16 octobre 2007 - Seul le prononcé fait foi

Télécharger le .pdf

Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur les défis et priorités de l'hôpital de demain, à Bordeaux le 16 octobre 2007.

Monsieur le Premier ministre, Cher Alain,
Madame la Ministre, chère Roselyne,
Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs les Parlementaires,
Mesdames, Messieurs,
C'est un très grand plaisir pour moi d'être à Bordeaux et de retrouver l'hôpital et toutes les personnes qui le font vivre. Chacune de mes rencontres avec le monde hospitalier est un moment qui compte. Je n'ignore rien du malaise profond que connaissent aujourd'hui l'hôpital et son personnel. En tant que Chef de l'Etat, je me dois de rendre hommage au dévouement de ce personnel, à leur dévouement aux malades, à leur attachement aux valeurs du soin et à leur professionnalisme.
Je suis fier d'être au centre hospitalier et universitaire de Bordeaux, qui est un des fleurons de notre système hospitalier, un hôpital qui a formé des générations de professionnels de santé de métropole et d'Outre mer, dans une tradition d'excellence et d'humanisme.
Lors de mon déplacement dans les hôpitaux du Nord, le 22 mai, j'avais annoncé une concertation sur les missions de l'hôpital. C'est l'installation de la commission chargée d'organiser cette concertation qui nous réunit aujourd'hui.
Où en est l'hôpital ?
- L'hôpital a des valeurs £
- L'hôpital fait face à des défis £
- Nous avons le devoir d'apporter des réponses pour préparer l'hôpital de demain. Pour moi, ces réponses sont l'autonomie de gestion et une vision territoriale.
Je ne laisserai pas l'hôpital dans l'immobilisme et le conservatisme.
L'hôpital se définit d'abord par ses valeurs.
La première des valeurs de l'hôpital, c'est le service. La mission de l'hôpital, c'est de servir la population. Les formidables gains en espérance de vie que la France a enregistrés depuis quelques décennies, c'est à l'hôpital, notamment, que nous le devons. L'hôpital est le pilier de l'organisation des soins.
L'ouverture est une autre valeur de l'hôpital. L'hôpital est ouvert tout le temps, toute l'année, tous les jours de la semaine, de jour comme de nuit. L'hôpital est le dernier recours. L'ouverture de l'hôpital, c'est une ouverture à la jeunesse qui se forme aux études médicales et paramédicales, c'est une ouverture à l'excellence, c'est une ouverture à la coopération internationale par la recherche.
L'hôpital, enfin, est un point d'ancrage sur le territoire. Ce n'est pas la moindre des difficultés. L'hôpital est le premier employeur, bien souvent dans une ville, c'est le premier investisseur, c'est le premier donneur d'ordres dans sa ville. L'hôpital, ce n'est pas simplement un acteur de la santé, c'est un acteur économique de premier plan.
En un mot, l'hôpital est un concentré de la Nation, c'est ce qui le rend si attachant, si indispensable, et si proche.
Ces valeurs de l'hôpital sont des atouts pour aborder les défis de demain. Ces valeurs fédèrent le million de femmes et d'hommes qui se consacrent aux malades chaque jour dans les

million de femmes et d'hommes qui se consacrent aux malades chaque jour dans les établissements de santé.
L'hôpital de demain, c'est des valeurs, mais c'est aussi une série les défis.
Le défi de l'accès à des soins de qualité. Trouver un médecin est une préoccupation pour nombre de nos compatriotes. Le soir, la nuit, le week-end, à qui s'adresser ? Bien souvent, la demande aboutit au centre 15 ou chez les sapeurs-pompiers. Le résultat, ce sont des délais d'attente de plusieurs heures dans certains services d'urgences. Nous devons répondre mieux aux attentes des Français. Il faut des réponses graduées et souples, qui aillent du conseil par téléphone au transfert par hélicoptère. La permanence des soins est une ardente obligation pour tous les acteurs du soin, hôpitaux, cliniques, professionnels installés en ville.
Le défi de l'accès à des soins de qualité est aussi le défi de la performance. Pourquoi faudrait-il s'en cacher ? Aux entreprises, aux autres, la performance et à l'hôpital la paralysie, le fonctionnement sans cohérence d'ensemble ? Au nom de quoi ? L'hôpital doit être performant, les professionnels qui y travaillent tous les jours en apportent la preuve. L'efficience est un gage de qualité.
Un hôpital performant est un hôpital qui améliore ses processus de soins pour éviter les drames.
Un hôpital performant est un hôpital qui se crée des marges de manoeuvre pour investir dans l'innovation et les nouvelles technologies.
Un hôpital performant est un hôpital qui apporte sa contribution au rééquilibrage de l'assurance maladie.
Près de la moitié des établissements publics, aujourd'hui, sont en déficit. Comment accepter cela ? On ne peut pas me dire qu'il n'y a rien à changer dans un système où la moitié de nos hôpitaux publics sont en déficit. C'est quand même moi qui le trouve, cela. Je ne peux pas en être responsable en cinq mois. C'est donc bien qu'il y a un problème si la moitié des hôpitaux sont en déficit.
Le second défi auquel l'hôpital fait face, c'est celui de l'attractivité et de l'excellence.
L'hôpital a tous les atouts pour attirer les meilleurs. Mais le terrain de l'attractivité s'élargit sans cesse. Il y a la rémunération qui compte, et c'est normal. Il y a la reconnaissance des résultats obtenus par une équipe ou par un individu. Il y a les perspectives de carrière, en particulier pour les professions paramédicales. Il y a les conditions de travail et la sécurité. Je n'oublie pas les drames de Pau et, plus récemment, de Josselin dans le Morbihan, où la violence s'est immiscée au coeur de l'hôpital. Elle est de plus en plus présente, la violence, au coeur de l'hôpital. C'est inadmissible.
Les gardes à répétition, parce qu'on demande beaucoup à l'hôpital, pèsent sur les médecins. Si la permanence des soins repose exclusivement sur l'hôpital, nous courons un risque majeur, celui d'un jeu où tout le monde est perdant : le malade, l'hôpital, le praticien hospitalier. Chacun doit prendre sa responsabilité dans la permanence des soins.
Si rien n'est fait pour l'attractivité des métiers, nos hôpitaux, nos cliniques vont se vider d'une partie de leur substance. Il faut regarder la réalité en face. Certains médecins multiplient les missions de courte durée d'un établissement à l'autre. Ou bien ce sont, disons la vérité aux Français, des médecins étrangers qui font tourner l'hôpital. Heureusement qu'ils sont là, les médecins étrangers. Mais quelle hypocrisie : ils sont presque là par défaut. Je souhaite qu'ils soient sélectionnés, formés à notre langue, reconnus et pleinement intégrés au projet médical de l'établissement et aux équipes médicales et soignantes.
L'hôpital doit tendre vers l'excellence. L'excellence dans les soins, avec des thérapeutiques adaptées et une culture de la sécurité des soins. L'excellence dans l'enseignement, avec des études médicales et paramédicales qui préparent aux évolutions des métiers. L'excellence dans la recherche, pour que l'hôpital contribue de tout son poids au rayonnement de la recherche française dans le monde.
Comment répondre à ces défis ? Comment s'adapter ? Comment construire l'hôpital de demain dans le contexte social que connaît notre pays, où nous devons apprendre à nous parler, à nous entendre, à nous comprendre et à nous respecter ?
La première des orientations que je veux donner, c'est l'autonomie de gestion. Je ne transigerai

pas là-dessus. Je veux donner de l'air à l'hôpital. Il faut du dynamisme, des projets, des équipes soudées. Un hôpital concentré sur la qualité du service rendu aux malades. Je ne veux plus d'une organisation sans cohérence, faite d'une juxtaposition de talents individuels. Cela impose une révolution des mentalités.

Comment peut-on la faire cette révolution des mentalités ? D'abord par la révolution du financement. C'est un sujet incontournable. La tarification à l'activité à 100% pour le court séjour, nous la faisons en 2008. Cela va libérer les énergies de l'hôpital et mettre un terme à ce système absurde -le budget global- qui voulait que les ressources d'un établissement dépendent de sa situation budgétaire constatée il y 20 ans ! La tarification à l'activité, c'est tout simplement permettre à l'hôpital de savoir pourquoi il travaille. La tarification à l'activité, c'est la condition première du pilotage, c'est le socle de l'autonomie. Il n'y a pas d'autonomie s'il n'y a pas de tarification à l'activité.

La T2A à 100%, c'est une mesure forte pour l'hôpital public. Je souhaite qu'elle accompagne le retour à l'équilibre des comptes. Je parle des comptes d'exploitation des établissements publics. C'est aussi cela la performance. Je souhaite qu'à la fin de mon mandat, il n'y ait plus d'établissements publics de santé qui aient un déficit d'exploitation. Regardons les choses telles quelles sont. Aujourd'hui, le déficit, c'est une habitude, oserais-je dire, c'est une banalité. L'équilibre doit être la norme respectée par tous, c'est la meilleure garantie de la pérennité des hôpitaux et je parle devant d'anciens ministre de la santé ici, pour qui d'ailleurs j'ai beaucoup de respect, je pense notamment à M. EVIN. J'espère que cela ne vous donnera pas d'ennuis que je dise cela. Enfin, autant être sincère de temps en temps, ce n'est pas absurde non plus et puis je n'ai pas d'arrière pensée, ou alors elles sont tellement connues... Ecoutez, on ne peut pas me dire que l'on aime l'hôpital public et se satisfaire d'une situation où la moitié sont en déséquilibre. On ne peut pas me dire que l'on aime l'hôpital public et faire le budget global, c'est-à-dire que vous avez les moyens d'une année par rapport à ce que vous avez fait avant. C'est absurde, ça n'a aucun sens et cela va bien au-delà de la gauche et de la droite.

J'ai demandé à Roselyne Bachelot d'étudier un calendrier de déploiement progressif de la T2A au secteur du moyen séjour et aux établissements psychiatriques. Parce qu'après tout Alain, si la T2A c'est bon pour le court séjour, si l'autonomie c'est bon pour le court séjour, je ne vois pas pourquoi cela ne serait pas bon pour le moyen séjour et la psychiatrie.

Il est essentiel que la modernisation du financement des hôpitaux touche l'ensemble de ses instruments : la T2A comme les dotations finançant les activités qui ne peuvent pas être tarifées, car j'admets bien volontiers qu'il y a des activités qui ne peuvent pas être tarifées. Le temps est fini où ces dotations servaient à entretenir les déficits. Il faut fonder tous les financements sur des bases objectives. Il faut laisser des marges de manoeuvre aux ARH. Mais je crois à l'engagement sur des résultats plutôt qu'au flou artistique généralisé, dans lequel personne ne sait où il va ni pour qui il travaille.

La révolution du contrat, ensuite. L'autonomie de gestion de l'hôpital doit s'appuyer sur le contrat. Le contrat est au service de la qualité et de la performance. Je souhaite, Roselyne, que la pratique du contrat entre l'agence régionale de l'hospitalisation, l'ARH, et l'établissement soit systématique pour que chacun sache ce qu'il a à faire. Le contrat doit fixer des objectifs clairs, négociés, chiffrés, communicables, avec un échéancier précis et, oserais-je le dire, des sanctions positives et négatives.

Pour que le contrat produise tous ses effets dans l'hôpital, les ARH doivent n'avoir qu'une obsession, la qualité et la performance. C'est pour cela que je souhaite, chère Roselyne, que les directeurs d'ARH reçoivent en 2008 des lettres de mission qui leur assignent des objectifs précis en ce domaine. C'est pour la même raison, cher Gérard LARCHER, que nous devons nous interroger sur l'évolution de la certification des établissements. La certification, c'est un service rendu à la population. Ses résultats doivent être largement publiés et donner lieu à sanction, positive ou négative. Nous devons la vérité aux Français. La qualité doit être le principe cardinal de notre politique hospitalière, il n'y a pas d'autre choix possible. Et je souhaite que la certification sur des critères objectifs remplace les publications par tel ou tel journal, au

demeurant parfaitement respectable. Moi je pense qu'en faisant cela on rend service aux hôpitaux.
Il y a pour moi un lien étroit entre l'autonomie de l'hôpital et son mode de management. Là aussi, j'appelle à une révolution, allez cette fois-ci, c'est une révolution managériale. Le contrat ARH - établissement doit être décliné dans les contrats conclus entre le directeur et les praticiens hospitaliers, à commencer par les responsables de pôle. Il est indispensable qu'il y ait une cohérence entre les engagements pris par l'établissement à l'égard de l'ARH et les engagements pris par chaque praticien hospitalier vis-à-vis du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.
Le contrat entre le directeur et le praticien doit lui aussi fixer des objectifs clairs, planifiés dans le temps. A son expiration, il est normal que le directeur, le président de la CME et le praticien fassent le point sur l'activité de ce dernier. Et il faut qu'il y ait de la reconnaissance si les objectifs sont atteints et des mesures d'adaptation si les objectifs ne sont pas atteints. Chacun connaît ces hôpitaux où il y a des médecins admirables de dévouement et d'engagement, et d'autres sur les épaules desquels repose le poids d'une certaine habitude. Il fait beau alors il faut être très aimable. Parce que chacun connaît des établissements où dans certains services on se pose la question sur certains praticiens.
Alors il faut du grain à moudre pour donner vie à un contrat. Je souhaite que l'intéressement collectif et individuel se diffuse à toutes les strates de l'hôpital, médecins, professionnels paramédicaux, aides-soignants, agents de service, cadres et agents administratifs, ingénieurs, techniciens et ouvriers. Cet intéressement doit tenir compte de la difficulté des situations : une infirmière qui rejoint un service de gériatrie doit être reconnue. Bon il y a des gens qui se dévouent qui font un boulot plus difficile que d'autres, il faut les valoriser, il faut les intéresser, il faut les récompenser. Une part variable a été mise en place cette année pour les chirurgiens. C'est un début encourageant, qu'il faut étendre en 2008. L'intéressement doit se développer dans un cadre contractuel qui reconnaît à chacun de l'autonomie et de la délégation de responsabilités.
Au fond, l'hôpital gagnera à des relations plus directes, plus simples, plus contractuelles entre le directeur et les praticiens. Je veux privilégier les femmes et les hommes plus que les statuts. Alors je vais dire quelque chose qui n'est pas politiquement correct, mais moi je souhaite que le directeur soit le patron reconnu, le seul. On ne peut pas continuer comme ça, j'ai dirigé pendant vingt ans, j'ai présidé pendant vingt ans l'hôpital, mais je sais que dans un hôpital tout le monde a le droit de dire non. Ce qui fait que personne ne peut dire oui. Il faut qu'il y ait un patron, un seul. Moi je ne connais pas d'organisation qui marche quand il y a autant de patrons que de responsables d'activité. Il n'y a qu'un patron, c'est le directeur, qui décide. Il doit pouvoir décider, en liaison avec le conseil exécutif. Le directeur doit être un manager d'excellence, formé et évalué régulièrement. Moi, je suis favorable à ce que le recrutement des directeurs d'hôpital s'ouvre : aux médecins, aux cadres des autres fonctions publiques, pourquoi pas aux managers du privé ? Et cela dans le même temps bien sûr que des responsabilités différentes seront ouvertes aux directeurs d'hôpital.
La directeur, justement, doit pourvoir décider librement de transférer au secteur privé des activités logistiques qui ne sont pas au coeur des missions de l'hôpital. Le secteur privé maîtrise en général mieux ces activités. L'autonomie doit se traduire pas des décisions qui introduisent de la souplesse dans un hôpital qui crève de la rigidité. Pardon, mais vous vivez dans l'hôpital, vous savez très bien que pour avoir la moindre chose, c'est un parcours du combattant. On ne sait pas à qui demander et quand on demande on n'a pas de réponse.
Je souhaite que l'autonomie nous donne les moyens de libérer le travail. Parce que les 35 heures ont été mises en place au détriment du personnel hospitalier qui a payé le prix de la désorganisation. Parce qu'il faut donner les moyens aux professionnels qui veulent travailler plus de gagner plus y compris dans l'hôpital. Chère Roselyne, je souhaite que l'on trouve très rapidement, une solution pérenne de gestion des heures supplémentaires dans les hôpitaux. Vous savez, moi, je n'ai pas été élu pour évacuer les problèmes, et je me mets à la place du personnel, ils font des heures supplémentaires et ils ne sont pas payés. Je ne serais pas content, ils ont

ils font des heures supplémentaires et ils ne sont pas payés. Je ne serais pas content, ils ont raison. Maintenant, il faut payer ce qui est possible. Et, pour le reste, pour les comptes épargne temps, les CET, il faut réfléchir à une solution où les hôpitaux pourraient convertir ces jours en cotisations pour financer des retraites complémentaires. C'est une ouverture dans la négociation que je te suggère, Roselyne. Tout cela doit être étudié pour offrir différentes solutions au niveau local. Moi je ne suis pas sûr qu'il faille la même solution partout. Je sais que partout se pose le problème des heures supplémentaires. Mais je ne suis pas sûr, Alain, que partout ça doit être la même réponse. Mais que le Chef de l'Etat reconnaisse que le problème se pose, excusez-moi, c'est une nouveauté et je veux être honnête avec les gens, quand on travaille plus, il n'est pas normal de ne pas être rémunéré d'une manière ou d'une autre pour ce travail que l'on a fait. Au-delà de cet aménagement nécessaire, je veux que soit examinée la possibilité d'un temps contractuel choisi pour chaque agent de l'hôpital. C'est un système qui préserve la liberté de chacun et qui introduit de la souplesse dans le fonctionnement. Ce contrat devra prévoir des engagements sur la planification des temps de travail, qui est un des leviers de la modernisation de l'hôpital.

La révolution managériale que je souhaite à l'hôpital doit être notre réponse à la question de l'attractivité de ces métiers. L'hôpital public doit être un des premiers terrains d'application du contrat que j'ai évoqué dans mon discours sur la fonction publique le 19 septembre dernier. Dans certains cas, qu'il faudrait préciser, peut-être à titre expérimental, les praticiens hospitaliers pourraient conclure un contrat de gré à gré avec leur établissement. Ce contrat permettrait d'améliorer la rémunération des praticiens en modernisant le régime de l'activité libérale. On peut même imaginer qu'un établissement, sur la base du volontariat, puisse opter pour un régime qui lui permettrait d'expérimenter des pratiques innovantes en matière de gestion des ressources humaines. Mais qu'est-ce l'on risque ? Cela ne peut qu'aller mieux.

Pour les sages-femmes et les professions paramédicales, il me semble que la moindre des choses serait une juste reconnaissance des compétences initiales et des compétences acquises. Je prends mes responsabilités et je dis au ministre de la Santé que je suis favorable à la reconnaissance de la formation des infirmières qui dure plus de trois ans au niveau de la licence. Je sais que cela pose des problèmes. Mais tout pose des problèmes. Chaque fois que je demande quelque chose, on me dit que cela pose des problèmes. Évidemment, si cela ne posait pas de problème, cela aurait été fait. Mais je suis désolé, après le bac, c'est une licence. Il n'y pas de raison que les infirmières ne soient pas reconnues comme les autres. Non, c'est une question d'équité. On traitera les problèmes statutaires, je n'ignore pas ce que cela engage derrière, alors quoi de plus normal que cela ?

Je suis pour une revalorisation de la condition infirmière. Il faut faire entrer progressivement les professions de santé dans le système LMD. Cette revalorisation doit avoir des contreparties sur l'âge de la retraite et sur la question du temps de travail. Cette revalorisation doit être étalée dans le temps et ne pourra pas concerner tout le monde tout de suite. Mais cette revalorisation, nous la ferons. Les professionnels de l'hôpital ont besoin de sécurité, de sécurité face aux violences et de sécurité dans la pratique. J'attends dans ce domaine des proposions de la concertation qui va s'engager pour protéger les personnels de la violence.

Je souhaite aussi des propositions pour accompagner les professionnels dans leur démarche de qualité. Je pense notamment, Gérard, à l'évaluation des pratiques professionnelles. Pour renforcer l'attractivité des métiers, nous devons apporter des solutions à la permanence des soins. Si nous ne faisons rien, ce qui va se passer c'est que l'on va épuiser les professionnels de l'hôpital public. C'est cela qui va se passer si l'on ne fait rien. Alors, les solutions seront forcément des solutions de coopération sur le territoire. Ce qui est important, c'est la vision territoriale. Là, c'est du lourd. Je veux créer une dynamique nouvelle pour l'hôpital, une dynamique qui se nourrit de l'autonomie de gestion et de la vision territoriale. Plus sa gestion sera claire et performante, mieux l'hôpital pourra coopérer, et je crois à la coopération territoriale. La coopération, c'est la seule façon de retrouver de la disponibilité dans les ressources du système de soins. En réalité, l'hôpital doit se recentrer sur ses missions pour mieux assurer sa responsabilité au coeur de son métier. L'hôpital ne peut pas tout faire tout seul, il faut coopérer

avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Une meilleure articulation entre les différents acteurs du soin est nécessaire pour les urgences, la permanence des soins, les soins de longue durée, la prise en charge des personnes âgées. L'hôpital ne peut pas tout faire ou nous ferons exploser l'hôpital.

La priorité, c'est l'articulation des urgences hospitalières et de la permanence des soins. Moi, j'appelle tous les acteurs su système de soin à se mettre autour de la table et à apporter des solutions car au coeur de tout, il y a le besoin de la personne. Il existe des réponses innovantes sur le terrain. Je pense aux maisons médicales de garde. Il y a la réponse téléphonique, qui peut rassurer la mère inquiète en pleine nuit. Il faut surtout mettre de la cohérence et du lien, en fonction de ce qui existe sur chaque territoire et des besoins spécifiques de sa population.

Je souhaite, Roselyne, que la permanence des soins soit le premier sujet à traiter par les agences régionales de santé (ARS). C'est le premier sujet, parce que l'embolie de l'hôpital commence par les urgences, c'est par là que l'on entre. Les ARS sont indispensables pour déployer une organisation territoriale des soins efficiente, cohérente et juste. Il faut qu'elles soient mises en place en 2009.

Les ARS porteront l'étendard de l'accès à des soins de qualité. Elles sauront définir les filières de prise en charge qui manquent à nos outils actuels de planification, les schémas régionaux d'organisation sanitaire. A chacun son rôle dans chaque filière. Plutôt que de réserver telle activité à tel établissement, l'ARS devra dire quel est le rôle de chacun, hôpital public, clinique privée, professionnels de ville, pour prendre en charge le malade le mieux et le plus vite possible.

Pour favoriser les coopérations au sein de l'hospitalisation publique, ne faudrait-il pas imaginer des réunions territoriales d'établissements ? Il ne s'agit pas d'ajouter un niveau d'administration supplémentaire, mais de donner un sens à la recomposition hospitalière. La vision territoriale que l'ARS va porter, c'est une meilleure qualité et une meilleure sécurité des soins. C'est aussi la question de l'activité et de l'emploi. Si nous acceptons tous l'idée qu'il puisse y avoir une vision stratégique du territoire, alors nous pourrons avoir une gestion prévisionnelle des emplois dans les sites hospitaliers. Pour l'instant, il n'y a aucune gestion des emplois. Pour faire cela, nous avons besoin d'un consensus sur l'exigence de qualité et de sécurité des soins, d'un consensus sur l'évolution des sites et sur la mobilité des professionnels à l'intérieur d'un territoire. Je souhaite, Monsieur le Ministre, cher Gérard, que la concertation permette de dégager ces consensus. Nous ne pouvons pas rester avec une carte hospitalière aussi incohérente.

Les partenariats public - privé doivent devenir la règle. Dans chaque agglomération, je souhaite qu'autour des plateaux techniques, on construise des projets communs pour la qualité et la sécurité. Je ne veux plus d'un système où toute l'énergie des acteurs est mise à rivaliser, à faire sa démonstration de force pour essayer d'être le dernier à mourir, parce que c'est bien cela la réalité des établissements hospitaliers menacés. C'est la meilleure façon de faire du perdant - perdant. Combien d'exemples pourrait-on citer où la coopération public - privé peut apporter aux patients, aux professionnels et à l'assurance maladie ?

La vision territoriale, enfin, doit s'appliquer à la recherche et à la formation. Nous avons par le passé saupoudré, dispersé, émietté. Le résultat, nous le connaissons : aucune université française dans les 30 premières du classement de Shanghai. Il faut réfléchir à une politique qui apporte un soutien beaucoup plus fort aux équipes des CHU qui sont dans la compétition mondiale.

Pour soutenir les meilleures équipes, je souhaite que la concertation que vous allez organiser, cher Gérard, identifie des solutions innovantes pour permettre aux praticiens hospitaliers et universitaires qui le souhaitent de se consacrer vraiment à la recherche.

L'hôpital doit demeurer le lieu par excellence de la formation appliquée pour les professions de santé, les médecins, les infirmières, les aides-soignants. Je voudrais à cet égard m'adresser aux étudiants en médecine, aux internes et aux chefs de cliniques que j'ai rencontrés tout à l'heure. J'entends leurs inquiétudes mais je veux leur dire qu'ils peuvent, qu'ils doivent avoir confiance en l'avenir. Je suis attaché, comme vous tous, à la liberté d'installation, c'est le principe fondateur de notre médecine libérale.

Mais quelle est la préoccupation des Français ? C'est l'accès égal à la qualité de soins pour tous.

Nous savons que dans certains endroits l'accès aux soins est un problème. Je souhaite que l'on trouve des solutions dans la concertation. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 fonde un droit à la négociation conventionnelle, c'est tout. Ni plus, ni moins. Personne ne peut sérieusement contester la légitimité qu'il y a à mettre la question des modalités du conventionnement au menu des discussions. Ouvrir des négociations, c'est tout le contraire d'une démarche coercitive !

Les représentants des étudiants en médecine, internes et des étudiants en médecine seront associés aux négociations. Je propose de formaliser cet engagement par amendement au PLFSS. La négociation conventionnelle ne deviendra exécutoire qu'après consultation de ces représentants. Ce n'est donc pas un avis consultatif mais un avis délibératif.

S'agissant de la négociation proprement dite, je voudrais en donner une feuille de route. D'abord, il faut tenir, dès début 2008, des états généraux de la démographie médicale, comme Roselyne Bachelot s'y est engagée. C'est une excellente idée, il faut que le diagnostic de la situation soit partagé. Il faut aussi faire le bilan des mesures d'incitation déjà mises en oeuvre.

Ensuite, il n'y aura pas de déconventionnement ni de conventionnement sélectif pour les personnes actuellement en internat. Et cela va aller jusqu'aux externes. Je ne veux pas changer les règles du jeu en cours de route. Nous allons mettre en place avec vous un système intelligent. Nous ferons dans 3 ou 4 ans, ensemble, un bilan de l'efficacité de ces mesures. C'est là que nous verrons s'il faut aller plus loin et limiter pour les futurs internes le conventionnement, d'une manière ou d'une autre, dans les zones les plus denses.

Je souhaite, enfin, que les négociations prennent en compte les aspirations légitimes des jeunes médecins à une pratique rénovée et à une meilleure qualité de vie. J'attache le plus grand prix à leurs aspirations.

Voilà, je vous ai livré ma vision de l'hôpital de demain. C'est une vision fondamentalement positive. Nous avons besoin d'un hôpital fort, d'un service public dynamique, d'un secteur privé conforté. Nous avons besoin d'un hôpital moderne, performant, attractif, à l'écoute des malades, où le personnel soit heureux de travailler. Nous avons besoin d'une organisation territoriale mieux pensée, plus coopérative pour répondre aux attentes des Français.

Au fond, nous vivons peut-être la fin d'une époque, celle entamée avec l'ordonnance « Robert Debré » de 1958 sur les CHU. C'est un modèle qui a fonctionné, faisant de l'hôpital public un modèle attractif. Devons-nous revisiter ce modèle ? Beaucoup de choses ont changé depuis. La question est ouverte.

Cher Gérard LARCHER, vous établirez un état des lieux pour la fin novembre. Ensuite, jusqu'au printemps, vous organiserez la concertation sur les missions de l'hôpital. Cette concertation doit être la plus large, la plus ouverte, la plus approfondie possible. Gérard LARCHER, c'est l'homme de la situation. La synthèse de la concertation donnera lieu, chère Roselyne BACHELOT, à une série de mesures concrètes de modernisation de l'hôpital, que vous prendrez.

Vous savez, moi j'ai confiance dans la ministre de la santé, et j'ai choisi Gérard LARCHER parce que j'ai confiance en sa capacité à assurer le dialogue. Mais que personne ne se trompe ici, la modernisation de l'hôpital je la conduirai, parce que c'est mon devoir. J'ai été élu pour apporter des réponses, pour trouver des solutions, on ne peut pas rester avec le malaise de l'hôpital. Et je trouve que c'est une très bonne nouvelle pour vous tous qui êtes dans cette salle, quelle que soit votre profession, parce que vous savez bien que c'est l'immobilisme qui fera mourir l'hôpital, ce n'est pas le changement, c'est l'immobilisme. Je crois dans l'hôpital public, j'y crois fortement. Mais je pense qu'il faut agir maintenant. Ecoutez, 50 ans après les textes de Robert DEBRE, il est peut-être venu le temps de prendre des décisions que nous avons trop longtemps différées. Même si certaines provoqueront des changements d'habitudes. Un patron, une autonomie, de l'expérimentation, de l'évaluation, de la récompense, de la qualité de vie. Voilà ce que je souhaite pour l'hôpital et croyez que ma démarche est parfaitement sincère et que chacun des acteurs de l'hôpital doit sentir qu'il est aimé, qu'il est respecté et qu'il est considéré.

On parlera avec vous, on construira avec vous, mais que personne n'imagine que j'accepterai l'immobilisme. Tout est négociable, sauf cela. C'est vers la modernité qu'il va falloir aller, pas vers l'immobilisme. C'est vers la nouveauté qu'il va falloir aller, pas vers le conservatisme, et

vers l'immobilisme. C'est vers la nouveauté qu'il va falloir aller, pas vers le conservatisme, et vous le savez très bien, vous autres professionnels de la santé qui êtes en permanence en quête du nouveau traitement, du nouveau médicament, de la nouvelle méthode, de la nouvelle pratique. Comment pouvez-vous, vous-mêmes, tous les jours, dans votre métier tourné vers l'avenir et le changement, penser que vous pourriez rester dans un univers qui ne serait tourné que vers le passé et vers l'immobilisme ? C'est bien cela qui est en question. Et vous savez, le personnel qui était là, avec qui j'ai dialogué, je comprends parfaitement sa frustration. Un travail de plus en plus difficile, des conditions de travail de plus en plus difficiles, un stress de plus en plus grand, et le sentiment que tout le monde s'en moque. Je comprends ce malaise. Et mon devoir, c'est de le prendre en compte, mais de la prendre en compte pour des raisons positives pas pour des raisons négatives, pour tourner tout le monde vers l'excellence.Je vous remercie de m'avoir écouté.