui entrent par la voie de concours, soit 44% des entrées, contre 39 personnes par la voie de détachement, soit 41% des entrées. Le concours, qui était jusqu'alors le mode d'entrée principal dans le corps des DH, est rattrapé indiscutablement par le détachement qui a fortement progressé ces dernières années de +38% en deux ans.

## L'évolution des modes d'entrées dans le corps (DH)



L'attractivité du détachement a été très marquée chez les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, qui ont bénéficié des dispositions de la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et au parcours professionnels qui a introduit la notion de corps comparable, notamment entre les corps de DH et de D3S.

En effet, elle a élargi les possibilités de détachement et d'intégration entre corps et cadres d'emploi de niveau équivalent. De 7 en 2010, ils sont passés à 26 DH en 2011, 36 DH en 2012 et sont au nombre de 42 en 2013, soit un effectif multiplié par 6 en 3 ans au titre des emplois comparables dans la fonction publique.

## L'évolution des entrées et des sorties du corps (DH)

Modes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total sur 10 ans
Concours (ENSP/EHESP)	81	91	89	89	82	76	56	60	38	42	704
Liste d'aptitude (Tour extérieur)	25	27	15	8	17	21	21	14	11	14	173
Détachement ou mobilité et parcours professionnel	1	0	3	0	1	2	7	26	36	39	115
<b>Total Entrées</b>	<b>107</b>	<b>118</b>	<b>107</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>95</b>	<b>992</b>
<b>Part des concours</b>	<b>75,7%</b>	<b>77,1%</b>	<b>83,2%</b>	<b>91,8%</b>	<b>82,0%</b>	<b>76,8%</b>	<b>66,7%</b>	<b>60,0%</b>	<b>44,7%</b>	<b>44,2%</b>	<b>71,0%</b>
Décès	7	5	11	3	6	5	4	11	5	3	60
Démissions	1	4	6	5	4			3	2	1	26
Radiations / intégration autre corps	4	4	6	7	4	5	8	13	7	13	71
Retour dans l'administration d'origine	1	1	2	1	2		1		2	3	13
Révocation / Retraite d'office						2		1	1		4
Retraites	61	86	108	124	128	135	167	135	155	170	1 269
<b>Total Sorties</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>140</b>	<b>144</b>	<b>147</b>	<b>180</b>	<b>163</b>	<b>172</b>	<b>190</b>	<b>1 443</b>
<b>Part des retraites</b>	<b>82,4%</b>	<b>86,0%</b>	<b>81,2%</b>	<b>88,6%</b>	<b>88,9%</b>	<b>91,8%</b>	<b>92,8%</b>	<b>82,8%</b>	<b>90,1%</b>	<b>89,5%</b>	<b>87,9%</b>
Âge moyen de départ à la retraite	61,1 ans	61,2 ans	60,9 ans	61,4 ans	61,2 ans	61,6 ans	62,4 ans	62,3 ans	63,6 ans	63,8 ans	-

NB : 7 situations de 2012 ont été régularisées, ce qui porte à 165 le nombre réel de sorties au titre de cette année.

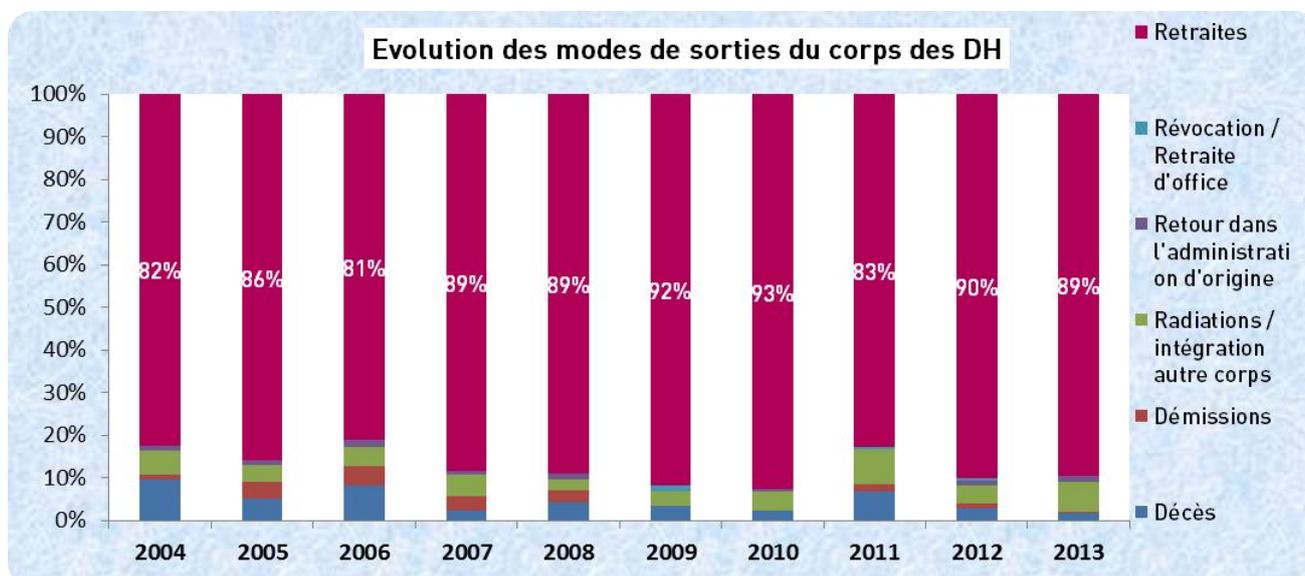
S'agissant des sorties définitives, on observe un pic de départs à la retraite en 2013 avec 170 départs, contre 155 en 2012, soit une hausse de 10%. Ils constituent le principal motif de sortie du corps, avec près de 90% des sorties. L'âge moyen de départ à la retraite reste relativement stable entre 2012 (63,6 ans) et 2013 (63,8 ans).

En 10 ans, l'âge moyen de départ à la retraite a reculé de 2,7 ans.

Sur la période 2004-2014, 1 443 directeurs d'hôpital sont sortis définitivement du corps : 1 269 pour cause de départs à la retraite, soit 87,9% du total des sorties.

Sur l'année 2013 et sur les 190 sorties du corps, les départs à la retraite constituent la proportion la plus importante (89,5%), suivis des radiations (intégrations ou titularisations dans un autre corps) à raison de 6,8%, puis des décès (1,6%), des retours dans l'administration d'origine (1,6%) et des démissions (0,5%).

## Evolution des modes de sorties dans le corps (DH)



### 2.2.1.3- La gestion statutaire (DH)

#### Les nominations sur emplois fonctionnels (DH)

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 budgétaires des établissements publics de santé, éventuellement consolidés, en cas de direction commune.

La liste des établissements publics de santé concernés est publiée sur le site du CNG et fait l'objet d'une actualisation annuelle, en fonction des évolutions budgétaires des établissements (notamment du fait de la mise en place de directions communes). La dernière actualisation date du 3 décembre 2013. Elle a entraîné de nouveaux reclassements pour 20 titulaires d'emplois fonctionnels (cf. tableau ci-dessous).

#### Les modification de classement dans les emplois fonctionnels (DH)

Modification	Nombre d'emplois concernés
Emplois de Groupe III (nouveaux emplois)	10
Emplois de Groupe III en emplois de groupe II	5
Emploi de groupe II (nouveaux emplois)	1
Emploi de Groupe II en emploi de groupe I	1
Emploi de Groupe I en emploi de Groupe II	1
Emploi de Groupe II en emploi de Groupe III	1
Emploi de Groupe III en non fonctionnel	1

Au 31 décembre 2013, la répartition des directeurs d'hôpital détachés sur les emplois fonctionnels par groupe et par sexe, est la suivante :

#### Les répartition des emplois fonctionnels par sexe et par groupe (DH)

Répartition par sexe	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
Plafonds d'emplois fonctionnels	25	110	220	355
Femmes	6	19	32	57
Hommes	18	87	124	229
Effectifs en fonction	24	106	156	286

80% des emplois fonctionnels sont occupés en fin d'année 2013 (78% en 2012)

#### La distribution des DH par échelon selon le sexe et la classe (DH)

Emploi fonctionnel (Groupe I)	Femmes	Hommes	Ensemble
6ème échelon (Hors échelle D - 3è chevron)	1		1
6ème échelon (Hors échelle D - 2è chevron)			0
6ème échelon (Hors échelle D - 1er chevron)			0
5ème échelon (Hors échelle C - 3è chevron)	4	9	13
5ème échelon (Hors échelle C - 2è chevron)	1	3	4
5ème échelon (Hors échelle C - 1er chevron)		2	2
4ème échelon (Hors échelle B - 3è chevron)		1	1
4ème échelon (Hors échelle B - 2è chevron)		1	1
4ème échelon (Hors échelle B - 1er chevron)			0
3ème échelon (Hors échelle A - 3è chevron)		1	1
3ème échelon (Hors échelle A - 2è chevron)			0
3ème échelon (Hors échelle A - 1er chevron)			0
2ème échelon		1	1
1er échelon			0
TOTAL	6	18	24
Proportion	25,0%	75,0%	100%

Ainsi, le **groupe I** compte un quota de 24 (contre 25 en 2013) emplois hors échelle D et C : secrétaire général de l'AP-HP, de l'AP-HM et des HCL, DGA des HCL et de l'AP-HM, les plus importantes chefferies ou directions communes, directeur de groupe hospitalier, directeur de service central et de délégué de site à l'AP-HP.

Emploi fonctionnel (Groupe II)	Femmes	Hommes	Ensemble
5ème échelon (Hors échelle Bbis - 3è chevron)	10	49	59
5ème échelon (Hors échelle Bbis- 2è chevron)	1	9	10
5ème échelon (Hors échelle Bbis -1er chevron)			
4ème échelon (Hors échelle B - 3è chevron)	1	7	8
4ème échelon (Hors échelle B - 2è chevron)	2	4	6
4ème échelon (Hors échelle B - 1er chevron)			
3ème échelon (Hors échelle A - 3è chevron)	3	8	11
3ème échelon (Hors échelle A - 2è chevron)	2	6	8
3ème échelon (Hors échelle A - 1er chevron)		2	2
2ème échelon		1	1
1er échelon		1	1
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>87</b>	<b>106</b>
<b>Proportion</b>	<b>17,9%</b>	<b>82,1%</b>	<b>100%</b>

Le groupe II regroupe 106 emplois hors échelle Bbis (contre 110 en 2013), et compte 85 (contre 89 en 2013) chefferies ou directions communes ainsi que 21 emplois d'adjoint (DGA de CHU et direction de groupes hospitaliers de l'AP-HP).

Emploi fonctionnel (Groupe III)	Femmes	Hommes	Ensemble
4ème échelon (Hors échelle B - 3è chevron)	14	75	89
4ème échelon (Hors échelle B - 2è chevron)	2	5	7
4ème échelon (Hors échelle B - 1er chevron)			
3ème échelon (Hors échelle A - 3è chevron)	3	12	15
3ème échelon (Hors échelle A - 2è chevron)	4	14	18
3ème échelon (Hors échelle A - 1er chevron)	7	7	14
2ème échelon	2	9	11
1er échelon		2	2
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>124</b>	<b>156</b>
<b>Proportion</b>	<b>20,5%</b>	<b>79,5%</b>	<b>100,0%</b>

Enfin le groupe III qui concerne 156 emplois, hors échelle B (contre 220 en 2013), est composé d'emplois de chefferie et d'adjoint, tels que les DGA de CHU-CHR ayant un montant de recettes inférieur à ceux du groupe II, des adjoints en hors échelle, sous-directeurs des services centraux de l'AP-HP et adjoints des groupes hospitaliers AP-HP.

### ***Les directeurs d'hôpital en hors classe et classe normale (DH)***

Hors Classe: IB de 801 à Hors Echelle B	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Ensemble (en %)
7ème échelon (Hors échelle B - 3è chevron)	9,1	21,7	30,8
7ème échelon (Hors échelle B - 2è chevron)	0,9	2,4	3,3
6ème échelon (Hors échelle A - 3è chevron)	2,7	4,4	7,2
6ème échelon (Hors échelle A - 2è chevron)	2,9	3,9	6,7
6ème échelon (Hors échelle A - 1er chevron)	1,5	2,6	4,0
5ème échelon	7,4	8,1	15,5
4ème échelon	4,1	4,3	8,5
3ème échelon	5,7	4,0	9,7
2ème échelon	5,3	3,1	8,4
1er échelon	3,3	2,6	5,9
<b>Total</b>	<b>42,9</b>	<b>57,1</b>	<b>100,0</b>
<b>Effectif concerné</b>	<b>765</b>	<b>1 020</b>	<b>1 785</b>

Un tiers des 1785 DH en hors classe, est au 7<sup>ème</sup> échelon (hors échelle B), soit 609 DH.

Jusqu'au 4<sup>ème</sup> échelon où la situation s'inverse, les femmes restent majoritaires.

Classe Normale : IB de 528 à 966 (990)	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Ensemble (en %)
échelon provisoire	1,7	2,8	4,6
9ème échelon	6,5	6,1	12,6
8ème échelon	2,4	1,7	4,1
7ème échelon	4,6	4,1	8,7
6ème échelon	6,5	5,7	12,2
5ème échelon	15,4	13,0	28,5
4ème échelon	7,8	5,0	12,8
3ème échelon	3,0	5,2	8,3
2ème échelon	4,8	3,5	8,3
1er échelon	0,0	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>52,8</b>	<b>47,2</b>	<b>100,0</b>
<b>Effectif concerné</b>	<b>243</b>	<b>217</b>	<b>460</b>

Plus d'un quart des 460 DH de classe normale sont au 5<sup>ème</sup> échelon (soit 131 DH, 28,5% du grade dont une majorité de femmes).

Quel que soit l'échelon, à l'exception du 3<sup>ème</sup> et de l'échelon provisoire, la part des femmes dans ce grade reste supérieure à celle des hommes.

## Le détachement sur contrat de droit public (DH)

L'article 9-2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 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 personnel de direction sur un contrat de droit public pour assurer la direction d'un établissement public de santé en vue de rétablir le bon fonctionnement de ce dernier. Le décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010, pris pour l'application de ces dispositions, précise que cette limitation n'est prévue en % pour les chefs d'établissement non fonctionnaires, recrutés en vertu de l'art. 3 de la loi du 9 janvier 1986, (cf. décret n° 2010-265 du 11 mars 2010), 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.

Quatre publications sont intervenues en 2013 au titre de ce dispositif concernant :

- Le centre hospitalier départemental de Castelluccio à Ajaccio (Corse du Sud), une seule candidature a été reçue. Elle a donné lieu à un recrutement ;
- Le centre hospitalier intercommunal des hôpitaux de Forbach et Saint-Avold Unisanté+ (Moselle), 2 personnes se sont portées candidates. Une candidate a été retenue ;
- Les centres hospitaliers de Villeneuve sur Lot et Penne d'Agenais (Lot et Garonne), le CNG a reçu deux candidatures et un recrutement a été effectué ;
- Le centre hospitalier de Vire (Calvados) n'a fait l'objet que d'une seule déclaration de candidature, qui n'a pas été retenue. Le poste a été publié dans le cadre des dispositions statutaires du décret n°2005-921 du 25 août 2005 et un directeur a été nommé selon la procédure de droit commun.

### 2.2.1.4- Les instances nationales (Comité de sélection/CAPN/ CCN) (DH)

#### Les instances relevant du corps des directeurs d'hôpital (DH)

##### ■ Le calendrier 2013 des instances et ordre du jour des réunions (DH)

Instances	Dates	Objet
Comité de sélection (CS) (décret n° 2010 – 261 du 11 mars 2010)	07/03/2013 09/07/2013 28/11/2013	- Agréments - Détermination des « <i>short-lists</i> »
Comité consultatif national (CCN)	10/07/ 2013	- Présentation du bilan d'activité (CNG). - Mise en œuvre de l'obligation de nominations équilibrées dans l'encadrement supérieur de la fonction publique hospitalière (DGOS). - Présentation des nouvelles dispositions sur le placement en recherche d'affectation (DGOS/CNG). - Groupes de travail sur la démographie - calendrier actualisé (DGOS- CNG). - Point sur l'état des travaux de mise en œuvre du protocole du 29 juillet 2011 (DGOS). - Divers : Prise en charge des frais de changement de résidence (DGOS).
	03/12/2013	- Présentation du bilan de la mise en œuvre de la PFR 2012 (CNG). - Fonctionnement et évolution des instances de concertation avec les organisations syndicales des personnels de direction (suites à donner aux préconisations de Monsieur Edouard COUTY). - Démarrage des travaux de prospective démographique des personnels de direction

Commission administrative paritaire nationale (CAPN)	26/03/ 2013 18/04/2013 27/06/2013 12/07/2013 19/12/2013	- Nomination des chefs d'établissements (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 2011 et 2012 /validation de la liste d'aptitude tour extérieur 2014// titularisation des élèves directeurs (promotion 2012-2014)
		- Accueil en détachement / intégration/Tableau d'avancement à la hors classe
	04/12/2013	- Réunion en formation disciplinaire

### Le comité de sélection (DH)

La procédure de nomination sur des postes de chefs d'établissement (fonctionnels ou non) ou sur des emplois fonctionnels d'adjoint fait intervenir un comité de sélection. Trois séances se sont déroulées en 2013 et ont donné suite à des propositions d'agrément pour l'établissement de « short-lists ».

L'agrément est nécessaire pour postuler à une chefferie ou un emploi fonctionnel d'adjoint. A ce titre, sur 137 demandes d'agrément, le comité de sélection a donné 130 avis favorables sur les niveaux de chef d'établissement et d'adjoint sur emploi fonctionnel ou sur le seul niveau d'adjoint, dont 19 sont des renouvellements.

### Les postes ouverts en 2013 et candidatures sur des chefferies d'établissement (DH)

Type	Date Publication	Date CAPN	Postes ouverts	Candidatures	Postes pourvus
Adjoint emploi fonctionnel	18/01/2013	18/04/2013	4	26	4
	18/01/2013	18/04/2013	2	26	2
	18/01/2013	18/04/2013	4	16	3
	04/05/2013	12/09/2013	2	20	2
	04/05/2013	12/09/2013	4	20	4
<b>Total</b>			<b>16</b>	<b>108</b>	<b>15</b>
CHEF	13/01/2013	18/04/2013	13	64	12
	17/01/2013	18/04/2013	2	17	1
	04/05/2013	12/09/2013	16	65	10
	15/05/2013	12/09/2013	1	9	1
<b>Total</b>			<b>32</b>	<b>155</b>	<b>24</b>
Chef emploi fonctionnel	18/01/2013	18/04/2013	4	50	4
	18/01/2013	18/04/2013	10	79	5
	19/01/2013	18/04/2013	1	3	0
	04/05/2013	12/09/2013	6	89	6
	04/05/2013	12/09/2013	13	78	8
<b>Total</b>			<b>34</b>	<b>299</b>	<b>23</b>
<b>Total général</b>			<b>82</b>	<b>562</b>	<b>62</b>

82 postes de chefs d'établissement ont suscité 562 candidatures, soit près de 7 candidatures en moyenne par poste qui se sont traduites par 76% de postes pourvus.

### La commission administrative paritaire nationale (CAPN) (DH)

La CAPN émet un avis sur les situations individuelles relatives à la carrière des directeurs d'hôpital. Ses compétences sont définies dans le décret n° 91-790 du 14 août 1991 modifié relatif aux commissions administratives paritaires nationales de la fonction publique hospitalière. Elles concernent principalement les projets d'avancements de grade, les mouvements de mutation, les demandes de détachement et autres positions statutaires, les recours en évaluation ou indemnitaires, les demandes de placement en recherche d'affectation, la discipline...

### ■ *Les mouvements des directeurs adjoints (DH)*

Outre le mouvement spécifique aux élèves directeurs, 7 avis de vacances ont été publiés en 2013. En outre, 3 publications effectuées en fin 2012 ont donné lieu à des nominations en 2013.

### *Les postes ouverts en 2013 et candidatures sur postes de directeur adjoint (DH)*

Date Publication	Date CAPN	Postes ouverts	Candidatures	Postes pourvus
16/09/2012	01/02/2013	55	220	37
07/12/2012	01/03/2013	77	229	39
30/12/2012	18/04/2013	17	52	9
31/01/2013	27/06/2013	46	156	31
15/03/2013	27/06/2013	55	174	39
30/04/2013	12/09/2013	45	126	27
31/05/2013	19/12/2013	43	141	23
05/07/2013	19/12/2013	47	140	31
30/08/2013	19/12/2013	61	236	44
06/12/2013	19/12/2013	96	312	38
<b>Total</b>		<b>542</b>	<b>1786</b>	<b>318</b>

542 postes proposés dans le cadre des différents mouvements, hors publication spécifique pour les élèves directeurs en voie de titularisation, ont suscité 1 786 candidatures, soit 3 candidatures en moyenne par poste. 318 ont été pourvus, ce qui laisse 41% d'entre eux vacants.

S'agissant des élèves-directeurs d'hôpital, 82 postes ont été proposés aux 35 élèves de la promotion 2012-2014, soit près de 2,4 postes par élève DH sortant.

### ■ *Les avancements de grade (DH)*

C'est un total de 209 promotions de grade qui ont été effectuées en 2013. Le tableau d'avancement au grade de directeur d'hôpital hors classe 2013 a été soumis tardivement, c'est-à-dire, lors de la CAPN de mars 2013, en raison de la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats (PFR). 93 directeurs de classe normale ont bénéficié de cette promotion. La CAPN de décembre 2013 a également proposé l'inscription de 116 directeurs à ce grade d'avancement, au titre de l'année 2014 (hors tableaux complémentaires), soit 25,2% de l'effectif des DH en classe normale exerçant dans les établissements.

### ■ *Les recours en évaluation et/ou en régime indemnitaire (DH)*

La CAPN des directeurs d'hôpital a été saisie de 34 recours contre l'évaluation ou la part résultats attribuée (principalement sur le coefficient d'évolution de la part résultats), soit 1,3% des 3 019 DH concernés.

### ■ *Le placement en recherche d'affectation (DH)*

11 demandes de placement en recherche d'affectation (soit 0,36% des 3 002 DH concernées) ont été soumises à l'avis de la CAPN (contre 10 en 2012) et la totalité a recueilli un avis favorable.

### ■ *La discipline (DH)*

La CAPN a été réunie une fois en formation disciplinaire, en fin d'année 2013.

## Les autres actes de gestion(DH)

### ■ **Les avancements d'échelon (DH)**

Ils s'effectuent selon des durées fixes, sans réduction d'ancienneté. 1 577 avancements d'échelon ont été notifiés aux intéressés (contre 1386 en 2012). Ainsi, près de 50% de l'effectif des directeurs d'hôpital a bénéficié d'une promotion d'échelon.

### 2.2.1.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des DH

#### ■ **35 % des contentieux en stock relatifs aux personnels de direction concernent les directeurs d'hôpital (DH):**

DH - STOCK EN 2013	
Nombre de dossiers au 31/12/2013	9
Requêtes enregistrées en 2013	6
Affaires jugées en 2013	22

DH - Rédaction en 2013	
Mémoires en défense	18
Conseils	13

DH - Contentieux par thème au 31/12/2013		
	Dossiers en instance au 31/12/2013	% au 31/12/2013
Recrutement - nomination - affectation (RNA)	2	22%
Exercice des fonctions - positions (EFP)	5	56%
Cessation fonctions	2	22%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

DH - Affaires jugées en 2013 : sens des jugements		
Jugement	Nombre de dossiers	%
Annulation/Non admission pourvoi CNG	8	36%
Désistement/ Non lieu/Renvoi	0	0%
Rejet/Non admission pourvoi requérant	14	64%
Suspension	0	0%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

En 2013, le stock s'élève à 9 dossiers, dont 3 recours pour excès de pouvoir, 2 appels, 2 requêtes indemnitaires et 2 pourvois. L'un étant formé par le CNG. 6 nouvelles requêtes ont été enregistrées en 2013 et 22 jugements ont été rendus. 18 mémoires ont été rédigés et 13 conseils délivrés.

La typologie des recours a été modifiée, tout comme pour les praticiens hospitaliers. Les recours intentés par les directeurs d'hôpital portent principalement sur trois thèmes : l'exercice des fonctions et les positions statutaires (56%), le recrutement/nomination et affectation (22%), enfin la cessation de fonction, qui en 2013, représente 22% des requêtes formées.

DH - Nature des contentieux - au 31/12/2013		
Nature des contentieux	Dossiers en instance au 31/12/13	% au 31/12/13
Recours pour excès de pouvoir	3	33%
Appel	2	22%
Indemnitaire	2	22%
Pourvoi	2	22%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Les contentieux ont majoritairement trait à la radiation des cadres (22%) puis à rang égal, à la gestion de carrière (11%), à l'avancement de grade (11%), aux indemnités ou allocations (11%), aux congés maladie (11%), à l'évaluation (11%), au classement lors de la titularisation (11%) et enfin à la candidature (11%).

64% des recours ont été rejetés.

A cet égard, un arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 7 octobre 2013 (req. n° 355289) mérite d'être signalé. Le CNG avait maintenu une directrice adjointe en disponibilité pour convenances personnelles, faute de proposition formulée par le directeur de l'établissement pour la réintégrer. En première instance, le Tribunal administratif de Rennes a annulé cette décision au motif que l'intéressée aurait dû être placée en recherche d'affectation. Suite au pourvoi formé par le CNG, le Conseil d'Etat a infirmé le jugement du tribunal administratif et confirmé que la recherche d'affectation ne se substituait pas à la réintégration. Toutefois, le Conseil d'Etat a considéré que la directrice adjointe avait un droit à être réintégrée puisqu'un emploi correspondant à son grade était vacant dans son établissement d'origine et qu'aucun motif tiré de l'intérêt du service n'était invoqué pour refuser cette réintégration. Il a jugé que, dans ces conditions, la réintégration aurait dû être prononcée, même en l'absence de proposition du directeur d'établissement. En conséquence, il a annulé la décision maintenant l'intéressée en disponibilité.

Il ressort de cette décision, que les dispositions de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, qui subordonnent la nomination d'un directeur adjoint à une proposition formulée en ce sens par le directeur de l'établissement, n'exonèrent pas la Directrice générale du CNG de l'obligation de réintégrer un directeur placé en disponibilité dès lors qu'un poste est vacant et qu'aucun motif tiré de l'intérêt du service ne peut y faire obstacle.

■ **Le ratio montant accordé/montant demandé est très positif en 2013 (DH) :**

DH : Bilan financier 2013			
	Demande du requérant	Jugement	% (montant accordé / montant demandé)
Indemnités préjudices	1 434 465 €	36 599 €	2,55%
Frais de justice	47 100 €	7 000 €	14,86%
<b>Total</b>	<b>1 481 565 €</b>	<b>43 599 €</b>	<b>2,94%</b>

Comme le démontre le tableau ci-dessus, seuls 2, 55% du montant des préjudices demandés et 15 % des frais de justice demandés par les requérants ont été accordés. Au total les frais engagés au titre des contentieux, bien que s'élevant à 43 599 €, ne représentent que 2, 94% des sommes demandées.

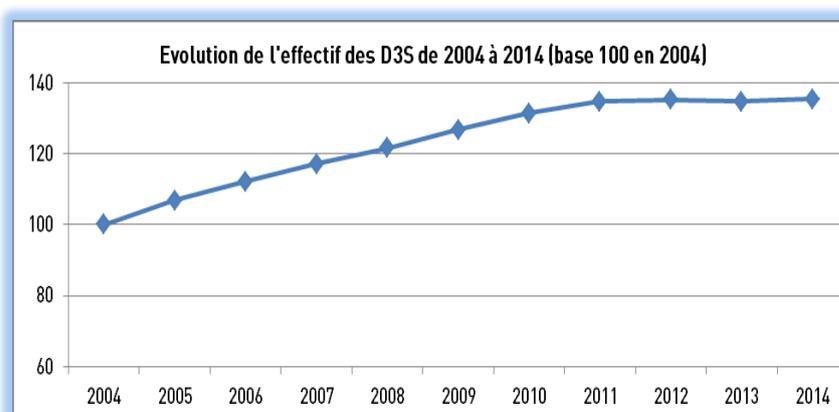
## 2.2.2- Les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)

### 2.2.2.1- Les effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (D3S)

Le corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social compte 1 875 directeurs au 1<sup>er</sup> janvier 2014, contre 1 385 dix ans auparavant, soit une augmentation de 35,4% de l'effectif sur la période considérée (2004-2014). La forte augmentation observée jusqu'en 2011 se stabilise depuis, entre 1 865 et 1 875.

Sur l'ensemble de la période, les effectifs de D3S ont augmenté, en moyenne, annuellement de 3,1%.

#### L'évolution de l'effectif du corps des D3S sur dix ans (D3S)



Sur les 1 875 D3S recensés au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 1 633 exercent en établissement, soit 87,1% du corps.

#### Répartition du corps par sexe au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (D3S)

Répartition par sexe	Total	%
Femmes	1159	61,8 %
Hommes	716	38,2 %
<b>Total</b>	<b>1875</b>	<b>100 %</b>

#### Les nominations et validations des formations à l'EHESP 2011-2013 (D3S)

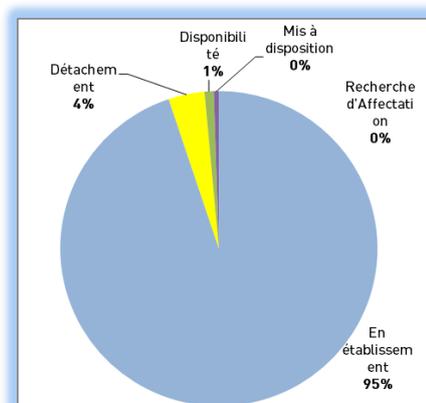
Année de référence	Nombre de D3S concernés	% de femmes
2011	76	77,63 %
2012	72	76,39 %
2013	75	68,00 %
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>73,99 %</b>

## L'évolution de l'effectif des D3S par position statutaire (D3S)

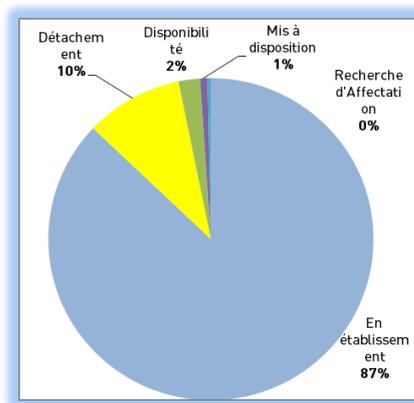
Position	01/01/2004		01/01/2014		Evolution 2004-2014	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>En établissement</b>	<b>1 314</b>	<b>94,9</b>	<b>1 633</b>	<b>87,1</b>	<b>319</b>	<b>24,3</b>
dont congé de longue durée	13	0,9	4	0,2	-9	-69,2
dont congé de longue maladie	3	0,2	5	0,3	2	66,7
dont congé Parental	0	0,0	2	0,1	2	-
dont suspension	2	0,1	1	0,1	-1	-50,0
Détachement	51	3,7	182	9,7	131	256,9
Disponibilité	13	0,9	40	2,1	27	207,7
Mis à disposition	7	0,5	14	0,7	7	100,0
Recherche d'Affectation	0	0,0	6	0,3	6	-
<b>Ensemble</b>	<b>1385</b>	<b>100</b>	<b>1875</b>	<b>100</b>	<b>490</b>	<b>35,4</b>

### Les positions statutaires (D3S)

au 01/01/2004 :



au 01/01/2014 :



La part des D3S en établissement a relativement diminué entre 2004 et 2014 (- 7,8 points), au profit de la position de détachement dans le corps de DH qui représente aujourd'hui près de 10% du corps (9,7%), contre 3,7% en 2004 (pour rappel, au 1<sup>er</sup> janvier 2013, cette part était de 8,6%).

### 2.2.2.2- Les caractéristiques des D3S en établissement au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (D3S)

#### La répartition des D3S en établissement par sexe et âge (D3S)

Le corps des D3S se féminise d'année en année. Les femmes étaient 59% en 2012, 60,2% en 2013. En 2014, elles représentent 60,6% du corps.

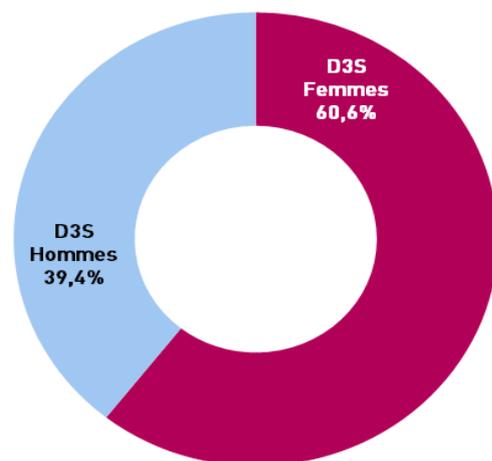
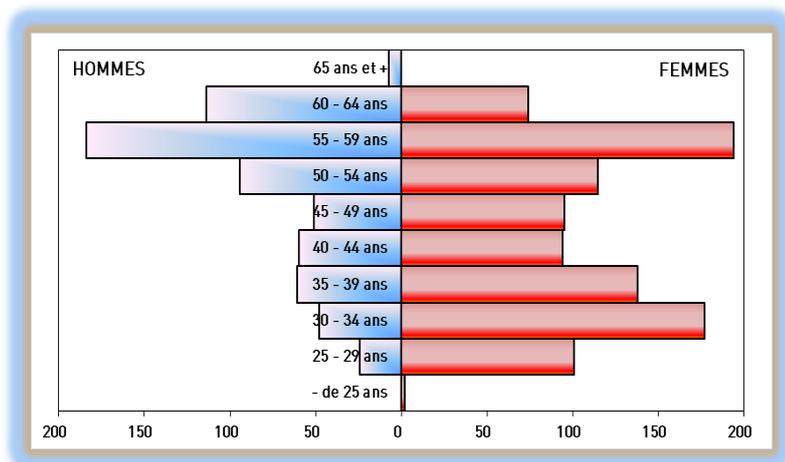
A l'exception de la tranche d'âge des 60 ans et plus où l'on compte 1,5 homme pour 1 femme, les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes (Sex ratio < à 1).

	Femmes		Hommes		Ensemble		Sex Ratio
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
- de 25 ans	2	0,2	0	0,0	2	0,1	0,0
25 - 29 ans	101	10,2	24	3,7	125	7,7	0,2
30 - 34 ans	177	17,9	48	7,5	225	13,8	0,3
35 - 39 ans	138	13,9	61	9,5	199	12,2	0,4
40 - 44 ans	94	9,5	60	9,3	154	9,4	0,6
45 - 49 ans	95	9,6	51	7,9	146	8,9	0,5
50 - 54 ans	115	11,6	94	14,6	209	12,8	0,8
55 - 59 ans	194	19,6	184	28,6	378	23,1	0,9
60 - 64 ans	74	7,5	114	17,7	188	11,5	1,5
65 ans et +	0	0,0	7	1,1	7	0,4	-
<b>Ensemble</b>	<b>990</b>	<b>100</b>	<b>643</b>	<b>100</b>	<b>1 633</b>	<b>100</b>	<b>0,6</b>
<b>Proportion (%)</b>	<b>60,6</b>		<b>39,4</b>		<b>100</b>		
<b>Age moyen</b>	<b>44,6 ans</b>		<b>50,6 ans</b>		<b>47,0 ans</b>		
<b>Age médian</b>	<b>43,6 ans</b>		<b>54,2 ans</b>		<b>49,0 ans</b>		

Le corps des D3S se caractérise par un âge moyen jeune (47,0 ans), avec cependant des différences entre les sexes. Les femmes sont plus nombreuses et aussi plus jeunes. En moyenne, elles ont 44,6 ans, soit 6 ans de moins en moyenne que les hommes. Elles sont également réparties, dans les tranches d'âges, avec plus d'homogénéité.

La pyramide des âges illustre bien ces différences observées dans la structure par âge selon le sexe. La moitié des femmes a moins de 43,6 ans, contre 54,2 ans pour les hommes, soit 10,6 ans d'écart.

**La répartition par sexe et pyramide des âges (D3S)**

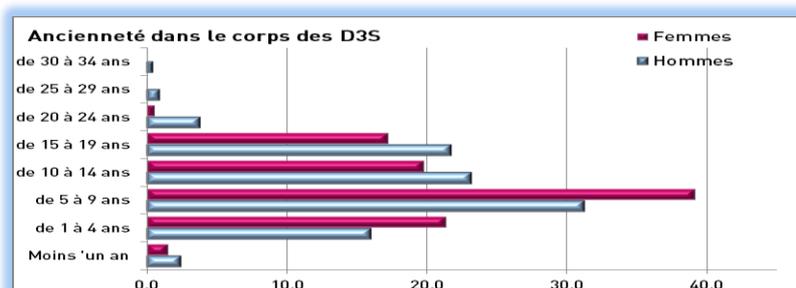


**La répartition des D3S en établissement selon l'ancienneté dans le corps (D3S)**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, les D3S affichent une ancienneté moyenne dans le corps de 9,5 ans. 95,5% d'entre eux, se situent dans les tranches allant de 1 an d'ancienneté à moins de 20 ans.

	Femmes	%	Hommes	%	Ensemble	%
Moins d'un an	16	1,6	16	2,5	32	2,0
de 1 à 4 ans	212	21,4	103	16,0	315	19,3
de 5 à 9 ans	388	39,2	201	31,3	589	36,1
de 10 à 14 ans	196	19,8	149	23,2	345	21,1
de 15 à 19 ans	171	17,3	140	21,8	311	19,0
de 20 à 24 ans	6	0,6	25	3,9	31	1,9
de 25 à 29 ans	1	0,1	6	0,9	7	0,4
30 ans et plus			3	0,5	3	0,2
<b>Total général</b>	<b>990</b>	<b>100</b>	<b>643</b>	<b>100</b>	<b>1633</b>	<b>100</b>
<b>Ancienneté moyenne</b>	<b>8,9 ans</b>		<b>10,5 ans</b>		<b>9,5 ans</b>	
<b>Ancienneté médiane</b>	<b>8,0 ans</b>		<b>10,0 ans</b>		<b>9,0 ans</b>	

Les femmes enregistrent une ancienneté inférieure de 1,6 an à celle des hommes. La moitié d'entre elles a une ancienneté inférieure à 8 ans, contre 10 ans pour la moitié des hommes.



## La répartition des D3S en établissement par type d'emploi et catégorie d'établissement (D3S)

Près de la moitié des D3S (45,9%) exercent en établissement pour personnes âgées (EHPAD), un quart (25,4%) en établissement public de santé.

	Chef d'établissement			Directeur adjoint			Ensemble				Part des chefs d'établissement / sexe	
	Femmes	Total	Part de femmes (%)	Femmes	Total	Part de femmes (%)	Femmes	Total	%	Part de femmes (%)	Femmes	Hommes
Aide sociale à l'enfance / M.E.C.S.	42	95	44,2	38	51	74,5	80	146	8,9	54,8	52,5	80,3
C.H.R.S.	3	6	50	5	5	100	8	11	0,7	72,7	37,5	100
Direction commune secteur mixte	15	28	53,6	42	59	71,2	57	87	5,3	65,5	26,3	43,3
Etablissements publics de santé (dont CASH de Nanterre)	76	147	51,7	194 (1)	268 (2)	72,4	270	415	25,4	65,1	28,1	49
Mineurs / adultes handicapés, inadaptés	52	135	38,5	57	90	63,3	109	225	13,8	48,4	47,7	71,6
EHPAD	410	673	60,9	56	76	73,7	466	749	45,9	62,2	88	92,9
<b>Ensemble</b>	<b>598</b>	<b>1 084</b>	<b>55,2</b>	<b>392</b>	<b>549</b>	<b>71,4</b>	<b>990</b>	<b>1 633</b>	<b>100</b>	<b>60,6</b>	<b>60,4</b>	<b>75,6</b>
<b>Proportion (%)</b>	<b>60,4</b>	<b>66,4</b>		<b>39,6</b>	<b>33,6</b>							

On recense 87 directions communes sur secteur mixte<sup>1</sup>, ce qui représente 5,3% des D3S. Il convient de signaler qu'il ne s'agit pas de l'ensemble des directions communes. En effet, celles pour lesquelles les établissements sont de même type sont répertoriées dans la catégorie « Etablissement public de santé ». Les établissements pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés sont les seules structures où les hommes sont majoritaires.

Parmi les 1 633 D3S exerçant en établissement, 1 084 sont chefs d'établissement, soit 66,4%. 549 directeurs assurent les fonctions de directeurs adjoints, soit un tiers de l'effectif (33,6%). Parmi les 1 084 chefferies recensées, une majorité (55,2%) est occupée par des femmes. Toutefois, ce pourcentage est légèrement inférieur à la part représentée par les femmes dans l'effectif de D3S (60,6%). De fait, la proportion d'hommes chefs d'établissement (75,6%) est plus élevée que celle des femmes chefs d'établissement (60,4%).

Les directeurs adjoints sont majoritairement en fonction dans les établissements hospitaliers (53%). 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 46% des D3S en fonction sont affectés dans les EHPAD, 25% en établissement de santé et plus de 14% dans le secteur du handicap. Ces trois secteurs réunissent près de 85% des D3S en poste.

Ce constat est encore plus marqué quand il s'agit des établissements publics de santé, de type CH, et dans les directions communes sur secteur mixte, où respectivement seulement 28,1% et 26,3% des femmes y exerçant sont chefs d'établissement, contre 49,0% et 43,3% des hommes. En revanche, sur les 466 femmes D3S exerçant en EHPAD, 410 (soit 88% d'entre elles) sont chefs d'établissement.

<sup>1</sup> Une direction commune mixte comporte au moins un établissement public de santé et un établissement public social ou médico-social.

Type d'établissement	Nombre d'établissements (directions communes comprises)	Nombre de directeurs en établissement	Ratio moyen (nombre de D3S par établissement)	Nombre de chefs d'établissement	%	Nombre de directeurs adjoints	%
Aide sociale à l'enfance et M.E.C.S.	98	146	1,5	95	65,1	51	34,9
C.H.R.S.	7	11	1,6	6	54,5	5	45,5
Direction commune sur secteur mixte	54	87	1,6	28	32,2	59	67,8
Etablissements publics de santé	338	415	1,2	147	35,4	268	64,6
Mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés	146	225	1,5	135	60,0	90	40,0
EHPAD	693	749	1,1	673	89,9	76	10,1
<b>Ensemble</b>	<b>1 336</b>	<b>1 633</b>	<b>1,2</b>	<b>1 084</b>	<b>66,4</b>	<b>549</b>	<b>33,6</b>

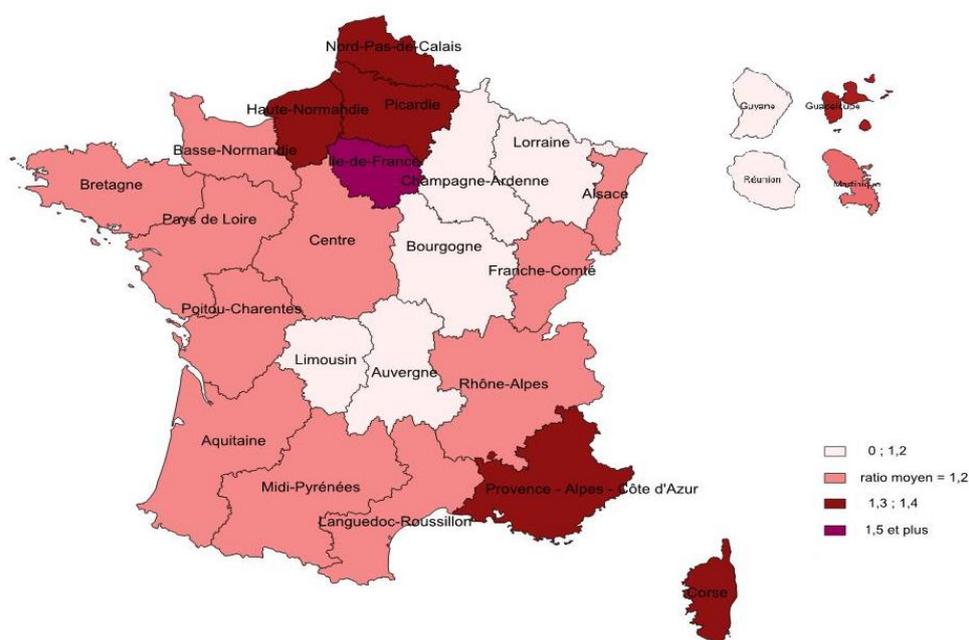
Les établissements au sein desquels exercent les 1 633 D3S sont au nombre de 1 336, contre 1 361 au 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit une diminution de 1,8%, traduisant l'effet du processus de fusion d'établissements qui commence à prendre de l'ampleur. Par ailleurs, la mise en place de directions communes d'établissement continue à croître. Le nombre de directions communes sur secteur mixte est passé de 41 au 1<sup>er</sup> janvier 2013 à 87 au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (soit + 212,2% en un an).

Le ratio moyen de D3S par établissement est de 1,2, soit un ratio stable depuis 2011. Les EHPAD, qui représentent 52% des établissements concernés, sont le seul type d'établissement à afficher un ratio inférieur (1,1). En revanche, les CHRS et directions communes sur secteur mixte sont au-dessus de ce ratio moyen. Ce sont également les deux types d'établissement qui enregistrent les proportions de D3S chefs d'établissement les plus faibles, respectivement 54,5% et 32,2%, structures dont la direction est plus largement assurée par un directeur d'hôpital.

### La répartition régionale des D3S en établissement (D3S)

En France métropolitaine, 5 régions se démarquent avec un nombre moyen de D3S par établissement supérieur à la moyenne (1,2). Il s'agit de l'Île de France avec un ratio de 1,5 D3S par établissement, la Haute-Normandie et le Nord-Pas-de-Calais avec chacune un ratio de 1,4 directeur par établissement et la Picardie, la Corse et PACA avec un ratio de 1,3.

Ratio moyen de D3S par établissement au 1er janvier 2014

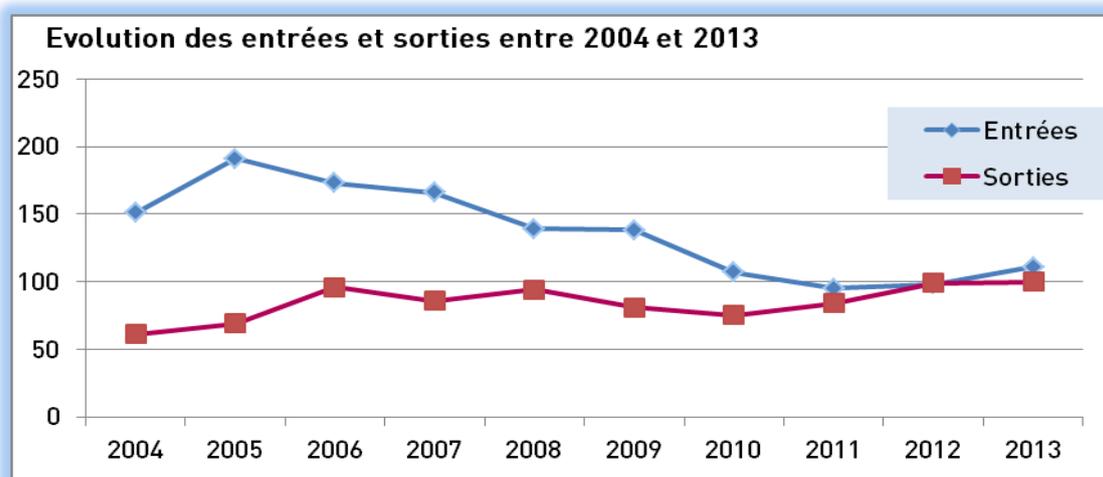


Dans les DOM-COM, la Guadeloupe se distingue également avec un ratio supérieur (1,4) au ratio moyen mais avec un faible nombre de chefs d'établissement (seulement 3 pour 11 D3S).

Régions	Nombre de directeurs en établissement	Nombre d'établissement	Ratio moyen (nombre de D3S par établissement)	% de chefs d'établissement
Alsace	37	31	1,2	73,0
Aquitaine	96	83	1,2	80,2
Auvergne	67	62	1,1	82,1
Basse-Normandie	44	38	1,2	65,9
Bourgogne	69	64	1,1	82,6
Bretagne	95	81	1,2	68,4
Centre	103	89	1,2	68,9
Champagne-Ardenne	37	34	1,1	67,6
Corse	5	4	1,3	80,0
Franche-Comté	26	22	1,2	65,4
Haute-Normandie	58	42	1,4	56,9
Ile-de-France	155	105	1,5	51,6
Languedoc-Roussillon	61	49	1,2	62,3
Limousin	43	39	1,1	83,7
Lorraine	55	51	1,1	74,5
Midi-Pyrénées	79	64	1,2	67,1
Nord-Pas-de-Calais	98	69	1,4	50,0
Pays de Loire	119	99	1,2	69,7
Picardie	50	38	1,3	58,0
Poitou-Charentes	57	47	1,2	61,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	92	73	1,3	68,5
Rhône-Alpes	162	132	1,2	64,2
<b>France Métropole</b>	<b>1 608</b>	<b>1 316</b>	<b>1,2</b>	<b>66,6</b>
Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy	11	8	1,4	27,3
Guyane	1	1	1,0	100,0
Martinique	12	10	1,2	66,7
La Réunion	1	1	1,0	100,0
<b>DOM-COM</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>1,3</b>	<b>52,0</b>
<b>France entière</b>	<b>1633</b>	<b>1 336</b>	<b>1,2</b>	<b>66,4</b>

### L'évolution des entrées et sorties du corps (D3S)

En 2013, 111 personnes sont entrées dans le corps des D3S, contre 100 D3S qui en sortaient, soit un solde positif de 11 enregistré après la fusion des deux corps des directeurs d'établissement social et directeurs d'établissement sanitaire et médico-social en 2012.

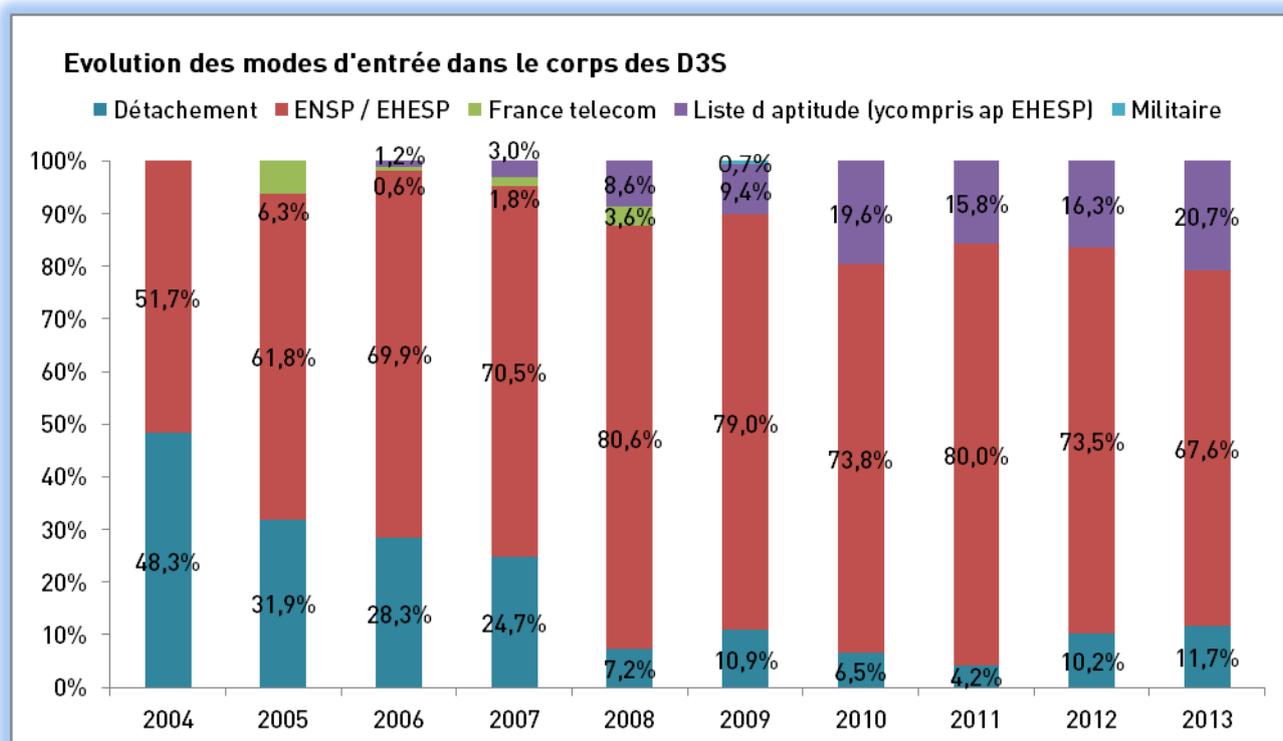


Sur la période 2004-2013, 1365 D3S sont comptabilisés avec un pic des entrées en 2005 (191 entrées) à partir duquel le nombre des entrées n'a cessé de diminuer pour atteindre son plus bas niveau en 2011 (95 entrées).

Origine des entrées	Entrées											Evolution 2004-2014	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total sur 10 ans	Effectif	%
Détachement	73	61	49	41	10	15	7	4	10	13	281	-60	-82,2
ENSP / EHESP	78	118	121	117	112	109	79	76	72	75	957	-3	-3,8
France télécom	0	12	1	3	5	0	0	0	0	0	21	0	---
Liste d'aptitude (dont élèves n'ayant pas pris de poste à la sortie EHESP)	0	0	2	5	12	13	21	15	16	23 (2)	105	23	---
Militaire	0	0	0	0	0	1	0	0	0		1	0	---
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>191</b>	<b>173</b>	<b>166</b>	<b>139</b>	<b>138</b>	<b>107</b>	<b>95</b>	<b>98</b>	<b>111</b>	<b>1365</b>	<b>-40</b>	<b>-26,5</b>
<b>Part ENSP/EHESP</b>	<b>51,7%</b>	<b>61,8%</b>	<b>69,9%</b>	<b>70,5%</b>	<b>80,6%</b>	<b>79,0%</b>	<b>73,8%</b>	<b>80,0%</b>	<b>73,5%</b>	<b>67,6%</b>	<b>70,1%</b>		

De près de 52% en 2004, la part des entrées à l'issue de la formation à l'EHESP a augmenté progressivement pour atteindre 80% en 2008, puis a évolué en dents de scie jusqu'en 2012.

En 2013, elle poursuit sa baisse en passant de 73,5% en 2012 à 67,6% en 2013 au profit des entrées par le tour extérieur (16,3% en 2012, contre 20,7% en 2013).

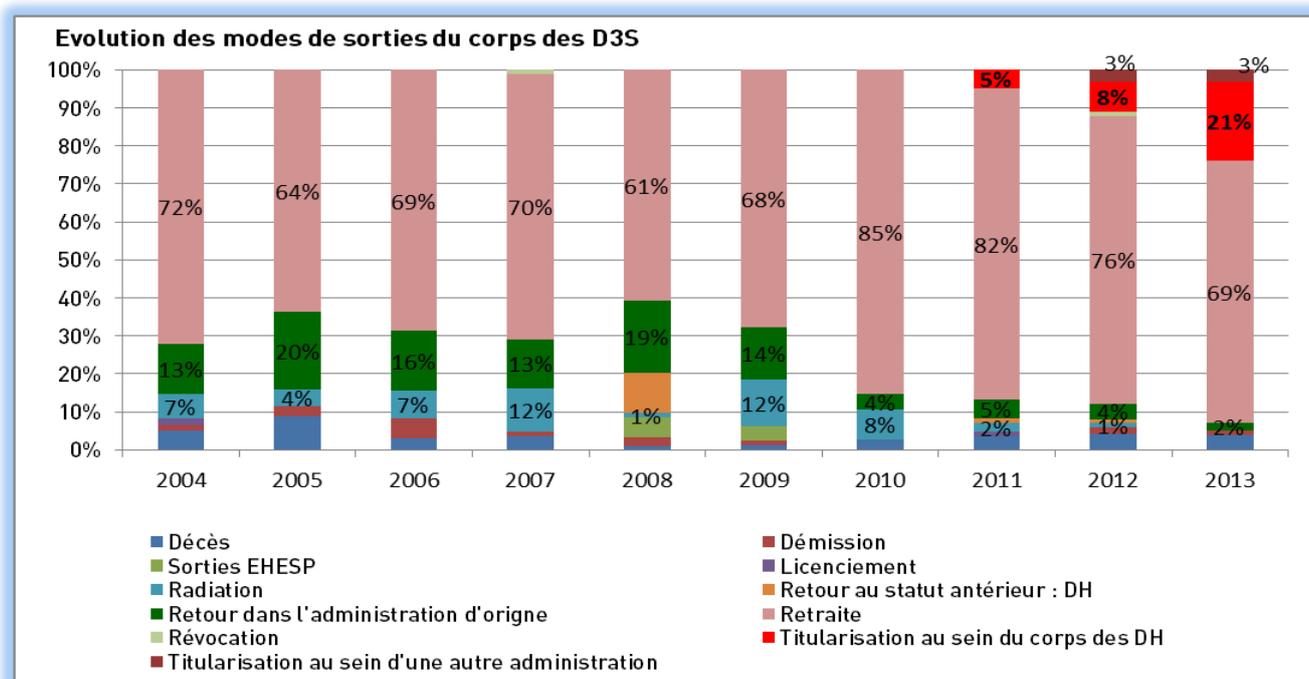


S'agissant des sorties définitives, leur nombre (100 sorties en 2013) reste quasi stable par rapport à 2012 (99 sorties). Mais la répartition par mode de sortie diffère d'une année à l'autre.

Origines des sorties	Sorties											Evolution 2004-2014	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total sur 10 ans	Effectif	%
Décès	3	6	3	3	1	1	2	3	4	4	30	1	33,3
Démission	1	2	5	1	2	1	0	0	2	1	15	0	0,0
Sorties EHESP	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	8	0	-
Licenciement	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	-1	-100,0
Radiation	4	3	7	10	1	10	6	2	1	0	44	-4	-100,0
Retour au statut antérieur : DH	0	0	0	0	10	0	0	1	1	0	12	0	-
Retour dans l'administration d'origine	8	14	15	11	18	11	3	4	4	2	90	-6	-75,0
Retraite	44	44	66	60	57	55	64	69	75	69	603	25	56,8
Révocation	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	-
Titularisation au sein du corps des DH								4	8	21	33	21	-
Titularisation au sein d'une autre administration									3	3	6	3	-
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>69</b>	<b>96</b>	<b>86</b>	<b>94</b>	<b>81</b>	<b>75</b>	<b>84</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>845</b>	<b>39</b>	<b>63,9</b>
Part des retraites	72,1%	63,8%	68,8%	69,8%	60,6%	67,9%	85,3%	82,1%	75,8%	69,0%	71,4%		
Age moyen de départ à la retraite	60,8 ans	60,7 ans	60,2 ans	60,4 ans	61,2 ans	61,4 ans	62,0 ans	62,1 ans	62,4 ans	62,9 ans	-		

En effet, si la retraite reste le principal motif de sortie (69,0% en 2013, contre 75,8% en 2012), il convient de signaler la forte progression de la part des titularisations dans le corps des DH qui passe de 8% en 2012 à 21% en 2013, après détachement, dans le cadre de la loi du 3 août 2009 sur la mobilité dans la fonction publique (principe de comparabilité des corps).

L'âge moyen de départ à la retraite passe de 62,4 ans en 2012 à 62,9 ans en 2013, soit un écart de 6 mois.



### 2.2.2.3- La gestion statutaire (D3S)

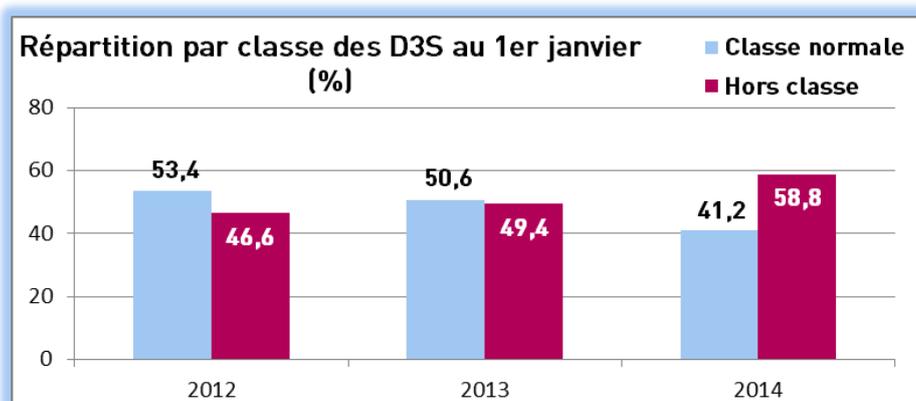
Les modifications statutaires de 2012 ont permis en 2013 l'élargissement du nombre d'emplois de débouché : création d'emplois fonctionnels, augmentation du quota de postes ouvrant droit à l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe ;

Pour le corps des D3S, l'année 2013 aura été en outre marquée par la confirmation et l'accentuation d'un certain nombre d'évolutions :

- Concernant l'organisation du secteur médico-social, avec, d'une part, une accélération du mouvement de regroupements des établissements, sous forme de direction commune ou de fusion : soit le traitement de 42 dossiers de directions communes et 6 dossiers de fusion (en 2012 ces chiffres étaient respectivement de 44 et 10) 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 détachements de D3S dans le corps des directeurs d'hôpital et un mouvement inverse, de nettement moindre ampleur, de directeurs d'hôpital faisant le choix du détachement dans le corps des D3S.

### Les nominations en hors classe et en classe normale (D3S)

La proportion de D3S en hors classe continue à prendre de l'ampleur d'année en année. Minoritaire encore ces deux dernières années, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, les D3S hors classe atteignent en effet, 58,8% des effectifs.



S'agissant des D3S en hors classe, la proportion de femmes progresse également. Entre 2012 et 2013, cette part a progressé de 2,9 points (passant de 49,6% à 52,5%). En 2014, elle atteint 56,3%, soit 3,8 points de plus.

### La répartition des D3S par sexe et classe (D3S) :

Sexe	Classe Normale			Hors Classe				Ensemble	
	Effectif	%	Part au dernier échelon	Effectif	%	Part au dernier échelon	Part échelon fonctionnel	Effectif	%
Femmes	449	66,8	8,7	541	56,3	1,3	0,2	990	60,6
Hommes	223	33,2	16,1	420	43,7	8,1	1,9	643	39,4
<b>Ensemble</b>	<b>672</b>	<b>100</b>	<b>11,2</b>	<b>961</b>	<b>100</b>	<b>4,3</b>	<b>0,9</b>	<b>1633</b>	<b>100</b>
<b>Part (%)</b>	<b>41,2</b>			<b>58,8</b>				<b>100</b>	

Au regard de la structure par âge des D3S, la proportion d'hommes au dernier échelon, quelle que soit la classe, est supérieure à celle des femmes. Ces proportions demeurent assez stables sur les trois dernières années. Pour les femmes en classe normale, la proportion au dernier échelon est passée de 11% en 2012 à 10% en 2013 et 9% en 2014. Pour les femmes hors classe, cette part est restée stable à 1%.

Pour les hommes en classe normale, elle est passée de 16% en 2012 à 15% en 2013 à 16% en 2014. Pour la hors classe, ils sont passés de 5% à 6% et finalement à 8% en 2014.

Près de la moitié des D3S de classe normale se situe aux 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> échelons (49,3%). Jusqu'au 4<sup>e</sup> échelon, la part des femmes représente de 2 à 4 fois celle des hommes, confirmant une fois encore le constat d'un âge moyen des femmes relativement jeune et de la féminisation accrue de ce corps.

### La répartition des D3S de classe normale par sexe et échelon (D3S)

Echelon Classe Normale	Femmes		Hommes		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1er échelon	37	5,5	17	2,5	54	8,0
2ème échelon	43	6,4	12	1,8	55	8,2
3ème échelon	44	6,5	11	1,6	55	8,2
4ème échelon	111	16,5	33	4,9	144	21,4
5ème échelon	56	8,3	32	4,8	88	13,1
6ème échelon	63	9,4	36	5,4	99	14,7
7ème échelon	30	4,5	27	4,0	57	8,5
8ème échelon	26	3,9	19	2,8	45	6,7
9ème échelon	39	5,8	36	5,4	75	11,2
<b>Ensemble</b>	<b>449</b>	<b>66,8</b>	<b>223</b>	<b>33,2</b>	<b>672</b>	<b>100</b>

S'agissant des DS3 en hors classe, si la répartition des directeurs semble plus homogène, 87,4% se partagent les six premiers échelons.

La part des femmes continue son ascension, passant de 52,5% au 1<sup>er</sup> janvier 2013 à 56,3% au 1<sup>er</sup> janvier 2014, soit 3,8 points de plus. Toutefois, si ces dernières sont effectivement plus nombreuses sur l'ensemble de la classe, elles ne le sont que pour les 5 premiers échelons, pour les suivants les hommes redeviennent majoritaires. 10,4% des D3S hors classe sont des femmes au 1<sup>er</sup> échelon, ceci s'explique par l'avancement de grade d'un certain nombre d'entre elles qui devaient être au 5<sup>e</sup> échelon de la classe normale.

### La répartition des D3S hors classe par sexe et échelon (D3S)

Echelons Hors Classe	Femmes		Hommes		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1er échelon	100	10,4	33	3,4	133	13,8
2ème échelon	95	9,9	49	5,1	144	15,0
3ème échelon	83	8,6	38	4,0	121	12,6
4ème échelon	86	8,9	63	6,6	149	15,5
5ème échelon	84	8,7	75	7,8	159	16,5
6ème échelon	57	5,9	77	8,0	134	13,9
7ème échelon (Hors échelle A - 1er chevron)	15	1,6	24	2,5	39	4,1
7ème échelon (Hors échelle A - 2ème chevron)	13	1,4	19	2,0	32	3,3
7ème échelon (Hors échelle A - 3ème chevron)	7	0,7	34	3,5	41	4,3
Echelon fonctionnel (Hors échelle B 2ème chevron)	1	0,1	2	0,2	3	0,3
Echelon fonctionnel (Hors échelle B 3ème chevron)		0,0	6	0,6	6	0,6
<b>Total général</b>	<b>541</b>	<b>56,3</b>	<b>420</b>	<b>43,7</b>	<b>961</b>	<b>100</b>

## Le recrutement de « non-fonctionnaires » (D3S)

L'article 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 permet le recrutement sur contrat de non-fonctionnaires pour une durée limitée. L'impact de cette mesure sur le recrutement est réduit. A ce jour, en effet, peu de candidats déclarés disposent d'une formation et d'une expérience adaptée aux fonctions très spécifiques de directeurs d'établissement médico-social ou 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. Actuellement, 18 non fonctionnaires occupent les fonctions de D3S, dont 5 femmes

### 2.2.2.4- Les instances nationales (D3S)

#### ■ Le calendrier 2013 des instances et ordre du jour des réunions (D3S)

Instances	Dates	Objet
Comité de sélection (CS)	07/05/2013	- Détermination des « short-lists »
Comité consultatif national (CCN)	25/06/2013	- Bilan d'activité du CNG, - Mise en œuvre de l'obligation de nominations équilibrées dans l'encadrement supérieur de la fonction publique hospitalière (DGOS), - Présentation des nouvelles dispositions sur le placement de recherche d'affectation (DGOS/CNG), - Groupes de travail sur la démographie – calendrier actualisé (DGOS/CNG), - Point sur l'état des travaux de mise en œuvre du protocole du 29 juillet 2011.
	21/11/2013	- Bilan de la mise en œuvre de la PFR en 2012, - Fonctionnement et l'évolution des instances de concertation avec les organisations syndicales des personnels de direction (suites à donner aux préconisations de Monsieur Edouard COUTY), - Démarrage des travaux de prospective démographique des personnels de direction.
Commission administrative paritaire nationale (CAPN)	22/01/2013 11/03/2013 19/06/2013 18/12/2013	- Approbation des procès-verbaux des réunions du 11 mars 2013 et du 19 juin 2013 du 19 décembre 2012, - Titularisation et affectation des élèves directeurs en fin de formation, - Nominations sur les postes vacants de chefs d'établissement et de directeurs adjoints, - Mutation dans l'intérêt du service.
		- Positions statutaires (détachement, mise à disposition, disponibilité, titularisation)/ mutation des directeurs adjoints / recours en évaluation et indemnitaire/ placement en recherche d'affectation.
		- Accueil en détachement / Tableau d'avancement à la hors classe.
	02/05/2013	- Réunion en formation disciplinaire.

**Les postes ouverts en 2013 et candidatures sur les chefferies d'établissements et sur les postes de directeurs adjoints (D3S)**

Publications	Emplois	Nombre de postes		Nombre candidatures		Postes pourvus	
		Dir	DA	Dir	DA	Dir	DA
07/03/2013	Directeur	121		303		66	
18/10/2013	Directeur	95		387		69	
<b>Total</b>		<b>216</b>		<b>690</b>		<b>135</b>	

NB : Hors publications pour les élèves D3S

Publications	Emplois	Nombre de postes		Nombre candidatures		Postes pourvus	
		DA	Dir	DA	Dir	DA	Dir
01/02/2013	Directeur adjoint	23		45		11	
17/03/2013	Directeur adjoint	21		31		9	
26/04/2013	Directeur adjoint	12		25		6	
29/08/2013	Directeur adjoint	12		36		7	
23/10/2013	Directeur adjoint	23		64		11	
14/12/2013	Directeur adjoint	16		42		6	
<b>Total</b>		<b>107</b>		<b>243</b>		<b>50</b>	

NB : Hors publications pour les élèves D3S

**Les postes ouverts en 2013 aux élèves D3S (chefferies d'établissements et postes de directeurs adjoints) (D3S)**

Publications	Emplois	Nombre de postes		Postes pourvus	
		Dir	DA	Dir	DA
31/08/2013	Directeur	58		39	
31/08/2013	Directeur adjoint		45		35
<b>Total</b>		<b>103</b>		<b>74</b>	

NB : Publications pour les élèves uniquement

■ **Les avancements de grade (D3S)**

En 2013, 138 D3S de classe normale (soit 20,5% de l'effectif de D3S en classe normale) ont été inscrits sur le tableau d'avancement au grade de D3S hors classe après avis de la CAPN, réunie en mars 2013. 128 directeurs de classe normale (19% de ce même effectif) ont bénéficié d'un avancement de grade. Les dix autres inscrits, qui exercent dans des établissements ne comportant pas de poste en hors classe, devront muter pour bénéficier de cette promotion.

■ **Les recours en évaluation et/ou en régime indemnitaire (D3S)**

La CAPN des directeurs d'hôpital a été saisie de 31 recours contre l'évaluation ou la prime de fonctions et de résultats attribuée (principalement sur le coefficient d'évolution de la part résultats), (soit 1,7% des 1835 D3S concernés).

■ **Le placement en recherche d'affectation (D3S)**

3 demandes de placement en recherche d'affectation (soit 0,16% des 1829 D3S concernés) ont été soumises à l'avis de la CAPN et la totalité a recueilli un avis favorable.

## ■ **La discipline (D3S)**

La CAPN a été réunie une fois en formation disciplinaire, en mai 2013. La sanction prononcée à l'issue de cette procédure a consisté en une exclusion temporaire de fonctions pour une durée de six mois, dont trois avec sursis.

## ■ **Les avancements d'échelon (D3S)**

Ils s'effectuent selon des durées fixes, sans réduction d'ancienneté. 818 avancements d'échelon ont été notifiés aux intéressés. Ainsi, 46,6% des 1754 D3S concernés par ce type d'avancement a bénéficié d'une promotion d'échelon.

### 2.2.2.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des D3S

■ **Les contentieux relatifs aux D3S représentent la part la plus importante des recours formés par les personnels de direction :**

<b>D3S - EVOLUTION DU STOCK EN 2013</b>	
Nombre de dossiers au 31/12/2013	14
Requêtes enregistrées en 2013	14
Affaires jugées en 2013	12

<b>D3S - REDACTION en 2013</b>	
<b>Année</b>	<b>2013</b>
Mémoires en défense	15
Conseils	24
<b>Total</b>	<b>39</b>

Ils représentent la part la plus importante (54%) du stock des recours formés par les personnels de direction. En 2013, le stock s'élève à 14 dossiers, dont 9 recours pour excès de pouvoir, 2 appels, 2 requêtes indemnitaires et 1 pourvoi. 14 nouvelles requêtes ont été enregistrées en 2013. 5 mémoires ont été rédigés et 24 conseils délivrés.

<b>D3S – Contentieux par nature au 31/12/2013</b>		
<b>Nature des contentieux</b>	<b>Dossiers en instance au 31/12/13</b>	<b>% au 31/12/13</b>
REP	9	64%
Appel	2	14%
Indemnitaire	2	14%
Pourvoi	1	8%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

<b>D3S - Contentieux par thème au 31/12/2013</b>		
	<b>Dossiers en instance au 31/12/2013</b>	<b>% au 31/12/2013</b>
Recrutement - nomination - affectation (RNA)	6	43%
Exercice des fonctions - positions (EFP)	7	50%
Discipline	1	7%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

<b>D3S - Affaires jugées en 2013 : sens des jugements</b>		
Jugement	Nombre de dossiers	%
Annulation/Non admission pourvoi CNG	3	25%
Désistement/Non lieu/Renvoi	0	0%
Rejet/Non admission pourvoi requérant	8	67%
Suspension	1	8%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

12 jugements ont été rendus en 2013. Comme pour les DH, les jugements de rejet sont majoritaires (67%). Le taux d'annulation est de 25% et une décision a fait l'objet d'une suspension.

Les recours formés par les D3S portent sur trois thèmes : l'exercice des fonctions et les positions statutaires (50%), le recrutement / nomination et affectation (43%), puis la discipline (7%).

Les contentieux ont majoritairement trait à la suspension à titre conservatoire (21%). Les recours relatifs aux nominations, refus de nomination ou radiation des cadres représentent chacune 14% des dossiers en instance. Viennent ensuite le détachement, l'évaluation et les indemnités ou allocations à hauteur de 7% chacun. 1 recours portant sur une décision d'exclusion temporaire a aussi été introduit.

■ **Un coût d'indemnisation pour les D3S relativement faible 2013 (D3S) :**

<b>D3S : Bilan financier 2013</b>			
	Demande du requérant	Jugement	% (montant accordé / montant demandé)
<b>Indemnités préjudices</b>	635 000 €	20 000 €	3,15%
<b>Frais de justice</b>	10 500 €	3 600 €	34,29%
<b>Total</b>	<b>645 500 €</b>	<b>23 600 €</b>	<b>3,66%</b>

Le ratio montant accordé/montant demandé est très peu élevé en 2013. Seuls 3,1% du montant des préjudices et 34,3 % des frais de justice demandés par les requérants ont été accordés par les juridictions. Au total les frais engagés au titre des contentieux s'élèvent à 23 600 €, soit seulement 3,7% des sommes demandées par les requérants.

## 2.2.3- Les directeurs des soins (DS)

### 2.2.3.1- Les effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (DS)

#### Une diminution progressive de l'effectif des directeurs des soins depuis 2012

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, on dénombre 806 directeurs des soins (DS), contre 830 en 2013, soit une baisse de 24 DS, après une diminution observée de 30 DS entre 2012 et 2013. En deux ans, l'effectif des DS a diminué de 6,3 %.

A l'exception du nombre de DS en disponibilité, qui progresse de 1 entre 2013 et 2014, l'effectif des DS dans les autres positions statutaires est en diminution.

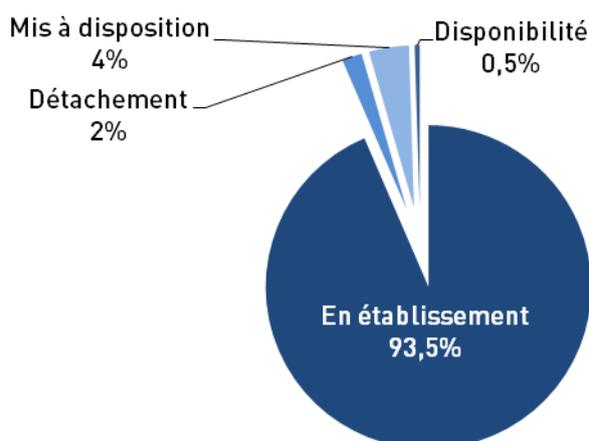
#### L'évolution de l'effectif des directeurs des soins par position statutaire (DS)

Position	Au 01/01/2012		Au 01/01/2013		Au 01/01/2014		Evolution 2012-2014	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
En établissement dont :	797	92,7	764	92,0	754	93,5	-43	-5,4
- Congé longue maladie et longue durée	3	0,3	4	0,5	2	0,2	-1	-33,3
Mis à disposition	35	4,1	43	5,2	32	4,0	-3	-8,6
Détachement	23	2,7	19	2,3	16	2,0	-7	-30,4
Disponibilité	4	0,5	3	0,4	4	0,5	0	0,0
Recherche d'affectation	1	0,1	1	0,1	0	0,0	-1	-100,0
<b>Ensemble</b>	<b>860</b>	<b>100</b>	<b>830</b>	<b>100</b>	<b>806</b>	<b>100</b>	<b>-54</b>	<b>-6,3</b>

Les directeurs des soins exerçant en établissement représentent 93,5 % de l'effectif global (en progression de 1,5 point par rapport à 2013), malgré une diminution des effectifs correspondants qui sont passés de 764 en 2013 à 754 en 2014 (-1,3 %).

Les DS en détachement ont diminué de 3 unités, passant de 19 en 2013 à 16 en 2014 (-15,8 %), tandis que ceux mis à disposition ont baissé de 11 unités, passant de 43 en 2013 à 32 en 2014 (-25,6 %). On ne comptabilise aucun DS en recherche d'affectation en 2014.

#### La répartition des DS par position statutaire (DS)



Les DS mis à disposition restent rattachés à leur corps d'origine et sont réputés occuper leur emploi et percevoir leur rémunération, tout en effectuant leur service dans une autre administration ou dans un organisme d'intérêt général, public ou privé (notamment les associations). En 2014, ils représentent 4 % de l'effectif global.

Le détachement consiste, quant à lui, à placer le directeur des soins hors de son corps d'origine, tout en lui permettant de conserver ses droits à l'avancement et à la retraite. 2 % des DS sont dans cette position en 2014.

Les DS en disponibilité sont placés temporairement hors de leur corps d'origine et cessent de bénéficier, durant cette période, de leur rémunération et de leurs droits à l'avancement et à la retraite. Leur effectif est stable depuis 2012 et représente 0,5 % des directeurs des soins.

**Répartition du corps par sexe au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (DS)**

Répartition par sexe	Total	%
Femmes	590	73,2 %
Hommes	216	26,8 %
<b>Total</b>	<b>806</b>	<b>100 %</b>

Le taux de féminisation du corps reste stable : il s'élève à 73% en 2014, comme en 2013.

**La répartition des directeurs des soins en établissement selon le sexe et la classe**

SEXE	2 <sup>ème</sup> classe		1 <sup>ère</sup> classe			Total	
	Effectif	% au dernier échelon	Effectif	% au dernier échelon	dont échelon fonctionnel	Effectif	%
Femmes	115	54,78 %	439	54,44 %	19,82 %	554	73,47 %
Hommes	33	42,42 %	167	55,69 %	22,16 %	200	26,53 %
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>52,03 %</b>	<b>606</b>	<b>54,79 %</b>	<b>20,46 %</b>	<b>754</b>	<b>100,00 %</b>
<b>%</b>	<b>19,63 %</b>		<b>80,37 %</b>			<b>100,00 %</b>	

Sur les 806 directeurs des soins, 754 exercent dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, ce qui représente 93,5% de l'effectif.

**2.2.3.2- Les caractéristiques des directeurs des soins exerçant en établissement (DS)**

**Un vieillissement confirmé du corps des directeurs des soins en établissement (DS)**

La structure par âge des DS évolue peu d'une année à l'autre. Toutefois, le vieillissement du corps se poursuit. La moyenne d'âge passe de 55 ans en 2013 à 55,3 ans en 2014, soit +0,3 an, augmentation identique à celle observée entre 2012 et 2013. La moitié des DS est âgée de plus de 55,7 ans, contre 55,4 ans en 2013 (soit +0,3 an). Les femmes ont une moyenne d'âge plus élevée que celle des hommes de 0,3 an. La moitié des femmes est âgée de plus de 55,8 ans, contre 55,3 ans pour les hommes (soit 0,5 an d'écart).

### La structure par âge et par sexe des directeurs des soins en établissement (DS)

Age	Femmes		Hommes		Ensemble		Ratio hommes/femmes
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
35-39 ans	1	0,2	-	-	1	0,1	-
40-44 ans	11	2,0	4	2,0	15	2,0	0,4
45-49 ans	58	10,5	23	11,5	81	10,7	0,4
50-54 ans	178	32,1	64	32,0	242	32,1	0,4
55-59 ans	224	40,4	83	41,5	307	40,7	0,4
60-64 ans	76	13,7	25	12,5	101	13,4	0,3
65 ans ou +	6	1,1	1	0,5	7	0,9	0,2
<b>Ensemble</b>	<b>554</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>754</b>	<b>100</b>	<b>0,4</b>
%	73,5		26,5		100		
Age moyen	55,4 ans		55,1 ans		55,3 ans		
Age médian	55,8 ans		55,3 ans		55,7 ans		

Les classes d'âge des 60-64 ans et des 65 ans ou plus représentent près de 14,3% des directeurs des soins.

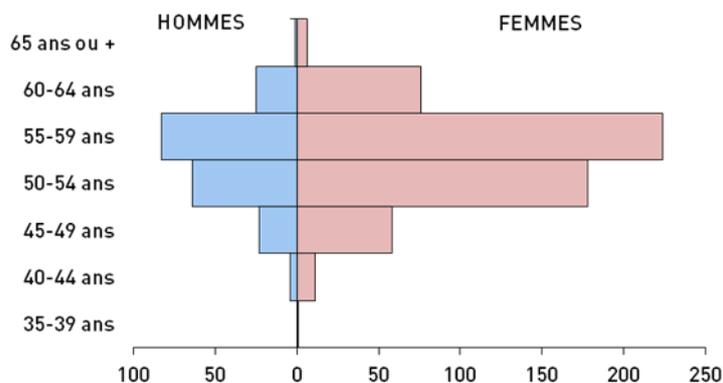
Plus de 87% des directeurs des soins ont 50 ans ou plus. La tranche des 55-59 ans représentent à elle seule près de 41% de l'effectif.

### La part des femmes est en recul entre 2013 et 2014 mais elles restent nettement majoritaire (DS)

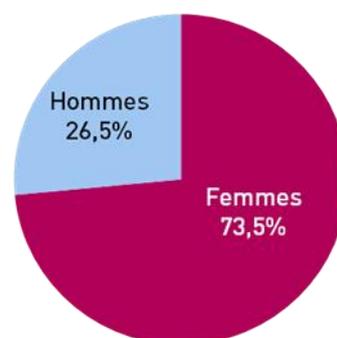
Les femmes, qui représentent 73,5 % des DS en 2014, contre 74,1 % en 2013, sont en recul de 0,6 point. Cependant, elles restent nettement majoritaires, quelle que soit la tranche d'âge.

### La pyramide des âges et répartition par sexe des directeurs des soins en établissement (DS)

Pyramide des âges des DS en établissement au 01/01/2014



Répartition par sexe des DS en établissement



### Une répartition inégale de l'ancienneté (DS)

La répartition par ancienneté révèle un déséquilibre imputable d'une part, au reclassement massif survenu lors de la création du corps en 2002 et d'autre part, à la réduction du nombre de places au concours. Il est possible de distinguer 3 groupes. Le premier regroupant les DS comptant une ancienneté de 12 ans coïncide avec celle du corps et représente une part de 39,3 %. Le deuxième groupe intègre les directeurs des soins ayant une ancienneté comprise entre 6 et 11 ans (39,3 %), et dont le nombre moyen de directeurs des soins par âge est de 60. Enfin, le troisième concerne les directeurs des soins ayant au moins 6 ans d'ancienneté (21,5 %), et dont le nombre moyen par âge est de 32.

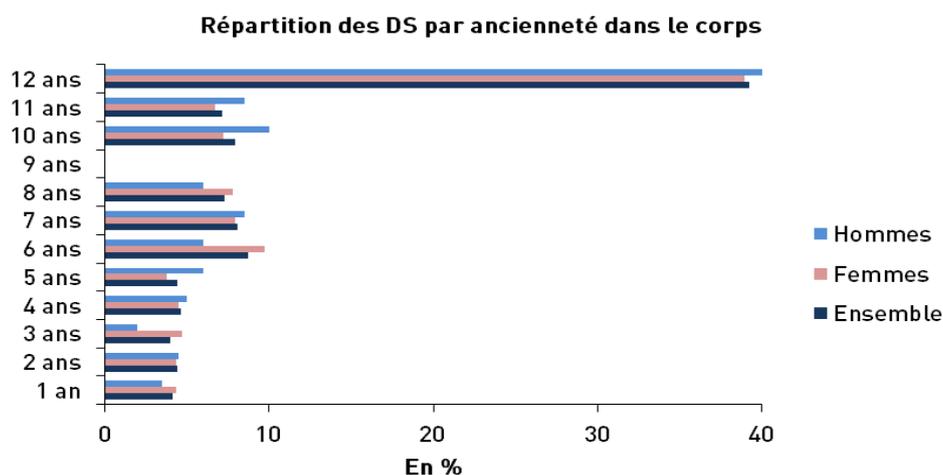
On note l'absence de DS ayant 9 ans d'ancienneté. Elle correspond à une absence d'entrée dans le corps en 2005 due à la transition entre la fin de la possibilité de reclassement et la mise en place du concours comme unique moyen d'intégration dans le corps des DS.

### La répartition selon l'ancienneté dans le corps des directeurs des soins en établissement

Ancienneté dans le corps	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1 an	24	4,3	7	3,5	31	4,1
2 ans	24	4,3	9	4,5	33	4,4
3 ans	26	4,7	4	2,0	30	4,0
4 ans	25	4,5	10	5,0	35	4,6
5 ans	21	3,8	12	6,0	33	4,4
6 ans	54	9,7	12	6,0	66	8,8
7 ans	44	7,9	17	8,5	61	8,1
8 ans	43	7,8	12	6,0	55	7,3
9 ans	-	-	-	-	-	-
10 ans	40	7,2	20	10,0	60	8,0
11 ans	37	6,7	17	8,5	54	7,2
12 ans	216	39,0	80	40,0	296	39,3
<b>Ensemble</b>	<b>554</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>754</b>	<b>100</b>
<b>Ancienneté moyenne</b>	<b>8,5 ans</b>		<b>8,8 ans</b>		<b>8,6 ans</b>	

L'ancienneté moyenne passe de 8,1 ans en 2013 à 8,6 ans en 2014, soit 0,5 an de plus. Les femmes ont une ancienneté moyenne légèrement inférieure à celle des hommes de 0,3 an (8,5 ans pour les femmes, contre 8,8 ans pour les hommes).

### La répartition par ancienneté dans le corps des directeurs des soins en établissement

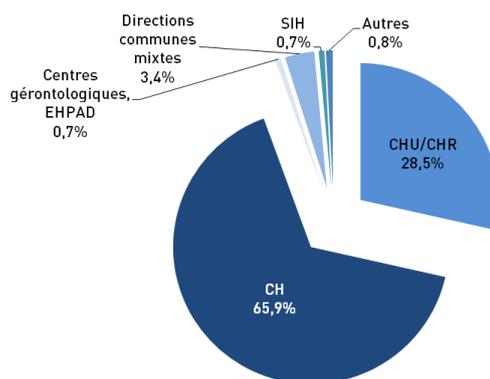


### Deux tiers des directeurs des soins exercent dans les centres hospitaliers (DS)

En 2014, le nombre d'établissements employant des DS (404) confirme la progression déjà constatée dès 2012 (396 en 2012, et 402 en 2013), soit 2 établissements supplémentaires. L'effectif des DS dans les centres hospitaliers est resté stable (497) entre 2013 et 2014. Ils emploient 65,9 % des directeurs des soins (65,1 % en 2013) et représentent 84,9 % des établissements (84,1 % en 2013).

Les CHU/CHR connaissent une diminution de leurs effectifs, passant de 222 en 2013 à 215 en 2014. Ils emploient 28,5 % des DS (29,1 % en 2013) et représentent 7,7 % des établissements (part identique à 2013).

### La répartition par typologie d'établissement d'exercice (DS)



### Un ratio moyen de 1,9 DS par établissement, équivalent à celui de 2013 (DS)

La plus forte concentration de DS est observée dans les CHU/CHR avec 6,9 DS par établissement, contre 7,2 DS par établissement en 2013.

### Le nombre moyen par typologie d'établissement (DS)

Typologie d'établissement	DS en établissement		Etablissements		Nombre moyen de DS par typologie d'établissement
	Effectif	%	Effectif	%	
CHU/CHR (hors AP-HP, AP-HM et HCL)	130	17,2	28	6,9	4,6
AP-HM	12	1,6	1	0,2	12,0
AP-HP	61	8,1	1	0,2	61,0
HCL	12	1,6	1	0,2	12,0
<b>Ensemble CHU/CHR</b>	<b>215</b>	<b>28,5</b>	<b>31</b>	<b>7,7</b>	<b>6,9</b>
CH	497	65,9	343	84,9	1,4
<i>dont ancienne dénomination CHS</i>	96	12,7	73	18,1	1,3
Centres gériatriques, EHPAD	5	0,7	5	1,2	1,0
Directions communes mixtes	26	3,4	16	4,0	1,6
SIH	5	0,7	5	1,2	1,0
Autres (EPS, centres d'accueil)	6	0,8	4	1,0	1,5
<b>Ensemble</b>	<b>754</b>	<b>100</b>	<b>404</b>	<b>100</b>	<b>1,9</b>

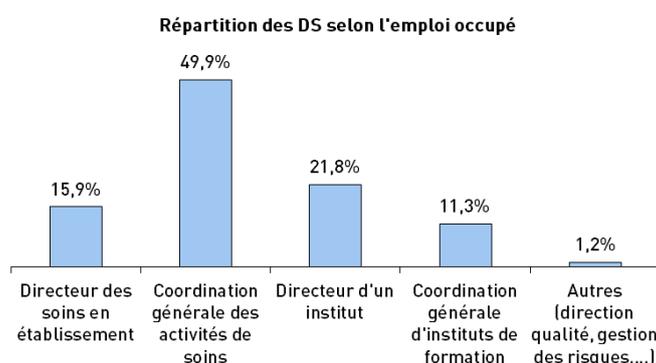
## Le coordinateur général des activités de soins, principal emploi (DS)

### La répartition par type d'emploi et par sexe en établissement (DS)

Emploi	Femmes	Hommes	Ensemble	%	Part des femmes (en %)
Directeur des soins en établissement	89	31	120	15,9	74,2
Coordination générale des activités de soins	266	110	376	49,9	70,7
Directeur d'un institut	128	36	164	21,8	78,0
Coordination générale d'instituts de formation	66	19	85	11,3	77,6
Autres (direction qualité, gestion des risques,...)	5	4	9	1,2	55,6
<b>Ensemble</b>	<b>554</b>	<b>200</b>	<b>754</b>	<b>100</b>	<b>73,5</b>

Quel que soit le type d'emploi, les femmes sont nettement majoritaires, en particulier chez les directeurs d'institut (78 %) et chez les coordinateurs généraux d'instituts de formation (77,6 %).

### La répartition par type d'emploi en établissement (DS)

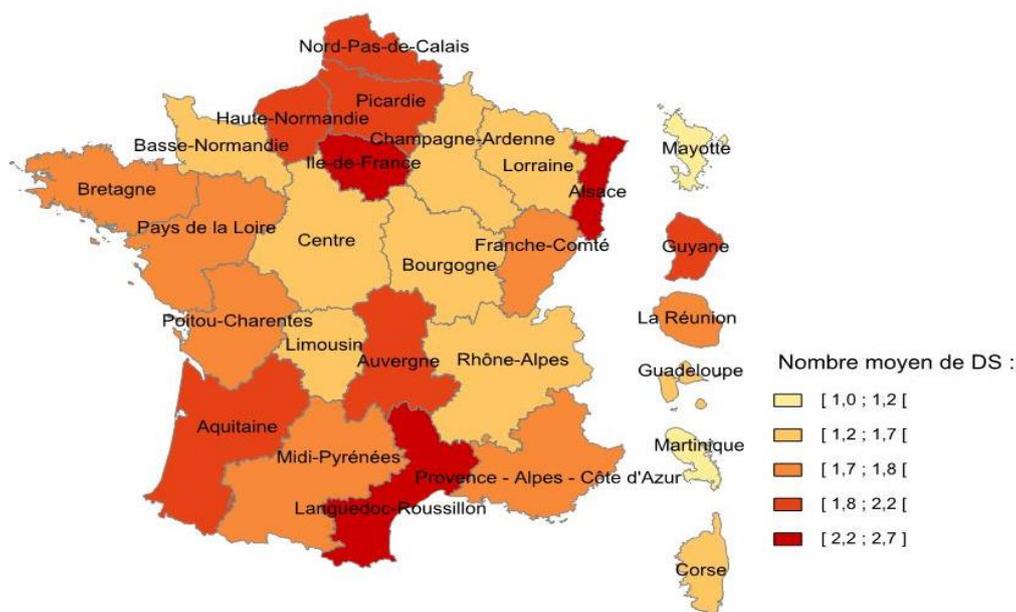


49,9% des directeurs des soins exercent les fonctions de coordonnateur général des activités de soins (47% en 2013, soit +2,9 points), ce qui fait de cette fonction l'activité principale exercée par les directeurs des soins. Ils sont suivis par les DS directeurs d'un institut (21,8 %, contre 24,5 % en 2013).

### Une répartition régionale hétérogène du nombre moyen de directeurs des soins par établissement

A l'exception de 3 régions que sont l'Ile-de-France (2,7), le Languedoc-Roussillon (2,4) et l'Alsace (2,3), pour lesquelles le nombre moyen de DS par établissement est supérieur à 2, toutes les autres ont un nombre moyen de DS par établissement compris entre 1 (Martinique et Mayotte) et 2 (Aquitaine, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais et Guyane).

## Nombre moyen de DS par établissement



Cependant, hors AP-HP, où l'on comptabilise 61 DS, le nombre moyen de directeurs par établissement en Ile-de-France est de 1,5, soit 76 DS pour 50 établissements.

### La répartition régionale des directeurs des soins en établissement

Région	Nombre de directeurs en établissement	%	Nombre d'établissements	Nombre moyen de DS par établissement
Alsace	23	3,1	10	2,3
Aquitaine	39	5,2	20	2,0
Auvergne	18	2,4	9	2,0
Basse-Normandie	19	2,5	14	1,4
Bourgogne	20	2,7	13	1,5
Bretagne	46	6,1	26	1,8
Centre	26	3,4	17	1,5
Champagne-Ardenne	16	2,1	10	1,6
Corse	3	0,4	2	1,5
Franche-Comté	16	2,1	9	1,8
Haute-Normandie	19	2,5	10	1,9
Ile-de-France	137	18,2	51	2,7
Languedoc-Roussillon	29	3,8	12	2,4
Limousin	13	1,7	8	1,6
Lorraine	30	4,0	19	1,6
Midi-Pyrénées	29	3,8	17	1,7
Nord-Pas-de-Calais	43	5,7	22	2,0
Pays de la Loire	42	5,6	24	1,8
Picardie	23	3,1	12	1,9
Poitou-Charentes	25	3,3	15	1,7
Provence - Alpes - Côte d'Azur	52	6,9	30	1,7
Rhône-Alpes	67	8,9	41	1,6
<b>France métropolitaine</b>	<b>735</b>	<b>97,5</b>	<b>391</b>	<b>1,9</b>
Guadeloupe	4	0,5	3	1,3
Martinique	3	0,4	3	1,0
Guyane	4	0,5	2	2,0
La Réunion	7	0,9	4	1,8
Mayotte	1	0,1	1	1,0
<b>DOM et collectivités territoriales</b>	<b>19</b>	<b>2,5</b>	<b>13</b>	<b>1,5</b>
<b>France entière</b>	<b>754</b>	<b>100</b>	<b>404</b>	<b>1,9</b>

18 régions affichent un nombre moyen de DS par établissement inférieur à la moyenne nationale de 1,9.

## Les entrées et les sorties du corps (DS)

### ■ **Un solde d'entrées-sorties négatif en 2013**

Entre 2012 et 2013, le nombre des sorties, passant de 64 à 54, a diminué de 15,6 %, mais reste supérieur à celui des entrées qui est de 31, soit 3 de moins que l'année précédente. Le solde des entrées-sorties reste donc négatif, entraînant une baisse de l'effectif des DS.

### L'évolution des entrées et des sorties (DS)

	2011	2012	2013	Evolution 2012-2013	
				Effectif	%
Entrées	30	34	31	-3	-8,8
Sorties	60	64	54	-10	-15,6
Solde des entrées-sorties	-30	-30	-23	7	
<b>Age moyen des entrées</b>	<b>48,4 ans</b>	<b>48,5 ans</b>	<b>50,3 ans</b>	<b>1,8 an</b>	
<b>Age moyen des départs en retraite</b>	<b>61,2 ans</b>	<b>62,1 ans</b>	<b>62,8 ans</b>	<b>0,7 an</b>	

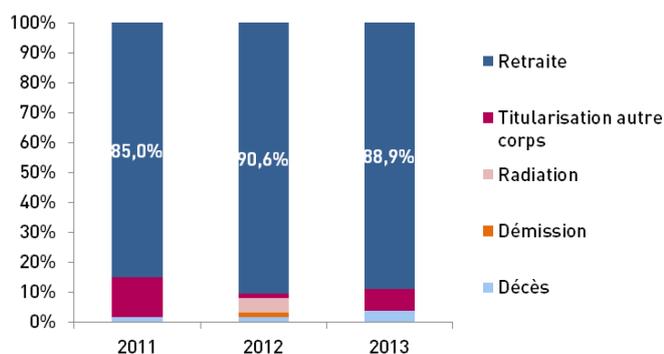
Après une stabilisation de l'âge moyen des DS entrés dans le corps en 2012, ce dernier a augmenté de 1,8 an, passant de 48,5 ans en 2012 à 50,3 ans en 2013.

L'âge moyen de départ à la retraite est en augmentation de 0,7 an entre 2012 et 2013, après une hausse de 0,9 an entre 2011 et 2012. En effet, l'âge moyen de départ à la retraite est de 62,8 ans en 2013, contre 62,1 ans en 2012.

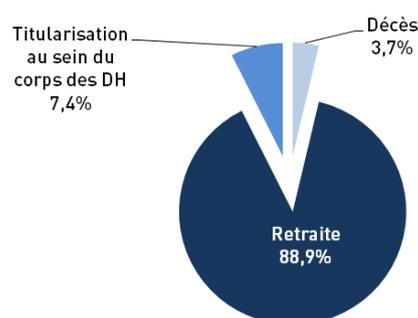
L'année 2013 est marquée par l'absence de directeurs des soins sortis par démission ou radiation, soit une situation identique à celle observée en 2012. Les départs à la retraite représentent 88,9 % des sorties définitives en 2013, soit une part inférieure à celle de 2012 (90,6 %). L'évolution de la part des DS titularisés dans un autre corps (DH, D3S ou autre corps d'une autre fonction publique) est irrégulière sur la période 2011-2013.

### La répartition des sorties des DS selon le motif (DS)

Evolution des modes de sorties du corps des DS



Répartition des sorties définitives selon le motif en 2013



### La répartition des sorties sur trois ans (DS)

Origine des sorties	Année de référence					
	2011	%	2012	%	2013	%
Décès	1	1,67%	1	1,56%	2	3,70%
Démission			1	1,56%		
Radiation /intégration dans un autre corps d'accueil/titularisation corps d'accueil	8	13,33%	4	6,25%	4	7,41%
Retraite	51	85,00%	58	90,63%	48	88,89%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00%</b>	<b>64</b>	<b>100,00%</b>	<b>54</b>	<b>100,00%</b>

Le taux de sorties du corps reste stable : 7,4% en 2013 (contre 7,2% en 2012 et 6,9% en 2011)

### 2.2.3.3- La gestion statutaire (DS)

#### Les nominations après réussite au concours et validation de la formation à l'EHESP au cours des trois dernières années (DS)

#### Les nominations après concours sur 3 ans (DS)

Année de référence	Entrée EHESP	% de femmes
2011	30	86,67 %
2012	34	73,53 %
2013	31	77,42 %
<b>Total sur 3 ans</b>	<b>95</b>	<b>78,95 %</b>

Une moyenne - stable - de 32 postes par an et un taux de féminisation très élevé caractérisent l'entrée par concours dans le corps des directeurs des soins. Par ailleurs, tous les élèves de la promotion 2013 ont été titularisés à l'issue de leur formation à l'EHESP à Rennes.

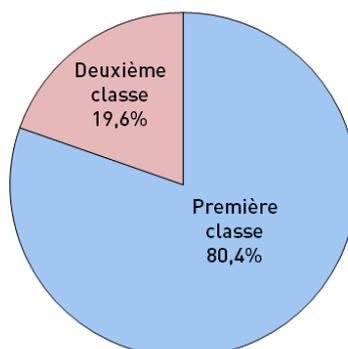
### La répartition par classe (DS)

La part des DS en première classe a progressé de 10,6 points entre 2013 et 2014, passant de 69,8 % à 80,4 %. Cependant, cette part est de 83,5 % pour les hommes, contre 79,2 % pour les femmes (respectivement 72,2 % et 68,9 % en 2013).

34,3 % des DS de première classe se situent au 7<sup>ème</sup> échelon et 20,5 % à l'échelon fonctionnel. 81 % des DS de première classe se concentrent aux trois derniers échelons. Cette part est en diminution de 2 points par rapport à 2013 (83 %).

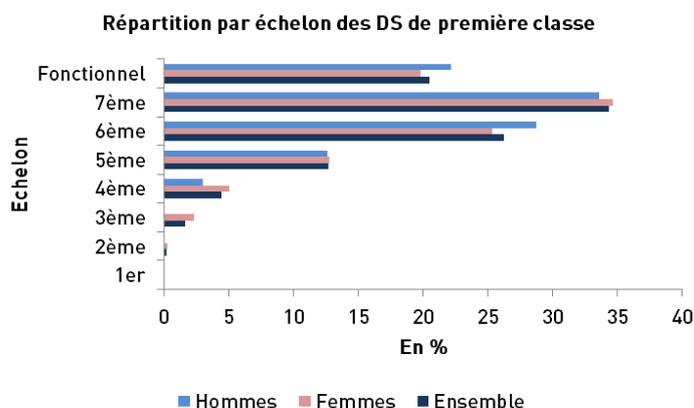
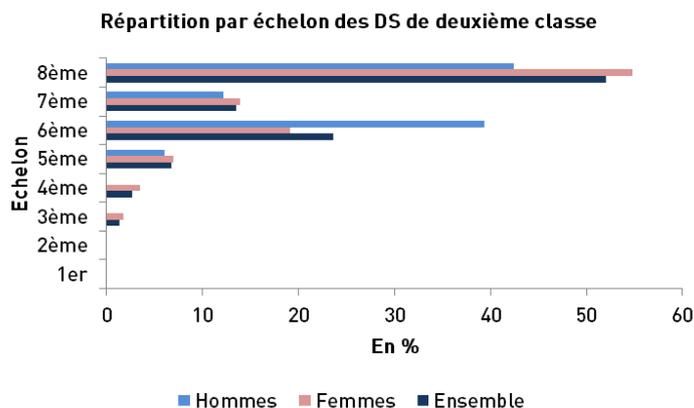
### La répartition par classe en établissement (DS)

Répartition des DS par classe



Les directeurs des soins de deuxième classe se situent majoritairement au dernier échelon (52 %), soit en légère progression par rapport à 2013 (51 %). 89,2 % des DS de deuxième classe se concentrent entre le 6<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> échelons.

**La répartition par classe et échelon en établissement (DS)**



On observe une absence de directeurs aux échelons les moins élevés, en deuxième comme en première classes. Il convient de souligner que l'entrée dans le corps des directeurs des soins représente généralement une troisième carrière pour les professionnels relevant des filières infirmière, médico-technique et de rééducation, d'où une entrée directe au-delà des premiers échelons.

### La répartition par échelon selon la classe des DS en établissement (DS)

Classe	Echelon	Femmes	Hommes	Ensemble	Effectif
Deuxième classe	1er échelon	-	-	-	-
	2ème échelon	-	-	-	-
	3ème échelon	1,7%	-	1,4%	2
	4ème échelon	3,5%	-	2,7%	4
	5ème échelon	7,0%	6,1%	6,8%	10
	6ème échelon	19,1%	39,4%	23,6%	35
	7ème échelon	13,9%	12,1%	13,5%	20
	8ème échelon	54,8%	42,4%	52,0%	77
<b>Ensemble deuxième classe</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>148</b>
<b>Effectif de la deuxième classe</b>		<b>115</b>	<b>33</b>	<b>148</b>	
Première classe	1er échelon	-	-	-	-
	2ème échelon	0,2%	-	0,2%	1
	3ème échelon	2,3%	-	1,7%	10
	4ème échelon	5,0%	3,0%	4,5%	27
	5ème échelon	12,8%	12,6%	12,7%	77
	6ème échelon	25,3%	28,7%	26,2%	159
	7ème échelon	34,6%	33,5%	34,3%	208
	Echelon fonctionnel	19,8%	22,2%	20,5%	124
<b>Ensemble Première classe</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>606</b>
<b>Effectif de la Première classe</b>		<b>439</b>	<b>167</b>	<b>606</b>	
<b>Effectif total du corps</b>		<b>554</b>	<b>200</b>	<b>754</b>	
<b>Part de la Première classe</b>		<b>79,2%</b>	<b>83,5%</b>	<b>80,4%</b>	

#### 2.2.3.4- Les instances (Comité de sélection/CAPN/ CCN) (DS)

##### Les instances relevant du corps (DS)

##### ■ Le calendrier 2013 des instances et ordre du jour des réunions (DS)

Instances	Dates	Objet
Comité consultatif national (CCN)	25/06/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan d'activité 2012 (CNG)</li> <li>- Présentation des nouvelles dispositions sur le placement en recherche d'affectation (DGOS/CNG)</li> <li>- Groupes de travail sur la démographie - calendrier actualisé (DGOS- CNG)</li> <li>- Point sur l'état des travaux de mise en œuvre du protocole du 29 juillet 2011 (DGOS)</li> <li>- Points divers : Prise en charge des frais de changement de résidence (DGOS) - Comparabilité</li> </ul>
	14/11/13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan de la mise en œuvre de la PFR en 2012</li> <li>- Fonctionnement et évolution des instances de concertation avec les organisations syndicales des personnels de direction</li> <li>- Démarrage des travaux de prospective démographique des personnels de direction</li> </ul>
Commission administrative paritaire nationale (CAPN)	13/03/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouvement des directeurs des soins, mises à dispositions,</li> <li>- Tableau d'avancement à la 1<sup>ère</sup> classe</li> <li>- Recours évaluation –PFR</li> </ul>
	26/09/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouvement des directeurs des soins, mises à dispositions, disponibilités, détachements</li> <li>- Tableau d'avancement complémentaire à la 1<sup>ère</sup> classe</li> <li>- Recours (échelon fonctionnel)</li> </ul>
	17/12/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouvement des directeurs des soins, mises à dispositions, disponibilités, détachements</li> <li>- Tableau d'avancement à la 1<sup>ère</sup> classe au titre de l'année 2013</li> <li>- Titularisation des élèves directeurs des soins</li> </ul>

### La commission administrative paritaire nationale (CAPN) (DS)

La CAPN émet un avis sur les situations individuelles relatives à la carrière des directeurs des soins. Ses compétences sont définies dans le décret n°91-790 du 14 août 1991 modifié relatif aux commissions administratives paritaires nationales de la fonction publique hospitalière. Elles concernent principalement les projets d'avancements de grade, les mouvements de mutation, les demandes de détachement et autres positions statutaires, les recours en évaluation ou indemnitaires, les demandes de placement en recherche d'affectation, la discipline...

#### ■ **Les mouvements (DS)**

### Les postes ouverts en 2013 et candidatures sur les postes (DS)

Date Publication	Postes ouverts	Candidatures	Postes pourvus
15/02/2013	20	28	11
29/03/2013	15	15	5
15/05/2013	21	21	13
15/09/2013	30	19	11
30/10/2013	16	15	9
15/12/2013	14	11	6
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>109</b>	<b>55</b>

NB : des publications en 2012 ont donné lieu à des nominations en 2013.

116 postes proposés aux différents mouvements, hors publication spécifique pour les élèves directeurs des soins en voie de titularisation, ont suscité 109 candidatures, soit moins d'une candidature en moyenne par poste. 55 postes ont été pourvus, ce qui laisse plus de 47% d'entre eux vacants (contre 36% en 2012).

S'agissant des élèves-directeurs des soins, 53 postes ont été proposés aux 31 élèves de la promotion 2013-2014, soit 1,7 poste proposé par élève DS.

Bien qu'il faille relativiser le nombre de postes publiés et ceux restant à pourvoir - un même poste pouvant faire l'objet de plusieurs publications - le taux global des postes de directeurs des soins pourvus, toutes publications confondues, a été de 51%.

Enfin, 1 poste de conseiller pédagogique régional et 3 postes de conseiller technique régional, pour exercer au sein des ARS, ont été publiés au cours de l'année 2013, ne suscitant aucune candidature de conseiller pédagogique régional et une seule candidature de conseiller technique régional.

#### ■ **Les avancements de grade (DS)**

75 directeurs des soins ont été inscrits au tableau d'avancement à la 1<sup>ère</sup> classe au titre de 2013, contre 71 en 2012, ce qui représente 9,3% du corps (contre 8,6% en 2012) et 50,7% des 148 directeurs de 2<sup>ème</sup> classe.

#### ■ **Les recours en évaluation et/ou en régime indemnitaire (DS)**

La CAPN des directeurs des soins a examiné 4 recours contre l'évaluation ou la prime de fonctions et de résultats attribuée (1 recours concernait les appréciations et 3, la part résultats de la PFR), soit 0,5% des 802 DS concernés.

## Les autres actes de gestion (DS)

### ■ *Les avancements d'échelon (DS)*

121 promotions d'échelon, soit 15% des 802 DS concernés, ont été réalisées courant 2013, contre 26,9% en 2012.

### 2.2.3.5- Les contentieux spécifiques à la gestion des DS

■ *Les contentieux relatifs aux directeurs des soins (DS) représentent la part la plus faible des recours formés par les personnels de direction :*

DS - ÉVOLUTION DU STOCK EN 2013	
Nombre de dossiers au 31/12/2013	3
Requêtes enregistrées en 2013	2
Affaires jugées en 2013	3

DS - RÉDACTION en 2013	
Année	2013
Mémoires en défense	10
Conseils	5
<b>Total</b>	<b>15</b>

Les contentieux relatifs aux DS, qui représentent le corps des personnels de direction le moins nombreux, ne comptabilisent que 11% des recours en instance formés par les directeurs. En 2013, le stock ne s'élève qu'à 3 dossiers, dont 2 recours pour excès de pouvoir et une requête indemnitaire. 2 nouvelles requêtes ont été enregistrées en 2013. 10 mémoires ont été rédigés et 5 conseils délivrés.

DS – Contentieux par nature au 31/12/2013		
Nature des contentieux	Dossiers en instance au 31/12/13	% au 31/12/13
REP	2	67%
Indemnitaire	1	33%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

DS - Contentieux par thème au 31/12/2013		
	Dossiers en instance au 31/12/2013	% au 31/12/2013
Exercice des fonctions - positions (EFP)	3	100%

DS - Affaires jugées en 2013 : sens des jugements		
Jugement	Nombre de dossiers	%
Annulation/Non admission pourvoi CNG	1	33%
Désistement/ Non lieu/Renvoi	0	0%
Rejet/Non admission pourvoi requérant	2	67%
Suspension	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

3 jugements ont été rendus en 2013. Le taux de rejet est de 67%.

Les recours intentés par les DS concernent uniquement l'exercice des fonctions et les positions statutaires.

67% des contentieux ont trait aux indemnités/allocations et 33% aux indemnités/allocations.

▣ *Le montant des sommes allouées bien que représentant 50% des frais de justice demandé, reste peu élevé (DS) :*

DS : Bilan financier 2013			
	Demande du requérant	Jugement	% (montant accordé / montant demandé)
<b>Indemnités préjudices</b>	0 €	0 €	0%
<b>Frais de justice</b>	2 000 €	1 000 €	50%
<b>Total</b>	<b>2 000 €</b>	<b>1 000 €</b>	<b>50,00%</b>

Au total, les frais engagés au titre des contentieux s'élèvent à 1000 €.

#### **2.2.4- Le dialogue social avec les 3 corps de directeurs (DH/D3S/DS)**

Les trois comités consultatifs nationaux (CCN) ont été instaurés (un pour chaque corps de directeurs) par le décret n°2011-580 du 26 mai 2011 en application de l'article 25 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière.

L'article 2 de ce décret prévoit qu'ils sont consultés par le ministre compétent sur les questions et projets de textes relatifs à la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences, la formation professionnelle, la mobilité, l'insertion et l'égalité professionnelles, ainsi que les conditions de travail. Le directeur général du Centre national de gestion présente annuellement un bilan social relatif au corps pour lequel le comité consultatif a été institué et un bilan de l'activité de gestion de ce corps par l'établissement.

En application de ces dispositions, chacun des 3 CCN s'est réuni deux fois dans l'année ; les principales thématiques communes présentées et mises au débat ont été :

■ ***Le point sur l'état des travaux de mise en œuvre du protocole du 29 juillet 2011 (DH/D3S/DS)***

Sous l'égide de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), une méthode et un calendrier de travail ont été arrêtés et un groupe de travail associant la DGOS, la Direction générale de la cohésion social (DGCS), le CNG et les organisations syndicales représentatives des directeurs de la fonction publique hospitalière a été mis en place.

Des réunions de travail ont été programmées pour mettre en œuvre les préconisations du protocole d'accord relatif aux personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière du 29 juillet 2011.

Différents sujets ont été finalisés en 2013 et présentés dans leur architecture juridique et leurs objectifs :

- la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2012-601 du 30 avril 2012 relatif aux modalités de nominations équilibrées dans l'encadrement supérieur de la fonction publique, qui vise à assurer une plus grande égalité professionnelle entre les hommes et les femmes sur les plus hauts emplois de direction ;
- la modification du dispositif de recherche d'affectation, par la publication des décrets n°2013-609 du 10 juillet 2013 modifiant les deux statuts particuliers des corps de direction des directeurs d'hôpital et des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière ;
- le maintien de la NBI pour les emplois fonctionnels de direction en bénéficiant au titre du décret n°2005-931 du 2 août 2005 a été également acté, après un arbitrage interministériel en avril 2013, et la publication du décret n°2013-812 du 10 septembre 2013 modifiant le décret n°2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Egalement au cœur des discussions sur la mise en œuvre du protocole du 29 juillet 2011, ont été abordés en 2013 les sujets relatifs à :

- la création d'un 3<sup>ème</sup> concours ainsi que la fusion des cycles préparatoires des concours de directeur d'hôpital et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social ;
- la mise en place du grade à accès fonctionnel (dit GRAF) pour les directeurs d'hôpital ;
- ainsi que la question de la prospective démographique des effectifs des trois corps de direction sur la base d'une note de cadrage prévoyant un démarrage des travaux sur le sujet en 2014.

■ ***Le bilan de la mise en œuvre de la PFR 2012 (CNG) (DH/D3S/DS)***

Le premier bilan de la prime de fonction et de résultats (PFR) a été présenté aux trois CCN. Ce bilan a mis l'accent sur les difficultés de ce premier exercice, notamment pour obtenir les informations tant de la part des évaluateurs de l'Etat (ARS, Préfets de département, DDJCS) pour les chefs d'établissement que des chefs d'établissement pour les directeurs adjoints.

Le CNG a dû formuler de nombreux rappels pour obtenir la plus grande exhaustivité possible des informations attendues afin de pouvoir tirer des enseignements significatifs sur le sujet.

Par ailleurs, les mécanismes de calcul puis d'attribution et la répartition entre les différentes catégories de directeurs ont été présentés et débattus avec les organisations syndicales.

■ ***Le fonctionnement et l'évolution des instances de concertation avec les organisations syndicales des personnels de direction (suites à donner aux préconisations du rapport d'Edouard COUTY).***

Le rapport publié à l'issue des travaux sur le Pacte de confiance comporte deux propositions concernant notamment l'évolution des instances de concertation.

Ainsi, la proposition 25 vise à mieux articuler les missions et le fonctionnement du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et des comités consultatifs nationaux de directeurs.

La proposition 26 vise à décloisonner les comités consultatifs nationaux des trois corps de directeurs de la Fonction publique hospitalière, à les articuler avec le protocole d'accord des personnels de direction qui prévoyait la création d'un comité médical et d'une commission de réforme placés auprès du CNG.

La DGOS a proposé aux organisations syndicales, au cours des CCN 2013, de reprendre la discussion sur ces points au sein de ces mêmes instances dans le cadre des calendriers à fixer pour l'année 2014 afin de convenir d'un cadrage général et d'une méthode de travail.

■ ***Le démarrage des travaux de prospective démographique des directeurs de la fonction publique hospitalière (DH/D3S/DS)***

La DGOS avait proposé en novembre 2012 d'engager un travail de gestion prévisionnelle des emplois et des métiers des corps de direction en lien avec le CNG, la direction générale de la cohésion sociale et l'EHESP, associant étroitement les syndicats représentatifs des directeurs.

Elle a identifié trois facteurs d'ordre législatif et stratégique (la stratégie nationale de santé, l'acte 3 de la décentralisation et la loi sur la dépendance) qui auront des répercussions quantitatives et qualitatives sur les effectifs des directeurs. De même, les politiques de fusion, de regroupement et de coopération, y compris avec les établissements sociaux et médico-sociaux sont de nature à impacter la démographie des trois corps de direction.

L'objectif est d'en tenir compte et d'exploiter les données à disposition qui permettent d'en mesurer l'évolution, notamment celles figurant dans le Rapport d'activité du CNG et relatives au nombre d'établissements, de chefferies, de directions communes et d'intérim.

La DGOS propose une méthode et un calendrier de travail. Le groupe de travail doit réunir la DGOS, la DGCS, le CNG, l'EHESP et les organisations syndicales représentatives des corps de direction. Sur la base des facteurs identifiés et des données disponibles, il aurait pour mission de construire le tendancier de l'évolution démographique des trois corps sur la base de scénarii à élaborer.

### ***2.2.5- Les chantiers initiés en 2013 et perspectives pour 2014 (DH/D3S/DS)***

■ ***Un premier bilan de l'application de la prime de fonctions et de résultats (PFR)***

Après une mise en œuvre dans le cadre de l'évaluation 2012, 2013 a été l'occasion d'un premier bilan de l'application de la prime de fonctions et de résultats des corps de direction, notamment en ce qui concerne l'attribution de la part résultats.

Celui-ci a été présenté aux organisations syndicales dans le cadre des trois CCN de fin d'année. Les trois bilans, élaborés pour chacun des corps, figurent dans le Rapport d'activité du CNG.

Au préalable, il convient d'observer que le taux de retour des évaluations a été de 88% pour les directeurs d'hôpital, 93% pour les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et 95% pour les directeurs de soins.

Concernant les directeurs d'hôpital, la progression de la part résultats a été en moyenne, de +0.6 pour les directeurs adjoints et de +0.5 pour les chefs d'établissement. Chez les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, il a été de +0.4 pour les chefs d'établissement et de 0.6 pour les adjoints. Enfin, pour ce qui est des directeurs de soins, il a été de +0.8 pour les coordonnateurs, de +0.6 pour les directeurs de soins et de +0.9 pour les conseillers mis à disposition auprès des ARS.

A côté de ces moyennes nationales, il est intéressant de noter les variations observables au niveau régional dans les taux d'évolution de la part résultats.

Ainsi, pour les directeurs d'hôpital occupant des postes de chef d'établissement, la moyenne régionale est de +0.2 en Nord-Pas-de-Calais et de +0.8 en région Centre. Les régions se situant dans la moyenne nationale sont : Midi-Pyrénées et Pays de Loire. L'Ile-de-France est à +0.3.

Pour les directeurs occupant des postes d'adjoint, la moyenne évolue entre +0.3 en Franche-Comté et +1 en Corse. Les régions se situant dans la moyenne nationale sont : l'Alsace, l'Auvergne, la Bourgogne, la Bretagne, le Limousin, les Pays-de-Loire, la Picardie et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. La moyenne en Ile-de-France est de + 0.7.

En ce qui concerne les directeurs adjoints des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, la moyenne régionale varie de +0.4 dans le Limousin et dans le Nord-Pas-de-Calais à +0.9 en Auvergne. Les régions se situant dans la moyenne nationale sont : la Bourgogne, le Centre, le Languedoc-Roussillon, la Lorraine, les Pays-de-Loire et la Picardie. L'Ile-de-France est à +0.5.

Ceux occupant des fonctions de chef d'établissement ont une moyenne régionale qui va de +0.2 en Alsace, en Région Centre, en Corse, en Franche-Comté et dans le Nord-Pas-de-Calais à +0.7 en Auvergne et en Guadeloupe et même +1.4 à la Réunion (mais seuls deux directeurs sont concernés). Les régions situées dans la moyenne nationale sont : la Basse-Normandie, Champagne-Ardenne et la Haute-Normandie. L'Ile-de-France est à +0.3.

Dans le corps de directeurs de soins, la moyenne régionale des coordonnateurs évolue entre +0.5 en Poitou-Charentes et +1 en Martinique. Les régions se situant dans la moyenne nationale sont l'Alsace, la Bretagne, la Corse, la Franche-Comté, l'Ile de France, le Nord-Pas-de-Calais et la Guadeloupe. Pour ce qui est des directeurs de soins, la moyenne régionale varie entre +0.3 en Alsace à +1.2 dans la région Centre. Les régions situées dans la moyenne nationale sont : la Bourgogne, Champagne-Ardenne, l'Ile-de-France, le Limousin, Midi-Pyrénées, les Pays-de-Loire, la Picardie, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

Au-delà de ces éléments statistiques, il faut souligner que le retour au CNG des supports d'évaluation qui comprennent notamment les éléments relatifs à la PFR accusent dans leur grande majorité un retard et six mois après la date limite précisée, ce sont près de 20% de ces évaluations qui manquent. Ce décalage important a notamment eu pour conséquence de pénaliser la situation des directeurs concernés et de diffuser la production du bilan de la PFR 2012.

Enfin, on constate que les questions relatives à l'application de la PFR tant de la part des évaluateurs que des évalués restent nombreuses. Le sujet générant le plus d'interrogations est

celui des conditions de rémunération des intérimaires de direction. Ce point est explicité dans le document relatif aux questions les plus fréquemment posées, consultable sur le site du CNG.

### ■ *Une attention soutenue portée aux nominations équilibrées (DH/D3S/DS)*

Ce sujet, présenté aux trois CCN des directeurs, est porté par la DGAFP au ministère chargé de la fonction publique et concerne plus particulièrement les nominations dans l'encadrement supérieur. Pour les trois corps de directeurs gérés par le CNG, sont concernés les directeurs nommés sur les postes de DG de CHU/CHR, les directeurs nommés sur emploi et échelons fonctionnels. Pour 2013, les nominations concernant chacun des deux sexes devaient atteindre au moins 20% des nominations. A terme, cette proportion sera portée à 40%. Compte tenu de la configuration des corps de directeurs, il s'agit, à parcours professionnels comparables, de porter une attention particulière aux nominations des femmes.

C'est dans cet esprit que sont examinées les candidatures par le comité de sélection, y compris pour les postes de chefs d'établissement qui n'entrent pas dans le cadre défini par la DGAFP.

### ■ *Un suivi individualisé des directeurs (DH/D3S/DS)*

A côté de la gestion statutaire des directeurs, le département de gestion concerné (DGD) des directeurs assure un suivi individualisé de leur situation au regard de l'évolution de leur carrière, du parcours professionnel et du traitement des problématiques signalées.

Ce suivi s'organise dans le cadre de rendez-vous au CNG, soit à l'initiative des directeurs concernés, soit à celle de leur autorité régionale, territoriale, départementale ou du CNG, mais également à travers des rendez-vous téléphoniques, parfois plus appropriés si l'urgence, l'objet de l'échange ou la distance géographique obligent à une prise de contact plus rapide.

Le département de gestion des directeurs suit les situations sensibles, en lien – selon les cas – avec la DGOS, les ARS et les chefs d'établissements et avec les organisations syndicales des directeurs. Il assure également une veille sur les postes publiés à l'occasion des avis de vacance et en informe les directeurs souhaitant ou devant s'engager dans une mobilité.

Cette activité est assurée pour l'essentiel par la cheffe de département et son adjoint ainsi que par les deux responsables d'unité et leurs adjointes respectives, ces dernières étant plus particulièrement chargées de ce suivi et des échanges avec les conseillers de l'Unité mobilité, développement professionnel. Cette activité (accompagnement à la mobilité, situations signalées) génère un nombre important de rendez-vous physiques et/ou téléphoniques et nécessite une vigilance constante pour assurer le partage des informations en interne et une traçabilité afin de garantir l'efficacité la plus grande dans le règlement de ces situations.

## **2.2.6- Les perspectives 2014 (DH/D3S/DS)**

### **■ Le reclassement des directeurs de soins**

Placés sous l'égide de la DGOS et en étroite association avec le CNG, les travaux de modification des statuts du corps des directeurs des soins ont occupé toute l'année 2013. Ils ont abouti en 2014, avec la publication des textes au Journal Officiel du 9 janvier 2014.

Ces travaux ont intégré à la fois un travail de toilettage du statut particulier du corps, un travail sur le statut d'emplois fonctionnels et la mise en place de nouvelles grilles de rémunération.

Concernant le statut particulier, il a été prévu une évolution des missions des DS ainsi que la possibilité, à l'instar des autres corps de direction, de les nommer sur des directions communes.

La mise en place d'un statut d'emplois fonctionnels a amené à la création d'une centaine d'emplois répartis en deux groupes, le premier comprenant trois emplois (coordonnateur général des soins à l'AP-HP, l'AP-HM et aux HCL) et le second les quatre-vingt-dix-sept autres emplois fonctionnels autorisés. L'ensemble de ce dispositif se traduira par une mobilisation accrue du DGD pour assurer en temps très contraint, les reclassements et les nominations correspondantes.

### **■ Le dispositif relatif au grade à accès fonctionnel (GRAF) des corps de direction**

Impulsé également par la DGOS, avec le soutien actif du CNG, le travail de transposition du mécanisme de grade à accès fonctionnel a démarré en 2013 par un travail sur le corps des directeurs d'hôpital.

Le cœur de la réflexion avec les organisations syndicales a porté sur la définition des viviers des directeurs éligibles à ce nouveau dispositif très attendu par les professionnels.

### **■ La préparation et l'organisation des élections professionnelles du 4 décembre 2014**

Le département de gestion des directeurs a pour mission d'organiser les élections professionnelles des trois corps de direction et pour chacune des deux instances, CAPN et CCN de chaque corps, soit au total six scrutins différents.

Le vote aura lieu le 4 décembre 2014, uniquement par correspondance. La fin d'année 2013 a été consacrée à l'élaboration d'un échéancier des différentes étapes obligatoires prévues par la réglementation, en partenariat avec les organisations syndicales représentatives des directeurs, ainsi qu'à la préparation du marché qui sera passé en 2014, notamment pour la reprographie et l'envoi des matériels de vote.

\*  
\* \*

La gestion des corps de directeurs s'est intensifiée dans le temps. Particulièrement exigeante sur les grands processus de gestion des carrières et des parcours professionnels, elle s'est aussi développée dans le soutien et l'expertise technique apportée par le CNG, d'une part, aux autorités nationales en charge des évolutions réglementaires qui sont ensuite mises en œuvre par l'établissement et, d'autre part, aux autorités régionales, territoriales et départementales pour la gestion individuelle des situations signalées.

Il faut enfin souligner, l'importance et la qualité de la coopération engagée avec l'ensemble des autorités de l'Etat et avec les organisations syndicales de directeurs.

\*

\* \*

Des données complémentaires relatives aux directeurs de la fonction publique hospitalière titulaires ou stagiaires sont présentées dans le TOME II du présent rapport.

Elles portent notamment sur :

#### Troisième partie

- 3- L'analyse des mouvements des directeurs de la fonction publique hospitalière – année 2013
  - 3.1- L'analyse des mouvements des directeurs d'hôpital (DH)
  - 3.2- L'analyse des mouvements des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)
  - 3.3- L'analyse des mouvements des directeurs des soins (DS)

#### Quatrième partie

- 4- Les bilans de l'attribution de la prime de fonction et de résultats versées aux directeurs des trois corps de la fonction publique hospitalière – année 2012
  - 4.1- Les bilans de l'attribution de la prime de fonction et de résultats versées aux directeurs d'hôpital (DH)
  - 4.2- Les bilans de l'attribution de la prime de fonction et de résultats versées aux directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)
  - 4.3- Les bilans de l'attribution de la prime de fonction et de résultats versées aux directeurs des soins (DS)

\*

\* \*

### **2.3- Les dispositifs communs d'accompagnement du CNG : L'offre de service au profit des praticiens hospitaliers et directeurs de la fonction publique hospitalière**

Le CNG contribue au développement professionnel des praticiens hospitaliers et des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière dans un objectif de gain en efficacité individuelle et de meilleure performance collective.

Dans cette optique, l'Unité mobilité-développement professionnel (UMDP) du CNG a accompagné 850 professionnels dans leur développement professionnel et managérial ou dans leur transition professionnelle depuis 2008.

L'offre de service de l'UMDP s'est structurée et évolue régulièrement depuis sa création dans le sens d'une adaptation aux besoins institutionnels et à ceux des professionnels accompagnés. Elle comprend des dispositifs individuels et des dispositifs collectifs (ateliers) qui s'adaptent à la diversité des situations et prennent en compte les enjeux du secteur sanitaire, social et médico-social.

Initialement essentiellement dévolue à l'accompagnement de la mobilité des professionnels notamment dans le cadre de réorganisations/restructurations des établissements du champ sanitaire, social et médico-social, cette activité est devenue au fil du temps également un levier au service du développement professionnel et managérial et dans certaines situations un vecteur de contribution à la prévention des risques psycho-sociaux (RPS).

#### **■ Les bénéficiaires (PH et Directeurs)**

Le CNG propose un accompagnement personnalisé (qui peut être sollicité tout au long du parcours professionnel) aux praticiens hospitaliers (temps plein et temps partiel), aux personnels enseignants et hospitaliers pour la partie hospitalière de leur activité et aux directeurs de la fonction publique hospitalière (directeur d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeurs des soins).

#### **■ L'accompagnement et ses principales modalités (PH et Directeurs)**

L'accompagnement individuel peut, selon la demande et le besoin, prendre la forme d'un coaching, d'un bilan professionnel, d'un soutien à l'élaboration d'un projet professionnel ou un appui méthodologique à la présentation et à la valorisation des candidatures dans un contexte de mobilité.

Cet accompagnement individuel est matérialisé notamment par une série d'entretiens individuels avec un conseiller développement-coach.

L'accompagnement individuel peut, en tant que de besoin, s'articuler avec la participation à des ateliers collectifs. Ces ateliers thématiques, permettent des moments d'échange, le développement de réseaux avec d'autres professionnels ainsi que la réflexion collective sur certaines thématiques en vue de contribuer au développement professionnel des participants (*voir focus ateliers*)

Chaque parcours d'accompagnement est spécifique et personnalisé afin de répondre à la situation particulière du bénéficiaire.

#### **■ Les coachs en charge de l'accompagnement (PH et Directeurs)**

Les accompagnements sont réalisés par des conseillers développement-coachs de l'UMDP ou lorsque c'est plus adapté, par un prestataire partenaire extérieur référencé.

L'équipe de l'UMDP est composée de professionnels confirmés, aux parcours diversifiés et issus des secteurs public et privé. Les coachs ont une pratique avérée en termes d'accompagnement de cadres supérieurs et de dirigeants. Ils sont formés au coaching professionnel, au bilan de carrière et à des différents référentiels de compétences de coaching et bénéficient d'une supervision individuelle régulière.

Les accompagnements conduits respectent les exigences professionnelles et déontologiques formulées par les Fédérations de coaching.

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

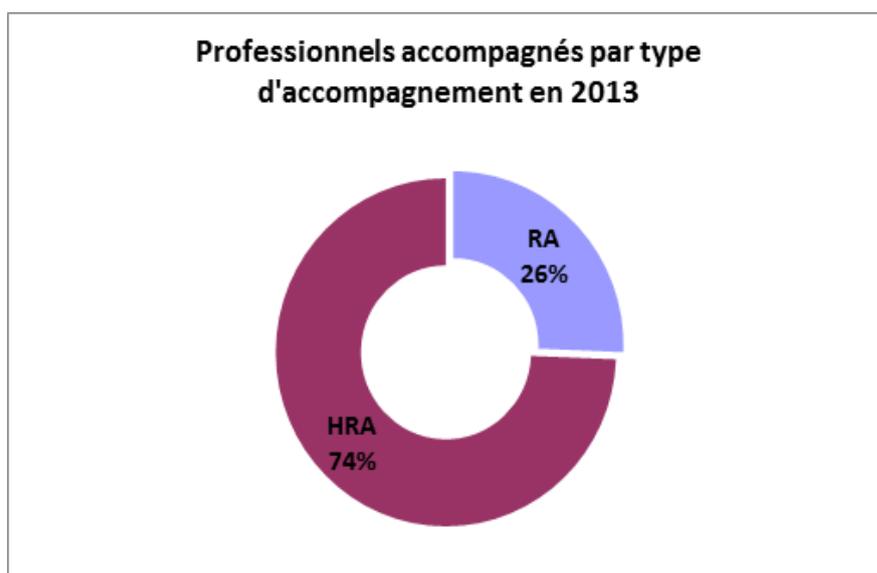
### **2.3.1- Les accompagnements réalisés en 2013 (PH et directeurs)**

#### **2.3.1.1- L'accompagnement dans le cadre de la recherche d'affectation (RA) ou hors recherche d'affectation (HRA) (PH et directeurs) :**

##### **▣ Le volume général**

Nombre de professionnels accompagnés au cours de l'exercice 2013 (RA + HRA) : 273, contre 288 en 2012 (-5,2 % par rapport à l'exercice 2012).

##### **▣ La répartition par type d'accompagnements : RA/HRA**



Le ratio entre les accompagnements en RA (26 %) et HRA (74 %) évolue de + 7 points au profit de l'accompagnement HRA. Ceci s'explique notamment par la baisse de la volumétrie des accompagnements en RA en 2013 (-26%) alors même que dans le même temps l'accompagnement HRA poursuit son développement constant depuis la création de l'UMDP en 2008(+5,20%).

■ **La répartition des professionnels accompagnés par catégorie statutaire (PH et directeurs)**

EFFECTIFS ACCOMPAGNES en 2013	RA	HRA	TOTAL	
			en nombre	%
DH	24	70	94	34,4%
D3S	8	58	66	24,2%
DS	1	5	6	2,2%
Sous-total directeurs	33	133	166	60,8%
PH	37	70	107	39,2%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b> (26%)	<b>203</b> (74%)	<b>273</b>	<b>100,0%</b>

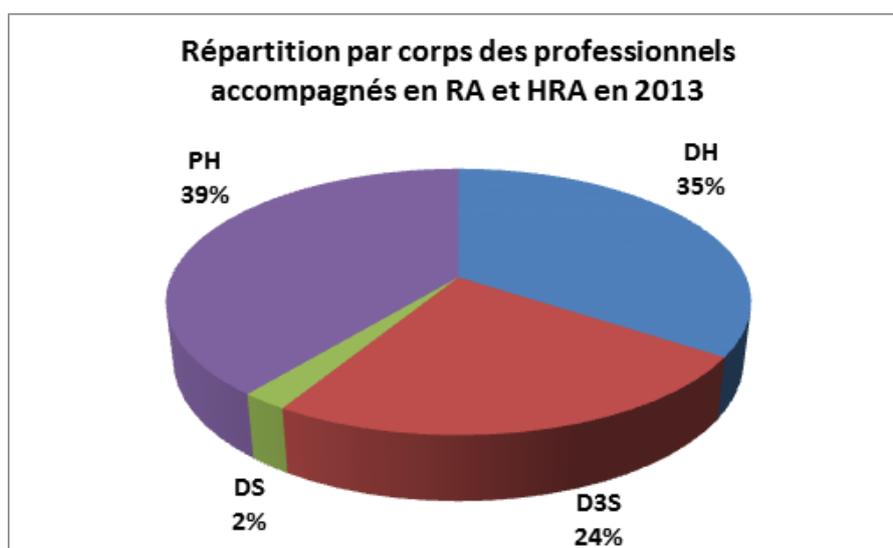
Les Directeurs sont plus représentés dans les accompagnements dispensés par l'UMDP que les PH (cette tendance constatée les années précédentes se renforce en 2013).

EFFECTIFS ACCOMPAGNES 2013/2012	2013	2012	%
DH	94	93	+1,08%
D3S	66	66	0,00%
DS	6	1	*NS
Sous-total directeurs	166	160	+3,75%
PH	107	128	-16,40%
<b>TOTAL</b>	<b>273</b>	<b>288</b>	<b>-5,21%</b>

\* Non significatif

Les évolutions entre 2012 et 2013 concernent la baisse de la volumétrie des accompagnements de PH. Concernant les corps de directeurs, une progression de +3,75 % s'explique notamment par la progression des accompagnements de DS.

■ **Le poids relatif par corps des professionnels accompagnés (PH et directeurs) :**



Les PH représentent 39% des professionnels accompagnés (44,4% en 2012), les DH 35% (32,30% en 2012), les D3S 24% (23% en 2012), les DS 2% (0,30% en 2012).

■ **Le nombre de professionnels accompagnés par rapport à l'effectif national correspondant (PH et directeurs)**

CORPS	NOMBRE	Effectif rémunéré CNG au 01/01/2014	%
DH	94	2531	3,71%
D3S	66	1633	4,04%
DS	6	754	0,8%
Total directeurs	166	4918	3,37 %
PH	107	42783	0,25%
TOTAL	273	47701	0,57%

Si l'on ramène ces données au volume global des effectifs par corps, les tendances invariables depuis 2010 se confirment :

- Les PH sont moins représentés que les directeurs dans les accompagnements dispensés par l'UMDP.
- Parmi les directeurs, les D3S constituent la population la plus représentée dans les accompagnements menés par l'unité.

**Les entrées en RA et HRA – année 2013 – (PH et Directeurs)**

■ **Le nombre d'entrées dans les dispositifs entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> décembre 2013 par corps :**

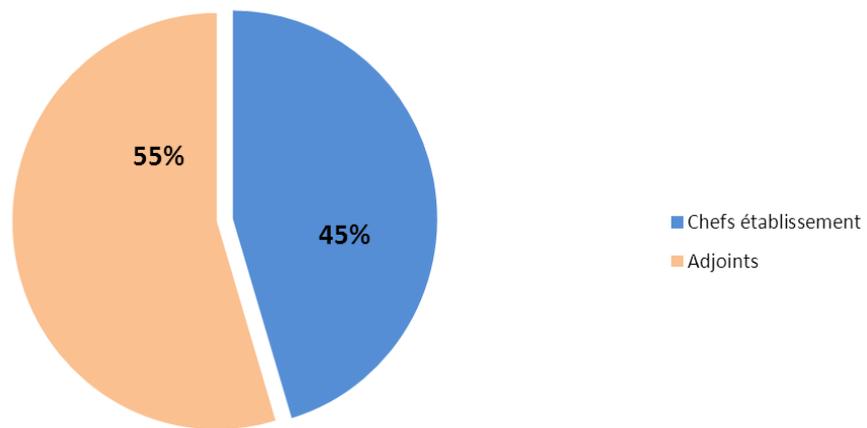
CORPS	Nombre d'entrées en 2013	Nombre d'entrées en 2012	% d'évolution 2012/2013
DH	50	52	-3,85%
D3S	36	36	0,00%
DS	5	0	NS *
Total directeurs	91(65%)	88 (54%)	+3,40%
PH	49(35%)	74(46%)	-33,78%
TOTAL	140	162	-13,58%

\*NS : Non significatif

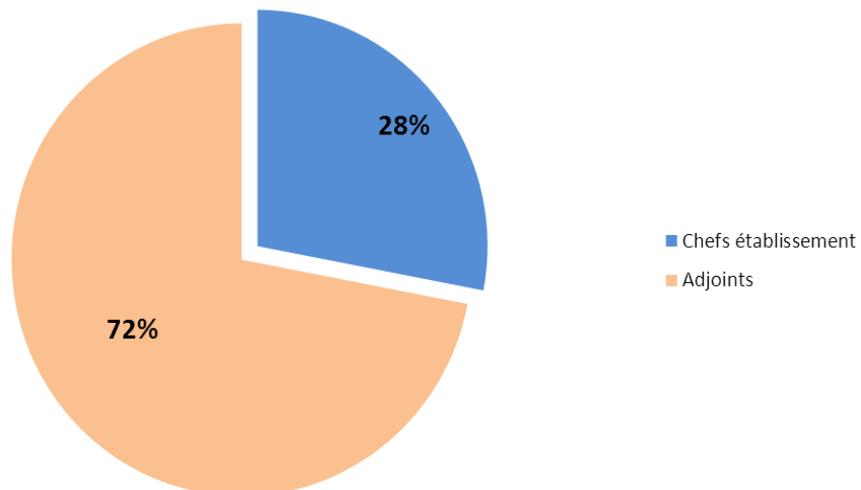
Comme en 2010 et 2011, les entrées de directeurs sont supérieures à celles des PH. Le phénomène est toutefois amplifié par rapport à l'exercice 2012, exercice au cours duquel 54 % des entrées concernaient des directeurs, contre 65% en 2013.

Bien que les entrées de directeurs augmentent de 3,40%, la baisse des entrées de PH (- 33,78%) génère un 2013 un recul global des entrées de 13,58%. Cette baisse coïncide avec une moindre sollicitation du dispositif de placement en RA dans l'attente de la modification des textes statutaires correspondant pour mieux le sécuriser et encourager la démarche auprès des professionnels lorsque la situation le nécessite.

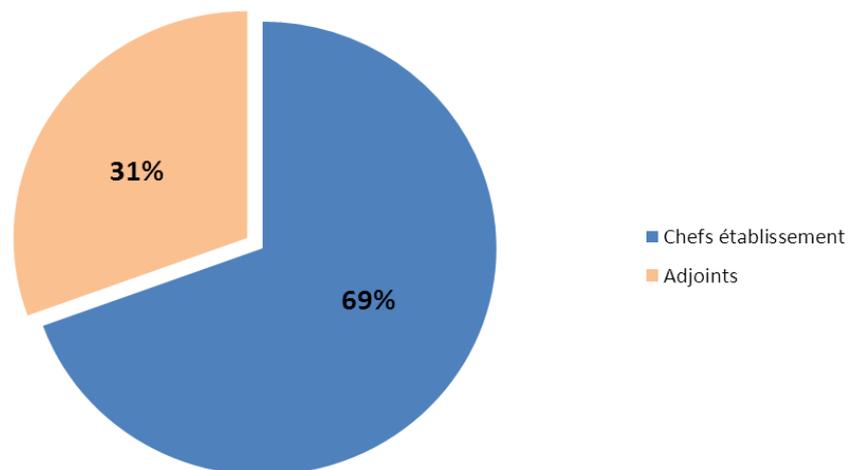
**Répartition par type de fonction des DH et D3S  
entrés dans le dispositif en 2013**



**Répartition par type de fonction des DH  
entrés dans le dispositif en 2013**



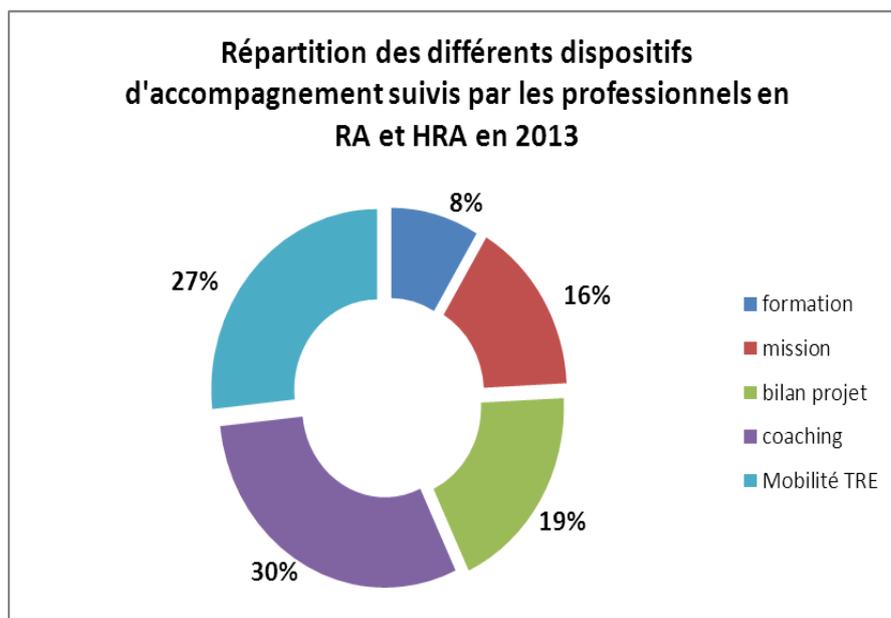
**Répartition par type de fonction des D3S entrés  
dans le dispositif en 2013**



### Les dispositifs mis en œuvre pour les professionnels en RA + HRA (PH et Directeurs) :

Les dispositifs d'accompagnement en 2013 hors ateliers						
	formation	mission	bilan projet	coaching	Mobilité TRE *	Total
DH	5	7	16	28	36	92
D3S	2	6	9	31	19	67
DS	0	0	0	2	2	4
Sous-total directeurs	7	13	25	61	57	163
PH	17	30	27	23	17	114
<b>Total RA + HRA</b>	<b>24</b>	<b>43</b>	<b>52</b>	<b>84</b>	<b>74</b>	<b>277</b>
<b>Répartition</b>	<b>8,60%</b>	<b>15,60%</b>	<b>18,80%</b>	<b>30,30%</b>	<b>26,70%</b>	<b>100%</b>

\* TRE = Techniques de recherche d'emploi



Parmi les dispositifs d'accompagnement utilisés, les plus sollicités en 2013 sont, de façon constante depuis 2011, le coaching et les techniques de recherche d'emploi (TRE).

Ceci s'explique notamment par la volumétrie des demandes de professionnels 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 futur 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, comme en 2012.

Les praticiens hospitaliers s'inscrivent en 2013 de façon assez équilibrée dans tous les dispositifs et utilisent beaucoup le dispositif de mission dès lors qu'ils sont en RA.

En complément des dispositifs précités, des ateliers collectifs sont proposés aux professionnels qui le souhaitent (cf. focus ateliers).

**Nota :**

- Un même professionnel peut bénéficier de plusieurs prestations d'accompagnement ;
- Les missions et les formations sont, sauf exception, dédiées aux professionnels en RA.

Les sorties en RA et HRA – année 2013 – (PH et Directeurs)

Nombre de sorties 2013 RA + HRA			
	HRA	RA	TOTAL
Sorties DH	31	11	42
Sorties D3S	28	6	34
Sorties DS	3	0	3
Sous-total directeurs	62	17	79 (60%)
Sorties PH	41	12	53 (40%)
<b>TOTAL</b>	<b>103</b> (78%)	<b>29</b> (22%)	<b>132</b> (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 sont (comme les entrées) beaucoup plus importantes en volume que les sorties dans le cadre d'une RA.

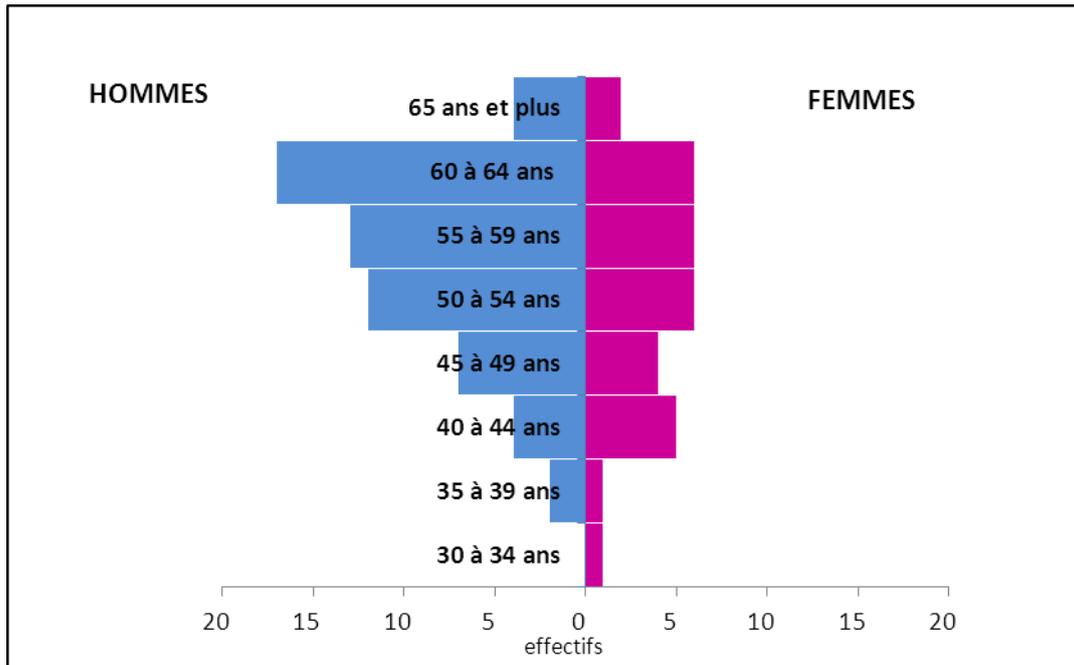
L'âge moyen des professionnels accompagnés par corps et par tranche d'âge (RA et HRA) – (PH et Directeurs)

	Age Moyen		Niveau National
	RA	HRA	
DH	58	52	49,9
D3S	45	47	47
DS	60	54	55,3
PH	56	51	49,8
<b>Moyenne</b>	<b>55</b>	<b>50</b>	
âge moyen (RA et HRA) = 52 ans			

L'âge moyen des professionnels accompagnés évolue légèrement à la hausse (52 ans, contre 51 ans en 2012). Il reflète toutefois des disparités importantes en termes d'amplitude des âges, concernant, en particulier la population des D3S et, dans une moindre mesure, celle des DH.

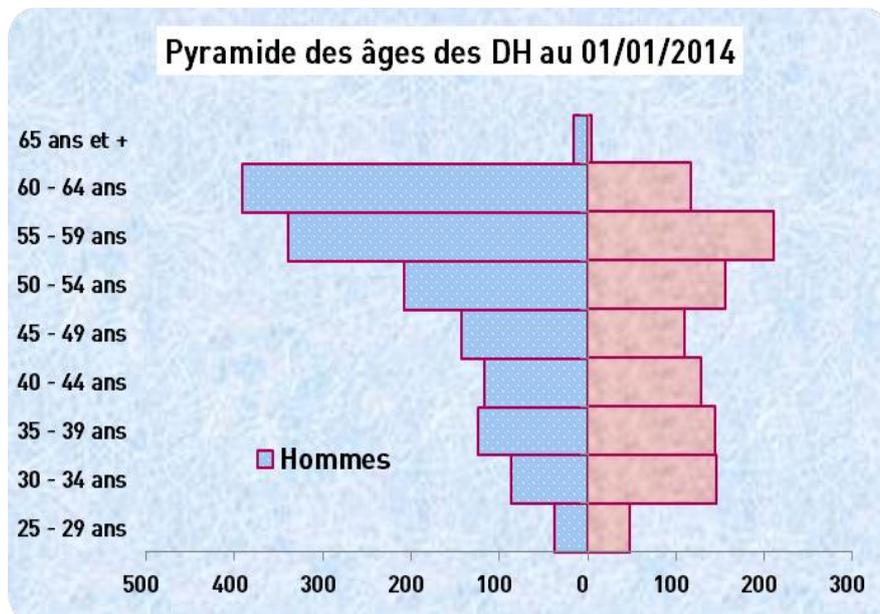
L'âge moyen des DH accompagnés en particulier pour les professionnels en RA est sensiblement supérieur à l'âge moyen au plan national. La tendance est identique pour les PH pour lesquels l'âge moyen des professionnels accompagnés (en particulier en RA) est très sensiblement supérieur à celui des PH au plan national.

■ **La pyramide des âges des DH accompagnés par l'UMDP en 2013 (DH) :**

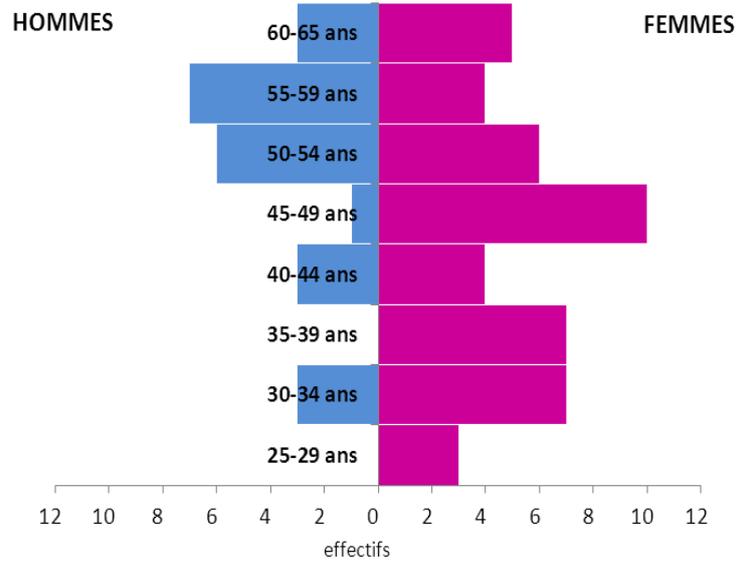


Les tranches d'âges 50/64 ans sont les plus représentées dans les accompagnements de DH. Ces données sont en cohérence avec les données nationales notamment pour les tranches 55-59 ans et 60-64 ans qui sont les plus représentées dans le corps des DH.

■ **La pyramide des âges des DH au niveau national au 01/01/2014 (DH)**



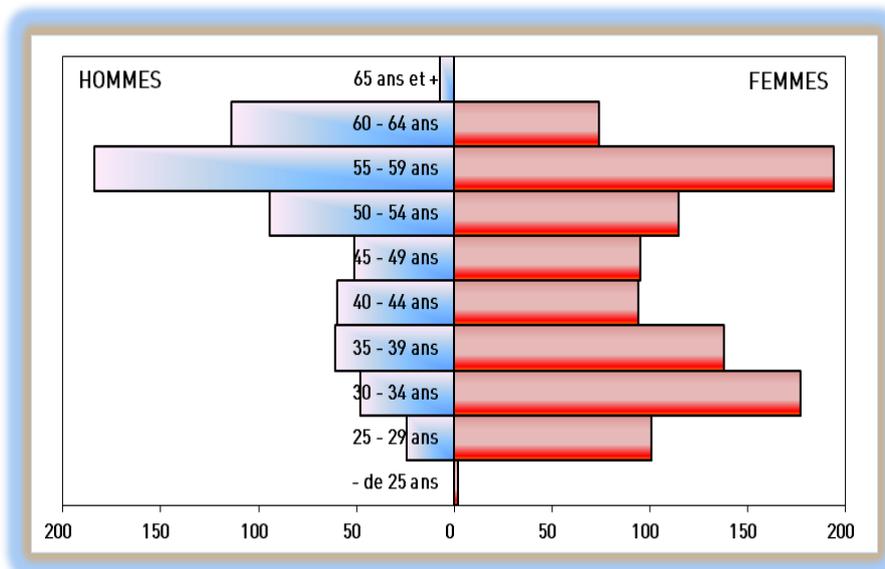
■ **La pyramide des âges des D3S accompagnés par l'UMDP en 2013 (D3S) :**



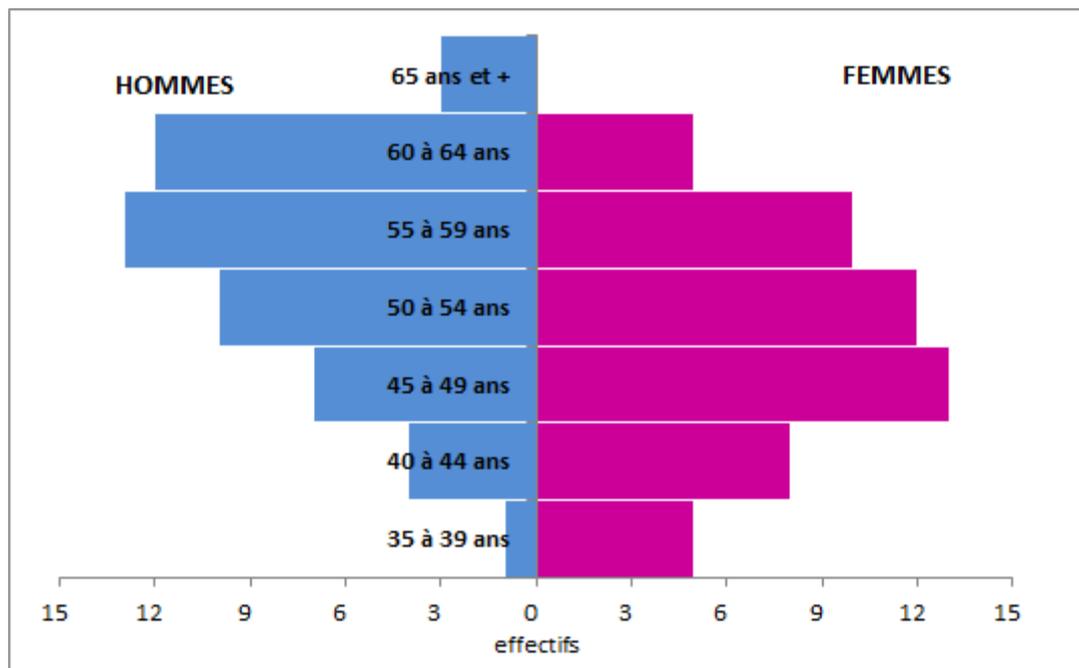
Comme en 2011 et 2012, les tranches d'âge 30-34 ans et 55-59 ans sont les plus représentées dans les accompagnements, comme elles le sont au plan national.

Par rapport à 2012, la tranche 60/65 ans a augmenté (effet mécanique du passage de la tranche 55-59 ans à la tranche supérieure).

■ **La pyramide des âges des D3S au niveau national au 01/01/2014 (D3S)**



■ **La pyramide des âges des PH accompagnés par l'UMDP en 2013 (PH)**

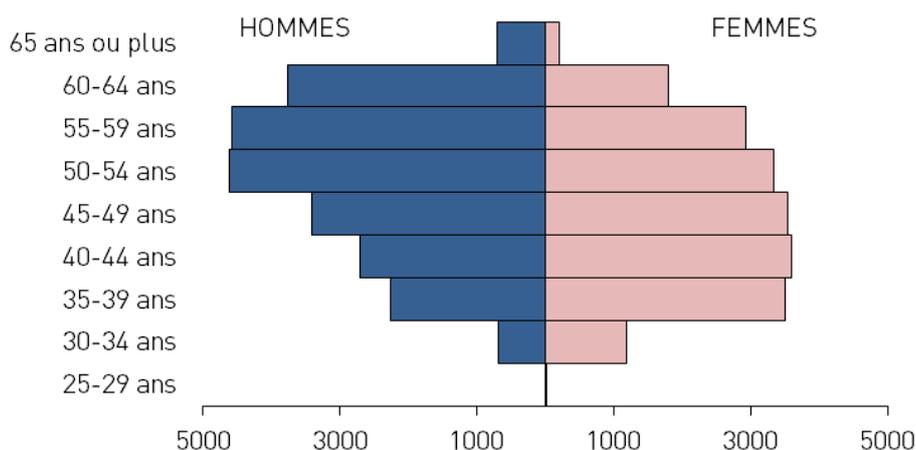


La tendance observée depuis 2010 se confirme : l'accompagnement concerne peu les PH de moins de 40 ans. Les tranches les plus représentées sont les tranches de 50 à 59 ans, ce qui correspond également aux tranches les plus représentées au plan national.

Une tranche, celle des plus de 65 ans apparait dans les accompagnements de PH.

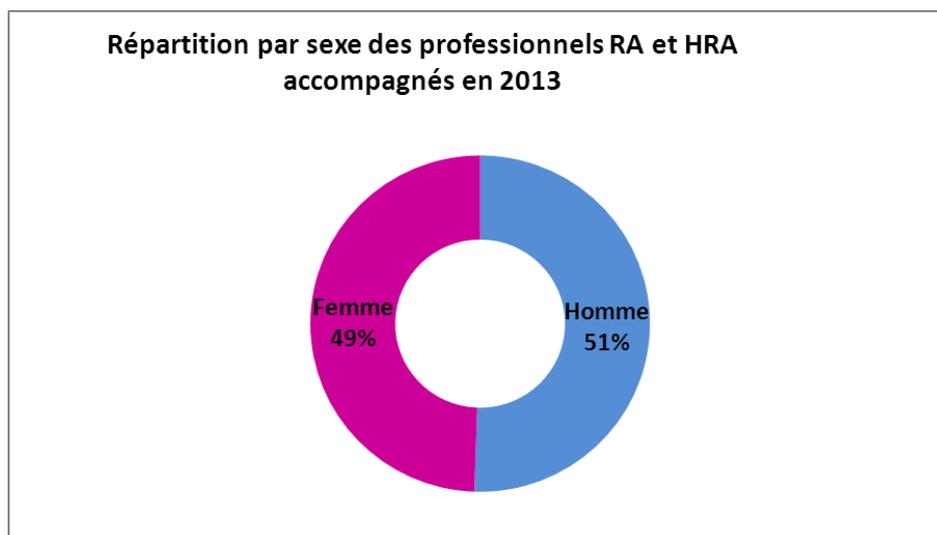
■ **Pyramide des âges des PH au niveau national au 01/01/2014 (PH)**

Pyramide des âges des PH temps plein et temps partiel au 1er janvier 2014



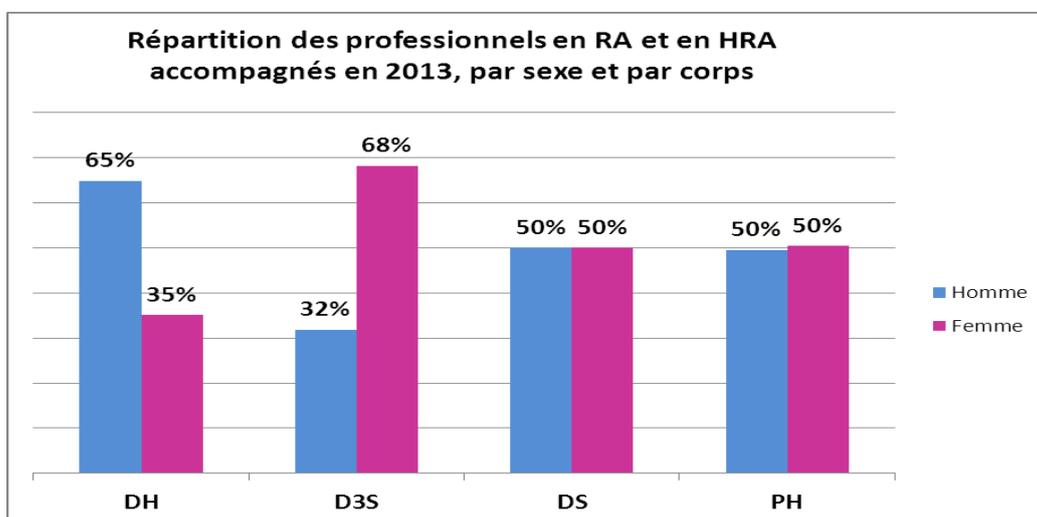
La répartition par sexe et par corps des professionnels accompagnés en RA et HRA – année 2013 – (PH et Directeurs)

■ Répartition globale par sexe



Comme en 2012, une parité hommes/femmes est à relever dans les accompagnements réalisés en 2013 par l'UMDP.

■ La répartition par sexe et corps des professionnels en RA et HRA – année 2013 – (PH et Directeurs)



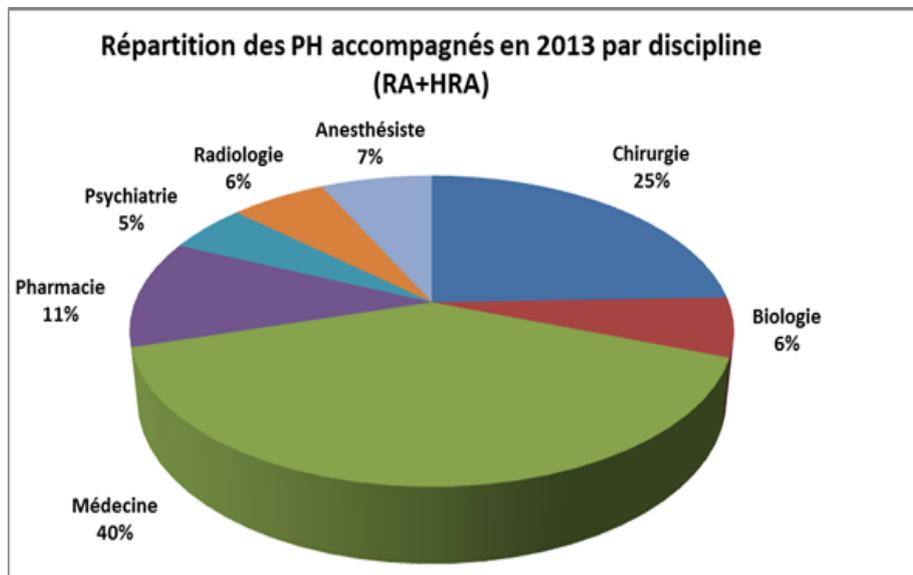
Les données relatives aux DS sont peu significatives en 2013 car elles portent sur une volumétrie réduite de professionnels accompagnés au cours de l'exercice.

Le nombre de femmes D3S bénéficiant d'un accompagnement professionnel est proportionnellement plus élevé que celui de leurs collègues hommes (68%, contre 32%) 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 que l'on peut constater au plan national.

Globalement, la répartition des professionnels accompagnés en 2013 par sexe et par corps est faiblement évolutive par rapport à celle constatée sur les deux précédents exercices.

**La répartition des PH par discipline et comparatif par rapport aux données nationales (Année 2013) (PH)**

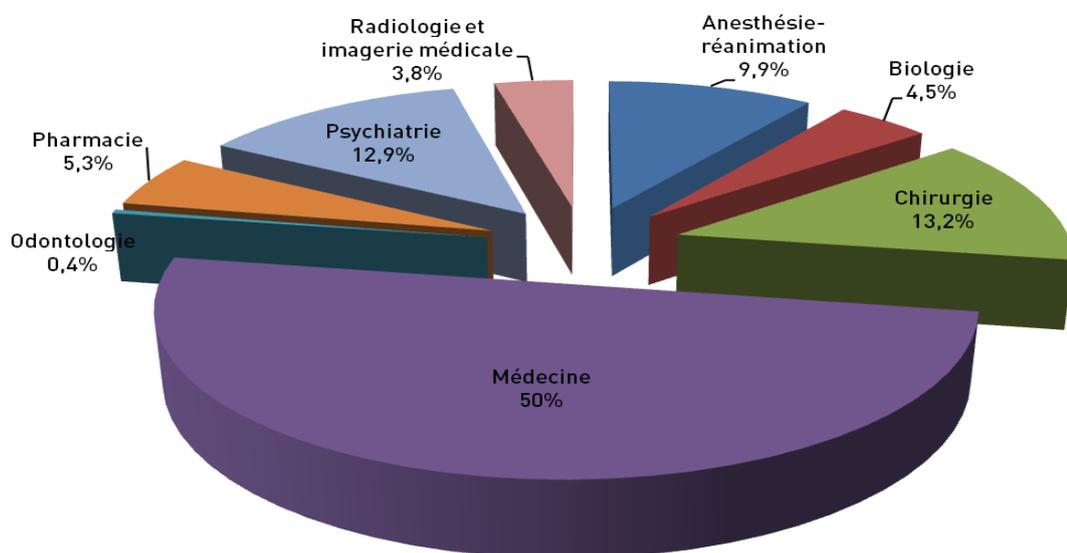


La médecine et la chirurgie restent, comme en 2011 et 2012, les deux disciplines les plus représentées dans les accompagnements. Par rapport à 2012, la part de la médecine baisse cependant de 4 points et est sous représentée au regard des statistiques nationales. La part de la chirurgie est en légère régression (1 point) mais demeure très sur-représentée au regard de son poids relatif au plan national.

Une augmentation de la part des accompagnements de biologistes (+ 2 points), des pharmaciens (+ 3 points), des radiologues (+ 3 points) et des anesthésistes (+2 points) est à relever.

Une baisse des accompagnements de psychiatres (-4 points) est également à noter mais elle fait suite à une forte augmentation lors de l'exercice précédent.

**La répartition nationale des PH au 01/01/2014 (PH)**



## L'accompagnement des professionnels hors recherche d'affectation

### Définition et observations :

L'accompagnement hors recherche d'affectation (HRA) s'adresse à des professionnels qui sont en activité dans leur établissement d'affectation. Les professionnels accompagnés sont en poste pendant la durée de leur accompagnement et non rémunérés par le CNG.

Il est en développement constant depuis la création du CNG. Il a vocation à répondre aux besoins de développement professionnel et managérial des directeurs et des praticiens hospitaliers accompagnés ou à les soutenir dans une optique de transition professionnelle.

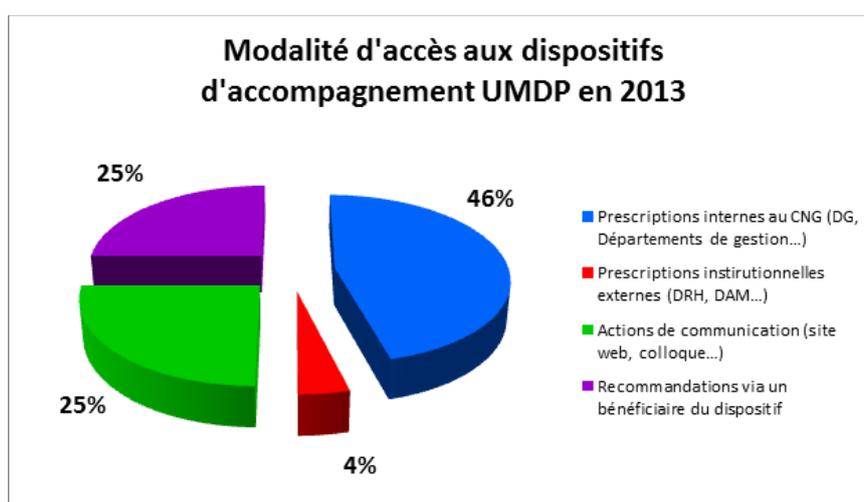
Les dispositifs proposés dans le cadre de l'accompagnement HRA s'adaptent à l'évolution de l'environnement du secteur sanitaire, social et médico-social: regroupements d'entités, réorganisations par pôles, communautaire hospitalière de territoire (CHT), exigences économiques accrues, qualité et sécurité des soins..., évolutions qui requièrent une adaptation permanente des compétences des professionnels concernés. Le dispositif HRA peut également contribuer à la prévention de la dégradation de situations au plan institutionnel et à la prévention de risques psycho-sociaux.

### ▣ **Le déclenchement d'un accompagnement HRA (PH et Directeurs)**

Les accompagnements HRA peuvent être proposés par les départements de gestion du CNG ou par des « prescripteurs » institutionnels externes au CNG (directeurs des affaires médicales, directeur des ressources humaines, chefs d'établissement). Les demandes peuvent également être relayées à l'initiative d'autres partenaires institutionnels ou de représentants des organisations professionnelles.

Les souhaits d'accompagnement peuvent aussi être sollicités directement par les intéressés, informés par les plaquettes d'information diffusées par le CNG, le site web, ou les interventions de communication du CNG dans des congrès, colloques ou séminaires. Enfin, les demandes d'accompagnement peuvent être relayés par des canaux plus informels, notamment par des professionnels ayant bénéficié d'un accompagnement.

Quel que soit le vecteur d'accès aux dispositifs mis en place par le CNG, l'accompagnement s'exerce après validation de la demande et des objectifs arrêtés avec le professionnel concerné.



### ▣ **Les motifs et objectifs de l'accompagnement HRA (PH et directeurs)**

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 plus centré sur l'accompagnement à la transition professionnelle, il intervient désormais pour répondre à plusieurs types de besoins qui peuvent schématiquement être listés ci-après :

### Le développement professionnel et managérial :

Les coachings réalisés contribuent au développement de RH modernisées et concourent à l'accompagnement du 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 : Développement durable, Agriculture ...). De même certaines structures de la fonction publique territoriale proposent une offre de coaching.

A titre d'exemples non exhaustifs des thématiques d'intervention en coaching de développement, on peut citer :

- Le coaching d'optimisation des pratiques managériales (management d'équipes et/ou de projets)/ou organisationnelles ;
- L'accompagnement au développement du potentiel en matière de leadership, assertivité, communication interpersonnelle, prise de décision etc... ;
- L'accompagnement d'un professionnel dans le cadre du pilotage d'une réorganisation de structure, de constitution d'une nouvelle équipe, d'optimisation du fonctionnement collectif au sein de son organisation...

Le coaching au profit d'un membre d'une équipe de direction ou d'un chef d'établissement peut permettre 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.

En matière d'accompagnement managérial et professionnel, l'UMDP a également mis en place des modalités d'accompagnement collectif à travers la réalisation d'ateliers qui se sont enrichis au fil de son développement (cf. focus ateliers).

L'UMDP prévoit l'élargissement de son offre d'accompagnement pour prendre en considération les besoins d'accompagnement collectif et contribuer ainsi à renforcer la coopération dans les équipes en confortant l'évolution des organisations.

Dans le cadre du développement professionnel et managérial, l'accompagnement à une prise de poste peut permettre aux professionnels qui le souhaitent de faciliter une étape de changement professionnel :

A titre d'exemples :

- Un directeur adjoint devient chef d'établissement ;
- Un professionnel passe d'un poste d'expert à un poste de management ;
- L'intéressé ou l'institution anticipe la complexité d'une prise de poste ;
- Un professionnel souhaite, sans être confronté à une difficulté particulière, développer ses compétences et réinterroger sa pratique.

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

Le CNG prévoit d'identifier en 2014 les situations dans lesquelles la proposition d'un coaching de prise de poste pourra être systématisée.

### **L'a contribution à la prévention des risques psycho-sociaux (RPS) (PH et directeurs) :**

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 2012-2013. Elle va se poursuivre et s'intensifier dans le futur 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 plus que dans une logique de résolution.

### **L'appui à la construction d'un projet professionnel (PH et directeurs) :**

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 des demandes suivantes 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 (PH et directeurs) :**

L'accompagnement hors RA peut être demandé par des professionnels qui souhaitent travailler, par exemple, 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.

L'UMDP s'appuie sur une méthodologie pour aider le professionnel à structurer ses démarches et optimiser ses candidatures autour de 5 axes de travail :

- Le bilan du parcours professionnel, identifiant, valorisant et formalisant les compétences clés ;
- La stratégie de recherche de poste ;
- L'adéquation entre le profil et le poste ;
- L'aide à l'élaboration des documents nécessaires à la mobilité (CV et lettre de motivation) ;
- La préparation aux entretiens de recrutement.

Pour obtenir des informations sur le marché de l'emploi ou des conseils, mener une recherche sur un métier donné ou valider un projet professionnel de reconversion, il peut être indispensable de sortir de son cercle habituel pour se créer un nouveau réseau professionnel : l'atelier réseau peut être proposé en appui et en réponse à ce besoin spécifique.

**La préparation à un passage en recherche d'affectation (PH et directeurs) :**

Dans cette hypothèse, l'accompagnement hors RA permet de commencer à travailler avec le professionnel de façon proactive, 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 contribuer à 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).

**Les effectifs accompagnés hors recherche d'affectation (PH et directeurs)**

■ **La répartition des professionnels accompagnés HRA en 2013 par corps :**

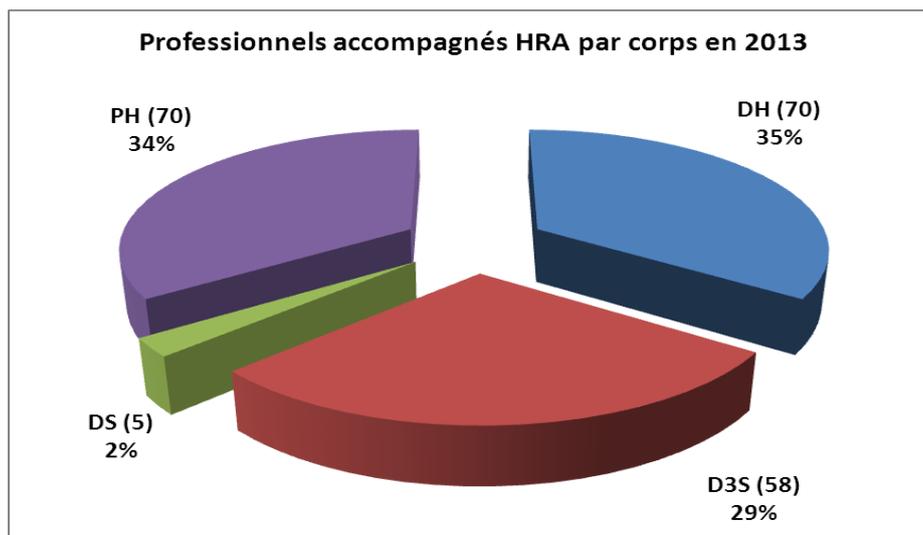
EFFECTIFS ACCOMPAGNES HRA 2013	Nombre	%
DH	70	34,5%
D3S	58	28,6%
DS	5	2,5%
<b>Sous-Total directeurs</b>	<b>133</b>	<b>65,5%</b>
PH	70	34,5%
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>

Le poids relatif des directeurs dans les accompagnements HRA est supérieur à celui des PH (65,5%, contre 34,5%). La tendance est identique à celle constatée depuis 2010.

EFFECTIFS ACCOMPAGNES 2013/2012	2013	2012	%
DH	70	63	+ 11,1%
D3S	58	48	+ 20,8%
DS	5	0	NS
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>133</b>	<b>111</b>	<b>+ 19,8%</b>
PH	70	82	- 14,6%
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>193</b>	<b>+5,2%</b>

Les effectifs accompagnés évoluent entre les deux exercices (+ 5,20%). Cette évolution à la hausse est constante depuis la création de l'UMDP en 2008.

■ **La répartition des professionnels accompagnés HRA par corps au cours de l'exercice 2013 :**



La tendance déjà constatée en 2011 et 2012 se renforce, 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 ne représentent que 34% des accompagnements, contre 42% en 2012).

L'équilibre à l'intérieur des corps de direction entre DH, D3S et DS évolue en 2013 au profit des D3S (+ 2 points) et des DS (pour ces derniers, l'activité d'accompagnement n'avait pas encore réellement démarré dans la pratique depuis leur prise en charge par le CNG en 2012).

CORPS	NOMBRE	Effectif national au 01/01/2014	%
DH	70	2531	2,8%
D3S	58	1633	3,5%
DS	5	754	0,6%
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>133</b>	<b>4918</b>	<b>2,7%</b>
PH	70	42783	0,16%
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>47701</b>	<b>0,42%</b>

**Les entrées en HRA -année 2013- (PH et directeurs)**

Nombre d'entrées en hors RA en 2013 : 130 (+4% par rapport à 2012)

■ **Le nombre d'entrées dans le dispositif HRA, par corps, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2013 :**

Nombre entrées	2013	%
DH	44	33,8%
D3S	36	27,7%
DS	5	3,8%
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>85</b>	<b>65,4%</b>
PH	45	34,6%
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>

Le nombre d'entrées dans le dispositif hors RA en 2013, comme lors des exercices précédents, est plus important chez les directeurs que chez les PH. Il est à la hausse pour tous les corps de direction et marque une baisse pour les PH, entre 2012 et 2013.

Proportionnellement à l'effectif national, le nombre de D3S entrant dans le dispositif d'accompagnement en hors RA est le plus important.

■ **L'origine de la demande de HRA – année 2013 – (PH et directeurs) :**



Les demandes d'accompagnement HRA s'effectuent très majoritairement à l'initiative des professionnels accompagnés.

**Les dispositifs mis en œuvre pour les professionnels en hors RA (PH et directeurs) :**

STATUT	formation	mission	bilan projet	coaching	mobilité TRE	Total
DH	0	0	12	25	32	69
D3S	0	0	8	28	18	54
DS	0	0	0	2	2	4
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>52</b>	<b>127</b>
PH	0	0	27	23	12	62
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>78</b>	<b>64</b>	<b>189</b>
<b>Répartition</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>25%</b>	<b>41%</b>	<b>34%</b>	<b>100%</b>

*Pour rappel : Les missions et la formation ne sont pas mobilisées (sauf exception) pour les professionnels HRA.*

L'exercice 2013 conforte la tendance déjà relevée en 2012 : les deux dispositifs les plus utilisés par les professionnels accompagnés HRA sont le coaching et la technique de recherche d'emploi (TRE) (plus sollicitée pour cette dernière par les directeurs que par les praticiens hospitaliers.)

## Les sorties de HRA – année 2013 – (PH et directeurs)

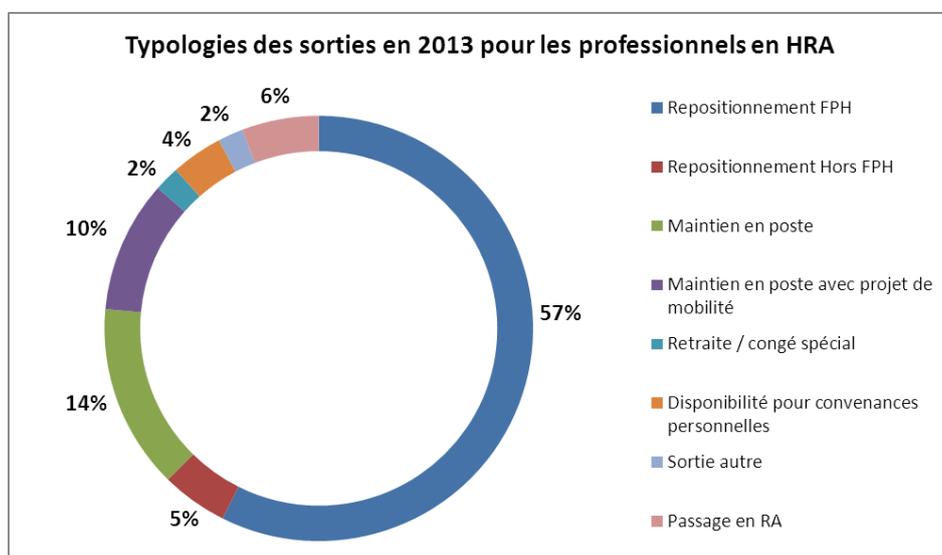
■ Le nombre de sorties en hors RA de janvier à décembre 2013 : 103

Nombre de sorties HRA	2013	%
DH	31	30,1%
D3S	28	27,2%
DS	3	2,9%
Sous-total directeur	62	60,2%
PH	41	39,8%
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

En 2013 (et de façon constante depuis 2011), le volume des entrées/sorties en HRA (130/103) comparé à celui des entrées/sorties en RA (10/29) confirme l'intérêt de ce dispositif spécifique, plus mobile, plus souple et moins coûteux que celui de la RA.

■ Les typologies des sorties d'accompagnement hors RA en 2013 :

	DH	D3S	DS	PH	Total
Repositionnement FPH autre établissement	10	9	1	2	22
Repositionnement FPH dans le même établissement	11	7	2	17	37
Repositionnement Hors FPH dont	0	2	0	3	5
- FP Etat	0	0	0	2	2
- FP territoriale	0	0	0	1	1
- Ass. à but non lucratif Service public	0	0	0	0	0
- Privé	0	0	0	0	0
- Activité libérale	0	0	0	0	0
Maintien en poste	6	5	0	3	14
Maintien en poste avec projet de mobilité	3	0	0	8	11
Retraite / congé spécial	0	2	0	0	2
Disponibilité pour convenances personnelles	0	0	0	4	4
Sortie autre	0	1	0	1	2
Passage en RA	1	2	0	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>3</b>	<b>41</b>	<b>103</b>



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 les comparer à ceux de l'année précédente.

66% des accompagnements HRA s'achèvent par un repositionnement professionnel (majoritairement au sein de la FPH) et 24 % 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 par exemple les premiers mois de prise de poste ou développer les potentiels et savoirs faire dans le cadre d'objectifs professionnels. (cf. focus coaching).

Le pourcentage d'accompagnements HRA qui s'achèvent par une RA est de 5%. 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%.

Le plus souvent, le passage en RA était une hypothèse envisagée dès le début de l'accompagnement HRA. En effet, la préparation d'une RA par un passage préalable en accompagnement HRA est considérée comme bénéfique dans le cadre d'une préparation pertinente et anticipée d'un projet professionnel.

La volumétrie réduite des sorties de HRA vers une RA s'expliquent par deux phénomènes :

- L'accroissement des demandes d'accompagnement HRA sans rapport avec la RA (demandes relatives au développement professionnel et managérial) ;
- Les incertitudes qui ont pesé en 2013 sur l'évolution des textes afférents au statut de la RA, souhaitée par les représentants institutionnels et professionnels pour soutenir l'efficacité du dispositif et sécuriser les parcours professionnels.

Photographie des professionnels restant HRA au 31/12/2013		%
DH	37	37,8%
D3S	30	30,6%
DS	2	2,0%
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>69</b>	<b>70,4%</b>
PH	29	29,6%
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

**L'âge moyen des professionnels en HRA par corps et par tranche d'âges (PH et directeurs) :**

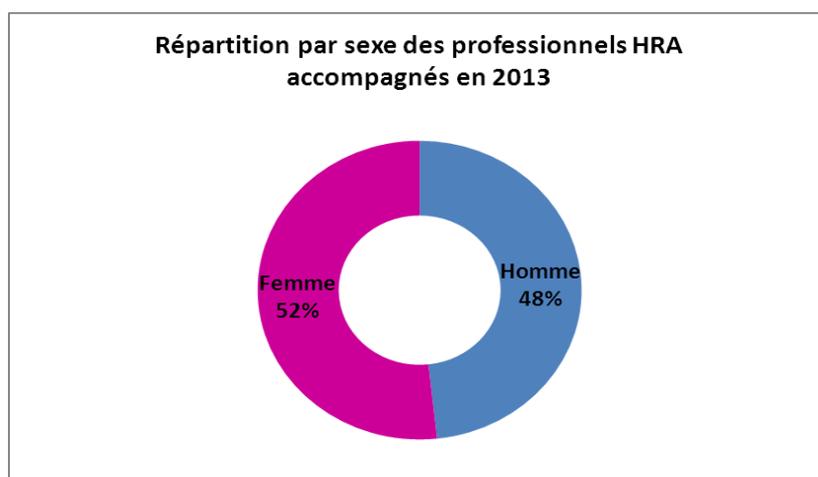
Corps	Age moyen
DH	52
D3S	47
DS	54
PH	51
<b>Moyenne</b>	<b>50</b>

L'âge moyen des professionnels accompagnés HRA reste constant par rapport à 2012.

**La répartition des professionnels en HRA par sexe et par corps (PH et directeurs) :**

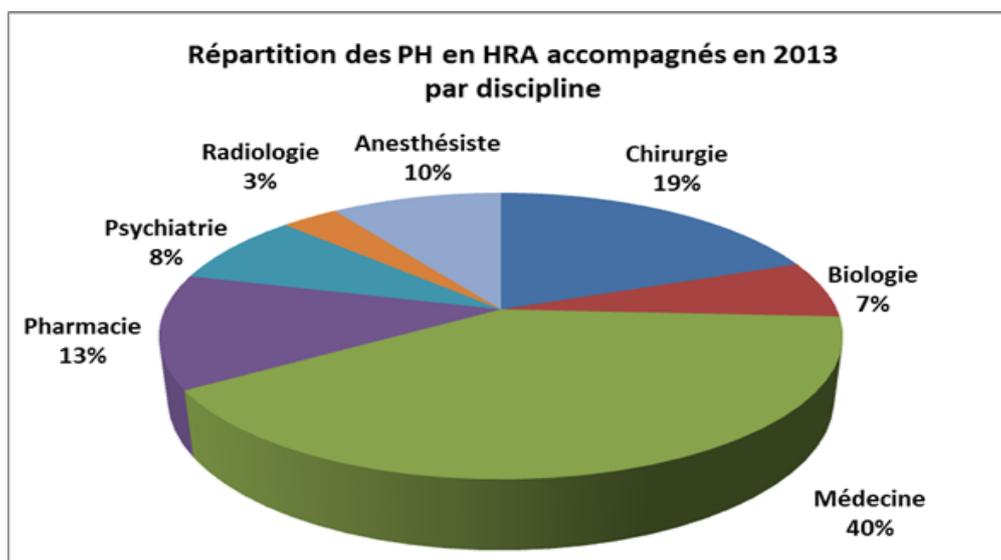
Corps	Homme	Femme	Total
DH	45	25	70
D3S	18	40	58
DS	3	2	5
Sous-Total directeurs	66	67	133
PH	32	38	70
<b>TOTAL</b>	<b>98 (48%)</b>	<b>105 (52%)</b>	<b>203 (100%)</b>

Les femmes accompagnées en HRA restent globalement majoritaires (52%). La tendance est inverse dans le corps des DH (en corrélation avec les statistiques nationales) et dans le corps des DS.



Le rééquilibrage hommes / femmes amorcé en 2012 concernant les accompagnements menés se poursuit. 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.

**La répartition des PH en HRA par discipline (PH) :**



Les PH accompagnés HRA relèvent comme en 2011 et 2012, des disciplines médecine (discipline la plus nombreuse au plan national) et chirurgie. Cependant la part de ces deux disciplines est en régression (-8 points pour la médecine et - 2 points pour la chirurgie). Les parts de la pharmacie et de la biologie sont en hausse significative (+ 5 points pour chacune).

### **L'accompagnement des professionnels en recherche d'affectation (PH et directeurs) :**

#### **■ La définition de la recherche d'affectation :**

Le placement en recherche d'affectation a été sensiblement modifié par la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 qui a réécrit l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 relatif à la recherche d'affectation des directeurs et a créé, dans le code de la santé publique, un article L. 6152-5-2 comportant des dispositions analogues pour les praticiens hospitaliers. Ces modifications législatives ont été transposées dans les statuts particuliers constitués :

- 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 à R. 6152-50-5 et R. 6152-236-1 à R. 6152-236-5 du code de la santé publique, respectivement applicables aux praticiens à temps plein et aux praticiens à temps partiel.

Les textes comportent de nouvelles dispositions à l'égard des directeurs (DH, D3S et DS) et des PH placés en RA :

- le projet personnalisé d'évolution professionnelle (PPEP),
- le suivi individualisé et régulier,
- trois propositions d'offres d'emploi public fermes et précises,
- la prolongation de la RA par périodes de six mois au maximum : La recherche d'affectation est prononcée pour une durée de **2 ans au maximum, mais** lorsque, avant la fin de la période de la recherche d'affectation, le fonctionnaire ou le praticien s'est vu présenter moins de trois offres d'emploi satisfaisant aux conditions prévues, le directeur général du Centre national de gestion peut décider après avis de la commission statutaire nationale de maintenir le professionnel dans cette position, pour des durées ne pouvant excéder six mois.

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, 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) ou, pour les praticiens hospitaliers, de la commission statutaire nationale (CSN) compétente.

Toutefois, il n'y a pas consultation de la CAPN pour un directeur d'hôpital dont l'établissement est placé sous administration provisoire.

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

Ils sont rémunérés par le CNG (pour les directeurs : traitement indiciaire + prime de fonctions et de résultats avec diminution de la part liée aux résultats à partir de la 2<sup>ème</sup> année et pour les PH : émoluments hospitaliers + prime pour engagement de service public exclusif).

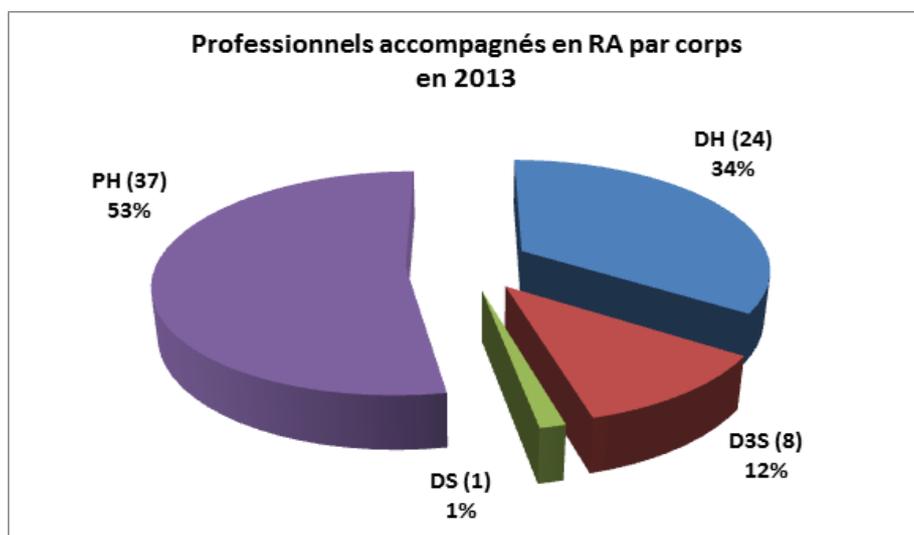
Le CNG exerce à l'égard des professionnels en recherche d'affectation toutes les prérogatives de l'autorité investie du pouvoir de nomination, sans avoir pour autant la qualité d'employeur.

L'Unité Mobilité Développement Professionnel accompagne les professionnels placés en RA dans leur transition professionnelle pendant toute la durée de leur période de recherche d'affectation.

**Le volume général :**

70 professionnels ont été accompagnés en RA en 2013, contre 95 en 2012 (- 26,3 %). La baisse du volume des accompagnements en RA s'explique notamment par les incertitudes qui ont pesé sur les évolutions du dispositif règlementaire relatif à la RA qui a été clarifié en juillet 2013 pour les directeurs et en octobre 2013 pour les PH.

■ **La répartition des professionnels accompagnés en RA par corps en 2013 (PH et directeurs) :**



La part des directeurs (essentiellement D3S) dans les accompagnements en RA diminue sensiblement en un an (- 5 points), au profit d'une évolution à la hausse pour les PH.

EFFECTIFS RA 2013/2012	2013	2012	%
DH	24	30	-20,00%
D3S	8	18	-55,56%
DS	1	1	0,00%
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>33(47,1%)</b>	<b>49(51,6%)</b>	<b>-32,65%</b>
PH	37 (52,9%)	46 (48,4%)	-19,57%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>95</b>	<b>-26,32%</b>

La baisse des accompagnements en RA impacte 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 significative dans le corps des D3S (-55,5%) que dans celui des DH (-20%).

■ **Le comparatif entre la répartition des professionnels en RA et l'effectif par corps au niveau national :**

Statut	Nombre	Effectif au 01/01/2014	% de professionnels en RA / effectif global
DH	24	2531	0,95%
D3S	8	1633	0,49%
DS	1	754	0,013%
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>33</b>	<b>4918</b>	<b>0,67%</b>
PH	37	42783	0,08%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>47701</b>	<b>0,010</b>

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. Les DH sont les plus représentés dans les accompagnements en RA réalisés par l'UMDP en 2013 et les PH les moins représentés.

**Les entrées en RA – année 2013 – (PH et directeurs) :**

Nombre d'entrées dans le dispositif de RA entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2013 par corps et comparaison avec 2012 :

CORPS	Nombre d'entrées en 2013	Nombre d'entrées 2012	% d'évolution 2012/2013
DH	6	11	-45,4%
D3S	0	3	NS
DS	0	0	0
<b>Total directeurs</b>	<b>6 (60%)</b>	<b>14 (38%)</b>	<b>-57,1%</b>
PH	4 (40%)	23 (62%)	-82,6%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>37</b>	<b>-73%</b>

Une baisse très significative du nombre des professionnels entrés en RA est observée en 2013 (-73%).

Elle impacte tous les corps mais le fléchissement du nombre d'entrée en RA est plus marqué chez les PH que chez les directeurs.

Une inversion de tendance est à noter dans le poids relatif des corps dans les entrées entre 2012 et 2013 : en 2013, les entrées de PH représentent 40% du total des entrées, contre 62% en 2012.

■ **L'origine de la demande de RA (PH et directeurs) :**



L'origine de la demande émane dans 9 cas sur 10 des professionnels accompagnés. Cependant, dans certains cas, bien que la demande soit faite formellement par le professionnel, elle peut résulter d'une initiative conjointe professionnel/institution notamment dans des situations de restructuration.

**Les dispositifs mis en œuvre pour les professionnels en RA (PH et directeurs) :**

Comme lors des exercices précédents, 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 en 2013, 87% des dispositifs utilisés lors des accompagnements.

STATUT	formation	mission	bilan projet	coaching	mobilité TRE	Total
DH	5	7	4	3	4	23
D3S	2	6	1	3	1	13
DS	0	0	0	0	0	0
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>36</b>
PH	17	30	0	0	5	52
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>88</b>
<b>Répartition</b>	<b>27%</b>	<b>49%</b>	<b>6%</b>	<b>7%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>

Comme en 2011 et en 2012, les moyens les plus sollicités par les PH sont ceux afférents aux missions et aux formations. Les directeurs utilisent également les dispositifs de missions et de formations mais ont plus souvent recours aux autres dispositifs que les PH ? en 2013.

Par rapport à 2012, la part relative aux missions s'est développée de (+ 11 points).

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

### **2.3.1.2- Le focus sur les missions (PH et directeurs)**

#### **L'objectif 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, remise dans 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 développement de l'UMDP 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 prévu, 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 la poursuite de la mission 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'aboutissent pas à un recrutement pour ne pas limiter les opportunités d'emplois qui pourraient survenir pendant la durée de RA restant à courir.

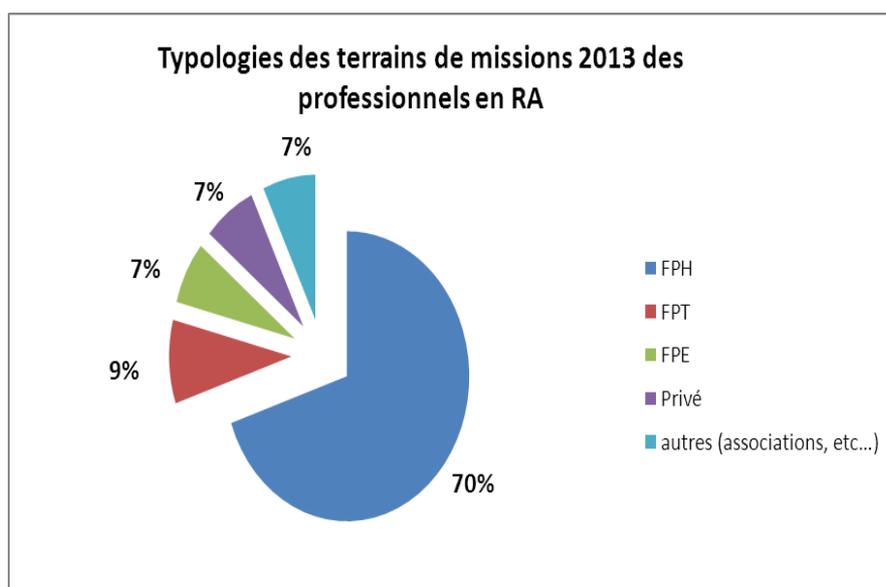
La durée moyenne des missions réalisées en 2013 est de 6,1 mois (contre 4,9 mois en 2012).

En 2013, 34 professionnels en RA ont réalisé 43 missions.



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

### ■ **Les typologies des terrains de mission**



86% des missions sont réalisées dans la fonction publique, dont 70% au sein de la FPH et 16% dans les autres fonctions publiques. La répartition est très proche de celle enregistrée en 2011 et 2012.

#### **2.3.1.3- Le focus sur les formations (PH et directeurs)**

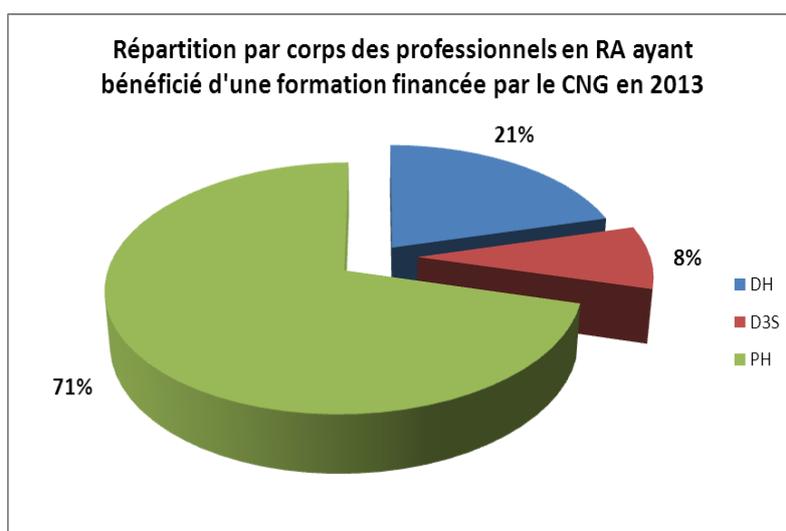
La formation est un moyen au service d'un objectif professionnel, elle peut donc, lorsque c'est nécessaire et sans systématisme, accompagner un projet de transition professionnelle. Les formations prises en charge par le CNG sont validées par le conseiller développement puis par la direction du CNG en amont de leur réalisation. La volumétrie des formations est par nature évolutive d'un exercice à l'autre en fonction des projets professionnels des professionnels accompagnés, projets qui requièrent ou non une formation complémentaire.

### Le nombre et la durée des formations réalisées en 2013 :

24 actions de formation ont été réalisées au profit de 15 professionnels, soit 21% des effectifs accompagnés en RA qui ont bénéficié d'une action de formation financée dans le cadre de l'accompagnement dispensé par le CNG, contre 33% en 2012.

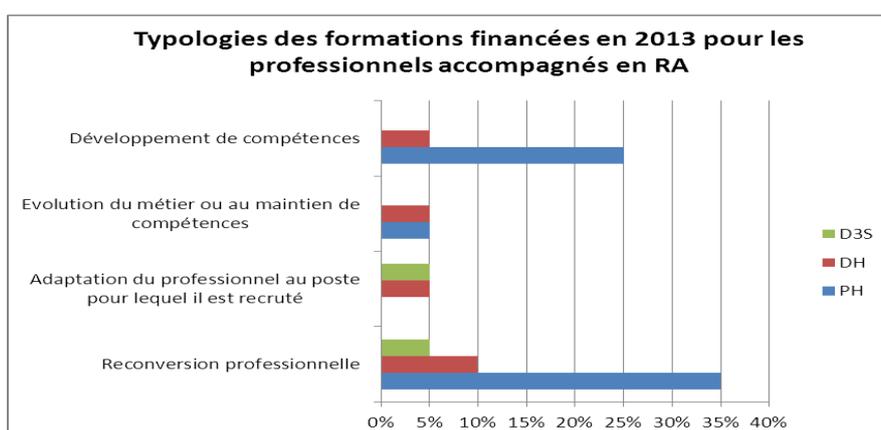
La durée moyenne des formations dispensées en 2013 (hors congrès) est de 13,80 jours, contre 10,25 en 2012.

Les formations des PH pour devenir médecins du travail ne sont pas comptabilisées ci-dessus car elles ne génèrent pas de coût spécifique pour le CNG. Toutefois, s'agissant de formations significatives permettant d'assurer une reconversion, elles méritent d'être recensées. Ainsi, en 2013, 1 praticien hospitalier a choisi de s'engager dans ce parcours de reconversion et 4, engagés dans cette même démarche depuis 2012, poursuivent leur reconversion en 2013 compte tenu de la durée de l'internat (24 mois).



Les PH ont plus utilisé le dispositif de formation que les DH en 2013. Cela s'explique notamment par :

- les projets de reconversion engagés par les PH, projets qui impliquaient un parcours de formation significatif pour en assurer la viabilité et le succès ;
- Le besoin de maintenir ou développer des compétences métiers hors hypothèse de reconversion ;
- Des souhaits moins importants, en 2013 qu'en 2012, de reconversion requérant une formation pour les DH.



## Praticiens hospitaliers

Les PH ont d'abord des besoins de formation accompagnant une reconversion professionnelle puis de formations en développement de leurs compétences métiers.

Comme en 2012 nous pouvons citer l'exemple d'un PH ayant quitté une activité clinique pour se repositionner dans le domaine de l'information médicale (DIM) ou d'un directeur senior ayant choisi, pour la fin de sa carrière, de devenir consultant.

## Directeurs

Les motifs de recours aux formations pour les D3S sont l'adaptation au poste et la reconversion professionnelle.

Les DH privilégient, au travers des formations suivies, les formations permettant une reconversion mais ont sollicité également, dans une moindre mesure, les autres thématiques de formation.

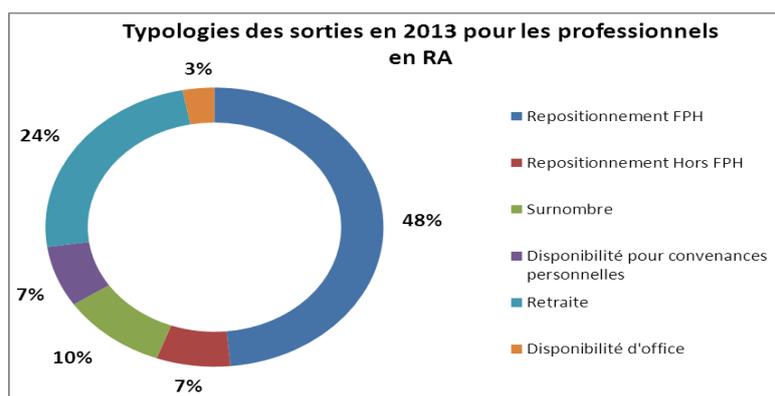
## Les sorties de RA – année 2013 – (PH et directeurs)

### ■ Le nombre de sorties de RA en 2013 :

Nombre de sorties /corps	2013	%
DH	11	38%
D3S	6	21%
DS	0	0%
Sous-total Directeurs	17	59%
PH	12	41%
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

### ■ Les typologies des modes de sorties par corps :

	DH	D3S	PH	Total	%
Repositionnement FPH	5	3	6	14	48%
Repositionnement Hors FPH dont :	0	2	0	2	7%
Fonction Publique d'Etat	0	1	0	1	3%
Fonction Publique Territoriale	0	1	0	1	3%
Surnombre	1	1	1	3	10%
Disponibilité pour convenances personnelles	0	0	2	2	7%
Retraite	5	0	2	7	24%
Disponibilité d'office	0	0	1	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>



Le taux de repositionnement dans un emploi à l'issue de la RA s'établit donc à 69% (hors départs en retraite), qu'il s'agisse de repositionnements dans la FPH (**hors surnombres**), mais aussi hors FPH ou de disponibilités à l'initiative du professionnel. Il faut aussi noter qu'il y a eu 4 prorogations de RA (au-delà de 24 mois).

L'examen des modes de sorties en 2013 fait apparaître une augmentation des repositionnements au sein de la FPH et une baisse corrélative des sorties hors FPH ainsi que des disponibilités pour convenances personnelles. Le nombre de départs en retraite et est à relier à l'âge moyen des professionnels en RA (également en progression).

- 1 disponibilité d'office a été prononcée pour un professionnel en fin de placement en recherche d'affectation. Ce professionnel avait réalisé une mission de pré-emploi dans une structure, hors FPH qui s'était engagée à le recruter à l'issue de la mission. Pour des raisons de rapprochement de structures le poste initialement réservé n'a pas pu être maintenu, information qui n'a été communiquée à l'intéressée et au CNG qu'à la fin de la RA.

3 sorties en surnombre ont été prononcées. Elles recouvrent des réalités variées :

- Une nomination en surnombre a été réalisée afin de permettre à un professionnel d'exercer son activité dans la structure au sein de laquelle il a été nommé de façon pérenne depuis (en remplacement d'un professionnel partant en retraite) ;
- Une sortie en surnombre a été suivie dans le mois suivant d'un départ en retraite ;
- Une sortie en surnombre a été réalisée pour un professionnel qui n'a pas trouvé de solution professionnelle pérenne dans le temps de la RA.

Au cours de l'exercice 4 professionnels ont été prorogés dans le dispositif statutaire de RA au-delà des 24 mois initiaux, en application des nouvelles dispositions réglementaires régissant la RA :

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 par exemple : mobilité géographique réduite, opportunités de postes limitées dans la spécialité ou dans le type d'aménagement recherché (temps partiel), problèmes de santé générant une employabilité restreinte, difficultés personnelles/familiales concomitantes, projet de reconversion long, poste identifié avant l'échéance des 24 mois de RA mais support budgétaire confirmé au-delà de cette période...voire difficultés croisant ces différents facteurs.

■ ***La durée moyenne de RA par corps pour les 29 sorties enregistrées en 2013 (PH et directeurs) :***

- PH : 19 mois (12 sorties) ;
- DH : 19 mois (11 sorties) ;
- D3S : 23 mois (6 sorties) ;
- DS : sans objet (aucune sortie).

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

<b>Photographie des professionnels restant en RA au 31/12/2013</b>	
DH	13 (32%)
D3S	2 (5%)
DS	1 (2%)
<b>Sous-total directeurs</b>	<b>16 (39%)</b>
PH	25 (61%)
<b>TOTAL</b>	<b>41 (100%)</b>

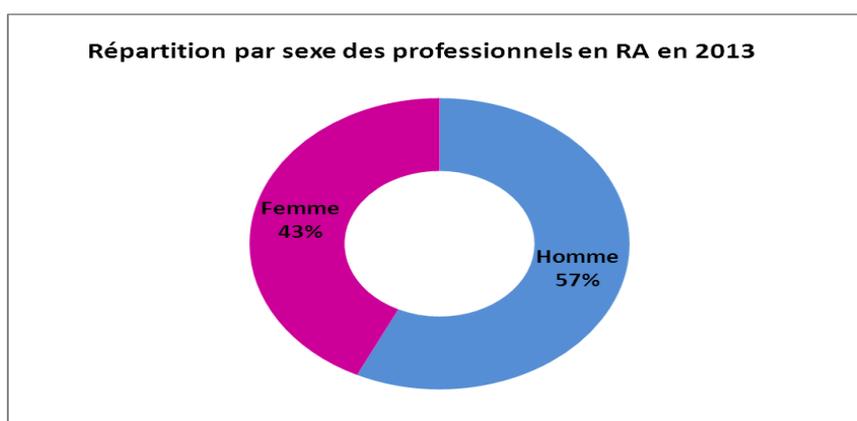
**L'âge moyen des professionnels en RA par corps et par tranche d'âges – année 2013 - :**

<b>Corps</b>	<b>Age moyen</b>
DH	58
D3S	45
DS	60
PH	56
<b>Moyenne</b>	<b>55</b>

L'âge moyen des professionnels accompagnés évolue à la hausse dans tous les corps, à l'exception de celui des D3S (pour mémoire, l'âge moyen était de 52 ans en 2011 et 54 ans en 2012 tous corps confondus).

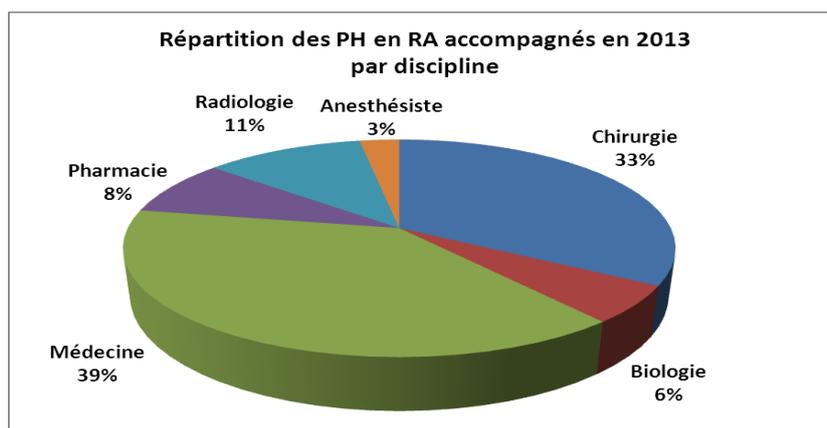
**La répartition des professionnels en RA par sexe et par corps – année 2013 – (PH et directeurs) :**

<b>Corps</b>	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>Total</b>
DH	16	8	24
D3S	3	5	8
DS	0	1	1
<b>Sous-Total directeurs</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>33</b>
PH	21	16	37
<b>TOTAL</b>	<b>40 (57%)</b>	<b>30 (43%)</b>	<b>70 (100%)</b>



Les hommes sont majoritaires dans les accompagnements en RA, le ratio hommes/femmes est strictement identique à celui de 2012.

### La répartition des PH en RA par discipline – année 2013 – (PH) :



Les parts relatives des différentes disciplines sont très proches de celles de 2012, à l'exception de la chirurgie dont le poids relatif est à la baisse de 4 points. Cependant cette discipline demeure (comme lors des exercices précédents) 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.

#### **2.3.1.4- Le focus sur le coaching (PH et directeurs)**

Le coaching professionnel est l'accompagnement de personnes ou d'équipes pour le développement de leurs potentiels et de leurs savoir-faire dans le cadre d'objectifs professionnels (définition de la Société Française de coaching).

C'est un dispositif qui vise au développement professionnel des bénéficiaires et contribue à l'efficacité et à la performance collective au plan institutionnel. Il relève du volontariat et de l'implication active des professionnels accompagnés.

Le coaching peut aborder des thématiques telles que par exemple :

- L'optimisation des comportements managériaux et le développement du leadership ;
- L'amélioration de la communication interpersonnelle ;
- La restauration de la confiance dans ses qualités professionnelles ;
- La prise de recul : prévention de l'épuisement professionnel ou gestion du stress ;
- La prise de décision ;
- La gestion des conflits ;
- Le dépassement d'un obstacle professionnel ;
- etc....

Schématiquement, le coaching permet de :

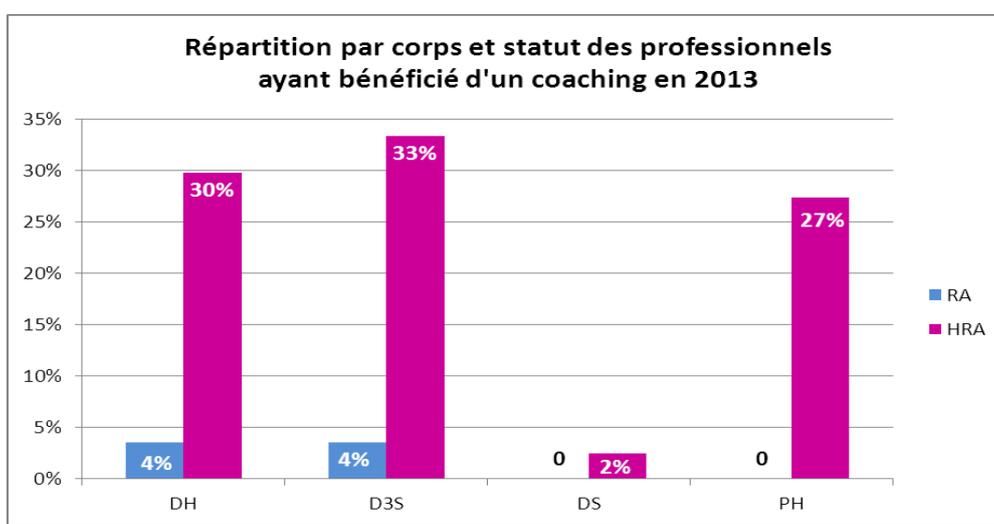
- Prendre conscience de ses stratégies/modes de fonctionnement ;
- Ouvrir les options possibles pour atteindre un objectif ou dépasser une situation insatisfaisante ;
- Mobiliser ses ressources et son potentiel afin d'élaborer ses propres solutions ;
- Trouver et tester des pistes de progrès à partir de situations professionnelles concrètes ;
- D'ancrer les changements dans le temps.

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. L'objectif de la prestation de coaching est formalisé dans un contrat. Ce dernier prévoit en outre le nombre et la fréquence des séances, les engagements entre les parties et les règles de déontologie (en particulier la confidentialité du contenu des échanges garantie par le coach). Le contrat peut être bipartite (entre le coach et la personne accompagnée) ou tripartite (entre le coach, la personne accompagnée et le manager/prescripteur du coaching).

En 2013, le coaching a progressé de +12% dans un contexte de baisse de la volumétrie des professionnels accompagnés de 5,2%, ce qui témoigne de l'intérêt des professionnels pour ce dispositif d'accompagnement.

Il convient toutefois de préciser que c'est la nature du besoin qui détermine la pertinence d'un coaching.

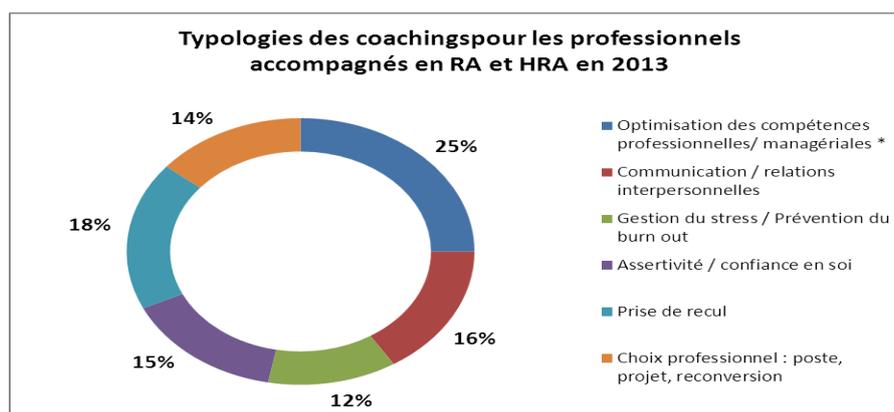
**La répartition par corps des bénéficiaires d'une action de coaching pour les professionnels en RA et HRA – année 2013 – (PH et directeurs) :**



De façon attendue et comme en 2011 et 2012, toutes catégories professionnelles confondues, les accompagnements HRA génèrent beaucoup plus de demandes de coaching que les accompagnements en RA (plus de 90% des demandes émanent de professionnels HRA, contre 80% en 2012).

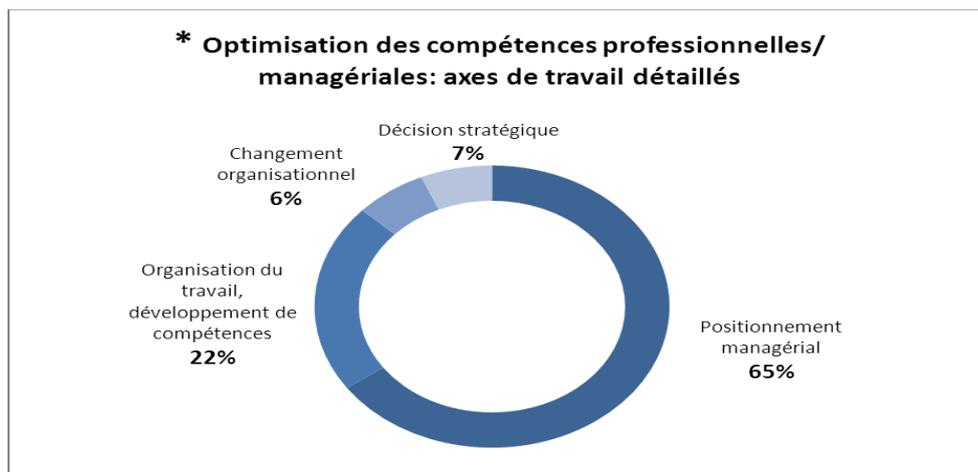
Les catégories prépondérantes dans ces actions de coaching au regard de l'effectif global accompagné par corps sont celles des directeurs D3S et DH (en hausse de 7 points par rapport à 2012). Le nombre de PH accompagnés en coaching est plus faible qu'en 2012 (à corrélérer notamment avec la baisse des PH dans l'effectif global accompagné).

**La répartition des différentes thématiques de coaching – année 2013 – (PH et directeurs) :**



Les 3 premiers axes de travail de coaching en 2013 sont l'optimisation des compétences professionnelles et managériales\* (+ 6 points par rapport à 2012), la prise de recul et la communication/relations interpersonnelles.

Concernant les coachings menés dans le cadre de l'optimisation des compétences professionnelles et managériales, 65% concernent le positionnement et la posture managériale, en 2013. Ces coachings concernent presque exclusivement des directeurs en réflexion sur leur positionnement, par exemple dans le cadre d'opérations de restructuration (CHT et directions communes), du passage d'un poste de directeur adjoint à un poste de directeur voire à une chefferie fonctionnelle, d'une première prise de poste (notamment pour les D3S), du souhait de dépasser une difficulté temporaire dans l'exercice de leur fonctions managériales ou de réinterroger leurs pratiques professionnelles.



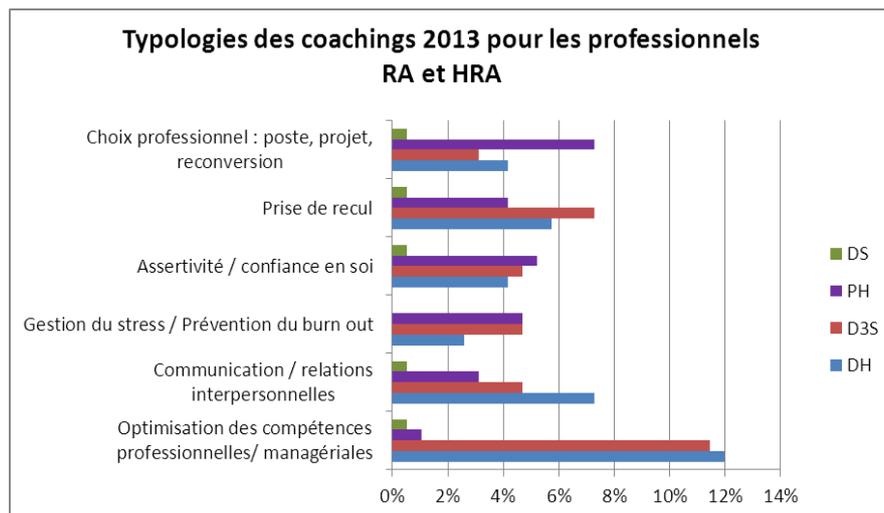
L'accompagnement d'un choix professionnel concerne majoritairement des PH (HRA et RA) qui s'interrogent sur la poursuite de leur métier : métiers perçus comme éprouvants par nature (ex : urgences, anesthésie-réanimation), conditions d'exercice devenues difficiles ou moins adaptées, par exemple, engagement dans une seconde partie de carrière, risque de burn out...

Bien que tout coaching ait systématiquement vocation à permettre une prise de recul, la thématique « prise de recul » constitue une demande spécifique d'un certain nombre de professionnels accompagnés dans deux principaux types de contexte :

- Souhait de certains professionnels de s'extraire de leur quotidien opérationnel afin de prendre du recul sur leur action dans le cadre du développement de leur potentiel professionnel. Ce recul leur permet par exemple de retrouver le juste espace pour mieux porter la dimension stratégique de leur activité ou adopter un positionnement plus serein ;
- Nécessité d'une prise de recul et d'un espace de réflexion et de cheminement permettant de se mobiliser vers de nouveaux projets, suite à une difficulté professionnelle ou à une rupture professionnelle non anticipée/anticipable.

Il faut par ailleurs souligner que le coaching demandé pour accompagner une prise de poste représente 22% des coachings réalisés. En 2013, ces coachings sont réalisés pour des professionnels HRA, essentiellement pour les directeurs (D3S et DH).

### La répartition des actions de coaching par motif et par corps (PH et directeurs) :



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 professionnel et à la décision ainsi que l'assertivité/confiance et la gestion du stress/prévention du burn out. Notons une moindre utilisation du coaching lié au développement managérial.

Le premier motif de recours au coaching pour les directeurs (D3S et DH) est lié à l'optimisation des compétences professionnelles et managériales (en hausse par rapport à 2012 chez les DH). Viennent ensuite les thématiques afférentes à la prise de recul et à l'optimisation de la communication/relations interpersonnelles.

*Nota : Il convient de préciser qu'un même accompagnement peut intervenir sur plusieurs thématiques de coaching.*

#### **2.3.1.5- Le Focus sur les ateliers collectifs (PH et directeurs) :**

L'UMDP poursuit l'adaptation de son offre d'accompagnement pour prendre en considération les besoins d'accompagnement collectif et contribuer ainsi à renforcer la coopération, la solidarité dans les équipes et le décloisonnement des organisations.

Elle a mis en place des modalités d'accompagnement collectif au travers de la réalisation d'ateliers qui se sont développés au fil du temps. Tous les ateliers ont été conçus et mis en place à partir d'une analyse des besoins et demandes identifiés au cours des accompagnements. Ces ateliers s'inscrivent ainsi dans les objectifs du CNG visant au développement professionnel et managérial des professionnels gérés et à l'optimisation des compétences et savoir-agir aux besoins de l'environnement. Ils peuvent également, dans une moindre mesure, contribuer à la prévention de situations professionnelles susceptibles d'engendrer des risques psycho-sociaux.

Les deux dispositifs, individuel et collectif, sont complémentaires et peuvent être activés de façon concomitante ou non.

Les ateliers sont organisés en groupes restreints, le plus souvent sur une ou deux journées (à l'exception de l'atelier co-développement qui s'inscrit dans la durée) et s'appuient sur la participation active de chacun des participants. Les ateliers sont co-animés par 2 membres de l'équipe des conseillers-développement/coachs.

Plusieurs ateliers figurent actuellement dans l'offre de l'UMDP :

Dès 2009, l'atelier « **approche réseau** » a été proposé afin de permettre aux professionnels, PH ou directeurs, d'acquérir une méthodologie pour créer, entretenir ou développer un réseau dans le but de valider ou de mettre en œuvre un projet professionnel. Cet atelier s'adresse aux Praticiens Hospitaliers, Directeurs d'hôpital, Directeurs d'établissement sanitaire social et médico-social, Directeurs des soins. Cette démarche est particulièrement utile pour les professionnels en souhait d'évolution ou de reconversion professionnelle, mais aussi pour ceux qui envisagent une mobilité dans un secteur géographique ou d'activité différente.

En 2011, l'atelier « **développement professionnel des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social - D3S** » a été mis en place. Il vise à favoriser les échanges entre pairs sur leur métier, leur rôle, leurs valeurs et à contribuer à rompre l'isolement parfois ressenti par ces professionnels. Il permet notamment de se remobiliser dans sa fonction et mettre en perspective certaines valeurs communes, d'identifier ses ressources personnelles et professionnelles et d'élargir ses perspectives grâce à l'apport des expériences des autres participants.

En 2012, l'atelier « **mieux se connaître pour mieux interagir avec les autres** » a été créé. Il s'adresse à tous les professionnels, PH ou directeurs, qui souhaitent optimiser leur capacité d'adaptation relationnelle et leur communication interpersonnelle. L'objectif de l'atelier est de permettre aux participants de mieux comprendre leur mode de fonctionnement pour améliorer leur capacité d'adaptation et agir en complémentarité avec les autres.

Dans l'optique de poursuivre l'enrichissement de l'offre du CNG, un nouvel atelier collectif « **co-développement** » **professionnel et managérial** a été organisé en 2013.

Cet atelier s'appuie sur la démarche du co-développement professionnel, approche pragmatique développée au Canada il y a une quinzaine d'année qui s'inspire du courant nord-américain des pédagogies de l'action, de l'expérimentation, de l'intelligence collective et de la dynamique des groupes. Cette méthode d'apprentissage utilise les interactions des membres du groupe en travaillant à partir de situations ou préoccupations professionnelles concrètes.

Ces groupes d'analyse des pratiques professionnelles sont basés sur le volontariat et permettent à chacun de développer des idées, d'explorer des pistes afin de mieux comprendre et de mieux agir dans un cadre de coopération et de confidentialité.

Un groupe est constitué de 6 à 8 personnes qui se rencontrent régulièrement (toutes les quatre à six semaines environ) sur une journée. Il suit une démarche précise et structurée de consultation où un membre du groupe présente une situation professionnelle vécue actuelle (projet ou préoccupation) pour laquelle il souhaite y voir plus clair, agir différemment et/ou plus efficacement.

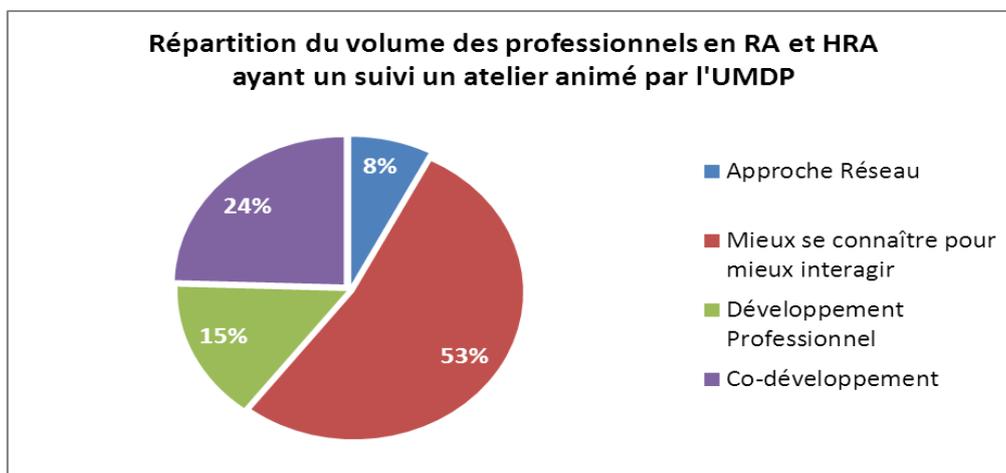
Le groupe est accompagné par deux facilitateurs membres de l'équipe de coach de l'UMDP, qui régulent les échanges, veillent au bon déroulé du processus et du cadre de la démarche qui rend le dispositif particulièrement apprenant pour les participants.

Cet atelier qui s'adresse à des professionnels en poste permet de :

- Prendre du recul, un temps de réflexion ;
- Partager des expériences professionnelles concrètes et des problématiques vécues ;
- Développer des compétences et de nouvelles façons d'agir ;
- Créer des liens professionnels en apprenant des uns et des autres ;
- Contribuer à l'amélioration de la pratique professionnelle des autres participants.

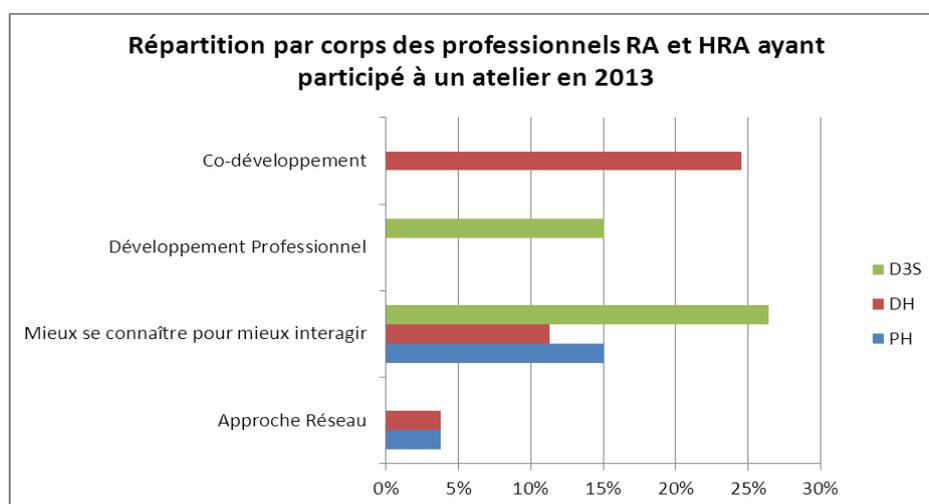
Par sa nature réflexive et collaborative, la démarche permet à tous les participants d'apprendre à chaque séance.

En 2014, une offre de même nature sera proposée aux D3S puis pourra être étendue ensuite aux PH.



L'atelier « Mieux se connaître pour mieux interagir avec les autres » a regroupé la moitié des participants aux ateliers en 2013. Cet atelier, qui s'adresse aux professionnels de tous les corps statutaires, est ouvert à des groupes plus importants en volume que les autres ateliers.

L'atelier « Co-développement », bien qu'ouvert aux seuls DH en 2013, a suscité un intérêt particulier dans la mesure où deux groupes pilotes ont démarré au second semestre 2013.



En 2013, 53 professionnels ont participé à 1 atelier, soit 19% des effectifs accompagnés (contre 10% en 2011 et 15% en 2012).

### **2.3.1.6- Les éléments marquants en 2013 et perspectives en 2014 pour l'accompagnement des professionnels (PH et directeurs)**

L'année 2013 a notamment été marquée par l'organisation d'actions de communication et la participation à des événements professionnels.

En effet, le CNG a organisé le 12 avril 2013 un colloque sur l'accompagnement des professionnels dont il assure la gestion.

Cette journée a permis une présentation de l'offre de service complétée par des témoignages vidéo et présentiels de bénéficiaires des dispositifs de l'UMDP. Enfin ce colloque a été l'occasion de réfléchir aux perspectives de développement, notamment au travers des échanges réalisés lors de tables rondes et des regards croisés avec les deux autres fonctions publiques et une association de coaching interne.

### **L'actualisation de la communication de l'UMDP sur le site du CNG (PH et directeurs) :**

En 2013, un espace web dédié à l'offre de service a été créé afin d'améliorer la visibilité et la lisibilité relatives aux dispositifs d'accompagnement professionnel proposés par la CNG. D'ores et déjà, les premiers contacts générés par la création de cet espace sont encourageants et permettent d'assurer une meilleure diffusion de l'information tant auprès des professionnels potentiellement bénéficiaires que des prescripteurs institutionnels potentiels.

### **La participation à des évènements professionnels**

L'UMPD a participé au salon santé autonomie (SSA) organisé par la Fédération Hospitalière de France en 2013.

Elle a également présenté, à titre prospectif, les dispositifs d'accompagnement à plusieurs promotions d'élèves D3S et DH à l'EHESP de Rennes.

Enfin pour renforcer de manière permanente les échanges « réseaux » et le professionnalisme des coachs, le CNG a adhéré en 2013 à deux associations professionnelles :

- L'association IN COACH qui regroupe des coachs internes exerçant au sein de structures publiques, parapubliques et privées. Elle permet des échanges réguliers, des réflexions et des regards croisés sur la pratique du coaching interne ;
- l'Association Française du Co-développement Professionnel (AFCODEV).

L'un des objectifs en 2014 et, plus globalement pendant la durée triennale du contrat d'objectifs et de performance (COP) sera d'intensifier les actions de communication (participation à des évènements professionnels, articles et témoignages dans la presse professionnelle, actions de présentation des dispositifs auprès de la conférence des directeurs des affaires médicales et des journées destinées aux directeurs des ressources humaines mais aussi, des chefs d'établissements et des ARS pour améliorer la visibilité de l'offre de l'UMDP dans toutes ses composantes auprès des professionnels, des services et des institutions concernées.

### **La bourse de l'emploi du CNG, relais des publications de postes :**

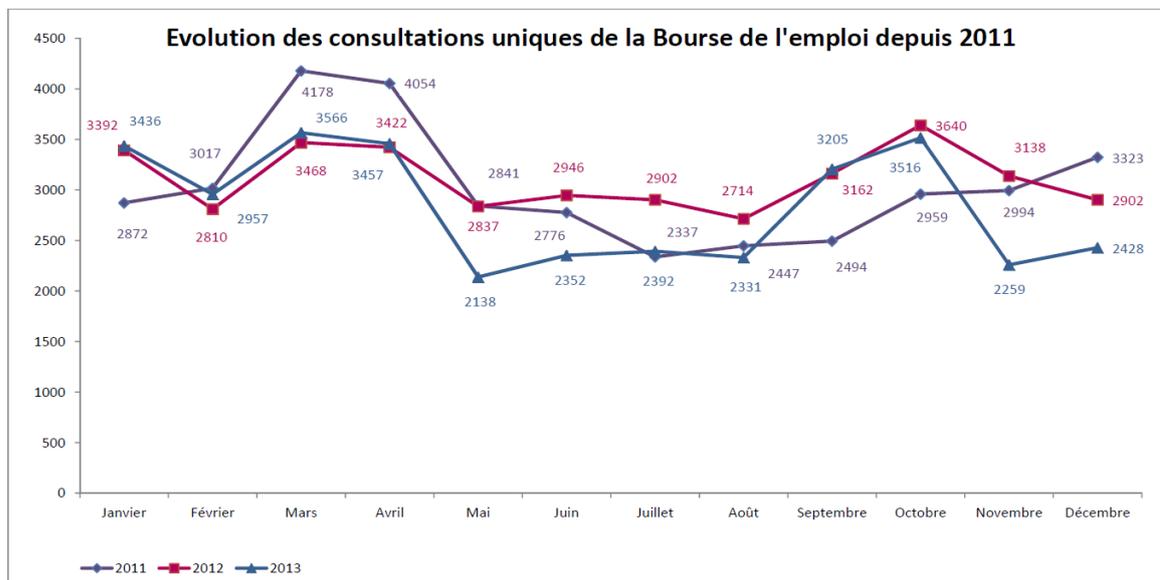
Prévue par le décret constitutif du CNG du 4 mai 2007 modifié, elle a été initialisée en avril 2010. Elle a une double vocation :

- 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 les publications des postes parus au Journal Officiel, avec la perspective de les enrichir systématiquement d'une fiche de poste détaillée pour les directeurs de la fonction publique hospitalière. 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 important 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. La région, ville et dates, (date de l'offre et date de clôture) sont également indiquées dans le résultat de la recherche. Les résultats sont ensuite affichés par profil de poste.

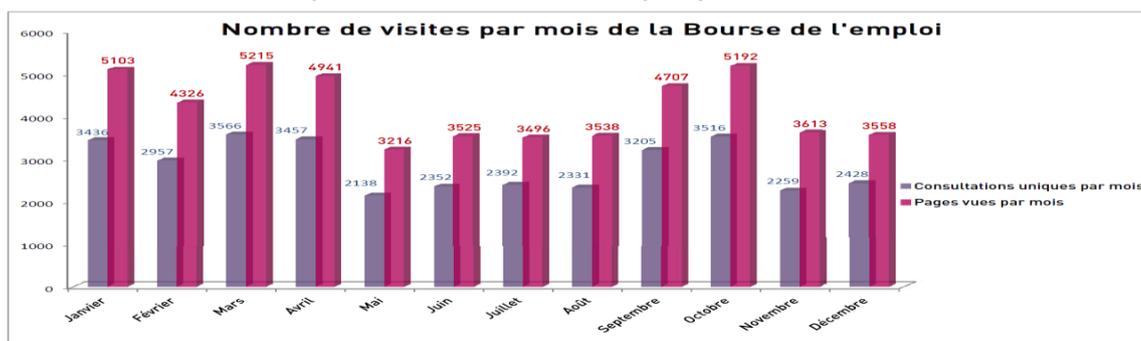
- Etre, pour les professionnels concernés, une ouverture notamment sur le marché de l'emploi des trois fonctions publiques et autres organismes, en particulier du secteur public.

## Statistiques des visites de la Bourse de l'emploi en 2013

Il y a eu au cours de l'année 2013, 29 offres publiées dans la partie « actualité » de la bourse de l'emploi, 16 dans le cadre de notre partenariat avec la FEHAP et 7 postes d'attachés d'administration hospitalière.



## Statistiques de la Bourse de l'emploi pour 2013



Les visites augmentent au cours du mois de Mars-Avril et Septembre Octobre lors de la publication des postes de praticiens hospitaliers. Il y a eu au total 50430 pages vues et 34037 consultations uniques en 2013.

## L'ouverture sur le marché de l'emploi public et parapublic :

Le dispositif prévu dans la convention de partenariat 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 d'emploi dans les 3 fonctions publiques (hospitalière, État, territoriale) qui pourraient être adaptées aux attentes des professionnels gérés, continue de fonctionner des conditions optimales. Ces offres sont actualisées tous les 10 jours.

Les publics intéressés peuvent aussi accéder directement au site « [emploipublic.fr](http://emploipublic.fr) » pour y déposer leur CV.

## Troisième partie

### **3<sup>ème</sup> partie - Le management et la performance interne du CNG : Une recherche constante d'optimisation de son efficacité dans un contexte économique contraint**

**3.1- Le management par la qualité**

**3.2- Le pilotage du système d'information**

**3.3- La gestion des ressources humaines internes**

**3.4 La gestion des autres professionnels**

**3.5- La gestion financière**

**3.6- Les affaires juridiques**

**3.7- Les archives**

**3.8- La logistique**

**3.9- Le courrier**



### 3<sup>ème</sup> partie - Le management et la performance interne du CNG : Une recherche constante d'optimisation de son efficacité dans un contexte économique contraint

#### 3.1- Le management par la qualité

Le développement d'un système de management par la qualité (SMQ) a été initié au CNG en 2012.

Ce système vise à améliorer de manière continue les performances de l'établissement dans l'accomplissement de ses missions et l'atteinte de ses objectifs, tout en sécurisant l'institution. Il s'appuie en particulier sur la mise en place d'entités « processus », le plus souvent transversales à l'organisation hiérarchique, et dont le fonctionnement et le pilotage sont formellement encadrés et tracés. Le SMQ doit progressivement couvrir toutes les activités du CNG.

Le but poursuivi est de s'intéresser à l'ensemble des activités du CNG, via un découpage en une vingtaine au maximum d'entités transversales (à l'organisation hiérarchique), appelées « entités processus », choisies de façon à ce que chacune regroupe logiquement des enchaînements de tâches concourant à la réalisation des missions et activités de l'établissement.

Le Contrôle Interne, qui s'appuie sur 9 processus prioritaires croisant processus « support » et processus « métiers », a été pris en compte pour que la démarche de management par la qualité se construise sur la base d'une méthodologie commune et partagée.

Chaque entité processus fait l'objet notamment d'une fiche descriptive, d'objectifs annuels formalisés, d'un tableau d'indicateurs de performance, de revues régulières et d'un plan d'amélioration.

C'est dans ce cadre dynamique que plusieurs réalisations ont été mises en œuvre en 2013, qu'il est difficile d'isoler du contenu opérationnel tant la démarche intègre les pratiques quotidiennes et, à ce titre, s'intègrent naturellement dans les activités et missions de l'établissement.

Pour autant, à titre illustratif, on peut mettre en exergue certaines réalisations.

C'est ainsi que, dès le début de l'année, le SMQ a soutenu la mise en production d'une nouvelle application de gestion des personnels enseignants et hospitaliers (HU) qui est dorénavant utilisée par les équipes du département de gestion des praticiens hospitaliers. De même, il a permis une appropriation et un accompagnement à la mise en place d'un outil de gestion des congés par l'ensemble des personnels du CNG.

Il a permis également de cadrer des projets aux stades expérimentaux (dématérialisation des copies des concours administratifs) et de conforter leur déploiement suite aux retours d'expériences réalisés.

Le CNG a cherché à systématiser la démarche qualité dans le lancement et le développement des projets liés au système d'information. Le chapitre suivant détaille l'ensemble de ces chantiers qui bénéficie ainsi d'un cadre structurant.

Avec un retour d'expérience d'environ un an et demi, le SMQ a permis de gagner en efficacité en concentrant les efforts sur des projets cadrés, validés par la direction générale, avec des objectifs clairement définis. Conduits par des équipes transversales, ils favorisent par ailleurs le décloisonnement nécessaire à toute démarche qualité.

En parallèle à ce qui précède et en suivant la même stratégie pragmatique, plusieurs opportunités se sont présentées en 2013 pour mettre en place des « entités processus » et surtout mettre en pratique leurs modalités de fonctionnement, tout en montrant les résultats concrets que l'on peut attendre d'une telle démarche.

Ce fut d'abord le cas des activités relatives à la commission d'autorisation d'exercice (CAE). L'entité processus a été initiée en début 2013 et 3 revues de processus ont eu lieu sur l'année en présence de l'ensemble de l'équipe en charge. Un des intérêts essentiels de telles revues est d'identifier, suivre et valider la réalisation du plan d'amélioration dans le déroulement du processus. Lors des 3 revues de 2013, ce sont 27 actions d'amélioration qui ont été définies, parmi lesquelles 7 ont été totalement menées sur l'année. Afin d'illustrer le propos, une foire aux questions à destination des candidats à la CAE a par exemple été conçue et mise en ligne.

Un fichier de suivi des candidatures, commun à l'ensemble de l'équipe CAE, a été développé et est depuis utilisé en routine.

Le dossier d'inscription des candidats est désormais disponible en ligne et accompagné d'un guide pour faciliter cette opération. De plus, des études préalables ont été engagées pour simplifier le travail quotidien, grâce à un nouvel outil informatique.

Par ailleurs, suite aux travaux conduits en début 2013 pour améliorer l'organisation et le fonctionnement des équipes financières du CNG, quatre entités processus ont été conçues, notamment pour mieux maîtriser le contrôle interne de l'établissement. Au total pour ces processus, 11 revues ont eu lieu en 2013. Elles ont généré une moyenne de 15 actions d'amélioration par processus avec, en moyenne et par processus, 6 actions achevées sur l'année.

Au-delà de ce bilan chiffré, des descriptions fines des modes opératoires du CNG ont été effectuées. Elles participent à la capitalisation du savoir-faire de l'établissement mais permettent également le re-engineering de certains de ces processus, l'informatisation de secteurs d'activité ou l'amélioration du contrôle et de la gestion interne de l'établissement.

### 3.2- Le pilotage du système d'information

L'année 2013 a permis de mener plusieurs chantiers pour la modernisation du système d'information du CNG. La plupart d'entre eux a été réalisé dans le cadre de la démarche projet mise en place au travers du système de management par la qualité (SMQ).

Au-delà du maintien en conditions opérationnelles de l'ensemble du parc applicatif de l'établissement, les principaux chantiers applicatifs du « système d'information » soutenus en 2013 ont été les suivants :

- Mise en production d'un outil « SIGHU », application d'aide à la gestion des personnels enseignants et hospitaliers (Hospitalo-Universitaires) ;
- Mise en production d'un progiciel « OS-congés » dédié à la gestion des congés des personnels du CNG ;
- Evolution et fiabilisation des applications permettant la gestion des épreuves classantes nationales (ECN) et des différents concours médicaux (internats, CNPH, PAE/CAE) ;
- Mise en œuvre d'une nouvelle application de premier niveau de gestion des contrats d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants et internes en médecine, ainsi que pour les étudiants en odontologie auxquels un dispositif analogue de CESP a été étendu en 2013.

Un séminaire interne regroupant l'ensemble des acteurs concernés par le système d'information du CNG a été organisé en juillet 2013. Ce séminaire a permis d'amorcer les réflexions sur l'élaboration du nouveau contrat d'objectif et de performance (COP) pour son volet système d'information.

Des ateliers ont par ailleurs été organisés dans le cadre du schéma directeur du système d'information (SDSI) en vue, d'une part, de présenter la démarche du SDSI et de fédérer ses principaux acteurs, et d'autre part, de présenter un état de l'art au travers de plusieurs focus sur différentes thématiques méthodologiques et technologiques pouvant être utiles à la mise en œuvre du futur SDSI.

Le CNG a eu à cœur, par ailleurs, de favoriser l'innovation et la dynamique de son système d'information. A ce titre, outre des échanges avec ses tutelles pour cadrer les objectifs qui guideront son SDSI, plusieurs projets précurseurs ont été initiés dans une démarche volontaire et d'avenir. A ce titre, on peut citer :

- La participation à l'étude de faisabilité pour les épreuves classantes nationales informatisées (ECNi) dans le cadre du groupe de travail tripartite ministère chargé de la santé/ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche/CNG mis en place en mars 2013 ;
- L'expérimentation de la numérisation des copies de concours administratifs pour leur correction dématérialisée, dans une démarche de sécurisation du processus ;
- La définition des spécifications d'un portail de télé-déclaration pour la contribution financière due au CNG par les établissements (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) relevant de la fonction publique hospitalière dans un objectif de sécurisation et de développement durable ;
- L'élaboration d'un cahier des charges pour la sélection d'un système d'information en ressources humaines (SIRH), dont la mise en place est prévue dès 2014 afin d'optimiser la gestion des personnels du CNG (carrière, parcours professionnels et paie).

### 3.3- La gestion des RH internes

#### 3.3.1- Les personnels du CNG

En 2013, l'effectif des emplois autorisés au CNG était de 122 en équivalents temps plein (ETP), contre 125 en 2012, soit une diminution de 3 emplois correspondant à la deuxième tranche de suppression d'emplois pour soutenir l'effort national demandé (- 6 emplois en 2 ans).

Au mois de décembre 2013, 122 personnes physiques sont présentes dans l'établissement. Cet effectif représente 117,2 ETP.

Sur l'ensemble de l'année 2013, le CNG a compté, en moyenne, 116,3 personnels en équivalent temps plein (ETPT) (114,2 emplois permanents et 2,1 emplois temporaires) pour un effectif moyen autorisé de 122 ETP, soit un taux d'emploi de 95,4%.

#### L'origine des agents permanents :

Les 119 agents permanents présents au 31 décembre 2013 se répartissent ainsi :

- **61 fonctionnaires (51,3% de l'effectif) dont :**
  - 1 détaché sur emploi fonctionnel (la directrice générale),
  - 38 détachés dans le cadre de référence par métiers du CNG (CRPM),
  - 10 détachés sur contrat ayant opté pour un maintien de leur statut antérieur donc hors du CRPM,
  - 4 mis à disposition,
  - 8 affectés par le ministère chargé de la santé, dont les 6 agents admis à l'examen professionnel de secrétaire administratif au titre des concours réservés de la loi Sauvadet,
- **58 agents contractuels (48,7%) de l'effectif, dont 40 en CDI (soit 69% des contractuels).**

#### Le recrutement de fonctionnaires : un engagement prioritaire

51,3% des personnels permanents du CNG sont titulaires (61 fonctionnaires), contre 49,5% en 2012.

Cette progression a pu être opérée en dépit :

- des conditions de recrutement plus favorables dans certaines structures publiques relevant du champ de la santé (embauche en CDI, maintien du régime indemnitaire, voire gain à l'embauche) et de l'absence de possibilité d'intégration pour ces agents (recrutement sur contrat) ;
- d'un manque de visibilité pour certains fonctionnaires sur les conditions de leur réintégration dans leur administration d'origine au terme du détachement.

#### Quelques données-clés

- **Répartition des personnels par**
  - Les personnels du CNG sont majoritairement composés de femmes (74,8%) ; les hommes représentant donc 25,2% de l'effectif.
- **Age moyen**
  - L'âge moyen au CNG est de 44,9 ans, tant pour les femmes et que pour les hommes.
- **Quotité de temps de travail**
  - 10 agents exercent à temps partiel en 2013 (soit 2 de moins qu'en 2012), soit 8,4% de l'effectif. Il s'agit exclusivement de femmes travaillant à 80%.

- 4 agents sont à temps incomplet (stable depuis 2011), soit 3,4% de l'effectif. La durée des contrats à temps incomplet varie de 30 à 70%.
- **Taux d'encadrement**
  - Le taux d'encadrement supérieur et intermédiaire est de 19 personnes, soit de 16% de l'effectif.
- **CET et congés**
  - 55 personnes physiques disposent d'un CET, soit 42% de l'effectif. 22 ont été ouverts en 2013.
  - 37 agents ont bénéficié de congés de maladie pour une durée totale de 1274 jours, soit 10,7 jours d'absence en moyenne par agent, soit un taux d'absentéisme de 2,9% et une durée moyenne d'absence de 34,4 jours pour les 37 agents ayant bénéficié de tels congés. Cette durée moyenne cache une grande disparité puisqu'elle varie de 2 à 365 jours consécutifs (pour un congé de longue maladie). Ainsi, si l'on déduit les congés de longue maladie ou de grave maladie (621 jours), le taux d'absentéisme est ramené à 1,5% et la durée moyenne d'absence à 18,6 jours.
  - Trois agents ont bénéficié d'un congé de maternité et un agent d'un congé de paternité.
  - Quatre accidents de service ou de travail ont été enregistrés en 2013 (contre 5 en 2012).
- **Effectifs**
  - Les 3 suppressions de postes, effectives à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, ont été actées lors du vote du plafond d'emplois du CNG et du budget primitif 2014. Elles ont été, en partie, anticipées dès la fin de l'année 2013 et expliquent le taux de vacance au 31 décembre.
- **Délai de recrutement**
  - Le délai moyen de recrutement reste de 4 mois.
- **Départs de personnels**
  - En 2013, dix agents ont quitté le CNG (dont 3 en raison de l'obligation de mobilité liée à la réussite à un concours et un pour cause de licenciement), contre 8 départs en 2012, 15 en 2011, 14 en 2010. Plusieurs agents dont des cadres ont évoqué auprès du médecin du travail la difficulté croissante de concilier vie professionnelle et vie personnelle en raison de la surcharge de travail.

### **3.3.2- L'évolution de la masse salariale**

La masse salariale effective du CNG en 2013 est de 8 382 409,44 €, pour un crédit prévisionnel de 8 841 128,00 €, soit un taux d'exécution de 94,8%, contre 90,7% en 2012.

Le salaire moyen pour 2013 est de 3 856,55 € bruts, contre 3 766,46 € bruts en 2012 (+ 2,4 %).

### **3.3.3- La responsabilité sociale**

#### **L'égalité hommes-femmes**

70% des représentants du personnel siégeant dans les instances sont des femmes, pour 74,8% dans l'effectif du CNG.

Les emplois supérieurs sont pourvus à 40% par des femmes.

#### **Les travailleurs handicapés**

Conformément aux dispositions de l'article L. 5212-2 du code du travail, le CNG est tenu d'employer des travailleurs handicapés, dans la proportion de 6 % de l'effectif total de ses salariés, à temps plein ou à temps partiel.

En 2013, un agent a bénéficié d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'a déclaré au CNG. Cette déclaration dont le caractère confidentiel a été respecté, n'a pas nécessité d'adaptation du poste de travail. Depuis 2009, c'est la première déclaration de ce type au sein du CNG.

### *L'égalité des chances*

Le CNG s'est engagé fin 2013 en faveur de l'égalité des chances en concluant avec le lycée Camille Claudel de Mantes-la-Ville (78), une convention de partenariat signée le 16 décembre 2013. Après avoir sélectionné les élèves en décembre 2013, il accueille, depuis le 20 janvier 2014, trois lycéens.

Cette action s'inscrit dans le cadre de la politique nationale d'éducation en faveur de l'égalité des chances à travers le programme « ECLAIR » dont l'objectif est de favoriser la progression des élèves, le développement de leur ambition scolaire et professionnelle et l'instauration d'un climat scolaire apaisé propice aux apprentissages.

#### **3.3.4- La formation**

Les agents du CNG ont suivi en moyenne 5,4 jours de formation en 2013, ce qui les situe en deçà de la moyenne générale de 8,2 jours observée dans la fonction publique de l'Etat.

Si l'on exclut la formation statutaire, le nombre moyen de jours de formation professionnelle suivie par agent (5,4 jours) au CNG est supérieur aux données nationales (3,6 jours de formation professionnelle).

En 2013, le renforcement des compétences relatives aux métiers exercés a été prioritaire dans les domaines du droit, des techniques administratives, des ressources humaines et du management.

104 agents ont bénéficié d'une formation, soit 85% du personnel.

#### **3.3.5- Les conditions d'hygiène, de sécurité et de vie au travail**

Le CHSCT s'est réuni trois fois : les 9 avril, 11 juillet et 10 décembre 2013. Le rapport 2013 relatif à l'évaluation des risques professionnels a été présenté lors du CHSCT du 9 avril 2013.

Il convient de signaler qu'un effort particulier a été porté en 2013 sur l'ergonomie des espaces de travail et qu'un plan d'action a été initié autour de la prévention des risques professionnels.

#### **3.3.6- Les relations professionnelles et le dialogue social interne**

##### *Le dialogue social*

Le dialogue social mené avec les trois organisations syndicales représentées au CNG (SUD, CFDT-UNSA et CFTC) et notamment au sein des instances statutaires, est resté dense tout au long de l'année sur des sujets variés, tels que le passage en CDI et la résorption de l'emploi précaire dans le cadre de la loi Sauvadet du 12 mars 2012.

##### *Les mouvements de grève*

Six préavis de grève ont été déposés en 2013 dans la Fonction publique représentant 6 jours de mobilisation. Aucun agent du CNG n'a participé à ces arrêts de travail.

### **3.3.7- La politique d'action sociale**

Les politiques d'action sociale menée par le CNG en 2013 a concerné notamment les domaines suivants :

- les aides apportées aux personnels en difficulté avec le concours d'une assistante sociale et d'une conseillère en économie sociale et familiale,
- les aides à caractère social dans le cadre de la commission créée à cet effet qui s'est réunie trois fois en 2013 et a proposé trois aides pour un montant global de 3650€ et des aides à la famille ou pour événements familiaux ou professionnels qui ont concerné 19 agents pour un montant global de 4551€, ainsi que des prestations de fin d'année pour les personnels et leurs enfants,
- la restauration collective,
- la médiathèque.

## 3.4- La gestion des autres professionnels

### 3.4.1- *Les conseillers généraux des établissements de santé (CGES)*

L'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique (CSP) indique que les conseillers généraux des établissements de santé (CGES) ont pour missions de :

- Proposer au ministre toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de ces établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat;
- Entreprendre toutes études et enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements et des structures de santé auxquelles ils participent ou qu'ils gèrent ;
- Assurer, sur le même champ, des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion.

Ils peuvent également être chargés de l'administration provisoire d'établissements publics de santé dans les conditions prévues à l'article L. 6143-3-1 CSP.

Placés depuis 2010 auprès de l'IGAS qui définit leurs missions, les CGES sont gérés et rémunérés par le CNG dans les conditions prévues par le décret n°2006-720 du 21 juin 2006 modifié relatif à leur statut d'emploi.

#### Les modalités de nomination (CGES)

Conformément au décret susvisé du 21 juin 2006, toute vacance d'emploi de conseiller général des établissements de santé fait l'objet d'un avis publié au Journal officiel de la République française et d'une information sur la bourse interministérielle de l'emploi public du ministère chargé de la fonction publique.

Dans un délai de trente jours à compter de la date de publication de la vacance au Journal officiel, les candidatures à l'emploi intéressé sont transmises au comité de sélection. Ce comité est présidé par le chef de l'inspection générale des affaires sociales ou par son suppléant nommément désigné, qui a voix prépondérante en cas de partage des voix. Il est également composé du directeur général de l'offre de soins ou de son suppléant nommément désigné et de deux conseillers généraux des établissements de santé ou de leurs suppléants désignés en leurs qualités respectives pour une période de deux ans par le ministre chargé de la santé sur une liste de quatre noms proposée par le chef de l'inspection générale des affaires sociales.

Pour chaque nomination, le comité de sélection propose au ministre, si la valeur des candidats le permet, un maximum de trois noms.

Les arrêtés de nomination et de renouvellement dans les fonctions ou de fin de fonctions de CGES sont publiés au *Bulletin officiel – santé – protection sociale* du ministère chargé de la santé.

#### 3.4.1.1- Les effectifs (CGES)

Le nombre de CGES employés en 2013 a diminué au cours de l'année. Il a été, en moyenne, de 17,46 ETP (17,39 ETPT) pour un plafond fixé à 25 au 1<sup>er</sup> janvier 2013, lequel devait être ramené à 15 au 31 décembre et qui a été de 16 CGES temporairement autorisés.

Deux CGES ont été recrutés en janvier 2013 et dix, dont les fonctions expiraient en cours d'année ont été renouvelés, soit 66,7% de recrutements et de renouvellements par rapport aux postes autorisés, alors qu'il avait été procédé à 3 renouvellements en 2012.

Quatre départs de CGES sont intervenus en 2013 pour deux arrêtés de fin de fonctions pris en 2012, soit 26,7% de départs par rapport aux postes autorisés. Les motifs sont les suivants :

- deux départs en retraite intervenus à l'échéance de la durée du détachement ;
- deux démissions.

Au 31 décembre 2013, la répartition est la suivante :

- 4 fonctionnaires de l'Etat, 10 fonctionnaires hospitaliers, notamment des administrateurs civils et des directeurs d'hôpital ;
- 2 praticiens hospitaliers titulaires.

Statuts/ Flux (2011 à 2013)	FPE	FPH	FPT	Praticien	Contractuel	Total
<b>Effectifs au 31/12/2011</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>16</b>
<i>Part dans le total (2011)</i>	<i>25%</i>	<i>62,5%</i>	<i>0 %</i>	<i>12,5 %</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<b>Effectifs au 31/12/2012</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
<i>Part dans le total (2012)</i>	<i>27,8%</i>	<i>50%</i>	<i>5,6 %</i>	<i>11 %</i>	<i>5,6%</i>	<i>100%</i>
<b>Effectifs au 01/01/2013</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
Nb d'entrées	1	1				
Nb de sorties	2		1		1	
<i>Part dans le total (2013)</i>	<i>27,8%</i>	<i>50%</i>	<i>5,6 %</i>	<i>11 %</i>	<i>5,6%</i>	<i>100%</i>

Les départs en cours d'année concernent principalement des fonctionnaires de l'Etat (1).

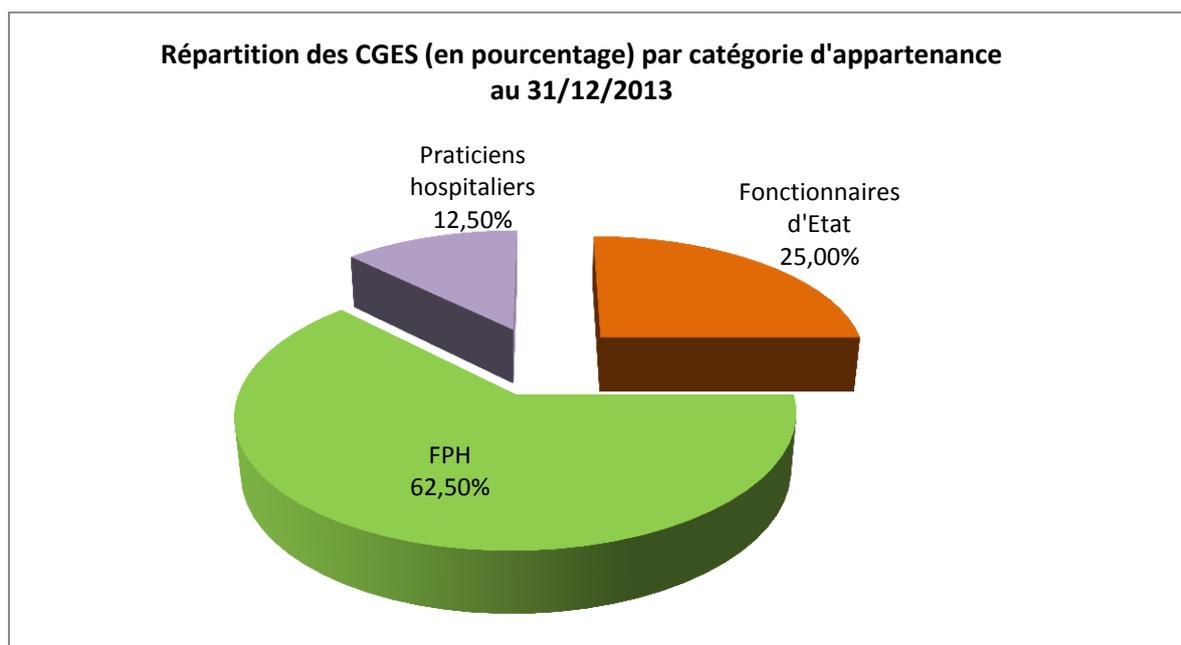
A la fin de l'année 2013, que les professionnels contractuels et issus de la fonction publique territoriale ne sont plus représentés au sein de ce statut d'emploi.

### L'origine des CGES

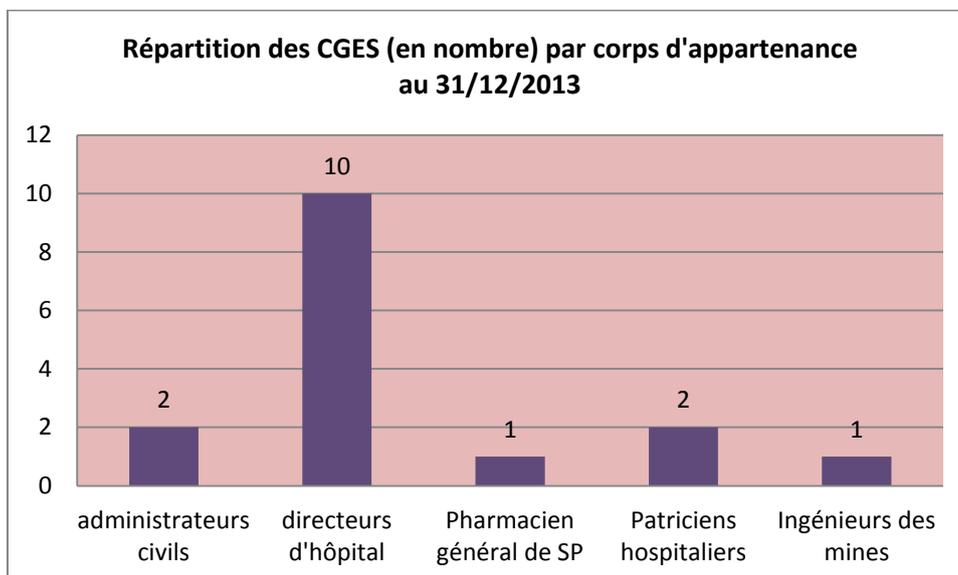
L'article 3 de leur statut susvisé du 21 juin 2006 précise que peuvent être nommés par la voie du détachement dans l'emploi de CGES :

- Les fonctionnaires de catégorie A, notamment les directeurs d'hôpital ;
- Les praticiens hospitaliers titulaires et les membres des personnels enseignants et hospitaliers titulaires.

Par ailleurs, peuvent être recrutés par contrat, les personnalités occupant ou ayant occupé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec l'hôpital, notamment des fonctions de directeur d'agence régionale de l'hospitalisation (aujourd'hui Agence régionale de santé), ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique.



Les directeurs d'hôpital sont majoritairement représentés dans l'emploi de CGES (62,5% des emplois). Les autres professionnels nommés CGES relèvent plus de corps ou emplois dont les compétences techniques apportent une expertise complémentaire à ce groupe professionnel.



### 3.4.1.2- La rémunération et masse salariale (CGES)

La rémunération des CGES comprend :

- un traitement de base déterminé dans les conditions définies par le décret n°2006-721 du 21 juin 2006 relatif à leur classement indiciaire ;
- un régime indemnitaire défini par le décret n°2006-722 du 21 juin 2006 qui comporte une indemnité dont le montant (compris entre 2400 et 4800 euros bruts mensuels) est modulé en fonction d'une évaluation et, le cas échéant, une indemnité complémentaire (de 1000 euros bruts mensuels) allouée en cas d'administration provisoire d'un établissement public de santé.

Chaque nomination donne lieu, au préalable, à l'élaboration d'un dossier de recrutement avec une évaluation de la rémunération comprenant plusieurs simulations financières dont, le régime indemnitaire.

Le dossier soumis à la signature du ministre chargé de la santé comprend un projet d'arrêté de nomination, un arrêté classant le CGES sur la grille du statut d'emploi et fixant son régime indemnitaire et une fiche financière détaillée.

#### Le régime indemnitaire (CGES)

L'indemnité est déterminée semestriellement par le chef de l'IGAS après évaluation, dans la limite du plafond réglementaire mensuel de 4200 € bruts, dont le contrôle est assuré par un tableau de bord suivi par le CNG.

Au titre du 1er semestre 2013, 11 arrêtés fixant un complément indemnitaire ont été pris, pour 20 personnes, car 9 CGES bénéficiaient déjà du plafond.

Au titre du 2ème semestre 2013, 11 arrêtés fixant un complément indemnitaire ont été pris, pour 16 personnes, car 5 CGES bénéficiaient déjà du plafond.

#### L'avancement indiciaire (CGES)

Les arrêtés d'avancement sur la grille applicable aux CGES relèvent de la compétence de la Directrice générale du CNG qui a pris à cet effet, en 2013, dix arrêtés portant promotion d'échelon.

### L'évolution de la masse salariale (CGES)

En 2013, les crédits prévus à ce titre au budget prévisionnel et inscrits aux comptes 63 et 64 s'élevaient à 2 843 550 €. Le compte financier 2013 fait apparaître une dépense de 3 144 010,66 € (y compris le CGES en surnombre temporairement autorisé), contre 3 260 691,96 € en 2012.

Ce chiffre comprend une provision pour charges de personnel pour un montant de 67 500 €, correspondant à l'indemnisation des jours non pris épargnés sur leur compte d'épargne temps.

#### **3.4.1.3 – Les frais de déplacement (CGES)**

Les frais de déplacement (comptes 624 et 625) s'élèvent pour l'exercice 2013 à 38 350,81 €, contre 39 719,29 € en 2012.

Les frais de déménagement représentent un montant de 12 260,36 €.

#### **3.4.1.4 – Les formations et colloques (CGES)**

Le montant des prestations diverses, comme les formations, séminaires ou colloques figure au compte 62881. Aucun financement de formation n'a été enregistré en 2013, contre un montant de 1 855,80 € réglé en 2012. Il s'agit de participations à des formations ou séminaires organisés par des tiers (par exemple, formations organisées par l'IFACI sur l'audit et le contrôle interne).

#### **3.4.1.5 – Le cas particulier de l'administration provisoire (CGES)**

Ce dispositif a été mis en œuvre pour la première fois en 2008.

En 2013, 4 CGES se sont vu confier une administration provisoire, contre 5 en 2012.

La gestion des CGES nommés administrateurs provisoires se traduit, pour le CNG, par :

- La liquidation de l'indemnité mensuelle de 1 000 € bruts prévue à cet effet par l'arrêté du 21/06/2006 fixant les montants du régime indemnitaire relatif aux emplois de CGES ;
- La prise en charge des frais de transport exposés à l'occasion des déplacements effectués au titre de leurs autres missions de CGES.

Au 31 décembre 2013, trois CGES étaient chargés d'une administration provisoire pour redresser la situation d'hôpitaux en difficulté.

#### **3.4.1.6 – Le Compte épargne temps (CGES)**

Bien qu'aux termes de l'article L. 6141-7-2 CSP, les CGES relèvent de la fonction publique hospitalière, les dispositions du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière ne leur sont pas applicables.

En effet, l'article 2 de ce texte limite le champ de celui-ci « aux agents titulaires et non titulaires, [...], exerçant leurs fonctions dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (fonction publique hospitalière) [...]».

Conformément à la position prise par la DGOS, les CGES bénéficient donc des dispositions applicables au CET dans la fonction publique de l'Etat. En effet, le décret n°2002-634 du 29 avril 2002 portant création du compte épargne-temps dans la fonction publique de l'Etat dispose en son article 2 que « les dispositions du présent décret sont applicables aux agents titulaires et non titulaires, [...], qui, exerçant leurs fonctions au sein des administrations et des établissements publics à caractère administratif de l'Etat [...] sont employés de manière continue et ont accompli au

moins une année de service ». Or, les CGES exercent leurs fonctions, pour le compte de l'Etat, au sein du ministère chargé de la santé.

L'exercice de fonctions d'administrateur provisoire d'un établissement public de santé en vertu de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique est sans conséquence en ce qui concerne le régime du CET des CGES. Cette mission est considérée comme accessoire à celles qu'ils continuent d'exercer pour le compte du ministère chargé de la santé, y compris lorsqu'ils sont désignés, les fonctions de directeur de l'EPS considéré.

En 2013, 14 CGES disposaient d'un CET ouvert au sein de la fonction publique de l'Etat (soit 87,5% des CGES en fonction en fin d'année). Toutefois, compte tenu des départs en 2013, 9 CGES restant titulaires d'un CET au 31 décembre 2013.

100 % des CGES détenteurs d'un CET sont fonctionnaires. Le nombre de jours épargnés s'élevait à 444 au 31 décembre 2013.

En 2013, cinq CGES ont demandé une indemnisation au titre des jours épargnés au titre du CET.

### **3.4.2- Les professionnels placés en recherche d'affectation**

Il résulte des articles L. 6152-5-2 du code de la santé publique et de l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 respectivement relatifs aux praticiens hospitaliers et aux directeurs de la fonction publique hospitalière (DH, D3S, DS) que les professionnels placés en recherche d'affectation sont gérés et rémunérés par le CNG.

Leur rémunération est assurée par les services du département des affaires générales.

S'agissant de leur gestion, il convient de distinguer :

- Les actes de gestion de carrière qui, comme pour les autres professionnels relevant des mêmes corps, continuent d'être assurés par les départements de gestion concernés. Ces actes comportent notamment, l'élaboration des décisions de placement en RA ; les avancements d'échelon, les décisions de prolongation de RA, les actes relatifs à la sortie de RA (nomination dans un nouvel établissement, y compris en surnombre, détachement, disponibilité). En ce qui concerne les directeurs, les départements concernés (DCAEMDP et DGD) sont en outre chargés d'assurer l'évaluation des intéressés et la détermination du montant de la part résultats de la PFR, qui relèvent, selon les cas, du directeur général de l'ARS, du préfet ou du directeur de l'établissement pour les professionnels ayant une affectation statutaire.
- Les actes de gestion courante, tels que le suivi des congés et des comptes épargne-temps, les diverses indemnités (celles liées aux déplacements et pour les directeurs, l'indemnité compensatrice de logement et la garantie individuelle du pouvoir d'achat) ainsi que l'indemnisation de la perte involontaire d'emploi sont assurés par les services du département des affaires générales. En outre, comme pour les personnels du CNG, l'unité des ressources humaines apporte appui et conseil aux professionnels en recherche d'affectation pour toutes les démarches administratives qu'ils peuvent avoir à effectuer pendant cette période.

#### **3.4.2.1 – Les effectifs des professionnels placés en RA**

Le placement de professionnels (DH, D3S et PH) en recherche d'affectation a fortement diminué en 2013 pour atteindre 44 professionnels en fin d'année, soit une baisse de 41,1% par rapport à la situation au 31 décembre 2012.

Sur un effectif autorisé de 92 ETPT (équivalents temps plein travaillé), soit 110 ETP sur 10 mois en moyenne), dont 35 directeurs et 75 praticiens hospitaliers ce sont en moyenne, 41,66 ETPT soit 50 ETP qui ont été rémunérés au titre de la recherche d'affectation au cours de l'année 2013, soit un taux de réalisation de 45,28% par rapport au nombre de professionnels budgétairement autorisé. En 2012, ce taux de réalisation était de 54,5%.

#### **3.4.2.2 – La rémunération et masse salariale**

##### **La rémunération des professionnels en recherche d'affectation**

La rémunération de ces professionnels comporte :

- **pour les directeurs**, le traitement indiciaire et la prime de fonctions et de résultats avec une diminution de la part liée aux résultats à partir de la seconde année (article 5 du décret n° 2012-749 du 9 mai 2012) et, le cas échéant, l'indemnité compensatrice de logement ;
- **pour les praticiens hospitaliers**, les émoluments hospitaliers correspondant à l'échelon occupé et la prime d'engagement de service public exclusif.

##### **La masse salariale**

Le montant total d'exécution de la masse salariale 2013 pour les professionnels en recherche d'affectation (praticiens et directeurs) s'élève à 6 323 750€, contre 7 302 607,30 € en 2012.

La masse salariale, pour ces catégories de professionnels en RA, représente 97,6 % du montant total des dépenses.

#### **3.4.2.3 – Les frais de déplacement (formations, missions, accompagnement)**

Les frais de déplacement ont en 2013 un coût direct de 100 737,46 €, contre 162 259,64 € en 2012 et le montant des formations est de 55 548,03 €, contre 101 437,12 € en 2012.

#### **3.4.2.4 – L'indemnisation chômage des professionnels à l'issue de leur recherche d'affectation**

La loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, a confié au CNG l'indemnisation des professionnels qui, à l'issue de leur placement en recherche d'affectation, sont involontairement privés d'emploi.

Mis en place à compter du 14 mars 2012, ce nouveau dispositif concerne les professionnels placés en disponibilité d'office à l'issue de leur recherche d'affectation et est subordonné à l'inscription renouvelée mensuellement de ces professionnels à Pôle emploi.

Il a conduit le CNG à poursuivre l'indemnisation des professionnels en recherche d'emploi initialement indemnisés par leur dernier employeur.

Le CNG a indemnisé en moyenne 11,5 professionnels à ce titre en 2013. Au 31 décembre 2013, 10 professionnels sont indemnisés (5 DH, 2 D3S et 3 praticiens hospitaliers).

La charge de l'indemnisation s'élève pour 12 mois à 417 929,17 € pour 2013, contre 374 763,41 € sur 10 mois et demi en 2012.

### 3.4.3- L'accompagnement des professionnels hors recherche d'affectation

Comme l'année précédente, l'année 2013 confirme l'importance du dispositif HRA dans les dispositifs d'accompagnement proposés par le CNG. Sur le plan financier, l'accompagnement hors RA est beaucoup moins coûteux pour le CNG, ces professionnels restant en fonction dans leurs établissements d'affectation. Dès lors, les charges de rémunération, de primes et de charges sociales ne lui incombent pas.

Cet accompagnement HRA répond à une véritable demande et à un besoin croissant.

Le tableau ci-dessous fait apparaître que les coûts liés à ce type d'accompagnement s'élèvent à 9 688 €, soit une augmentation de +16,68% par rapport à 2012 (8 303,33 €). En 2012, les montants correspondants s'élevaient à 1 653,33 € pour les frais de déplacement et à 6 650 € pour les frais de formation.

Les deux catégories de professionnels concernés sont les directeurs d'hôpital (DH) pour les frais de formation et les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S) pour des déplacements au CNG.

Dépenses 2013 Professionnels hors RA						
Comptes	Libellés	DH	D3S	DS	PH	Montant total des dépenses
62565	Missions professionnels hors RA	0,00	2 688,05	0,00	0,00	2 688,05
62881	Formation professionnels Hors RA	7 000,00	0,00	0,00	0,00	7 000,00
<b>Montant total 2013</b>		<b>7 000,00</b>	<b>2 688,05</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>9 688,05</b>

### 3.4.4- Les professionnels en congé spécial

Dans sa version issue de la « loi HPST » du 21 juillet 2009, l'article 89 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 indique que « les personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 ci-dessus peuvent, sur leur demande, bénéficier d'un congé spécial d'une durée maximale de cinq ans. // Pendant ce congé, la rémunération des intéressés est assurée, à compter du 1er janvier 2009, par le Centre national de gestion mentionné à l'article 116. // A l'expiration de ce congé, le fonctionnaire est admis d'office à la retraite ».

Le décret n° 88-165 du 19 février 1988 modifié pris pour l'application de l'article 89 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 limite le bénéfice de ces dispositions aux directeurs d'hôpital :

- Occupant ou ayant occupé un des emplois fonctionnels mentionnés à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans certains emplois fonctionnels de la fonction publique hospitalière ;
- Occupant ou ayant occupé un emploi de directeur d'un ou plusieurs établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, de secrétaire général de syndicat interhospitalier ou de directeur de groupes d'établissements relevant de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, et ayant atteint le grade le plus élevé de leur statut ;
- Occupant ou ayant occupé un emploi fonctionnel relevant des fonctions publiques de l'Etat ou territoriale ;
- Occupant ou ayant occupé un emploi de directeur d'agence régionale de l'hospitalisation ou de directeur général d'agence régionale de santé.

### 3.4.4.1 – Les effectifs

Le décret susvisé du 19 février 1988 précise que le nombre de congé spéciaux ouverts aux personnels de direction est fixé à douze. (Ce nombre avait été transitoirement porté à vingt-cinq, jusqu'au 31 décembre 2011).

Compte tenu du peu d'attractivité de ce dispositif notamment depuis la mise en place du dispositif de recherche d'affectation, le plafond d'emplois prévu au BI 2013 était de 8 ETP (soit un montant global de 661 335 €).

Au compte financier 2013, on recense 2 ETP, (1,17 ETPT), professionnels en congé spécial.

### 3.4.4.2 – La rémunération et masse salariale

La rémunération versée aux intéressés (comptes 63 et 64) est égale au montant du traitement indiciaire détenu par les directeurs d'hôpital concernés à la date de leur placement en congé spécial, majoré du montant de l'indemnité de résidence et s'il y a lieu, du supplément familial de traitement et de l'ensemble des charges sociales.

La masse salariale 2013 pour ces directeurs d'hôpital en congé spécial s'élève en coût direct à 238 881,33 €, contre 359 084,83 € en 2012, soit une diminution importante de -33,47% par rapport à l'exercice 2012.

Le tableau ci-après retrace le nombre de directeurs en congés spécial au cours de l'année 2013 :

CATEGORIES	2012	Année 2013											
	DEC	JANV	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
DH EN CONGE SPECIAL	4	2	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	2

### 3.4.5- Les professionnels en surnombre

Dans sa version issue de la loi susvisée n° 2012-347 du 12 mars 2012, le quatrième alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du janvier 1986 dispose que « *dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, le Centre national de gestion peut également assurer le remboursement des rémunérations, avantages en nature, charges sociales et taxes assises sur les salaires versés par les établissements mentionnés à l'article 2 aux praticiens hospitaliers, aux personnels de direction ou aux directeurs des soins qui y sont nommés en surnombre* ».

Dans le cadre du dispositif de nomination en surnombre de directeurs (DH, D3S et DS) et de praticiens hospitaliers, le CNG prend en charge notamment les situations suivantes :

- les affectations en surnombre prévues par les textes comme par exemple, les retours de mission de coopération à l'étranger, les réintégrations après congé parental ou les nominations susceptibles d'être prononcées à ce titre pour des professionnels placés en recherche d'affectation qui ne se sont pas vu proposer trois offres d'emploi public moins de quatre mois avant la fin de ce placement ;
- la mise à disposition, à titre gratuit, d'un directeur d'hôpital auprès de la Communauté européenne, en qualité d'expert national ;
- les affectations en surnombre nécessaires au traitement et au règlement en gestion de quelques situations délicates, et pour lesquelles aucune autre réponse ne peut être apportée, comme par exemple :
  - la fin anticipée d'une mise à disposition, sans possibilité de retour dans l'établissement de rattachement,
  - les affectations en surnombre qui s'imposent au regard de circonstances particulières, comme la mutation dans l'intérêt du service pour les directeurs (en

application de l'article 20 du décret n° 2005-921 en date du 2 août 2005 modifié (DH) ou de l'article 23 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié (D3S) ou de l'article 24-6 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié (DS),

- le repositionnement en urgence d'un professionnel qui n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions dans des conditions normales ou en cas de fin de fonction dans l'intérêt du service,
- la mise en place d'un tuilage entre deux directeurs à la suite par exemple de réorganisation ou de restructuration d'un établissement.

Les conditions dans lesquelles le CNG rembourse aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière les coûts inhérents à ces affectations en surnombre sont définies par le décret n° 2010-267 du 11 mars 2010.

A l'appui de leur demande de remboursement, les établissements doivent justifier qu'ils ne disposent pas des postes nécessaires à l'emploi des personnels mentionnés au premier alinéa. Les demandes sont transmises au Centre national de gestion, accompagnées d'un avis motivé du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'Etat dans le département.

La prise en charge est accordée pour une durée maximale d'une année, renouvelable à la demande de l'établissement dans les mêmes conditions.

Initialement, limitée à la seule rémunération des professionnels en surnombre, le remboursement s'étend, depuis la loi susvisée du 12 mars 2012, également aux avantages en nature, charges sociales et taxes assises sur les salaires.

#### 3.4.5.1 – Les effectifs et flux

La prévision au BP 2013 était de 30 ETP pour un montant voté de 2 700 000 €.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de professionnels affectés en surnombre, par statut et par année. Le calcul des ETPT a été effectué par mois.

Etat des lieux - SURNOMBRES				
DH au 31 décembre 2013				
Année	2010	2011	2012	2013
2010	60,5	68,5	31	5
2011		13	4,5	0
2012			48	53
2013				101
<b>Nombre de mois par année</b>	<b>60,5</b>	<b>81,5</b>	<b>83,5</b>	<b>159</b>
D3S				
Année	2010	2011	2012	2013
2010	19	20	12	0
2011		20	32	24
2012			25	34
2013				82,5
<b>Nombre de mois par année</b>	<b>19</b>	<b>40</b>	<b>69</b>	<b>140,5</b>
PRATICIENS HOSPITALIERS				
Année	2010	2011	2012	2013
2011		23	26	24
2012			25	24
2013				8
<b>Nombre de mois par année</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>51</b>	<b>56</b>
<b>TOTAL en mois</b>	<b>79,5</b>	<b>144,5</b>	<b>203,5</b>	<b>355,5</b>
<b>Données en ETPT</b>	<b>6,63</b>	<b>12,04</b>	<b>16,96</b>	<b>29,66</b>

Ces chiffres incluent douze professionnels en fin de RA qui ont été affectés en surnombre dans des établissements publics sanitaires ou sociaux et médico-sociaux, dont :

- 6 directeurs d'hôpital,
- 3 directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social,
- 3 praticiens hospitaliers.

### 3.4.5.2 – Le montant des remboursements

La prévision au BP 2013 est de 30 ETP pour un montant voté de 2 700 000 €. Le montant des dépenses 2013 s'élève à 3 158 470,27 €, dont 1 467 500,55 € de charges à payer.

Le montant des provisions 2013 pour charges de fonctionnement pour les années antérieures est de 401 114,44 € et le montant des charges exceptionnelles de 904 708,31 €.

#### Détail des charges 2013 pour les directeurs et les PH nommés en surnombre

Catégorie de professionnels	Montants 2013 Cpte 6214	Montants 2013 CAP 2013	Montant total 2013 compte 6214	Nombre de professionnels anciennement en recherche d'affectation nommés en surnombre
20 Directeurs d'hôpital (DH)	887 299,50	687 133,69	1 574 433,19	6
16 Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico- sociaux (D3S)	592 733,85	435 052,04	1 027 785,89	3
5 Praticiens hospitaliers (PH)	210 936,37	345 314,82	556 251,19	3
<b>TOTAL</b>	<b>1 690 969,72</b>	<b>1 467 500,55</b>	<b>3 158 470,27</b>	

Catégorie de professionnels	Montants 2013 Compte 678 "Charges exceptionnelles"
9 Directeurs d'hôpital (DH)	568 254,38
5 Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S)	114 943,25
3 Praticiens hospitaliers (PH)	221 510,68
<b>TOTAL</b>	<b>904 708,31</b>

Catégories de professionnels	Montants 2013 Compte 68151 "Provisions pour charges de fonctionnement"
5 Directeurs d'hôpital (DH)	213 212,59
4 Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S)	44 888,70
3 Praticiens hospitaliers (PH)	143 013,15
<b>TOTAL</b>	<b>401 114,44</b>

### 3.4.6 – La mission de gestion, suivi et paiement de l'allocation d'engagement de service public

La mission de gestion et de suivi des contrats d'engagement de service public pour les étudiants et les internes en médecine et de paiement de l'allocation découlant de la signature de ces contrats, prévue par la loi HPST du 21 juillet 2009, (compte 657 « Charges spécifiques ») a été estimée lors de la prévision budgétaire de 2013, à 12 944 400 €, correspondant aux années universitaires 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013 en année pleine et 2013-2014 pour le dernier trimestre de l'année civile 2013.

Le compte 657 « Charges spécifiques », relatif aux allocations mensuelles versées par le CNG aux étudiants et internes, au titre des contrats d'engagement de service public de médecine et aux étudiants en odontologie, est de 8 792 200 € au 31 décembre 2013. Ce dispositif est suivi par année universitaire.

Le tableau suivant retrace, par exercice et par année universitaire, les versements opérés par l'établissement en 2013.

<b>Comptabilisation des charges de CESP "Médecine" et "Odontologie" au titre de l'exercice 2013 (situation au 31 décembre 2013)</b>		
<b>N° de comptes</b>	<b>Nature des CESP</b>	<b>Montant total 2013 par compte</b>
6571	AESP attribuées (dispositif année universitaire 2010-2011)	1 881 600
6572	AESP attribuées (dispositif année universitaire 2011-2012)	2 884 800
65731	AESP attribuées (dispositif année universitaire 2012-2013)	2 786 200
65741	Montant des AESP inscrit en charges à payer au titre de l'exercice 2013 (dispositif année universitaire 2013-2014)	210 000
	Montant des AESP inscrit en provisions au titre de 2013 (dispositif année universitaire 2013-2014)	849 600
<b>Montant total CESP "Médecine" au 31 décembre 2013</b>		<b>8 612 200</b>
65743	Montant des AESP inscrit en charges à payer au titre de l'exercice 2013 (dispositif année universitaire 2013-2014)	14 400
	Montant des AESP inscrit en provisions au titre de l'exercice 2013 (dispositif année universitaire 2013-2014)	165 600
<b>Montant total CESP " Odontologie " au 31 décembre 2013</b>		<b>180 000</b>
<b>Montant total CESP "Médecine" et " Odontologie " au 31 décembre 2013</b>		<b>8 792 200</b>

### 3.5- L'agence comptable et les services financiers

La gestion financière (budget et achats) est rattachée à l'Agent comptable qui a également la charge des services financiers. Il est à ce titre le chef de l'Unité Finances au sein du département des affaires générales. Pour l'ensemble des missions qui lui incombent naturellement en tant qu'Agent comptable, il reste indépendant et est placé auprès du Directeur général du CNG.

Le regroupement au sein d'une même entité de missions relevant des prérogatives de l'ordonnateur et de l'exercice des contrôles dans le cadre du rôle de payeur et de caissier de l'Agent comptable ne porte pas atteinte au principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable, dans la mesure où les limites fixées par la circulaire CD-685 de la Direction du budget du 8 avril 2002 sont respectées.

Cette possibilité, si elle est expressément autorisée par le législateur dans le cas des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, est, dans le cas d'un établissement public administratif tel que le CNG, le résultat d'une démarche pragmatique, inspirée notamment par des considérations d'économie de gestion et d'optimisation du fonctionnement, qui conduit la Direction générale à associer le plus en amont possible l'Agent comptable à la phase administrative des dépenses et des recettes en l'intégrant, pour la partie ordonnateur, au département des affaires générales.

#### Les données caractéristiques du compte financier 2013

	Associées au BI 2013	Compte financier 2013	Associées au BI 2014
CESP/étudiants et/ou interne en médecin et en odontologie (tous dispositifs confondus)	526 CESP pour 12 mois 500 CESP pour la rentrée universitaire 2013	488 CESP « Médecine » pour 12 mois 450 CESP « Médecine » et 50 CESP « odontologie » pour la rentrée universitaire 2013/2014	1026 CESP pour 12 mois 450 CESP « Médecine » et 50 CESP « odontologie » pour la rentrée universitaire 2013/2014
Recherche d'affectation /PH et directeurs	110 ETP 92 ETPT	50 ETP 41,66 ETPT	64 ETP 53 ETPT
Congés spéciaux / directeurs (DH)	8 ETP 5 ETPT	2 ETP 1,17 ETPT	4 ETP 2 ETPT
ARE / PH et directeurs (chômage)	15 professionnels	10 professionnels	15 professionnels
Surnombre/PH et directeurs	30 ETP 29 ETPT	30 ETP 29,66 ETPT	64 ETP 53 ETPT
CGES	15 ETP 15 ETPT	16 ETP 17,39 ETPT	15 ETP 15 ETPT
Plafond d'emplois du CNG	122 ETP 117,2 ETPT	117,2 ETP 116,3 ETPT	119 ETP 119 ETPT
Concours nationaux administratifs et médicaux	20 concours	20 concours	20 concours
Niveau du fonds de roulement CF anticipé 2013 et BI 2014 (2)	11 772 129	14 326 560,47	11 139 533
<i>Dotation Etat</i>	<i>3 686 430</i>	<i>3 188 524</i>	<i>3 561 412</i>
<i>Dotation AM</i>	<i>17 500 000</i>	<i>16 000 000</i>	<i>19 000 000</i>
<i>Contribution des établissements</i>	<i>16 696 574</i>	<i>10 406 110</i>	<i>16 843 000</i>
<b>Total</b>	<b>37 883 004</b>	<b>29 594 634</b>	<b>39 404 412</b>
Financement des CESP	12 944 400	8 216 762,63	16 316 400 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dotation Assurance Maladie à compter de 2014 – cf. PLFSS 2014

### 3.5.1 – *Le budget et ajustements en gestion*

Le budget initial 2013 de l'établissement a fait l'objet d'un vote du Conseil d'administration le 10 décembre 2012, par enveloppes dont les plafonds sont limitatifs, selon les règles budgétaires en vigueur.

Les modalités de gestion budgétaire propres au CNG prévoient un suivi par sous-enveloppes de la masse salariale, calibrées par catégories d'une part, pour les personnels de l'établissement et d'autre part, pour les professionnels gérés et rémunérés.

Par extension, toutes les dépenses pouvant être directement rattachées à l'activité de gestion de certains professionnels le sont dans le cadre de la tenue de la comptabilité de l'ordonnateur.

La gestion informatique des enveloppes, croisée avec les destinations de dépenses liées aux catégories de professionnels gérés, est similaire à celle de l'année précédente.

A ce titre, le **budget initial 2013** est réparti en six destinations :

- CNG : ventilé selon le modèle de l'organigramme,
- CGES,
- CONCOURS : réparti selon la nature des concours nationaux, administratifs ou médicaux,
- PERSONNELS DE DIRECTION (PD), service subdivisé en sous-niveaux, par catégories de professionnels (grades de la fonction publique hospitalière) : directeur d'hôpital (DH), directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social (D3S) et directeur des soins (DS), puis en fonction de la position au regard de la recherche d'affectation (RA) d'une part et du hors recherche d'affectation (HRA) d'autre part,
- PRATICIENS HOSPITALIERS (PH), service subdivisé en sous-niveaux, par statuts (temps plein ou temps partiel), puis en fonction de la position au regard de la recherche d'affectation d'une part et du hors recherche d'affectation (HRA) d'autre part,
- CESP : cette sixième destination concerne le contrat d'engagement de service public (CESP). A ce titre, le CNG prend en charge administrativement et financièrement les dispositifs CESP, d'une part, depuis la rentrée universitaire 2010, au profit des internes et des étudiants en médecine dès leur deuxième année pour exercer à la fin de leur formation dans des zones et des spécialités démographiquement sous dotées, à titre salarié ou libéral et, d'autre part les étudiants en odontologie (au nombre de 50 fixé par arrêté) depuis la rentrée universitaire 2013. Ces dispositifs comportent, notamment, la signature d'un contrat signé par le CNG au nom de l'Etat, qui détermine le versement d'une allocation mensuelle d'un montant brut de 1 200 €.

Au sein de chacune de ces destinations, les crédits sont répartis par enveloppes, telles qu'elles ont été votées par le conseil d'administration, par sous-enveloppes et comptes à 3 chiffres.

Ce suivi par destination permet de préfigurer la comptabilité analytique et la détermination de coûts complets.

La **gestion analytique**, mise en place depuis 2009, concerne 3 axes, selon les besoins de suivi particulier identifiés à ce jour :

- les concours nationaux, administratifs et médicaux,
- les dépenses relatives au dispositif d'allocations d'engagement de service public,
- les dépenses afférentes à la communication.

La répartition analytique est effectuée lors de la saisie des engagements juridiques. Elle fait l'objet de contrôles, a minima, trimestriels.

Les ajustements en gestion qui correspondent à des virements de crédits entre comptes budgétaires au sein d'une seule et même enveloppe, sont, en 2013, au nombre de 50 et portent sur un montant de 4 968 614,97 € pour la section de fonctionnement hors charges de personnel et de 24 800,00 € pour les charges de personnel.

Ils permettent lors de l'exécution du budget, d'augmenter, en cas de besoin, les crédits votés sur un compte budgétaire ou d'inscrire des crédits sur un compte non prévu lors du vote du budget primitif, en compensant par une diminution de crédits d'un ou de plusieurs comptes dans une même enveloppe, sans que le montant global en soit modifié.

Ces ajustements sont portés à la connaissance du conseil d'administration à l'occasion du vote du compte financier.

Ils ont conduit, pour l'exercice 2013, à redéployer 16,91% des crédits de l'enveloppe « charges de fonctionnement, hors charges de personnel ». Un ajustement en gestion a également été effectué sur les charges de personnel entre le compte 645 « sécurité sociale et prévoyance » et le compte 647 « autres prestations sociales : œuvres sociales » pour un montant de 24 800 €, soit un redéploiement de crédits de 0,09% sur cette enveloppe.

### 3.5.2- Les engagements comptables et juridiques

Les engagements comptables font l'objet d'un mode de suivi détaillé plutôt qu'un mode de suivi global.

Le nombre d'engagements comptables est d'autant plus élevé que les engagements sont ventilés selon 2 critères cumulatifs :

- la nomenclature d'exécution est plus précise afin d'éviter les erreurs d'imputation,
- les destinations multipliant de fait les opérations par 6 subdivisions.

Les engagements comptables permettent de réserver les crédits nécessaires au niveau du compte à 3 chiffres. La subdivision de ces comptes, en autant de comptes ouverts à la nomenclature, permet de les répartir au niveau le plus fin en matière d'exécution de dépenses. Pour l'exercice 2013, ils ont été au nombre de 211, contre 220 en 2012. Cette diminution, engagée depuis 2011, s'inscrit dans la continuité d'une volonté partagée par l'Agent Comptable et l'ordonnateur afin de les rationaliser et de les optimiser. Cette diminution sera poursuivie de manière beaucoup marquée pour l'exercice 2014.

Cette répartition est opérée :

- soit en mode provisionnel lorsqu'il s'agit de dépenses récurrentes ou de consommables dont une évaluation de la dépense annuelle a pu être faite,
- soit en mode spécifique dans le cas inverse.

Ces deux modes sont ventilés ensuite en engagement initial ou en engagement complémentaire.

Répartition en nombre des engagements comptables en 2013	
Nature des engagements comptables	Nombre
Engagements provisionnels	73
-dont provisionnel initial	42
- dont provisionnel complémentaire	31
Engagements spécifiques	138
- dont spécifique initial	81
-dont spécifique complémentaire	57
<b>Nombre total d'engagements comptables</b>	<b>211</b>

Répartition en montant des engagements comptables en 2013	
Nature des engagements comptables	Montant
Engagements provisionnels	29 983 034,45
Engagements spécifiques	25 296 216,24
<b>Montant total des engagements comptables (dépendances de fonctionnement (charges de personnel et hors charges de personnel et d'investissement)</b>	<b>55 279 250,69</b>
<b>Reste disponible par rapport au budget primitif 2013 d'un montant de 58 365 893 €</b>	<b>13 086 642,31</b>

Les modifications de ces engagements comptables donnent lieu à des dégagements qui relèvent, selon le même principe, d'un mode provisionnel ou spécifique.

Répartition des dégagements comptables en 2013	
Nature des dégagements	Nombre
Dégagements provisionnels	23
Dégagements spécifiques	115
<b>Nombre total de dégagements comptables</b>	<b>138</b>

Les engagements juridiques sont enregistrés dans l'application informatique budgétaire et comptable :

- Soit sous forme de bons de commande. Il y en a eu 609 pour l'exercice 2013, contre 443 pour l'année 2012,
- Soit sous forme de « dépenses directes ». Ces dépenses directes correspondent notamment à l'ensemble des dépenses récurrentes qui ne peuvent donner lieu à un bon de commande préalable (téléphone, électricité, eau,...). Elles ont été au nombre de 1 187, contre 724 pour l'année précédente.

Dans tous les cas, ces engagements juridiques sont rattachés à un des engagements comptables provisionnels ou spécifiques, initiaux ou complémentaires.

La prédominance des dépenses directes s'explique par :

- ▣ leur caractère évaluatif :
  - consommations donnant lieu à facturation mensuelle (essence des 2 véhicules de service, EDF, téléphone, frais postaux),
  - charges à payer.
- ▣ leur caractère récurrent et forfaitaire :
  - bail (location de bureaux), marchés UGAP pour le ménage et la maintenance des copieurs, marché pour l'accueil-standard,
  - contrats de location de la machine à affranchir et des deux véhicules de service, contrat d'assurance en responsabilité civile.
- ▣ leur caractère personnel :
  - allocations chômage pour perte d'emploi pour les personnels,
  - prestations sociales, visites médicales.

Les bons de commande sont émis pour l'ensemble de la commande publique avant le début de la réalisation de toute prestation et avant la réception des factures. Ils représentent l'expression du (ou) des besoin(s) de l'acheteur public et, doivent être adressés aux prestataires concernés.

Certains de ces bons de commande concernent les marchés ou conventions référencés en tant que tels par le CNG (64 conventions, marchés ou lots en cours) auxquels sont rattachés les engagements comptables spécifiques et les engagements juridiques.

Le circuit décentralisé de la saisie des bons de commande permet à d'autres utilisateurs que les gestionnaires comptables, dans la mesure où ils agissent en tant que prescripteurs ou coordonnateurs des achats, d'enregistrer au fil de l'eau les engagements juridiques.

### ■ *Le cas particulier des frais de déplacement*

Cette catégorie spécifique de dépenses est liquidée et comptabilisée a posteriori car il s'agit de remboursements ou d'indemnités calculées au vu des états de frais transmis par les intéressés.

Le montant total de ces frais pour l'exercice 2013 s'élève à 717 251,10 €.

Comptes	Nature de la prestation	Exécution 2012	Exécution 2013	% entre 2013 et 2012
6244	Transports administratifs (SNCF)	0,00	0,00	
62471	Transport personnel CNG (SNCF)	10 049,15	8 843,30	-12,00%
62474	Transport CGES (AIR FRANCE)	3 950,68	11 747,86	197,36%
62478	Transport CAPN des directeurs SNCF)	4 201,01	2 899,12	-30,99%
<b>Total compte 624 "transports personnels CNG"</b>		<b>18 200,84</b>	<b>23 490,28</b>	<b>29,06%</b>
6255	Frais de déménagement	0,00	0,00	
62554	Frais de déménagement des CGES	8 680,09	12 260,36	41,25%
62561	Missions du personnel en propre du CNG	11 104,48	8 285,74	-25,38%
62564	Missions des CGES	27 088,52	26 592,95	-1,83%
62565	Missions des directeurs en recherche d'affectation	103 437,20	40 866,80	-60,49%
<i>Dont</i>	<i>Directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux</i>	<i>34 550,87</i>	<i>13 301,10</i>	<i>-61,50%</i>
<i>Dont</i>	<i>Directeurs d'hôpital</i>	<i>59 515,86</i>	<i>25 952,66</i>	<i>-56,39%</i>
<i>Dont</i>	<i>Directeurs d'hôpital nommés en surnombre</i>	<i>0,00</i>	<i>1 282,45</i>	
<i>Dont</i>	<i>Directeurs des soins</i>	<i>9 370,47</i>	<i>330,59</i>	<i>-96,47%</i>
62566	Missions des praticiens hospitaliers en recherche d'affectation	58 822,44	63 841,16	8,53%
62567	Frais de déplacement des membres de jurys de concours	456 891,14	477 813,37	4,58%
<i>Dont</i>	<i>Jurys de concours administratifs</i>	<i>35 757,66</i>	<i>43 736,61</i>	<i>22,31%</i>
<i>Dont</i>	<i>Jurys de concours médicaux</i>	<i>421 133,48</i>	<i>426 133,93</i>	<i>1,19%</i>
<i>Dont</i>	<i>Jurys de concours HU (co-gestion avec les MESR)</i>	<i>0,00</i>	<i>7 942,83</i>	
<i>Dont</i>	<i>Concours d'autorisation d'exercice</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	
62568	Missions des membres des commissions administratives paritaires nationales (directeurs), des commissions statutaires nationales (praticiens hospitaliers), des comités de sélection et des conseils de discipline, des commissions d'autorisation d'exercice et des instances du CNG	79 588,38	76 360,80	-4,06%
<i>Dont</i>	<i>Commissions d'autorisation d'exercice</i>	<i>24 573,78</i>	<i>31 725,76</i>	<i>29,10%</i>
<i>Dont</i>	<i>Instances au CNG (Conseil d'administration)</i>	<i>0,00</i>	<i>4 777,99</i>	
<i>Dont</i>	<i>Directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux</i>	<i>20 426,65</i>	<i>14 238,74</i>	<i>-30,29%</i>
<i>Dont</i>	<i>Directeurs d'hôpital</i>	<i>19 548,63</i>	<i>13 236,67</i>	<i>-32,29%</i>
<i>Dont</i>	<i>Directeurs des soins</i>	<i>1 866,32</i>	<i>2 465,55</i>	<i>32,11%</i>
<i>Dont</i>	<i>Praticiens hospitaliers</i>	<i>13 173,00</i>	<i>9 916,09</i>	<i>-24,72%</i>
<b>Total compte 625 "frais de transport"</b>		<b>736 932,16</b>	<b>693 760,82</b>	<b>-5,86%</b>
<b>Montant total des frais de déplacement Exercice 2013</b>		<b>755 133,00</b>	<b>717 251,10</b>	<b>-5,02%</b>

En 2013, 2 547 états de frais ont été enregistrés, contre 2 844 pour l'année 2012. Le montant total des frais de déplacement, figurant au compte 625, s'élève à 693 760,82 € et pour le compte 624 à 23 490,28 €.

Le tableau ci-après récapitule le nombre d'états de frais enregistrés en 2013, selon la nature de population concernée et par ordre décroissant en volume et en comparant avec les chiffres de l'année 2012 :

Répartition du nombre d'états de frais de déplacement			
Population concernée	Nombre 2012	Nombre 2013	Pourcentage d'évolution 2013/2012
<b>Membres de jurys de concours nationaux</b>	<b>1 614</b>	<b>1 647</b>	<b>2,04%</b>
<i>Dont concours administratifs</i>	137	142	
<i>Dont concours médicaux</i>	1 477	1 470	
<i>Dont personnels HU</i>	0	35	
<b>CGES</b>	<b>97</b>	<b>112</b>	<b>15,46%</b>
<b>Professionnels Hors RA</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>0,00%</b>
<i>Dont praticiens hospitaliers à temps plein</i>	4	0	
<i>Dont directeurs de soins</i>	6	14	
<i>Dont directeurs d'établissement sanitaire, social ou médico-social</i>	4	0	
<b>Professionnels en RA</b>	<b>572</b>	<b>280</b>	<b>-51,05%</b>
<i>Dont directeurs d'établissement sanitaire, social ou médico-social</i>	164	40	
<i>Dont directeurs d'hôpital</i>	168	61	
<i>Dont directeurs d'hôpital en surnombre</i>	0	8	
<i>Dont directeurs des soins</i>	24	2	
<i>Dont praticiens hospitaliers à temps plein</i>	216	148	
<i>Dont praticiens hospitaliers à temps partiel</i>	0	21	
<b>Membres d'instances nationales relatives à la gestion des professionnels</b>	<b>450</b>	<b>408</b>	<b>-9,33%</b>
<i>Dont directeurs d'établissement sanitaire, social ou médico-social</i>	87	54	
<i>Dont directeurs d'hôpital</i>	103	72	
<i>Dont directeurs de soins</i>	13	17	
<i>Dont praticiens hospitaliers à temps plein</i>	83	60	
<i>Dont praticiens hospitaliers à temps partiel</i>	0	0	
<i>Dont commissions d'autorisations d'exercice</i>	164	205	
<b>Divers (personnels du CNG, membres du Conseil d'administration)</b>	<b>97</b>	<b>86</b>	<b>-11,34%</b>
<b>Nombre total</b>	<b>2 844</b>	<b>2 547</b>	<b>-10,44%</b>

### 3.5.3 – Les mandatements, ordres de reversement et ré-imputations de dépenses

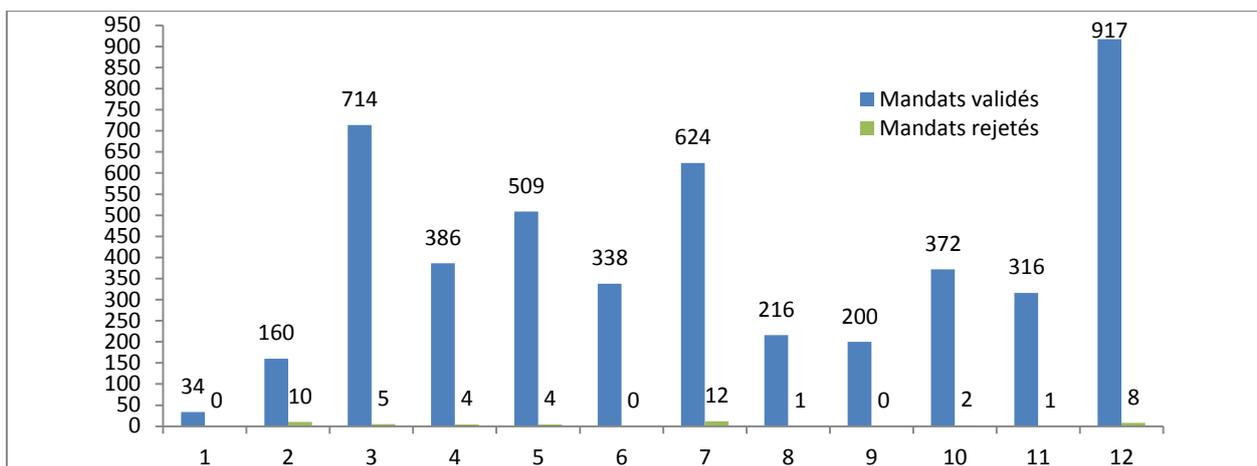
#### ■ L'émission et contrôle des mandats et des ordres de paiement

Différents contrôles, au niveau de l'unité finances, permettent de maîtriser, dès le stade de l'engagement juridique, certains risques dont l'indisponibilité des crédits, l'inexactitude de l'imputation comptable, une mauvaise destination de la dépense au niveau du service, la non répartition par axe analytique de la dépense, l'existence du visa du CGEFI si celui-ci est requis.

Le nombre de mandats validés ou rejetés au cours de l'exercice 2013 est de 4 833 (5 342 en 2012), ventilé de la façon suivante :

- 4 786 mandats validés, contre 5 283 pour l'année 2012,
- 47 mandats refusés, contre 59 pour l'année précédente.

Répartition mensuelle en nombre, des mandats validés ou rejetés au cours de l'exercice 2013													
Mois	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Nb total
Mandats validés	34	160	714	386	509	338	624	216	200	372	316	917	<b>4 786</b>
Mandats rejetés	0	10	5	4	4	0	12	1	0	2	1	8	<b>47</b>



Le montant total des mandats validés, donc comptabilisés dans les écritures de l'Agent Comptable, pour l'année 2013, est de 36 473 884,88 €. Celui relatif aux mandats rejetés et confirmés, pour cette même année, est de 298 421,23 €.

Répartition mensuelle en montant, des mandats validés ou rejetés au cours de l'exercice 2013 (en milliers d'euros)													
Mois	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Montant total
Mandats validés	1 446	1 886	1 993	2 329	2 531	2 562	3 339	3 781	1 689	3 909	2 528	8 481	36 474
Mandats rejetés	0	5	1	71	72	0	16	1	0	3	1	192	362

Les ordres de paiement sont établis pour des dépenses sans ordonnancement préalable (DSOP) : il s'agit plus particulièrement de charges de personnel. Leur nombre, au 31 décembre 2013, est de 356. Le montant est égal à 5 406 216,52 €.

Dans le cadre de la mise en œuvre du contrôle interne comptable et financier, les agents de l'Unité Finances effectuent un autocontrôle pour chaque opération de dépense, hors charges de personnel.

Pour les charges de personnel, la procédure de contrôle appliquée lors du traitement des rémunérations et des charges sociales, est extrêmement stricte. La personne en charge de liquider la paye et/ou les charges sociales mensuellement, n'est pas celle qui fait le contrôle de second niveau, tel que prévu dans les procédures de contrôle interne.

Après mandatement et avant validation pour paiement, l'Agent Comptable ou en cas d'absence, la personne responsable du secteur de cette dépense (Fondé de pouvoir) opère un contrôle de supervision sur chacun des mandats, des ordres de paiement et des ordres de reversement.

Ce contrôle permet de déceler les dernières anomalies.

La démarche de contrôle interne appliquée en matière de paiement des dépenses a pour objectif d'avoir l'assurance du bon paiement, à la bonne personne et à la bonne période et de la réalité du montant payé au vu des pièces justificatives fournies.

Les pièces relatives aux dépenses arrêtées lors d'un de ces contrôles donnent lieu, s'il s'agit de pièces justificatives inexistantes ou insuffisantes à la prise en charge différée des mandats ou, lors du constat d'une erreur, au rejet des mandats en cause.

Les rectifications d'erreurs après mandatement (ré-imputations de compte ou réaffectations sur des engagements) sont dues à un contrôle plus strict, centré sur un renforcement par l'Agent

Comptable au sein de l'unité Finances de l'application des procédures de contrôle interne comptable et financier, mises en place depuis 2010.

### 3.5.4- Les paiements

Les paiements effectués par l'Agent comptable du CNG représentent en 2013 un nombre de 13 823, contre 11 755 paiements en 2012.

Ces paiements se répartissent entre les différents moyens de paiement présentés ci-après :

- les virements bancaires télétransmis à la Recette générale des finances (RGF) sont au nombre de 13 683 pour l'exercice 2013, contre 11 547 virements effectués en 2012,
- les chèques tirés sur le compte au Trésor public de la RGF s'élèvent à 59 (contre 55 en 2012),
- les paiements par carte bleue se font essentiellement sur des sites internet sécurisés (ex : SNCF, AIR FRANCE, FNAC). En 2013, 69 paiements de ce type ont été effectués, contre 45 en 2012,
- les prélèvements automatiques sont majoritairement mensuels (EDF, DIAC-location et BOUYGUES). Leur nombre en 2013 est de 99, contre 94 en 2012,
- le nombre de Titres Interbancaires de Paiement est de 15, contre 14 en 2012.

### 3.5.5- Le recouvrement

Le nombre de titre individuels de recettes émis en 2013 (71 titres, contre 62 en 2012) ne reflète pas la charge de travail lié au recouvrement des créances du CNG.

Le financement du fonctionnement du CNG est assuré en 2013 en totalité par des subventions, des dotations et des contributions d'une part, au travers de trois sources de financement prévues par le décret constitutif du CNG en date du 4 mai 2007 modifié, publié au JORF du 5 mai 2007 et d'autre part, par une quatrième source de financement prévue par le décret d'application n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales, inscrit dans le cadre de l'article 46 de la loi « HPST » du 21 juillet 2009.

- une subvention de l'Etat, pour charge de service public,
- une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé,
- une contribution financière prévue au premier alinéa de l'article 116 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et qui concerne les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, sur la base d'un taux fixé annuellement par arrêté ministériel sur la base d'un pourcentage de leur masse salariale,
- une prise en charge au marc l'euro des charges exposées au titre des allocations par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), permettant la couverture des dépenses engagées par le CNG au titre du financement des contrats d'engagement de service public (CESP)<sup>1</sup>.

Pour 2013, le montant de ces ressources est de 38 803 152,14 € correspondant aux financements suivants :

- subvention de l'Etat à hauteur de 3 188 524 €, en diminution par rapport aux crédits votés (3 686 430 €) au BP 2013 (déduction d'un montant de 497 906 €),
- dotation forfaitaire de l'assurance maladie à 16 000 000 €, calculée au plus près de l'exécution prévisionnelle des dépenses 2013 en année pleine,
- contribution des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, calculée également, comme la dotation CNAMTS, au plus près de l'exécution<sup>2</sup> des dépenses 2013 en

<sup>1</sup> Ce mode de financement sera assuré par une dotation assurance maladie à compter de 2014 – cf. PLFSS 2014

<sup>2</sup> Les taux de recouvrement des contributions avoisinent chaque année, après une campagne de relance, les 99%.

année pleine, pour 10 406 110 €, soit un taux de prélèvement équivalent à 0,021% de la masse salariale 2011 de ces établissements,

- une ressource affectée du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), pour 8 216 762,63 €, dont un montant de produits à recevoir 2012 et 2013 en 2014 de 831 524,49 € ainsi que des remboursements par des étudiants et des internes, suite à la rupture anticipée de leur CESP, pour un montant total de 92 118,14 €.

Le montant des produits à recevoir 2012 et 2013 (voir ci-dessus) a été calculé en 2013 après diminution des indemnités constatées lors des ruptures de contrats. Ces indemnités n'ont pas à être reversées à la CNAMTS, car elles sont compensées.

Le montant versé par la CNAMTS au CNG pour les contrats d'engagement de service public en 2013, au titre de ce même exercice est de 7 293 120 €, inférieur au montant des allocations versées (7 777 000 €) par le CNG en 2013. Une régularisation sera opérée par la CNAMTS en 2014.

### 3.5.5.1 – L'origine des produits constatés et encaissés en 2013 pour financer le fonctionnement du CNG

Les ressources du CNG, pour l'exercice 2013, se répartissent comme suit :

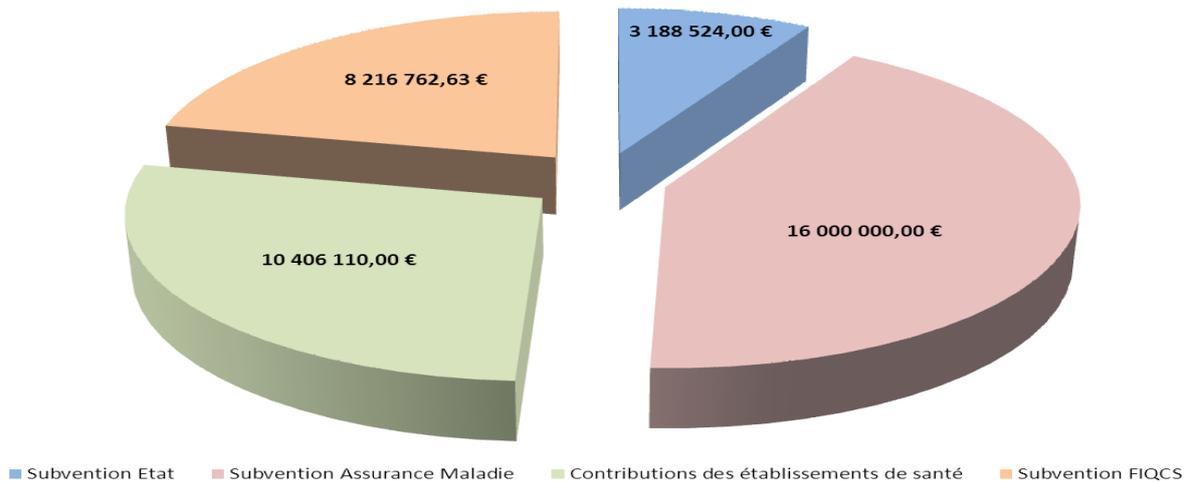
Compte	DOTATIONS et CONTRIBUTIONS	Budget initial 2013	Ressources prévues pour 2013 lors du vote du BI 2014 au vu des charges estimées pour le compte financier anticipé 2013	Droits constatés au compte financier 2013	% / Total constaté	Montants encaissés aux comptes 4	Taux de recouvrement
741 1	Etat	3 686 430,00	3 188 524,00	3 188 524,00	8,43%	3 188 524,00	100,00%
744 1	Assurance maladie	17 500 000,00	16 000 000,00	16 000 000,00	42,32%	16 000 000,00	100,00%
744 2	Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics *	16 696 574,00	10 406 110,00	10 406 110,00	27,52%	10 406 110,00	100,00%
757	FIQCS	12 944 400,00	9 116 400,00	8 216 762,63	21,73%	8 216 762,63	100,00%
<b>TOTAL</b>		<b>50 827 404,00</b>	<b>38 711 034,00</b>	<b>37 811 396,63</b>	<b>100,00%</b>	<b>37 811 396,63</b>	<b>100,00%</b>

\* Le recouvrement des contributions au titre de l'exercice 2013 se fera à partir des mois de mars-avril 2014 (arrêté du 19 novembre 2013 au titre de l'exercice 2013), d'où le constat au compte financier 2013 d'un montant de produits à recevoir de 10 406 110 € en attente des encaissements que le CNG n'a pas encore reçus. De fait, ce montant est le même que celui inscrit dans les colonnes « droits constatés au CF 2013 » et « montants encaissés aux comptes de classe 4 ».

\* La Cour des comptes a relevé auprès de l'Agent comptable qu'aucune décision modificative du budget de l'année N n'avait été établie lors des modifications substantielles des financements faites sur les ressources de l'année N lors du vote du BI de l'année N+1 (subvention de l'Etat, dotation forfaitaire des régimes obligatoires de sécurité sociale et contributions versées par les établissements de santé).

Sources de financement	Juin 04/06/2013	Juillet 17/07/2013	Août 27/08/2013	Novembre 18/11/2013	Décembre 02/12/2013	Décembre - Produits à recevoir
Etat : 3 188 524 €	1 275 410,00	1 275 410,00	0,00	637 704,00	0,00	0,00
Régimes obligatoires d'assurance maladie : 16 000 000 €	Versement mensuel de janvier à octobre 2013 : 1 100 000 € puis versement en novembre 2013 pour 2 600 000 € et versement du solde en décembre 2013 pour 2 400 000 €					
FIQCS : 8 216 762,63 €	0,00	0,00	1 605 000,00	0,00	5 780 238,14	831 524,49
Etablissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux : environ 2 600 contributeurs, contributions estimées à 10 406 110 €					6 108,89	10 400 001,11
<b>TOTAL DES ENCAISSEMENTS COMPTABLES DE L'ANNEE 2013</b>						<b>37 811 396,63</b>

### REPARTITION DES PRODUITS COMPTABILISES POUR 2013



Le total des encaissements comptables, pour l'année 2013, correspondent aux encaissements réels enregistrés dans la trésorerie du CNG mais également à la constatation en produits à recevoir de sommes notifiées avant le 31 décembre 2013, même si elles ne sont pas encore sur le Compte au Trésor public. Le détail de ces produits à recevoir est le suivant :

Source de financement	Montant 2013	Texte réglementaire ou document de référence
FIQCS (pour les CESP)	831 524,49 €	Convention financière
Contributions au titre de 2013	10 400 001,11 €	Arrêté du 19 novembre 2013 publié, au JORF du 24 novembre 2013
<b>TOTAL 2013</b>	<b>11 231 525,60 €</b>	

### **3.5.5.2 – Les contributions versées par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics**

Le versement des contributions des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux étant déclaratifs, on constate que des contributions sont versées chaque année sur l'exercice en cours au titre d'années antérieures. A ce titre, un récapitulatif de l'état des versements depuis 2011 est présenté ci-après.

#### **Les contributions au titre de l'exercice 2011**

Les contributions des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, pour l'année 2011, ont été rattachées à l'exercice 2011 pour un montant de 9 300 000 € (encaissements en 2011 de 139 241,93 € et produits à recevoir 2011 en 2012 de 9 160 758,07 €, en raison de la date tardive de publication de l'arrêté fixant le taux de ces contributions (arrêté du 29/12/2010 publié au J.O.R.F. du 1er janvier 2011).

**Au 31 décembre 2013**, sur un total d'environ 2 600 établissements contributeurs, un versement pour un montant de 9 262 563,20 € a été constaté, représentant 99,6% du budget prévisionnel 2011.

#### **Les contributions au titre de l'exercice 2012**

Les contributions des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, pour l'année 2012, ont été rattachées à l'exercice 2012 en produits à recevoir pour un montant de 9 596 454,03 €, en raison de la date tardive de publication de l'arrêté fixant le taux de ces contributions (arrêté du 6/12/2012 publié au J.O.R.F. du 16/12/2012).

**Au 31 décembre 2013**, sur un total d'environ 2 600 établissements contributeurs, un versement pour un montant de 9 111 956,25 € a été constaté, représentant 94,9% du budget prévisionnel 2012.

#### **Les contributions au titre de l'exercice 2013**

Les contributions des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, pour l'année 2013, représente un total de recettes à recouvrer de 10 406 110 €, dont la quasi-totalité en produits à recevoir pour un montant de 10 400 001,11 € (arrêté fixant le taux de la contribution du 19/11/2013 publié au J.O.R.F. du 24/11/2013).

### **3.5.5.3 – La résolution partielle des problématiques rencontrées au fil des ans par le CNG**

Depuis 2011, le CNG a résolu partiellement les problèmes rencontrés dans le suivi peu aisé des contributions dues par les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Le traitement d'une déclaration (même bien remplie) et l'imputation des fonds reçus est un travail particulièrement long.

Le rythme irrégulier du recouvrement des contributions est encore source de fragilité pour le CNG, compte tenu de la structure actuelle de son financement et de l'importance des charges récurrentes mensuelles (paiement de la masse salariale pour ces personnels en propres et les professionnels qui lui sont rattachés).

Enfin, aucun titre par établissement ne peut être inscrit en comptabilité en produits à recevoir. Le montant affiché dans les comptes est un montant global. Ce constat a fait l'objet d'une observation de la Cour des comptes lors de son contrôle sur la gestion du CNG fin 2011- début 2012.

#### **3.5.5.4 – L'accès aux masses salariales des établissements**

La Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) a fourni au CNG les masses salariales des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics pour les années 2007 à 2010.

Les données 2011 ont été transmises par la Direction du budget, qui a passé une convention avec la DGFIP laquelle inclut pour partie les données relatives aux masses salariales (comptes 631, 633 et 64) de ces établissements.

Ces données, primordiales pour la sécurisation du processus de traitement des contributions, permettent une amélioration dans la gestion du traitement de celles-ci, versées par les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Comme en 2011, l'appel à contributions au titre de l'exercice 2012 a été effectué en janvier 2013 sur la base d'un bordereau de déclaration pré-rempli. Celui-ci indique la masse salariale de l'établissement (telle que renseignée dans les fichiers de la DGFIP) ainsi que la contribution à verser au CNG.

En 2011, un certain nombre d'établissements ont précisé qu'ils n'étaient pas d'accord avec le montant de la masse salariale indiquée et ont corrigé ce montant en adressant au CNG, à l'appui de leur bordereau, les pages de leur compte financier 2011, relatives aux comptes 63 et 64 correspondant à leur masse salariale, lesquelles ont été certifiées par les trésoriers ou receveurs de ces établissements.

Cette nouvelle organisation doit permettre une meilleure fiabilisation des données traitées, et ultérieurement une mise en place des outils de recouvrement des contributions impayées qui passeront de la simple relance écrite (procédure active) au titre exécutoire, comme souhaité par la Cour des comptes.

#### **3.5.5.5 – La création d'un portail pour la déclaration, puis le paiement des contributions**

La création de ce portail pour la déclaration des contributions était prévue en 2012. Ce chantier prioritaire a été intégré au schéma directeur du système d'information du CNG.

Le projet de création de ce portail au titre de la télé-déclaration, dans un premier temps, a été lancé durant le dernier trimestre de l'année 2013 pour un objectif d'ouverture de cet outil dès le début de la campagne de contributions prévue pour le dernier trimestre 2014.

Ce portail permettra d'optimiser le recouvrement des contributions mais également participera à l'élaboration d'un référentiel des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics puisque son élaboration se fera en collaboration avec le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

De nombreux organismes sociaux, comme, par exemple, le Fonds de Solidarité, utilisent des portails de télé-déclaration et de télépaiement pour le recouvrement de leurs cotisations.

La mise en place d'un portail pour la déclaration puis le paiement des contributions comporte de nombreux avantages pour le CNG, mais également pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Cependant, la télé-déclaration devra impliquer à terme le télépaiement, ce qui sera envisagé lors d'une seconde phase de développement de cette application. L'inscription du service déclarant (ou ordonnateur) nécessitera l'inscription du service comptable (agent comptable, trésorier, service de paiement).

Une convention devra être passée prochainement avec la DGFIP (DRFIP), afin de mettre en place les prélèvements directs, à une date donnée, des comptes au Trésor des comptes publics de ces établissements pour intégration des contributions au compte au Trésor du CNG.

Le portail de télé-déclaration puis télépaiement permettra :

- une connexion, via internet sur un site sécurisé (type « https »), à tout moment pour déclarer, payer ou suivre l'avancement du dossier, ainsi que l'historique des déclarations et paiements réalisés,
- les possibilités de complément de déclaration, régularisation sur les déclarations passées, compensation automatisée en cas de trop versé,
- le suivi de chaque étape de la déclaration et du paiement grâce à la réception de courriels automatiques au fur et à mesure de l'avancement de la procédure,
- la garantie contre tous risques d'erreurs grâce à l'inscription conjointe du déclarant (l'ordonnateur) et du service payeur (le comptable), chacun devant valider les sommes déclarées avant paiement par prélèvement,
- le respect des règles de la Comptabilité publique : ordonnateur et comptable,
- le paiement par prélèvement sur le compte qui a été désigné par le service payeur,
- le débit sur le compte à une date fixée à l'avance.

### 3.6- Les affaires juridiques

Hormis les contentieux formés par les praticiens et les directeurs, l'unité des affaires juridiques (UAJ) gère aussi ceux relatifs aux concours et à la procédure d'autorisation d'exercice. Dans ce dernier cas, l'unité rédige en lieu et place du ministère chargé de la santé les recours qui sont ensuite soumis à la signature de la ministre. Les frais liés à ces contentieux sont donc intégralement supportés par le ministère chargé de la santé.

#### 3.6.1- Les recours pour les concours médicaux

Seuls les concours médicaux font l'objet de recours

Concours - Evolution du stock du 31/12/2012 au 31/12/2013			
	Nombre de dossiers	Requêtes enregistrées	Affaires jugées
2012	20	17	13
2013	14	8	14

Concours - Rédaction - Evolution du 01/01/2012 au 31/12/2013		
Année	2012	2013
Mémoire en défense	23	10
Conseil	16	20
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>30</b>

Le nombre de requêtes enregistrées en 2013 a baissé de 53%. Le nombre de mémoires a baissé de 56% par rapport à 2012 au profit du nombre de conseils (+ 25% en 2013).

Concours - Contentieux par thème - Evolution du 31/12/2012 au 31/12/2013		
Nature des contentieux	Dossiers en instance au 31/12/12	Dossiers en instance au 31/12/13
Recours pour excès de pouvoir (REP)	16	10
Appel	0	2
Sursis à exécution	2	1
Pourvoi	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>14</b>

Les recours pour excès de pouvoir représentent, comme en 2012, la part la plus importante des recours introduits par les candidats (72%), suivi des appels (14%) et à parité, des sursis à exécution et des pourvois (7% chacun).

Concours 2013 - Sens du jugement		
Jugement	Nombre de dossiers	%
Annulation/Non admission pourvoi CNG	1	7%
Désistement/Non lieu/Renvoi	4	29%
Rejet/Non admission pourvoi requérant	9	64%
Suspension	0	0%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

64% des requêtes introduites en 2013 ont fait l'objet d'un rejet et 29%, à part égale, d'un non-lieu ou d'un désistement.

Concours - Bilan financier 2013			
	Demande du requérant	jugement	% (montant accordé / montant demandé)
Indemnités préjudices	0 €	0 €	0%
Frais de justice	22 500 €	0 €	0%
<b>Total</b>	<b>22 500 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0%</b>

Aucun coût lié aux recours en matière de concours n'est enregistré.

### 3.6.2 - Les contentieux spécifiques aux procédures d'autorisation d'exercice (PAE)

Evolution du stock PAE du 31/12/2012 au 31/12/2013	
Nombre de dossiers au 31/12/12	16
Nombre de dossiers au 31/12/13	19
Requêtes enregistrées en 2013	12
Affaires jugées en 2013	9

PAE - Rédaction - Evolution du 01/01/2012 au 31/12/2013		
Année	2012	2013
Mémoire en défense	12	11
Conseil	1	5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>16</b>

PAE - Affaires jugées en 2013		
Jugement	Nombre Dossiers	%
Annulation/Non admission pourvoi CNG	1	11%
Désistement/ Non lieu/Renvoi	0	0%
Rejet/Non admission pourvoi requérant	8	89%
Suspension	0	0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Le stock de dossiers relatifs à la PAE est resté quasi stable. Cela s'explique par le fait qu'en 2011 et 2012, le stock de dossiers relatifs à la PAE étant le plus important, de nombreux mémoires avaient été rédigés, ce qui avait eu pour effet, de réduire le stock (67% de moins en 2012).

PAE - Sens des jugements en 2013		
Jugement	Nombre Dossiers	%
Annulation/Non admission pourvoi CNG	1	11%
Rejet/Non admission pourvoi requérant	8	89%
Suspension	0	0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Parmi les affaires jugées en 2013, 89% des recours ont fait l'objet d'un rejet par le juge administratif. Seuls 11% des décisions ont été annulées, aucune n'a été suspendue.

Les mémoires en défense constituent toujours la part essentielle de l'activité de l'unité, contrairement aux autres secteurs, mais le nombre de conseils, même s'il demeure faible, a augmenté de 45%.

Evolution nature contentieux PAE du 31/12/2012 au 31/12/2013			
Nature des contentieux	Dossiers en instance au 31/12/12	Dossiers en instance au 31/12/13	% au 31/12/13
Recours pour excès de pouvoir	13	16	80%
Appel	1	1	5%
Référé	0	1	5%
Indemnitaires	1	0	0%
Pourvoi	1	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Les recours pour excès de pouvoir restent le motif dominant dans les contentieux ouverts au titre de la PAE (80%, contre 83% en 2012).

PAE - Bilan financier 2013			
	Demande du requérant	jugement	% (montant accordé / montant demandé)
Indemnités préjudices	294 986 €	0 €	0%
Frais de justice	30 500 €	1 500 €	5%
<b>Total</b>	<b>325 486 €</b>	<b>1 500 €</b>	<b>0%</b>

Même si le CNG ne prend pas en charge les frais liés à la PAE, puisqu'il s'agit de décisions prises par la ministre chargée de la santé, il est à noter que le coût de ces contentieux reste très faible (0,46%).

### 3.6.3 - Les prestations de service de l'unité des affaires juridiques confirment son rôle transversal de prestataire de service

#### 3.6.3.1 - En matière de contentieux

BILAN DES AFFAIRES JURIDIQUES 2013								
			PH	HU	Directeurs	Concours	PAE**	TOTAL
stock	évolution 2012-2013	Affaires en cours au 31/12/12	81	4	41	20	16	162
		Affaires en cours au 31/12/13	61	1	26	14	19	121*
	2013	Affaires jugées	57	2	37	14	9	119
		Nouvelles Requêtes	37	2	22	8	12	81
		Affaires en cours au 31/12/13	61	1*	26	14	19**	121*
Rédaction	2012	Mémoires en défense/réplique	44	0	28	23	12	107
		Conseils	28	0	27	16	1	72
		Total 2012	72	0	55	39	13	179
	2013	Mémoires en défense/réplique	52	2	43	10	11	118
		Conseils et précontentieux	43	0	42	20	5	110
		<b>Total 2013</b>	<b>95</b>	<b>2</b>	<b>85</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>228</b>
jugements	2013	Annulation/Non admission pourvoi CNG	12	1	12	1	1	27
		Désistement / Non-lieu / Renvoi	7	0	0	4	0	11
		Rejet/Non admission pourvoi requérant	37	1	24	9	8	79
		Suspension	1	0	1	0	0	2
		<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>2</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>118</b>
Bilan financier	2013	Indemnités de préjudice demandées	795 263 €	0 €	2 069 465 €	0 €	294 986 €	3 159 714 €
		Indemnités de préjudice obtenues	68 504 €	0 €	59 599 €	0 €	0 €	128 103 €
		Frais de justice demandés	68 504 €	6 000 €	59 600 €	22 500 €	30 500 €	187 104 €
		Frais de justice obtenus	15 100 €	1 500 €	11 600 €	0 €	1 500 €	29 700 €
		<b>Total (Indemnités +frais de justice obtenus)</b>	<b>83 604 €</b>	<b>1 500 €</b>	<b>71 199 €</b>	<b>0 €</b>	<b>1 500 €</b>	<b>157 803 €</b>

(\*) Le ministre chargé de la santé édictant conjointement avec le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, les décisions relatives à l'entrée et à la sortie de la carrière des HU, les contentieux afférents ont été transférés au ministère, ce qui explique que l'on ait 121 affaires en stock et non 124.

(\*\*) Les autorisations d'exercice relevant de la compétence du ministre chargé de la santé, les frais liés à la PAE sont pris en charge par le ministère et non par le CNG.

Le stock de contentieux continue de se résorber (moins 30% encore en 2013).

Contrairement aux années antérieures, cette baisse concerne surtout les praticiens hospitaliers (25% de moins en 2013) et les directeurs (37% de moins en 2013).

Cette réduction est due à la conjonction de deux facteurs :

- une coopération encore plus étroite qu'en 2012 entre les départements de gestion et l'UAJ accentuent la prévention des contentieux (110 conseils ont été délivrés en 2013, contre 72 en 2012, soit une hausse de 53%). En outre, des réunions régulières sont organisées, notamment avec le département des praticiens hospitaliers et depuis cette année, celui des concours. Les décisions présentant des difficultés de motivation sont soumises pour avis à l'UAJ, notamment les licenciements des praticiens hospitaliers en période probatoire. L'activité de conseil s'est accrue en 2013 (53% de plus qu'en 2012, année au cours de laquelle la hausse était déjà très importante : + 118%).
- une intensification du nombre de mémoires rédigés (pour 81 nouvelles requêtes enregistrées, 118 mémoires en défense (contre 107 en 2012).

S'agissant du coût global des contentieux, il reste extrêmement faible. En effet, sur les 3 346 818 € demandés (3 159 714 € au titre des préjudices subis et 187 104 € au titre des frais de justice), seuls 156 303 € (128 103 € au titre des préjudices subis et 28 200 € au titre des frais de justice) sont à la charge du CNG, soit 4,6 %. Il est en outre à noter que ces frais sont surtout liés aux frais engendrés par les difficultés d'exécution de certains contentieux qui entraînent des pénalités.

Enfin, l'UAJ a commencé à exploiter les jugements 2013 pour sécuriser au mieux l'activité juridique du CNG en listant les causes et moyens d'annulation. De même, l'ouverture prochaine de sa base dématérialisée de conseils permettra aux référents juridiques du CNG d'accéder à l'ensemble des conseils déjà délivrés depuis la création du CNG en 2007.

### **3.6.3.2 – En matière de marchés publics**

- Nombre de consultations lancées : 8, soit 7 en procédure adaptée, et 1 en procédure formalisée ;
- Nombre de consultations infructueuses ou déclarées sans suite : 3 consultations infructueuses ;
- Nombre de marchés notifiés : 14, soit 79 MAPA et 5 marchés, suite à une procédure formalisée ;
- Nombre d'accords-cadres notifiés : 1 ;
- Nombre de marchés subséquents notifiés : 2 pour l'accompagnement externalisé, 8 pour la supervision de l'unité mobilité et développement professionnel et 3 pour les marchés subséquents de formations.
- Nombre d'avenants notifiés : 4 ;
- Nombre d'offres reçues dans les délais : 1.
- Montants des engagements juridiques concernant les marchés notifiés en 2013 : environ 976 086,59 € TTC.

Aucune procédure contentieuse n'a été engagée en 2012 concernant les marchés publics et les accords-cadres du CNG.

**Principales opérations réalisées :**

- Achat de prestations de réalisation d'un service en ligne (WEB) ;
- Services de transcription de réunions pour le CNG ;
- Services nécessaires à l'organisation du concours national de praticien des établissements publics de santé ;
- Services de préparation aux concours et examens professionnalisés réservés, organisés dans le cadre de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 ;
- Services d'impression de documents du CNG avec services associés ;
- Services de création et d'exécution graphique ;
- Services de numérisation des cahiers d'épreuve des candidats aux concours nationaux administratifs de la fonction publique hospitalière.

### 3.7- Les archives

L'ensemble des documents produits par le CNG à l'occasion de ses activités constitue des archives publiques. Pour leur gestion, on distingue classiquement, les archives courantes constituées par les documents qui sont d'utilisation habituelle pour l'activité des services, établissements et organismes qui les ont produits ou reçus, les archives intermédiaires qui ne sont plus d'utilisation courante mais n'ont pas encore fait l'objet des opérations de tri et d'élimination et les archives définitives qui ont fait l'objet de telles opérations et sont à conserver, sans limitation de durée.

La conservation des archives courantes et intermédiaires est, en principe, à la charge des administrations, établissements et organismes qui les ont produites ou reçues. Toutefois, ceux-ci peuvent également externaliser cette conservation auprès d'un organisme public ou privé agréé à cet effet. Tel a été le choix du CNG, essentiellement en ce qui concerne les dossiers des praticiens qu'il gère, ce qui a par ailleurs, permis d'optimiser l'espace des bureaux pour respecter le ratio de m<sup>2</sup> autorisé par agent (12m<sup>2</sup>).

Une archiviste met en œuvre la politique de gestion de l'information documentaire du CNG afférente aux missions assurées par l'établissement. A ce titre, elle assure les versements aux Archives Nationales -compétentes à l'égard des administrations centrales de l'Etat et de ses établissements publics- ainsi que leur suivi et les destructions d'archives.

#### 3.7.1- La gestion directe d'archives

**Tableau des versements aux Archives Nationales, des demandes de dossiers déjà versés aux Archives Nationales et des destructions d'archives en mètres linéaires**

		DGPH	DGD	DCAEMDP	DAG	TOTAL
Versements aux Archives Nationales	2012	51 cartons	2 cartons	53 cartons	/	106 cartons
	2013	12 cartons	33 cartons	105 cartons	/	150 cartons
	<b>Total 2012- 2013</b>	<b>63 cartons</b>	<b>35 cartons</b>	<b>158 cartons</b>	<b>/</b>	<b>256 cartons</b>
Demandes de dossiers déjà versés aux AN	2012	11	3	/	3	17
	2013	10	4	1	/	15
	<b>Total 2012-2013</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>32</b>
Destructions d'archives (en mètres linéaires)	2012	11	5,75	23,85	/	40,60
	2013	1,70	23,60	23	/	48,30
	<b>Total 2012-2013</b>	<b>12,70</b>	<b>29,35</b>	<b>46,85</b>	<b>/</b>	<b>88,90</b>

On constate que les versements aux Archives Nationales ont augmenté pour le DCAEMDP et baissé de façon significative en ce qui concerne le département de gestion des Praticiens hospitaliers. Cela s'explique par le fait que les dossiers de praticiens hospitaliers qui ne sont plus en activité depuis plus d'un an ne sont plus versés aux Archives Nationales depuis 2012 mais confiés à un prestataire d'archivage externalisé, la société AGO.

Il convient également de noter, pour expliquer la volumétrie de l'archivage des dossiers du DCAEMDP (cellule transversale chargée des procédures d'autorisation d'exercice), que la périodicité de versement est passée à un rythme annuel (au lieu d'une fois tous les deux ans précédemment), en raison du nombre important de dossiers gérés.

Les destructions d'archives confidentielles ont augmenté pour le DGD en raison d'une optimisation de la gestion des documents papiers, notamment par la destruction des copies de documents de commissions, telles que les comités de sélection, les CAP, etc. A ce titre, la société « La Corbeille Bleue » est intervenue 3 fois en 2013.

### 3.7.2- *La gestion externalisée des archives*

Afin d'optimiser l'espace dont il dispose, en conformité avec son schéma pluriannuel de stratégie immobilière (SPSI), le CNG a, confié la conservation de certaines de ses archives courantes à un prestataire extérieur. Un marché public a été organisé à cet effet et notifié en 2012 à la société AGO (Archivage Gestion Organisation), spécialiste de l'archivage papier et numérique. Il concerne actuellement l'archivage externe des :

- Dossiers de carrière des praticiens hospitaliers (PH) gérés par le DGPH (ce qui a permis de récupérer une surface utile nette de 70 m<sup>2</sup> au premier étage pour l'aménager en bureaux au bénéfice des agents chargés d'instruire les dossiers soumis aux commissions nationales d'autorisation d'exercice) ;
- Dossiers de carrière des personnels enseignants et hospitaliers (HU) gérés par le DGPH, pour la partie hospitalière de leur activité ;
- Dossiers de contentieux et dossiers de marchés gérés par le DAG (Unité des Affaires Juridiques) ;
- Dossiers de carrière des personnels du CNG gérés par le DAG (Unité de Gestion des Ressources Humaines et des Affaires Générales).

Ces prestations concernent :

- Le stockage externe des dossiers (préparation, conditionnement, enlèvement, transport, dépôt et conservation entre les sites désignés par le CNG et son (ou ses) site(s) de conservation) ;
- Les prestations identiques en cas de numérisation entre son site de conservation et celui de l'éventuel titulaire des opérations de numérisation ;
- La restitution des dossiers qui lui ont été confiés par le CNG notamment pour communication administrative, pour versement aux Archives Nationales, en cas de résiliation ou de fin de contrat ;
- La destruction sécurisée de dossiers à la demande du CNG ;
- La mise en œuvre d'un outil de gestion de bases documentaires, ses maintenances et les formations associées.

Le secteur archives connaît donc une montée en charge significative depuis 2012 avec le suivi de ce marché sur plusieurs points dont l'organisation des réunions régulières et les relations courantes avec le prestataire, la gestion des dysfonctionnements ainsi que le suivi de la facturation.

### 3.8- La logistique

Le CNG est engagé dans une démarche d'amélioration des conditions de vie au travail. Elle s'inscrit notamment par un aménagement des espaces de travail. En liaison avec un ergonome, les situations de travail sont étudiées et des réponses adaptées sont apportées.

En 2013, le CNG a répondu aux besoins recensés les plus urgents. Ainsi, la logistique a pris en charge plusieurs actions s'inscrivant dans cette démarche. Dans ce cadre, la majorité des bureaux des assistantes de département ont fait l'objet d'un aménagement avec de nouveaux mobiliers afin de répondre de manière optimale à leurs contraintes professionnelles.

Par ailleurs, un grand bureau a été scindé en bureaux individuels (unité de gestion des ressources humaines). Cette nouvelle configuration permet aux deux gestionnaires de recevoir les agents en toute confidentialité.

Cette démarche sera poursuivie en 2014.

La logistique est chargée de s'assurer du bon état des locaux. A ce titre, elle organise les contrôles annuels des installations (électriques, blocs de secours, extincteurs, ...) et prend en charge les échanges avec le propriétaire pour toutes les questions de sécurité et d'entretien à la charge de celui-ci.

En outre, la logistique a en charge :

Les échéances et le suivi des marchés en lien avec le fonctionnement de l'établissement. Ainsi, elle a procédé au :

- renouvellement des conventions UGAP :
  - « Prestation accueil »
  - « Prestation ménage ».
- lancement d'un appel d'offre pour la prestation « reprographie » en octobre 2013. La société Atelier Demaille a été choisie pour assurer cette prestation.

Le suivi des conventions avec l'UGAP porte sur :

- les consommables,
- l'installation et l'entretien des photocopieurs,

### 3.9- Le courrier

En 2013, l'activité du pôle courrier a légèrement augmenté. La volumétrie de courrier a progressé de 7% (237 621, contre 221 970 en 2012), tandis que le montant des affranchissements et des frais divers a diminué de 7% (84 120,24€, contre 90 488,01€ en 2012), soit un ratio de 1 110 courriers/jour, dont 359 courriers expédiés et 751 reçus.

Trois facteurs expliquent cette variation, dont deux liés à la mise en place d'une nouvelle cellule de gestion au sein du DGPH :

- Un plus grand nombre de plis reçus par le CNG, consécutif notamment à la création de la cellule de gestion des HU et des CESP ;
- La gestion dématérialisée de cette nouvelle cellule qui ne génère donc pas de coût d'affranchissement supplémentaire et qui se traduit par une légère baisse dans le nombre total de plis envoyés ;
- La gestion du stock de « consommables courrier » optimisée en 2013.

Concernant le courrier expédié en 2013, on recense 70 949 courriers sortants, soit une baisse de 1,09% (contre 71 730 plis en 2012). De ce fait, le coût global d'affranchissement a reculé de 2% (75 920,80€, contre 77 495,96€ en 2012).

La « lettre économique » reste le principal mode d'envoi et l'affranchissement en « lettre prioritaire » est systématiquement remplacé par le tarif « lettre verte ».

La machine à affranchir a été remplacé par un nouvel équipement plus moderne et plus simple d'utilisation. Celui-ci enregistre notamment deux flammes publicitaires, apposées aux côtés du timbre :

- Une générique « CNG » utilisé pour le courrier de tous les départements ;
- Une spécifique « CNG - ECN » utilisé pour la correspondance des Epreuves Classantes Nationales (« internat en médecine »).

Ces deux flammes publicitaires permettent au CNG d'acheter des enveloppes standards et de ne plus impacter le marché impression.

#### ■ **Les statistiques par départements**

- le département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel représente 41,5 % de l'activité courrier (29 704 envois, contre 30 740 en 2012) ;
- le département de gestion des praticiens hospitaliers : 28,3% de l'activité (20 063 envois, contre 19 414 en 2012) ;
- le département de gestion des directeurs : 17,9% (12 671 envois, contre 14 132 en 2012)
- le département des affaires générales : 11,3% de l'activité (8 039 plis, contre 6 874 en 2012).

#### ■ **Les autres activités – courses et petits travaux d'entretien**

S'agissant des autres activités du pôle courrier, on recense en 2013, 455 courses dans Paris et sa banlieue proche (contre 405 en 2012) dont :

- 200 courses au ministère chargé de la santé
- 24 au Contrôle Général Economique et Financier
- 51 transferts de dossiers au Conseil National de l'Ordre des Médecins

Enfin les agents du pôle sont intervenus 113 fois pour diverses tâches dans l'établissement, en lien étroit avec la logistique (changement d'ampoules et de néons, déménagement et réparation de petit mobilier, participation à l'organisation de manifestations, etc...).

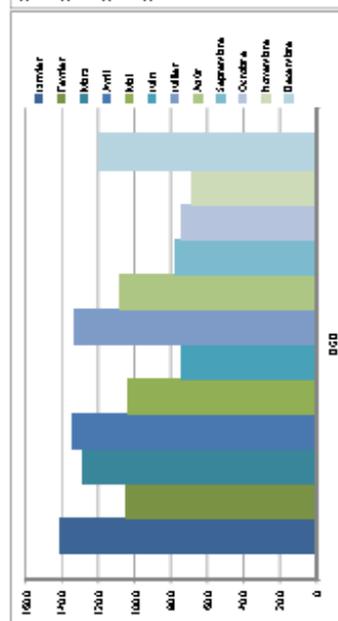
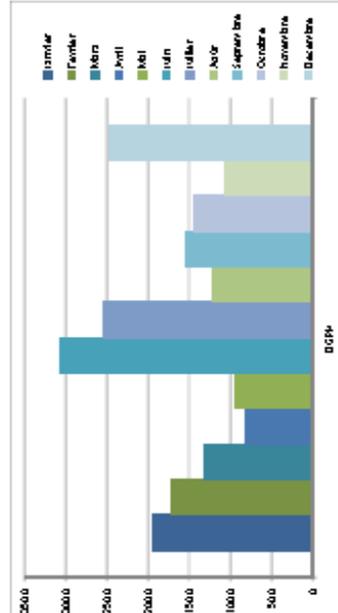
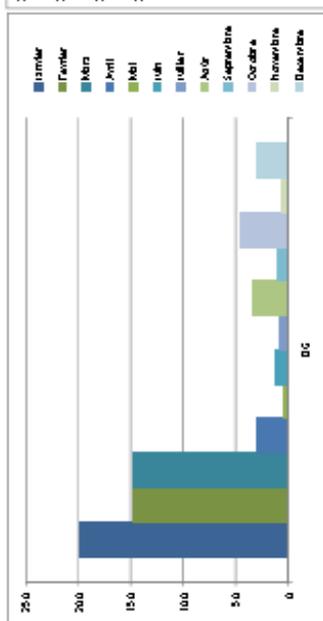
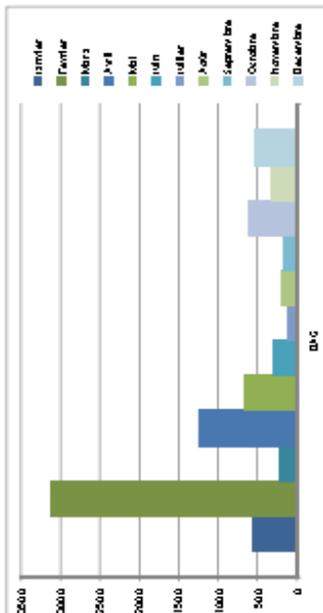
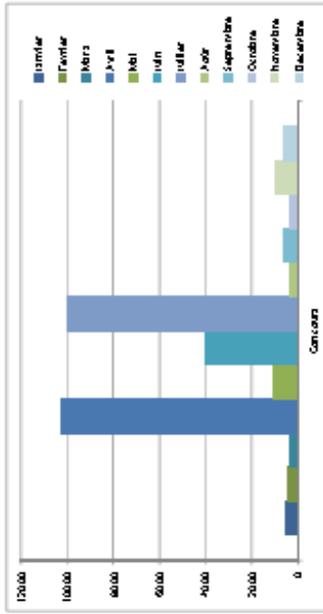
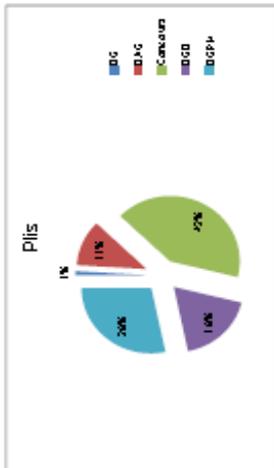
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total					
DC	193	129,23 €	147	111,73 €	3	2,24 €	12	13,03 €	33	22,24 €	43	22,31 €	7	11,47 €	23	44,71 €		
DCG	332	407,94 €	5120	1.807,40 €	1230	332,23 €	653	437,01 €	170	238,23 €	620	401,20 €	319	344,31 €	310	437,29 €		
Concours	300	333,17 €	312	333,09 €	103,20	0,112,38 €	1097	233,36 €	314	220,38 €	347	0,11,13 €	324	133,33 €	303	326,40 €		
DCD	1407	1124,44 €	1049	331,70 €	1240	1110,71 €	1034	333,06 €	737	730,03 €	1033	334,38 €	735	226,44 €	626	324,13 €	1.200	1024,34 €
DCP	1949	4179,23 €	1719	1331,32 €	1319	1324,04 €	313	336,29 €	313	336,29 €	1433	1421,62 €	1079	333,19 €	2462	3471,19 €	4809	7379,52 €
Total	4065	6740,33 €	4621	3379,52 €	3320	3336,14 €	3747	3160,71 €	2002	3103,14 €	3124	3304,54 €	3084	3345,20 €	4809	7379,52 €		

TABLEAU N°06 : BILAN MOIS

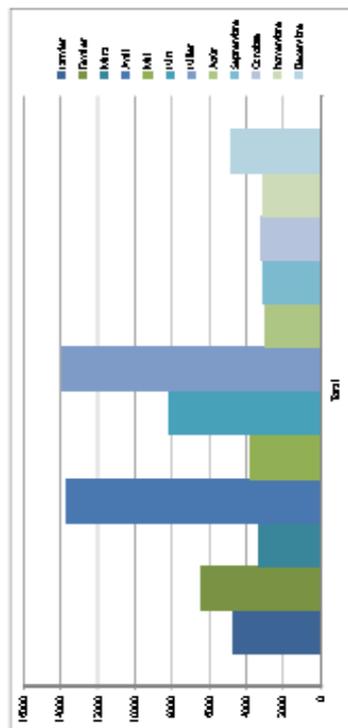
	Pls	la s'f
DC	672	1.036,20 €
DCG	3039	6.343,17 €
Concours	2939	2.419,32 €
DCD	12571	11.230,78 €
DCP	20263	33.470,71 €

TABLEAU N°07 : Bilan

	Pls	la s'f
Pls	70000	73.320,30 €

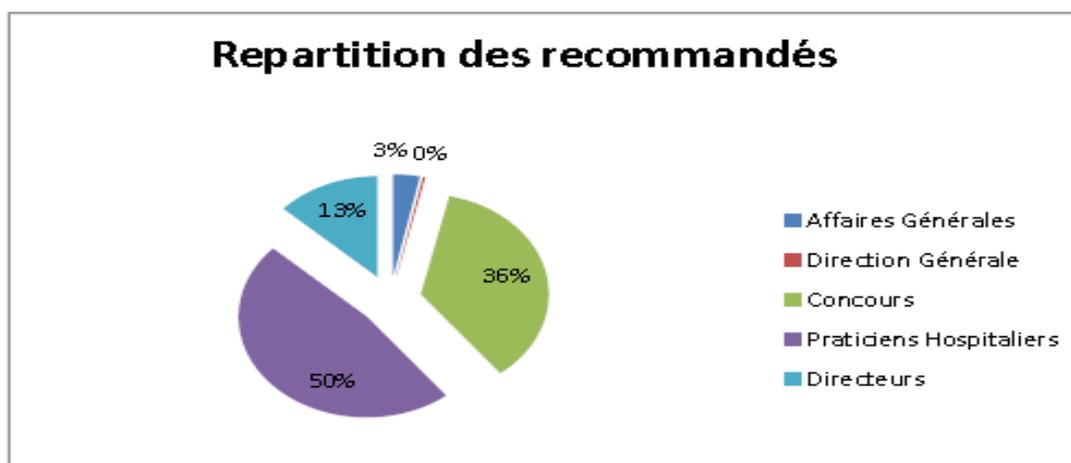


	Janer	Feb	Mar	Abr	Maj	Jun	Juli	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Diciembre	Total	Total III	Total III
Administratiu	79	2.159,06€	100	300,00€	100	300,00€	100	300,00€	100	300,00€	100	300,00€	1.000	3.000	3.000
Lerna Pila	9	72,48€	13	104,94€	13	104,94€	10	81,96€	11	89,97€	10	81,96€	4	32,78€	373
Informativa															
Informativa	1	1,79€	2	15,96€	0	-€	1	8,98€	0	-€	0	0	0	-€	5
Recorrida															
Informativa	7	57,17€	7	57,17€	5	42,88€	6	51,90€	7	61,79€	15	122,04€	6	49,59€	113
Lerna Pila	349	2.203,79€	604	3.702,70€	2.917	1.865,41€	1.383	728,931€	2.011	2.071,16€	2.072	1.770,81€	2.024	2.122,57€	5.347
Lerna Pila	6	14,40€	1	1,44€	1	0,39€	9	7,20€	6	4,15€	2	1,27€	2	1,34€	5
Lerna Viena	16	24,19€	32	160,94€	105	168,27€	177	252,40€	266	407,22€	66	197,49€	66	197,49€	9.776
Recorrida	477	2.126,20€	211	1.692,37€	142	666,76€	162	302,84€	110	540,00€	259	1.462,84€	102	470,04€	4.208
Col·labora	0	-€	0	-€	0	-€	0	-€	0	-€	0	0	0	-€	2
<b>Total</b>	<b>477</b>	<b>6.702,24€</b>	<b>672</b>	<b>5.279,32€</b>	<b>3.241</b>	<b>3.240,61€</b>	<b>1.545</b>	<b>910,932€</b>	<b>3.792</b>	<b>3.469,71€</b>	<b>3.170</b>	<b>3.242,30€</b>	<b>4.700</b>	<b>7.674,24€</b>	<b>70.949</b>



## Envois en recommandé

	Total	Entrants	Sortants
Affaires Générales	910	552	358
Direction Générale	63	54	9
Concours	9807	8898	909
Praticiens Hospitaliers	13028	8222	4806
Directeurs	3591	3108	483
<b>Total</b>	<b>27399</b>	<b>20834</b>	<b>6565</b>



### Interventions des agents du pôle courrier

2013	Travaux/Entretiens				Courses				Chauffeur	Total
	Changement ampoule/Néon	Montage/Réparation meuble	Déménagements	Divers	CNOM	Ministère	CGEFI	Divers		
Janvier	5	3	2	1	4	14	4	6	1	40
Février	11	5	5	3	4	17	4	5	2	56
Mars	3	1	2	1	4	17	2	4	3	37
Avril	3	2	2	1	6	21	5	4	0	44
Mai	1	0	0	4	4	16	2	7	3	37
Juin	6	3	0	6	5	15	1	1	0	37
Juillet	6	1	0	0	4	13	5	8	1	38
Aout	6	0	0	1	2	13	1	2	0	25
Septembre	2	1	0	0	5	19	0	2	2	31
Octobre	10	1	2	1	5	22	0	9	0	50
Novembre	4	2	4	0	4	16	0	5	1	36
Décembre	2	0	0	0	4	17	0	1	0	24
<b>Totaux</b>	<b>59</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>51</b>	<b>200</b>	<b>24</b>	<b>54</b>	<b>13</b>	<b>455</b>

## Quatrième partie

**4<sup>ème</sup> partie – La communication du CNG : une politique de communication qui s’est intensifiée dans tous les domaines, illustrative de la reconnaissance du rôle clé du CNG dans le paysage institutionnel de la santé**

**4.1- Le site internet**

**4.2- La communication événementiels et les participants**

**4.3- Les relations avec la presse**

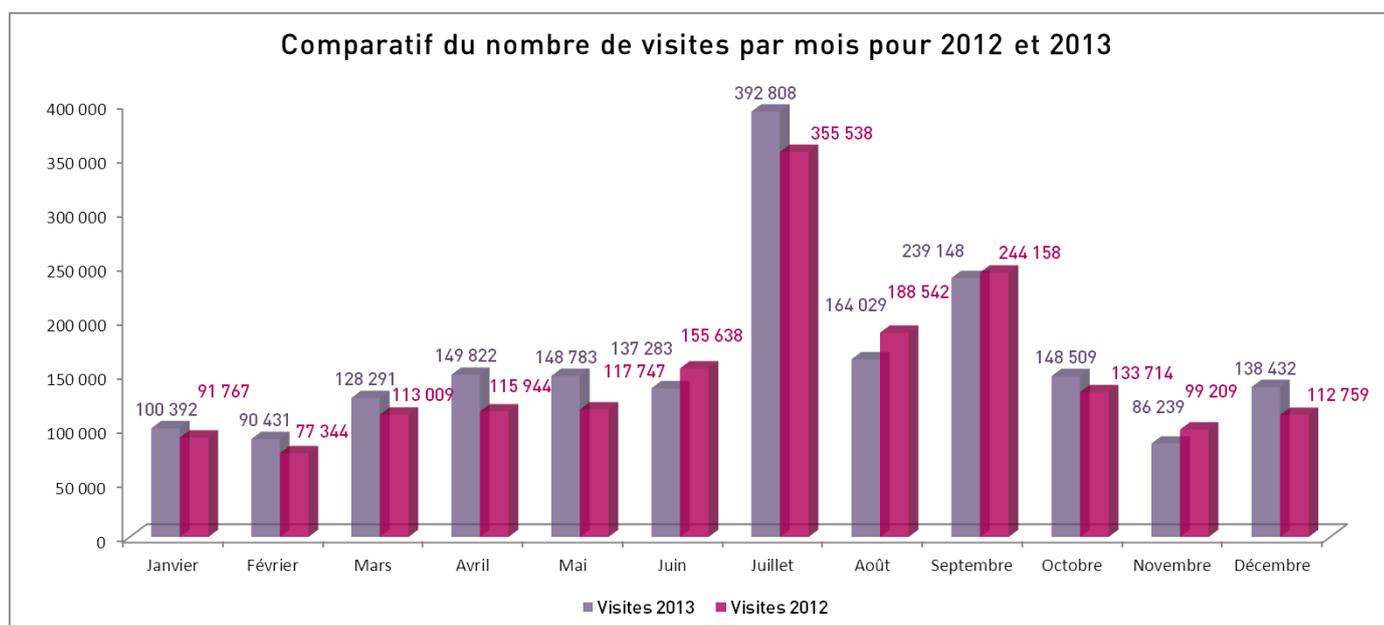
**4.4- La communication interne**



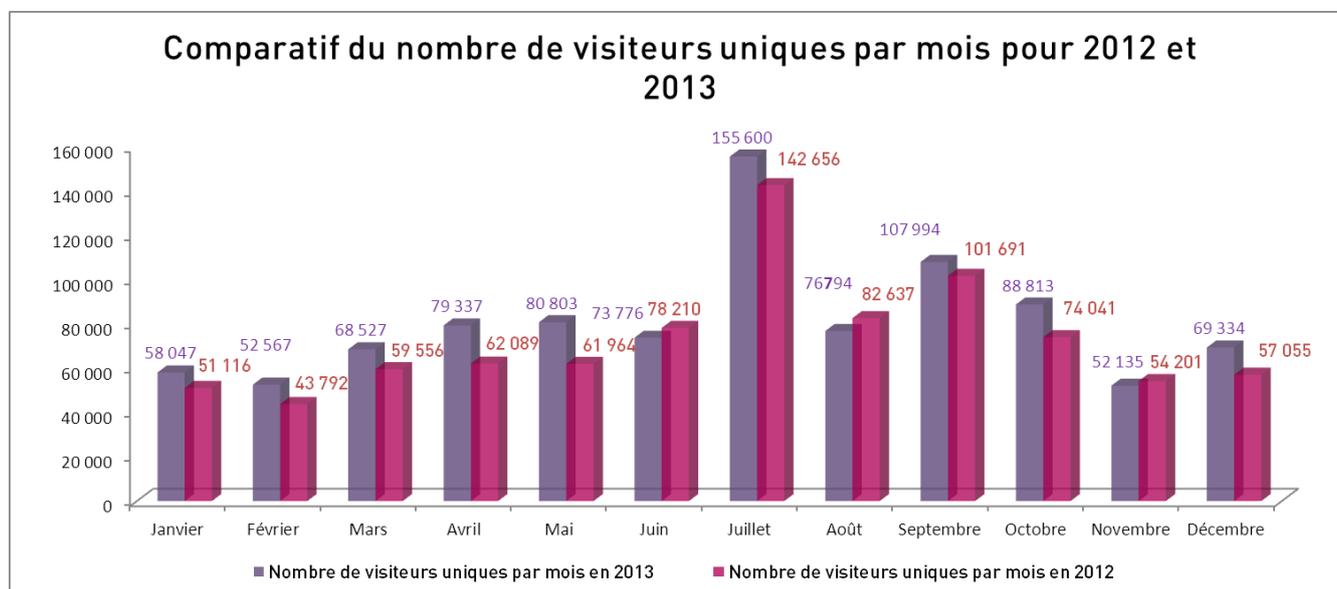
## 4<sup>ème</sup> partie – La communication du CNG : une politique de communication qui s’est intensifiée dans tous les domaines, illustrative de la reconnaissance du rôle clé du CNG dans le paysage institutionnel du monde de la santé

### 4.1- Le site interne

#### 4.1.1- Quelques chiffres clés



Le graphique ci-dessus montre le nombre de visiteurs par mois pour l’année 2012 et 2013. Le nombre total de visiteurs est de 1 805 369 en 2012 et 1 924 167 en 2013, soit une augmentation d’un peu plus de 6% en un an, avec un pic très marqué en juillet qui correspond à la mise ne place de la phase d’enregistrement des données relatives aux études en médecine avant le choix des postes d’internes en septembre.

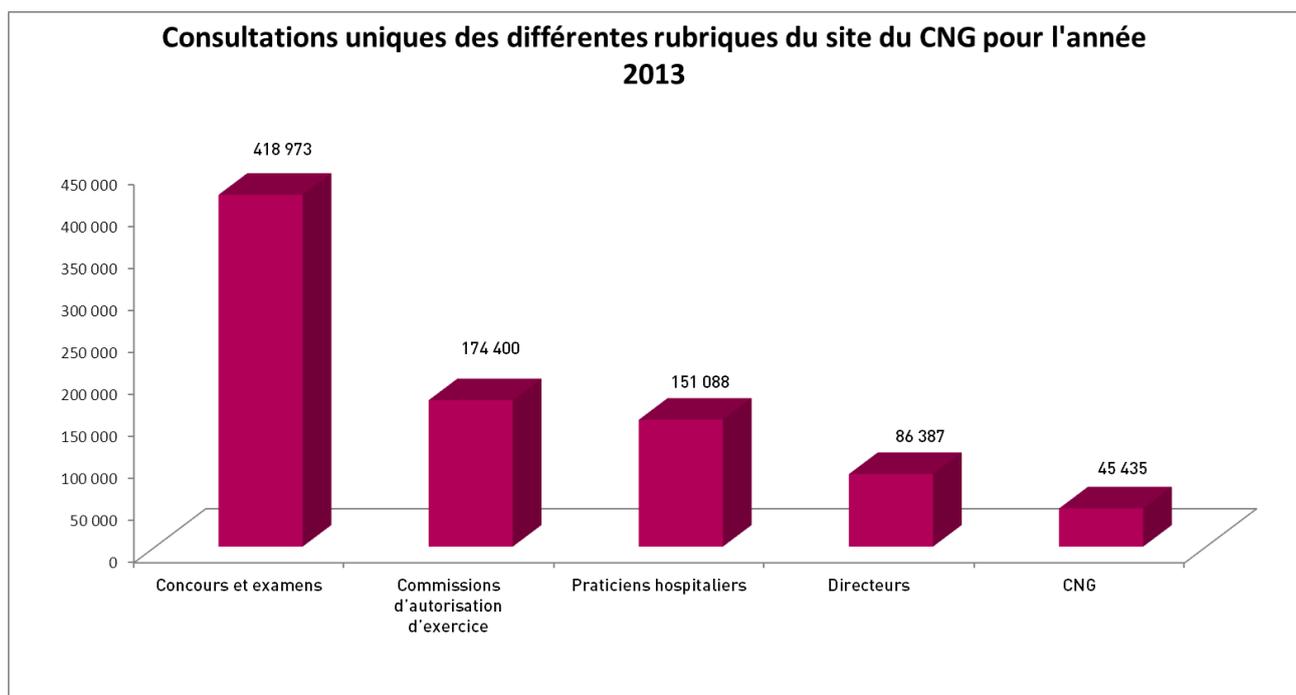


Le nombre de visiteurs uniques est passé de 869 008 à 963 727 en 2013, soit une hausse de 9,83%.

Une hausse des visites est enregistrée aux mois d'avril, de mai et d'octobre 2013, qui correspond à la publication de postes de praticiens hospitaliers lors des tours de recrutement.

Le site du CNG a également été particulièrement visité du mois de juillet à septembre à l'occasion des différentes étapes d'organisation des épreuves classantes nationales en médecine et des concours nationaux donnant accès aux formations du troisième cycle des études médicales :

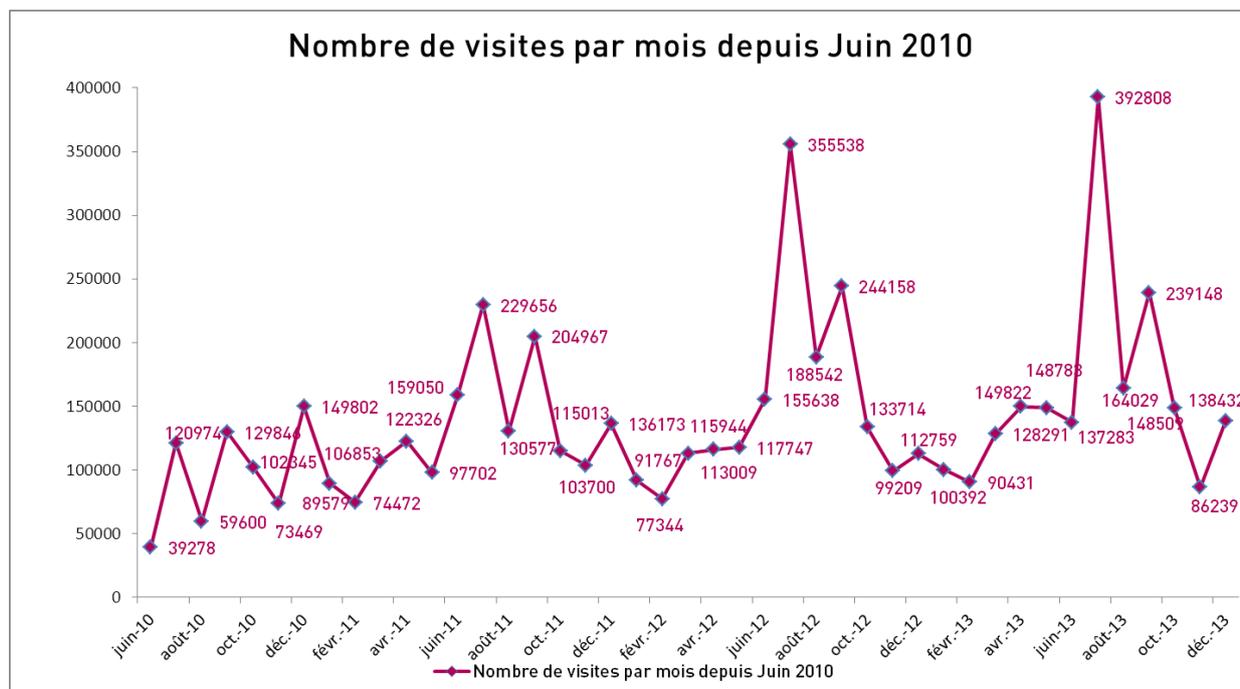
- juillet : Mise en ligne des résultats sur le site internet du CNG le 03 juillet 2013 et ouverture de l'application CELINE aux étudiants l -> 142 656 visites uniques pour le mois ;
- juillet-Août : simulation des vœux d'affectation. -> 82 637 visites pour le mois d'aout ;
- septembre : Procédure de choix des postes d'internes -> 101 691 visites uniques.



Les cinq rubriques les plus consultées du site sont celle des « concours et examens » : 418 973 consultations uniques, des « commissions d'autorisation d'exercice » 174 400, des « praticiens hospitaliers » 151 088, des « directeurs » 86 387 et du « CNG » 45 435 consultations uniques.

#### **4.1.2- L'évolution du site internet**

Depuis la création du site internet, le nombre de visites a constamment augmenté. Le site connaît une affluence importante liée en particulier à l'actualité des concours nationaux administratifs et médicaux ainsi qu'aux publications de postes de directeurs et de praticiens hospitaliers.



Le graphique ci-dessus montre que les pics de visites interviennent à la même période depuis 2010 c'est-à-dire au mois de juillet, août et septembre et correspondent aux opérations relatives aux ECN. En prenant pour référence le mois d'octobre de chaque année, le nombre de visites a augmenté de 12,4% entre 2010 et 2011, 16,3% entre 2011 et 2012 et 11,1% entre 2012 et 2013, soit une hausse de 45,1% depuis 2010.

#### ■ Un design en cours de mutation

Le CNG a entamé une mise à jour de son gestionnaire de contenu ce qui permettra d'améliorer l'ergonomie du site et la navigation pour les visiteurs. Par ailleurs, conscient du nombre croissant des utilisateurs de tablettes et de smartphones, le format du site du CNG s'adaptera à ces nouvelles plateformes.

#### ■ Un contenu enrichi et plus dynamique

Le site s'est enrichi d'un nouvel onglet intitulé « accompagnement professionnel ». Pensé dans la continuité du colloque d'avril 2013 et pour répondre à une demande forte exprimée par les représentants institutionnels et professionnels, ce nouvel onglet permet d'avoir une vision précise sur ce qu'est l'accompagnement professionnel mis en œuvre par le CNG, une typologie des dispositifs individuels et collectifs, une présentation de l'équipe de conseillers développement ainsi que des informations pratiques. Les premières statistiques concernant ces nouveaux contenus semblent encourageantes et feront l'objet d'informations complémentaires après un an d'analyse.

Des contenus vidéos seront développés et amenés à évoluer à l'instar du tutoriel dédié à l'utilisation de l'application CELINE dans le cadre de la simulation des choix des postes d'internes à l'occasion des épreuves classantes nationales en médecine (ECN).

> [Accueil](#) > [Commissions d'autorisation d'exercice](#) >  Foire aux questions (FAQ)



## FAQ

Procédure

Constitution du dossier

Examen du dossier par la commission

Après la commission

Glossaire de la CAE



### Foire aux questions (FAQ)

Cette rubrique rassemble les questions les plus fréquemment posées.

Elle est proposée à titre informatif afin de répondre aux principales interrogations relatives au passage devant la commission d'autorisation d'exercice. Toutefois, elle ne se substitue pas à la réglementation en vigueur que vous pouvez également [consulter sur ce site](#).

[Voir toutes les réponses](#) [Cacher toutes les réponses](#)

#### PROCEDURE

1- De quelle procédure je relève ?

#### CONSTITUTION DU DOSSIER

[Revenir en haut](#)

2- Comment constituer mon dossier de demande d'autorisation d'exercice ?

3- Quand déposer mon dossier ?

4- Où dois-je adresser mon dossier ?

5- Comment puis-je connaître le nom de la personne en charge de mon dossier ?

6- Je suis de nationalité hors Union européenne et titulaire d'un diplôme obtenu hors Union européenne mais reconnu par un pays membre de l'Union européenne. Puis-je présenter mon dossier au titre de la procédure PAE article L.4111-2 (1 bis) ?

7- Les fonctions à temps partiel sont-elles prises en compte dans la durée des fonctions exigées pour les lauréats PAE ?

8- Je suis lauréat(e) des épreuves de vérification des connaissances, dois-je passer le test de connaissance de la langue française ?

9- Quel est le délai légal pour que mon dossier passe en commission ?

10- Comment puis-je savoir si mon dossier est complet ?

11- Je suis lauréat(e) des épreuves de vérification des connaissances Liste C année 2012, je dois effectuer une année probatoire, y a-t-il un délai pour effectuer cette année ?

12- Je suis lauréat(e) des épreuves de vérification des connaissances Liste C année 2012, puis-je dès à présent envoyer mon dossier au CNG ?

13- Puis-je vous transmettre mon dossier par e-mail ?

14- J'ai transmis mon dossier au CNG, j'ai reçu l'accusé réception mais mon nom ne figure pas sur la liste des dossiers reçus par le CNG.

15- J'ai consulté le site internet du CNG et mon nom ne figure plus dans la liste.

#### EXAMEN DU DOSSIER PAR LA COMMISSION

[Revenir en haut](#)

16- Mon dossier est passé en commission, à quel moment recevrai-je la notification ?

17- Mon dossier est passé en commission, puis-je avoir les résultats par téléphone ou par mail ?

18- Mon dossier est passé devant la commission d'autorisation d'exercice, j'ai accompli les recommandations préconisées, que dois-je faire ?

#### APRES LA COMMISSION

[Revenir en haut](#)

19- Je relève de la procédure HOCSMAN ou DREESSEN, mon dossier est passé devant la commission d'autorisation d'exercice, et celle-ci me demande de faire soit un stage d'adaptation, soit de passer l'épreuve d'aptitude. Par courrier, je vous ai fait part de mon choix d'effectuer le stage d'adaptation. J'ai reçu l'accusé réception de la prise en compte de mon choix mais vous ne m'avez pas indiqué le nom de l'établissement où je dois faire mon stage, est-ce normal ?

20- Mon dossier est passé devant la commission d'autorisation d'exercice, et celle-ci me demande de faire soit un stage d'adaptation, soit de passer l'épreuve d'aptitude. Par courrier, je vous ai fait part de mon choix de me soumettre à l'épreuve d'aptitude. Pourriez-vous m'indiquer à quel moment cette épreuve sera organisée ?

21- J'ai passé l'épreuve d'aptitude liée aux mesures compensatoires des procédures HOCSMAN/DREESSEN. Je n'ai pas été reçu à cette épreuve. Puis-je la repasser ?

22- J'ai passé l'épreuve d'aptitude liée aux mesures compensatoires des procédures HOCSMAN/DREESSEN. Je n'ai pas été reçu à cette épreuve. Puis-je faire le stage préconisé dans la lettre de notification qui m'a été adressée après le passage de mon dossier en commission ?

- Accompagnement professionnel**
- Accueil UMDP
  - Présentation
  - Dispositifs individuels
  - Dispositifs collectifs : ateliers
  - L'équipe
  - Informations pratiques
  - Lien utiles

> Accueil > Accompagnement professionnel



**UMDP : unité mobilité développement professionnel**

Le CNG contribue au développement professionnel des praticiens hospitaliers et des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière dans un objectif de gain en efficacité individuelle et de meilleure performance collective.

Dans cette optique, L'Unité Mobilité développement Professionnel du CNG rattachée au département concours, autorisation d'exercice, mobilité développement professionnel a ainsi accompagné depuis 2008 plus de 800 professionnels, Praticiens Hospitaliers et Directeurs, dans leur transition professionnelle ou leur développement professionnel et managérial.

Ces accompagnements sont réalisés par des conseillers développement -coachs répondant aux prérequis professionnels du marché et assurant leur activité dans le respect de la déontologie des métiers de l'accompagnement.

L'offre de service de l'unité Mobilité développement professionnel s'est structurée et évolue régulièrement depuis sa création dans le sens d'une adaptation aux besoins institutionnels et à ceux des professionnels accompagnés.

Un colloque relatif à l'accompagnement dispensé par le CNG auprès des professionnels en charge de la gouvernance des structures hospitalières, sanitaires et sociales s'est déroulé en 2013. Il a eu pour vocation d'échanger sur le bilan et les perspectives de l'accompagnement des dirigeants et de croiser les regards sur cette thématique avec des représentants d'autres fonctions publiques et entreprises.

**A retenir**

**Chiffres clés**  
plus de 800 professionnels accompagnés par l'UMDP depuis 2008



L'équipe accompagnement professionnelle sera présente aux salons de la santé et de l'autonomie Du 20 au 22 Mai 2014.

« Les rendez-vous de la mobilité - mobilité croisée FPT/FPH » le 13 mai 2014 à Pantin

Public : Directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et administrateurs territoriaux.

[Cliquez ici pour voir le programme.](#)

[Accéder au formulaire d'inscription pour les directeurs relevant de la FPH \(dans la limite des places disponibles\) en cliquant ici](#)

[Plan d'accès à la matinée.](#)

**Agenda UMDP**

**Nouvelle session démarrant le 4 Avril 2014**

atelier "Co-développement pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux"

**Nouvelle session démarrant le 16 Avril 2014**

atelier "Co-développement pour les directeurs d'hôpitaux"

**21 Mai et 24 Juin 2014**

ateliers "Mieux se Connaître pour Mieux Interagir avec les Autres"

**03 Juillet 2014**

atelier "Développement professionnel"

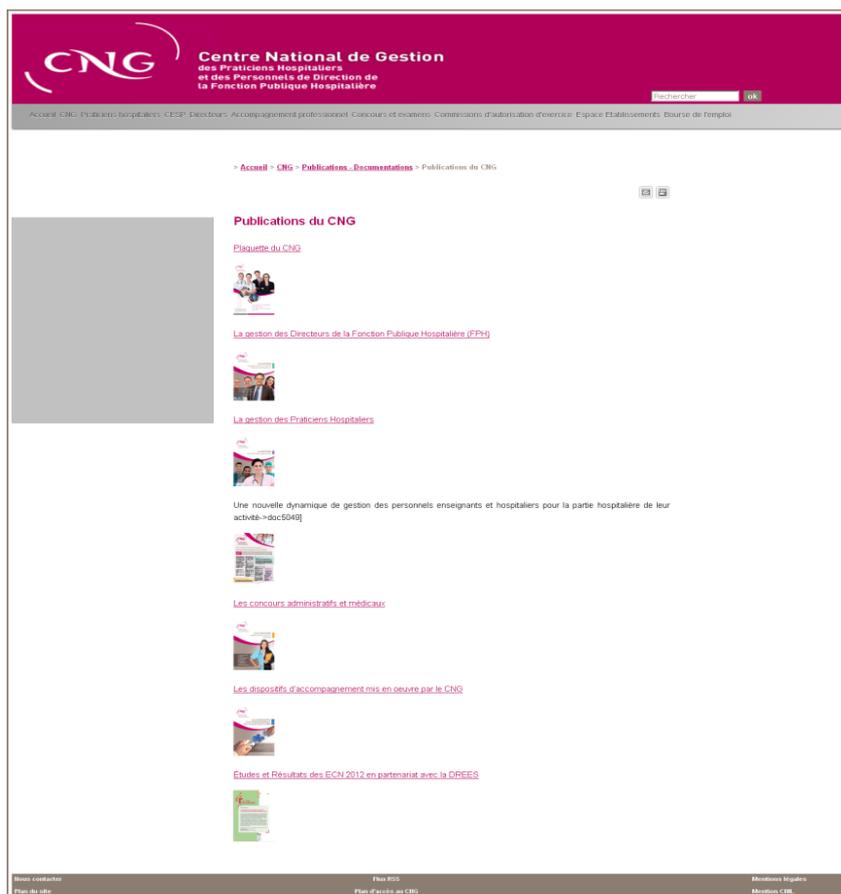
**13 Juin 2014**

atelier "Approche réseau"

**Autres dates :**

[Voir le calendrier](#)

### 4.1.3- Focus



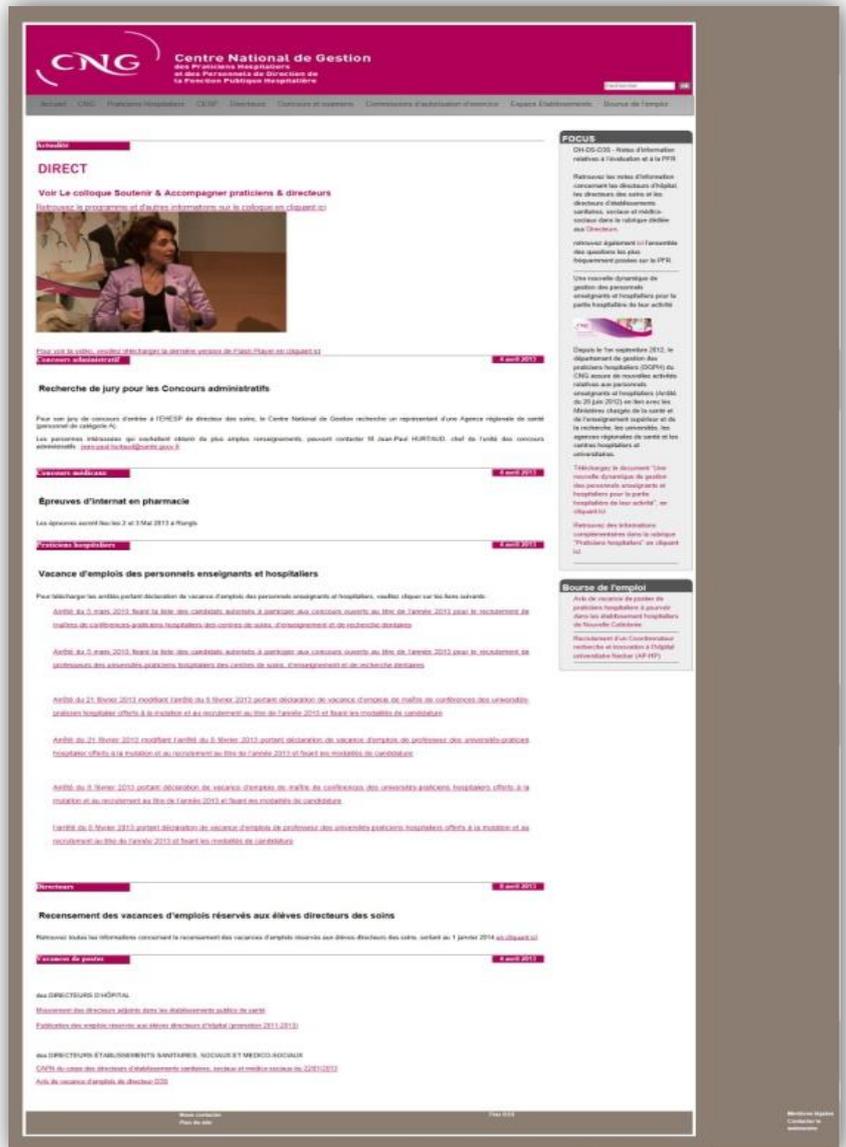
**Focus**  
Le travail de dématérialisation et de modernisation des supports de communication a été poursuivi. L'ensemble des brochures et documents du CNG sont disponibles dans une version numérique sur le site internet. Dans un souci de cohérence globale entre les divers supports et pour valoriser l'image du CNG à travers son identité visuelle forte, un marché de conception graphique devrait être effectif courant 2014.

### 4.1.4- Les perspectives 2014

La croissance du nombre de visiteurs témoigne de l'importance grandissante du site internet du CNG dans sa stratégie globale de communication. Pour la première fois depuis sa création, ce site connaît sa première étape de modernisation. Une refonte complète est programmée dans le cadre du schéma directeur du système d'information de l'établissement. Enfin, dans l'objectif de renforcer la connaissance des profils de ses visiteurs et pour mieux répondre à leurs attentes, une étude pourrait être envisagée courant 2014-2015 pour bien évaluer les besoins et adapter la réponse apportée par le CNG.

## 4.2- La communication événementielle et les partenariats

### 4.2.1- Le premier colloque national



Colloque organisé par le CNG en avril 2013, diffusion en streaming sur son site

Pour la première fois depuis sa création, le CNG a organisé un colloque qui s'est tenu le 12 avril 2013 intitulé « Soutenir & accompagner praticiens et directeurs, un enjeu de modernisation pour la fonction publique hospitalière ». Ce projet ambitieux, a été l'occasion de réunir plus de 200 professionnels à la Salle Laroque du ministère chargé de la santé. Parmi ces grands acteurs concernés, représentants de l'État aux niveaux national, régional, territorial et départemental, de la communauté professionnelle et institutionnelle des secteurs sanitaire, social et médico-social publics, des personnalités qualifiées et représentants des instances nationales qui concourent à la mission de modernisation de la gestion des professionnels pris en charge par le CNG.

L'objectif principal était de mettre en exergue la démarche novatrice d'accompagnement mise en œuvre par le CNG depuis 2008, d'échanger sur la pertinence de ses outils et méthodes mais aussi de dresser un bilan du dispositif axé sur le développement professionnel, l'aide à la mobilité, à la reconversion et au retour à l'emploi des professionnels concernés. Cette rencontre a également été le moment 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 similaires.

Cette journée a été marquée par de nombreux temps forts et plus particulièrement par les témoignages de professionnels qui ont accepté de lever leur anonymat (témoignages enregistrés en vidéo et en direct dans la salle) et les deux tables rondes qui ont suscitées des échanges avec les participants à ce colloque.

#### ■ *Une identité visuelle spécifique déclinée sur plusieurs supports*

Le site éphémère mis en place pour les inscriptions, badges, affiches, livrets destinés aux participants a permis de donner de la visibilité à ce colloque. Sa promotion a également été faite auprès des journalistes et une conférence de presse organisée dans ce cadre.

#### ■ *L'utilisation des nouvelles technologies au service d'une plus large diffusion*

Le colloque a été retransmis dans son intégralité en streaming sur le site du CNG. Il a également été filmé, les séquences seront exploitées sur le site du CNG dès que la mutation du gestionnaire de contenu sera finalisée.

#### **4.2.2- *La participation à des salons : les Salons de la santé et de l'autonomie***

La participation à des salons représente pour le CNG une nouvelle opportunité de rencontre avec les autorités de l'Etat et les représentants institutionnels et professionnels. Ainsi, le CNG a fait le choix d'être présent aux Salons de la Santé et de l'Autonomie (les SSA, ancien Hôpital Expo), organisés par la Fédération hospitalière de France, qui se sont déroulés du 28 au 30 mai 2013 au parc des expositions de la Porte de Versailles. Pour répondre aux attentes des visiteurs, des experts de tous les départements du CNG se sont relayés pendant toute la durée du salon sur un stand aménagé aux couleurs de l'établissement. Mini film, présentations, bornes internet et brochures sont autant d'éléments qui ont été mis en place pour compléter le dispositif d'information.

Le « Top 3 » des thèmes les plus abordés au cours des SSA 2013, concerne :

- La procédure d'autorisation nationale d'exercice
- Les concours nationaux, médicaux et administratifs organisés par le CNG
- Les dispositifs d'accompagnement mis en œuvre au profit des praticiens hospitaliers et des directeurs

#### 4.2.3- *Les perspectives 2014*

Fort d'une bonne fréquentation de son stand lors des SSA, le CNG souhaiterait également aller à la rencontre des autres publics cibles (exemple : futurs candidats aux concours qu'il organise). Des prospections concernant la participation à d'autres événements ont déjà été menées. Conscient du budget que cela représente et dans une démarche volontariste de synergie recherchée avec les divers opérateurs de l'Etat, le CNG a ainsi engagé des premières discussions visant à la mutualisation des dépenses avec des partenaires afin d'accroître sa participation à de tels événements (en lien avec la Délégation à l'information et à la communication et la Direction générale de l'Offre de Soins).

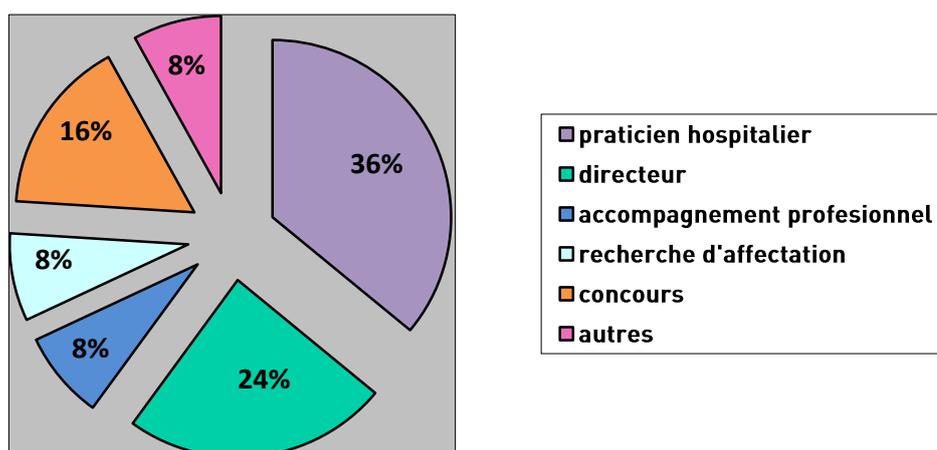
Par ailleurs, ces partenariats devraient donner lieu à davantage d'événements co-réalisés, comme des journées d'échanges inter-fonctions publiques avec le (CNFP), la participation aux universités d'été de la performance en santé organisées par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Enfin, le CNG développera ses collaborations avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) ainsi qu'avec les Ordres professionnels nationaux.

## 4.3- Les relations avec la presse

### 4.3.1- Le développement d'échanges confiants et de qualité

Le CNG continue de développer ses actions de relation avec la presse, notamment spécialisée, et cherche à améliorer ses échanges avec les journalistes intéressés par ses missions (temps de réponse, qualité et documentation des réponses...). Par ailleurs, le travail de veille sur les sujets qui gravitent autour de l'activité du CNG s'est renforcé en 2013.

#### Répartition des demandes presse en fonction du sujet



Enfin, compte tenu des nombreux sujets traités faisant intervenir très souvent de multiples partenaires, le CNG a travaillé au renforcement de ces protocoles de communication en situation de crise.

### 4.3.2- Les perspectives 2014

Afin d'informer au plus juste et régulièrement les professionnels des médias, le CNG pourrait proposer un rythme plus resserré de rendez-vous avec la presse, en résonance avec les temps forts de la vie de l'établissement : conseil d'administration, sortie d'un Rapport d'activité ou d'études statistiques spécifiques d'intérêt partagé.

## 4.4 - La communication interne

### 4.4.1- L'accueil des nouveaux arrivants



Pour accueillir au mieux les nouveaux arrivants, accompagnés dès leur arrivée par l'unité des ressources humaines, le CNG a également mis en place un dispositif qu'il développe afin de répondre au plus près des attentes de ses nouveaux collaborateurs. Outre un petit-déjeuner de bienvenue, un livret d'accueil conçu en 2012 est remis à chaque nouvel arrivant. La première version de ce document de référence a été enrichie cette année par de nouvelles informations relatives, par exemple, au développement professionnel. Ce document papier a été très largement dématérialisé afin de s'inscrire dans une logique plus globale de développement durable, conformément aux engagements pris dans l'un des axes du contrat d'objectifs et de performances de l'établissement pour les années 2010-2013 et reconduits pour les années 2014-2016.

### 4.4.2- La sortie du personnel

Dans le cadre de sa politique de modernisation de la gestion des ressources humaines, le CNG organise à l'initiative du Président de son Conseil d'administration, une sortie annuelle pour ses personnels, laquelle s'est déroulée en 2013 au musée des arts et métiers « sur les traces des inventeurs et des aventuriers de l'histoire des techniques ». Placée sous le signe de la convivialité, cette visite a pour objectif de permettre au personnel de se rencontrer dans un autre cadre, de valoriser et développer l'esprit d'équipe et de favoriser le décloisonnement fonctionnel et professionnel (rencontre entre tous les départements et tous les métiers...).

#### ***4.4.3- Les journées thématiques***

Les journées thématiques ont été mises en place afin d'enrichir la vie de l'établissement et de favoriser les échanges entre les personnels dans le cadre d'un moment de partage, placé sous le signe de la connaissance.

Un concept simple construit autour des points suivants : une journée, un lieu, un sujet, des intervenants. Pour cette première édition, c'est le thème du mieux-être au travail qui a été développé par cinq intervenants d'horizons différents (ergothérapeute, diététicien, sophrologue, intervenant en yoga du rire et en méthode spironeess). Ils se sont relayés pour faire découvrir leur discipline à travers des ateliers, des conférences ou des débats dans les locaux du CNG. Les principaux objectifs de ce nouveau rendez-vous de communication interne sont : la création de nouveaux espaces d'échange au sein du CNG, le renforcement du lien et de la transversalité entre les différents départements, le développement de la curiosité et le partage d'information.

#### ***4.4.4- Les perspectives 2014***

Pour assurer les missions qui lui ont été confiées depuis sa création en 2007, le CNG s'est doté de profils très variés : gestionnaire en ressources humaines, gestionnaire comptable et budgétaire, logisticien, informaticien, chargé de mission.... La bonne compréhension de cette mosaïque d'expertises, véritable force pour le CNG, est nécessaire dans un contexte de développement des projets transversaux et d'un décloisonnement croissant des activités. Ainsi, il est envisagé de mettre en place un évènement interne pour que les équipes puissent présenter les spécificités de leur activité et de leurs métiers sur le thème « découvre mon métier ». Il aura également pour vocation de mettre en exergue les synergies existantes entre les unités et plus largement entre les départements. Cet évènement de format court, serait organisé autour d'une présentation générale suivi d'un échange le plus concret et le plus vivant possible.

## CONCLUSION

Le bilan des actions déployées par le CNG sur le champ de l'ensemble de ses missions, témoigne de l'intensité de ses activités tout au long de l'année 2013.

Cette amplification de ses missions conforte le rôle clé du CNG, positionné à la croisée de tous les niveaux décisionnels, national, régional, territorial et départemental. Force de proposition auprès des autorités en charge des politiques publiques dans le domaine de la santé et dans les secteurs social et médico-social, il enrichit la connaissance par son expertise éclairée au travers d'analyses statistiques et socio démographiques et de travaux de prospective et d'observation sociale.

Riche de cette identité professionnelle institutionnellement reconnue, il a construit pour les trois années à venir (2014-2016,) sa vision stratégique, en réponse aux missions confiées, dans son second contrat d'objectif et de performance (COP) qui a été approuvé par son Conseil d'administration au début de l'année 2014.

Trois objectifs majeurs structurent le déploiement de son activité :

- Mettre en œuvre des politiques modernisées de gestion des ressources humaines ;
- Contribuer à l'adaptation des compétences des praticiens hospitaliers et des directeurs pour faire face aux évolutions de leur environnement professionnel ;
- Participer par son expertise, avec les autorités compétentes, au pilotage national du système sanitaire, social et médico-social.

Ces objectifs impriment les quatre orientations stratégiques retenues dans son COP 2014-2016 :

- Promouvoir la modernisation de la gestion des ressources humaines et la dynamisation des parcours professionnels ;
- Éclairer sur les enjeux démographiques, innover dans les procédures de recrutement, participer à la régulation démographique ;
- Promouvoir et piloter un système d'information global, coopératif, efficient et sécurisé ;
- Amplifier un management par la qualité et optimiser la performance institutionnelle.

Ces quatre orientations vont constituer les activités-phares du CNG dans une recherche active et indispensable d'un renforcement de ses relations partenariales avec l'ensemble des acteurs institutionnels et professionnels du système sanitaire, social et médico-social et la mobilisation pleine et entière de toutes les équipes de professionnels en activité dans l'établissement.

Elles s'inscrivent aussi dans le respect des contraintes économiques qui s'imposent à l'ensemble de l'État et à ses opérateurs nationaux.

En 2014, le CNG participera pour la deuxième année consécutive à l'effort national attendu de limitation de ses effectifs autorisés, avec une nouvelle réduction de 3 emplois qui s'ajoutent aux 3 emplois déjà supprimés en 2013.

Parallèlement, il continuera à optimiser sa gouvernance interne et à favoriser la maîtrise de l'évolution de ses ressources pour ne pas mobiliser plus que nécessaire les financements de l'État et de l'assurance maladie ainsi que les contributions des établissements relevant de la Fonction Publique Hospitalière.

Le défi est important pour le CNG au cours des trois prochaines années, et le challenge à relever particulièrement exigeant mais les équipes de l'établissement, solidairement soutenues par les autorités de l'Etat et les partenaires institutionnels et professionnels, s'engagent, avec volonté et courage, dans cette nouvelle étape de dynamisation et de modernisation des ressources humaines dont il a la charge.

Sa capacité à croiser des expertises variées de haut niveau et à développer des partenariats riches et mobilisateurs ajoutée aux valeurs de service public portées par des convictions fortes qui forgent son identité professionnelle doivent lui permettre de soutenir cette ambition partagée au service des institutionnels et des professionnels qui soutiennent et accompagnent chaque jour les patients, les personnes accueillies et leurs familles.

C'est le sens qu'il faut continuer à donner et à garantir dans la durée à la politique à soutenir et à l'action à conduire.