



Premier ministre

Service Communication

Hôtel de Matignon, le 20 novembre 2019

**Discours de M. Édouard PHILIPPE, Premier ministre
Plan d'urgence pour l'hôpital - Ma Santé 2022**

Ministère des Solidarités et de la Santé

Paris

Mercredi 20 novembre 2019

Seul le prononcé fait foi

Mesdames et messieurs les ministres,
Mesdames et messieurs,

La crise de l'hôpital est ancienne. Mais elle connaît depuis plusieurs mois une de ses phases les plus aigües.

Les personnels de santé n'en peuvent plus.

Les patients, et leurs familles s'inquiètent et nous demandent d'agir.

Très tôt, le Gouvernement a tracé les axes d'une profonde réforme du système de soins. Le plan Ma Santé 2022 qu'a présenté Agnès Buzyn l'an dernier a été salué par les acteurs du secteur, comme par les patients. Nous savons tous que nous devons prendre à bras le corps les problèmes du vieillissement, de la démographie médicale, de l'articulation entre ville et hôpital. C'est ce que nous faisons.

Mais dans toute la France, et particulièrement à Paris, les médecins hospitaliers, les infirmières et les aides-soignants nous disent que l'hôpital décroche, et que l'horizon des réformes justes portées pour 2022 ne peut être la seule réponse.

Nous les avons entendus.

En France, quelle que soit son origine sociale, quel que soit la ville ou le village où l'on habite, on doit être bien soigné à l'hôpital. Ce n'est plus toujours le cas, et les personnels soignants ne

veulent pas s'y résigner. Pas plus que l'ensemble des Français qui respectent, admirent, leurs médecins, leurs infirmières, leurs aides-soignantes, connaissent leur dévouement. Nous portons tous en nous cette part d'histoire intime qui nous lie à eux et qui nous oblige. Nous savons tous ce que nous ou nos proches, avons dû à l'hôpital public à un moment de nos vies.

C'est pourquoi, sous l'autorité du président de la République, nous voulons agir et être à la hauteur de leurs attentes.

Nous avons entendu leur colère. Nous avons entendu leur épuisement. Nous avons entendu leur désarroi.

Tel est le sens du plan d'urgence pour les hôpitaux que je vais vous présenter aux côtés de la ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous ne cherchons aucune excuse, mais comme le président de la République l'a rappelé, nous héritons comme souvent d'une situation qui vient de loin.

Dans les 10 dernières années, l'hôpital a connu une triple révolution : celle d'une régulation budgétaire parfois excessive, d'une profonde réorganisation territoriale, et d'une réforme de la gouvernance qui a donné aux soignants le sentiment qu'ils n'avaient plus de leviers sur les décisions.

Cette triple révolution a donné le tournis.

Et ce d'autant plus qu'elle s'est accompagnée du maintien durant trop longtemps d'un numéros clausus trop bas dont nous ressentons aujourd'hui durement les effets. Partout en France, à la campagne, en ville ou dans les hôpitaux, on manque de médecins.

Surtout, cette triple révolution s'est faite sans vision globale de notre système de soins. Or, on le sait : si les urgences sont saturées, c'est parce que les patients ne trouvent pas d'autres solutions. On ne peut pas renforcer l'hôpital, soulager ses personnels, sans réfléchir à la question plus large de l'organisation des soins en France.

C'est la raison pour laquelle Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, dont je veux saluer ici l'immense compétence et l'engagement indéfectible en faveur de l'hôpital public, a construit le plan Ma santé 2022. Dans tous les échanges que j'ai eus encore ce matin avec la communauté hospitalière, il m'a semblé noter une vraie convergence de vues avec cette stratégie.

Nous avons commencé à inverser les tendances que je viens de décrire.

Nous l'avons d'abord inversée sur le plan financier :

En 2018 et en 2019, nous avons alloué 2 milliards d'euros supplémentaires à l'hôpital et, pour la première fois depuis dix ans, les tarifs hospitaliers ont augmenté cette année.

Je vous le dis dès à présent, nous allons débloquer dans les prochains jours l'intégralité des sommes mises en réserve au début de cette année afin qu'elles puissent être versées aux hôpitaux, ce qui représente plus de 400 millions d'euros.

Nous avons également inversé cette tendance sur le plan de l'organisation :

Les principes du plan « Ma santé 2022 » sont clairs : privilégier la qualité des soins plutôt que les logiques comptables, replacer le patient au cœur des soins et réorganiser la médecine de ville de manière à mieux l'articuler avec l'hôpital.

C'est également le but du pacte de refondation des urgences afin d'éviter des passages aux urgences qui peuvent être pris en charge ailleurs.

C'est enfin le but de la suppression du numérus clausus et de la réforme des études de médecine. C'est ce Gouvernement et cette majorité qui ont mis fin à la logique malthusienne qui a longtemps prévalu pour enfin former les médecins qui manquent aux Français.

Beaucoup de ces réformes prendront du temps pour produire tous leurs effets. Je rappelle qu'il faut au minimum dix années pour former un médecin. S'il y a un assez large consensus sur la stratégie de ma Santé 2022, il y a beaucoup d'interrogations sur ce qu'il convient de faire d'ici à ce que les effets de ce plan puissent se faire ressentir et puissent être produits. Au fond, on nous demande, ce que nous pouvons faire en 2019, 2020 et en 2021.

La réponse du Gouvernement, c'est ce plan d'urgence et de soutien à l'hôpital public. Non seulement il s'inscrit dans la logique stratégique de Ma Santé 2022, mais il en est même l'accélération.

Ce plan repose sur trois objectifs forts :

- Restaurer l'attractivité de l'hôpital, en redonnant envie de s'engager à l'hôpital public et d'y construire une vraie carrière et en récompensant l'engagement des personnels ;
- Déverrouiller le fonctionnement des hôpitaux, en faisant confiance aux responsables de terrain et en facilitant les prises de décision ; appelons un chat un chat : lutter contre la bureaucratie.
- Dégager des moyens supplémentaires, immédiatement par une augmentation des budgets et dans la durée avec un allègement significatif de la dette des hôpitaux.

La ministre des Solidarités et de la Santé et va vous présenter les deux premiers axes.

Mme la ministre des Solidarités et de la Santé :

Le premier axe consiste à répondre aux problèmes d'attractivité de l'hôpital public et à celui, plus général, des carrières.

Ma conviction, c'est que nous ne pouvons plus dire aux soignants que ce qu'ils font a du sens, tellement de sens, sans leur apporter une reconnaissance sociale et matérielle à la hauteur de leur engagement au quotidien.

On ne peut pas demander à ces personnels d'en faire toujours plus sans récompenser cet engagement. On sait que c'est cette disproportion entre les efforts demandés et la rémunération qui explique les difficultés à recruter et qui entraîne aujourd'hui des fermetures de lits.

Nous allons donc prendre plusieurs mesures immédiates pour rendre les carrières publiques hospitalières plus attractives.

En apportant tout d'abord des réponses très concrètes à trois difficultés :

Les premières concernent les métiers en tension. Nous revaloriserons la prime d'engagement dans la carrière hospitalière, des médecins comme des paramédicaux, pour offrir aux métiers qui connaissent actuellement les plus grandes tensions de recrutement comme les infirmiers spécialisés ou les manipulateurs radio de nouveaux leviers d'attractivité.

Nous allons aussi, s'agissant des médecins, faire évoluer profondément les conditions permettant de bénéficier de la prime d'exercice territorial qui les encourage à exercer dans plusieurs établissements. Nous fusionnerons les quatre premiers échelons de praticien hospitalier afin d'accélérer l'entrée dans la carrière. L'indemnité de service public exclusif sera également attribuée dès la période probatoire.

Nous devons enfin reconnaître la situation spécifique de Paris et de la petite couronne, où les coûts de logement sont très élevés et où le tissu hospitalier est dense avec des phénomènes de concurrence entre établissements de recrutement. Les médecins sont soumis à des sujétions particulières : horaires étendus, gardes... qui pèsent de manière déraisonnable. Nous prévoyons donc d'attribuer de façon pérenne une prime annuelle de 800 euros aux 40 000 infirmiers et aides-soignants qui gagnent moins de 1900 euros mensuels.

Le deuxième levier pour restaurer l'envie de travailler à l'hôpital, c'est de mieux reconnaître les efforts de chacun. Nous le ferons en donnant aux hôpitaux des enveloppes financières à leur main pour reconnaître, selon des critères qu'ils auront eux-mêmes définis, l'engagement et l'investissement des personnels. Cela représentera une prime annuelle d'environ prime annuelle d'environ 300 euros. Le montant pourra varier, en fonction des établissements. Cette prime pourrait concerner jusqu'à 600 000 professionnels. Le plus important, c'est que cette prime n'obéira pas à des critères financiers mais à des critères de qualité des soins et de prise en charge au niveau de chaque service.

Troisième levier, troisième priorité de ce volet attractivité, dans la lignée des travaux récents de Myriam El Khomri : mieux reconnaître le rôle des aides-soignants. En particulier des aides-soignants qui exercent auprès de personnes âgées et qui ont acquis une compétence spécifique en gériatrie ; ceux-ci pourront bénéficier dès 2020 d'une prime de 100 euros nets mensuels. Et nous améliorerons par ailleurs les fins de carrière de l'ensemble des aides-soignants en créant ce qu'on appelle « un grade de débouché » pour leur permettre de partir à la retraite dans de meilleures conditions.

Au-delà de ces mesures immédiates, je souhaite que nous engagions deux chantiers qui doivent aboutir dans les six mois, j'ai dit six et ça ne sera pas un de plus :

Nous devons revoir de fond en comble les statuts du médecin à l'hôpital. Il faut dire les choses clairement : le statut et le contrat de praticien hospitalier ne sont plus adaptés ni aux besoins, ni aux aspirations de la nouvelle génération de médecins. Nous devons adapter les conditions d'exercice à la variété des parcours; reconnaître aussi par des valences, l'engagement dans les activités non cliniques, de recherche, d'enseignement ou de management.

Ensuite nous devons également améliorer la situation de nos Centres hospitalo-universitaires et des équipes qui y travaillent. Tout d'abord, il convient de redonner toute la priorité qui

convient aux missions spécifiques des CHU en matière d'enseignement, de recherche et de recours. Ces missions sont stratégiques pour la nation, et les consolider est indispensable à l'excellence et à la qualité de notre système de santé.

C'est grâce à l'engagement des équipes des CHU que les situations des patients les plus graves et les plus complexes peuvent trouver une prise en charge médicale adaptée et de très grande qualité. C'est grâce à l'innovation qui s'y déploie tous les jours que nos concitoyens accèdent au meilleur de la médecine de pointe, sans distinction.

Je sais également l'engagement des doyens dans la réforme des études de santé, qui doit impérativement réussir car c'est l'avenir même de l'accès aux soins qui se joue. C'est pourquoi nous soutiendrons financièrement les missions spécifiques des CHU avec ces mesures

Comme vous le savez par ailleurs, le Gouvernement prépare une loi de programmation pluriannuelle pour la recherche. Je souhaite que la question des carrières hospitalo-universitaires trouve toute sa place dans cette loi, pour permettre plus de souplesse et d'individualisation des parcours. Je pense en particulier aux débuts de carrière qui doivent devenir plus attractifs pour nos jeunes talents.

Le deuxième axe de ce plan de soutien consiste à répondre à différents blocages que connaît l'hôpital public :

Le premier de ces blocages, c'est celui de la prise de décision à l'hôpital. C'est la fameuse question de la « gouvernance ».

Nous allons prendre des mesures immédiates pour renforcer la place du médecin dans la décision et ce à deux niveaux : au niveau de la commission médicale d'établissement et au niveau des services, en renforçant le rôle du chef de pôle ou de service.

Il faut que le directeur et les présidents de la commission médicale d'établissement décident et nomment conjointement sur tous les domaines de compétence partagés : Projet médical, projets de pôles cliniques et médicotechniques, nominations des chefs de service et de pôle mais aussi sur les projets d'investissement du quotidien.

Nous voulons également ouvrir complètement aux médecins le vivier des chefs d'établissement : pour cela, il faut défaire les contraintes juridiques qui empêchent le recrutement de médecins pour tout type de poste de chef d'établissement.

Enfin, il faut revaloriser la fonction de management en créant ou revalorisant les indemnités de président de commission médicale d'établissement, chefs de pôles, cadre de santé, et chef de service.

Nous devons ensuite faire davantage confiance aux équipes hospitalières. Je vous le dis comme je le pense : il faut donner plus de liberté aux professionnels dans leur organisation au quotidien.

Il existe pour cela des mesures très concrètes, qui touchent aux coopérations entre les professionnels et que le Parlement a votées l'été dernier dans la loi santé. Ces mesures ce sont celles, par exemple, qui permettent à un pharmacien de dépister une angine, à une infirmière d'adapter un traitement ou à des professionnels de santé de vacciner. Je sais que ces mesures

nécessitent, et c'est normal, la définition de protocoles de coopération qui sont soumis à l'avis de la Haute autorité de santé. Ces avis sont attendus. Et je ne doute pas que la Haute autorité pourra les rendre d'ici la fin de l'année. Tout ce qui libérera du « temps de médecin » facilitera la vie de tout le monde.

Dans ce domaine de la coopération, je veux aller plus loin et plus vite pour accélérer et donner plus de leviers aux équipes hospitalières : je souhaite donc que nous permettions aux établissements, sous la validation de leur commission médicale, de mettre en œuvre directement, à leur main, de telles coopérations.

Je rappelle à cette occasion que le professionnel de santé, infirmier par exemple, qui s'implique dans un tel protocole perçoit une rémunération supplémentaire de 100 euros bruts mensuels. Déployer ces protocoles de coopération est donc à la fois un enjeu de meilleure organisation des soins, de libération de temps médical mais aussi un enjeu de reconnaissance pour les professionnels concernés.

Nous devons simplifier la gestion du quotidien, qui s'est beaucoup complexifiée ces dernières années.

En premier lieu, il nous faut alléger les charges administratives inutiles. A titre d'exemple pour un projet qui bénéficie de plusieurs sources de financement, il n'y aura qu'une modalité de suivi unique pour tous les financeurs, et non plus de multiples sollicitations comme aujourd'hui. C'est le principe de « Dites-le nous une fois » qui deviendra la norme.

Par ailleurs, il faut soumettre les modalités de recrutement à un choc de simplification pour accélérer ces recrutements. Je vous confirme donc que le concours de PH sera supprimé, que les postes vacants seront publiés au fil de l'eau et non plus deux fois par an, et que l'année probatoire sera effectuée dans les conditions du droit commun.

Permettez-moi enfin d'évoquer deux séries de dysfonctionnements que connaît actuellement l'hôpital public :

Il y a tout d'abord le sujet de l'intérim médical. Comme dans toute grande organisation, le recours à des formes d'intérim est nécessaire pour pallier les absences ou les pics d'activité. Mais dans certains cas, on se trouve face à de véritables mercenaires. Ce n'est pas acceptable. Et nous allons mettre fin à ce mercenariat.

Tout d'abord, il faut impérativement renforcer le respect de la réglementation. J'annonce des campagnes de contrôle dans les prochaines semaines auprès des médecins pratiquant l'intérim via les comptables publics. L'hôpital ne peut constituer une zone de non droit dans laquelle certains acteurs imposeraient par le chantage exercé sur la continuité des soins leurs conditions tarifaires aux acteurs du système de santé. Des contrôles effectifs du respect de la réglementation seront assurés à l'avenir par les comptables publics. En outre, l'opportunité d'une mesure législative pour renforcer encore l'effectivité de l'encadrement sera examinée en lien avec les parlementaires.

Enfin, nous allons rapidement créer les conditions de la création de dispositifs d'intérim publics organisés à l'échelle des Groupements Hospitaliers de Territoires très attractives pour les praticiens hospitaliers volontaires pour y participer. Cet engagement de solidarité publique sera spécifiquement reconnu.

Le second dysfonctionnement concerne la permanence de soins en établissement de santé. Je connais la sensibilité de ce sujet, mais nous sommes arrivés à un point où il est devenu inévitable de se poser la question. Comment devons-nous organiser les différentes permanences des soins en établissement de santé sur un territoire? Comment chacun peut-il y prendre sa part ? Il faut naturellement prendre un temps de réflexion, mais nous devons ouvrir ce dossier sans fausses pudeurs et sans tabou. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de lancer une remise à plat sur ce thème pour aboutir avant la fin du premier semestre 2020.

Mesdames et messieurs avant de redonner la parole au Premier ministre, voilà ce que je voulais vous dire, pour redonner à l'hôpital public le sens et la valeur qu'appellent de leurs vœux tous les soignants.

Monsieur le Premier ministre :

Troisième et dernier axe : l'investissement dans l'hôpital.

Je l'ai dit, nous avons engagé une vaste transformation de l'hôpital qui prendra du temps. Si nous voulons qu'elle réussisse, nous devons renforcer les moyens financiers dédiés au secteur hospitalier. Le Gouvernement et la majorité y sont prêts.

C'est pourquoi, nous augmenterons le budget de l'assurance maladie d'1,5 milliard sur les trois prochaines années pour le secteur hospitalier. Dont 300 millions en plus dès 2020. Je précise bien, pour éviter tout malentendu, que cet argent vient en plus de la trajectoire budgétaire prévue par le gouvernement. Cette augmentation sera donc proposée dès la semaine prochaine dans le cadre du PLFSS.

Ces crédits garantissent en premier lieu que les tarifs hospitaliers ne baisseront pas jusqu'à la fin du quinquennat. Pour ceux qui ne connaissent pas le fonctionnement hospitalier cela peut sembler normal. C'est en réalité une double transformation assez profonde. D'une part, nous allons donner de la visibilité aux acteurs hospitaliers dans un cadre pluriannuel et d'autre part nous leur garantissons que les évolutions positives de tarifs interviendront année après année. C'est un changement de cap historique par rapport à la décennie précédente. Et j'irais même plus loin : si les efforts en matière de pertinence portent leur fruit, c'est-à-dire si nous arrivons à diminuer les actes inutiles, toutes les marges dégagées serviront à augmenter les budgets des hôpitaux. Nous nous engageons ainsi à augmenter chaque année les tarifs d'au moins 0,2% et à faire encore mieux quand ce sera possible grâce à une meilleure pertinence des soins.

En parallèle, nous dédierons sur les trois prochaines années 150 millions d'euros par an au soutien à l'investissement courant ; celui qui fait le plus défaut aujourd'hui. Je pense à l'achat de petits matériels ou à l'accomplissement de travaux de rénovation légère. Autant d'améliorations qui impactent très directement et qui améliorent le quotidien des personnels. Et je souhaite que ces enveloppes d'investissements courants soient mises à la main des chefs de service et chefs de pôle afin qu'elles correspondent parfaitement aux besoins identifiés.

Pour que cet effort financier soit utile, il est indispensable que les fédérations hospitalières et les établissements réussissent à :

- mener les réformes des modes de financement. Je pense notamment à la sortie d'une tarification exclusive à l'activité qui trop souvent encourage la course à l'acte au détriment d'une prise en charge dans la durée des patients.
- réussir les chantiers du Pacte de refondation des Urgences.
- travailler à la pertinence des soins et à la qualité de la prise en charge du patient. Trop d'actes inutiles pèsent sur la charge de travail des professionnels. Le sujet est connu, ancien, relativement consensuel. On connaît la surprescription d'exams ou de médicaments ou le recours parfois non justifié à la chirurgie. On ne peut plus se contenter de le constater ou de le regretter. Il faut agir.

Je demande que l'ensemble des sociétés savantes formulent, dans un délai de trois mois, des propositions d'actions qui permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient. Je demande également aux établissements de mettre en place, dans le même délai, les outils nécessaires à la mesure de la qualité et de la satisfaction du patient.

Le premier volet de notre plan, c'est donc 1,5 milliard d'euros en plus sur trois ans.

Le second grand volet porte une décision de rupture, avec un plan de reprise de dettes attendu par les personnels eux-mêmes. Ils le savent, ils le ressentent dans leur quotidien : l'investissement hospitalier a été divisé par 2 en 10 ans pendant que la dette des hôpitaux augmentait de 40%. Ils se trouvent donc pris dans un cercle vicieux où la hausse de la dette réduit les marges de manœuvre des hôpitaux et où la régulation budgétaire terrible imposée aux hôpitaux leur interdit de pouvoir affronter ces remboursements dans de bonnes conditions. C'est l'une des causes de la crise actuelle et nous voulons y mettre un terme. La seule manière d'inverser la tendance, c'est d'alléger cette charge de la dette.

C'est pourquoi nous lancerons dès 2020, un programme massif de reprise de dettes de 10 milliards d'euros sur 3 ans ; 10 milliards sur 3 ans, c'est donc plus de 3,3 milliards d'euros par an pour restaurer l'équilibre financier des établissements. Une loi sera présentée au premier semestre 2020 en même temps que la loi de programmation des finances publiques qui doit intervenir à l'occasion du premier semestre 2020. Elle permettra de corriger notre trajectoire et de prendre en compte techniquement la façon de calibrer cette reprise de dettes et de l'accompagner.

Cela permettra aux hôpitaux de réduire leur déficit et de retrouver rapidement les moyens d'investir. Pas pour refaire de nouveaux éléphants immobiliers, comme on l'a trop fait dans le passé. Pour moderniser les hôpitaux actuels, accompagner la transformation que nous menons et redonner les marges de manœuvre nécessaires à l'ensemble des personnels hospitaliers pour qu'ils puissent travailler dans des conditions satisfaisantes.

C'est un geste fort pour l'hôpital public ; au service d'une idée simple : que les communautés hospitalières puissent se concentrer sur leur métier, le soin, au lieu de s'épuiser à rembourser des emprunts.

C'est un signe inédit de confiance du gouvernement envers l'hôpital public que je sais attendu de tous ceux qui y travaillent.

Cette confiance, c'est le premier principe qui doit guider la mise en œuvre de ce plan.

Confiance dans les personnels soignants et dans les responsables de terrain. Je pense ici aux directeurs, aux cadres de santé, aux médecins chefs de service, aux chefs de pôle dont les possibilités d'actions se heurtent bien souvent à la rigidité des grilles et des normes. Comme la ministre l'a indiqué, je voudrais qu'on en confie la maîtrise aux responsables de terrain pour qu'ils puissent les adapter aux réalités locales.

Le second principe est qu'il nous faut inscrire notre action dans la durée. Nous prenons des mesures immédiates, qui doivent améliorer les choses dans les tout prochains mois. La ministre a évoqué les mesures sur la gouvernance qui s'appliqueront sans délai pour notamment donner plus de place aux médecins. Mais il faut aller plus loin et examiner de façon plus profonde la façon dont fonctionne l'hôpital public : sa gouvernance, ses organisations. C'est la raison pour laquelle, nous avons décidé avec la ministre de confier au Pr Olivier Claris, pédiatre, président de la Commission Médicale d'Etablissement des Hospices civils de Lyon, une mission de réflexion sur ces sujets ; il nous remettra ses propositions pour la fin du 1er trimestre 2020.

Mesdames et messieurs,

L'hôpital c'est un monde, une famille, une communauté. Ce sont des équipes unies par la prise en charge des patients, dans les succès, dans les épreuves, dans les échecs. La ministre le sait mieux que personne.

L'idée de ce plan, c'est de redonner de l'oxygène à cette communauté des soignants. Nous avons montré que nous étions prêts à y consacrer des moyens considérables. Parce que nous croyons dans l'hôpital public. Nous croyons dans le dévouement de ses personnels et dans la promesse de l'hôpital public : être aux côtés de ceux qui souffrent, aux côtés de leurs proches, en des instants de fragilité, parfois d'angoisse, dans des moments de vie très particuliers où l'on est fier d'être soigné et fier d'apporter sa contribution à ce merveilleux système de l'hôpital public.

Je vous remercie.