Mesdames et Messieurs,
Je suis très heureuse de vous accueillir une nouvelle fois au ministère, six mois après le lancement du **pacte de confiance pour l'hôpital**.

Depuis six mois, vous avez travaillé sous la conduite d'**Edouard Couty**, que je remercie pour son engagement, sa volonté d'aboutir à des propositions partagées sans jamais céder à la tentation du consensus mou. Vous vous êtes souvent réunis, parfois longuement, pour échanger et débattre de l'
avenir de l'hôpital
.

Je veux saluer **Claire Scotton**, rapporteure générale, de même que **Bernadette Devictor**, **Monique Cavalier**
et
Danielle Toupillier
qui ont présidé les trois groupes de travail et souligner la qualité de leurs rapports. Leur sens du dialogue a été unanimement reconnu et apprécié. Tous les sujets ont été débattus sans exclusive, sans a priori, et dans le respect des sensibilités de chacun.

Je veux vous remercier tous pour la force de vos travaux et vous dire tout le bénéfice que je compte en tirer dans la mise en oeuvre concrète de la stratégie nationale de santé, que le Premier ministre a annoncée.

Je veux aujourd'hui vous tenir un discours de vérité et tracer de nouvelles perspectives.

Le Premier ministre m'a confié la responsabilité de mettre en oeuvre une stratégie nationale de santé dont il a défini les contours et les grands principes dans son discours de Grenoble le 8 février dernier, en lien étroit avec ma collègue Geneviève Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Cette stratégie repose sur trois piliers : réduire les inégalités de santé, préparer notre système de santé à affronter les défis de l'avenir, et préserver son financement solidaire.

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

Il faut rétablir la confiance.
Car sans elle, une politique ne s'inscrit pas dans la durée. Parce qu'elle permet d'être à l'écoute, de se parler, de négocier, de forger un projet commun, de rendre des comptes, d'être responsables ensemble. Voilà le message que je veux transmettre au monde de l'hôpital.

Notre hôpital est né d'une ambition et d'une vision à la fin des années cinquante :
celles de placer la France au premier rang des nations dans le domaine de la santé. Nous y sommes parvenus.

L'égalité, la solidarité, la recherche, le progrès, le rayonnement de la France : c'est tout cela

l'hôpital public. Quelle fierté, pour vous, d'y travailler au quotidien. Mais quelle responsabilité aussi, pour nous tous, au moment où nous devons bâtir ensemble l'hôpital de demain.

A ceux qui confondent l'hôpital public avec l'immobilisme, le conservatisme ou le corporatisme, je veux dire qu'ils ont tort. Que leur vision de l'hôpital relève de l'idéologie.

Que ceux qui y travaillent en souffrent.
A ceux qui veulent considérer l'hôpital public comme une entreprise, je veux dire qu'ils se trompent. Car je crois dans un hôpital public actif, ouvert, sûr de ses valeurs et de ses missions, lieu de formation, de recherche, d'innovation et de démocratie. Car je sais, et vous le savez comme moi, que les progrès de la médecine et des techniques obligent à donner à l'hôpital public une nouvelle dimension organisationnelle.

C'est cette double exigence que je veux porter devant vous : réaffirmer d'une part les valeurs du service public pour consolider l'hôpital, et en faire d'autre part l'instrument d'une transformation profonde de l'hôpital, pour lui permettre d'affronter en position de force les défis d'avenir.

Ces valeurs, je veux aujourd'hui les refonder avec vous : l'accès de chacun à des soins de qualité, le respect dû aux patients et la reconnaissance assumée envers les professionnels, la solidarité comme socle de notre organisation et de notre financement, la conviction que la santé n'est pas un fardeau mais un atout et un facteur de progrès, d'innovation, de croissance et même, j'ose le dire, de compétitivité.

Ce sont ces valeurs qui ont été inutilement offensées par une loi de la majorité précédente.

Je me souviens, comme chacun d'entre vous, des mots prononcés à Bordeaux par l'ancien président de la République au monde hospitalier. Il avait oublié un principe fondateur, essentiel : celui du service public. Il avait érigé la défiance en ligne de conduite.

Je veux aussi m'adresser à l'hôpital public dans sa diversité. A mes yeux, il n'y a pas un modèle unique de l'hôpital.

Nous avons nos CHU pour porter l'excellence française dans le domaine de la recherche médicale et de la formation. Ils sont à la pointe de l'innovation thérapeutique grâce à ce lien intime entre formation, recherche clinique, soins. Mais nous avons aussi nos hôpitaux qui innovent au quotidien pour offrir les meilleurs soins aux patients. L'excellence est aussi sociale. Et nous avons enfin ces hôpitaux qui, au coeur de nos territoires et parfois de ces déserts médicaux qui fragilisent l'égalité d'accès à la santé, jouent un rôle irremplaçable de proximité.

Aujourd'hui, je veux donc **tourner la page de la loi HPST** et en écrire une autre, celle qui doit voir l'hôpital public s'inscrire résolument dans la
stratégie nationale de santé
. Après le temps de la réflexion, magistralement orchestré par E. Couty, s'ouvre avec vous, pour vous, pour les Français, le temps de l'action.

Dans un contexte économique difficile, le gouvernement a tenu à donner la priorité à la santé publique et à l'hôpital. C'est dans cette perspective que s'inscrit la **campagne tarifaire 2013**. Je regrette les incompréhensions qui se sont manifestées ici ou là ces dernières semaines et je veux donc les dépasser.

Le gouvernement, sur ma proposition, a fait le choix de porter le **taux de progression de l'ONDAM à 2,7% pour 2013** .
Lorsque les budgets de l'Etat et des collectivités locales sont soumis aux restrictions qu'exige la nécessité d'enrayer au plus vite l'emballement de la dette, car je ne veux rien cacher de la contrainte financière, ce sont 1,9 milliard d'euros supplémentaires qui seront consacrés en 2013 par rapport à 2012 aux établissements de santé. 1,6 milliard d'euros pour les établissements publics et d'intérêt collectif. 300 millions d'euros pour les établissements privés.

J'ai défini les contours de cette campagne tarifaire avec deux objectifs majeurs : vérité des chiffres et **préservation du financement des missions d'intérêt général** et des **aides à la**

contractualisation
, ce que l'on appelle les
MIGAC
. Pour la première fois depuis 3 ans, cette masse financière, de plus de 8,6Md€, ne fera l'objet d'aucun gel et sera entièrement disponible pour le financement des établissements jusqu'à la fin de l'année. Je rappelle qu'en 2012, l'hôpital a été purement et simplement privé de 415M€ entre le début et la fin de l'année.

Pour autant, si je ne veux rien cacher de la contrainte financière, je veux rappeler que cette contrainte n'est pas une fin en soi. Elle doit être le moyen de renforcer notre efficacité, de lutter davantage contre la « non qualité », et de retrouver au plus vite des moyens pour investir et se développer. Je vous l'ai dit le 7 septembre dernier : le renoncement n'est pas mon choix.

La performance, l'efficacité et l'efficience ne sont pas les ennemies de l'hôpital public.

I/ Rétablir la confiance, c'est d'abord construire le service public de territoire

1/ Engagement n°1 : je veux faire aboutir la réflexion sur le service public territorial de santé pour l'inscrire dans la loi.

Je salue ici la profondeur du travail réalisé par le groupe n°1. Rappeler que l'ensemble des acteurs de santé partagent sur un territoire donné la responsabilité de l'état de santé de la population, c'est poser un principe qui est au coeur de la stratégie nationale de santé.

Le service public territorial de santé, c'est en effet reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire.

L'objectif est simple : toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées.

Je crois à la réalité des territoires. C'est au plus près de nos concitoyens que se construisent des politiques publiques durables et efficaces. C'est en agissant auprès d'eux que nous réduirons les inégalités de santé. Dans cette approche nouvelle, l'hôpital devra contribuer à la santé d'un territoire, et non plus seulement à l'accueil de ceux qui viennent à lui. Pour moi, le territoire, ce doit être la « nouvelle frontière » de l'hôpital public, un hôpital ouvert et, comme le disent certains « hors les murs ».

Je souhaite que cette réflexion aboutisse à un dispositif juridique précis qui figurera dans la prochaine loi de santé publique.

Cette réflexion doit concerner également les établissements de santé mentale qui ont montré la voie en la matière et doivent eux aussi, en lien avec le premier recours, s'inscrire dans une logique de parcours et de prise en charge intégrée.

Le premier des services publics de territoire, ce sont les urgences, en particulier les urgences hospitalières. Je veux brièvement en dire un mot.

Avec le Premier ministre, nous avons rencontré les urgentistes de Grenoble le 8 février. Leurs conditions de travail sont difficiles, plus encore en cette période hivernale toujours tendue. Plus que d'autres encore, les urgentistes sont confrontés à des réalités qui ne sont pas seulement médicales mais aussi psycho-sociales. Je sais que le monde hospitalier a été marqué par les démissions des deux chefs de service des urgences de Saint-Louis et de l'hôpital de Roubaix. Elles interpellent justement les pouvoirs publics.

Face à ces difficultés, je pourrais vous annoncer un énième rapport sur les urgences. Que nous apprendrait-il que nous ne sachions déjà ?

Certes, des postes supplémentaires de médecins ou d'infirmiers sont parfois nécessaires. C'est pourquoi j'ai demandé aux directeurs d'ARS de réunir les commissions paritaires régionales pour dresser un diagnostic précis des ressources humaines médicales des services d'urgence.

Mais, le plus souvent, ce sont bien des questions d'organisation que chacun connaît auxquelles nous devons nous attaquer. L'urgence n'est pas le problème des seuls urgentistes, mais de l'hôpital tout entier ; pas le problème du seul hôpital, mais du système de santé tout entier.

J'ai demandé au conseil national de l'urgence hospitalière d'avancer sur ce sujet. Des propositions de bonnes pratiques ont été formulées en matière d'organisation interne et doivent maintenant être déployées. Je me réjouis d'ailleurs que certains établissements aient mis en place une nouvelle fonction, celle de gestionnaire de lits pour fluidifier le passage des patients aux urgences.

2/ Engagement n°2 : réaffirmer le service public hospitalier dans la loi.
Je souhaite réintroduire le service public hospitalier dans la loi pour consacrer la spécificité des missions de l'hôpital public. Nous l'avons fait dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, dans les limites de ce qu'autorisait cette loi de finances. C'était un signal fort envoyé au monde hospitalier et aux missions qu'il accomplit autour du soin, de l'enseignement et de la recherche.

La loi de santé publique de 2014 sera pour nous l'occasion de définir avec précision ce que sera le service public hospitalier de demain. Ce que seront ses missions, ses acteurs, les droits et les obligations qu'il fera naître.

Il ne s'agit nullement de céder à une quelconque nostalgie ou de revenir à un âge d'or dont nul ne sait s'il a vraiment existé, mais de tenir compte des exigences nouvelles auxquelles est confronté l'hôpital, comme tout notre système de santé : vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, progrès techniques et thérapeutiques accélérés.

C'est pourquoi je veux résolument inscrire le service public hospitalier dans le service public territorial de santé.

II/ Rétablir la confiance, c'est ensuite moderniser le financement de l'hôpital.

3/ Engagement n°3 : poser les premiers jalons d'une tarification de parcours et au service de la qualité.

La tarification à l'activité a représenté une avancée considérable pour l'hôpital public.

Elle a accompagné financièrement les établissements les plus dynamiques et a introduit à l'hôpital des mécanismes de gestion plus pertinents. Elle a permis aussi que se développe une culture commune entre médecins et gestionnaires dépassant ainsi des clivages anciens.

Personne, d'ailleurs, ne demande à revenir au budget global.

Mais la tarification hospitalière n'est pas une fin en soi. Elle doit être un outil au service d'une politique publique de santé. Un outil pour une meilleure qualité du soin. Un outil au service de la pertinence des actes. Un outil au service des parcours, de la qualité, de la coopération, du développement de l'ambulatoire et de la réduction des durées de séjour.

Un outil qui offre aussi de la stabilité aux décideurs hospitaliers et permette à l'hôpital de soutenir la recherche et l'innovation. En un mot, un outil au service de la santé de demain et du système de santé que je veux construire avec vous.

La tarification hospitalière doit donc évoluer. Il est temps d'engager l'acte III de la tarification, qui aujourd'hui n'est pas en phase avec l'avenir de l'hôpital, cet hôpital ouvert sur son territoire que j'appelle de mes voeux. Elle doit prendre en compte deux axes majeurs : d'abord ancrer le financement dans une logique de parcours ; ensuite, orienter le financement pour répondre au double défi de la qualité et de l'efficience.

Ce nouvel âge de la tarification hospitalière devra donc accompagner de nouvelles organisations des soins, faciliter des prises en charge cohérentes, globales. Il devra également mieux prendre en compte l'exigence de la qualité des soins et de leur pertinence. Des expérimentations sur ce point sont en cours. Nous devrons passer au plus vite de l'expérimentation à la généralisation. Ce qui est aujourd'hui exceptionnel doit devenir demain incontournable.

Pour l'ensemble des sujets que je viens d'évoquer, je demande au comité de réforme de la tarification hospitalière, que j'ai installé en décembre dernier, de me proposer des pistes concrètes de réformes avant l'été, dont je souhaite une première traduction dans le PLFSS pour 2014. Je n'ignore pas la difficulté de ces sujets, mais je connais la détermination du comité de réforme.

Moderniser le financement de l'hôpital, c'est aussi repenser nos investissements.

4/ Engagement n°4 : je propose la mise en place de Schémas Régionaux d'Investissement en Santé (SRIS)

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

Au début du mois de juillet, les agences régionales de santé devront avoir recensé leurs besoins régionaux et m'avoir transmis un schéma régional d'investissement en santé. Il permettra de hiérarchiser leurs projets et d'imaginer des opérations de long terme.

Hôpitaux, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, systèmes d'information : peu importe le type d'investissement retenu par les agences, c'est la réponse aux besoins de santé qui compte. Là encore, c'est l'approche territoriale que nous privilégions. Nous ne pouvons plus réfléchir projet par projet, mais nous devons orienter nos investissements à l'échelle des territoires.

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) que j'ai installé s'appuiera sur ces schémas pour guider ses choix. Il apportera toute son expertise à l'analyse des projets qui lui seront soumis. C'est notre conception de l'investissement hospitalier que je veux faire évoluer.

Nous devons aussi saisir, pour nos investissements, les opportunités offertes par les nouvelles technologies et les perspectives qu'elles ouvrent dans le domaine de la « esanté ».

5/ Engagement n°5 : le lancement des « territoires de soins numériques ».

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

Cela permettra de mettre à la disposition des professionnels des outils de collaboration nouveaux qui favoriseront le travail en équipes à distance. Pour les patients, l'objectif est de faciliter leur accès à l'information en santé.

III/ Rétablir la confiance, c'est également renforcer la démocratie à l'hôpital.

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

Pour autant, je crois nécessaire de faire en sorte que chaque instance de l'hôpital retrouve sa place dans la gouvernance et puisse y jouer pleinement son rôle. Je veux ici m'adresser à tous ceux qui font vivre l'hôpital public, à toutes les équipes de professionnels. La gouvernance, ce n'est pas l'affaire de quelques initiés, c'est l'affaire de tous.

6/ Engagement n°6 : mobiliser toutes les instances pour assurer une gouvernance démocratique et équilibrée.

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

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

l'arbitrage du directeur. Pourquoi, dans cet esprit, ne pas assurer la cohérence de l'exécutif de l'établissement, en proposant entre le directeur et le président de CME, la signature d'un « contrat de gouvernance ». Certains d'entre vous m'ont fait cette proposition. Je suis prête à y travailler et à lancer, s'il le faut, des expérimentations sur ce point.

Je souhaite par ailleurs que les jeunes professionnels soient plus impliqués dans la vie des communautés hospitalières. Avant l'été, je signerai, pour tout ce qui relève de la voie réglementaire, un décret portant sur la composition et le renforcement des compétences de la Commission Médicale d'Etablissement.

La réflexion concernant une meilleure « solidarité » de la communauté hospitalière ne doit pas se limiter à la question de la CME. Je souhaite en effet que les compétences des différentes instances soient cohérentes qu'il s'agisse du comité technique d'établissement (CTE) ou de la commission des soins infirmiers (CSI). A ce titre, je retiens les propositions d'Edouard Couty visant à renforcer le rôle du CTE en matière d'accueil, d'intégration et de démographie des professionnels non médicaux ou de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Je retiens aussi l'idée de donner une meilleure visibilité institutionnelle à la commission des soins.

Je veux également m'adresser aux cadres de santé. Je mesure que la qualité des soins relève très largement de leur engagement quotidien et qu'ils sont particulièrement impliqués dans la certification des établissements. Ils sont aussi en première ligne pour animer les équipes, former les jeunes, recruter, organiser les plannings. C'est bien souvent eux qui, tout simplement, assurent le bon fonctionnement de tous les jours. Leur rôle doit être reconnu de tous.

Au sein des équipes de direction, les directeurs des soins, assument également un rôle tout particulier dans cette période de réorganisations importantes des hôpitaux et plus largement de notre système de santé.

Organiser les équipes, anticiper les nouvelles fonctions ou les nouveaux métiers, piloter la formation, structurer au mieux la prise en charge des patients, participer aux choix stratégiques

de vos établissements, leur rôle sera déterminant pour mieux structurer les parcours de soins que je souhaite promouvoir dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

7/ Engagement n°7 : dresser un bilan de l'organisation de nos hôpitaux en pôles

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

Mais la bonne gouvernance ne se limite pas au dialogue entre les professionnels de l'hôpital.

8/ Engagement n°8 : renforcer la place des usagers dans la vie des établissements

Afin de renforcer la démocratie hospitalière et notamment la place des usagers, je souhaite la création d'un comité technique des usagers dans les grands établissements. Il est temps que l'hôpital accorde plus de place aux patients pour adapter la politique d'accueil ou les dispositifs concernant la qualité des soins.

C'est là la suite logique du mouvement de démocratisation initié par la loi du 4 mars 2002 et auquel il faut donner un nouvel élan. Une plus grande efficacité de l'hôpital passe par une meilleure implication des usagers.

Aussi je compte confier une mission sur ce sujet à une personnalité issue du monde associatif.

Les élus ne doivent pas être oubliés parce que, bien souvent, l'hôpital est un élément structurant de la vie d'un territoire. Les associer au projet d'établissement, c'est bénéficier de leur expertise, de leur connaissance du terrain et de leur capacité à accompagner le changement.

V/ Rétablir la confiance, c'est enfin rénover le dialogue social.

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

9/ Engagement n°9 : nous commencerons par répartir les sujets de négociation entre les échelons locaux et nationaux.

Je lancerai au plus vite une concertation sur cette question qui devra aboutir à l'automne 2013. Je souhaite rappeler qu'aucune négociation ne peut relever du niveau régional. Celles-ci doivent se dérouler au niveau national ou au niveau des établissements.

Nous renforcerons ainsi la qualité du dialogue social et nous donnerons des marges de manoeuvre aux hôpitaux.

Pour ce qui concerne les praticiens hospitaliers, je souhaite que soit structuré un échelon national de concertation.

10/ Engagement n°10 : consolider les missions des commissions paritaires régionales.

Les ARS devront développer une vision sur les ressources humaines de leur territoire. Et je renforcerai par décret les missions des commissions régionales paritaires dès cette année.

Par ailleurs, je souhaite que les agences aient une vision prospective des besoins humains sur leur territoire. Cela passera par un volet ressources humaines dans l'ensemble des projets régionaux de santé que nous inscrirons dans la loi dès l'année prochaine. Il est aussi souhaitable, comme le propose Edouard Couty, d'identifier un vivier de personnes ressources pour développer la médiation en cas de conflit.

Enfin, je souhaite que soit ouvert, au niveau régional, en lien avec la vision prospective sur les ressources humaines, un chantier sur l'attractivité médicale.

11/ Engagement n°11 : relancer les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail.

Il est urgent de relancer les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail en leur consacrant une enveloppe dédiée. Je sais que les conditions de travail à l'hôpital sont souvent difficiles. Les rythmes peuvent être éprouvants, le niveau de stress important et la conciliation avec la vie privée parfois complexe. Nous ne pouvons nous satisfaire de cette situation. Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail sont largement restés des coquilles vides, ils doivent désormais s'inscrire comme un lieu de concertation à part entière et de proposition.

12/ Engagement n°12 : la mise en place d'une section médicale au CHSCT.

Il va sans dire que les conditions de travail concernent aussi les praticiens hospitaliers, comme nous le rappelle Edouard Couty. Je signerai donc un décret dès cette année permettant la mise en place d'une section médicale du comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail. Il ne s'agit pas de traiter les sujets des conditions de travail de manière séparée et d'isoler les

médecins des professions non médicales. Il n'y aura qu'un seul CHSCT par établissement. Les modalités de représentation des médecins dans cette instance font, je le sais, débat parmi vous. Nous aurons à en discuter.

13/ Engagement n°13 : création d'un observatoire national du dialogue social.

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

Je souhaiterais dire un mot du plus grand CHU de France par la taille et les dizaines de milliers de professionnels qu'il mobilise : l'AP-HP. Je sais que l'AP-HP et ses professionnels traversent une période difficile.

Je veux leur adresser trois messages.

(i) D'abord, la nécessité pour l'APHP de renforcer son ancrage territorial. Elle est le CHU de la région et ses établissements doivent s'inscrire dans leurs territoires, en lien avec les autres hôpitaux et l'ensemble de la médecine ambulatoire. L'AP-HP doit s'ouvrir sur l'extérieur davantage qu'elle ne l'a fait jusque là. Je sais ce mouvement engagé, je sais que des réorganisations majeures sont en cours. Il faut les poursuivre.

Il y a aussi des projets immobiliers lourds qu'il convient de définir avec attention en intégrant a la fois cette vision territoriale nouvelle et la réflexion sur l'hôpital de demain. J'attends de l'AP-HP l'exemplarité en la matière. J'attends des propositions concrètes autour desquelles les personnels pourront se mobiliser.

(ii) Mon deuxième message, c'est l'importance d'une bonne gouvernance, c'est à dire d'une gouvernance simplifiée. Comme ailleurs, tous les professionnels doivent être associés et impliqués dans les choix qui les concernent. L'avenir de l'AP-HP ne se construira pas sans eux.

(iii) Enfin, je souhaite que l'ARS mette en place un fonds spécial pour l'investissement matériel médical de proximité avec un programme sur trois ans, afin de participer à l'amélioration des conditions de travail des équipes.

Mesdames et messieurs,
En deux décennies, tout a changé. Les maladies, les attentes des patients, les aspirations des professionnels ne sont plus les mêmes.

Ma responsabilité, c'est de donner du sens au changement. Telle est l'ambition de la stratégie nationale de santé que le Premier ministre m'a demandé de conduire et qui donne un cadre général aux actions menées.

Ma mission, c'est de vous donner la lisibilité et la stabilité dont vous avez besoin, de fixer un cap pour l'avenir.

A l'avenir, la part de la chirurgie ambulatoire sera prédominante. Les patients passeront beaucoup moins de temps à l'hôpital. Ils bénéficieront d'un traitement personnalisé. Nos établissements devront être en mesure de répondre à cette nouvelle donne.

A l'avenir, les parcours de soins seront bâtis autour des patients et non pas des structures. L'hôpital y sera mieux intégré. Il sera ouvert vers l'extérieur.

A l'avenir, l'hôpital sera plus technique, plus proche du malade. Nous serons entrés de plein pied dans le nouvel âge de l'hôpital numérique qui se déploie déjà dans de nombreux territoires au profit d'une meilleure prise en charge du patient.

A l'avenir, l'hôpital prendra en compte la diversité du mode d'exercice, de l'infirmier au praticien hospitalier. Les parcours professionnels changent, ils ne sont plus linéaires.

L'hôpital ne peut pas rester en marge de ce mouvement. L'universitarisation, le développement professionnel continu et la délégation de tâches peuvent être les réponses aux contraintes de demain.

J'ai pris devant vous aujourd'hui 13 engagements qui, dans mon esprit, visent à construire l'hôpital de demain, celui dont nous aurons besoin dans un système de santé reconstruit au plus près du patient.

Je demande au comité de sages présidé par Alain Cordier d'intégrer ces engagements dans ses travaux. Vous connaissez tous ses grandes qualités humaines et sa connaissance approfondie du monde de la santé. Ila toute ma confiance.

Dès aujourd'hui, professionnels de santé, agents du service public hospitalier, patients, élus, nous sommes tous engagés dans le changement de l'hôpital public. C'est dans la réaffirmation de ses valeurs et par une transformation en profondeur de celui-ci que nous ferons vivre cette excellence française.

Je vous remercie.

Seul le prononcé fait foi