

Discours

Monsieur le président du conseil d'administration,
Mesdames et messieurs les maires,
Mesdames et messieurs les administrateurs,
Monsieur le président de la CME,
Mesdames et messieurs les représentants du CTE,
Mesdames et messieurs,
Chers amis,

Je suis particulièrement heureux de fêter avec vous le 40^{ème} anniversaire du CHI André Grégoire et après un conseil d'administration studieux, nous venons de visiter une exposition retraçant la vie de notre établissement depuis 1965, date de son installation, nous avons également vu dans cette visite des stands qui montrent la vie d'aujourd'hui à l'hôpital pour ceux qui y travaillent et ceux qui y sont accueillis ; aussi nous avons mieux compris les projets qui donneront à cet hôpital des perspectives, de la pérennité et du développement. Hier, aujourd'hui et demain, voilà le fil rouge de notre 40^{ème} anniversaire.

A cet instant, je voudrais remercier tous les professionnels qui ont fait de cette semaine, au-delà d'une semaine ordinaire de travail, un temps fort de notre communauté en associant travail et convivialité, et ce à travers plusieurs événements comme la fête de la musique le 21 juin, un match de football mercredi 22 juin entre les militaires de Rosny et les hospitaliers d'André-Grégoire, et aujourd'hui une exposition et un déjeuner de partage entre tous. Merci à vous toutes et à vous tous.

Je donne une mention spéciale à Jean-Bosco Péleket, qui a été l'artisan de ces temps forts. Qu'il en soit remercié en votre nom et en mon nom personnel. Fêter un anniversaire, c'est se retourner sur son passé, réévoquer ses racines et son histoire.

L'hôpital, lieu d'accueil et de soins est une des créations les plus originales de l'Occident Chrétien et son étymologie rappelle à la fois son histoire humaniste, la « domus hospitalis », la maison des hôtes, qu'il soit ami ou étranger, qui est devenu au fil des siècles « l'hospitalis », espace d'accueil et asile pour tous, puis l'hôpital, espace de soins.

Au Moyen Age, c'était d'abord un espace d'accueil des vieillards et des indigents, un asile protecteur ; il devint dans les temps classiques également un espace d'enfermement et de contrôle des populations, et notamment les pauvres, les vieillards, les enfants, les

marginiaux, les fous, et cela indépendamment toujours de toute maladie ; l'époque moderne, (en grande partie grâce aux idées des lumières et à l'humanisme de quelques grands médecins) introduit le soin et la médicalisation à l'hôpital public.

Les progrès considérables de la médecine publique ouvrent alors l'hôpital sur la cité et sur les droits de l'homme.

Je rappelle volontiers que Tenon, chirurgien des hôpitaux de Paris écrivait 20 ans avant la révolution en 1760, que « les hôpitaux sont la mesure de la civilisation d'un peuple ».

L'histoire contemporaine fait enfin de l'hôpital cet espace hypertechnique thérapeutique, mais sans oublier son passé puisqu'il accueille toujours aujourd'hui les personnes vulnérables et précaires dont l'hôpital public reste l'ultime recours.

Nous en sommes les héritiers, et nous allons transmettre ces valeurs ancestrales à nos successeurs et nos enfants.

Bien sur, l'hôpital moderne que nous connaissons aujourd'hui, est né de façon essentielle dans les années 1960, avec notamment en 1958 les ordonnances fondatrices de R. Debré, père de la pédiatrie française, qui complètent ce lieu d'accueil, de soins par des missions d'enseignement et de recherche.

C'est à partir de ces années 1960 que l'activité hospitalière contemporaine se développe, se multiplie entraînant de façon spectaculaire la création, dans les établissements anciens ou nouveaux, des services divers et des spécialités nouvelles.

A ces services de soins, se sont rajoutés des plateaux médico-techniques et logistiques en progrès technologiques permanents. C'est la combinaison de ces éléments très lourds et très onéreux qui débouchent sur un nouvel hôpital, au style architectural innovant « l'hôpital bloc ».

L'hôpital André-Grégoire de Montreuil, l'Interco comme on disait alors, est la concrétisation et la représentation territoriale de cette période. Grâce à ces innovations, les changements profonds vont modifier les pratiques médicales et gestionnaires pour aboutir à la création du service public hospitalier, consacré par la Loi du 31 décembre 1970.

Certains d'entre nous se souviennent de cette grande période où élus locaux, médecins et administrateurs se sont unis dans les territoires communaux ou intercommunaux pour assurer la construction et la prospérité d'un établissement dont on voit aujourd'hui encore la masse immobilière.

Ce n'est pas encore « quarante siècles qui nous contemplent, mais déjà quarante ans ».

Nous témoignons aujourd'hui notre gratitude à ceux qui par leur ténacité, leur volonté, leur mobilisation sont parvenus à obtenir le financement et la construction de cet établissement public de santé au bénéfice des populations de nos neuf communes, puis ceux qui ont travaillé et œuvré depuis 40 ans au service des patients.

Nous les assurons que le plus bel hommage que nous voulons leur rendre, c'est de nous inspirer continuellement et fidèlement de l'exemple qu'ils nous ont donné dans la lutte menée contre la maladie et le malheur, pour le bien et la grandeur de notre service public hospitalier.

Mais après cette période des années de relative prospérité que certains ont qualifié des « trente glorieuses de l'hôpital », période trop courte, la crise qui a frappé les sociétés occidentales dans leur régime de protection sociale voit l'hôpital public en difficulté structurelle avec des ressources qui stagnent et qui baissent, avec des dépenses qui progressent très vite en raison du vieillissement de la population et de l'envolée des techniques médicales représentant des coûts très élevés.

Cette évolution économique normale et prévisible fait prendre à l'Etat une réponse simpliste qui consiste à couper dans ses grands programmes sanitaires et sociaux, en imposant aux hôpitaux un encadrement de ses budgets par la dotation globale qui déconnecte les ressources de l'hôpital de son activité. Comme le disait un humoriste bien connu, on s'autorise à penser dans les milieux bien informés qu'en fermant l'offre de soins, on réduira la demande des patients et de leur famille.

Si le budget global atteint partiellement un objectif de ralentissement des dépenses, on voit grandir un effet pervers qui fige les hôpitaux dans leur activité, ou leur inactivité, ainsi que leur évaluation.

Puis les lois de 1991 créent les établissements publics de santé, à la place du service public hospitalier, et les ordonnances de 1995 parachèvent l'étatisation de la santé, en renforçant

la planification hospitalière et en laissant se développer une concurrence par la coexistence conflictuelle d'un financement très encadré pour l'hôpital public (dotation globale) face à un système de prix de journée très lucratif pour le secteur privé. Finalement c'est l'hôpital public qui supporte l'essentiel des restrictions budgétaires.

Toutefois, la dernière étape de cette réforme remet à nouveau, dans les années 2000, l'hôpital au centre d'un projet appelé « maîtrise médicalisée des dépenses de soins » en posant les bases de l'encadrement de la médecine libérale et de l'hospitalisation publique et privée.

Il reste aujourd'hui aux Agences Régionales d'Hospitalisation à répartir les crédits et les ressources des établissements selon leur activité suivant une nouvelle réforme budgétaire et comptable : c'est la T2A ou réforme de la tarification à l'activité, assortie d'une nouvelle gouvernance de l'hôpital public.

Le CHI André-Grégoire de Montreuil n'a pas échappé à cette évolution, à cette politique qui a entraîné, par des réductions de ses budgets et de ses capacités d'hospitalisation, un déséquilibre financier structurel.

Nous n'avons pas manqué, il y a quelques mois de le mettre en évidence dans un « audit interne de gestion » qui a fait l'objet de débats internes dans notre collectivité.

Et pourtant, en ce début de 3^{ème} millénaire que pourraient penser nos concitoyens, nos élus locaux et nos professionnels d'une société qui n'assurerait pas à ses membres « l'accès de tous aux soins » ?

Nous sommes tous conscients, je l'espère en tous cas, que notre monde bouge, que notre société change et que notre hôpital doit s'adapter aux exigences du présent pour anticiper les enjeux du futur.

Nous avons d'ailleurs accepté d'entrer dans une démarche vertueuse le 8 décembre 2004 en signant un plan de retour à l'équilibre financier avec un programme de développement appelé « Hôpital 2007 ». Vous disposez des maquettes dans le hall d'exposition et des commentaires de présentation : c'est le bâtiment Saules-Clouet et le futur bâtiment Lamaze. En 2005, 90 % de l'établissement sera modernisé et adapté.

Mais aujourd'hui, je lance un message à nos autorités de tutelle qui nous ont indiqué deux objectifs :

1. Réussir le passage à la T2A ou tarification à l'activité,
2. Mettre en œuvre au 1^{er} janvier 2007 la nouvelle gouvernance des hôpitaux.

1 / La T2A

Nous allons nous asphyxier budgétairement, car la cure qui nous est infligée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années rend explosive l'atmosphère hospitalière en 2005. Face à des dépenses estimées à + 4,75 %, les pouvoirs publics par l'ONDAM répondent + 3,6 % ; si on rajoute le plan d'économie de l'assurance maladie qui implique pour l'hôpital 2 % d'économies sur les achats de médicaments, 10 % sur les dispositifs médicaux et 5 % sur les prestations de service et la baisse des tarifs publics, c'est une impasse budgétaire de 3.200.000 d'euros pour le CHI André-Grégoire de Montreuil.

Notre conseil d'administration a proposé au BP une motion de protestation, assortie d'une demande de dotation complémentaire. Cette délibération rejetée par l'AHRIFF est renouvelée expressément aujourd'hui dans notre DM1 2005 et sera adressée au Ministre de la Santé.

Dans un tel contexte, y a-t-il un risque de ne plus pouvoir assumer ses missions, de conserver la qualité des soins et la sécurité des personnes ?

Pour assurer l'avenir, nous demandons une renégociation et un sursis pour notre plan de retour à l'équilibre financier, car nous ne comprenons pas cette volonté de convergence totale entre public / privé en 2012, nous n'avons pas de lisibilité et de visibilité des éléments constitutifs de nos tarifs qui baissent en 2005 et augmentent dans les cliniques privées.

Cette nouvelle tarification que nous soutenons sur le principe doit être revue dans sa mise en œuvre car elle oublie « mission d'intérêt général, missions d'enseignement et de recherches, etc... ».

Quelle entreprise de France, sans visibilité par changement de l'outil budgétaire, dispose-t-elle d'un budget à mi-année seulement et doit assurer son équilibre et son activité, avec

de surcroît le fait que nous ne pouvons pas tirer bénéfice d'une activité nouvelle et soutenu de + 3 % en début 2005, puisque nos tarifs baissent.

2 / La nouvelle gouvernance

Après des mois de controverses, de négociation, l'ordonnance et les décrets d'applications relatifs à la nouvelle gouvernance des hôpitaux sont parus au Journal Officiel le 3 mai 2005.

Si je regrette la complexité d'un texte qui mélange des dispositions qui concerne l'organisation interne et l'organisation financière (« A vouloir trop démontrer, on affaiblit l'argumentation »), je considère en contrepartie que la nouvelle gouvernance peut mettre un terme au malaise persistant de l'hôpital public dans ses processus de décisions, sans être un outil baguette magique, il redonne une plus grande implication aux médecins hospitaliers et aux soignants dans la marche de l'hôpital. Je les invite à saisir l'opportunité qui leur est ainsi faite de mieux prendre en main, avec d'autres, leur outil de travail.

Cette dynamique de responsabilisation n'est pas une fin en soi, mais est au service d'autres éléments du système de soins.

Notre ambition commune, nous les hospitaliers, c'est d'apporter notre pierre à l'édifice du système de soins qui nous entoure.

Ce débat démocratique qui a lieu à l'extérieur, sur l'agora, doit également avoir lieu dans notre hôpital.

Notre organisation hospitalière, qui place l'homme au centre de notre action, doit repréciser la prise en charge du patient, en préservant la qualité des soins, la sécurité des personnes, la reconnaissance des professionnels, tant en prenant en compte innovations technologiques, thérapeutiques et sociales.

Ce n'est qu'à cette condition que nos projets et nos investissements futurs pourront être assurés, dans le programme que nous avons arrêté, dans le calendrier que nous avons fixé, et dans les enveloppes financières que nous avons estimées.

Pour que les quarante prochaines années de notre établissement ne soient pas seulement la poursuite des quarante premières, nous allons œuvrer démocratiquement, dans le

respect des hommes et des institutions, à un service public hospitalier moderne et adaptable.

Nous voulons, à notre tour, être à la mesure de la civilisation que nous espérons et que nous souhaitons.

Je vous remercie de votre attention.

Montreuil, le 24 juin 2005

Michel Massat

Directeur