



Discours de Philippe Blua

**Congrès du snch de Toulon  
le 17 juin 2010**

Madame la directrice générale de l'offre de soins,  
Monsieur le directeur général de l'Agence Régionale de Santé  
Madame le Maire  
Monsieur le directeur adjoint du Cabinet du Ministère de la Santé et du Sport  
Messieurs les Présidents des conférences,  
Mesdames et Messieurs,  
Chers collègues, chers amis,

Je souhaite tout d'abord rendre hommage aux victimes des intempéries qui ont frappé le Var. Mes pensées vont vers eux, leurs familles, leurs proches. Elles vont également vers nos collègues Dracénois, qui ont participé à l'organisation de ce congrès, et ne peuvent être des nôtres car mobilisés dans leur établissement. C'est dans ces occasions cruelles que notre vocation hospitalière prend tout son sens.

Ce drame nous rappelle que le climat méditerranéen est faussement clément. Nul n'en a mieux parlé que Fernand Braudel. Il attribuait le succès des conquistadors à leur capacité à supporter les pires climats.

Mais c'est à un autre historien, Raymond Aron, que je veux faire référence pour évoquer la période que vit la santé. Il considérait que l'histoire est le croisement d'un mouvement et d'un moment.

La réforme HPST en est l'illustration.

Le mouvement, c'est le long combat du snch pour promouvoir un service public de santé offensif, efficace, ouvert à tous, en adéquation avec son temps.

Le mouvement, c'est notre réflexion et nos actions en faveur d'une plus grande autonomie des établissements. En faveur de la création des ARS qui

réguleront aussi l'offre de soin ambulatoire. En faveur de prérogatives renforcées des directions, non pour imposer un quelconque dictat, mais pour pouvoir passer outre aux blocages individuels qui pénalisent toute une institution.

Le moment, c'est la nomination d'une ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, qui avait la volonté de réformer profondément le système de santé afin de garantir son devenir.

Un syndicat doit saisir les opportunités qui se présentent.

C'est pourquoi nous avons soutenu cette réforme.

C'est pourquoi nous l'avons défendue.

Malgré les quolibets de ceux qui se drapent dans les grands idéaux pour mieux sauvegarder les petits intérêts.

Malgré les fétichistes de la réglementation, qui pensent que l'hôpital est moins un service à développer au bénéfice du patient qu'une administration à préserver.

Malgré les ennemis du grand large, ceux qui redoutent les responsabilités car elles représentent un risque, qui ont peur des décisions car elles dérangent parfois, qui préfèrent l'immobilisme rassurant à l'incertitude du mouvement.

Ce choix de soutenir HPST, nous l'avons fait car le snch n'est pas un syndicat comme les autres.

Créé par des cadres, pour les représenter et eux seuls, il est porteur d'une ambition lucide pour le service public.

Sa force, notre force, n'est pas dans nos effectifs, mais dans notre vision. Le snch avance un pied dans le présent, l'autre dans l'avenir.

\*\*\*\*\*

Nous devons être fiers d'avoir initié la plupart des évolutions en cours.

- C'est le snch qui a demandé une clarification des circuits de décisions dans les établissements.
- C'est le snch qui a exigé une gestion différenciée des cadres et des agents.
- C'est le snch qui a proposé de transformer les ARH en ARS.
- C'est le snch qui a promu les valeurs de gestion et de management.
- C'est le snch qui a réclamé que le service public ait les moyens d'être offensif.

Nous pouvons savourer les résultats obtenus.

Mais nous devons aussi en tirer les conséquences.

Chers collègues, chers amis, ce temps d'avance qui est notre force nous devons le conserver.

Le snch a initié les changements en cours, il doit être le premier à s'y adapter.

C'est pourquoi je vous propose un triple référendum, sur l'organisation, sur le nom et sur le champ d'adhésion de notre syndicat.

Le vote aura lieu à l'automne.

\*\*\*

La première question porte sur l'organisation du snch.

Internet a privé les secrétaires départementaux de leur mission d'information. La disparition des DDASS supprime leur interlocuteur direct. Seules restent les missions d'animation et de défense locales. Je vous propose de rendre cet échelon facultatif.

Depuis longtemps les D3S aspirent à une représentation autonome au sein du snch. Il est temps de leur donner satisfaction en créant une catégorie qui leur soit propre.

De plus en plus de directeurs des soins réclament la même chose. Ils ont été nombreux à le dire au congrès de Deauville. Ils l'ont répété durant la campagne électorale. Les nouvelles promotions l'expriment de façon unanime.

Nous devons entendre la voix de ceux qui constituent l'avenir du corps. Le snch a obtenu la transformation des infirmiers généraux en directeurs des soins. Ce titre de directeur ils le revendiquent. Je vous propose de leur répondre positivement.

Deux catégories en plus, un échelon territorial en moins, voici la première question que vous aurez à trancher.

\*\*\*

La deuxième question concerne le nom du syndicat.

Il se doit de refléter notre sujet et notre projet. C'était le cas en 1947 quand le snch a été fondé. Est-ce encore vrai ?

La nation n'est plus menacée et l'horizon devient européen. Nous privilégions désormais le concept de management sur celui d'encadrement. Quant à l'hôpital il n'est plus notre seul champ d'intérêt. Nous nous investissons dans le médico-social et le sanitaire et social. Beaucoup de collègues qui travaillent dans ces secteurs sont choqués d'être absents dans notre appellation.

Ils ont raison. Quand on accueille un nouvel arrivant dans une maison, on inscrit son nom sur la boîte à lettre.

Reste le service public. Il est loin le temps fondateur du Conseil National de la Résistance. Le service public n'est plus une évidence. Ses adversaires sont nombreux. Ils avancent désormais à visage découvert.

Or tous ici nous croyons au service public. Pas celui de grand papa. Nous ne défendons pas un service public immuable, confit de certitude et replié sur lui-même. Nous luttons pour un service public conquérant et évolutif, en phase avec son temps et soucieux de répondre aux nouvelles attentes de la population.

Avec votre accord, notre nouveau nom sera le Syndicat des Managers Publics de Santé.

\*\*\*

La troisième question vise à élargir notre champ de syndicalisation. Depuis longtemps l'interrogation circule dans nos rangs : faut-il syndiquer les médecins ?

Je pense profondément que non. Car la plupart ne sont pas en position de management.

Par contre il existe au sein de nos établissements des managers qui sortent des catégories traditionnelles de notre organisation.

Certains sont médecins. Je pense aux chefs de pôle et aux présidents de CME. D'autres ne le sont pas. Je pense à des personnels de catégorie C, comme les contremaîtres qui encadrent une équipe.

Nous devons les prendre en compte, car aucun des managers des établissements de santé ne doit rester ignoré par notre syndicat. Ils sont notre raison d'être.

Et ils ne sont défendus par personne. Qui se préoccupe des problématiques des chefs de pôle ? Qui se soucie de prévoir du temps pour leur mandat ? De rétribuer leur engagement ?

Imaginez quel sera le poids, mes chers collègues, de l'organisation qui fédèrera l'ensemble des managers de la santé. Dont la délégation au ministère comprendra les trois membres de droit du directoire et parlera au nom de tous les managers de santé.

C'est pourquoi il vous est proposé d'autoriser la syndicalisation de membres associés, recrutés parmi les managers de santé qui n'appartiennent pas à nos catégories actuelles.

\*\*\*

Lampedusa nous enseigne que pour préserver l'essentiel, il faut accepter que ses formes changent.

Mes chers collègues, mes chers amis, pour que notre syndicat demeure, pour que nos professions demeurent, pour que le service public de santé demeure, je vous invite à avancer résolument sur la voie du changement.

\*\*\*\*\*

Vous le voyez, Madame la directrice générale, notre syndicat n'a pas fini de débattre, de bouger d'innover. Nous avons l'intention de rester ceux qui indiquent le chemin de l'avenir.

Le snch a été l'allié du ministère dans l'élaboration de la loi HPST. Il souhaite le rester dans sa mise en œuvre.

Un allié loyal, mais un allié exigeant.

Un allié par conviction, et non par soumission.

Un allié fidèle, mais certainement pas un allié complaisant.

Parmi les principes fondateurs du snch, il en est un sur lequel nous ne transigerons jamais : notre indépendance.

C'est pourquoi, si vous pouvez compter sur notre soutien concernant HPST, vous savez également que nous n'hésiterons pas à marquer notre désaccord si son esprit ou sa dynamique sont remis en cause.

Les mots que vous allez entendre Madame la directrice générale, sont ceux du Président d'un syndicat qui souhaite ardemment la réussite de la réforme HPST. Les revendications que je vais formuler sont les conditions sine qua non de son succès.

\*\*\*\*\*

Ne vous y trompez pas, Madame la directrice générale, la réforme entre dans sa phase la plus délicate. Le combat législatif est terminé. La phase réglementaire est encore en cours, mais nous avons confiance dans la détermination de la ministre.

Ce qui débute désormais c'est la mise en œuvre sur le terrain. Notre heure est venue. Le succès ou l'échec de la réforme, qui était de votre responsabilité, qui le reste bien sûr en grande partie, repose désormais aussi sur nos épaules.

La réforme a besoin de l'adhésion des personnels de santé. Elle n'est pas acquise.

\*\*\*\*\*

La réforme HPST a besoin des présidents de CME et des chefs de pôle. Elle n'a pas été faite contre eux.

La transformation des CME assoit l'autorité de leurs présidents. Ils ne sont plus les représentants d'intérêts individuels, mais les porteurs d'une ambition collective. Les chefs de pôle sont également confortés.

La charte adoptée par la Conférence des Présidents de CME des CHU montre que beaucoup de Présidents répugnent à se saisir de leurs nouvelles attributions. Ils préfèrent rester les porte-parole des médecins plutôt que de devenir leurs représentants. Ils ne sont pas prêts à assumer leurs nouvelles responsabilités, notamment dans la gestion individuelle de leurs collègues.

Pourtant rien n'est plus malsain que le traitement des cas personnels par une assemblée. C'est soit de la complaisance, soit du tribunal populaire, jamais de la gestion.

Les hôpitaux ont besoin qu'émerge une nouvelle génération de responsables médicaux, qui prennent leurs responsabilités et qui soient porteurs de l'intérêt général.

Ces responsables médicaux doivent être reconnus dans leurs fonctions managériales. Celles-ci ne doivent plus être considérées comme un à côté à leur travail médical, mais comme une mission à part entière. Il est temps d'instaurer un statut et une reconnaissance du temps passé à cette action dans l'intérêt collectif.

Il faut former les médecins responsables à leur nouveau rôle. Il est un lieu pour le faire. Un creuset où doivent se retrouver tous les managers de santé pour partager une même vision du service public et de son devenir.

\*\*\*

Ce lieu c'est l'Institut du Management. Et nous comptons sur le ministère pour que tous les responsables des établissements de santé soient formés en son sein, ou sous sa houlette, dans le cadre d'instituts régionaux.

Il est anormal qu'à l'heure actuelle les directeurs des soins et les D3S ne relèvent pas de sa compétence.

La création de l'Institut du Management a été défendue par les partisans d'HPST et combattue par ses adversaires. Ce n'est pas un hasard. La place de l'Institut du Management au sein de l'EHESP marquera la capacité de l'école à intégrer la logique de la réforme.

C'est un enjeu capital. L'avenir d'HPST se joue aussi à Rennes. Le Ministère doit en avoir conscience.

Le départ prématuré du premier directeur de l'Institut ne doit pas se reproduire. Son successeur doit avoir les moyens pour agir efficacement.

\*\*\*\*\*

La réforme a également besoin des cadres. Ils sont les artisans de toutes les évolutions hospitalières. Madame Bachelot l'a compris, en instituant à la demande de Philippe El Saïr, la mission cadres.

Je dois vous dire, Madame la directrice générale, notre grande satisfaction de constater la rapidité avec laquelle certaines des préconisations de cette mission ont été reprises dans le Protocole LMD. Il ne faudrait pas que les délais de mise en oeuvre viennent gâcher la fête.

Le passage de la notation à l'évaluation est une grande avancée.

L'autre progrès notable est l'instauration pour les cadres d'une prime déconnectée de celle des agents et liée à leurs responsabilités et aux résultats de leur action.

On parle de PFR. Pourquoi pas, le snch n'a pas le fétichisme des mots. Qu'importe le flacon pourvu qu'on ait l'ivresse.

Alors, la PFR, pourquoi pas, à condition qu'elle ne soit pas la simple transposition d'un système étatique inadapté aux établissements de santé.

Il ne faudrait pas oublier que la PFR n'est que la copie, déformée, rigidifiée, complexifiée, du système de part fixe/ part variable adopté dès 2005 pour les directeurs d'hôpital.

La version de la PFR mise en place dans la fonction publique hospitalière devra être simple, lisible et motivante, y compris dans son montant.

\*\*\*

La mise en œuvre de la mission de Singly ne doit pas s'arrêter là. Trois autres préconisations sont fondamentales si nous voulons que demain les cadres se sentent reconnus.

Il faut individualiser les CAP des cadres de Santé. L'anomalie consistant à associer cadres et non cadres dans la CAP n°2, devient une absurdité quand toutes les infirmières seront bientôt catégorie A.

Pour les mêmes raisons il est impératif de réformer les CTE en créant un collège cadres. Il faut en finir avec les cadres punching-ball, régulièrement pris à partie en commission.

Quel ministère pourra envisager de s'appuyer sur les cadres tout en laissant leur parole et leur identité être diluées, étouffées, niées dans les instances hospitalières ?

Les agents sont représentés et défendus dans les instances de leurs établissements. Les directeurs s'expriment dans les CCNP. Les cadres doivent eux aussi pouvoir se faire entendre.

Cette réforme des instances ne coûte pas un centime, ce qui plaira à Bercy.

Mais elle exige du courage, de la détermination, de la cohérence. C'est parfois plus difficile à trouver que de l'argent.

Elle nécessite d'en finir avec l'ethnocentrisme. De comprendre que ce qui est vrai pour la fonction publique d'Etat ne l'est pas forcément pour la fonction publique hospitalière.

Elle implique d'avoir du sens politique. De réaliser que les cadres sont les principaux vecteurs d'application d'HPST et que se les aliéner c'est condamner la loi.

\*\*\*

Ces cadres, il faut également qu'ils partagent des valeurs et un savoir-faire managérial. D'où l'idée de créer des Instituts Régionaux du Management, où tous ceux qui ne sont pas formés à l'EHESP passeraient, administratifs, soignants, techniques.

Il ne s'agit pas de supprimer leurs diverses écoles, mais de prévoir un tronc commun et un temps commun. La modernité exige le décroisement.

\*\*\*

Au-delà de la reconnaissance fonctionnelle et institutionnelle, les cadres ont besoin d'une reconnaissance matérielle.

Le Protocole LMD a apporté d'indéniables améliorations pour les cadres de santé, les techniciens supérieurs, les adjoints des cadres. Bien sûr nous souhaitons plus et plus vite. Mais les avancées ne sont pas négligeables.

\*\*\*

Par contre, les ingénieurs restent moins bien traités que leurs confrères des autres fonctions publiques. La comparaison, que l'on sait nous rappeler pour nous dire « non » ne vaut pas quand il faut nous dire « oui ».

Comment envisager une PFR pour les ingénieurs hospitaliers sans préalablement rendre leurs taux de primes équivalents à ceux pratiqués dans les autres fonctions publiques ?

La mise en place de l'entretien professionnel oblige également à revoir les textes régissant le régime indemnitaire des ingénieurs. Ses modalités d'attribution actuelles sont exclusivement liées à la valeur professionnelle. Or les responsabilités des ingénieurs sont généralement très lourdes.

Ces ingénieurs demeurent un des rares corps à ne pas bénéficier du ratio promu/promouvable. Il permettrait de rendre leur carrière plus attractive et plus linéaire.

Enfin, il est temps de reconnaître que les ingénieurs ne sont pas que des experts. Leur positionnement dans l'hôpital en fait des managers à part entière.

L'Institut du Management doit développer une formation pour leur apporter les compléments en management, finance, droit, communication... indispensables à leurs fonctions.

Je n'oublie pas les personnels techniques encore sous statuts locaux. Ce problème doit être réglé définitivement. Des réunions sont prévues à ce sujet en 2010, elles doivent être conclusives.

\*\*\*

Toute aussi préoccupante, la situation des attachés.

Les espoirs nés lors de la création du statut en 2001 sont en train de s'éteindre. Ce statut a été progressivement perverti, alors que le snch n'a cessé de tirer la sonnette d'alarme depuis 2006.

La crise démographique que connaît le corps s'est amplifiée. Le concours national de recrutement a continué de se paupériser avec seulement 30 postes offerts en 2009. Il en faudrait dix fois plus pour faire face aux prochains départs en retraite.

Aujourd'hui, les nominations au choix sur liste d'aptitude sont devenues la principale voie de recrutement. La moyenne d'âge des nouvelles promotions est à plus de 50 ans. C'est un triste constat. Il est temps de mettre fin à cette dérive.

Heureusement, un nouveau texte est présenté devant le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière pour réformer la scolarité et le système d'affectation des Attachés. Demain ils seront formés en une année continue, avec le statut d'élèves stagiaires, puis affectés dans les établissements en fin de formation.

Le snch soutient cette réforme qu'il réclamait, afin que les établissements offrent à nouveau des postes au concours et qu'une jeune génération d'attachés vienne leur offrir des compétences renforcées.

Car il ne s'agit pas que des Attachés, Madame la directrice générale, il s'agit de la raréfaction des compétences dans nos établissements avec la diminution démographique parallèle des corps de direction.

Il était temps d'agir. Et il faudra, au-delà de cette réforme de la scolarité, savoir offrir demain aux Attachés d'Administration Hospitalière, des perspectives de carrière et un régime indemnitaire aussi valorisants que ceux de leurs collègues des autres fonctions publiques.

\*\*\*\*\*

J'en viens aux corps de Direction.

Avec l'arrivée des textes réglementaires, plus personne n'ose prétendre que leur positionnement au sein des établissements est affaibli par la loi HPST.

Certaines organisations caricaturent le renforcement parallèle des prérogatives du directeur général de l'ARS pour nier toute portée à la réforme. Mais qui imagine sérieusement que les prérogatives sans précédent du directeur de l'hôpital ne soient pas assorties d'une régulation externe ? Il faudrait tous les pouvoirs, mais ne rendre compte à personne !

Jamais dans l'histoire, les chefs d'établissements, et par délégation leurs adjoints, n'ont eu de telles prérogatives et donc de telles responsabilités.

Jamais non plus il ne leur a été demandé un tel engagement, dans un contexte financier aussi tendu et aussi incertain.

Il est regrettable que l'incertitude ne soit pas seulement liée au niveau d'activité et au montant de la T2A, mais aussi à des lenteurs administratives.

J'ai souvenance d'un temps où les hôpitaux connaissaient leur budget en début d'année. Aujourd'hui ils en ont une vue approximative à l'été. Il ne faudrait pas que demain ils le découvrent à Noël.

Nos nouvelles responsabilités, nous sommes prêts à les assumer. Cela ne sera pas une partie de plaisir : les séquestrations récentes le démontrent.

En retour nous attendons des pouvoirs publics qu'ils reconnaissent notre engagement.

Madame Bachelot avait promis de le faire dans un délai de six mois suivant l'adoption de la loi. Un an après, nous n'y sommes toujours pas.

La patience, comme toutes choses, finit par s'user à force d'être sollicitée. Comment espérer une mise en œuvre rapide d'HPST, tout particulièrement des délégations aux pôles et des CHT, si les directeurs s'estiment dupés ?

\*\*\*

Il est temps d'avancer chez les D3S.

Je sais que ce corps souffre d'un discours niant ses particularités. Un discours tenu par les mêmes qui, hier, niaient les différences entre directeurs d'hôpital et administrateurs civils.

La fusionnisme aiguë est une pathologie durable et polymorphe.

Pourtant les D3S ne manquent pas de spécificités.

Spécificité du savoir-faire, alors que les besoins de prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales ne cessent de croître.

Spécificité de l'exercice professionnel, avec un isolement problématique. Un morcellement des établissements qui prive de marge de manœuvre.

Spécificité de la stigmatisation, avec un discours sur la maltraitance agressif et orienté, qui cible la maltraitance en établissement, totalement

condamnable mais très minoritaire, plutôt que la maltraitance familiale, bien plus importante.

Spécificité du désintérêt avec une certification qui traîne en longueur. Avec une insuffisante adaptation d'HPST aux réalités du secteur. Avec de multiples intérimaires souvent non rémunérés à force d'être cumulés. Avec des collègues dont la prime 2009 n'est pas encore connue, encore moins payée.

Le snch demande une action énergique des ARS en faveur des regroupements d'établissement. Il veut la parité statutaire avec les directeurs d'hôpital et la reconnaissance des directions multiples. Il souhaite que les particularités du secteur soient mieux prises en compte. Il demande plus de respect, plus de soutien, moins de stigmatisation.

\*\*\*

Il est temps d'avancer sur les directeurs des soins.

Un des trois acteurs clefs de l'hôpital, membre de droit du directoire, gestionnaire du premier budget de l'établissement via les personnels soignants, est encore traité comme un agent sur bien des points.

Avec la gestion nationale du corps, avec la présence de droit au directoire, deux grandes revendications du snch sont satisfaites. Il en reste une troisième : obtenir la reconnaissance statutaire.

Le protocole LMD, qui promeut les cadres et cadres supérieurs de santé, rend encore plus criantes les carences du statut des directeurs des soins.

Et le refus du gouvernement de les traiter à parité avec les autres directeurs concernant le logement a été vécu comme du mépris.

Je le dis haut et fort. Nous n'avons cure des toilettes. Il faut un nouveau statut pour les directeurs des soins. Un statut à la hauteur des responsabilités. Un statut équivalent à celui de leurs collègues directeurs d'hôpital.

\*\*\*

Il est temps d'avancer sur les directeurs d'hôpital.

Le statut du « patron » de l'hôpital qu'évoquait le président, doit intégrer les nouvelles réalités issues d'HPST.

Il faut trouver des contreparties à la fragilisation des postes. Nous serons particulièrement attentifs au devenir des conseillers généraux des établissements de santé, mais également à la possibilité d'instaurer le GRAF pour les directeurs.

Il faut pouvoir motiver et récompenser la prise de risque et l'exercice multi sites, aussi bien chez les chefs d'établissement que chez leurs adjoints...

Nous vous avons fait des propositions. Nous attendons votre réponse.

Nous n'accepterons pas qu'il nous soit objecté une quelconque conjoncture.

L'Etat a trouvé les moyens, en pleine crise, pour porter à un très haut niveau les primes des attachés d'administrations centrales, puis celles des administrateurs civils. Ils n'avaient pourtant connu aucune augmentation de leurs responsabilités équivalente à celle engendrée par HPST.

Madame la directrice générale, le snch s'est engagé dans la réforme. Il a tenu tous ses engagements. Il attend aujourd'hui que le ministère fasse de même.

\*\*\*\*\*

Ce point sur les primes m'amène à parler des retraites.

Il faut regarder les choses en face : pour survivre, les régimes de retraite ont besoin d'être réformés. Ce qui était possible et juste dans les années 80 ne le sera plus demain.

Mais pour qu'une réforme soit réussie, il faut d'abord un discours sincère.

Concernant les fonctionnaires, je vois surtout, comme d'habitude, de la démagogie.

Madame la Directrice Générale, les fonctionnaires en ont assez d'être présentés comme les privilégiés du système. Ils ne le sont pas. Et les cadres encore moins.

L'absence de prise en compte des primes et du logement compense largement les deltas de cotisation public/privé.

Si le gouvernement veut de l'égalité, alors qu'il la fasse pour de bon. Oui à l'égalité de traitement entre salariés du privé et du public, mais avec un revenu pris en compte à 100%, mais avec une vraie retraite complémentaire.

Le snch ne s'est pas associé aux derniers mouvements car il est absurde de s'opposer à une réforme inéluctable quand ses contours ne sont pas encore connus.

Ils le sont désormais.

Chers collègues, chers amis, je vous invite à en parler demain dans vos réunions de catégorie afin que le snch détermine sa position.

\*\*\*\*\*

La réforme HPST passe aussi par les ARS.

Je souhaite attirer votre attention sur le principal danger qui les guette. Celui de la bureaucratisation.

Les ARH étaient des administrations de mission, légères et accessibles. Les ARS fédèrent de nombreux services déconcentrés de l'Etat et de la Sécurité Sociale, avec les moyens, mais aussi la lourdeur qui vont avec. Elles ne doivent pas être étouffées par leur masse.

Les établissements de santé doivent rapidement connaître leurs interlocuteurs. Pour leur répondre les ARS doivent organiser des circuits de décisions simples, transparents, rapides.

Elles doivent être managées et non administrées.

\*\*\*

Et elles doivent agir avec beaucoup de pragmatisme.

Les hôpitaux, les EHPAD, les centres médico-sociaux fonctionnent en cohérence avec la politique nationale. Mais ils répondent également à des besoins locaux qui ne sont absolument pas uniformes. Ils constituent des entités humaines de tailles très diverses, qui ne sont pas réductibles à un modèle unique.

Pour mettre en musique la partition nationale afin qu'elle entre en résonance, sans fausse note, avec la vie du territoire de santé, il est impératif de leur conserver à la fois une marge d'autonomie et un lien fort avec les acteurs locaux.

Les ARS ne doivent pas être des machines à niveler le paysage sanitaire. Elles doivent respecter les particularismes, tout en veillant à ce que les évolutions se fassent dans la bonne direction.

Je pense notamment aux coopérations entre établissements. Il faut les développer, c'est une évidence, mais sans précipitation.

Dans les années 90 il y a eu une mode des fusions rapides, plus ou moins imposées. Peu d'entre elles ont été des succès et jamais sans douleur. D'autres établissements ont su se rapprocher en douceur. Par exemple Saint-

Maurice et Esquirol, où un de mes prédécesseurs a œuvré. Quinze ans après ces deux hôpitaux sont mieux soudés et avec moins de heurts, que d'autres où on a voulu aller trop vite.

En matière de rapprochement, il faut savoir laisser du temps au temps. Et admettre que si la ligne droite est le moyen le plus court d'aller d'un point à un autre, c'est rarement le plus rapide.

\*\*\*\*\*

Madame la directrice générale, comme vous nous croyons à la réforme HPST.

Et nous savons que cette réforme a besoin de nous.

Elle a besoin de notre engagement. Elle a besoin de nos compétences. Elle a besoin de notre expertise.

Il est indispensable, pour l'avenir de nos établissements, pour l'équilibre des finances publiques et pour l'amélioration continue des soins, que le gouvernement en ait pleinement conscience.