



**Xavier Bertrand**  
**MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**

**Discours**

*Sous réserve du prononcé*

---

**« Salon Hôpital Expo »**

Mardi 16 2006 – 11h00

**CONTACT PRESSE : Gwladys Huré : Tél. 01 40 56 40 14**

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Le salon Hôpital Expo 2006 est avant tout pour moi l'occasion de rendre hommage à la communauté hospitalière dans son ensemble, pour son engagement dans les réformes, pour la qualité quotidienne de son travail, pour son esprit de service public. Les Français témoignent d'ailleurs leur attachement à l'hôpital, en le plaçant en tête de leurs services publics préférés, comme l'a rappelé un sondage commandé par la FHF. Dans le même temps, des débats agitent l'hôpital, sur le personnel, les moyens, la sécurité, la proximité. Pourtant, les professionnels hospitaliers confirment qu'ils sont attachés à la modernisation de l'hôpital, dans sa gestion et dans son fonctionnement, afin de dégager des moyens pour la qualité et la sécurité des soins, et de donner une place nouvelle aux personnels soignants. C'est cela que permettent les réformes structurelles du Plan Hôpital 2007. Mais je suis conscient que nous devons davantage encore les accompagner dans ces transformations majeures, qui ont pour seul but d'améliorer notre service public. Surtout, le plan Hôpital 2007 mérite d'être valorisé, poursuivi et prolongé, avec notamment le Plan Hôpital 2012 que je présenterai avant la fin de l'année. Mais nous sommes d'ores et déjà mobilisés sur plusieurs grands axes : d'abord, un hôpital recentré sur le patient et le soignant, ensuite, un hôpital davantage tourné vers la recherche, enfin, un hôpital de qualité pour tous, grâce aux complémentarités, aux réseaux et au développement des systèmes d'information.

## **I. Je veux tout d'abord saluer la mobilisation de l'ensemble de la communauté hospitalière.**

### **A/ Ensemble, nous sommes engagés dans les réformes initiées par Hôpital 2007.**

- Je veux avec vous dresser un premier bilan de leur mise en œuvre, et vous redire que je suis à vos côtés dans ces évolutions majeures du monde hospitalier. En effet, des réformes aussi structurelles nécessitent du temps, car c'est la culture même des organisations qui doit évoluer. Si je n'ai pas l'ambition d'être le ministre de la n-ième réforme, je suis déterminé à faire vivre les réformes engagées, pour qu'elles profitent à tous, patient et personnel. C'est pourquoi, depuis ma prise de fonctions, j'ai toujours souhaité conduire ces changements avec détermination, tout en étant à votre écoute pour adapter, corriger et compléter ce qui mérite de l'être. Sachons ensemble gérer cette phase d'adaptation, acceptons par exemple que les nouvelles organisations n'avancent pas partout au même rythme, que les processus de réorganisation généralement engagés ne produisent pas immédiatement des améliorations en termes d'efficacité.
- Le premier bilan de la mise en œuvre des réformes est loin d'être négligeable :
  - Les hôpitaux publics se structurent peu à peu en pôles et mettent en œuvre de façon pragmatique les textes relatifs à la nouvelle gouvernance. Par ailleurs, les nouvelles démarches de certification, d'accréditation et d'EPP commencent à entrer en vigueur
  - J'ai confirmé la montée en charge de la tarification à l'activité à 35 % en 2006, en poursuivant l'augmentation générale du taux de T2A en médecine-chirurgie-obstétrique, en ciblant l'hospitalisation à domicile (T2A à 100 %) et en demandant à la DHOS de poursuivre les travaux sur l'extension de ce mode de financement, notamment aux soins de suites et de réadaptation et à la psychiatrie. Nous voulons poursuivre cette montée en puissance avec une part de 50 % pour la T2A en 2007.
  - L'investissement hospitalier connaît une accélération inédite : alors que le volume total des investissements était de l'ordre de 2,5 Mds d'euros en 2002, il aura approché les 5 Mds en 2005, ce qui représente un effort considérable. Partout des projets importants sont en cours, des grues font leur apparition sur les sites hospitaliers : quel meilleur acte de foi dans le service public hospitalier et son avenir ?
- Ces avancées sont le fruit de votre mobilisation, et j'en suis conscient. C'est aussi la conséquence du travail d'accompagnement de ces réformes que nous menons. Permettez moi de saluer le travail de la DHOS, et je veux saluer la remarquable action de Jean Castex et de ses équipes. Permettez-moi aussi de souligner le travail entrepris par la mission confiée à Jean-Jacques ROMATET, que ce soit pour l'information, comme le montre le stand

du Ministère sur ce salon, pour la formation, pour laquelle un effort sans précédent est engagé, ou avec les 30 missions d'appui et de conseil.

- Pour l'avenir, je souhaite amplifier, avec vous, cette dynamique de changement. A cet égard, c'est avec satisfaction que j'ai découvert les 50 projets d'innovation adressés dans le cadre du concours ouvert par le Ministère et les Fédérations.

## **B/ L'offre de soins s'adapte pour mieux répondre aux besoins de la population**

- Les SROS de 3<sup>e</sup> génération sont désormais en place grâce au travail accompli par les ARH, les élus et la communauté hospitalière. Nous devons néanmoins poursuivre notre réflexion sur la répartition territoriale de l'offre de soins.
- J'ai pris connaissance avec le plus grand intérêt du sondage commandé par la FHF sur l'hôpital ; les Français veulent concilier deux options pour l'avenir de l'hôpital : l'excellence (« des grands hôpitaux équipés de manière optimale ») et la proximité (« des centres hospitaliers de petite taille répartis sur l'ensemble du territoire »).
- Les SROS III ont précisément organisé cette complémentarité :
  - Ils garantissent l'accès de toute la population à des soins de proximité : aux urgences, à la médecine, en particulier pour la prise en charge des personnes âgées, aux soins de suite et de réadaptation et aux transports sanitaires.
  - Pour les activités qui nécessitent des équipes plus spécialisées et des techniques plus lourdes, l'activité doit être positionnée sur le territoire en tenant compte avant tout de la sécurité des soins.
  - C'est dans cette direction que nous travaillons, en particulier pour les services de chirurgie dont il a beaucoup été question récemment ; je répète ici clairement qu'il ne saurait être question de fermer tel ou tel établissement sur des bases statistiques. En revanche, il est nécessaire d'adapter l'offre de soins aux critères de proximité et de sécurité, notamment dans les établissements publics concernés par le rapport du Pr VALLANCIEN, mais aussi dans un certain nombre de cliniques privées qui se trouvent dans une situation identique.
  - Mais je vous rappelle que les services chirurgicaux dont il a été question ces jours derniers représentent moins de 120 000 interventions par an sur un total dépassant les 6 millions. Voilà pourquoi notre action en la matière ne saurait se résumer à ce sujet ; en particulier, dans les établissements importants et notamment les CHU, tous les responsables savent que des progrès peuvent être accomplis en matière d'organisation et d'optimisation des blocs opératoires, comme l'ont montré les récents travaux de la MEAH sur ce sujet et je demanderai qu'un plan d'action soit arrêté, site par site, pour atteindre cet objectif. De même, je demande à la DHOS de veiller à ce que, pour la campagne 2007 dans toute la mesure du possible, la chirurgie ambulatoire fasse l'objet d'un financement T2A à 100 % ainsi que je l'ai décidé cette année pour la HAD.
  - En moyenne, un Français a recours deux fois dans sa vie à un service de chirurgie : nous devons pouvoir lui garantir qu'il sera soigné dans les meilleures conditions, dans toute la France.
- Cette logique de territoires de santé doit encore être perfectionnée : nous devons davantage prendre en compte les indicateurs de santé pour organiser l'offre de soins en fonction de nos objectifs de santé publique et de réduction des écarts de mortalité et de morbidité entre les régions.
- Cette offre de soins doit aussi être recomposée dans certains secteurs particuliers. Je pense notamment ici au Plan psychiatrie et santé mentale, dont la mise en œuvre se poursuit.
- Ce plan a adopté une perspective globale, qui souligne les liens indissociables entre formation, recherche clinique, prévention et soin. Il a également posé les bases de coopérations nouvelles entre les différents professionnels du soin, spécialistes ou non. Enfin, il permet, avec la loi handicap du 11 février 2005, de mieux répondre aux difficultés des patients, dans les domaines du logement et de l'insertion en particulier. Très clairement, il ambitionne de dépasser les approches sanitaires et médico-sociales qui doivent se conjuguer pour faire face à ce problème majeur de santé publique.

- Toutes les enveloppes prévues au plan ont été, jusqu'à ce jour, scrupuleusement respectées : sur la seule enveloppe sanitaire, 17,2 M E ont été consacrés à des créations de postes en 2005 et 30 M E sont prévus cette année : ils ont été délégués dès la circulaire de début de campagne aux ARH. Il en va de même pour les enveloppes médico-sociales (près de 64 ME sur les deux exercices) et pour les crédits additionnels destinés à la sécurité (18 M€). Par ailleurs, l'amélioration de la formation des professionnels de santé a commencé avec la mise en place du tutorat pour les infirmiers en psychiatrie.
  - Cette année, nous entamerons l'effort sans précédent engagé en faveur de l'investissement au bénéfice des établissements et services de santé mentale, puisque 750 millions d'euros seront attribués sur la période 2006-2010 pour 1,5 milliard d'investissement.
- Mesdames et Messieurs, je n'ignore pas que les incompréhensions qui s'expriment en ce moment tiennent moins aux réformes engagées qu'aux conditions d'exécution de la campagne budgétaire 2006 que vous avez, Monsieur le Président EVIN, largement évoquées dans votre propos. Je souhaite donc m'exprimer sans détours sur ce sujet
- L'exercice 2005 a été favorable pour les établissements de santé, avec un taux de progression de l'ONDAM en exécution proche de 5 %, soit plus de 1,4 point au dessus de ce qu'avait voté le Parlement. Ce dépassement a plusieurs causes, notamment les revalorisations du point fonction publique décidées au printemps 2005, l'effort exceptionnel consenti au titre de la sortie des aides Aubry dans le secteur PSPH et l'impact de la mise en œuvre de la T2A. Vous observerez que j'ai obtenu du gouvernement que ce dépassement soit assumé et financé par des crédits pérennes (rebasage de plus de 600 M€) : n'oublions pas cet effort exceptionnel.
  - L'objectif de convergence des tarifs publics et privés a été souvent évoqué aux cours des derniers mois. Je tiens à redire ici que, si cet objectif est souhaitable, il ne peut être atteint sans que soient précisément mesurées les charges spécifiques pesant sur le service public hospitalier. Je préfère, en effet, une convergence réussie à une convergence précipitée. C'est pourquoi, conformément aux recommandations de l'IGAS, j'ai d'ores et déjà engagé des travaux complémentaires qui permettront, en toute transparence, d'en définir les modalités : réalisation d'une étude nationale de coûts public-privé (le recueil des données a commencé en janvier 2006 et cette étude sera exploitable pour le PLFSS 2008), nouvelle mission de l'IGAS sur les écarts de rémunération et de charges sociales des établissements de santé publics et privés antérieurement financés par dotation globale (rapport remis en septembre 2006), travaux sur le périmètre, le coût et le financement des missions d'intérêt général (travail de long terme).
  - Pour cette année, notre objectif commun doit être de respecter le taux de progression des dépenses de 3,44 %, soit plus de 2,1 Mds€ supplémentaires. A l'heure où la plupart des pays qui nous sont comparables adoptent des taux de progression beaucoup plus faibles (Allemagne, Royaume-Uni, Suisse), à l'heure surtout où nous sommes en train de réussir l'indispensable réforme de l'Assurance maladie, il ne saurait être question que l'hôpital ne contribue pas lui aussi à cet effort de redressement. Je sais que cela est possible car nous pouvons compter sur l'engagement de tous ; je veux dire à tous les détracteurs de l'hôpital que non, l'hôpital n'est pas un puits sans fond, c'est un service public qui se modernise, qui sait maîtriser ses dépenses tout en assurant toujours plus de qualité.
  - Je constate d'ailleurs que ce taux de 3,44 % n'est pas si éloigné des prévisions de la FHF, Monsieur le Président. Et cet écart entre vos prévisions et l'ONDAM hospitalier peut être comblé par la rationalisation des achats, l'amélioration du contrôle de gestion, la recherche de l'efficience, autant de sujets sur lesquels nous sommes d'accord. La médicalisation de la gestion de nos hôpitaux garantit par ailleurs que les choix économiques indispensables sont non seulement efficaces mais aussi conformes à l'impératif de qualité des soins.
  - S'agissant des tarifs des GHS pour 2006, je vous confirme qu'ils ont baissé en moyenne de 1 % dans le secteur public comme dans le secteur privé. Après application de cette baisse uniforme, l'intégration des dispositifs médicaux (DMI) dans les tarifs du secteur privé a conduit à l'augmentation de certains GHS. L'impact de ces mesures sur les ressources des établissements sera, bien entendu, influencé par l'évolution de l'activité. LA DHOS et les services de votre fédération poursuivent les échanges engagés pour mesurer l'évolution réelle des chiffres d'affaire des établissements.

- Bien entendu, je reconnais que tous les crédits correspondants au taux de + 3,44 %, comme d'ailleurs les autres années, n'ont pas encore été délégués aux ARH ni par celles-ci aux établissements ; j'entends également les voix de ceux qui considèrent que l'activité prévisionnelle, qui m'a conduit à décider et à assumer une baisse moyenne des tarifs de 1%, a été surévaluée. Je prends devant vous l'engagement de réunir les fédérations et les conférences dans la première quinzaine du mois de juillet pour faire un point précis de la situation et prendre dans la foulée toutes les décisions, tant sur les tarifs que sur les délégations à intervenir au vu des premiers résultats de 2006.
- Et je veux vous rappeler que 268 M€ ont été délégués aux ARH en vue de financer des actions contractualisées avec les établissements.
- Dans le cadre de la préparation du PLFSS 2007 je veillerai à ce que les établissements de santé disposent des moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

**C/ Dans le même temps, nous avons voulu mettre la qualité des soins au cœur de notre projet de modernisation de l'hôpital.**

- La publication d'Icalin 2004 a permis de rendre compréhensible, et concrète, la logique de qualité dans laquelle est résolument inscrit le monde hospitalier.
- C'est un outil de transparence pour les patients et un outil de comparaison et d'amélioration pour les professionnels de santé, qui voient leurs efforts mis en avant ou qui peuvent échanger pour progresser.
- C'est la qualité et la sécurité des soins qui se trouvent améliorées par cette démarche. Grâce à l'accompagnement proposé par les ARH, notre objectif est qu'il n'existe plus aucun « non-répondant » dès la publication de l'Icalin 2005 et aucun établissement classé en E dès la publication de l'Icalin 2006.
- Les professionnels de santé ont bien accueilli la publication de cet indicateur, ce qui montre qu'ils sont pleinement investis dans cette démarche vertueuse de transparence.
- Par ailleurs, les établissements sont tous encouragés à participer à l'enquête nationale de prévalence (ENP) qui va se dérouler au mois de juin.
- Nous comptons développer davantage encore cette logique de transparence et de qualité.
- La prochaine étape va être la diffusion d'une fiche descriptive par établissement de santé (principaux équipements, activités, indicateurs), qui sera disponible sur Internet fin 2006.
- L'étape suivante sera la mise en production et la diffusion d'indicateurs sur la qualité ; le projet « Compaqh » est ainsi destiné à concevoir la généralisation des indicateurs de qualité et à mieux connaître l'usage qui peut en être fait pour améliorer la qualité.
- Je veux généraliser la mesure et l'emploi des indicateurs de qualité dès cette année. Plusieurs indicateurs de qualité ont été validés par les professionnels et les experts en vue de leur généralisation progressive et de leur publication courant 2007 : ce sont par exemple les questionnaires de satisfaction des patients ; l'indicateur concernant les établissements renvoyant les comptes-rendus d'hospitalisation au médecin traitant sous 48h ; l'évaluation de la prise en charge de la douleur.
- Je veux souligner l'implication des établissements dans la démarche « qualité », dont témoigne la revendication d'un « management par la qualité », qui « se médicalise » dans le tout récent « livre blanc du management des CHU » .

**D/ Cette modernisation et cette recherche de qualité sont dans l'esprit de la nouvelle gouvernance hospitalière qui se met en place.**

- La gestion des ressources humaines est un élément essentiel de la politique hospitalière dont j'ai la responsabilité, et le récent rapport de la Cour des comptes démontre à la fois l'ampleur du travail accompli et les pistes que nous devons poursuivre.
- J'ai lancé le 27 janvier dernier avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière des négociations, concernant notamment les compétences, le recrutement, la formation, les évolutions de carrière et les conditions de travail des personnels hospitaliers. Sur ces sujets déterminants pour la qualité des soins prodigués par

les personnels des établissements publics de santé, nous comptons aboutir à un accord durant l'été.

- Nous devons aussi aborder la réforme et la modernisation du statut de praticien hospitalier. Cela était nécessaire pour le rendre plus attractif et plus motivant, en cohérence avec les enjeux et les missions d'un hôpital moderne, ouvert sur l'extérieur et coopérant avec l'ensemble des professionnels de santé. Notre ambition commune est de faire du praticien hospitalier un partenaire incontournable du dispositif de décision et de gestion de l'hôpital. Le nouveau statut de praticien hospitalier y contribuera.
  - La nomination émanera toujours du ministère, comme la concertation l'a actée. Les nouvelles règles relatives à l'affectation des praticiens hospitaliers, comme la création très prochaine du centre national de gestion, ont pour objectif de simplifier et de fluidifier la gestion administrative des praticiens hospitaliers en leur garantissant une meilleure prise en compte individuelle de leur carrière. Nous avons acté hier, lors d'une réunion avec les organisations représentatives, l'évaluation de ce dispositif.
  - Il n'a jamais été dans mes intentions de remettre en cause les principes fondamentaux de l'exercice médical à l'hôpital qui reposent sur l'indépendance d'exercice dans le respect des règles déontologiques. Ce projet sur l'affectation préserve le rôle du président de CME et du responsable de pôle. Une procédure de recours est prévue en cas d'avis divergents. Cela est de nature à lever les différentes craintes qui ont été exprimées. La souplesse et l'initiative que cette nouvelle procédure donne aux établissements en maintenant une décision locale vont dans le sens de la nouvelle gouvernance.
  - La part complémentaire variable de rémunération s'ajoute à la rémunération de base et prend en compte l'activité, la qualité et l'efficacité des soins. Elle sera mise en place progressivement avec effet au 1er juillet 2005 pour les chirurgiens et les psychiatres et a vocation à être étendue aux autres spécialités hospitalières. Cette part complémentaire nécessite la détermination de critères précis d'attribution qui respectent les règles déontologiques d'exercice.
  - L'un des objectifs majeurs est en effet de valoriser ceux qui s'engagent.
  - Comme le prévoient les accords conclus dans le cadre de la rénovation du statut des praticiens de l'hôpital, les fonctions de responsables de pôles seront indemnisées à hauteur de 200 € par mois. Mais je suis favorable à ce que nous allions plus loin encore et que les responsables de pôles puissent bénéficier du dispositif de part variable complémentaire pour leurs fonctions dans le cadre de la contractualisation interne.
  - Je suis également favorable à une indemnisation des fonctions de président de CME, mais je vous propose d'aborder cette question au sein du comité de suivi des réformes afin d'obtenir un consensus.
  - Je sais que la mise en place de ces réformes peut sembler longue ; mais des textes aussi techniques demandent une concertation approfondie. Et en 18 mois, nous avons publié 3 fois plus de textes que durant la période précédente.
- J'ai également souhaité que nous trouvions une vraie solution à la question des médecins à diplôme hors Union européenne exerçant en France. Après une large concertation avec les organisations représentatives et l'ensemble des acteurs concernés, il résulte des échanges des 23 mars et 6 avril derniers un consensus sur :
- la nécessaire évaluation des compétences ;
  - la prise en compte des services rendus par ceux qui exercent des fonctions hospitalières en France depuis de nombreuses années;
  - la nécessaire adéquation entre le nombre de praticiens autorisés et les besoins de santé publique, en rapport avec le numerus clausus.
- Sur la base de ce consensus, je sais que nous allons rapidement aboutir sur ce sujet.
- Chacun peut le constater, je n'ai pas l'intention de faire de l'immobilisme : aucun sujet ne doit être laissé de côté. Mais au-delà de la gestion de l'année 2006, il nous faut travailler à l'avenir de l'Hôpital.

## **II. C'est pourquoi je souhaite poursuivre la modernisation de l'hôpital, en plaçant davantage encore le patient et le soignant au cœur de notre projet.**

### **A/ Nous voulons tout d'abord poursuivre l'effort de modernisation des hôpitaux.**

- Grâce aux investissements d'Hôpital 2007, « la France sera dotée du parc hospitalo-universitaire le plus moderne d'Europe », comme le souligne le Livre blanc des CHU.
- Cependant, à la fin de ce plan, tous les besoins ne seront pas couverts. C'est pourquoi je souhaite prolonger l'effort actuel, dans le cadre d'un plan « Hôpital 2012 », avec 4 priorités :
  - Privilégier les investissements qui vont dans la logique des SROS et ceux qui participent de l'amélioration des conditions de travail des personnels
  - Poursuivre la mise aux normes de sécurité (incendie, amiante, antisismique), en insistant sur les établissements ayant le plus fort taux de vétusté des équipements.
  - Achever la rénovation et la réorganisation complète de l'ensemble des services d'urgence
  - Développer les systèmes d'information hospitaliers.
- Sur ce dernier point, je sais que vous partagez avec moi une nouvelle ambition pour les systèmes d'information hospitaliers, tant en termes de moyens que de stratégie.
- Mon objectif est de porter la part des dépenses d'informatique hospitalière au minimum à 3 % d'ici 2012, contre 1,7 % aujourd'hui. Surtout, nous devons coordonner les efforts des établissements.
- L'informatisation du dossier médical et du parcours de soins, du circuit de prescription et la télémédecine sont les principaux axes stratégiques de cet effort sans précédent, qui permettra en outre la généralisation des indicateurs de qualité.
- Ce nouvel élan contribuera également à renforcer les logiques de coopération et de complémentarités entre établissements. Je ne souhaite pas informatiser les établissements pour obéir à une quelconque tentation technologique mais au contraire utiliser les technologies disponibles pour recomposer notre carte sanitaire en suivant l'impératif d'égalité de sécurité devant les soins. Une attention particulière sera ainsi portée aux établissements de proximité pour parvenir à une meilleure mutualisation des moyens.
- La mise en œuvre détaillée de plan sera présentée avant la fin de l'année 2006, sur la base d'un état des lieux dressé par le conseiller général des établissements de santé, fonction nouvelle qui sera opérationnelle au début de l'été. La mise en œuvre du plan s'appuiera notamment sur le GMSIH – GIP de modernisation des systèmes d'information, que j'ai pérennisé cette année avant d'engager avec vous la réflexion sur l'évolution de son statut et de ses missions.
- Hôpital 2012, ce sera également une méthode, qui permettra de définir les projets, en insistant tout particulièrement sur le retour sur investissement, non seulement en termes économiques, mais également de qualité des soins. L'amélioration de la qualité et de l'efficacité du fonctionnement des établissements de santé, par réorganisation interne de leurs activités, est une source d'économies prometteuse, en même temps qu'une amélioration du service rendu aux patients, que ce soit par la réorganisation des urgences, celle des blocs, des services d'imagerie, la libération du temps de travail des personnels soignants,... Cette réflexion sur l'organisation interne doit être présente dans tous les établissements de santé. Et l'investissement constitue certainement le levier pour progresser en ce sens. Mieux organiser l'hôpital, c'est gagner du temps pour en donner davantage au patient et pour améliorer les conditions de travail des soignants.
- Enfin, je souhaite que le dispositif de pilotage des investissements soit consolidé par la transformation de la MAINH en agence nationale de l'investissement, dont les missions et la future gouvernance seront concertées avec les représentants de la communauté hospitalière.

**B/ Nous souhaitons également renforcer l'hôpital comme lieu de contact entre savoir universitaire, recherche et soins.**

- Pour cela, l'ordonnance du 3 mai 2005 que nous mettons en œuvre prévoit notamment :
  - de rendre obligatoire un volet recherche dans le contrat d'objectifs et de moyens signé entre le CHU et l'Agence Régionale d'Hospitalisation ;
  - de créer au niveau de chaque CHU, un comité de la recherche biomédicale et en santé où seront représentés les trois acteurs de la recherche : recherche clinique des hôpitaux, recherche universitaire, recherche des EPST (établissements publics à vocation scientifique ou technologique).
- Les actions menées dans ce cadre devront prolonger la continuité de la recherche cognitive et de la recherche clinique afin de soutenir l'innovation thérapeutique ou préventive. Des centres de références comme ceux créés pour les maladies rares seront mis en place pour garantir un accès rapide au progrès médical.
- Je vous propose deux pistes de travail pour les prochains mois :
  - veiller à consolider et à accroître les financements dévolus à la recherche médicale, notamment celle conduite dans les établissements de santé. Mon objectif est à la fois de consolider les MERRI, voire d'en accroître le montant, et de bénéficier à plein des financements issus de la nouvelle l'Agence nationale de la Recherche.
  - disposer d'une recherche mieux structurée, mieux coordonnée, mieux évaluée. A cet effet, les travaux sur les modalités d'allocation des MERRI et leur contractualisation, qui doivent être conduits en étroit partenariat avec les hospitaliers et les autres acteurs concernés, doivent aboutir en 2007.
- Je voudrais aussi souligner la participation du monde hospitalier aux plans de santé publique, que ce soit dans leur volet recherche ou de prise en charge.
  - Je pense par exemple aux progrès dans le domaine de la recherche sur les maladies rares.
  - Je pense également au Plan Cancer, dont le Président de la République a annoncé le 27 avril dernier le second volet. Les avancées déjà réalisées en termes de recherche, de prévention et de prise en charge vont être renforcées. Ainsi, des services d'addictologie seront-ils créés dans tous les CHU, et des consultations dans tous les hôpitaux.
- Je souhaite aussi développer la recherche clinique concernant les maladies émergentes ou réémergentes, et améliorer les liens entre recherche, veille sanitaire et prise en charge, afin d'offrir à nos concitoyens une plus grande sécurité sanitaire.
  - L'engagement de tous les établissements pour faire face au risque de pandémie grippale d'origine aviaire est exemplaire. C'est le fruit d'une large concertation et d'une mobilisation générale qui font de notre pays, d'après *The Lancet*, l'un des mieux préparés au monde.
  - Face à l'épidémie de chikungunya dans l'Océan indien, face à la recrudescence de la dengue dans les Antilles et en Guyane, les hospitaliers d'Outre-mer ont réagi avec énergie et dévouement ; et je pense aussi aux métropolitains qui ont accepté de quitter leur service et leurs familles pour se rendre outre-mer aux côtés de leurs confrères pour soigner et reconforter. Je veux saluer leur travail à tous, et assurer les hospitaliers d'Outre-mer de notre engagement dans la construction d'une offre de soins de qualité, adaptée aux spécificités sanitaires de la France lointaine et respectueuse du principe d'égalité devant les soins sur notre territoire.



**C/ Je souhaite aussi relever les défis de la démographie et des conditions d'exercice des professionnels à l'hôpital.**

- Vous savez l'attention que je porte à la démographie médicale et à la démographie médicale à l'hôpital.
- J'ai confié au doyen Berland une mission spécifique sur la démographie médicale dans les établissements de santé. La commission Berland, qui doit me remettre ses travaux à la fin du mois de juin, procède à des consultations et des concertations avec tous les représentants du monde hospitalier.
- Je lui ai demandé de veiller à établir un lien permanent entre la démographie des établissements de santé et la démographie médicale et paramédicale en général. En particulier, un lien sera établi avec les travaux engagés sur les délégations d'actes entre professionnels de santé. D'autres pistes seront explorées, comme les postes à recrutement prioritaire, la promotion de la mobilité des internes, et les médecins à temps partagé dans les hôpitaux de proximité.
- Une étude sera également engagée sur l'attractivité du métier infirmier en psychiatrie. Plus généralement, je serai très attentif aux travaux engagés sous l'égide de l'Observatoire des métiers de la fonction publique hospitalière, et nous engagerons ensemble au mois de septembre prochain une campagne de communication sur la valorisation des métiers de l'hôpital.
- Ces travaux, mais également les nombreux contacts que j'ai avec vous, me conduisent à penser qu'il faut aller au-delà et réfléchir dès à présent aux conditions de rémunération et d'exercice des médecins, quel que soit leur statut et leur mode ou lieu d'intervention.
- Je crois qu'il est nécessaire de sortir enfin des cloisonnements entre médecine salariée et médecine libérale. Cela est d'ailleurs demandé par un nombre croissant de professionnels, notamment ceux qui participent aux réseaux ville-hôpital et aux coopérations entre établissements de santé de statuts différents. Et cela permettra de mieux faire face aux évolutions démographiques et au nécessaire respect de l'équité territoriale.
- C'est pourquoi je compte lancer une mission exploratoire sur ce sujet très rapidement, qui sera confiée à un conseiller général des établissements de santé.

**D/ Enfin, je souhaite que l'hôpital se prépare davantage encore au vieillissement de ses patients.**

- L'Hôpital de demain doit être prêt à assurer la prise en charge d'un nombre croissant de personnes âgées. Le rapport que vont me remettre demain les Professeurs Jeandel et Pfitzenmeyer et M. Vigouroux doit nous permettre de proposer des solutions concrètes.
- Nous devons réorganiser nos hôpitaux dès maintenant, tout en assurant une prise en charge harmonisée entre le domicile, les structures médico-sociales et l'hôpital.
- Notre politique gériatrique, qui sera annoncée très rapidement dans le détail par Philippe Bas, doit se décliner en 6 objectifs :
  - La maintien à domicile des patients avec le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière (créer une continuité et une cohérence entre SSIAD, HAD, intervention de l'HAD en EHPAD, soins spécialisés à domicile).
  - La création d'un label « filière gériatrique » pour chaque territoire de santé, à partir d'un établissement siège d'un service d'urgences associé à d'autres établissements et professionnels. Ce dispositif de soins doit disposer d'un pôle d'évaluation gériatrique (consultations et hôpital de jour), d'un court séjour gériatrique, d'une équipe mobile de gériatrie, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée.
  - La contractualisation, en tant que partenaires de la filière gériatrique, avec les établissements et structures associées au sein des territoires de santé (services de psychiatrie, HAD, EHPAD, SSIAD).
  - La prise en compte du vieillissement des patients dans les services non gériatriques (comme la chirurgie et la cancérologie).

- Le développement de la coordination entre tous les partenaires tout au long du parcours du patient, grâce aux CLIC et aux réseaux gérontologiques.
  - Le fait de disposer en nombre et en qualification des personnels nécessaires en valorisant les métiers de la gériatrie
  - La mise en œuvre de ces objectifs requiert de poursuivre dans les prochaines années le développement des lits de court séjour gériatrique, des équipes mobiles de gériatrie, d'accroître les places d'hôpital de jour gériatriques ainsi que les capacités de SSR et d'achever la réforme des USLD, à laquelle nous sommes très attachés.
- ⇒ Ces différentes réformes dessinent l'hôpital de demain. C'est cet hôpital qui avance que je veux faire connaître et promouvoir, afin de montrer que le service au patient nous anime plus que jamais.

**&&&**

La diversité des ateliers organisés lors de ce salon, la qualité des débats, le foisonnement des projets innovants démontrent que contrairement à l'image qu'on veut parfois en donner, l'hôpital évolue et se modernise, et que la communauté hospitalière fait preuve d'un dynamisme que beaucoup pourraient lui envier.

Nous ne sommes pas seulement les gestionnaires de l'hôpital en 2006, nous sommes aussi au service de l'hôpital de demain. Dessiner ensemble le système de santé à 5, 10, 15 ans, c'est penser un hôpital modernisé, un hôpital où les soignants disposent de toutes les conditions nécessaires pour accomplir leur missions en améliorant la qualité des soins. Développer ensemble le système de santé à 5, 10, 15 ans, c'est privilégier des innovations techniques, médicales ou matérielles, qui améliorent sans cesse le confort et la sécurité du patient.