



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Ministère de la Santé et des Solidarités  
Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

Sous-direction des âges de la vie  
Bureau des personnes âgées (2C)  
Serge Canape  
Tel : 01 40 56 86 67

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET  
DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction de l'organisation  
du système de soins  
Bureau de l'organisation régionale des  
soins et populations spécifiques (O2)  
Dominique Lelièvre  
Tel : 01 40 56 65 47

Le ministre de la santé et des solidarités  
Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux  
personnes âgées, aux personnes handicapées et à la  
famille

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences  
régionales de l'hospitalisation (pour diffusion et mise  
en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région  
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de département  
Directions départementales des affaires sanitaires et  
sociales  
(pour mise en œuvre )

**CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006** relative à la mise en œuvre de l'article  
46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue  
durée

Date d'application : Immédiate  
NOR : (texte non paru au journal officiel)  
Grille de classement :

**Mots clés** : unités de soins de longue durée (USLD), référentiel, PATHOS, coupes transversales à  
visée statistique, planification, schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), programmes  
interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ( PRIAC)

**Textes de référence** :

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la  
citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006

**Annexe** :

Annexe 1 : article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité

sociale pour 2006

Annexe 2 : calendrier général de la démarche

Annexe 3 : liste des gériatres correspondants régionaux du CPGF

Annexe 4 : guide d'utilisation du modèle PATHOS

Annexe 5 : tableau de bord de suivi mensuel des coupes en USLD

Annexe 6 : tableau de synthèse régional relatif aux résultats des coupes

L'article 59-I de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, organisait le transfert des unités de soins de longue durée (USLD) dans l'enveloppe gérée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Objectif global de dépense de la CNSA). Toutefois la loi n° 2005-15 79 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (LFSS) a réintégré les USLD au sein de l'enveloppe sanitaire, dans une logique d'adéquation de la prise en charge des personnes nécessitant une surveillance médicale continue et des soins importants. Le législateur a subordonné cette disposition à la redéfinition des USLD. C'est le sens de l'article 46 de la LFSS 2006, qui stipule dans ses paragraphes I et II que les dépenses d'USLD restent inscrites dans le seul objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM), et qui dans l'alinéa III prévoit la répartition des capacités d'accueil des actuelles USLD et des crédits afférents entre les objectifs mentionnés aux articles L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

L'objet de la présente circulaire est d'explicitier la procédure de redéfinition des USLD telle qu'elle est prévue au paragraphe III de l'article 46 de la LFSS.

La présente circulaire s'attachera à préciser les éléments de lancement de la démarche et notamment son calendrier. Il est en effet nécessaire que vous puissiez très rapidement informer de cette démarche l'ensemble des acteurs concernés dans votre région. Elle insistera tout particulièrement sur l'importance des négociations que vous aurez à mener avec les préfets de département sur cette question.

## **1. RAPPEL DU DISPOSITIF**

Le dispositif prévu au paragraphe III de l'article 46 de la LFSS vise à redimensionner les USLD à partir de la réalisation d'analyses transversales de la population accueillie.

Ces analyses transversales seront réalisées à l'aide du référentiel arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale ( cf arrêté du 12 mai 2006 pris après consultation des fédérations représentatives des établissements). L'échelon régional du service médical de la CNAM est chargé d'en assurer la validation. Une deuxième circulaire précisera les modalités de répartition des crédits.

Ces coupes statistiques doivent permettre la répartition des capacités d'accueil et des crédits des actuelles USLD entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette répartition prendra également en compte les données de planification issues des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Elle doit être éclairée par l'avis des organes délibérants des établissements de santé concernés, que ceux-ci doivent transmettre aux ARH avant le 15 septembre 2006. Les modalités de répartition des crédits feront l'objet d'une seconde circulaire.

Au vu des résultats des analyses ainsi réalisées et à l'issue d'une période de négociation, cette répartition donnera lieu à un arrêté conjoint du directeur de l'ARH et du préfet de chaque département pris au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Dans le cas où le directeur de l'ARH et le préfet de département n'auraient pas pris l'arrêté conjoint au 1<sup>er</sup> janvier 2007, c'est le directeur de l'ARH qui fixera, avant le 1<sup>er</sup> avril 2007, la répartition des capacités et des crédits.

D'emblée il convient de noter que la réalisation des coupes transversales et le partage des capacités prévus par la loi ne comporte aucun effet sur la situation individuelle des patients ou les modalités de leur prise en charge. En particulier, le partage de capacités ne doit pas entraîner des mouvements de transfert des résidents au delà d'éventuelles opérations déjà programmées. Ce n'est que progressivement, dans les cas de partage, que les établissements pourront être conduits à reconfigurer leur organisation, selon un calendrier qu'il leur revient de déterminer avec leurs autorités de contrôle et de financement.

Afin de rassurer les patients et leurs familles, vous devrez largement communiquer à ce sujet dans votre région.

La tarification ternaire, comportant un tarif hébergement, un tarif dépendance et un tarif soins, sera maintenue dans les USLD redéfinies, afin de maintenir les équilibres actuels entre les différents financeurs : Résidents, Assurance maladie, Départements.

Il convient de rappeler que l'opération de répartition ne remet pas en cause la signature d'une convention tripartite. D'ailleurs, une faible proportion d'USLD ayant à ce jour signé la convention tripartite, nous attirons votre attention sur la nécessité pour les ARH de s'engager avec les DDASS à accélérer le processus de conventionnement tripartite des USLD, et ce de façon prioritaire avant la fin de l'année 2006, sachant que la signature d'une convention tripartite n'entraîne pas la transformation en structure médico-sociale. Si la signature est antérieure à la répartition des capacités d'accueil des USLD, un avenant à la convention devra intervenir.

Enfin, il convient de rappeler que la signature d'une convention tripartite ne modifie pas, de facto, le statut juridique d'un établissement, qu'il soit sanitaire ou médico-social. Pour passer de l'objectif sanitaire à l'objectif médico-social un établissement doit relever de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles et, en conséquence, avoir satisfait à l'obligation d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1 du même code, c'est à dire avoir fait l'objet d'un arrêté conjoint du préfet et du président du conseil général du département après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale compétent.

## **2. PILOTAGE NATIONAL DE LA DEMARCHE**

Les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale ont confié à Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales, une mission de pilotage national des travaux sur le devenir des USLD.

Deux groupes de travail, un groupe technique regroupant des experts du domaine et un groupe institutionnel composé des différentes directions et institutions concernées ont contribué à cette mission.

Les réflexions issues de ces groupes ont permis d'élaborer une nouvelle définition des USLD, et de proposer une définition du référentiel qui devra être utilisé pour les analyses transversales. Ces groupes ont également formulé des propositions en matière de conditions de mise en œuvre de la réforme dans les régions, largement reprises par la présente circulaire.

### **2.1. La nouvelle définition des USLD**

La nouvelle définition des USLD retenue pour la mise en œuvre du processus prévu à l'article 46 de la LFSS 2006 est la suivante :

"Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum".

La prise en charge gériatrique de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie (mission d'accueil et de soins).

Vous noterez par ailleurs que la définition de la population concernée ne comporte pas de critères d'âge, ce qui conduira à définir ultérieurement des modalités adaptées aux moins de 60 ans.

Vous devrez vous attacher à ce que cette nouvelle définition soit au centre de toutes les réflexions que vous serez amenés à conduire dans le cadre de la réforme des USLD. C'est également sur cette définition que pourront s'appuyer les avis rendus par les établissements.

## 2.2. Le référentiel

Le référentiel comporte des données d'ordre médical et des informations relatives à l'organisation de la structure USLD.

Il comprend quatre grandes rubriques :

- des données d'identification des USLD, qui n'ont pas un caractère discriminant pour l'évaluation de la population requérant des soins de longue durée mais qui pourront aider les autorités chargées du partage à tenir compte d'un certain nombre de contraintes ou de problématiques spécifiques. Ainsi, si les adultes de moins de 60 ans doivent être pris en compte dans la réalisation de l'étude transversale, il est important de les recenser pour affiner au plan régional la définition de réponses adaptées. Les données afférentes aux capacités des USLD et à leur organisation en unités de vie ont pour objet d'éclairer les conditions pratiques du partage.
- des pré requis sur la continuité des soins et la surveillance, définis de manière volontairement souple pour ne pas empêcher le maintien de capacités de SLD dans de petits établissements de proximité.
- des indicateurs de profil des soins requis, issus du logiciel PATHOS développé par l'assurance maladie.
- un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation des patients.

Le référentiel se conçoit comme un faisceau d'indicateurs susceptible d'éclairer la prise de décision et la concertation préalable que vous devrez mener, mais aussi d'alimenter des démarches de planification à l'échelon d'une région voire d'un territoire de santé. Il doit vous conduire à mieux appréhender la part des USLD qui doit être maintenue dans le champ sanitaire.

Ainsi les indicateurs de profil des soins requis issus du logiciel PATHOS vous permettront de connaître le taux de patients des actuelles USLD qui requièrent des soins médicaux et techniques importants (SMTI). Ce taux constitue l'indicateur central qui vous permettra de définir le socle sanitaire du partage des capacités.

Les patients relevant des soins médicaux et techniques importants représentent pour l'essentiel :

- les patients présentant un état clinique relevant de soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 h sur 24 (profil T2)
- les patients relevant d'une rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle (profil R1)
- les patients en fin de vie relevant d'un accompagnement psychologique et technique lourd (profil M1).

Afin de ne pas cloisonner la prise en charge des personnes en fin de vie, vous ajouterez aux patients requérant des soins médicaux et techniques importants les patients en état crépusculaire (profil M2).

A contrario, le nombre de profils S1 (surveillance épisodique programmée des affections chroniques) et le nombre de profils S0 (aucun soin médical ou technique) pourront être utiles pour déterminer à minima ce qu'il conviendrait de transférer dans le médico-social.

Ces indicateurs aideront également à mieux cerner la réponse qu'il convient de donner dans la région à certains besoins spécifiques, par exemple en cas de valeur élevée de profils R1 au niveau des USLD d'une région.

Enfin, la mesure des épisodes de décompensation récents, ayant justifié de nouvelles investigations et/ou une période d'équilibration et de surveillance rapprochée peut permettre le cas échéant de corriger les effets d'instantanéité d'une coupe réalisée un instant donné.

C'est sur l'ensemble des indicateurs composant le référentiel et tout particulièrement sur le taux de SMTI que devront s'appuyer les avis rendus par les établissements. Les établissements pourront y associer les appréciations qu'ils jugeront opportunes sur l'évolution de leurs structures en matière de prise en charge gériatrique, au vu notamment du projet d'établissement, et sur la manière dont ils assurent un service de proximité en matière de soins de longue durée. Les USLD sont aussi des lieux de fin de vie qui doivent être accessibles aux proches dans des délais raisonnables.

### **3. LA MISE EN ŒUVRE DANS LES REGIONS**

Le succès de la démarche nécessite, du fait du calendrier fixé par le législateur, une mobilisation rapide des ARH pour l'organisation des actions à mener dans les régions.

Il revient ainsi aux ARH de prendre l'initiative de l'organisation des formations destinées aux médecins des USLD et aux praticiens conseil en vue de la bonne utilisation du référentiel et tout particulièrement du logiciel PATHOS.

Il leur revient également de coordonner le déroulement de ces formations non seulement avec le calendrier de réalisation des coupes transversales dans les établissements disposant de lits d'USLD, mais aussi avec le calendrier de validation des coupes, avec l'échelon régional du service médical. Il est impératif d'éviter un report massif des validations en fin de période.

Afin de permettre à tous les établissements d'être en mesure de donner leur avis avant le 15 septembre, et de pouvoir réserver un temps suffisant à la négociation, il apparaît nécessaire que les ARH disposent, au plus tard le 30 juin 2006, des données validées pour l'intégralité des USLD de leur région.

#### **3.1. La concertation avec les acteurs de la région**

Nous vous invitons à réunir, dès à présent, tous les acteurs concernés par cette démarche dans votre région, à savoir les établissements disposant de lits d'USLD, l'échelon régional du service médical de la CNAM, la DRASS et les DDASS en vue de les informer des incidences de la réforme et de programmer les travaux y afférents.

Les gériatres, correspondants régionaux de gériatrie, appartenant au collège professionnel des gériatres français (CPGF) dont la liste est jointe en annexe 3 peuvent également être largement associés à ces travaux.

De manière générale, vous veillerez à une concertation approfondie et régulière, selon les modalités de votre choix ( comité de pilotage, réunions ad hoc...) associant les représentants des fédérations d'établissement représentatives et du collège professionnel des gériatres. Vous serez également attentifs à la concertation avec les conseils généraux, auprès desquels il convient de faire valoir que le maintien d'une tarification ternaire préserve le maintien des équilibres actuels entre financeurs.

#### **3.2. La formation des médecins à la procédure de coupe statistique**

Les médecins des établissements, médecin coordonnateur ou médecins prenant en charge les patients d'USLD, seront chargés de pratiquer les coupes transversales. Dans ce cadre ils seront amenés à utiliser le logiciel PATHOS.

C'est pourquoi, dans l'objectif de la réalisation des coupes, il est indispensable qu'au moins un médecin par établissement site d'USLD puisse être formé à l'utilisation du logiciel PATHOS.

Vous devrez donc, en vous appuyant sur les praticiens conseil de l'échelon régional du service médical ainsi que sur le ou les gériatres, correspondants régionaux de gériatrie, recenser les médecins susceptibles de devenir formateurs.

Il vous revient également de déterminer le nombre de médecins chargés de pratiquer les coupes ou de les valider, restant à former.

Les formations doivent être organisées dans chaque région d'ici au 1<sup>er</sup> juin 2006.

Leur organisation concrète se fera en coordination avec le Docteur Jean-Marie VETEL, chargé d'une mission à ce titre auprès de la DHOS depuis le 1<sup>er</sup> février 2006 (cf note du DHOS en date du 10 février 2006).

Afin d'assurer une homogénéité des formations qui seront démultipliées dans les régions, une journée de formation destinée aux ARH et aux formateurs a été organisée au niveau national fin février 2006.

Un kit de formation sera mis à disposition des ARH et des formateurs.

Il convient de prévoir, en fonction du nombre d'USLD dans la région une ou plusieurs sessions de formation d'une journée afin de permettre à chaque médecin concerné de bénéficier de cette formation.

Vous pourrez convier aux sessions de formation qui seront organisées dans votre région les médecins du conseil général.

Une journée de formation supplémentaire pourra, si nécessaire, être organisée au niveau national pour pallier l'impossibilité de certains médecins à participer aux formations aux dates prévues dans leur région.

### **3.3. Les analyses transversales**

Les coupes transversales dans les différentes USLD de votre région doivent être réalisées au fur et à mesure de la dispensation de la formation aux médecins des établissements concernés selon un planning prévisionnel permettant la validation des coupes par l'échelon régional du service médical.

Seules les USLD ayant un statut juridique sanitaire au moment de la promulgation de la loi de finances 2006 le 19 décembre 2005, qu'elles aient ou non signé une convention tripartite, sont intégrées au champ de la coupe.

A contrario, les établissements d'hébergement pour personnes âgées de statut médico-social ne sont pas à ce stade concernés par la coupe.

Les établissements auront à renseigner les quatre rubriques mentionnées dans le référentiel :

- des données d'identification des USLD
- des pré requis sur la continuité des soins et la surveillance
- des indicateurs de profil des soins requis, issus du logiciel PATHOS
- un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation des patients.

Lors des formations seront diffusés par les praticiens conseils des directions régionales du service médical aux participants un cédérom comportant le logiciel PATHOS, les fiches à renseigner dans le cadre de la coupe (fiche étude, fiche structure, fiche individuelle patient) ainsi qu'un guide de remplissage des fiches. Le guide d'utilisation du modèle PATHOS est joint en annexe 4.

Si besoin, un établissement pourra demander la fourniture de ce cédérom à l'échelon régional du service médical de la CNAM.

Les données sont saisies par les établissements. Les données concernant les patients sont des données anonymes qui seront agrégées et traitées par l'échelon régional du service médical.

La validation des coupes est assurée par l'échelon régional du service médical. Elle donnera lieu à des visites sur site et portera sur le codage des patients repérés comme étant SMTI. En cas de désaccord entre le praticien conseil de l'échelon régional du service médical et le médecin de l'établissement, celui-ci pourra saisir une commission régionale ad hoc, qu'il revient aux directeurs

d'ARH de constituer en liaison avec l'échelon régional du service médical. Cette commission doit comprendre le praticien conseil référent régional et un gériatre référent désigné par le DARH.

Il revient également aux DARH de préciser en début de campagne les responsabilités de conservation et de transmission des données recueillies entre les divers acteurs concernés, en fonction du contexte local et de l'impératif de rapidité. Cet objectif intégrera une obligation de transparence vis-à-vis des établissements, des représentants des fédérations d'établissements représentatives et des correspondants du collège professionnel des gériatres, qui pourront accéder aux résultats agrégés par établissement des coupes transversales dès qu'ils seront validés.

Après traitement statistique et validation, les données agrégées de chacune des USLD concernées seront transmises aux ARH et aux DDASS au plus tard le 30 juin 2006.

### **3.4. L'inscription dans la planification**

La réforme des USLD s'inscrivant dans le cadre de la planification territoriale à la fois sanitaire et médico-sociale, les ARH ont à mener une négociation préalable avec les différents partenaires concernés et tout particulièrement les préfets de département et les DDASS.

En effet, si les résultats des coupes transversales à visée statistique permettront aux ARH d'appréhender les capacités de soins de longue durée à maintenir au vu d'une analyse 2006, ces éléments d'analyse devront impérativement être complétés et mis en perspective par une prise en compte des orientations du SROS et du PRIAC.

Je vous rappelle qu'une note du 13 décembre 2005, concernant l'élaboration des SROS III, prévoit une révision sans délai des objectifs quantifiés des USLD redéfinies, tant en implantations qu'en volumes d'activité, mentionnés dans l'annexe du SROS ainsi qu'une modification des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé concernés.

La prise en compte d'objectifs de planification peut aboutir, dans des territoires de santé caractérisés par une nette insuffisance des réponses à la prise en charge au long cours de patients nécessitant une surveillance médicale continue et par une forte évolution prévisible des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment dans les GIR 1 et 2, à une détermination des places d'USLD supérieure, dans le cadre des capacités à répartir, à la simple sommation des résultats établissement par établissement des coupes transversales évoquées ci-dessus. Vous voudrez bien nous rendre compte de ces situations.

Ce processus de répartition s'opère sans réduction de capacité globale de prise en charge des personnes actuellement accueillies dans les USLD et à enveloppe globale constante.

A ce stade de la démarche il conviendra par conséquent que les directeurs d'ARH se rapprochent des préfets, afin d'élaborer, si possible en liaison avec les établissements, une première proposition concertée. C'est à partir de cette première proposition que les conseils d'administration des établissements pourront le plus utilement se prononcer.

En tout état de cause chaque établissement transmettra son avis à l'ARH avant le 15 septembre 2006, qu'une première proposition lui ait ou non été adressée par l'ARH.

### **3.5. La consultation du CROS et du CROSMS**

Nous vous invitons à soumettre au cours du dernier trimestre 2006 le projet d'ensemble de la répartition des capacités, pour avis, au comité régional de l'organisation sanitaire et au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale si possible réunis en formation conjointe.

### **3.6. La prise des arrêtés de répartition**

Un arrêté conjoint du directeur de l'ARH et de chaque préfet de département doit être pris au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2007 afin de fixer la répartition des capacités et des crédits des actuelles USLD entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour les différents établissements concernés.

En cas de désaccord, le directeur de l'ARH fixera avant le 1<sup>er</sup> avril 2007 la répartition des capacités et des crédits.

Plusieurs situations différentes se feront ainsi jour ; des USLD seront amenées à être entièrement transformées en structures médico-sociales, d'autres seront intégralement maintenues dans le secteur sanitaire, enfin un certain nombre verra ses capacités réparties entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Vous éviterez le partage de petites USLD (moins de 30 lits) : ces structures seront, en fonction des résultats de la coupe statistique, entièrement maintenues dans le champ sanitaire ou entièrement transférées dans le champ médico-social.

Sur des sites plus importants, le partage ne doit pas aboutir à créer des structures sanitaires ou médico-sociales de trop faible capacité et doit tenir compte de la configuration physique des établissements et de leur organisation en « maisonnées » ou unités de vie de taille raisonnable.

Pour les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées relevant de l'objectif médico-social, il convient de ne pas créer d'unité dont la capacité est inférieure à 25 places autorisées telle que définie par l'article R 313-16 du code de l'action sociale et des familles.

#### 4. LES MODALITES DE SUIVI DE LA DEMARCHE

Compte tenu des enjeux de la démarche, il est nécessaire d'en assurer un suivi au niveau de chaque région et au niveau national.

A cette fin, nous vous demandons de retourner à la DHOS par mel à [dominique.lelievre@sante.gouv.fr](mailto:dominique.lelievre@sante.gouv.fr) :

- d'une part avant le 7 des mois de mai, juin et juillet 2006, un tableau de bord de suivi mensuel des coupes dans les USLD dont un exemplaire est joint en annexe 5.
  - d'autre part à l'issue de la démarche dans votre région et tout état de cause avant le 31 décembre 2006, le tableau de synthèse régionale relatif aux résultats des coupes joint en annexe 6.
- Nous vous invitons par ailleurs à diffuser ce tableau de synthèse régionale aux partenaires consultés et notamment aux fédérations représentatives d'établissements.

Une seconde circulaire vous sera adressée avant l'été afin de préciser les conditions de mise en œuvre de la réforme des USLD dans ses aspects financiers et la prise en compte des objectifs de planification.

Vous voudrez bien faire part au bureau O2 de la DHOS, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Jean CASTEX

Directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Jean-Jacques TREGOAT

Directeur général  
de l'action sociale