



SERVICE DE PRESSE
ET VEILLE

**DISCOURS DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A L'OCCASION
DES VŒUX AUX ACTEURS DE LA SANTÉ AU CENTRE
HOSPITALIER SUD FRANCILIEN**

Corbeil-Essonnes, le vendredi 06 janvier 2023

Madame et Messieurs les ministres,
Mesdames et Messieurs les parlementaires,
Messieurs les préfets,
Monsieur le président du Conseil départemental,
Messieurs les maires,
Monsieur le président du Conseil de surveillance du Centre hospitalier Sud Francilien,
Madame la directrice générale de l'Agence régionale de santé Île-de-France,
Monsieur le directeur du Centre hospitalier Sud Francilien,
Madame la présidente,
Mesdames et Messieurs les personnels de santé,
Mesdames et Messieurs en vos grades et qualités, on dit, c'est une formule générique, sinon je
peux faire une demi-heure avec tout le monde et j'arriverai à vexer quelqu'un que j'aurai oublié.

Écoutez, je voulais vous remercier pour votre accueil et pour les échanges que j'ai pu avoir avec
plusieurs d'entre vous depuis ce matin, et en effet, je souhaitais être dans un centre hospitalier
tel que notre pays a la chance d'en compter en ce début d'année, pour m'adresser directement
à vous, qui, tout au long de l'année, soignez nos compatriotes. Chaque jour et en particulier
pendant cette période de fêtes, où la Nation a pu compter sur votre dévouement et votre
professionnalisme.

Après deux années de Covid, après une série d'épidémies qui se sont accumulées ces dernières
semaines, vous continuez de tenir bon, et vous suscitez par vos efforts l'estime de la Nation. Et
en son nom, je tenais ce matin à vous remercier. Et je souhaite, en ce début d'année, vous
adresser tous mes vœux les plus sincères, à vous, à vos familles, à vos proches, et essayer, si je
puis dire, par votre biais, d'avoir des vœux pour notre hôpital, notre santé, et d'essayer de dire
quelques mots des perspectives qu'ensemble nous pouvons bâtir.

En m'adressant à vous aujourd'hui, évidemment, je veux rendre hommage à l'engagement et
au professionnalisme exceptionnel qui est le vôtre et celui de vos confrères partout, mais je
devais aussi avoir un mot, parce que, ici comme dans quelques hôpitaux de France, nous avons
subi une grave attaque informatique, et vous avez tenu, si je puis dire, parce que ce n'est pas

forcément toujours clair pour tout le monde ; mais dans cet hôpital, le système a été complètement endommagé. Je veux non seulement remercier les équipes évidemment informatiques, tous les soutiens logistiques qui l'ont fait, mais tous les soignants. Parce que je sais que partout, vous avez dû reprendre du travail manuel ; vous avez continué, en plus du reste et des épidémies, avec encore plus de contraintes à assurer les soins. Et donc je voulais ici vous en remercier, vous dire que nous sommes conscients, évidemment de ces attaques qui se multiplient, que nous avons commencé à réinvestir sur nos systèmes d'information la résistance aux attaques cyber et que nous allons continuer le travail. Cela vient en plus de tout le reste. On en parle parfois trop peu dans le débat public. Mais comme vous, vous l'avez vécu, si je puis dire dans votre quotidien, je tenais ici à le dire et vous dire aussi que nous avancerons sur ce sujet aussi.

Alors, si besoin était, le Covid a montré que la santé n'est pas simplement une politique publique parmi d'autres, mais qu'elle permet en quelque sorte toutes les autres. Et vous êtes au quotidien la trace visible de ce qui tient une Nation ensemble, de cette solidarité et de ce qui permet de faire tout le reste. Et donc, en vous présentant mes vœux en ce début d'année 2023, au-delà des vœux personnels que je viens de formuler, je sais à peu près ce que nous souhaitons tous : pouvoir répondre à l'inquiétude de beaucoup de nos compatriotes, d'être reçus, soignés dans les meilleurs délais, avec un soin de qualité.

Inquiétude qu'ils ont parfois pour leurs enfants ou pour leurs parents. Et l'inquiétude, l'angoisse, la fatigue qui existent aussi chez tous les soignants. J'ai eu l'occasion d'en voir plusieurs avant les fêtes et nous avons rééchangé ce matin. Mais je sais l'épuisement personnel et collectif, le sentiment parfois de perte de sens qui s'est installé et le sentiment au fond, de passer d'une crise à l'autre, et alors qu'on venait même de sortir du Covid, de réaffronter des crises à nouveau et de ne jamais sortir en quelque sorte de ce jour de crise sans fin, avec l'idée qu'il n'y a pas de perspective. Et donc je nous souhaite collectivement d'y répondre.

Et au fond, pour moi, m'adresser à vous aujourd'hui, c'est essayer — le diagnostic, je vais y revenir très rapidement parce qu'on le connaît — de bâtir des actions de court terme mais aussi de long terme ensemble, de donner une impulsion nouvelle dans ce début d'année pour l'ensemble de notre système de santé, et en particulier notre hôpital, et de le faire avec, si je puis dire, beaucoup de détermination, en essayant de pousser les choses, parfois les murs, et d'aller plus vite et plus fort, mais aussi beaucoup d'humilité parce que je sais avec vous que les choses ne bougent pas du jour au lendemain et que parfois certains des chantiers que nous allons lancer prendront du temps, qu'ils supposeront des points d'étape, que peut-être on va se tromper d'ailleurs sur la mise en œuvre de certains certainement et qu'il faudra y revenir et tous ensemble les ajuster. Et donc, que ce que je veux vous dire aujourd'hui, ce ne sont pas simplement des vœux mais c'est aussi l'engagement dans la durée de m'engager à votre côté.

Le diagnostic, vous le connaissez parfaitement. Oserais-je dire que, dans un discours que j'avais fait en 2018 à l'Élysée pour annoncer "Ma santé 2022", tout était à peu près posé. Je dis ça parce que c'est un peu une manière de dire qu'on avait vu les choses ; c'est une manière assez cruelle de dire aussi que, si le diagnostic était juste, le traitement manifestement, indépendamment du

Covid, n'était sans doute pas suffisant. Mais c'est important de l'avoir tous en tête parce que, au fond, la crise que nous vivons, je l'évoquais avec Monsieur le maire tout à l'heure, ce n'est pas simplement une crise de moyens, parce qu'en fait on a déjà beaucoup répondu sur les moyens. Et je le dis à tous les soignants que vous êtes, elle est multifactorielle. Elle est en fait beaucoup plus complexe que si c'était simplement un problème d'argent. Parce qu'on a fait le plus gros effort financier de notre histoire du système de santé au moment du Covid et en sortie de Covid. C'est beaucoup plus complexe que ça, c'est un problème d'organisation de notre système. C'est aussi un problème d'évolution de notre société. On vit tous dans une société qui bouge, qui évolue, où les préférences ne sont pas les mêmes. Et donc il faut être lucide sur ce constat si on veut apporter les bonnes réponses.

Mais le constat malgré tout est là. Pendant des décennies, on a formé de moins en moins de soignants et on a pensé qu'on ferait des économies sur le système et qu'il gagnerait en innovation, en efficacité, en formant moins. Donc on a formé moins de soignants, on a moins de soignants disponibles, on en a restreint le nombre, parfois aussi une partie des équipements. On a transformé aussi l'organisation, — je le dis pour l'hôpital—, et le volume de leur travail avec les 35 h. Et je pense que les 35 h ont profondément perturbé l'hôpital, qui est au demeurant le dernier endroit où on n'a pas profondément réformé l'organisation du temps de travail, comme on l'a fait par ailleurs dans à peu près tous les autres systèmes, qu'ils soient publics ou privés. Parce qu'on a aussi une gouvernance qui s'est alourdie, qui a rigidifié beaucoup de procédures, parce qu'on a un cloisonnement ville-hôpital qui s'est installé, qui vient de très loin, qui est culturel, mais qui est là avec insuffisamment de coopération, même si à chaque il y a des contre exemples parce qu'il y a des gens qui ont su bousculer les habitudes. On l'évoquait tout à l'heure avec le président de la CPTS ici.

En plus de tout ça, parce qu'il se trouve que les soignants et les soignants qui arrivent n'ont pas envie d'avoir la même vie que leurs aînés. Je le dis de manière très directe mais parce qu'aussi la société a changé. Et dans une société où le télétravail s'est développé, où les choix de vie, d'organisation de la vie personnelle et professionnelle est là, on ne peut plus demander à des médecins, des infirmiers et des infirmières, des aides-soignantes, des cadres de santé, des manips, brancardières, brancardiers, c'est-à-dire vous. Votre vie ne change pas. Vous allez faire comme vos parents, vos grands-parents en termes de rythme de travail, ça ne marche pas. Et quand on dit que des gens quittent le métier pour le changer, c'est aussi le résultat de cela. Ça, on le vit à l'hôpital, comme on le vit d'ailleurs dans le libéral, la médecine de ville, on le sait bien, ou quand, que ce soit le médecin de ville ou de campagne s'en va à la retraite, celui qui lui succède n'a pas envie d'avoir le même rythme, et on ne remplace pas un pour un.

En parallèle de cette évolution que je décris là à la cavalcade, il se trouve que nous sommes un pays qui vieillit, c'est une chance. On en parlait, il y a le grand âge et on est un pays qui essaie de mieux en mieux de prendre en compte aussi les enfants. Et donc, au fond, on a de plus en plus de maladies chroniques, on a de plus en plus de vulnérabilité qu'on veut prendre en charge. Et là où notre système avait été conçu historiquement pour des pathologies plus aiguës et ponctuelles, en quelque sorte, le besoin a été vers, au fond, de plus en plus de maladies chroniques complexes qu'on veut de mieux en mieux prendre en charge.

Vous avez aussi, en particulier sur votre territoire, des populations très précaires qui arrivent ou sont fléchées sur votre hôpital avec encore plus de complexité. Et on voit bien que cette situation, c'est ça qui rend la chose intenable et au fond, l'hôpital. Et dans l'hôpital, les services qui sont exposés à ce qu'on appelle joliment les soins non programmés est le cœur du cœur du problème, parce que c'est là que tout vient exploser depuis maintenant quelques années. Et malgré ce qu'on a commencé à faire, je vais y revenir, le Covid a en quelque sorte, vous me le disiez très bien d'ailleurs, tout à l'heure, docteur, révélé au fond cette divergence qui s'est installée pendant plusieurs décennies. Voilà, c'est ça le constat.

Alors une fois que j'ai dit ça, le grand problème, c'est que la réponse n'est pas simplement plus de moyens. Je vais revenir encore une fois sur ce qu'on a déjà fait parce qu'on ne forme pas des médecins en un an ou deux ans. Et tout ce que je viens de dire là, on va mettre une décennie à le changer, en vrai, en profondeur. Et on va vivre dans les années qui viennent, en tout cas, votre serviteur dans la fonction qui est la sienne à coup sûr, dans une situation qui va plutôt se dégrader en termes d'offre médicale, parce qu'en plus on a la démographie de nos médecins, et il se trouve que beaucoup d'entre eux arrivent dans un âge qui est plutôt celui d'aller vers la retraite. Et donc, il n'y a pas de recette miracle qui va dire : en un seul coup, on va vous créer une offre de santé formidable pour répondre à ce qu'on a, aux erreurs du passé ou à la mauvaise programmation et à cette société qui change.

Notre défi collectif, c'est à court terme, bah, de dégager du temps de médecins face aux patients, du temps de soignants face aux patients et donc de complètement repenser notre organisation collective. En ville, à l'hôpital, de la penser de manière coopérative et j'insiste là-dessus. En apprenant aussi ce qu'on a collectivement fait pendant la période Covid. Et je le dis — le professeur qui me parlait tout à l'heure le disait très bien — il y a une chose, un trésor qu'on a eu pendant la période Covid qui fait qu'on a tenu, qu'il ne faut pas perdre pendant cette période, c'est la coopération entre tous. Et la solution pour bâtir l'avenir, elle est dans la coopération entre personnels administratifs et soignants, entre soignants paramédicaux et entre la ville et l'hôpital. Tous ceux qui voudront bâtir des solutions en opposant les uns aux autres nous feront perdre du temps et en quelque sorte, rendront le système encore plus inefficace.

C'est par la coopération et l'incitation à la coopération et le fait qu'on bâtit une équipe complète, qu'on y arrivera. Et donc notre objectif de court terme, c'est vraiment de dégager du temps de soignant face à nos compatriotes pour aller vers une perspective, parce que je veux ici leur redonner de moyens à long terme, qui est quoi ? Qui est d'avoir une médecine qui prévient mieux. Pour la première fois, vous avez un ministre de la Prévention et de la Santé. Et ça, c'est indispensable parce que tout ce qu'on prévient, c'est évidemment ce qu'on évite de soigner ensuite. Et c'est un investissement rentable pour la Nation et rentable pour la santé collective. On a besoin d'avoir un système qui prévient mieux. Ce qu'on a commencé collectivement à faire depuis quelques années avec la vaccination, le dépistage et les diagnostics.

Mais il faut aller beaucoup plus loin, beaucoup plus fort - avoir une médecine qui va s'individualiser, se personnaliser et qui va devenir plus prédictive grâce à l'innovation et

l'organisation. Ça, c'est l'objectif. Et en décloisonnant beaucoup plus, améliorer la prévention, la santé et médecine va nous permettre de limiter les actes inutiles beaucoup plus et de réduire la mortalité évitable grâce à la fois à la prévention et la meilleure organisation de toute une chaîne de soins, le plus tôt possible, par les personnels compétents reconnaissant leur compétence jusqu'aux crises aiguës. C'est ça notre perspective collective. Mais à court terme, on ne peut la tenir que si, évidemment, on arrive à résister aux chocs qu'on est en train de vivre parce que la situation, elle est peut-être encore plus grave aujourd'hui.

Alors, face à ce constat qui avait été fait — et ce que je suis en train de dire est l'objectif qui est le nôtre — on a déjà collectivement agi. Je le dis parce que je veux ici répéter les chiffres. On a investi 19 milliards d'euros dans notre système de santé avec le Ségur et en particulier sur l'hôpital, pour des très bonnes raisons, parce que c'est vers l'hôpital que refluent toutes les difficultés, ce qui est encore le cas et ce que vous vivez. En trois ans, le budget que notre Nation consacre à la santé a augmenté de 50 milliards d'euros. Et ce rattrapage considérable, et je dis bien un rattrapage, il était nécessaire, et beaucoup m'ont dit, tout le monde reconnaît ce qui a été fait avec le Ségur en termes de rémunération. Il y a aussi beaucoup un effet de rattrapage de ce qui n'avait pas été fait auparavant. J'en suis lucide. C'est pour ça que je ne suis pas en train de vous dire que c'est pour solde de tout compte.

De la même manière, on a mis fin à la baisse qui, pendant des années et des années, s'est opérée sur le tarif hospitalier. Cette baisse, je le revendique, elle est comment ? La stabilisation, elle commence en 2018 après des années de baisse. Pour vous dire, je n'ai pas attendu le Covid pour voir qu'il y avait un problème à l'hôpital. Et puis ensuite, nous avons grâce au Ségur, revalorisé les personnels au-delà de l'investissement que j'évoquais avec des revalorisations qui ont changé des vies dans beaucoup d'endroits, de 180 à 400 euros par mois. Il n'y avait jamais eu un tel investissement de la Nation.

Simplement, il faut être clair. Là où ça change la vie par exemple d'un infirmier, d'une infirmière, d'un aide-soignant, d'une aide-soignante ou d'un médecin dans un hôpital de province où le coût de la vie n'est pas extrême, où il avait déjà une stabilité, c'est beaucoup moins vrai dans les grandes villes où une région comme la nôtre, ici aujourd'hui, où le coût de la vie, les contraintes de transport, le coût de logement sont tels qu'en fait, même avec 180 euros de plus par mois, ce n'est pas ce qui vous permet d'acheter un logement à côté de l'endroit où vous travaillez ou de compenser les frais que vous avez à côté en plus. Et donc, on a un vrai problème d'attractivité. C'est tout particulièrement vrai pour l'hôpital, malgré le Ségur dans les grandes villes ou les régions où le coût de la vie est plus élevé que dans d'autres. Voilà.

Et puis, on a mis fin au *numerus clausus* dans ces années dernières. Depuis 20 ans, je le disais, on ne formait pas assez de soignants et on a mis fin parce que je veux ici rappeler les chiffres. On a perdu ces dernières années environ 6 000 médecins généralistes. On est à un peu moins de 100 000 médecins généralistes aujourd'hui. Le problème, c'est que nous aurons environ 80 000 médecins généralistes en 2025 si tous ceux qui doivent partir à la retraite partent. Et on a, selon les chiffres de la Caisse nationale d'Assurance maladie, presque la moitié des médecins aujourd'hui qui ont plus de 60 ans. C'est d'ailleurs pour ça que vous avez sans doute vu que dans

les derniers textes financiers, on a pris une mesure qui facilite, favorise le cumul emploi/retraite parce qu'heureusement, tous ne prennent pas la retraite à l'âge dit et qu'on veut faciliter et en quelque sorte rendre plus attractif le cumul emploi/retraite parce qu'on va avoir besoin de garder le maximum de médecins qui sont prêts à le faire, qui seraient en âge de partir à la retraite pour que ce soit très incitatif. Je le dis juste, mais malgré l'ouverture du *numerus clausus*, ce qu'on a fait ces dernières années, on n'en verra pas le résultat dans les 5/8 ans qui viennent. Donc on va devoir œuvrer tous ensemble à une stratégie et donc réorganiser, décroïsonner et réussir à libérer du temps médical.

Voilà en quelque sorte à la fois le constat que je voulais faire. Redire ce qu'on a fait, la perspective vers laquelle on doit aller. Mais donc aujourd'hui, on doit aller beaucoup plus vite, beaucoup plus fort, prendre des décisions radicales, mais collectivement, jouer aussi d'intelligence collective et de liberté donnée au terrain. Je veux remercier toutes celles et ceux qui m'ont parlé ce matin parce qu'en plus de l'activité, il y a plein d'idées très concrètes déjà mises en œuvre et de volonté de faire et de trouver en quelque sorte sur le terrain des réponses. Il faut vous en donner les moyens et les possibilités.

Alors, premier objectif pour moi en ce début d'année, pour nous, c'est d'en quelque sorte, gagner du temps médical. Je vous ai dit qu'on ne va pas inventer, créer des médecins massivement. On va tous ensemble essayer de mieux nous organiser pour, en quelque sorte, permettre d'avoir à l'hôpital comme en ville, plus de temps médical pour nos compatriotes. Nous allons à cet égard accélérer le recrutement des assistants médicaux pour les médecins. On a aujourd'hui près de 4 000 assistants médicaux qui ont déjà signé un contrat et ce qui est un des vrais succès. Pour le coup, j'étais critique avec moi-même sur la stratégie « ma Santé 2022 », ce qu'on a lancé en 2018. Ça, c'est un vrai succès de la politique lancée depuis 2018. Partout où on a organisé cette capacité à organiser sur le territoire des communautés de soignants, ces fameuses CPTF, on a réussi à mettre en place les assistants médicaux, c'est un vrai effet. Ça libère du temps médical, ça permet de s'organiser mieux.

Donc, je vous dis, on en a près de 4 000, on doit arriver à 10 000 d'ici la fin de l'année prochaine et ça, c'est faisable. Je souhaite qu'on les généralise. On va continuer et donc, on va accroître les financements pour le faire, inciter davantage et ça permet de déléster des tâches périphériques aux soins. Et ce que je veux, c'est qu'on puisse aussi l'appliquer à l'hôpital où nous basculerons des personnels administratifs, logistiques, techniques, au plus près des services pour permettre aux soignants de se concentrer sur le cœur de leur métier.

C'est ce que Sandra, je crois, je ne veux pas écorcher son nom, me disait tout à l'heure en pédiatrie. Merci au directeur de l'hôpital et à Madame la présidente de ce qui a été fait de l'accompagnement. On vous a donné ce poste et c'est ça qu'il faut qu'on généralise, c'est exactement la même chose. Ce que vous avez inventé dans votre service, c'est ce qu'il faut qu'on généralise partout parce que ça permet aux aides-soignants, aides-soignantes, aux infirmiers, infirmières de ne pas faire des tâches qui sont administratives ou logistiques et d'avoir des emplois administratifs. Or, on a beaucoup d'emplois administratifs parce qu'on nous dit toujours : « vous administrez trop le système », c'est assez vrai mais ils ne sont pas toujours

au bon endroit. Ils sont parfois trop au cœur des services administratifs de l'hôpital. Ils sont dans nos ARS qui ont fait un travail remarquable pendant toute la période et encore maintenant, ils sont dans l'administration centrale, il faut qu'on réalloue mieux nos moyens pour les mettre parfois au plus près du terrain et au service des équipes soignantes et c'est ça ce qu'on va faire collectivement. Je pense que cela redonne du sens aussi pour tout le monde dans le travail qu'on fait, cela permet très concrètement de dégager du temps de soignant et des redéploiements. Retrouver du temps utile de soins, ça veut dire plus spécifiquement pour l'hôpital aussi renforcer les équipes qui sont au chevet des patients. Alors pour y parvenir, nous allons tout d'abord redonner du souffle aux équipes par des renforts de professionnels et plus de paramédicaux.

Alors là, je vais être très clair : on a commencé à augmenter fortement les places ouvertes pour les infirmiers-infirmières, plus 20 % en 3 ans, et avec les régions, et je les remercie pour leur engagement, nous devons aller encore plus loin pour en former davantage. Parce que là, le temps de formation permet de déboucher, mais je vais être assez clair parce que je vous ai entendu là tous ces doutes. Je vous donne des chiffres en bombant le torse, en disant, on a fait plus 20 %, je suis très fier de ça. On a eu raison, on a ouvert des postes. Je vous ai écouté ce matin puis j'ai écouté toutes celles et ceux qui œuvrent chaque jour et je les en remercie dans le pilotage, le problème, c'est qu'on en a beaucoup trop qui arrêtent en cours de formation. On a environ 30 % des élèves qui arrêtent en cours de formation et on en a environ 10-15 % qui échouent à la fin de ces formations. Ça veut dire que même quand je vous dis : on a fait + 20 %, super, on va continuer ; quand on dit on en forme 100, on ouvre 100 postes de formés, on en a en réalité 55 qui arrivent sur le terrain, et puis en plus, on a le problème de certains qui se réorientent et vont dire à la fin de leurs études : finalement, je ne vais pas y aller, c'est trop dur ; et d'autres vont faire tout de suite de l'intérim. Donc on va continuer d'ouvrir des postes, mais qu'est-ce qu'on doit faire ?

Un, on doit réfléchir à la bonne orientation. Pour la santé, on en a besoin de manière criante ; on doit améliorer le système Parcoursup qui n'est pas optimal, qui ne permet pas aujourd'hui de bien mesurer la motivation.

La deuxième chose, c'est qu'il faut qu'on revoie l'organisation et le fonctionnement de nos études. Il y a plein d'idées, certaines m'ont été données, c'est un chantier que je condense et qu'on doit finaliser d'ici à l'été. C'est indispensable.

Et la troisième, c'est qu'il faut qu'on mette aussi un système qui est plus responsabilisant en sortie d'études. Et là, pour tout le monde, on ne peut pas avoir des soignants conformes, quelles que soient leurs qualifications, et qui tout de suite partent en intérim ou en remplacement. Ce n'est pas possible parce que sinon on va décourager tout le monde. Il faut qu'on se dise qu'on doit pouvoir avoir pendant X années un temps où on choisit un poste, une fonction, etc. Cela va avec aussi la revalorisation qu'on va continuer de faire et c'est une manière d'être aussi collectivement attractifs. La volonté d'optimisation, si je puis dire, a aussi largement excédée l'idée de départ et on a aussi des professionnels qui, de ce fait, ont été en souffrance, et c'est ce qui a créé beaucoup de départs de l'hôpital. En plus de ces formations, ce que je veux dire, c'est qu'on doit aussi à court terme, tout faire pour garder les personnels qui sont là. Cela, c'est le défi des prochains mois. Et à cet égard, je souhaite que d'ici à juin, on puisse se concentrer sur

tout un travail qui permet plus de sérénité, de sécurité des soignants auprès des malades. Ce qui veut dire qu'on doit ensemble travailler à une meilleure organisation du temps de travail.

Qu'est-ce qui ne marche pas dans notre hôpital, aujourd'hui ? C'est que, je le disais, ce qui est vrai, c'est le dernier endroit où, juridiquement, les 35 heures fonctionnent encore. C'est une hyper rigidité. Si je dis cela, il y a plein qui vont bondir sur moi en disant « mais moi, je ne travaille pas 35 heures, il est sympa lui ». C'est tout à fait vrai. Donc le système ne marche que par des heures supp qui sont allouées de manière complètement hétérogène selon les services. Cela ne crée pas une bonne collaboration entre les services et cela a créé aussi beaucoup d'hétérogénéité selon les territoires, les spécialités, les services parce qu'il y a des heures supp qui sont vraiment payées, il y a des heures supp qu'on met sur des comptes qui ne sont pas payées tout de suite, qui créent beaucoup de différences malgré toutes les revalorisations et le Ségur qu'on a fait, aux heures payées, à la contrainte demandée. Donc on va être clair, le système, on l'a surcontraint. Alors on peut dire qu'on va mettre plus de moyens, etc mais sur un système qui est surcontraint et qui ne marche pas bien, où aussi, il faut bien le dire, on n'utilise pas bien collectivement l'instrument qu'est l'hôpital, est-ce qu'on utilise suffisamment bien les blocs opératoires qui sont les nôtres, les équipements qui sont collectivement les nôtres ? La vérité est non, parce qu'on a créé trop de contraintes en organisation du temps de travail et donc on n'a pas non plus optimisé collectivement le temps.

Il faut redonner de la visibilité à tout le monde pour se dire “On n'est pas des bouche-trous” et donc on a envie aussi d'avoir des plans de charge sur lesquels on donne de la visibilité. Ce système, il faut le remettre à plat et je demande que ça soit fait d'ici au 1er juin pour qu'avec la petite équipe projet qui fera ça auprès du ministre, on puisse rebâtir un système qui est objectivement plus cohérent avec la réalité de votre quotidien. Sinon, on va, je vous le dis, en permanence sur ce sujet, combler les crises et en permanence, on fera des primes, des revalorisations, donc en permanence, on aura des systèmes où ce n'est pas suffisamment utilisé, où il manque tel ou tel soignant parce qu'on doit repenser l'organisation dans l'hôpital, l'organisation du temps de travail, l'organisation des plans de charge. On doit le faire d'ailleurs de manière plus large, entre ce qui est fait au domicile, en ambulatoire, en hospitalisation classique.

A côté de ça, et c'est le deuxième grand axe sur lequel je voulais concentrer mon propos, on doit réorganiser des soins à l'hôpital pour retrouver une échelle humaine. Et moi, je suis frappé depuis ces dernières années, avant le Covid, encore plus pendant le Covid, et je dirais pour moi que la période qu'on vit en sortie de Covid elle est encore plus inquiétante à cet égard. Il y a un besoin de rémunération, on a commencé à le combler, on n'est pas au bout, c'est vrai mais il y a un besoin de reconnaissance et de sens et c'est aussi pour cela que je suis devant vous ce matin parce que je ne suis pas dupe, je vous entends. Ce que vous dites, c'est “On nous a applaudis tous les soirs à 20 heures quand c'était le Covid, et après tout le monde nous a oubliés, et pour nous c'est presque plus dur parfois dans certains services que ça ne l'était pendant le Covid.” Ce qui est vrai. Alors comment, au-delà de la reconnaissance que moi je viens témoigner ici aujourd'hui, on va le faire dans la durée ? En remettant en quelque sorte notre organisation collective à l'échelle humaine. Je pense qu'au-delà d'un système de reconnaissance,

c'est ce qui permet de donner du sens et une meilleure organisation collective. A l'hôpital, je crois pouvoir dire, sous votre contrôle, qu'un des ressorts du désenchantement c'est une organisation des équipes qui, à force de rationalité, a perdu en prévisibilité, en humanité. Ce n'est la faute de personne. C'est la faute de plein de bonnes volontés qui voulaient faire des économies, mieux organiser les choses or, à un moment, le système s'est crispé. Mais la vérité, c'est qu'à cause de l'organisation du temps de travail que j'ai déjà évoquée et d'une organisation qu'on a massifiée autour de pôles parfois très lourds, mais surtout en ayant une même organisation partout sur le territoire, on a parfois découragé. On a créé aussi des situations où on a, pour les soignants qui restent, créé des agendas impossibles où au sein d'un pôle et d'un service à l'autre on vous dit du jour au lendemain "Tu dois faire telle garde, tu dois venir combler tel besoin ou tel autre." C'est ça la réalité. Beaucoup de nos soignants aspirent à revoir leur planning, leurs schémas horaires, à retrouver plus de temps pour les malades, plus de temps pour pouvoir se former, plus de temps en équipe. Et ça tombe bien parce que c'est exactement ce dont on a besoin pour répondre aux défis que j'évoquais. Si on veut réussir à faire ça, on doit aussi permettre plus de liberté d'organisation. Je veux qu'au plus tard d'ici le 1^{er} juin, chaque hôpital ait engagé et finalisé les discussions avec toutes les équipes, l'ensemble des partenaires sociaux pour adapter les plannings et les organisations de travail, comme je le disais, et pouvoir aussi le faire au niveau du service. Chaque service doit pouvoir se saisir de cette liberté de s'organiser en autonomie et en responsabilité avec le maximum de liberté dans la construction des plannings sous la conduite des cadres, des chefs de services. Il faut que le service redevienne l'unité organique et humaine pour pouvoir organiser les choses. Après, créer des coopérations par pôles, il y a des tas de modèles et il y a des endroits où les pôles, ça marche bien parce qu'ils sont cohérents et il y a des endroits où c'est une catastrophe. Je vous le dis comme je l'ai vu. Il faut laisser cette possibilité de réorganiser les choses, mais que d'ici au 1^{er} juin, on ait ce dialogue qui soit fait, et une vraie autonomie des équipes pour leur organisation parce que c'est ce qui permettra aussi de se dire : En dessous d'un certain seuil, quand on a un problème, il faut prendre des décisions d'organisation complète. On redonne de la prévisibilité à tout le monde et c'est clé, et on redonne de l'humanité parce que les gens se connaissent, parce qu'ils peuvent organiser des choses entre eux. Plus largement, d'ici le 1^{er} juin, l'hôpital public doit trouver partout l'échelle du service pour prendre les décisions du quotidien dans le feu de l'action, dans la suite des jours et des nuits, c'est parce qu'on se connaît qu'on s'épaule, qu'on peut gagner en efficacité. Puis après, si les pôles sont choisis et qu'ils sont maintenus, il faut une liberté d'organisation plus forte. Alors, ce qui est formidable dans notre organisation collective, c'est quand j'ai dit ça : je veux que ce soit fait dès le 1^{er} juin, on m'a d'abord dit : « C'est totalement impossible, il faut prendre un texte de loi, et donc ce ne sera jamais prêt le 1^{er} juin ». Et puis après, on m'a dit : « En fait, le texte de loi est déjà pris, mais personne n'est au courant ». C'est une réalité. Donc on peut déjà le faire, la loi a ouvert la possibilité d'organiser au niveau du service. Je le dis *urbi et orbi*, il faut que tout le monde s'en saisisse pour pouvoir trouver ces latitudes et surtout qu'on puisse se saisir du champ organisationnel que je viens d'ouvrir sur le temps de travail, l'affectation des rémunérations qui vont avec et que, collectivement, on s'en saisisse. Ce n'est pas une rigidité, on a le droit. Il faut retrouver cette possibilité d'organiser les choses de la manière la plus adaptée. En tout cas, c'est ouvert.

En ce qui concerne la direction même de nos hôpitaux, et je remercie ici vraiment tout le travail qui a été fait et le travail remarquable qui a été fait à la fois par le directeur d'équipe administrative et l'équipe médicale. Je pense qu'on a tous vécu pendant le Covid une chose qui a levé les barrières et c'est pour ça que je disais : Moi, je ne crois pas du tout à l'opposition. Très longtemps, on a dit : Ça ne doit pas être les soignants qui dirigent l'hôpital, ça doit être les administratifs. Après, on a dit les problèmes, c'est les administratifs qui les dirigent. Cela fonctionne quand c'est ensemble. Moi, je souhaite, et on a plusieurs textes de loi portés par nos parlementaires qui permettront d'aller dans ce sens, que le ministre mène une concertation qui nous permettra de préciser les modalités organisationnelles mais qu'on puisse mettre à la tête de nos hôpitaux un tandem administratif et médical. Un vrai tandem qui, sur la base d'un projet qui est soumis, en redonnant toute une place aussi au conseil d'administration de notre hôpital, puisse bâtir un projet, que le meilleur projet soit choisi, et que ce soit un tandem qui soit mis en place. Je pense que c'est une bonne chose pour que tout le monde travaille bien ensemble, main dans la main.

Enfin, pour que l'hôpital soit remis à l'échelle humaine, nous changerons pour tous les établissements publics comme privés, le financement. En effet, les besoins de santé évoluent et personne ne peut plus supporter que des établissements se fassent une concurrence nuisible. On le sait bien et beaucoup des débats sont crispés autour de cette fameuse tarification à l'activité. On a eu le débat d'ailleurs pour la pédiatrie en fin d'année dernière. Et au fond, c'est une logique exclusive dans la tarification à l'acte qui a créé beaucoup de dysfonctionnements dans le système. D'abord parce qu'il y a une partie du système privé ou privé non lucratif qui coopère formidablement, et je les en remercie. Et ici d'ailleurs, vous avez de très bons exemples. Il y a aussi certains établissements qui ne coopèrent pas du tout, c'est une réalité. Le mode de rémunération qu'on a créé ne valorise que l'acte et donc à une extrême majorité, on le sait très bien, il prend mal en compte le soin non programmé, il prend mal en compte les activités les plus complexes, qui vont prendre du temps — la pédiatrie étant d'ailleurs un très bon exemple, mais il y en a d'autres — et au fond, il lèse le cœur des activités qui se retrouvent à l'hôpital public aussi parce que beaucoup d'autres ne veulent plus les faire. Je ne vais pas vous dire, on va sortir progressivement de la T2A. Il se trouve que ça, je l'ai déjà dit en novembre 2018, donc j'ai le sens à la fois du ridicule et de l'esprit de responsabilité. Quand des systèmes se sont installés et qu'on dit on va les changer progressivement, ça ne marche pas. Il faut qu'on procède différemment. On doit sortir de la tarification à l'activité dès le prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale, pour aller vers un nouveau financement qu'on doit rebâtir sur la base d'un travail en profondeur et d'une concertation qui repose sur une rémunération basée sur des objectifs de santé publique. Qu'est-ce que cela veut dire ? Ça veut dire que pour l'hôpital public, les établissements privés, les professionnels de santé dans le libéral, il faut qu'il y ait une part structurante de la rémunération qui repose sur des objectifs de santé publique qu'on négocie à l'échelle d'un territoire. Comment on prend en charge la population qui nous est donnée ? Ça crée plus de coopération et c'est la réalité de ce que vivent les territoires.

Ensuite, il doit y avoir une rémunération effective des missions réalisées par chacun, prise en charge de la mission et de sa complexité, et enfin une part de rémunération à l'activité qui est tout à fait légitime et qui doit continuer. Ce chantier, il faut absolument le faire, parce que c'est

celui qui permettra de recréer davantage de coopération entre le public et le privé, de mieux prendre en compte les spécialités qui sont les plus complexes, qui sont parfois les parents pauvres et surtout de créer plus de coopération — vous allez me voir venir — à l'échelle des territoires. C'est exactement ce qu'on veut faire. Ce nouveau financement concernera tout à la fois les établissements publics et privés, mais aussi la rémunération de la coopération entre la ville et l'hôpital pour favoriser le travail collectif au service des patients. La transformation profonde de l'organisation à l'hôpital fera beaucoup, mais elle ne fera pas tout, à travers ces quelques textes. C'est des éléments très structurants que je viens d'évoquer mais il faudra aller au-delà et là aussi, le gérer au plus près du terrain. Parce que je le sais, là aussi, je l'ai évoqué rapidement tout à l'heure, mais il y a le sens, il y a l'organisation du travail, le sens qu'on donne à ce travail et la capacité d'avoir une visibilité sur son plan de travail et de bien faire son travail et d'avoir cette satisfaction, ce que vous demandez toutes et tous, mais il y a aussi les conditions de vie et les conditions de vie peuvent encore être difficiles voire très difficiles pour nombre de nos soignants qui ont des journées lourdes, des horaires souvent atypiques et je le disais dans des bassins de vie comme on dit maintenant, où le logement est cher et où parfois on doit habiter loin de l'endroit où on travaille à des horaires où le transport en commun, ça n'existe plus. C'est ça la réalité. C'est exactement celle que vous vivez et donc là-dessus, ce que nous allons lancer au plus près du terrain et beaucoup de directrices, directeurs d'hôpitaux, de maires ont déjà lancé des initiatives en ce sens et je sais que c'est en cours à l'APHP. Je sais que vous l'avez lancé ici aussi, mais avec le ministre, les ministres, on va vous accompagner massivement. C'est une grande initiative avec les élus locaux pour définir d'ici l'été prochain un plan d'action partagé. Ça veut dire quoi ? Cela veut dire redéfinir un parc de logements dédiés, parce que ça ne marche pas dans le logement social. Je vais le dire tout de suite, ce n'est pas vrai, ça ne marche pas. Ça ne marche pas pour des raisons très pratico-pratiques. D'abord, beaucoup de parcs de logements sociaux dans ces endroits sont déjà saturés. Ça ne marche pas parce que c'est très dur de faire sortir les gens du logement social et on ne peut pas l'attacher à la fonction, ce n'est pas fait pour ça. Mais il faut un parc de logements dédiés pour les personnels qui en ont besoin et donc il faut qu'on aide justement celles et ceux dans ces zones où le logement est très cher. Il faut qu'on ait aussi, sur des sujets aussi clairs que l'accompagnement aux déplacements, les stationnements, etc, les choses très concrètes. Ce n'est pas le Président de la République qui va les décider, mais il faut qu'il y ait un plan d'accompagnement pour que partout sur les territoires où, c'est un besoin criant, d'ici l'été prochain, on ait là aussi des solutions nouvelles qui soient apportées.

Enfin, c'est la question des carrières et qu'il s'agisse des praticiens hospitaliers, des infirmiers, infirmières, des aides-soignants, on a un sujet d'évolution des carrières sur lequel je souhaite que d'ici au prochain PLFSS, on puisse voir les points qui restent à traiter pour pleinement garder celles et ceux qui sont dans des situations de fragilité et là aussi, consolider au-delà de ce que j'ai déjà dit l'attractivité, parce que c'est aussi dans la gestion des carrières, des formations, la bonne rémunération après les formations, la reconnaissance de ces formations dans les responsabilités qu'on donne, qu'on améliorera les choses. On a collectivement progressé ces dernières années sur les IPA, on en parlait tout à l'heure avec l'une d'entre vous, on peut aller, on va aller beaucoup plus loin, mais on doit généraliser et l'améliorer sur les différentes catégories que j'évoquais.

Ensuite, et c'est le troisième axe sur lequel je voulais revenir. On doit redistribuer les efforts pour assurer une permanence et une universalité des soins. Au fond, qu'est-ce que c'est ? C'est qu'on doit mieux découpler la ville et l'hôpital, pour répondre à deux grands problèmes qu'on connaît tous : celui des déserts médicaux d'un côté, celui de la thrombose, des soins non programmés aux urgences en pédiatrie ou autres ces dernières semaines à l'hôpital, dans les zones qui sont très tendues. Cette libération massive de temps médical dans le système que je viens d'évoquer doit s'accompagner d'une meilleure distribution des compétences et d'une répartition plus juste des obligations. Et là aussi, il faut le faire de manière extrêmement coopérative, respectueuse de tous et toutes. Moi, je compte sur l'engagement de chacune et chacun, parce que la continuité, la qualité, la permanence des soins, doit être l'affaire de tous et de toutes. Je sais que beaucoup de nos infirmiers, infirmières, médecins, personnels de santé, paramédicaux qui sont dans le libéral y tiennent aussi et veulent participer à cela. Alors pour la permanence des soins des établissements, ce que chacun appelle « les urgences », on va faire plusieurs choses. D'un côté, au sein de l'hôpital, il faut ouvrir le chantier sur la rémunération du travail de nuit et de la permanence. Je vais le dire tant que nous n'aurons pas rebâti les choses, les mesures dites d'urgence prévues jusqu'en mars seront maintenues. C'est indispensable, parce qu'on ne va pas au moment où les gens épuisés vont sortir du pic de la crise, se dire : on va vous débrancher ce qui est, je crois, là aussi des mesures de réparation pour le travail de nuit et les gardes de week-end. Par contre, ça s'inscrit dans tout le chantier de refonte de l'organisation du travail à l'hôpital que j'évoquais. Ça, on doit le valoriser, on doit le prendre en compte.

On doit aussi avoir un vrai débat sur la pénibilité de ces missions parce qu'elles ne sont pas les mêmes. Et la grande difficulté de celles-ci tient au quotidien, à la rémunération, de l'organisation du temps jusqu'à la prise en compte dans le système de retraite pour les catégories d'actifs que vous êtes.

D'autre part, j'ai demandé au ministre d'engager des travaux dès maintenant pour que les cliniques et les hôpitaux puissent participer avec la même intensité à cette mission fondamentale. Et dès lors qu'un établissement est financé par l'argent public, il doit prendre toute sa part dans les besoins de santé du territoire et la continuité des soins. Je le disais, c'est déjà le cas pour beaucoup d'entre eux. Il faut mieux inciter à cette coopération et donc, avoir un système de rémunération qui incite mieux, récompense mieux, si je puis dire, les établissements privés et privés non-lucratifs qui participent à la continuité des soins sur un territoire et est moins généreux avec ceux qui n'y participent pas. C'est comme ça qu'on doit marcher.

Pour la permanence des soins en ville, parce que tout se tient et beaucoup me l'ont dit dans les services qui sont les vôtres : quand elle est mal assurée ou plus assurée, tout arrive à l'hôpital et donc, tout se tient. Et ce n'est pas simplement à l'hôpital qu'il faut mettre les moyens. Il faut reresponsabiliser et inciter à avoir une permanence des soins en ville. Les Français doivent trouver facilement un médecin de garde. Alors, je sais qu'il existe beaucoup d'initiatives. J'ai pu les voir moi-même sur le terrain, dans les grandes villes, dans le rural, pour avancer dans ce sens et je veux saluer vraiment l'engagement, le dévouement de beaucoup de médecins, de paramédicaux en ce sens.

Nos fameux Conseils nationaux de la refondation territoriaux de la santé ont permis d'identifier ce qui marche déjà, qu'on va généraliser rapidement. Avec là aussi plus de moyens et des incitations. Et on ne peut pas avoir, je le dis très clairement d'un côté, des médecins qui s'épuisent au-delà du raisonnable pour faire des gardes le week-end, pour prendre un patient sur l'heure du déjeuner, pour faire toujours davantage et qui se sentent responsables en quelque sorte, d'une population à l'échelle d'un territoire et qui ne veulent pas se limiter à leur patientèle. Et de dire que l'on va avoir avec eux exactement la même approche qu'avec des médecins qui disent « moi je ne peux plus en prendre un seul » et réorganisent différemment leur temps, ce que je respecte totalement certainement, c'est la liberté de chacun. Mais il faut un autre choix de vie, qui n'est pas forcément en coopération avec le reste du territoire. Et du coup, ces professionnels ils ne font plus tout à fait non plus le même métier avec le même engagement. Quand on reste avec une tarification qui n'est qu'à l'acte, ce n'est pas ce qu'il y a de plus juste.

Et donc nous allons mieux rémunérer les médecins qui assurent la permanence des soins et ceux qui prennent en charge des nouveaux patients qu'on a définis. Et donc cela, c'est une exigence de nos concitoyens, c'est une vraie réponse à la fois à la permanence des soins dans les lieux très tendus et aux déserts médicaux. Et c'est, je le dis, là que nous allons concentrer l'effort financier des négociations conventionnelles qui ont vocation à s'achever à la fin du premier trimestre. Donc oui, on va mettre plus de moyens, il faut les mettre, il faut les mettre au bon endroit. On ne peut pas revaloriser de la même manière. Simplement, là, il faut faire les choses plus intelligemment, conformément à ce qu'on se dit. Donc il faut mieux rémunérer en quelque sorte celles et ceux qui vont être prêts à former des jeunes et prendre des internes auprès d'eux, à prendre de nouveaux patients, à aider au coup de chauffe quand il existe, à participer à une offre de soins sur le territoire. C'est cela qu'il faut mieux aider, mieux rémunérer.

Vous voyez que c'est très cohérent avec la généralisation de nos fameux CPTS que nous voulons voir se faire développer. Comme on leur a mis des assistants médicaux, c'est sur les professionnels qui sont prêts à s'organiser sur un territoire avec d'autres et assurer la permanence des soins qu'on va mettre plus de moyens, c'est plus juste. Et donc on va faire avec eux exactement comme on va faire avec l'hôpital, c'est-à-dire on sort d'un financement à l'acte pour être sur un financement à la mission, à la réponse en termes de santé pour une population.

Plus largement, il faut bâtir un nouveau pacte avec la médecine libérale, un pacte de droits et de devoirs. Nous avons besoin de notre médecine libérale. Moi, je veux être clair, je crois dans l'importance de ce modèle, dans la force du modèle français, qui a toutes les fonctions, tous les choix de vie et d'organisation. Mais on doit mettre fin à une divergence qui s'est installée. Elle n'est pas vraie d'ailleurs partout et pour tout le monde. Mais il faut mieux récompenser, mieux inciter toutes celles et ceux qui veulent travailler ensemble. Et donc dans chaque territoire, il va s'agir de construire une forme de solidarité collective.

Pour les médecins spécialistes, il s'agit par exemple de réaliser des consultations avancées dans les zones sous denses ; pour des généralistes, de participer à la prise en charge des soins programmés, d'accueillir des internes en stage, comme je le disais. Et donc ce qu'on veut faire,

et c'est là-dessus que l'on concentrera les besoins, c'est d'ici à la fin de cette année, que chaque citoyen, puisse avoir accès dans son bassin de vie, à une offre de soins. Alors appelons ça un réseau territorial. On a eu plein d'acronymes, plein de noms déjà ces dernières décennies, je n'ai pas envie d'en rajouter. Je veux être simple et compris. On a besoin que quand on habite dans un endroit, on puisse avoir quelqu'un en référence. C'est un médecin ou quelqu'un qui travaille avec lui dans ce réseau, qui peut être un paramédical, selon les besoins et de ce qu'on a fléché, qui va être un spécialiste, qui va être à la ville ou à l'hôpital. Et donc on veut créer à l'échelle d'un territoire, en fait, une solution de santé en incitant les acteurs de santé sur un territoire à coopérer entre eux. Donc, vous l'avez compris, dans le financement de l'hôpital, le financement de la ville, c'est là-dessus qu'on va mettre les moyens.

Et la méthode, c'est simple, ça va être précisément nos fameux CNR territoriaux qu'on va maintenant systématiser sur l'ensemble des bassins de vie. Et ces CNR territoriaux, ça n'a pas vocation à discuter ; non, ça va être de bâtir d'ici à la fin de l'année une feuille de route et de se dire comment on s'organise. Et ça va déboucher soit sur des nouvelles CPTS soit sur des réseaux, entre des CPTS, des hôpitaux existants et autres. Et l'ensemble des professionnels de santé vont s'engager sur une réponse en termes de soins pour pouvoir assurer la continuité des soins pour tous nos compatriotes et se dire : voilà ce dont on a besoin, les moyens dont on a besoin afin de contractualiser sur ces moyens. C'est la meilleure façon de sortir du cloisonnement ville-hôpital, mais surtout de récompenser aussi toutes celles et ceux qui sont dans cette stratégie de coopération.

Les médecins généralistes doivent ainsi pouvoir se concentrer sur la santé et rien que sur la santé dans ce contexte, et c'est un peu le quatrième axe qui vient en soutien de ce troisième. En effet, nos médecins généralistes sont, pour les Français, le visage le plus familier de notre système de santé. Et c'est pourquoi aussi je veux qu'on revalorise leur rôle, d'abord en les aidant à prendre en charge davantage de patients avec la rémunération qu'on va mettre en place, avec la multiplication aussi des aides et, comme je le disais tout à l'heure, la multiplication aussi du système des assistants médicaux que nous avons créé, en les généralisant très largement.

Je veux aussi qu'on puisse continuer à supprimer toutes les tâches inutiles, comme certains certificats, qu'on puisse développer la télé-expertise, la télésurveillance, qui est une bonne chose. Et à cet égard, je le dis très clairement, le seuil de 20 % de téléconsultation qui a été mis n'est pas une bonne idée. C'est le mariage de la volonté de faire des économies avec la volonté de ne pas perdre de la patientèle. Mais ce n'est pas comme s'il y avait des problèmes sur les patientèles. Le problème, c'est qu'il y a trop de gens qui n'ont pas de médecins. Donc il faut libérer ce sujet puis réguler les excès. Mais il ne faut pas créer des interdictions *ab initio*, ce qui est toujours notre tendance. Il faut simplifier les choses et les valoriser. Et ensuite dans le cadre de la négociation conventionnelle qui s'est ouverte en novembre avec l'assurance maladie, et selon le pacte de droits et devoirs que j'ai décrit et qui vaut aussi, on mettra les moyens.

Nous devons donc faire évoluer également les compétences des autres professionnels de santé pour renforcer notre capacité à soigner nos compatriotes. Dans cette offre territoriale, ces réseaux qu'on veut mettre en place, ces coalitions en quelque sorte de santé, si je puis dire, sur

le territoire qu'on va bâtir cette année ensemble, nous allons également associer tous les autres paramédicaux, toutes les autres professions. Nous développerons ainsi plus massivement les infirmiers-infirmières de pratique avancée. Nous ferons connaître aux Français les possibilités qui sont les leurs : comme celle d'aller chez un orthoptiste à partir de janvier pour un renouvellement de lunettes, chose très simple et indispensable. C'est maintenant possible.

Nous permettrons aux Français d'avoir recours à d'autres professionnels de santé pour des renouvellements d'ordonnance pour les maladies chroniques, pour la vaccination, pour le dépistage, pour l'éducation thérapeutique qui doivent pouvoir être réalisés par des pharmaciens, par des sages-femmes, par des infirmiers et des infirmières. La délégation d'actes doit être simplifiée, généralisée, et il ne faut pas qu'il y ait de conflits entre les professions. Si ça se fait à l'échelle d'une coalition ou d'un réseau, ça va inciter tout le monde à coopérer, et on aura des paramédicaux qui seront en lien avec des médicaux. Mais il faut que les formations et les compétences de chacun soient dûment reconnues pour que chacune et chacun se concentre sur les tâches, les métiers, la complexité pour laquelle il a été formé. Pas sur des tâches, parfois, un peu répétitives, plus simples, qui peuvent être déléguées à d'autres professionnels paramédicaux dont on valorisera aussi ainsi pleinement la formation.

C'est ça ce qu'on doit faire, sinon on n'arrivera pas à résoudre le problème qui est collectivement le nôtre. On a déjà des expériences permettant aux pharmaciens d'accueillir et d'orienter certaines pathologies bénignes du quotidien qui font leurs preuves, on a plusieurs autres professions paramédicales qui veulent contribuer. Nous ne devons pas perdre de temps et les généraliser. À cet égard, le ministre de la Santé, avec les parties concernées, les parlementaires les plus impliqués, devra identifier toutes ces évolutions d'ici au 1^{er} mars. On a déjà beaucoup de travaux qui sont en cours et qui vont dans ce sens pour pouvoir les généraliser, les simplifier. Chacun doit prendre ses responsabilités, et je le dis aussi à tous nos compatriotes. Sur ce point, et j'achèverai par ce message de responsabilisation : il est indispensable, vous l'avez vu, que chacun prenne davantage de part.

Mais nos compatriotes ont aussi un rôle à jouer. Et quand on parle de la santé, le patient a un rôle dans la santé, et c'est le cœur de la logique de prévention, ce qu'on veut faire par la formation. Mais notre système, à force de lever toutes les barrières de l'accès aux soins, ce qui est une bonne chose et que nous garderons, a parfois déresponsabilisé beaucoup de nos compatriotes. Et en quelque sorte, comme la santé n'a plus de prix pour beaucoup de nos compatriotes, elle n'a plus de valeur. Et je le dis, trop de temps médical est gaspillé par un excès d'imprévoyance, de la désinvolture, avec en particulier des rendez-vous non honorés. Pour supprimer cette perte sèche de temps médical, là aussi, un travail sera engagé avec l'assurance maladie pour responsabiliser les patients lorsqu'un rendez-vous ou plusieurs ne sont pas honorés ou lorsqu'il y a des recours abusifs à des soins non programmés. On doit mettre fin à un système où, en quelque sorte, on fait avec notre système de santé ce qu'on ne fait avec rien d'autre dans la vie de notre société. C'est-à-dire qu'on pense que le droit de tirage est absolu, sans fin, illimité, que le respect n'a plus cours parce qu'on ne paye jamais. Ce n'est pas possible.

Enfin, je le disais, le médecin traitant doit être la porte d'entrée, mais pas le verrou de notre système. Je veux en effet que dans ce contexte, on puisse à la fois clarifier sur le territoire l'organisation et la simplifier. Pourquoi on a aujourd'hui 6 millions de nos compatriotes qui n'ont pas de médecin traitant ? Alors, pour les plus jeunes, pour certains, c'est un choix. Mais la vraie difficulté dans ce chiffre, c'est qu'on a 600 000 patients avec des maladies chroniques qui n'ont pas de médecin traitant. Et ça, c'est un vrai problème parce que c'est une perte de chance, parce que ce sont beaucoup d'entre eux que vous allez retrouver après dans des situations plus graves dans vos services. Et c'est collectivement. La Nation ne remplit pas son devoir, ça n'est pas juste et ça n'est pas efficace.

Et donc, les 600 000 patients avec une maladie chronique se verront proposer un médecin traitant avant la fin de l'année. Ou plus exactement, je veux que ces patients chroniques aient accès à ce que j'appellerais une équipe traitante, c'est-à-dire qu'ils puissent avoir sur ces réseaux, ces coalitions d'acteurs qu'on aura identifiées et structurées à l'échelle d'un territoire et d'une équipe. Et quand il n'y a pas suffisamment de temps de médecins, qu'au moins les médecins puissent déléguer à des paramédicaux, mais qu'on n'ait pas des gens qui n'aient accès à personne.

Aujourd'hui, ce qu'il y a, c'est que vous avez des gens en situation de maladies chroniques, qui ont des infections de longue durée, qui sont dans des territoires qui n'ont pas accès à un médecin qui du coup, compte tenu des rigidités de notre système, ne peuvent même pas se faire renouveler une ordonnance auprès de l'infirmier ou de l'infirmière ou auprès du pharmacien. Ça, c'est absurde et on n'a pas le droit de le faire. On doit sortir de ce face-à-face. Donc on doit dire, il y aura toujours des médecins référents, généralistes et spécialistes dans ces coalitions d'acteurs de territoires. C'est à eux de s'organiser pour trouver le temps. S'ils sont malins, ils délèguent les actes aux paramédicaux, les actes qui ont le moins de valeur. Et la logique, c'est que beaucoup de nos médecins généralistes devraient déléguer deux ou 3 renouvellements d'ordonnance par an à l'infirmier de référence, au pharmacien de référence pour n'avoir que des rendez-vous réguliers. Et ils apprécieront dans le dialogue avec ces paramédicaux, comment trouver la bonne fréquence. C'est exactement ça qu'on veut bâtir. C'est ça qu'on doit faire. C'est ça ce que certains d'entre vous font déjà. Il faut le systématiser parce que c'est comme ça qu'on dégagera du vrai temps de soignant face au patient.

Mais donc, l'objectif que je nous donne, c'est que ces coalitions de terrain, on aura des équipes de référence pour nos 600 000 compatriotes qui aujourd'hui ont des affections chroniques et n'ont juste personne en face d'eux. Et on pourra ainsi répondre à leurs besoins, les orienter, les accompagner. Dans les cas les plus graves, en absence de médecin traitant, nous allons généraliser — ce qu'on a là aussi lancé en 2018 et qui est, je dois le dire, un vrai succès grâce à votre contribution à tous — qui est le service d'accès aux soins. Et donc je souhaite qu'on puisse accélérer sa généralisation au cours de cette année.

Concrètement, quand on n'a pas de médecin traitant ou quand celui-ci n'est pas disponible, un patient qui, en recherche un avec urgence, doit pouvoir appeler le 15. Et en fonction de son état de santé, il sera orienté soit aux urgences, soit vers un médecin identifié par ce service. Les

appels ont beaucoup augmenté vers, justement, ces fameux SAS, ces services d'accès aux soins. Il nous faut aller plus loin, faire reconnaître le dispositif à tous les Français, consolider des équipes qui décrochent et évaluent médicalement les patients. Monsieur le ministre le connaît bien puisque, dans ses fonctions antérieures, il a contribué à le penser, à le mettre en œuvre. Et donc, on aura ainsi des médecins qui accueilleront ces patients ayant recours à ces fameux services d'accès aux soins pour les consultations non programmées. Et là encore, ça va permettre à des libéraux, à des structures privées de s'engager et ça va permettre de décharger l'hôpital de nombreux soins non programmés. C'est comme ça dans beaucoup de territoires qu'on a réussi à tenir l'été dernier.

Ça veut dire aussi qu'on doit mieux rémunérer et qu'on va durablement - soyons lucides et honnêtes entre nous - continuer de mieux rémunérer les professionnels qui jouent le jeu et participent à la cogestion des services de soins non programmés. Le SAS, c'est la garantie d'une réponse immédiate et proportionnée et il fonctionnera d'autant mieux qu'on aura restauré cette universalité, cette revalorisation de la permanence des soins ambulatoires et l'implication des cliniques comme des médecins libéraux.

Voilà, je ne veux pas être plus long en ce jour, mais quelques-uns des axes sur lesquels je souhaitais insister en ce début d'année. Alors, je sais que ça va changer beaucoup d'habitudes. Plusieurs des chantiers que je viens de décrire, ce sont des chantiers massifs qu'on n'a pas su mener parfois ces dernières années ou qu'on n'a pas voulu mener. Comme vous l'avez compris et d'ailleurs, les textes financiers votés en fin d'année dernière l'ont montré. On continue de réinvestir massivement dans notre santé et nous allons continuer de le faire. Mais on va continuer de le faire en changeant profondément l'organisation et les habitudes. Et cette réforme, elle va aussi s'articuler et j'y reviendrai durant le semestre, sur d'autres réformes indispensables et jumelles : celle des 1 000 premiers jours de la vie pour nos enfants, parce qu'on a un travail énorme en termes de prévention et d'accompagnement des plus jeunes, sur lesquels on a bâti, là aussi, beaucoup de politiques. Mais on doit aller beaucoup plus loin et celle de l'autonomie et de la réponse à la dépendance et au grand âge sur lesquels, là aussi, ces dernières années, on a commencé à apporter beaucoup de réponses. Dans la gériatrie à l'hôpital et pour nos EHPAD également, mais on doit aller beaucoup plus loin et je me suis engagé sur des offres à domicile des offres de transition. Et donc, là aussi, on a un chantier qui est pour partie médical, mais qui est aussi, si je puis dire, sociétal sur lequel je reviendrai. Mais tout ça se tient.

En tout cas, vous l'avez compris, ce que je voulais vous dire ce matin, c'est que je serai dans la durée aux côtés de l'hôpital et de toutes celles et ceux qui ont, ces dernières années, en particulier ces derniers mois, aidé à ce qu'ils tiennent. Nous avons besoin de vous et donc, nous serons avec vous. Mais plus largement, je serai à côté de toutes celles et ceux qui soignent.

Il y a quelques chantiers sur lesquels le Président de la République, si je puis dire, a vocation à s'impliquer tout particulièrement : l'écologie, l'école, la santé, je pense, sont un triptyque raisonnable parce que c'est le triptyque de l'avenir de nos enfants et d'une Nation forte. Et si on n'investit pas comme il se doit sur l'humain et tout ce qui l'entourne. On peut faire tout ce qu'on

veut sur les autres politiques publiques. On aura du mal à avancer. Et donc nous devons fortement décroiser, simplifier, mieux organiser, valoriser, reconquérir nos territoires. C'est le sens de ce que je viens de vous dire et c'est ce sur quoi aujourd'hui, mais dans la durée, je reviendrai à vos côtés. Il y a une équipe dédiée qui sera mise en place aux côtés du ministre pour mener ces chantiers et il y aura, je le sais, l'engagement du ministre et de la ministre déléguée pour ce faire.

Mais comptez sur mon engagement personnel et de manière régulière, je viendrai à vos côtés pour à la fois continuer de voir ce qui fonctionne et ne fonctionne pas pour m'assurer surtout de la mise en œuvre de ce qu'on se dit, mais surtout et avant tout pour qu'on bâtisse l'hôpital et le système de santé que notre pays mérite et dont notre nation a profondément envie.

Merci à toutes et tous ! Et à nouveau, je vous renouvelle mes vœux pour l'année qui s'ouvre. Vive la République et vive la France !