



Premier ministre

*Service Communication*

Hôtel de Matignon, le 13 février 2018

**Discours de M. Edouard PHILIPPE, Premier ministre  
Stratégie de transformation du système de santé  
Hôpital Simone Veil**

**Eaubonne, mardi 13 février 2018**

*Seul le prononcé fait foi*

Madame la Ministre,  
Madame la Présidente de la commission des affaires sociales,  
Mesdames et Messieurs les parlementaires,  
Madame la députée Naima MOUTCHOU, je connais votre attachement à cet établissement dans lequel votre père a travaillé pendant 43 ans en tant qu'agent hospitalier,  
Mesdames et Messieurs les élus,  
Monsieur le préfet,  
Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé,  
Mesdames et messieurs les présidentes et présidents,  
Mesdames et messieurs les directrices et directeurs,  
Madame la directrice,  
Mesdames et messieurs,

« *La conscience nue de son existence* ». L'expression n'est pas de moi, mais de Maylis de Kerangal, l'auteure du livre « *Réparer les vivants* » dont l'action se déroule en partie dans la bonne ville du Havre.

Elle m'a semblé bien refléter ce que l'on ressent quand on pénètre dans un hôpital. Pour soi bien sûr, mais aussi pour les autres.

200 milliards d'euros. C'est le prix de cette « conscience nue » des 67 millions d'existences, toutes également précieuses, qui composent la nation française. C'est une somme importante. Et c'est une somme nécessaire tant la santé est l'un des premiers droits du citoyen et l'un des premiers devoirs d'une collectivité. Ce devoir, c'est d'abord un devoir de solidarité. Une solidarité qui, en France, couvre plus des trois-quarts des dépenses de santé des Français.

Alors, ces sommes ne sont pas des dépenses « sèches », mais aussi des investissements. Dans la recherche, dans la connaissance, dans la technologie, dans la formation. Des femmes, des hommes, des structures, des équipements qui aujourd'hui font de notre pays un de ceux dans

lequel l'espérance de vie est la plus élevée. Ce résultat, on peut tous s'en réjouir. Ce qui n'empêche pas de tout faire pour l'améliorer.

C'est pourquoi, dès notre entrée en fonction, nous avons voulu tracer de premières perspectives. Et très vite, le gouvernement a travaillé à une stratégie nationale de santé, que nous avons publiée, vous le savez, le 20 décembre dernier. Et parallèlement, nous avons lancé le chantier « zéro reste à charge » pour les lunettes, les soins dentaires et les audioprothèses pour une mise en œuvre progressive avant la fin du quinquennat, comme le président de la république s'y est engagé.

Mais, aujourd'hui, je voudrais regarder un peu plus loin vers l'avenir. Or, pour se projeter, il faut jeter un œil au passé et regarder le présent bien en face. Beaucoup de choses ont été faites. Je ne parle pas de mon gouvernement, mais de ceux qui l'ont précédé. Des efforts considérables ont été accomplis, en particulier à l'hôpital. Des efforts qui commencent à payer. J'invite ceux qui en douteraient à se remémorer les commentaires d'il y a dix ou vingt ans sur le fameux « trou de la sécu ». Un trou à peu près aussi célèbre que celui de la couche d'ozone et qui est, comme lui, à force de persévérance, voué à la disparition. Je ne dis pas que c'est gagné. Je dis seulement que ces efforts ont produit des résultats. La sécurité sociale sera à l'équilibre d'ici 2020. Ce n'est pas rien.

La régulation des dépenses, elle était nécessaire. Elle l'est toujours. Je ne vais pas faire comme si j'ignorais que nous publions les nouveaux tarifs hospitaliers dans deux semaines. Ils seront en baisse. Vous le savez, je le sais, donc je vous propose qu'on se dise la vérité. C'est en partie l'effet de la régulation de l'ONDAM. Cette régulation, elle a aussi été douloureuse. Ce ne sont pas des paroles de circonstances. J'ai vu cette douleur de mes propres yeux lorsque je présidais le groupe hospitalier du Havre. J'ai vu les investissements qu'il faut décaler ; j'ai vu les gels, les annulations de crédit de fin d'année.

Et, j'ai surtout vu des personnels fatigués, et pas seulement à l'hôpital, mais aussi en ville, je pense notamment aux médecins généralistes. Fatigués physiquement, psychologiquement et moralement. Au point de se demander, parfois, pourquoi ils avaient choisi ce métier, qui est pourtant l'un des plus riches de sens. Or, une vocation comme celle-là qui se décourage, c'est le signe d'un malaise. Et c'est toujours l'origine d'une souffrance.

Partageons le constat que ces dernières années, l'hôpital a largement contribué à la régulation.

Un hôpital auquel on a demandé de faire la même chose, voire davantage, avec moins, sans suffisamment l'adapter. Sans réfléchir de façon approfondie à son organisation, à sa relation avec les soins de ville et avec le médico-social. Sans réfléchir à ses statuts, à la formation de ses personnels. Alors, forcément, à un moment donné, ça ne passe plus.

C'est pourquoi, je voudrais évoquer avec vous, non pas une énième réforme de l'hôpital, mais la transformation de l'ensemble de notre système de santé. Une transformation que je souhaite globale, cohérente, méthodique : on se fixe des objectifs, on discute ensemble des moyens de les atteindre, on enrichit ce qui doit l'être. On se donne trois mois pour y réfléchir intensément.

Je souhaite réunir autour d'une même table tous les professionnels de santé, de la ville, de l'hôpital, du médico-social, du public et du privé. Je souhaite que ce tour de table ne se

contente pas d'interroger les représentants des usagers mais bien de les associer, dès le début. Ma volonté est claire, et nous la partageons avec la Ministre de la santé, plus aucune réforme ne sera faite sans que les citoyens n'y soient associés.

Puis on se donnera une feuille de route à suivre tout de suite et tous ensemble. Avec peut-être, d'ici 5 ans, le sentiment qu'on aura fait bien plus que boucher un trou ; qu'on aura bâti quelque chose de sain, d'efficace et de durable.

Les organisations, c'est un peu comme les organismes, parfois, ça vieillit. Certains éléments demeurent robustes tandis que d'autres souffrent de faiblesses. Or, aujourd'hui, si on se place du côté du patient, l'organisation des soins en France souffre de trois faiblesses majeures :

1. Première faiblesse : la prévention. Ça a été dit et redit : notre pays n'investit pas assez dans la prévention. Au fond, l'objectif n'est pas tant de guérir que de maintenir en bonne santé.  
Dès notre prise de fonction, nous avons pris sous l'impulsion de la ministre de la santé, des décisions fortes sur deux sujets majeurs : les vaccins et le tabac. Continuons sur ce niveau d'ambition. Je réunirai bientôt un premier comité interministériel de la santé pour acter de nouvelles décisions fortes.
2. Deuxième faiblesse : la difficulté d'accéder aux soins sur certains territoires. « Vais-je avoir accès aux soins dont j'ai besoin ou dont je pourrais avoir besoin un jour ? ». Ce n'est pas une plainte isolée, mais une vraie angoisse collective pour beaucoup de nos compatriotes. A nous de mettre en œuvre de façon très méthodique et systématique, et de compléter si nécessaire, le plan pour l'égal accès aux soins sur les territoires que nous avons lancé avec la Ministre en octobre.

Enfin, dernière faiblesse : la complexité. Une complexité qui provient en grande partie du cloisonnement entre l'hôpital, les soins de ville et le médico-social. Entre des métiers complémentaires qui bénéficient à la même personne : le patient. Un patient qui se retrouve de fait « coordonnateur en chef » de ses soins.

Quand ça ne va pas trop mal, ces démarches sont gérables. Mais quand on est très affaibli, c'est-à-dire âgé ou atteint de pathologies invalidantes, ça devient très compliqué.  
Or, ça n'est ni aux patients, ni à leurs proches, ni même aux professionnels d'assumer seuls cette interface cruciale.

Je disais tout à l'heure que beaucoup de personnels avaient le sentiment d'une perte de sens. Le sens que je vous propose, c'est le patient. Et la boussole, c'est la qualité et la pertinence. Un sens et une boussole qui supposent de mener 5 grands chantiers, pour passer d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs tarifés à l'acte, une course aux volumes et une régulation budgétaire, à un système davantage tourné vers la prévention, la coordination, la qualité, l'accès aux soins.

#### Premier chantier : la qualité des soins et la pertinence des actes.

Le sujet est connu. C'est celui de la capacité à prescrire les bons traitements, les bonnes prises en charge. Alors, ce n'est surtout pas à moi, non scientifique, de décréter ce qui est bon ou non pour un patient. En revanche, mon rôle, c'est de me demander pourquoi on constate d'importantes variations de pratiques d'un territoire à l'autre.

Pourquoi fait-on trois à quatre fois plus d'ablation des amygdales en Gironde que dans la Creuse ? Pourquoi fait-on deux fois plus de césariennes dans les Alpes de Haute Provence ou en Lozère que dans l'Yonne ou dans le Loir et Cher ?

Pourquoi seuls 60% des patients pris en charge pour la suppléance d'une insuffisance rénale bénéficient-ils d'une consultation diététique ?

Des variations qui parfois coûtent très cher. Je l'ai dit : ce sujet, n'est pas un sujet administratif. C'est un sujet de professionnels. De praticiens. C'est pourquoi la ministre de la Santé saisira, en coordination avec la Haute autorité de santé et l'assurance maladie, les conseils nationaux professionnels des différentes spécialités et le collège de médecine générale pour qu'ils proposent des actions pour améliorer la pertinence des soins. Ils feront parvenir leurs propositions d'ici l'été 2018.

Si on veut faire de la qualité la boussole de l'organisation de nos soins, il faut aussi pouvoir la mesurer et la diffuser. Ce que l'on ne fait pas assez en France, en tous cas bien moins qu'à l'étranger. La ministre a donc demandé à la Haute autorité de santé de lui proposer dès cette année, des indicateurs de qualité des parcours qui portent sur les dix pathologies les plus fréquentes (par exemple le diabète ou l'insuffisance rénale).

Des indicateurs que nous systématiserons durant l'année 2019. Ces indicateurs devront être intégrés aux travaux d'évolution des modèles de financement.

Je souhaite que la satisfaction des patients soit, elle-aussi, systématiquement mesurée, et que tous les établissements mènent régulièrement des enquêtes auprès des personnels sur leur perception du service rendu aux patients.

### Deuxième chantier : les modes de financement et de régulation.

L'acte médical est toujours un acte important. Il n'est jamais anodin. Il est le fruit de longues années d'études, d'investissements, de formations, d'expérience. Il reste donc la réalité centrale de l'activité médicale et de sa valorisation. Pour autant, plus personne ne conteste aujourd'hui les limites de financements à la fois très cloisonnés et fondés sur l'activité.

Des financements qui ne poussent pas à la coopération : vous connaissez mieux que moi les hospitalisations trop fréquentes des personnes âgées par exemple. Et des financements qui valorisent la quantité par rapport à la qualité et la pertinence des actes. Alors, l'enjeu n'est pas de supprimer la tarification à l'activité, mais de la corriger, de la rééquilibrer.

Pour y intégrer des objectifs plus collectifs. Pour intégrer dans les parcours les nouvelles pratiques de soins ambulatoires et d'hospitalisation à domicile.

L'idée n'est pas nouvelle. Grâce à l'exemple de nos voisins européens, on dispose déjà de retours d'expérience. Cette évolution, qui se fonde sur la pertinence, la qualité des soins, l'accessibilité et l'état de santé, je vous propose désormais de la mettre en œuvre.

1. De la mettre en œuvre d'abord dans un cadre expérimental. L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permet de faire émerger et de tester des modalités innovantes de financement. Avec la ministre nous attendons beaucoup de ces expérimentations, qui doivent démarrer dès cette année.

2. Dans le même temps, et en s'appuyant sur les résultats des expérimentations, je vous propose de réfléchir à une réforme en profondeur du financement des soins en France.
  - a. J'ai ainsi retenu la suggestion de la ministre de la Santé de mettre en place auprès d'elle une « task-force » dédiée à la réforme du financement du système de santé. Jean-Marc Aubert, actuel directeur de la DREES, l'animera.

L'assurance maladie sera pleinement associée à cette démarche. Cette équipe travaillera en concertation étroite avec les professionnels de santé et valorisera les initiatives qui fonctionnent, pour tenir compte de la multiplicité des processus de soins, des organisations et des pathologies.
  - b. D'ici la fin de l'année 2019, je souhaite que cette équipe nous propose des modèles de financement nouveaux, qui marquent une rupture avec la logique inflationniste actuelle. Des modèles qui placent les attentes des patients au cœur de leurs logiciels, c'est-à-dire : la prise en charge des maladies chroniques, la construction d'un vrai parcours de santé, la prévention et bien sûr la qualité des soins.
  - c. Alors, vous le savez, le président de la République avait fixé un objectif clair durant la campagne : 50% maximum de tarification à l'activité. On doit donc travailler pour construire les autres 50%. Ces évolutions doivent concerner tout le monde, y compris la médecine de ville pour laquelle la différenciation des modes de rémunérations doit aussi s'accélérer. Elles devront donc se décliner dans les futures discussions conventionnelles.

Enfin, je demande aussi à la Ministre de la santé de formuler d'ici l'été des propositions pour améliorer la régulation de l'ONDAM et notamment de l'ONDAM « soins de ville », en lien avec l'assurance maladie et une nouvelle fois en concertation avec les professionnels de santé.

### Troisième chantier : le numérique.

Il est temps pour la France d'adopter une vraie stratégie numérique en termes de diffusions de bonnes pratiques, de suivi du patient, de mesure de la qualité, de dialogue ville-hôpital, de réduction des actes redondants. Fixons-nous trois objectifs :

- L'accessibilité en ligne, pour chaque patient, de l'ensemble de ses données médicales.
- La dématérialisation de l'intégralité des prescriptions.
- La simplification du partage de l'information entre tous les professionnels de santé.

Dit comme ça, ça a l'air très simple. Ne me demandez pas pourquoi, c'est en fait, très compliqué. Compliqué, mais pas impossible. La Suède a pris l'engagement de faire en sorte que chaque Suédois puisse avoir accès en ligne à ses informations médicales d'ici 2020. Faisons-le en France. Peut-être pas en 2020, mais en 2022.

Pour mettre cette stratégie en musique, une mission unique « E-santé » regroupera l'ensemble des différentes instances existantes au sein du ministère des Solidarités et de la Santé.

Cette mission coordonnera les actions conduites en matière de numérique en santé afin de permettre l'atteinte des trois objectifs stratégiques que je viens d'énoncer.

Plus encore que dans d'autres domaines, le pilotage des projets numérique en santé nécessite une bonne coordination entre l'Etat et l'assurance maladie et un décloisonnement entre la ville et l'hôpital.

Cette mission coordonnera le pilotage des programmes d'investissement qui bénéficient du soutien du Grand Plan d'investissement et veillera à la cohérence des différents projets publics, notamment le Dossier médical partagé qui sera déployé à partir de l'automne 2018.

Et puis, nous sommes à la veille d'une vraie révolution. Une révolution qui a commencé dès l'automne dernier avec l'inscription dans le droit commun, des dispositifs de télémédecine : concrètement, dans les prochains mois, l'assurance maladie et les syndicats vont déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes. Une téléconsultation par exemple aura son tarif, comme n'importe quel autre acte.

#### Quatrième chantier : les ressources humaines.

Vous l'aurez compris, c'est tout environnement qu'il s'agit de faire évoluer. Le faire évoluer vers plus de souplesse, de diversité, de coopération, en particulier au sein d'un même territoire.

Une évolution qui implique, sur le plan des ressources humaines, d'ouvrir deux volets :

#### Le premier volet concerne la formation initiale.

1. Un mot d'abord sur la formation des professions de santé. La mission dite « d'universitarisation » des professions sanitaires et sociales, voulue par la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et la ministre des solidarités et de la santé, devrait aboutir cette année. Pour ceux que les barbarismes particulièrement barbares rebutent, ce terme désigne l'intégration de ces formations dans des cycles universitaires classiques du type « L.M.D. ». Nous développerons également les « pratiques avancées » en soins infirmiers, pour renforcer encore les coopérations entre professionnels et leur donner un rôle plus central dans la prise en charge des patients, notamment dans le suivi des maladies chroniques comme le risque cardiovasculaire par exemple.
2. Le deuxième sujet « formation » concerne le « service sanitaire des étudiants en santé » dont le président de la République a développé le principe durant la campagne présidentielle.

Je vous en rappelle l'objectif : demander à tous les étudiants en santé, pas uniquement les médecins donc, d'exercer une mission de prévention, par exemple dans les écoles et les collèges. En septembre dernier, le Gouvernement a missionné le professeur Loïc Vaillant sur le sujet. Son rapport devrait très bientôt être rendu public et je souhaite que sa mise en œuvre puisse intervenir dès la prochaine rentrée universitaire.

3. Troisième et dernier sujet « formation » : les études de santé. Là aussi, je veux qu'on adopte une approche qui permette de conserver ce qui marche bien – on forme de très bons professionnels de santé en France- mais de corriger des dysfonctionnements dont on parle depuis trop longtemps. En particulier celui de l'effroyable gâchis de la première année. On connaît tous des cas autour de nous d'étudiants, souvent méritants,

qui après deux échecs, se retrouvent sans rien. Certains, en général les plus aisés, vont se former ailleurs en Europe. Pour les autres, la sanction est très brutale. C'est pourquoi :

- a. Nous conduirons une réflexion sans tabou sur le numerus clausus. Le système actuel doit être profondément réformé. Faut-il supprimer purement et simplement le numerus clausus ? Faut-il l'augmenter ? Faut-il le faire varier d'une université à l'autre ?  
Comment l'articuler avec les expérimentations sur la première année ? La seule certitude que j'ai, c'est que le profil des étudiants en santé mérite d'être diversifié, et leurs études décloisonnées. Discutons-en.
- b. Ces réflexions sur la première année devront s'articuler de manière cohérente avec celles en cours sur la réforme du second cycle. Avec là aussi, une réflexion sur l'avenir des épreuves classantes nationales qui précèdent l'internat.
- c. La concertation va donc s'engager sous l'autorité des deux ministres Frédérique Vidal et Agnès Buzyn, en associant notamment les étudiants en santé. Je la souhaite très ouverte et audacieuse pour aboutir à des mesures législatives dès le début de l'année 2019.

Le second volet de chantier « RH » est quant à lui, plus statutaire :

Il consiste d'abord à diffuser à la fonction publique hospitalière les principes que j'ai développés lors du dernier Comité Interministériel de la Transformation Publique : la simplification du dialogue social, un recours accru à des contractuels, l'assouplissement des statuts, la reconnaissance du mérite et de l'engagement dans la rémunération.

Ces chantiers seront menés avec le souci de prendre en compte les spécificités du secteur public hospitalier. Je précise que les personnels médicaux seront naturellement pleinement inclus dans cette réflexion.

Le contenu du travail et le rythme des activités ont évolué, les modes traditionnels de reconnaissance, le fonctionnement habituel des équipes et la conception classique du management sont également en train de se transformer. C'est la raison pour laquelle un travail de fond doit être mené sur la gestion du changement et des organisations de travail au sein des établissements publics et privés. Comme tous les grands secteurs qui traversent une profonde transformation, la santé a besoin que l'on prenne le temps de travailler à l'amélioration de ses conditions de vie au travail et de retrouver un sens à l'engagement des uns et des autres. J'ai d'ores et déjà entendu un certain nombre d'organisations syndicales mettre ce sujet-là en avant. Je demande à la ministre des solidarités et de la santé d'intégrer pleinement ces préoccupations dans les concertations qui vont s'engager.

Par ailleurs, nous avons tous en mémoire les drames qui ont endeuillé des établissements, des collègues et des familles.

Des drames qui ont concerné aussi bien des médecins exerçant à l'hôpital ou en ville, que des internes ou des personnels soignants. Ces drames, nous devons les regarder en face. En comprendre les causes et éviter, dans la mesure du possible, qu'ils ne se reproduisent.

Nous allons mettre en place un observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Sa mission ? Dresser un état des lieux, collecter des données et surtout proposer des solutions pour traiter ce mal à la racine.

#### Cinquième et dernier chantier : l'organisation territoriale.

Pour garantir l'égalité devant l'accès aux soins, pour offrir à chaque patient tout un panel de prises en charge – de la prévention jusqu'au traitement de maladies chroniques - il faut penser l'organisation des soins au niveau du territoire. Le développement du numérique, de la télémédecine, la diversification des modes d'exercice sont de premières réponses. Il convient néanmoins d'en apporter trois autres :

- D'abord, continuer à structurer les soins de ville. Ce n'est pas à l'Etat de le faire, mais aux professionnels. A eux d'organiser la continuité des soins, l'accès en premier recours à un généraliste ou à un spécialiste, la coordination avec le secteur médico-social (trouver une aide à domicile, formuler une demande d'allocation personnalisée pour l'autonomie...). L'exercice isolé doit devenir l'exception.
- Ensuite, il faut continuer à tisser des liens entre les soins de ville et l'hôpital ; jouer sur leurs complémentarités.
- Le bon déroulement du parcours du patient doit être au centre des organisations, pour tous les professionnels. Ce sont des chantiers complexes, qui prendront du temps : pour accompagner ces changements, il est bon d'avoir des « pionniers ». D'ici la fin de l'année 2018, nous lancerons un appel à projets visant à identifier 3 à 5 territoires qui pourront proposer des modèles d'organisation totalement nouveaux, qui prendront en charge la santé de toute une population. Nous souhaitons donner à ces territoires volontaires, la possibilité d'oser, d'innover, de sortir des sentiers battus et des cadres de gestion existants. Là aussi, je veux une expérimentation sans tabou.
- Enfin, il faut continuer à travailler à « la gradation des soins » : on ne doit pas organiser géographiquement de la même façon les soins de proximité et les soins de recours, c'est aussi une question de qualité.
- Chacun comprend qu'un chirurgien qui n'opère qu'une ou deux fois par semaine peut, à un moment donné, manquer de pratique. L'important, c'est de pouvoir accéder très vite, quel que soit l'endroit où on habite, à tous les soins de quotidien, qui concernent 98% des besoins.
- Et de pouvoir accéder aussi, quand c'est nécessaire, à une médecine de très haut niveau, très pointue, très technique et technologique lorsqu'un grave problème survient. Beaucoup a déjà été fait en la matière. Les groupements hospitaliers de territoire constituent une bonne première étape, elle doit encore être approfondie.
- Et pour aller plus loin, les tarifs hospitaliers intégreront dès cette année une forte incitation à la médecine ambulatoire : la chirurgie n'est pas la seule concernée, il est grand temps d'étendre « le virage ambulatoire » à la médecine.
- Enfin, j'insiste sur le fait que les structures médico-sociales, et notamment les EHPAD, doivent faire partie intégrante de ce travail de coordination territoriale. Il est



évident que toute notre organisation doit s'adapter au phénomène du vieillissement qui mériterait un discours à lui seul. Comment mieux le prévenir, mieux l'anticiper ? Comment faire évoluer les structures concernées ? Tous ces sujets feront l'objet d'une réflexion plus générale avec les professionnels. J'ai demandé à la Ministre des solidarités et de la santé de me faire des propositions de méthode et de calendrier d'ici la fin du mois de mars.

Il nous faut par ailleurs alléger au maximum le carcan administratif qui entrave l'action et retarde l'innovation.

C'est pourquoi nous lancerons sans délai une vaste mission de simplification qui concernera l'ensemble des acteurs de la santé.

Pour conduire de tels chantiers, on ne peut éluder la question des moyens financiers. Vous connaissez tous la situation des finances publiques. Vous connaissez tous les contraintes de l'ONDAM, que j'ai évoquées tout à l'heure. Néanmoins, il faut pouvoir aider les professionnels qui vont conduire ces changements. C'est pourquoi, j'ai décidé de consacrer 100 millions d'euros annuellement à l'accompagnement de cette transformation du système de santé, en plus de l'ONDAM.

Enfin, vous savez que dans le cadre du renforcement de la sécurité routière, j'ai décidé l'abaissement de la vitesse de 90 à 80 km/h sur les routes nationales : j'entends tous les jours des critiques sur cette décision. Mais devant vous je rappelle que l'intégralité du surplus des contraventions générées par cette mesure sera consacrée à l'investissement dans les établissements qui prennent en charge les accidentés de la route. Donc à l'investissement hospitalier.

Nous attendons des changements forts. Mais nous sommes donc prêts à les accompagner et à prendre nos responsabilités.

Vous le voyez, il y a du boulot. Et pas mal de gens à convaincre, je le sais. Mais ces sujets sont mûrs. On en parle depuis des années. On les repousse aussi. C'est pourquoi, je veux qu'on fasse les choses vite, mais avec méthode.

Je veux que chacun puisse s'exprimer sur le schéma cible que je viens de brosser. Rien de pire que les grandes réformes de petits cénacles. La santé, c'est d'abord l'affaire des patients et des professionnels. Je veux qu'ils puissent pleinement participer à l'élaboration puis à la mise en œuvre de ces chantiers. Je vous propose donc de mener une concertation à plusieurs niveaux :

1. Au niveau local d'abord : des groupes de concertation territoriale permettront de recueillir l'avis des acteurs du terrain.
2. Nous engagerons évidemment la concertation avec les instances nationales au niveau du ministère de la Santé.
3. Je souhaite aussi qu'on lance une consultation numérique sur ce thème. Que chacun puisse s'exprimer et nous dire quelles sont ses attentes.
4. Cette concertation se déroulera des mois de mars à mai 2018.

Mesdames et Messieurs, sur ce sujet comme sur tant d'autres, nous aurions pu faire comme d'autres avant nous : corriger 2 ou 3 choses ici ou là. Mais je crois que le temps des rafistolages est révolu. Si, ensemble, nous parvenons à faire cet effort cohérent, apaisé de transformation, on aura « réparé » le merveilleux système qui, chaque jour, accomplit le miracle de « réparer » les vivants que nous sommes.