

# RAPPEL DES POSITIONS DE L'INPH CONCERNANT LES H ET HU



**D<sup>r</sup> Patrick LÉGLISE**

Vice-président du SYNPREFH

Délégué général de l'INPH

*Comme notre présidente l'a annoncé le 13 Juillet 2020, le Ségur de la santé n'est qu'un point de départ de la refondation des hôpitaux publics. A l'aube du prochain quinquennat présidentiel, l'INPH rappelle ses positions et propose une feuille de route pour le prochain gouvernement afin d'achever cette refondation.*

## **POUR UN EXERCICE MÉDICAL À L'HÔPITAL PUBLIC ATTRACTIF, LIBRE, INDÉPENDANT, DÉONTOLOGIQUE ET JUSTEMENT RÉMUNÉRÉ**

L'hôpital public est aujourd'hui confronté à une crise de démographie médicale en partie liée à la baisse d'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires. Nos statuts doivent nous permettre de prendre soin des patients dans les conditions d'un exercice professionnel libre, indépendant et répondant à l'obligation de moyens imposée par le code de déontologie. Ce retour d'attractivité ne pourra pas se faire sans une revalorisation significative de l'ensemble des rémunérations, sans l'assurance d'une continuité des carrières, sans la reconnaissance de valences dites « non cliniques » et sans une amélioration significative des conditions de travail.

L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à garantir et promouvoir les statuts de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires afin de recréer les conditions d'attractivité de l'hôpital public et de fidéliser le corps médical à l'hôpital :

- ☒ **Préserver et renforcer la nomination nationale des PH** à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG.
- ☒ **Sanctuariser le cœur du statut HU** en garantissant l'indissociabilité de la fonction HU : soin, enseignement et recherche.

- ☒ Le Ségur de la santé a revalorisé globalement l'exercice médical hospitalier d'environ 6 % or **une revalorisation complémentaire globale de 24 % de toutes les grilles salariales (PH, MCU-PH et PU-PH)** est nécessaire compte tenu de l'absence d'évolution significative des revenus depuis plus de vingt ans.
- ☒ **Ramener à 26 ans la grille d'évolution salariale des PH** en la réduisant de 6 ans.
- ☒ **Aligner les grilles des émoluments hospitaliers des PU-PH et MCU-PH** sur une grille unique.

- ☒ **Rapprocher certaines dispositions statutaires des HU de celles des PH** pour les conditions d'exercice hospitalier (accès au temps partiel, congés, etc.) et **proposer une véritable retraite hospitalière aux HU**.
- ☒ **Aligner les grilles de rémunération des praticiens contractuels** (Chef de clinique, assistant spécialiste, praticien attaché, nouveau praticien contractuel, ...) sur la grille de rémunération des PH.
- ☒ **Intégrer automatiquement les praticiens attachés en CDI au corps des praticiens hospitaliers** dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste d'aptitude nationale.
- ☒ **Revaloriser significativement l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif**, 2000 € mensuels sans condition d'ancienneté dans le statut, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.
- ☒ **Reconnaître la particularité du rôle central de l'hôpital public dans la permanence des soins** en la revalorisant significativement :
  - **Revaloriser les indemnités de sujétion** en les alignant à minima sur les indemnités de garde des personnels enseignants et hospitaliers.
  - **Décompter la période de travail de nuit comme 3 demi-journées** dans le calcul des obligations de service.
- ☒ **Améliorer les conditions d'exercice**, en « repyramidant » la charge des gardes sur une carrière par un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière.
- ☒ Dans le cadre du décompte des obligations de service en demi-journées, **valoriser les 2 demi-journées de jour à 4 heures chacune et les 3 demi-journées de nuit à 5 heures chacune**.
- ☒ **Valoriser le temps de travail additionnel à partir de la 41<sup>ème</sup> heure de travail hebdomadaire** et non pas à partir de la 49<sup>ème</sup> heure.
- ☒ **Définir le temps de travail nécessaire à l'accomplissement des missions -de l'équipe -du service -de l'équipe territoriale** (soins, valences non cliniques, formation recherche, activités d'intérêt général, activités syndicales, activité privée à l'hôpital) afin de déterminer l'effectif nécessaire cible de l'équipe médico-soignante du service.
- ☒ **Intégrer automatiquement les MCU-PH hors classe titulaires d'une Habilitation à Diriger les Recherches** dans le corps des PU-PH.
- ☒ **Accorder l'utilisation du titre de « professeur »** à tous les MCU-PH et aux PH détenteurs d'une HDR.
- ☒ **Décontingenter** l'accès à la Hors-Classe des MCU-PH et à la Classe Exceptionnelle des PU-PH.
- ☒ **Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH, (par exemple sur le modèle des PAST)** qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération et valorisation universitaire (l'institution d'enseignement ou de recherche). Ces valences permettent un exercice pluriel

de la carrière de praticien hospitalier grâce un parcours diversifié et valorisant.

- ☒ **Prendre en compte les missions d'enseignement et de recherche** dans le calcul des effectifs cibles de praticiens.
- ☒ **Proposer aux HU volontaires la possibilité d'un exercice « hors les murs » du CHU** en créant des postes universitaires là où apparaissent des besoins et des spécificités, que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé.
- ☒ **Faciliter la coopération entre l'hôpital et son territoire** par la mise à disposition à temps partiel ou complet, sans limite de temps, sur la base du volontariat, avec conservation des statuts, émoluments et primes, de praticiens hospitaliers pour des structures reconnues participant au service public de santé, des organisations territoriales de soins, administrations et groupements participant à l'organisation du système de santé.
- ☒ **Faciliter la création de réseaux ville/hôpital** (staff commun, adressage facilité, participation aux astreinte ou aux gardes...).
- ☒ **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice en cours de carrière** en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H vers HU en cours de carrière.
- ☒ **Revaloriser une Formation Médicale Continue** à hauteur de 3 % de la masse salariale.

- ☒ **Autoriser un congé des PH pour formation/recherche/reconversion** avec maintien du salaire pour une durée d'un trimestre par deux ans travaillés à plein temps dans la limite d'un an de congé (à l'image des HU). Ces dispositions sont déjà possibles avec la mise en recherche d'affectation mais il faudrait élargir le « quota » et permettre le retour sur l'établissement à l'issue d'une formation longue.

- ☒ **Mieux reconnaître le temps du dialogue social** par la création de valences syndicales supplémentaires.
- ☒ **Mettre en place un service de santé au travail** pour les praticiens hospitaliers indépendant de l'administration hospitalière et de la hiérarchie hospitalière avec prise en charge obligatoire par un médecin accédant à une équipe complète infirmière, ergono-

mique et rééducative de santé au travail. Les recommandations d'adaptation du poste de travail s'imposent à l'administration hospitalière.

- ☒ **Instaurer une Mutuelle obligatoire** aussi pour les praticiens.
- ☒ **Mettre à disposition des praticiens** des crèches, salles de sports, garages à vélos, des chambres de garde décente, ...

## POUR UNE GOUVERNANCE BIENVEILLANTE (HOSPITALIÈRE, TERRITORIALE ET RÉGIONALE) AU SERVICE DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS

L'hôpital public est aujourd'hui confronté au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : de son financement, de sa gestion, de sa gouvernance et de ses

La crise COVID-19 a permis de mettre en évidence que le dispositif actuel des ARS régionales recen-

trées sur les grandes régions s'apparentait plus à du féodalisme qu'à

**L'hôpital public est aujourd'hui confronté au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : de son financement, de sa gestion, de sa gouvernance et de ses valeurs.**

valeurs. L'INPH répond à ce défi par un ensemble de propositions volontaristes et responsables, remplaçant les patients comme les professionnels au centre de l'hôpital, et l'hôpital dans ses valeurs fondamentales à

sa juste place dans le système de santé. L'objectif des propositions suivantes visent à **remédicaliser** la gouvernance des hôpitaux, **responsabiliser** les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation des soins et **restaurer** la notion d'équipe médico-soignante ce qui existait avant la loi HPST.

Les compétences que les acteurs de santé (publics, privés ou libéraux) demandent, ni la légitimité, les responsables d'Etablissement de Santé s'adressant directement au siège. Seuls les acteurs de santé de terrain (libéraux et hospitaliers) disposent de la connaissance intime de leur territoire et ils doivent non seulement être associés à la politique territoriale de santé mais centraux et décisionnaires dans sa mise en œuvre et sa conception. Il convient donc de repenser en profondeur le fonctionnement des ARS afin que la notion de médecine adaptée au territoire soit une réalité de terrain et pas un simple concept technocratique.



L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à refonder une gouvernance hospitalière territoriale et régionale bienveillante au service des soignants et des patients :

- ☒ **Abroger la loi HPST.**
- ☒ **Médicaliser la gouvernance** : réinvestir la Commission Médicale d'Etablissement en matière de stratégie, de gestion, de qualité des soins, de progrès médical et de gestion des personnels médicaux.
- ☒ **Démocratiser la gouvernance**, par un rééquilibrage des prérogatives entre la Commission Médicale d'Etablissement et le Directoire.
- ☒ **Donner des responsabilités à la Commission Médicale d'Etablissement** en matière budgétaire : objectifs, exécution et suivi, et lui garantir avec le DIM les moyens de son expertise et l'indépendance de ses décisions.

- ☒ **Inscrire la gouvernance de l'hôpital dans un projet territorial médicalisé et démocratique**, associant également les soignants et les usagers.
- ☒ **Replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante**, et rendre au Chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.
- ☒ **Associer concrètement le service dans la préparation et l'exécution budgétaire** : préparation de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) avec le DIM et l'Administration, et exécution dans le cadre d'une large délégation de gestion en adéquation avec les objectifs du projet médical d'établissement validés par la CME.
- ☒ **Reconnaître les fonctions médicales de gouvernance et de gestion**, pour les PH comme pour les hospitalo-universi-

taires, par la création de valences et de formations spécifiques. Mettre en place des et de formations spécifiques, incluses dans le temps de travail et dissociées du DPC.

- ☒ **Garantir respect et bienveillance aux patients comme aux professionnels**, par une gestion juste et transparente des situations individuelles et de la politique de prévention des risques psychosociaux.
- ☒ **Confier certaines missions** (gestion de la santé publique, de la veille et de la réponse épidémiologique sur les territoires) au terrain (Etablissements de Santé et libéraux).
- ☒ **Recentrer les missions de l'ARS** sur la régulation de l'offre de soins, mais en concertation permanente avec les acteurs de terrain que sont les médecins (libéraux et hospitaliers).

programmation pluriannuelle établie dans des conditions de démocratie et de transparence.

- ☒ **Reprendre de l'intégralité de la dette** des hôpitaux.
- ☒ **Développer significativement le financement de la prévention**, tous secteurs confondus.
- ☒ **Converger progressivement vers un financement populationnel régional**, fondé sur les besoins objectifs des populations.
- ☒ **Renforcer très significativement la démocratie sanitaire**, dans les éléments d'orientation de la politique régionale de santé, son financement, et sa régulation.

- ☒ **Réformer profondément l'Assurance maladie**, en incluant : la transparence des modes de décision et de la gestion, la suppression des conflits d'intérêt (externalisation des contrôles à des organismes indépendants), la simplification radicale de la tarification et de la facturation, la remise en question du reste à charge.
- ☒ **Réformer de façon volontariste l'intégration des opérateurs de santé**, publics et privés, avec pour objectif le parcours du patient dans d'une maîtrise médicalisée de la dépense dans un contexte économique contraint. Recentrer les diffé-

rents acteurs sur leur cœur de métier. **L'efficience doit être le résultat de la rationalisation, pas du rationnement.**

- ☒ **Orienter le financement de la Psychiatrie vers un financement populationnel**, dans le cadre d'une politique territoriale.
- ☒ **Simplifier le modèle de financement des SSR (T2A).**
- ☒ **Porter une politique européenne de la santé** et de la protection sociale, dans ses dimensions sociale, industrielle et d'excellence.

## POUR UN FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ADAPTÉ AUX BESOINS POPULATIONNELS

L'état des lieux du financement de santé montre :

- ☒ Une déconnexion des missions et des moyens, ayant abouti à un rationnement catastrophique et un endettement lié au fonctionnement et non à l'investissement.
- ☒ Une absence de rationalisation de l'offre sanitaire et de son organisation.
- ☒ Une carence de vision de santé publique.
- ☒ Une dérive des coûts de l'innovation incompatible avec le

maintien d'une offre de qualité pour tous.

- ☒ Une dérive progressive du reste à charge remettant en cause le principe d'universalité d'accès aux soins.
- ☒ Sur la base des principes fondamentaux suivants :
- ☒ Tout patient doit pouvoir accéder à des soins de qualité sans conditions de ressource.
- ☒ Indépendamment de toute chose, les producteurs de soins doivent avoir les moyens de leurs missions.

- ☒ Dans ses missions essentielles, le système de santé doit être un service public, incluant une proportion significative d'opérateurs publics.

L'INPH propose de :

- ☒ **Réformer profondément ou remplacer l'ONDAM**, afin de reconnecter les financements aux besoins.
- ☒ **Maintenir la T2A, mais sur un périmètre plus restreint** (piste de réflexion : les charges variables), en complément d'un financement lié à une

## POUR UNE ORGANISATION TERRITORIALE PERMETTANT UN ACCÈS UNIVERSEL À DES SOINS DE QUALITÉ

Voici les constats des praticiens sur **le tes** territoires de santé :

- ☒ Inégalité d'accès aux soins.
- ☒ Incohérence des organisations territoriales hospitalières et libérales.
- ☒ Insuffisance de l'offre médico-sociale.
- ☒ Inégalité de la formation des professionnels de santé.

Les objectifs identifiés par l'INPH :

- ☒ **Qualité et égalité d'accès aux soins et à la formation** des professions de santé.
- ☒ **Avoir une conception médicale** du territoire.
- ☒ **Obtenir la participation volontaire des praticiens au projet.**
- ☒ **Organiser un parcours de soins progressif et cohérent** de la CPTS et du médecin libéral vers le CH(U) : territoire

de soins (GHT) - organiser un parcours de formation contractualisé de l'Université vers les structures non U : territoire de formation (« GHTU ») territorial.

L'INPH propose une série de mesures pour mettre en place une offre de soin et de formation territoriale de qualité accessible à tous :

- ☒ **Définir des moyens sanitaires et médico-sociaux nécessaires au sein des territoires** par les professionnels et les usagers.
- ☒ Les CPTS et les médecins libéraux doivent constituer un premier niveau accès aux soins et mettre en route le parcours de soins adapté aux malades et à sa pathologie ; idéalement ce niveau devrait déjà tendre vers une permanence des soins.

☒ **Etablir le lien hôpital – secteur libéral** : mixité d'exercice, mise à disposition des moyens (numériques mais aussi humains nécessaires à la qualité de ce lien : IDE de liaison, assistance sociale, secrétariat...).

- ☒ **Organiser la hiérarchisation de l'offre de soin** de l'hôpital de proximité (petites urgences, soins de suite, hébergement d'aval) vers le centre hospitalier (soins courants sur plateaux techniques, consultations avancées) « puis » le CHU (soins « ultra spécialisés », activités de recours, mais aussi soins courants et de proximité pour la population avoisinante).
- ☒ Les établissements privés trouvent leur place dans cette hiérarchisation de l'offre de soins, quel que soit le niveau, en fonction de leurs capacités.

- ☒ **Protéger les populations les plus fragiles** : petite enfance, « 4<sup>ème</sup> âge », handicapés, lutter contre le refus de soins.
- ☒ **Adapter la territorialité** des CPTS et des GHT : "territoires de soins".
- ☒ **Renforcer la formation** de tous les métiers de santé et les adapter aux besoins territoriaux (toutes les structures, hospitalières ou non, publiques ou privés, peuvent trouver leur place dans la formation des différents professionnels de santé, en fonction de leurs spécificités et capacités).
- ☒ **Mettre en place des parcours de formation** contractualisés du CHU vers les structures non U : "territoires de formation".
- ☒ La notion d'équipe médicale universitaire peut être élar-

gie à un territoire « universitaire » différent de la région et variable selon les besoins de chaque spécialité ; cette équipe médicale universitaire, sous la responsabilité d'universitaires titulaires, doit passer des contrats de formation et de recherche sous le contrôle de l'UFR au niveau régional et des CNU concernés au niveau national.

- ☒ On définit ainsi deux types de territoires :
  - **Un territoire de soins (GHT)**, de la CPTS vers le CH, voire le CHU ;
  - **Un territoire de formation (« GHTU »)**, de l'Université vers la CPTS.
- ☒ Ces territoires peuvent avoir un périmètre différent en fonction des structures hospitalières qui

le constituent et des besoins de formation encadrée par des Maîtres de stage universitaires. Cette organisation en réseaux territoriaux permettrait aussi d'y élargir le champ des recherches et des personnels concernés par celle-ci.

- ☒ **Donner aux ARS un rôle non directif de coordination** entre professionnels de santé et établissements de soins et médico-sociaux de tous statuts pour définir les moyens nécessaires et adaptés aux besoins sanitaires et médico-sociaux territoriaux et non régionaux.
- ☒ **Donner à l'Université un rôle d'encadrement** des formateurs et de la recherche dans ces territoires.

Les praticiens H et HU doivent **travailler en équipe** dans des structures de soins soucieuses et respectueuses du facteur humain du système hospitalier.

Un exercice HU « hors les murs » avec les hôpitaux non-U, les structures privées, en France ou à l'étranger devrait être institutionnalisée.

En ce qui concerne le CHU d'aujourd'hui, il devrait accompagner l'universitarisation en cours des différentes professions liées à la Santé, en valorisant l'approche **pluri-professionnelle**, incluant **une formation et une recherche hors les murs**, ouverte sur la société, **en adéquation avec les besoins** médicaux et de santé de la

population du bassin de vie dans lequel l'hôpital est implanté, **sans discrimination ni sélection des pathologies** fondées sur des critères économiques ou financiers.

## POUR UNE REDÉFINITION DES MISSIONS DES PRATICIENS ET LEUR REDONNER DU SENS

Les missions fondamentales des médecins, pharmaciens et odontologistes à l'hôpital public qu'ils soient hospitaliers ou hospitalo-universitaires doivent être redéfinies.

Soigner, former, transmettre, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre en charge dans le cadre d'une vision globale du soin, inventer et innover sont autant de missions qui forgent la vision de l'INPH.

L'importance de ces différentes missions permettra de garder et de promouvoir les meilleurs praticiens au sein d'un hôpital public de qualité.

Pour un Hospitalier (H) ou un Hospitalo-Universitaire (HU) l'attractivité de la mission réside dans le **plaisir de s'améliorer en permanence, de transmettre et de contribuer au progrès de la médecine et de la santé dans sa globalité** : accueil, soins, réhabilitation, soutien, information, éducation, aide... Elle se nourrit aussi d'une forme de gratification liée à la reconnaissance d'une disponibilité et d'une stabilité (permanence) de la **compétence**, couplée à la notoriété d'un exercice

dédié au patient, indissociable de la **liberté de choix des thèmes de travail** et d'organisation d'une vie professionnelle faite de contacts et de relations humaines.



## POUR UN DIALOGUE SOCIAL DE QUALITÉ, PROTECTEUR ET RESPECTUEUX DES PRATICIENS

Le dialogue social pour les praticiens hospitaliers inclut tous types d'échanges d'information, de consultation, de concertation ou de négociation entre **les représentants du gouvernement** (ministre, cabinet, services centraux (en particulier DGOS) et services déconcentrés : ARS) et **les représentants des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires** (les inter-syndicats représentatifs), sur des questions relatives à la politique hospitalière et au statut des praticiens hospitaliers.

**L'objectif principal du dialogue social est de rechercher la formation d'un consensus entre les parties ainsi que leur participation démocratique.**

L'absence de définition entre les parties d'un contenu préétabli précis et d'agenda induit tous les risques de malentendus et de leurs conséquences.

La notion de dialogue social pré-suppose que les parties en présence aient une culture de compromis et sous-entend une information adaptée.

### Dialogue social local :

- ☒ Un dialogue social de qualité au niveau local est indispensable au bon fonctionnement de l'établissement et à la **bonne qualité de la vie au travail** des agents publics qui y travaillent.
- ☒ Le projet médical, le projet social et le règlement intérieur doivent **préciser un dialogue social local** qui n'est pas défini réglementairement.
- ☒ La CME, instance de représentation des praticiens hospitaliers, participe avec la représentation de la direction au dialogue social local.
- ☒ Le partage de l'information sur la stratégie et le devenir de l'établissement doit être la règle. L'information doit se faire de bas en haut et de haut en bas et doit respecter le droit à l'expression.
- ☒ Un dialogue structuré des différents acteurs, pour ce qui les concerne, au niveau du service, du pôle et de l'établissement est indispensable.
- ☒ En cas de conflit, non résolu au niveau du service ou du pôle,

la **CME organise une conciliation** entre les parties en conflit. Chacune des parties peut être **accompagnée par la personne ou l'organisation de son choix.**

- ☒ Le rôle de la médecine du travail doit être renforcé pour améliorer la qualité du dialogue social.
- ☒ Les statuts des personnels médicaux doivent être respectés mais les discussions d'évolution des statuts ne peuvent pas se faire au niveau local.
- ☒ L'organisation du groupement hospitalier de territoire (GHT) respecte le dialogue institué au niveau des établissements parties.
- ☒ Le Collège médical ou la CME de GHT prolonge le dialogue social notamment en matière d'organisation et de mobilité inter établissement.
- ☒ Le Projet médical partagé (PMP) exprime la qualité du dialogue social notamment au niveau du territoire.
- ☒ **Les statuts des personnels médicaux doivent être respectés** et les discussions d'évolution des statuts sont de niveau national.



### Dialogue social régional :

- ☒ L'organe du dialogue social au niveau régional est la **Commission Régionale Paritaire (CRP)** dont l'organisation est paritaire entre les représentations syndicales de praticiens et les représentants de l'Administration.
- ☒ Son utilisation dans ce but est très inégale selon les régions.
- ☒ **La CRP est le premier niveau d'intervention institutionnelle des Inter-syndicats** représentatifs des praticiens hospitaliers. A ce titre la réglementation doit être respectée en totalité.
- ☒ La CRP dispose de droits concernant l'organisation régionale de l'hospitalisation publique et en particulier de la permanence des soins. Ces droits sont selon les régions très inégalement respectés malgré des textes réglementaires précis et clairs.
- ☒ La CRP dispose d'un rôle d'étude et de résolution des conflits qui n'auraient pas trouvé de solution locale. L'utilisation de ce dispositif est très inégale selon les régions.

### Dialogue social national :

- ☒ Le niveau national du dialogue social est celui de l'évolution des statuts des Praticiens de l'Hôpital public et de l'organisation hospitalière publique.

### Prévention et gestion des conflits :

**La prévention des conflits repose sur un dialogue social de qualité à tous les niveaux.** Le droit à l'expression de chacun est indispensable :

- ☒ **La connaissance du projet d'établissement et de celui du GHT et des dispositions statutaires doivent être partagées par l'ensemble des praticiens de l'hôpital.**
- ☒ Une **formation** générale des praticiens entrants concernant le système de santé et l'organisation hospitalière doit être intégrée à leur processus d'intégration. La formation des praticiens pressentis pour des responsabilités institutionnelles (chefs de service, responsables d'unités et chefs de pôle) doit être renforcée en sciences humaines, management et évaluation.

- ☒ Le dialogue précoce concernant un conflit débutant est la **meilleure garantie de succès de sa résolution.**

La gestion des conflits peut utiliser l'ensemble des niveaux du dialogue social :

- ☒ Les dispositifs mis en place par la CME et la CRP permettent le traitement précoce des conflits.
- ☒ Les dispositifs de médiation nationale et interrégionale ou régionale sont définis par des textes réglementaires. Ils sont basés sur la volonté des parties en conflit de rechercher, sous l'égide d'un médiateur formé indépendant et neutre, une solution équitable qui fera l'objet d'un contrat de médiation signé par l'ensemble des parties.
- ☒ L'échec de ces dispositifs peut conduire à l'ouverture de procédures disciplinaires : commissions de discipline, insuffisance professionnelle.
- ☒ Des contentieux juridiques auprès des tribunaux administratifs ou ordinaires, peuvent être ouverts concrétisant l'échec du dialogue social.

