



Pacte de confiance pour l'hôpital

4 mars 2013

DOSSIER DE PRESSE

Contact : Ministère des Affaires sociales et de la Santé
cab-ass-presse@sante.gouv.fr

SOMMAIRE

1. Discours du 4 mars 2013 de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé
2. Pacte de confiance pour l'hôpital
 1. SERVICE PUBLIC
 2. FINANCEMENT HOSPITALIER
 3. RENFORCEMENT DE LA DEMOCRATIE A L'HOPITAL
GOUVERNANCE ET DIALOGUE SOCIAL
3. Synthèse du rapport rédigée par Edouard Couty
4. Fiche descriptive de la mission pacte de confiance

Les 13 mesures pour l'hôpital

Service public

- 1- Il sera défini un service public territorial de santé
- 2- Le service public hospitalier sera formellement réintroduit dans la loi, en précisant ses acteurs, ses missions, ses droits et ses obligations

Financement des établissements de santé

- 3- Le comité de réforme de la tarification hospitalière, installé en décembre 2012, remettra un rapport d'orientation d'ici le 30 juin 2012 précisant les mesures immédiates et les objectifs de moyen terme
- 4- Les ARS élaboreront des schémas régionaux d'investissement en santé
- 5- Le programme Hôpital Numérique sera poursuivi et le programme Territoires Numériques sera lancé avec un fond d'investissement de 80 millions d'euros

De la démocratie à l'hôpital

- 6- Les prérogatives des Commissions médicales d'établissement seront renforcées par décret et leur composition élargie aux jeunes professionnels
- 7- Un bilan de l'organisation en pôle sera demandé aux conférences hospitalières
- 8- Un comité technique des usagers sera créé dans les établissements

Le dialogue social

- 9- Une concertation sera engagée avec les organisations syndicales sur la répartition entre échelon local et national des sujets de négociations
- 10- Les missions des conférences paritaires régionales seront renforcées par décret et les ARS seront mobilisées pour formaliser un volet ressources humaines en santé en appui de leur Projet régional de santé
- 11- Une circulaire relancera la dynamique des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux
- 12- Les missions des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT) seront élargies par décret et une section médicale sera créée
- 13- Un observatoire national du dialogue social sera créé, adossé à une instance nationale existante.

PACTE DE CONFIANCE

« La stratégie nationale de santé, c'est un choix, celui de réorganiser notre système de santé autour du patient, et de structurer une médecine de parcours.

Quel en est le but ? Il s'exprime en des mots simples : organiser enfin notre système de santé pour assurer à chaque usager la bonne prise en charge, par le bon professionnel de santé, dans la bonne structure, au bon moment. Le monde hospitalier doit prendre toute sa part de responsabilité dans cette stratégie. Il doit y trouver un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public dont il est intimement porteur. »

Marisol Touraine

SERVICE PUBLIC

« Le service public territorial de santé, c'est en effet reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. L'objectif est simple : toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées. »

Marisol Touraine

Définition d'un service public territorial de santé

Le parcours de soins des patients, et pour les personnes atteintes de maladies chroniques et au long cours, le parcours de vie, supposent la bonne articulation entre l'amont de l'épisode hospitalier, le séjour à l'hôpital et l'aval (soins de suite et de réadaptation, accueil en établissement du secteur médico-social et retour au domicile).

La bonne coordination des acteurs est d'autant plus nécessaire que les inégalités de santé sont importantes en France, qu'elles augmentent et qu'une de leur cause est justement l'inégalité devant la difficulté d'organiser les parcours de soins.

C'est dans le cadre de la stratégie nationale de santé que le service public doit être rénové et garantir que tous les acteurs de santé au service d'un territoire soient mieux coordonnés pour une prise en charge du patient conformément à une médecine de parcours cohérente.

C'est pourquoi, afin de moderniser et renforcer les politiques publiques en santé à l'échelle de nos territoires, la réflexion engagée par le groupe 1 du Pacte de confiance sur un **service public territorial de santé sera poursuivie.**

Il s'agira d'une nouvelle étape dans la conception du service public en santé, **associant l'ensemble des acteurs d'un territoire, autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé** : prévention et promotion de la santé, accès aux soins, prise en charge sanitaire, médico-social et sociale.

Cette démarche implique de définir :

- les missions constitutives du service public territorial de santé (permanence des soins, actions de prévention, de soins...), de préciser les personnes ou institutions auxquelles ces missions peuvent être confiées et préciser leurs droits et obligations ;
- les différents niveaux de territoires concernés (territoire de proximité, territoire de santé, région voire inter-région) et le positionnement des différents acteurs sur ces territoires.

Cette réflexion est confiée au Groupe 1 dans le prolongement de ses précédents travaux, pour aboutir dans le cadre de la loi de santé publique.

Réaffirmation du service public hospitalier dans la loi

« La loi de santé publique de 2014 sera pour nous l'occasion de définir avec précision ce que sera le service public hospitalier de demain. Ce que seront ses missions, ses acteurs, les droits et les obligations qu'il fera naître. Il ne s'agit nullement de céder à une quelconque nostalgie ou de revenir à un âge d'or dont nul ne sait s'il a vraiment existé, mais de tenir compte des exigences nouvelles auxquelles est confronté l'hôpital, comme tout notre système de santé : vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, progrès techniques et thérapeutiques accélérés. C'est pourquoi je veux résolument inscrire le service public hospitalier dans le service public territorial de santé. »

A échéance **2014**, dans le cadre d'une loi de santé publique, **le service public hospitalier sera formellement réaffirmé dans la loi**, en définissant ses acteurs, ses missions, ses droits et ses obligations.

L'exercice du service public hospitalier doit être confié à l'hôpital public, sans pour autant que celui-ci en ait le monopole, mais en réaffirmant que **les activités de soin, d'enseignement et de recherche réalisées par l'hôpital public relèvent du service public hospitalier**.

Pour reconstruire le service public hospitalier, ceux qui ont contribué au pacte de confiance ont insisté sur :

- dépasser l'opposition entre la conception organique ou matérielle du service public hospitalier qui lie strictement la notion de service public au statut d'un établissement ;
- **abandonner le principe du découpage en missions de service public** et de réaffirmer que le service public doit garantir une cohérence globale de prise en charge pour l'ensemble des patients qui y accèdent ;
- réaffirmer l'existence du service public hospitalier assurant des **missions essentielles** : le soin sous tous ses aspects, l'enseignement, la recherche en santé, la prévention ;
- rappeler les **principes** du service public hospitalier (non-discrimination dans l'accès aux soins, accessibilité géographique et financière, adaptation continue de l'offre aux besoins tels qu'exprimés par le SROS, transparence du fonctionnement, etc.).

Dès la LFSS 2013, la notion de service public hospitalier a été réintroduite dans la loi

Jusqu'en 2009, la notion de service public hospitalier était inscrite dans la loi, et concernait l'ensemble du champ des missions de l'hôpital. En 2011, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) avait supprimé la notion de service public hospitalier et circonscrit le champ législatif à un nombre restreint de missions (14 missions de service public).

Dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, et avant même les conclusions du Pacte de confiance, la notion de service public hospitalier a été réintroduite dans la loi (article 59).

FINANCEMENT HOSPITALIER

*« La tarification à l'activité a représenté une avancée considérable pour l'hôpital public. Elle a accompagné financièrement les établissements les plus dynamiques et a introduit à l'hôpital des mécanismes de gestion plus pertinents. Elle a permis aussi que se développe une culture commune entre médecins et gestionnaires dépassant ainsi des clivages anciens. Personne, d'ailleurs, ne demande à revenir au budget global. Mais la tarification hospitalière n'est pas une fin en soi. Elle doit être **un outil au service d'une politique publique de santé**. Un outil pour une meilleure qualité du soin. Un outil au service de la pertinence des actes. Un outil au service des parcours, de la qualité, de la coopération, du développement de l'ambulatoire et de la réduction des durées de séjour. Un outil qui offre aussi de la stabilité aux décideurs hospitaliers et permette à l'hôpital de soutenir la recherche et l'innovation. **En un mot, un outil au service de la santé de demain et du système de santé que je veux construire avec vous.** »*

Donner aux établissements de santé les moyens de leur développement

Le vote du Parlement en faveur d'un objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en croissance de +2.7% représente un engagement important pour notre système de santé, dans un environnement marqué par des contraintes économiques et financières.

La campagne hospitalière, marquée en tout premier lieu par la suppression de la convergence tarifaire, a été construite de façon inédite, associant les acteurs du monde hospitalier et en toute transparence. Elle s'est fondée sur des prévisions d'activité réaliste (+2.8% pour les secteurs public et privé non lucratif et +2% pour le secteur privé lucratif).

En dépit de la baisse des tarifs publics et privés non lucratifs (-0,84%), cette croissance de l'ONDAM se traduit, pour le seul secteur de l'hospitalisation publique et privée non lucrative, par une croissance de +2,6% soit 1.9 milliards d'euros supplémentaires, portant ainsi l'objectif de dépenses à 76 milliards d'euros.

En outre, pour la première fois depuis l'instauration de gels prudentiels visant à assurer le respect de l'ONDAM, les missions d'intérêt général (MIG) sont préservées : non affectées de gel, leur financement connaîtra une augmentation de +2,31%, soit 191 millions d'euros supplémentaires par rapport aux moyens disponibles en 2013.

Enfin, le Gouvernement a décidé de réserver une enveloppe de plus de 90 millions d'euros à destination d'actions d'accompagnement des établissements de santé (restructurations, soutien des projets locaux d'amélioration des conditions de travail, promotion du dispositif des contrats d'avenir).

Réformer la tarification hospitalière

L'actuelle tarification hospitalière doit être appréhendée comme un outil technique au service des politiques publiques de santé. A ce titre, elle doit évoluer pour permettre à l'hospitalisation d'affronter les défis de l'avenir.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, elle doit à ce titre prendre en compte deux axes majeurs : ancrer le financement dans une logique de parcours de soins et renforcer l'orientation du financement afin de répondre au double défi de **la qualité** et de **la pertinence des soins**.

Le comité de réforme de la tarification hospitalière, installé en décembre 2012, devra remettre un rapport d'orientation d'ici le 30 juin 2013 qui comprendra les mesures à effet immédiat ainsi que des orientations de moyen-terme utiles à l'adaptation du modèle de financement hospitalier aux enjeux de la médecine de parcours, de la qualité et de la pertinence des soins (par exemple dans le domaine des pathologies chroniques et des actes non pertinents).

Concernant les soins pour lesquels l'actuelle tarification ne s'avère pas être le bon outil, elle évoluera pour laisser place à des modes de financement plus appropriés.

Fin de la convergence des tarifs entre l'hospitalisation publique, privée à but non lucratif et l'hospitalisation privée

L'une des premières mesures prise par le nouveau Gouvernement pour **restaurer la confiance avec les acteurs de l'hospitalisation publique** a été la suppression de la convergence des tarifs, sur la base desquels les établissements de santé sont financés par l'assurance maladie, entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée, conformément à l'engagement pris par le Président de la République pendant la campagne électorale.

Le processus de convergence des tarifs, à l'œuvre depuis 2005, avait pour objet de rapprocher les tarifs des prises des établissements de santé publics et privés à but non lucratifs avec ceux des établissements privés à but lucratif. Ce processus dit de « convergence intersectorielle » devait aboutir à des tarifs identiques entre les secteurs au plus tard en 2018.

Le processus de convergence ne tenait pas suffisamment compte des différences fondamentales entre les établissements de santé, qu'il s'agisse des modes de prises en charge, des contraintes d'organisation, du coût des personnels, des populations accueillies et prises en charge ou de la capacité de programmation de l'activité.

S'il est nécessaire que les établissements de santé publics et privés concourent ensemble aux besoins de soins de la population, **il est également nécessaire de reconnaître les différences dans leurs obligations et charges. Ce constat a conduit à l'arrêt du processus de convergence tarifaire dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.**

Cette mesure a constitué, par ailleurs, la première étape de la réaffirmation du service public hospitalier dans la loi de financement de sécurité sociale

Déployer une nouvelle stratégie d'investissements hospitaliers

« J'ai annoncé, au nom du gouvernement, que 45 milliards d'euros seront investis dans nos hôpitaux au cours des dix prochaines années. Ces montants engagent notre responsabilité collective sur la qualité des investissements que nous réaliserons. »

Le maintien d'un haut niveau d'investissement est nécessaire afin que nos établissements de santé conservent et améliorent leur degré d'excellence pour faire face aux enjeux de demain. A ce titre, 45 milliards d'euros seront investis sur les dix prochaines années dans nos hôpitaux. Ce montant engage collectivement quant à la qualité des projets qui seront réalisés.

Afin d'assurer la mobilisation la plus efficiente des ressources et de déployer une nouvelle dynamique d'investissement en accord avec la Stratégie nationale de santé (SNS), les agences régionales de santé (ARS) devront d'ici le mois de juillet avoir recensé leurs besoins régionaux en termes d'investissements hospitaliers et dressé **un schéma régional d'investissement en santé (SRIS)**.

« Hôpitaux, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, systèmes d'information : peu importe le type d'investissement retenu par les agences, c'est la réponse aux besoins de santé qui compte. »

Ce schéma permettra de prioriser les projets à l'échelle régionale, de concevoir les investissements hospitaliers non plus de façon individuelle mais de façon globale, au regard de l'offre existante sur le territoire, d'assurer les meilleurs investissements en réponse aux besoins de la population et garantir l'articulation des projets hospitaliers avec les autres offreurs de soins (médecine libérale, médico-social...).

C'est la raison pour laquelle cette stratégie s'appuie sur une procédure innovante d'instruction et de suivi des projets. Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) installé en décembre 2012 a pour mission d'assurer le suivi technique des dossiers d'investissement hospitalier, en lien avec une contre-expertise technique indépendante et le Commissariat général à l'investissement (CGI).

Diversifier nos sources de financement

Afin de renforcer les capacités financières des établissements, la diversification des ressources de financement est nécessaire.

A cette fin, les liens tissés ces derniers mois avec la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et la Banque européenne d'investissements (BEI) seront renforcés.

Enfin, l'amélioration progressive de l'état financier des établissements de santé doit favoriser le renforcement de la part d'autofinancement assurée pour les projets d'investissements et garantir ainsi la pérennité financière de long terme des investissements réalisés.

Mobiliser le numérique pour moderniser l'offre de soins

« La mobilisation des outils numériques s'impose en effet pour moderniser l'organisation de notre système de soins. Nous consacrerons 80 millions d'euros aux territoires de soins numériques dans le cadre des investissements d'avenir. »

Ces 10 dernières années, tout a changé :

- **les maladies** changent, elles sont de plus en plus chroniques (15 millions de personnes sont actuellement atteintes par une maladie chronique) ;
- **les patients** changent : nous devons prendre en compte le vieillissement de la population ;
- dans le même temps, **les aspirations des patients** se transforment : ils sont de plus en plus informés et veulent prendre une part plus active dans leur prise en charge. Ils souhaitent également être soignés à proximité ou chez eux et passer moins de temps à l'hôpital ;
- **les professionnels veulent travailler en réseau**, et non plus de manière isolée ;
- enfin, notre système fait **un recours excessif à l'hôpital**, et plus généralement aux soins, aux dépens de solutions plus adaptées et moins coûteuses, notamment ambulatoires, voire fondées sur la prévention ou l'éducation pour la santé.

L'impératif d'efficience est par ailleurs plus que jamais présent pour garantir la pérennité d'un système de santé accessible à tous.

La stratégie nationale de santé récemment annoncée permettra de répondre à ces enjeux. Le numérique sera un atout précieux pour sa mise en œuvre :

- **le développement des nouvelles technologies permet d'entrevoir des solutions encore inexplorées** d'une organisation différente de notre système de santé (offre de soins, information des patients, nouvelles collaborations entre professionnels de santé, nouvelles relations entre ces professionnels et les patients) ;
- elles ouvrent également des perspectives nouvelles pour **lutter contre les inégalités de santé** ;
- plus généralement, la modernisation de l'offre de soins revêt une importance capitale, **pour maintenir une médecine de qualité accessible à tous.**

Deux programmes sont emblématiques de cette modernisation de l'offre de soins :

- « **Hôpital numérique** », un programme à cinq ans qui vise l'ensemble des établissements de santé. Il doit permettre d'améliorer, grâce à l'amplification de l'usage des systèmes d'information, la qualité et la sécurité des soins, l'efficience.

L'ambition est d'amener les établissements de santé à un socle de maturité de leurs systèmes d'information liés aux processus de soins permettant en leur sein l'échange et le partage.

- « **Territoire de soins numériques** », auquel 80 M€ seront consacrés dans le cadre des investissements d'avenir, et ciblé sur quelques territoires pilotes dynamiques dès 2013. L'objectif est de soutenir, au-delà du programme « Hôpital numérique », le développement de projets innovants et globaux à l'échelle de quelques territoires, associant tous les acteurs de la chaîne de soins et les patients, préalable à une généralisation sur l'ensemble des territoires.

Il n'y a plus désormais d'obstacle technologique. Nous devons dans les prochaines années tenter d'étendre le plus largement possible l'usage des nouvelles technologies à l'ensemble de notre système de santé.

RENFORCER LA DEMOCRATIE A L'HOPITAL

« La bonne gouvernance, c'est la démocratie. Mais la bonne gouvernance ne se décrète pas, elle se construit. Pas depuis Paris avec des règlements, mais dans chaque établissement. Chacun doit prendre sa part de responsabilité. Devant la diversité de l'hôpital public, je ne veux pas affirmer depuis ce ministère un modèle de gouvernance applicable à tous, mais laisser place à des expérimentations, à des adaptations locales. Bref, je veux faire confiance aux acteurs de monde de l'hôpital que vous êtes. »

Mobiliser toutes les instances pour assurer une gouvernance équilibrée

« Je souhaite renforcer la solidarité de la communauté hospitalière. Je mesure que c'est un objectif ambitieux. Des dispositions législatives viendront concrétiser cette ambition. Les diverses instances de l'hôpital ne peuvent servir de simples chambres d'enregistrement au moment où les établissements engagent des choix de long terme. »

Le bon fonctionnement de l'hôpital repose sur le bon équilibre de l'ensemble de ses instances internes et notamment de ses comités et commissions : Commission Médicale d'Établissement (CME), Comité Technique d'Établissement (CTE), Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSI-RMT), Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT).

L'avis et l'information de l'ensemble de la communauté hospitalière, et notamment de la communauté médicale comptent pour garantir un bon équilibre dans la gouvernance de l'hôpital.

Le sentiment de déqualification de l'avis médical né du défaut de consultation obligatoire de la commission médicale d'établissement est préjudiciable à la mobilisation collective des médecins.

Par ailleurs, alors que l'hôpital exerce une mission importante en matière d'accueil des étudiants de médecine, de pharmacie et d'odontologie, ceux-ci ne sont pas représentés au sein de la CME.

Il est nécessaire d'élargir les compétences de la CME dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels médicaux, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, avec la question centrale de la démographie médicale, ainsi qu'en matière d'information sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement.

Il est impératif également de faire évoluer la composition de la CME, afin d'y intégrer une représentation des étudiants de médecine, de pharmacie et d'odontologie.

Une concertation sera lancée à l'issue de la remise du rapport Couty en vue de la publication d'un décret modifiant la composition et les attributions des CME avant l'été 2013.

« Il s'agit ici de redonner tout son rôle à la CME, pour mieux organiser la qualité globale de la prise en charge du patient au sein de l'établissement et sur le territoire. Il faut aussi conforter le rôle et la place du président de CME, sans menacer en rien l'efficacité de la décision et l'arbitrage du directeur. »

Etablir un bilan de l'organisation en pôles

*« Un bilan du fonctionnement des pôles sera confié **aux conférences de directeurs et présidents de CME**. Celui-ci devra m'être remis d'ici la fin de l'année, afin d'évaluer que les fonctions des pôles répondent bien à une logique médicale nouvelle. »*

L'organisation en pôles est critiquée dans certains établissements, en tant qu'elle ne permet pas de prendre suffisamment en compte la taille et la nature des activités des établissements de santé.

Or l'organisation varie selon qu'elle concerne un CHU, un CH, un hôpital de proximité, un établissement spécialisé ou accueillant des personnes âgées dépendantes.

La structuration des activités médicales est essentielle dans un établissement : elle a des conséquences sur le bon fonctionnement des équipes de soins et les liens que chacune d'entre elles doit tisser avec les autres.

Après six années de généralisation de l'organisation en pôles des établissements de santé, il est nécessaire de pouvoir dresser un bilan exhaustif du fonctionnement en pôles.

Un bilan de l'organisation en pôles des établissements de santé sera réalisé, sous l'égide des conférences de directeurs et de présidents de CME.

Renforcer le rôle des patients à l'hôpital

« Il est temps que l'hôpital accorde plus de place aux patients pour adapter la politique d'accueil ou les dispositifs concernant la qualité des soins. »

La participation des usagers à la décision dans les établissements de santé est un acquis législatif et réglementaire, depuis les ordonnances de 1996 et **la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002**.

Le regard porté par les usagers est un moteur puissant pour une évolution de notre système de santé.

La participation des usagers est désormais une réalité, dans le cadre notamment des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Pour autant, la participation des usagers et de leurs représentants à la vie des établissements et à la définition des politiques territoriales **doit évoluer pour deux raisons** :

1. Les usagers ne pèsent pas suffisamment dans les décisions prises au sein des établissements ;
2. Les instances fonctionnent trop souvent de manière cloisonnée, les rapports de la CRUQPC ne sont pas toujours utilisés dans tous leurs aspects pour élaborer, adapter ou réorienter la politique d'accueil des patients ou les dispositifs concernant la qualité des soins

Pour parvenir à infléchir davantage les prises de décision dans une logique au service des patients, il est nécessaire de promouvoir la place des usagers dans les décisions.

La création d'un comité technique des usagers apparaît comme la solution améliorant la présence des usagers et leur permettant de participer aux décisions en meilleure connaissance de cause.

Les modalités précises de mise en œuvre de ces comités techniques des usagers devront être adaptées à la taille des établissements.

La ministre souhaite cependant aller plus loin et confier une **mission destinée à poursuivre les réflexions sur l'implication des usagers dans le fonctionnement des établissements.**

RENOVER LE DIALOGUE SOCIAL

« Le dialogue social à l'hôpital n'a pas toujours été reconnu ni encouragé ces dernières années. Je souhaite le réhabiliter. »

Améliorer le dialogue social au sein des établissements de santé en promouvant la négociation

Dans le champ public, les responsabilités en matière de négociation peuvent relever de niveaux différents selon les thèmes retenus.

La qualité du dialogue social local passe par l'affirmation d'un pouvoir de négociation à l'échelle de l'établissement de santé. Une des principales nouveautés introduites par la loi du 5 juillet 2010 réside en effet dans la place primordiale qui doit désormais être reconnue à l'échelon local.

Il convient de rappeler que le niveau régional ne comporte aucune dimension de négociation.

Au préalable, il est indispensable pour l'ensemble des parties prenantes de disposer d'une vision claire de la totalité des sujets qui de façon pertinente peuvent faire l'objet d'une négociation à l'échelle des établissements de santé.

Promouvoir le développement d'une culture de la négociation à l'échelle de l'établissement implique une **représentation claire de ce qui relève du niveau national et de ce qui renvoie au niveau local.** Cela implique une vision partagée du cadre juridique de la négociation à ces deux niveaux, dans le respect absolu de l'unité statutaire des agents concernés (agents de la fonction publique hospitalière et personnels médicaux hospitaliers).

Une concertation sera lancée sans délai, au niveau national, réunissant les représentants du ministère de la santé, les organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, la Fédération Hospitalière de France, pour différencier le niveau de négociation à retenir (local ou national) en fonction des thématiques.

Structurer une vision régionale des ressources humaines en santé

« Les ARS devront développer une vision sur les ressources humaines de leur territoire. Et je renforcerai par décret les missions des commissions régionales paritaires dès cette année. Par ailleurs, je souhaite que les agences aient une vision prospective des besoins humains sur leur territoire. Cela passera par un volet ressources humaines dans l'ensemble des projets régionaux de santé que nous inscrirons dans la loi dès l'année prochaine. »

Les commissions régionales paritaires, gérées au niveau des agences régionales de santé et qui sont spécifiques aux praticiens hospitaliers sont une instance privilégiée de l'échange avec les représentants des médecins hospitaliers. Ces commissions ne fonctionnent pas de façon généralisée.

Cette situation est paradoxale alors que **les enjeux en matière de démographie médicale et d'évolution des conditions d'exercice professionnel sont majeurs** dans le maintien d'une offre de soin de qualité dans l'ensemble des territoires.

Les **travaux de prospective sur les ressources humaines** et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à l'échelle d'un territoire et d'une région **ne sont encore que peu développés**, alors qu'ils sont déterminants dans l'organisation de l'offre de formation initiale des professionnels de santé et la recherche des meilleures solutions pour répondre aux besoins des patients.

La gestion des ressources humaines au niveau régional doit passer pour les médecins par une **réactivation et une dynamisation des commissions régionales paritaires**, en élargissant les missions de ces dernières.

Leurs nouvelles compétences porteront sur : les questions de démographie, de formation initiale et de développement professionnel continu, d'organisation du travail et de coopération avec les autres professionnels.

Une concertation sera lancée avec les représentants des organisations de praticiens hospitaliers et d'internes pour revoir les missions et le fonctionnement des commissions régionales paritaires dans le cadre d'un **décret à paraître avant la fin de l'année**.

Au-delà des seuls médecins, c'est **le volet ressources humaines au sein des projets régionaux de santé qui doit être structuré**, avec pour ambition de traiter de façon coordonnée les questions d'emploi, de formation, de démographie, d'implantation des professionnels et de structures de santé, réponses aux besoins de santé et accès géographique et financier à ces mêmes professionnels.

Sous l'égide des agences régionales de santé, la méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre, d'un volet ressources humaines des projets régionaux de santé sera revue.

Améliorer la vie quotidienne au travail des professionnels de l'hôpital en relançant la dynamique des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

Les **conditions de travail constituent une des préoccupations majeures des personnels hospitaliers**. L'intensification de la charge du travail, l'exposition de ces personnels à des rythmes de travail spécifiques, l'identification des différents risques professionnels de nature organisationnelle, physique, chimique ou biologique, illustrent un besoin de prévention et les enjeux attachés à l'amélioration des conditions de travail.

Les personnels hospitaliers ont développé **une culture particulière en matière de négociation de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail**. Ceux-ci ont souvent concrétisé la construction de relations sociales de qualité. Cette thématique est essentielle dans la gestion des équipes et la prise en compte des aspirations des personnels en matière de qualité de vie quotidienne au travail.

Une deuxième génération de ces contrats locaux d'amélioration des conditions de travail doit être introduite, pour être plus en phase avec les attentes de personnels et la progression de la connaissance et de l'observation des risques professionnels.

Il importe de **faire vivre le dialogue social au niveau local**, en soutenant sur la base d'un cadrage national, la signature de contrats locaux de deuxième génération d'amélioration des conditions de travail, beaucoup plus axés sur la conciliation entre la vie au travail et la vie personnelle, une programmation pluriannuelle des actions, et l'implication très étroite des personnels médicaux et non médicaux, en lien avec les services de santé au travail.

Un appel à projet sera lancé dès l'automne, avec des financements dédiés, sur la base d'un cahier des charges négocié au niveau national entre les représentants du ministère de la santé, les organisations professionnelles représentatives et la Fédération Hospitalière de France.

Créer une section médicale du Comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail des établissements publics de santé

*« Il va sans dire que les conditions de travail concernent aussi les praticiens hospitaliers, comme nous le rappelle Edouard Couty. **Je signerai donc un décret dès cette année permettant la mise en place d'une section médicale du comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail.** Il ne s'agit pas de traiter les sujets des conditions de travail de manière séparée et d'isoler les médecins des professions non médicales. Il n'y aura qu'un seul CHSCT par établissement. Les modalités de représentation des médecins dans cette instance font, je le sais, débat parmi vous. Nous aurons à en discuter. »*

Les questions de santé au travail et de conditions de travail au niveau local sont des demandes fortes, qui émanent **aussi bien des personnels non médicaux que des personnels médicaux**, y compris des internes.

Le traitement coordonné de ces questions est rarement réalisé. Bien plus, les questions de santé au travail et des conditions de travail des personnels médicaux ne sont parfois pas prises en compte.

Les attentes des personnels en la matière sont très pressantes et il importe de **réinvestir l'instance qui a été spécifiquement conçue pour être au centre de ces thématiques : le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).**

Le champ de compétence des CHSCT est à tort centré sur les seuls agents de la fonction publique hospitalière. Bien plus, dans la pratique institutionnelle, trop de CHSCT se réunissent de façon irrégulière, sans pouvoir disposer d'un véritable programme de travail.

Il importe de **décloisonner les approches centrées sur les conditions de travail entre personnel médical et personnel non médical.** Une démarche formalisée et soutenue doit être conduite pour que tous les établissements de santé soient dotés à partir d'un CHSCT unique d'un programme de santé au travail et d'amélioration des conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux, incluant la prévention des risques professionnels, la question de la pénibilité de l'exercice professionnel.

Les responsabilités des CHSCT seront élargies, leur composition associera des représentants des médecins, deux sections pourront être créées, l'une plus spécifiquement dédiée aux personnels non médicaux, l'autre aux médecins, avec la tenue de réunions communes régulières aux deux sections pour les sujets d'intérêt commun.

Après concertation, cette disposition pourra être mise en œuvre par décret.

Promouvoir le dialogue social dans les établissements de santé en créant un observatoire national du dialogue social et de la veille sociale

« Parce que la qualité du dialogue social est avant tout un sujet de bonnes pratiques, je souhaite mettre en place dès cette année un observatoire national de la veille et du dialogue social. »

Un dialogue social de qualité repose sur des **règles claires, une formation adaptée des différents partenaires, des méthodes et des référentiels de bonnes pratiques à construire.**

Il repose aussi sur de l'observation, un suivi et une évaluation.

A ce jour, les pratiques du dialogue social ne sont pas étudiées et mutualisées ; les signes avant-coureur d'un conflit social sont rarement repérés et encore moins prévenus. Ces insuffisances valent aussi bien au niveau local, régional que national. Il n'y a qu'une mémoire limitée de la genèse et de la conclusion des conflits sociaux ; les outils de veille sociale ne sont pas structurés et par construction sont très peu diffusés.

La mise en place au niveau national d'une veille sociale doit être effective. Elle doit comprendre une **analyse des risques** et un **recensement des divers évènements par secteurs d'activité.** Cette fonction d'observation doit être élargie à l'ensemble du champ social et ne pas se limiter à la seule veille sociale : l'ensemble doit prendre la forme d'un observatoire paritaire national du dialogue social et de la veille sociale.

Un observatoire national du dialogue social et de la veille sociale sera créé au niveau national, en impliquant les représentants du ministère de la santé, les représentants des organisations professionnelles et la fédération hospitalière de France. Cet observatoire pourra être constitué soit de manière autonome, soit au sein du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, soit le cas échéant à partir de l'observatoire des emplois déjà existant.

ANNEXES

Les mesures mises en œuvre depuis septembre 2012

Mesures contre les statuts précaires des agents de la fonction publique hospitalière

Améliorer la rémunération en fin de carrière des salaires les plus faibles de la fonction publique hospitalière

L'objectif est de permettre à l'ensemble des personnels dont le salaire est le moins élevé (catégorie C), quel que soit leur corps d'appartenance d'accéder en fin de carrière à une revalorisation de leur rémunération.

Cette mesure, prise par décret n° 2012-1157 du 16 octobre 2012, a pour objectif de rétablir une équité en permettant, en fin de carrière, à tous les agents dont les salaires sont les moins élevés de la fonction publique hospitalière de bénéficier d'une revalorisation.

- **Extension de la revalorisation en fin de carrière aux agents de la filière administrative et soignante.**

Cette disposition ne s'appliquait depuis 2007 qu'aux agents de la filière ouvrière et technique. Depuis octobre 2012, cette mesure avait été élargie aux filières administrative et soignante (255 000 agents en effectifs physiques) dont on sait qu'elles sont fortement féminisées.

Cependant, tous les agents qui remplissaient les conditions ne pouvaient accéder à cette revalorisation qui était attribuée à 30% de l'effectif éligible.

- **Accès à cette revalorisation pour l'ensemble des agents éligibles**

Le gouvernement a annoncé le 7 février dernier que l'accès à cette revalorisation ne serait plus contingenté. Cette mesure permet **d'améliorer sans délai la fin de carrière de ces agents et est le premier signe concret de l'engagement gouvernemental dans la valorisation des personnels dont le salaire est le moins élevé dans la fonction publique.**

Le gouvernement a annoncé complémentirement l'ouverture d'un cycle de négociation sur les parcours professionnels, les carrières et les rémunérations, négociations qui viseront en priorité l'amélioration de la situation de ces catégories.

Limiter et prévenir l'emploi précaire dans la fonction publique hospitalière

Certains agents travaillent au sein de la fonction publique hospitalière en tant que contractuels.

La mesure prise par décret n° 2013-121 du 6 février 2013 vise à :

- apporter une réponse immédiate à certaines situations de précarité en favorisant le processus de passage en contrat à durée indéterminée et l'accès à l'emploi de fonctionnaire titulaire ;
- améliorer les droits individuels et collectifs des agents contractuels et leurs conditions d'emploi dans la fonction publique ;
- prévenir le développement de situations de précarisation en encadrant mieux les cas de recours aux contrats et les conditions de leur renouvellement.

La loi permet l'immédiate transformation des contrats à durée déterminée en contrat à durée indéterminée dès lors que les agents ont accompli au moins 6 années de fonction auprès du même employeur. Elle propose par ailleurs des **mesures de titularisation** par la voie de recrutements réservés.

Permettre aux agents de la fonction publique hospitalière de continuer de bénéficier des droits relatifs à leur compte épargne temps

Le compte épargne-temps (CET) a été introduit dans la fonction publique hospitalière suite à la **mise en place des 35 heures en 2002**.

Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 est venu introduire de nouvelles règles de gestion des CET qui s'articulent autour des trois objectifs suivants :

- **Permettre aux agents de la fonction publique hospitalière de bénéficier sous différentes formes des droits relatifs à leur compte épargne temps qui arrivait à expiration à la fin 2012.**
Possibilité de maintien sur le compte en vue de l'utilisation des jours sous forme de congés, possibilités d'indemnisation de jours non pris et prise en compte de jours au titre du régime de retraite additionnelle de la fonction publique. Par ailleurs, la durée de validité de 10 ans des jours placés sur le CET disparaît.
- **Permettre une résorption facilitée des jours accumulés historiquement**
Un dispositif transitoire permet de gérer les jours accumulés dans les CET jusqu'au 31 décembre 2011 : l'indemnisation d'un certain nombre de jours est possible. Prévues sur quatre années, elle permet une résorption progressive des jours accumulés.
- **Permettre aux établissements de mieux anticiper la gestion des droits à venir**
L'obligation pour les établissements de « provisionner » des crédits pour pouvoir indemniser les jours non pris est affirmée dans les dispositions réglementaires.

En outre, chaque année, concomitamment à la présentation du bilan social, un bilan de la situation des comptes épargne-temps et de leur provisionnement sera présenté, au niveau de chaque établissement, aux membres du Comité technique d'établissement et, au niveau national, au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Reconnaissance du rôle des cadres de santé

Les cadres de santé de la fonction publique hospitalière, qui représentent **25 000 agents environ**, n'avaient **pas bénéficié de revalorisation depuis 2002**.

Au cours des dernières années, les cadres de santé ont vu leurs missions s'accroître et leur fonction managériale renforcée.

Les cadres de santé de la fonction publique hospitalière bénéficient **depuis le décret n° 2012 – 1467 du 26 décembre 2012** d'une revalorisation de leur rémunération suite à la publication du nouveau statut des cadres paramédicaux de santé de la fonction publique hospitalière.

Cette réforme statutaire vise à ***réaffirmer l'importance du rôle des cadres de santé dans le fonctionnement des établissements de santé et à valoriser leur fonction managériale.***

Amélioration de l'exercice du droit syndical

La **qualité du dialogue social** dans les établissements publics de santé **dépend de l'exercice effectif des droits syndicaux** et de la **clarification des moyens alloués** aux organisations syndicales, dans le respect des règles de représentativité et de participation des organisations syndicales.

La circulaire du 26 décembre 2012 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière a été diffusée à l'ensemble des établissements relevant de la fonction publique hospitalière afin de mettre en œuvre et de garantir l'exercice du droit syndical des agents hospitaliers à la suite des élections professionnelles du 20 octobre 2011.

Cette circulaire garantit **les conditions d'exercice du droit syndical** à travers les règles d'attribution et d'aménagement des locaux syndicaux, l'organisation des réunions syndicales, le droit des agents en matière d'information syndicale, ainsi que les dispositions relatives à la diffusion des documents d'information syndicale et l'accès aux nouvelles technologies pour les organisations syndicales.

Elle **garantit aux représentants syndicaux le temps nécessaire** pour exercer leurs missions à travers un régime d'autorisation spéciales d'absence ainsi qu'un crédit de temps syndical.

Le droit de bénéficier d'autorisations d'absence pour les représentants syndicaux de la fonction publique hospitalière sera prochainement étendu.

Amélioration de l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital

Trois mesures relatives aux praticiens hospitaliers ont été prises en application de l'accord cadre relatif à l'exercice médical à l'hôpital.

Une quatrième mesure qui concerne la retraite des praticiens hospitaliers – professeurs des universités sera rapidement de nouveau proposée à la concertation.

Enfin, une cinquième mesure est prise concernant l'extension de l'indemnité de service public hospitalier aux assistants des hôpitaux à l'issue des travaux menés dans le cadre du groupe sur les conditions de travail des médecins en formation et jeunes médecins.

Les praticiens hospitaliers continueront à bénéficier des droits relatifs à leur compte épargne temps

Le dispositif du compte épargne-temps a été ouvert aux praticiens hospitaliers dans le cadre de la réduction du temps de travail mise en œuvre en 2002.

Le **décret n° 2012-1481 a été publié le 27 décembre 2012** et instaure de **nouvelles règles de gestion et d'utilisation des jours épargnés** par les médecins hospitaliers sur leur compte épargne-temps (CET).

Ces règles se déclinent autour des trois objectifs suivants :

- **Permettre aux praticiens hospitaliers de bénéficier sous différentes formes des droits relatifs à leur compte épargne temps (CET) qui arrivait à expiration à la fin 2012.**

Le CET peut être alimenté chaque année par le report de congés annuels, des heures ou jours de RTT, de jours de récupération des périodes de temps de travail additionnel ou d'astreintes. La **progression** annuelle maximale du nombre de jours inscrits sur le CET est fixée à 20 jours.

La durée de validité du CET n'est plus limitée à 10 ans, mais le nombre total de jours inscrits sur le compte est limité par un plafond

- **Permettre une résorption facilitée des jours accumulés historiquement**

Un dispositif transitoire permet de gérer les jours accumulés dans les CET jusqu' au 31 décembre 2012 : l'indemnisation d'un certain nombre de jours est possible. Prévue sur quatre années, elle permet une résorption progressive des jours accumulés.

- **Permettre aux établissements de mieux anticiper la gestion des droits à venir**

L'obligation pour les établissements de « provisionner » des crédits pour pouvoir indemniser les jours non pris est affirmée dans les dispositions réglementaires.

En outre, chaque année, concomitamment au bilan social, un **bilan de la situation des CET des praticiens hospitaliers** sera présenté aux membres de la commission médicale d'établissement.

Rétablissement d'une égalité de traitement pour la retraite des praticiens hospitaliers à temps partiel et des praticiens attachés à temps plein

Cette mesure prise par le décret n° 2012-1564 du 31 décembre 2012 permet aux praticiens hospitaliers temps partiels et **praticiens attachés à temps plein de cotiser sur la même assiette que les praticiens hospitaliers temps plein**. Elle **harmonise** les statuts en supprimant certaines inégalités de traitement relevées depuis de nombreuses années. Elle contribue à **renforcer l'attractivité des carrières hospitalières**.

Afin d'aligner la définition de l'assiette de cotisations des praticiens hospitaliers à temps partiel et **des praticiens attachés à temps plein sur celle des praticiens hospitaliers temps plein**, il est prévu **l'élargissement de 70 à 100% de l'assiette de cotisation des praticiens hospitaliers à temps partiel et des praticiens attachés à temps plein à compter du 1^{er} janvier 2013**. L'élargissement de l'assiette est mis en œuvre de manière progressive sur trois années consécutives.

Reconnaissance et valorisation de l'engagement dans le service public hospitalier

Cette mesure vise à **reconnaître et valoriser l'engagement dans le service public hospitalier et met fin à l'inégalité de traitement** existant entre le statut des praticiens hospitaliers temps plein bénéficiaires de l'indemnité d'engagement de service public exclusif depuis l'année 2000 et les autres statuts.

Cette mesure **reconnaît la communauté unique** que constituent les praticiens qui n'exercent pas une activité libérale et qui exercent dans le service public hospitalier ; elle **harmonise les statuts** en supprimant certaines inégalités de traitement. Elle contribue à renforcer **l'attractivité des carrières hospitalières**. L'indemnité de service public exclusif contribue à une **amélioration de la retraite des praticiens concernés**.

L'ensemble de **textes réglementaires** nécessaires à la mise en œuvre de cette mesure a été publié **au Journal officiel du 15 février 2013** avec mise en œuvre effective au 1er mars 2013.

L'indemnité est attribuée en contrepartie d'un engagement d'exercer pendant 3 ans exclusivement dans les structures publiques sanitaires ou établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Rétablissement d'un traitement équitable concernant la retraite des professeurs des universités - praticiens hospitaliers

L'accord cadre relatif à l'exercice médical à l'hôpital prévoit l'élargissement du dispositif de retraite facultative par capitalisation. Ce dispositif de « sur-complémentaire » a été créé en 2007 et est destiné à **compenser l'absence totale de cotisation des professeurs des universités – praticiens hospitaliers sur leur part hospitalière de rémunération**.

Un projet de texte (décret) va prochainement être soumis aux organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers.

Rétablissement d'un traitement équitable des assistants des hôpitaux au regard de leur engagement dans le service public hospitalier

A l'instar de la mesure prise récemment pour les praticiens à temps partiel et les praticiens attachés temps plein et par mesure d'équité vis-à-vis des chefs de cliniques qui en bénéficient, le gouvernement décide d'élargir aux assistants des hôpitaux l'attribution de l'indemnité de service public exclusif.

Abrogation du jour de carence

Le jour de carence consiste à **ne pas rémunérer un agent la première journée de chaque congé de maladie ordinaire** (i.e. maladie non-professionnelle). Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012, **le gouvernement a pris la décision d'abroger le jour de carence pour les fonctionnaires et agents publics à compter de 2014 (dans la loi de finances).**

La mesure vise à supprimer un dispositif :

- dont **l'efficacité n'est pas démontrée en matière d'absentéisme** (pas d'effet sur le nombre d'arrêts maladie) et qui au contraire pourrait aggraver les conditions de travail (augmentation de la durée moyenne des arrêts et du nombre d'accidents du travail) ;
- **qui ne restaure pas l'équité entre secteurs public et privé** alors que 3 salariés du privé sur 4 bénéficient d'une prise en charge, les fonctionnaires ne bénéficient pas d'une telle prise en charge. La mesure était inéquitable pour les agents de la fonction publique hospitalière dont la prime de service est d'ores et déjà minorée en cas d'absence. Il s'agissait donc pour eux d'une double peine ;
- **et dont les économies sont deux fois moins importantes que prévues.**

Le gouvernement ne renonce pas à la lutte contre l'absentéisme :

- Il n'y a **pas de problème d'absentéisme propre à la fonction publique** : une étude menée avant la mise en place du jour de carence montre que les comportements en termes d'absentéisme sont similaires entre fonctionnaires et salariés en contrat à durée indéterminée ;
- Les problèmes d'absentéisme, lorsqu'ils existent, **ne se résolvent pas par des mesures de sanction** mais sont le plus souvent révélateurs de conditions de travail difficiles : il faut donc travailler sur les causes et non les symptômes (cf. concertation avec les syndicats sur l'amélioration des conditions de travail) ;
- C'est contre les **recours abusifs** qu'il faut lutter. Le gouvernement va travailler à **l'amélioration des dispositifs de contrôle** et proposera le **renforcement des sanctions financières** en cas d'arrêt non justifié.

MISSION PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL

Méthode du pacte de confiance

1. Concertation confiée à Edouard COUTY avec l'ensemble des acteurs concernés
2. Trois groupes de travail portant sur les trois thématiques retenues et un rapport de synthèse élaboré par Edouard COUTY
3. Mobilisation de plus de 150 professionnels de septembre 2012 à début 2013

Organisation des travaux

Responsable de la mission : Edouard COUTY, ancien Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, conseiller maître à la Cour des comptes et Président du Conseil d'administration de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Rapporteur pour l'ensemble de la mission : **Claire SCOTTON** (IGAS)

- **Groupe 1 : service public hospitalier dans le système de soins**

- Présidente : Bernadette DEVICTOR représentante des patients, présidente de la conférence nationale de santé et du CISS.
- Vice présidents : Christian DUBOSCQ (directeur général de l'ARS Picardie) et Pr FENOLL président de la CME du CHU de Brest.
- Rapporteur : Paul CASTEL (IGAS)

Mme Bernadette DEVICTOR

Bernadette DEVICTOR est représentante des usagers, administrateur de l'association France Alzheimer Rhône où elle s'occupe plus particulièrement d'un accueil de jour pour personnes en début d'évolution de la maladie d'Alzheimer.

Depuis octobre 2004, elle est présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CiSS) Rhône-Alpes. En janvier 2006, elle est élue présidente d'une conférence régionale de santé (Rhône-Alpes) puis de la CRSA, en juillet 2010 et de la conférence nationale de santé en juin 2011.

- **Groupe 2 : dialogue social à l'hôpital et ressources humaines**

- Présidente : Danielle TOUPILLIER, directrice générale du CNG.
- Vice président : Jean-Paul GUILLOT, président de l'association « Réalités du Dialogue Social »
- Rapporteurs : Bernard VERRIER (IGAS) et Roland OLLIVIER (directeur de l'institut du management EHESP)

Mme Danielle TOUPILLIER

Danielle TOUPILLIER est actuellement Directrice générale du CNG (Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et personnels de direction de la fonction publique hospitalière).

Directeur d'hôpital de formation, mise à disposition au Ministère de la santé, elle exerce successivement les fonctions de chef de bureau, conseillère technique à la DHOS et chef de service adjointe au directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Elle a également exercé la fonction de secrétaire générale de l'établissement français des greffes à la création de l'établissement (établissement public National de l'Etat) en 1994 à 1998.

- **Groupe 3 : organisation et fonctionnement internes de l'hôpital**

- Présidente : Monique CAVALIER (DG ARS Bourgogne).
- Vice président : Dr JM DOLLARD, président de la CME du CH de Briey.
- Rapporteurs : François MAURY (IGAS) et Bernard DUPONT, DG du CHU de Brest

Mme Monique CAVALIER

Monique CAVALIER est directeur d'hôpital (ENSP 1987) et a exercé différentes fonctions de direction tant en CHU qu'en Centre hospitalier. En 2011, elle est devenue Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne, puis de celle de Midi Pyrénées en 2013.