

# Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur les priorités de la politique de la santé et la réforme du système de soins, à Paris le 18 septembre 2008.

Madame la Ministre, Chère Roselyne,  
Monsieur le Ministre, Cher Alain,  
Monsieur le Président du Conseil général,  
Mesdames et Messieurs les parlementaires,  
Monsieur le Président de l'Association des Maires, Cher Jacques,  
Et si vous le permettez Chers amis,

La santé est devenue l'une des toutes premières préoccupations des Français. La santé s'est considérablement améliorée au lendemain de la seconde guerre mondiale. Nous avons gagné près de quinze années d'espérance de vie depuis 1950, quinze ans, ce qui montre que l'argent investi a servi à quelque chose. Quinze d'espérance de vie depuis 1950 et le mouvement continue. Le vieillissement de la population française est du reste le résultat de la formidable amélioration de son état sanitaire. Mais la santé est aussi un bien fragile, précaire, et c'est pour cela que chacun d'entre nous quand il pense à sa propre santé, s'inquiète et se préoccupe. Ma responsabilité, celle du Gouvernement, c'est de prendre en compte l'attente des Français et de tout faire pour essayer de leur donner satisfaction.

Je voudrais d'abord rappeler dans quel contexte s'inscrivent ces attentes et vous dire ensuite quelles priorités j'entends fixer à l'action du Gouvernement en la matière.

Le contexte. Le contexte est marqué par plusieurs réalités qu'il nous faut analyser avec lucidité. D'abord, il y a une réalité démographique incontournable. L'allongement de notre espérance de vie a des conséquences biologiques. La longévité n'est pas une maladie en soi, bien sûr, mais, avec l'âge peuvent apparaître toutes sortes de maladies dont nous ne souffrions pas jadis.

Aujourd'hui, on assiste à l'émergence de nouveaux cancers, de nombreuses formes de malvoyance liées à l'âge, de la maladie d'Alzheimer.

Nos modes de vie évoluent eux aussi. La sédentarité progresse. Jamais nous n'avons été aussi mobiles et pourtant jamais nous n'avons autant compté nos efforts physiques. C'est pour cela, chère Roselyne, que j'ai créé le ministère de la santé et des sports. Vous êtes bien placée pour savoir que j'y tenais tout particulièrement. Je n'aimais pas la répartition « sports et jeunesse », comme si le sport n'était que l'affaire des jeunes. Quand je fais du sport, je vois peu de jeunes. Je vois plutôt des gens de mon âge qui essayent de se maintenir. J'ai voulu marier la santé et les sports parce que le sport est un élément essentiel de la santé. Si nous n'érigions pas le sport et l'activité physique au rang de nos habitudes, nous encourageons dans les prochaines décennies un risque accru. Il ne suffit pas de le dire, il faut maintenant le mettre en oeuvre. Le ministère de la Santé et des Sports, c'est capital. Le sport est un élément de la santé. La lutte contre le dopage et la protection de la santé de nos athlètes sont un élément de la politique du sport. On se demande pourquoi il a fallu attendre le gouvernement de François FILLON pour prendre cette initiative ?

Nous devons compter enfin avec une réalité sociologique. Notre attitude à l'égard du monde de la santé a changé. Je le dis devant les représentants des différentes organisations syndicales qui

comme à l'étranger et le dit devant les représentants des différentes organisations syndicales qui sont ici, chaque jour, nous sommes plus exigeants. Chaque jour, nous voulons davantage de résultats. Chaque jour, nous sommes de moins en moins enclin à accepter des drames comme celui de la radiothérapie à Epinal où nous étions encore, il y a quelques mois, ensemble, Roselyne. Nous sommes en droit d'attendre pour notre santé un niveau de qualité et un niveau de sécurité encore meilleurs que celui dont nous bénéficions lorsque nous prenons l'avion ou lorsque nous sortons avec notre voiture. Il y a une exigence de qualité et de sécurité à l'endroit des prestations de santé jamais égalée jusqu'à présent.

La réalité médicale elle aussi change. Grâce aux progrès de la connaissance du génome humain, la médecine sera de plus en plus préventive. Elle permettra de déterminer à l'avance les risques de prédisposition de chacun de nous aux maladies communes.

Par ailleurs, le nombre et la complexité des maladies auxquelles la médecine est confrontée ne cessent de s'accroître. De nouveaux traitements sont développés pour des maladies rares autrefois parfaitement inconnues. Leur coût peut atteindre plus de 150 000 euros par personne et par an. Et j'imagine ce que peut représenter pour une infirmière une boîte de médicaments qui vaut plus cher que le salaire mensuel qu'elle reçoit. Et je comprends naturellement qu'elle soit amenée à se demander, face à l'explosion de ces coûts nécessités par la recherche, quelles en seront les conséquences ?

Dans le même temps, les maladies chroniques, qui touchent par millions nos compatriotes, sont en forte augmentation. Ces maladies représentent dans tous les pays développés 60 à 70% des dépenses de santé. Nous devons vivre, parfois notre vie durant, avec ces maladies dont on combat les symptômes mais dont on ne guérit pas.

Je voudrais rendre hommage à cette occasion aux médecins, aux autres professionnels de santé qui façonnent la réalité médicale de la France. Vous êtes notre fierté. Une fierté nationale. Nous sommes fiers de la qualité de votre formation. Nous sommes fiers de votre dévouement au service des malades. Et nous sommes fiers par-dessus tout de la faculté d'adaptation que les uns et les autres ont su démontrer.

Nous devons faire face, enfin, à une réalité économique. La santé est devenue un moteur de notre économie. Elle représente 11% de notre produit intérieur brut et près de deux millions d'emplois. Les industriels du médicament présents sur notre territoire contribuent pour près de six milliards d'euros à notre balance commerciale. La santé est un moteur de la création d'emplois et de richesses dans notre pays. La santé est un investissement pour la France.

Aujourd'hui, l'assurance maladie assure le financement de trois quarts des dépenses de santé. Dans quinze ou vingt ans, la part de la santé dans la richesse nationale pourrait se rapprocher de 15%. A l'exemple d'autres pays, nos dépenses de santé -deux cents milliards d'euros aujourd'hui- vont s'accroître de plusieurs milliards d'euros d'ici 2025 -deux cents milliards d'euros. Voilà ce que nous investissons dans notre santé. Nous devons nous demander si ces dépenses supplémentaires seront employées à bon escient ? Les dépenses supplémentaires sont inéluctables. Serons-nous capables de maintenir la solidarité nationale au niveau qui est le sien aujourd'hui ? C'est aujourd'hui qu'il faut poser la question, parce que demain il sera trop tard. Pour que notre système de santé demeure solidaire, il faut prendre nos responsabilités. Et je suis le premier à devoir prendre mes responsabilités. J'ai pris mes responsabilités en créant les franchises médicales le 1er janvier dernier. Cela n'a pas plu à tout le monde, mais j'y reviens, non pas pour m'excuser mais pour dire aux Français : regardez ceux qui sont responsables et qui prennent leurs responsabilités et ceux qui sont irresponsables et qui refusent de les prendre. Les franchises, ce n'est pas une idée de Roselyne. C'est moi qui lui ai demandé de les mettre en oeuvre. En général, les Présidents, pas toujours, étaient derrière les Ministres, surtout quand ils annonçaient des bonnes nouvelles. Quand les Ministres annonçaient des mauvaises nouvelles, les Présidents étaient un peu plus loin. Moi, je ne suis pas derrière Roselyne, je suis devant.

J'avais parlé des franchises médicales pendant ma campagne électorale. Cela ne se fait pas, de parler des mauvaises nouvelles avant d'être élu. Je l'ai fait. Que n'ai-je entendu ? J'observe tous les vertueux qui m'appellent à dépenser davantage sans avoir la moindre idée de la façon dont on trouve l'argent. En créant les franchises, je n'ai fait qu'anticiper les besoins de demain - le cancer,

la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs. Je n'ai fait que rappeler que la solidarité nationale doit être confortée par des ressources nouvelles. Et je n'ai fait qu'énoncer une évidence : la santé a un coût, dont le financement doit être repensé et réparti équitablement.

Ceux qui sont contre les franchises sont contre le financement du plan Alzheimer. Ils sont contre l'ouverture de nouveaux lits de soins palliatifs. Ils sont contre l'argent que l'on va donner pour le plan cancer. Si on veut dépenser plus, il faut trouver des recettes. Et je suis vraiment à l'écoute de ceux qui veulent me donner des idées. En tout cas, je ne suis pas venu pour dire que tout est facile et que tout est possible. D'ailleurs si c'était facile les autres l'auraient fait avant moi. C'est incroyable ce que j'aurai dû déjà faire en 500 jours que les autres n'ont pas fait en 50 ans. Maintenant il n'y a pas le choix. Il faut décider et il faut assumer. Si nous voulons préserver un financement universel et solidaire de nos dépenses de santé, il faut que tout acte accompli le soit de la façon la plus économe possible. 200 milliards d'euros dépensés dans la santé, on n'a pas les moyens de dépenser de l'argent pour rien. La performance de notre système de santé est la garantie de sa pérennité. C'est par la recherche constante de l'efficacité que nous parviendrons à satisfaire la demande sanitaire des Français, tout en assurant des revenus satisfaisants aux professionnels de santé, le tout sans déstabiliser notre économie. Parce que moi je ne peux pas augmenter les cotisations pour renchérir le coût de l'emploi et accroître le chômage. Alors je veux renforcer la compétitivité de la France.

Assurer le financement des dépenses de santé est un défi pour demain qui se joue aujourd'hui. C'est pourquoi je souhaite que l'assurance maladie revienne à l'équilibre en 2011. Pour y parvenir, nous aurons besoin de l'engagement résolu de tous. De tous.

Et d'abord des complémentaires santé, qui doivent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, à la gestion du risque, à la maîtrise de la dépense, dans l'intérêt des assurés. Les négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé associeront dorénavant les organismes complémentaires, en particulier dans les secteurs où ces derniers garantissent une prise en charge importante, je pense à l'optique et au dentaire.

C'est aussi pour cela que je souhaite que tous les professionnels de santé, en ville et à l'hôpital, s'impliquent davantage dans la maîtrise médicalisée des prescriptions. Je souhaite que l'assurance maladie puisse proposer à la validation de la Haute autorité de santé des référentiels de bonne pratique dans les secteurs où nous constatons de profondes divergences dans le recours aux soins, par exemple en kinésithérapie.

L'hôpital doit lui aussi se sentir responsable de la maîtrise médicalisée. A l'image de ce qui existe pour les médecins libéraux, une convention nationale entre les médecins hospitaliers, l'assurance maladie, l'Etat et les fédérations hospitalières pourraient poser les fondements d'une meilleure régulation des prescriptions de l'hôpital exécutées en ville. Il n'y a pas de raison de demander aux uns et de ne pas demander aux autres.

Enfin, j'invite l'assurance maladie à intensifier la lutte contre les gaspillages, les abus et les fraudes. Elle doit s'appuyer sur de nouveaux instruments pour s'attaquer aux fraudes. Un mécanisme de pénalités planchers sera institué à compter de l'an prochain, sur le modèle de celui en vigueur pour lutter contre le travail illégal.

La politique de santé c'est une politique dont les résultats se jugent des années plus tard. Je le sais mais je ne veux pas différer davantage les réformes nécessaires. Il est de mon devoir d'engager aujourd'hui les réformes qui s'imposent pour préparer l'avenir. Il est de mon devoir de faire en sorte que demain nos enfants et soient dans le meilleur état de santé possible. C'est l'objet du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » que Roselyne BACHELOT présentera au début du mois d'octobre, je crois, au conseil des ministres. C'est une grande nouveauté, jusqu'à présent, l'hôpital a été le grand absent de toutes les réformes, ce n'est pas un hasard, c'est parce que c'est difficile. Le débat au Parlement permettra d'améliorer encore le contenu de la réforme.

Le projet de loi favorisera une meilleure répartition de l'offre de soins de premier recours sur le territoire.

Il y a plus de 200 000 médecins en activité dans notre pays aujourd'hui. Il n'y en a jamais eu

autant. On compte 3,3 médecins en activité pour 1 000 habitants. La moyenne de l'OCDE est de 3. Mais je sais que la situation va se dégrader jusqu'en 2025, date à laquelle la densité de médecins aura retrouvé son niveau de 1985. Mais dans l'intervalle chacun d'entre nous consultera plus souvent en moyenne son médecin. Il y a donc urgence à agir.

Le numerus clausus continuera donc d'être progressivement relevé. Mais il devrait être réparti entre les spécialités et entre les régions, en fonction de la démographie médicale et des besoins des territoires. A l'avenir, chaque région devrait définir elle-même ses besoins de formation médicale par spécialité. Le projet de loi introduit ce type de régulation, c'est une première que je soutiens de toutes mes forces.

La solidarité nationale ne peut rester indifférente devant la question de l'inégal accès aux soins sur le territoire. Alors je pose la question : la solidarité nationale doit-elle garantir le même tarif au médecin généraliste d'une zone rurale fragile ou d'une banlieue difficile et au médecin spécialiste s'installant dans une agglomération suréquipée ? Je prends mes responsabilités : je ne le crois pas. J'en tirerai les conclusions. Les ressources de la solidarité nationale devront être mobilisées avec plus de discernement. Il est normal que l'on accorde des conditions, des tarifs ou des avantages meilleurs à un médecin qui s'installe à la périphérie de Douai qu'à un médecin qui s'installe dans le centre ville d'Aix-en-Provence. Ce n'est faire offense à personne que de dire cela. J'aime beaucoup Aix-en-Provence, mais j'ai plus de mal à trouver des médecins qui s'installent à Douai qu'à Aix-en-Provence. On doit également en tenir compte dans la rémunération.

Je redis que des négociations conventionnelles sont en cours et j'en attends pour la fin de l'année des mesures opérationnelles permettant d'accroître l'offre médicale dans les zones qui en ont le plus besoin. Je n'accepte pas que certains de nos compatriotes n'aient pas une offre médicale digne de ce nom alors que dans d'autres quartiers certains, médecins n'arrivent plus à vivre tant la densité médicale est importante.

Pour répondre aux attentes des Français, la coopération entre les professionnels de santé est indispensable. Je crois beaucoup au rôle des paramédicaux, en particulier des infirmiers, pour les soins de premier recours. Les infirmiers peuvent assurer toute une série d'actes qui surchargent les médecins. Je pense au suivi de routine pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Et tout le monde sera gagnant : le médecin, qui pourra se recentrer sur l'acte qualifié et l'infirmier qui pourra mieux prendre en charge le patient. La coopération est un gage de qualité des soins pour tous. Le projet de loi de Roselyne BACHELOT étendra le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant de leur cadre expérimental. L'expérimentation, c'était nécessaire, mais maintenant on va passer à la généralisation.

En réalité, la coopération entre médecins et infirmiers s'impose. Nous n'avons pas le choix. Alors que la démographie médicale va entrer dans une période difficile, celle des infirmiers, compte tenu des mesures prises ces dernières années, devrait connaître une nouvelle vigueur. Avec moins de huit infirmières pour mille habitants, notre pays est parmi les moins bien dotés de l'OCDE. L'augmentation de la densité des infirmiers ou infirmières, jointe à leur répartition plus harmonieuse sur le territoire, doit être la réponse aux attentes des Français. Dire cela, ce n'est pas faire de la démographie pour la démographie. J'y vois au contraire une opportunité unique de mieux organiser notre offre de soins.

Je salue à cet égard la convention signée par l'assurance maladie et les infirmiers libéraux. Cet accord met en place, dans l'intérêt même de la profession, une régulation de l'installation. On rééquilibre l'offre en soins infirmiers entre les lieux où les professionnels sont installés en grand nombre et ceux où ils sont insuffisants. Ecoutez, je viens ici en région, vous avez les mêmes droits dans cette région, dans ce département du Jura que ceux qui sont au centre de la capitale. Les maisons de santé, à l'image de celle que je viens de visiter, remarquable, à Bletterans, sont le lieu idéal de la coopération entre professionnels de santé. Les maisons de santé sont l'ossature du système de santé de demain. Elles offrent une réponse de proximité. Elles améliorent la qualité des soins grâce à la collégialité. Elles offrent aux professionnels des conditions de travail satisfaisantes. Là encore, les ressources de l'assurance maladie seront orientées, je le dis, prioritairement vers ces structures. Nous voulons davantage de maisons de santé.

prochainement vers des structures plus verticales au sein des maisons de santé.

La France est en retard sur ses voisins européens dans l'organisation des soins de premier recours. En dehors des maisons de santé, d'autres organisations existent pour renforcer l'offre de soins de premier recours : les cabinets secondaires, les vacations, les remplacements. Je compte sur l'imagination des partenaires conventionnels pour accélérer le développement de l'ensemble de ces solutions. Il ne s'agit pas de passer du tout « hôpital » au tout « maison de santé », mais d'avoir une palette qui permette de diversifier l'offre.

Nous avons trop longtemps, je le dis comme je le pense, laissé les professions de santé autogérer leur démographie. Il est temps d'agir et de faire des choix. Si certains ont du mal à le faire, nous le ferons à leur place.

L'accès aux soins pose, enfin, la question des honoraires médicaux. Je souhaite que tous les acteurs - assurance maladie, médecins, assurances complémentaires - définissent avant la fin de l'année les modalités d'un secteur optionnel pour les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes du secteur 2. Le secteur optionnel doit permettre un meilleur encadrement des tarifs que le secteur 2, assorti d'objectifs de qualité. Il doit aussi mettre fin à certaines injustices entre des praticiens qui, pour les mêmes qualifications et les mêmes diplômes, se trouvent dans des situations tarifaires extrêmement différentes. Les libertés tarifaires seront mieux prises en charge par l'assurance maladie et les assurances complémentaires, ce qui permettra un meilleur accès aux soins. Pour que cette option soit retenue par le plus grand nombre, il faut que des avantages spécifiques y soient associés. Si les partenaires conventionnels ne parviennent pas à un accord sur ce sujet, l'Etat en tirera les conséquences et agira.

Les honoraires des médecins qui décideraient de rester en secteur 2 doivent-ils faire l'objet d'une régulation ? Je suis, vous le savez, très attaché à l'exercice libéral de la médecine. Nous devons tenir compte de la renommée exceptionnelle de certains praticiens qui font l'honneur et l'attractivité de notre système de santé. Il me semble cependant qu'une forme de régulation adaptée pourrait être envisagée. Nous devons apporter des solutions concrètes aux difficultés d'accès aux soins que rencontrent les Français.

La seconde priorité que je fixe à notre politique de santé est la sécurité et la qualité des soins. La mission première du soignant, faut-il le rappeler, est d'assurer la sécurité de son patient. Je veux mettre en place une régulation du système de santé par la qualité.

Je sais bien que la sécurité et la qualité ne se décrètent pas. La qualité et la sécurité des soins se nourrissent d'abord de la recherche. Une recherche biomédicale d'excellence, soucieuse de sa valorisation, est la condition d'une médecine de qualité. Alors nous allons réexaminer notre modèle du centre hospitalier et universitaire (CHU). Nous devons nous demander si ce modèle, créé en 1958 par le Professeur Robert DEBRÉ, est encore adapté et selon quelles modalités doit, dans l'avenir, s'exercer la triple mission d'enseignement, de recherche et de soins des CHU.

L'autonomie désormais accordée aux universités et la recomposition de la recherche biomédicale créent les conditions du renouveau de nos hôpitaux universitaires. Je confierai prochainement une mission de réflexion à une commission créée sur le modèle de la commission « Robert DEBRÉ ». J'attends de cette réflexion des propositions courageuses, ambitieuses, pionnières. Mesdames et Messieurs, vous l'avez compris, je ne laisserai dans l'ombre aucun élément du secteur de santé.

Le plan Alzheimer et le plan cancer ont été conçus, précisément, pour renforcer les liens entre la recherche biomédicale et les soins. Ces plans doivent accélérer, grâce à la recherche, la diffusion sur le territoire de diagnostics fiables et de prises en charge de qualité. C'est pour cela que je m'implique personnellement aux côtés de Roselyne BACHELOT dans ces plans de santé publique.

Les progrès permis par la recherche doivent bénéficier au plus grand nombre. Les bonnes pratiques doivent être l'objet de la formation continue des professions de santé. L'actualisation des connaissances théoriques n'a de sens que si elle va de pair avec une remise en cause des pratiques médicales au bénéfice du patient. Le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » insiste à juste titre sur l'importance de cette démarche qualité.

A l'hôpital, je souhaite que chaque établissement analyse avec attention les causes des accidents

liés aux soins prodigués en son sein. Pour accélérer le mouvement, il faut que soient rendus publics, pour chaque établissement de santé, quelques indicateurs simples comme le taux de mortalité ou le taux d'infections. Je veux des résultats concrets.

J'ai pour notre pays une véritable ambition : faire en sorte que dans chaque cabinet médical, dans chaque maison de santé, la qualité de la prise en charge des maladies chroniques dominantes - je pense à l'hypertension artérielle, au diabète, l'asthme ainsi que les affections psychiatriques.

Le patient doit être un partenaire actif de la prise en charge de sa maladie. On ne peut pas tout attendre des protocoles. Je place de grands espoirs dans l'éducation thérapeutique, qui permet au patient de mieux comprendre sa maladie et son traitement. Je veux saluer à cette occasion le président et les membres de la conférence nationale de santé, ici présents. Ils ont compris combien l'éducation thérapeutique est un facteur déterminant de notre état de santé.

La troisième de mes priorités pour la santé, c'est la prévention. Professionnels comme patients, nous devons passer d'une attitude purement curative à une culture de la prévention. Faisons de la prévention un nouvel état d'esprit, une médecine plus efficace, une médecine moins coûteuse. Il n'y a que 7% des dépenses de santé qui sont consacrées à la prévention. Je souhaite que la part de la prévention dépasse 10% d'ici 2012.

La politique de prévention doit être le fer de lance du combat contre l'obésité. Celle-ci progresse à un rythme comparable à celui des Etats-Unis. Ce n'est pas la peine de moquer les Etats-Unis en la matière. Le nombre d'obèses dans notre pays augmente à la même vitesse qu'outre-Atlantique. En France, l'obésité touche 17 % des adultes et 4 % des enfants. La santé de nos enfants est en jeu. Je n'accepte pas que les enfants d'ouvriers ont dix fois plus de risque d'être obèses que les enfants de cadres. Nous devons faire tout pour que ce fléau recule. La lutte contre l'obésité n'est pas l'apanage des seuls médecins ou des seuls acteurs de la santé publique. Elle est l'affaire de tous : parents, élus, enseignants, professionnels de santé, industriels, et médias. J'en appelle à la responsabilité de chacun.

Je souhaite également qu'une politique de prévention ambitieuse permette de réduire le nombre de décès avant 65 ans qui pourraient être évités. Enfin, j'ai été surpris de constater que notre taux de décès évitables avant 65 ans est le double de celui du Royaume-Uni. Ce n'est pas la peine d'expliquer que la santé là-bas est très mauvaise. J'aime mon pays passionnément, mais je le regarde tel qu'il est avec ses atouts et ses faiblesses. J'attends du second plan cancer, chère Roselyne BACHELOT, qu'il permette de réduire l'exposition aux facteurs de risque évitables que sont l'alcool, le tabac et l'environnement. Dans votre projet de loi, vous avez raison, on interdira la vente d'alcool aux mineurs et on ouvrira la voie à de nouvelles mesures courageuses pour agir sur ces facteurs. On sait que ces facteurs tuent, à nous de prendre nos responsabilités et d'engager une véritable politique de prévention.

Pour développer la prévention, le dépistage doit devenir une habitude. Il faut étendre à d'autres maladies les campagnes organisées pour le dépistage du cancer du sein. Je souhaite que chaque Français qui s'interroge puisse recevoir rapidement une réponse fiable. Il y a encore trop de cas d'errance diagnostique, trop d'années perdues. Nous ne pouvons plus accepter cela. Les filières et les réseaux doivent permettre d'orienter sans délai le patient vers le professionnel qui fera le bon diagnostic.

La réforme de l'hôpital, issue du rapport de la commission présidée excellemment par Gérard LARCHER, que je remercie, est le quatrième volet de notre politique de santé. A Neufchâteau en avril dernier, j'ai défini le contenu de la réforme : évolution de la gouvernance, nécessité d'avoir un patron à l'hôpital -cela ne peut pas marcher s'il n'y a pas un patron, quelqu'un qui décide, qui prenne ses responsabilités- ouverture du recrutement des directeurs, extension du contrat pour les praticiens, regroupement des hôpitaux publics au sein de communautés hospitalières de territoires, souplesses de gestion en matière de marchés publics ou de gestion immobilière. Le projet de loi reprend toutes ces mesures et j'en félicite Roselyne BACHELOT. En France, l'hôpital représente 64% des dépenses de soins, contre moins de 50% dans la moyenne de l'OCDE. Une partie des patients aujourd'hui pris en charge à l'hôpital pourrait être soignée en ville ou à

domicile. L'hôpital doit se réorganiser pour privilégier les soins de recours et donner corps à de véritables filières de soins. Cher Jacques PELISSARD, nous souffrons trop de l'éparpillement des ressources médicales et paramédicales. Dans une ville de 50 000 habitants, il n'est pas rare d'avoir chaque nuit jusqu'à cinq lignes de gardes de radiologie ou de chirurgie. Avons-nous les moyens de payer cela pour la santé des Français ? C'est médicalement inutile et absurde économiquement, alors que par ailleurs on a besoin d'argent pour investir dans tant de priorités. Certains sites hospitaliers doivent se réorienter vers la prise en charge du grand âge ou du handicap adulte. Que personne ne doute de ma volonté de conduire cette réforme jusqu'au bout. Pour que l'hôpital s'adapte, son organisation doit gagner en efficacité et en souplesse. La réforme de l'hôpital donne de nouveaux outils aux acteurs hospitaliers. A eux de s'en saisir ! Les libertés nouvelles de gestion des hôpitaux auront pour nécessaire contrepartie une plus grande responsabilité. La maladie française, c'est de ne jamais savoir qui est responsable. Je vois bien les critiques sur moi. J'en vois beaucoup mais pas celle-ci. On trouve que je prends trop de responsabilités. Ce n'est que le début. Dans un pays où je trouve que les responsables n'en prennent pas assez, on ne peut pas vouloir être responsable et ne pas assumer ses responsabilités. Un chef, cela assume ses responsabilités. Les Français ont besoin de savoir qui décide et pourquoi. Si cela marche, on continue. Si cela ne marche pas, on est sanctionné. C'est la règle. Je veux que les comptes des hôpitaux fassent l'objet d'une certification. Dans 64 % d'assurance maladie, on peut peut-être avoir des comptes certifiés, vérifiés, contrôlés. Je veux que les situations de déficit ne soient plus tolérées.

La réforme de l'hôpital va remettre les médecins au coeur du projet d'établissement. Les médecins peuvent compter sur moi, la réforme se fera avec eux. Mais je veux pouvoir compter sur eux, comme sur l'ensemble des personnels hospitaliers dont je n'ignore nullement la difficulté de la vie quotidienne. Je veux redire que les 35 heures ont profondément désorganisé l'hôpital français. Et que cela a conduit à l'aggravation des conditions de vie du personnel hospitalier même si, avec Roselyne BACHELOT, comme je l'avais promis à Dunkerque, quasiment au lendemain de mon élection, on a résolu le problème des millions d'heures supplémentaires faites par le personnel hospitalier et qui n'avaient pas été payées. Ne pas les payer, ce n'est pas ma conception du travail.

La réforme doit aussi accompagner tous ceux qui s'engagent dans le changement. Pourquoi ne pas permettre aux hôpitaux qui sont à l'équilibre, grâce aux efforts de tous leurs personnels, de redistribuer une partie des excédents ? A qui ? Aux salariés, au personnel hospitalier, et je ne vois pas pourquoi une politique d'intéressement, à laquelle je crois tant dans le secteur privé, ne s'appliquerait pas dans le secteur hospitalier ?

C'est grâce à l'amélioration de sa productivité qu'un centre hospitalier réalise un excédent. Pourquoi ne pas en faire profiter l'ensemble des acteurs responsables ? Je n'ai pas peur des mots. Une politique d'intéressement du personnel médical ou paramédical me semble très adaptée à la définition d'un projet où la responsabilité, la qualité et la sécurité sont trois mots majeurs de l'état d'esprit de notre politique.

Le pilotage du système de santé est ma cinquième et dernière priorité. Les professionnels ont souvent une pratique isolée. Dans bien des cas, chaque acte est réalisé sans lien avec les autres acteurs du système de santé. Les interactions entre eux sont nombreuses mais mal utilisées. Bien gérées, elles amélioreraient la qualité de la prise en charge globale de la personne. Ignorées, elles entraînent redondances, pertes de chances et dysfonctionnements. Il appartiendra donc aux futures agences régionales de santé, qui seront mises en place en 2009, de créer, voire d'imposer de la cohérence entre les acteurs.

La gestion des urgences médicales et de la permanence des soins est emblématique de cet état de fait. Que d'énergie consacrée par les préfets, les hôpitaux et l'assurance maladie en ce domaine ! Avec quel résultat ? Le doublement en quinze ans du nombre de passages aux urgences ! N'importe qui va n'importe comment, n'importe quand aux urgences. Nous pouvons mieux faire en rassemblant les compétences de l'Etat et de l'assurance maladie pour plus d'efficacité. Grâce à l'action des agences régionales de santé, le nombre de secteurs aux tableaux de garde médicale incomplets doit diminuer. Quand on est médecin, on a des obligations. La

de garde médicale incomplète doit diminuer. Quand on est médecin, on a des obligations. La garde fait partie de ces obligations.

En réalité, j'attends des agences régionales de santé qu'elles réconcilient l'organisation des soins et la maîtrise de la dépense : mieux organiser pour dépenser moins et apporter plus aux patients. J'attends des agences qu'elles contribuent à doter notre pays d'un système de santé performant, capable de s'adapter aux réalités de l'allongement de la vie et au défi du financement. Les agences sont la première pierre d'une recomposition plus large de notre système sanitaire. Alors je sais combien difficile est la réforme qui s'engage. Et Roselyne BACHELOT peut compter sur mon soutien parce que je m'y engage avec une détermination absolue. La santé est une préoccupation majeure pour les Français. C'est 200 milliard d'euros. Le Président de la République ne peut pas s'en désintéresser. Chacun sait les réformes qui sont nécessaires et chacun un jour ou l'autre y a renoncé devant la difficulté. Mesdames et Messieurs, je suis venu ici dans cette ville et dans ce département vous dire que le mot renoncement ne fait pas partie de mon vocabulaire.

Je vous remercie.