

## Discours des vœux de M. Martin HIRSCH, Directeur Général de l'AP-HP

Souhaiter une bonne année et adresser ses meilleurs vœux à toutes celles et tous ceux qui font vivre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et à leurs proches est tout sauf anodin. Nous avons cette extraordinaire responsabilité : l'Assistance Publique joue son rôle quand le plus grand nombre de personnes peuvent, grâce aux soins que vous prodiguez, grâce à l'accueil que vous assurez, grâce à la considération que vous leur portez, grâce aux moyens que nous y consacrons, malgré une maladie, un accident, une vulnérabilité, vivre une année meilleure qu'elle ne serait si nous ne donnions pas le meilleur de nous-mêmes.

Vous me pardonnerez, alors que c'est la première fois que je m'adresse à vous à l'occasion de la nouvelle année, d'avoir un ton un peu personnel et d'être plus long que de coutume.

Je ressens l'honneur d'être à la tête de cette institution extraordinaire, hors du commun, fière, inquiète, respectable et respectée, impressionnante, réputée ingouvernable, faite d'un mélange de certitudes et de doutes. C'est la première fois que, nommé dans une fonction, je reçois autant de messages de condoléances que de félicitations, certains parfois ayant même mis en doute ma lucidité à avoir accepté une telle responsabilité. On dit qu'ici, on ne peut échapper à la guerre des pouvoirs : à mes yeux, le vrai enjeu c'est d'éviter la neutralisation de pouvoirs qui n'en seraient plus. Ici, le pouvoir ne se conquiert pas au détriment de celui des autres. Notre pouvoir se mesure juste à l'aune de notre capacité collective à transformer dans des délais normaux nos intentions en actes.

Je tiens à vous remercier pour l'accueil qui m'a été réservé. Merci d'abord au Président du Conseil de Surveillance et au Président de la Commission Médicale d'Etablissement d'avoir établi d'emblée des relations de travail confiantes et constructives. Merci au représentant des patients, Thomas Sannié, d'avoir bien voulu accepter une première, en prenant la parole dans ce rendez-vous traditionnel.

Ce qui frappe quand on revient, fin 2013, à l'Assistance Publique, c'est que l'on comprend immédiatement ce que signifie une notion qui, a beau ne plus figurer dans la loi, est présente dans vos valeurs et dans vos comportements : Le service public hospitalier n'est pas une abstraction. C'est la permanence, c'est cette notion

d'accueil inconditionnel, c'est de ne pas choisir entre les malades, c'est d'être fier de compter un nombre aussi impressionnants de centres de maladies rares et d'y attacher la plus haute importance. C'est comprendre que les contraintes qui pèsent sur nous sont indéniables, mais qu'elles ne doivent pas dicter nos choix médicaux, car notre devoir est de les surmonter pour qu'elles ne nuisent pas aux patients et à une haute conception de la médecine. Plusieurs d'entre vous ont pu faire partager au Président de la République, à la veille de Noël, leur conception du service public hospitalier. On ne peut que souhaiter que la notion de service public hospitalier retrouve sa place dans la loi. Voilà un premier vœu.

Ce qui est extraordinaire et unique à l'Assistance Publique, c'est d'être ce lieu où il n'y a pas de contradiction à s'honorer de compter des prix Nobel - et nous devons continuer à espérer que d'autres viennent de chez nous -, tout en pouvant accueillir le plus grand nombre de patients bénéficiant de l'aide médicale d'Etat. Ce qui est extraordinaire à l'AP-HP et unique, c'est de pouvoir être aussi fier d'une première mondiale, comme celle du cœur artificiel imaginé si patiemment par le Professeur Carpentier, fruit de trente ans de recherches et de dizaines de millions d'investissement et de la technologie la plus sophistiquée, que de nous enorgueillir de traiter dans nos services de pédiatrie, un enfant, amené aux urgences pour des troubles d'apparence banale qui puisse bénéficier de plusieurs mois de soins hyperspécialisés parce qu'on a détecté une maladie rare et grave de son système digestif.

Ce qui extraordinaire à l'AP-HP, c'est de refuser de choisir entre le U d'Universitaire et le U d'Urgence, mais d'avoir constamment en tête qu'un patient sur trois rentre chez nous par les urgences et que la dimension Universitaire n'a de sens que si elle irrigue l'ensemble de nos activités.

J'ai eu l'occasion ces dernières années, comme membre d'une commission présidée par Michelle Bachelet, Présidente du Chili, chargée pour les organisations de l'ONU, dont l'OMS, de travailler sur la protection sociale au niveau mondial. Cela m'a conduit à dire sur tous les continents, qu'il y avait en France une conception probablement unique au monde de l'hôpital, en me référant à l'AP-HP. Une institution où le ministre et son chauffeur, le PDG et l'ouvrier, le millionnaire et le SDF peuvent avoir accès aux mêmes soins, aux mêmes professeurs. C'est cette incomparable force du système français.

Je n'ignorais cependant pas que cet atout extraordinaire, cet acquis construit progressivement depuis la Libération, pouvait être malheureusement atténué par une nuance de taille : si le principe reste vrai, il y a un risque qu'il soit trahi, si le puissant ou l'initié, peut accéder en un temps rapide aux soins dont il a besoin quand le malade ordinaire ou modeste devrait attendre plusieurs semaines ou plusieurs mois, pour sa consultation, ses examens, la programmation de son intervention. Si nous n'étions pas capables de conjurer ce risque et de corriger ces dérives, alors le principe ne deviendrait que virtuel, et nous aurions failli à notre tâche.

C'est à mes yeux la principale responsabilité de ma fonction : mon rôle se résume peut-être à cela. Pouvoir garantir à tous, que l'accès aux soins justifiés par leur état de santé soit le même en qualité et en délai, quelle que soit leur situation sociale, financière et administrative. En un mot, rendre aussi faible que possible la perte de chances, pour tous.

De ce principe simple, il découle de nombreuses conséquences, qui sont tout simplement la feuille de route que je vous propose pour 2014 :

- La lisibilité dans l'offre de soins, et la possibilité pour tous de se repérer dans l'Assistance Publique pour que le parcours en notre sein ne relève pas du jeu de piste; cela passera par de nouvelles relations avec la médecine de ville et par la mise en place avant la fin de l'année d'un nouveau site internet, mais aussi par un projet ambitieux pour l'Hotel Dieu, centre historique de l'Assistance Publique, qui peut devenir un point central pour l'avenir de l'Assistance Publique ;
- Des urgences pleinement intégrées dans le projet médical des groupements hospitaliers, avec une politique de l'aval qui suivent les prescriptions du rapport du Professeur Carli et de la charte adoptée par la CME, dont nous soutiendrons l'application concrète ;
- Une organisation des rendez-vous et des consultations qui, sur le fondement des programmes pilotes qui sont amorcés ou réalisés, allie rapidité et fiabilité ;

- Une attention à la bonne utilisation des plateaux techniques, des blocs opératoires et de l'imagerie, pour qu'à contrario une trop faible utilisation ou des gâchis ne se traduisent pas par des temps d'attente allongée ;
  
- Un développement de l'ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile, pour laquelle nous avons des objectifs ambitieux ;
  
- Une coopération sans frein et parfois innovante avec les hôpitaux généraux et la médecine de ville, les autres organismes de soin et de prévention, pour que la notion de parcours de soin, justement centrale dans la stratégie nationale de santé, soit une réalité pour l'Assistance Publique et l'ensemble de ses partenaires ;
  
- Une attention portée aux conditions de travail, parce que les mauvaises conditions de travail, qu'elles soient physiques, psychiques, matérielles ou organisationnelles sont certainement responsables d'une grande partie de l'absentéisme qui fait peser sur une partie des personnels, des conséquences évitables de tensions sur les effectifs. Parce qu'aussi, comme je l'ai dit dès ma nomination, un personnel en souffrance ne peut remplir sa mission : soulager les souffrances ;
  
- Une conception de l'activité libérale, respectueuse des règles qui l'encadre et de l'esprit qui la régit, qui ne remette pas en cause les principes du service public ; il n'est pas tolérable que les excès, l'absence de tact et de mesure, parfois les fraudes de quelques-uns nuisent à la respectabilité de l'ensemble de la communauté médicale et hospitalière de l'Assistance Publique. J'ai regretté que la première inspection que j'ai sollicitée et obtenue, concerne des comportements qui ne devraient pas exister à l'Assistance Publique. Je ne laisserai pas ternir notre réputation par des comportements irresponsables ;

- Une vision de la recherche qui irrigue l'ensemble de la fonction de soins, car chaque malade a droit de pouvoir compter sur une parcelle de notre « U » ; cela ne signifie pas que la recherche doive être diluée dans les moindres recoins de l'AP-HP, cela signifie que l'ensemble de nos soins doit pouvoir être porté par l'extraordinaire force de la recherche et singulièrement de la recherche clinique, et l'état d'esprit exigeant que cela traduit ; à cet égard, je me félicite non seulement des 3 IHU mais de l'apport que représentent les DHU à notre institution ; je serai attentif à la nouvelle feuille de route de la délégation à la recherche clinique, conformément aux travaux effectués par la CME. Je suis également convaincu que le projet de Gérontopôle est une chance pour faire progresser la gériatrie dans l'ensemble de ses dimensions.

L'Assistance Publique a souvent été considérée comme un univers à part. « Ah, l'AP-HP ! Bien sûr, on y fait des choses formidables. Mais elle est privilégiée ». Parce que c'est Paris. Parce qu'elle est gigantesque. Parce qu'on ne refuse rien à ses grands patrons dont le carnet d'adresses est si bien garni. Parce que la rigueur l'épargne. Parce qu'on la surdote. Parce qu'elle ne se transforme pas. Elle a un régime d'exception.

Tout cela n'est pas ou n'est plus exact. L'AP-HP paye son tribut aux efforts nationaux, comme d'ailleurs l'ensemble de la communauté hospitalière. L'AP-HP n'est pas privilégiée. Elle est fière de prendre plus que sa part aux charges communes. Dans le système de santé, elle est la fille aînée, elle n'est pas l'enfant gâté.

L'AP-HP est, qu'on le veuille ou non, rentrée dans le droit commun. On le voit, sur la qualité, quand nous sommes soumis à la certification par la HAS. Et je tiens à féliciter les Groupements hospitaliers pour les résultats qu'ils ont obtenus, au prix d'efforts importants et pour la poursuite continue de l'amélioration de la qualité des soins.

Mais l'AP-HP reste, qu'on le veuille ou non, hors du commun par ce qu'elle fait, parce qu'elle représente, par ses ambitions. Elle n'a pas de régime d'exception. Mais elle reste une exception, par sa taille, par sa technicité, par son excellence, par son universalité. Une exception par son histoire et pour son avenir, dont nous allons écrire ensemble de superbes pages.

Face à cette réputation, l'AP-HP a peut-être eu tendance à être acculée à la défensive. Soyons offensifs, en justifiant de notre excellence et de notre activité. Pas en l'assénant, mais en le démontrant. Pas en le postulant, mais en l'évaluant. Pas en

l'imposant mais en la partageant. Nous avons parfois besoin de pouvoir déroger au droit commun, non pas pour justifier notre inefficience, nous épargner des transformations, ni pour préserver un confort, mais au contraire, nous avons besoin d'être à la pointe non seulement de l'innovation médicale, mais de l'innovation en général ; innovation dans l'organisation, innovation dans la prise en charge, innovation juridique pour montrer le chemin d'une conception moderne de l'hôpital. C'est ce que nous devons revendiquer sans timidité.

Pour construire une Assistance Publique en mouvement, une Assistance Publique agile, une Assistance Publique créative.

Mais aussi une AP-HP ancrée dans ses territoires et au service des populations de ces territoires. J'entends parfois que la « territorialité », si chère au directeur général de l'ARS, serait une menace de notre « unicité ». Comme si s'organiser pour répondre le mieux possible aux patients de Seine Saint Denis, ce serait renoncer à avoir une vision cohérente de l'Assistance Publique. Je m'inscris en faux contre cette idée. On peut avoir une stratégie d'ensemble pour l'AP-HP et être attentif à ses territoires. Comment penser que notre stratégie pourrait méconnaître les besoins de santé de leur population et leur inégal accès aux soins ? Cela impose de pouvoir rééquilibrer notre offre, autant que de pouvoir mieux coopérer avec les autres acteurs. L'AP-HP a besoin d'être ouverte. C'est dans cet esprit que nous concevons l'hôpital Nord. Faut-il, à l'heure du Grand Paris, se perdre dans les distinctions entre l'intra-muros et l'extra-muros ? Je préfère que nous visions l'AP-HGP, l'Assistance Publique des Hôpitaux du Grand Paris. Et je souhaite d'ailleurs que nos relations avec la Capitale ou la Métropole prennent un tour plus ambitieux, d'un partenariat global, conventionnel, tant sur les questions de santé que sur les questions patrimoniales et foncières. C'est un enjeu d'après printemps.

Nous parlons beaucoup de coopération. Les esprits sont prêts. Et cela dépend désormais beaucoup de nous. Pas d'arrogance. Pas de déséquilibre, Pas de « centripétisme ». Une réciprocité. Si les autres sont méfiants quand nous serions méprisants, rien ne sera possible.

Pour nous adresser leurs patients, les médecins traitants ont besoin de savoir qu'ils seront informés, qu'ils recevront les comptes rendus qu'ils reverront leurs malades. Donc nous le ferons.

Pour que les hôpitaux généraux coopèrent pleinement avec nous, il faut qu'adressage rime avec réadressage, que le travail avec eux ne soit pas un rapport de domination mais que nous les considérions comme des établissements à part entière où l'on peut aussi faire de la recherche clinique, où exercent des médecins qui, souvent ont été formés, de la même manière et dans les mêmes services que nos propres médecins. Assumons pleinement notre rôle de CHU d'Ile-de-France.

La coopération peut avoir rapidement des traductions concrètes. Je pense à l'appui apporté par les hôpitaux d'Avicenne et de Jean Verdier à l'hôpital de Montreuil et au rapprochement entre le CASH de Nanterre et l'hôpital Louis Mourier qui doit pouvoir passer, en 2014, des intentions à la concrétisation. Je pense que nous devons proposer d'aller plus loin dans le rapprochement entre le CHIC et Henri Mondor. Je pense aussi que nous devons être ambitieux dans nos projets avec le service de santé des armées et saisir cette opportunité historique où nous bâtissons notre plan stratégique au moment même où les armées redéfinissent leur projet médical.

Je suis séduit par l'idée de permettre aux partenaires qui le veulent, s'ils le considèrent utile, un label « AP-HP », matérialisant la notion de parcours et de filière, qui garantisse au patient que, quels que soient son mode et son lieu d'entrée dans le système de soin, il puisse avoir la garantie que si la complexité de sa maladie le justifie il puisse avoir le même accès au plateau technique à l'excellence universitaire que s'il avait été adressé en première intention et en premier recours à la Pitié ou à Necker. Et que s'il ne parvient pas dans les hôpitaux de l'AP-HP, cela ne soit pas parce que c'est impossible, que cela ne soit pas une perte de chance, mais juste parce qu'ensemble nous aurions estimé que cela ne le justifiait pas.

Auditionné récemment par des Parlementaires à propos d'une proposition de Loi visant à instaurer un moratoire sur les restructurations hospitalières, j'ai dit qu'un moratoire sur le secteur public, serait le plus beau cadeau donné au secteur privé.

Si nous devons envisager des changements dans l'organisation de nos hôpitaux, de nos services, de nos plateaux techniques, ce n'est pas pour subir une conception défensive d'une AP-HP se recroquevillant mais pour conduire une stratégie offensive au service d'une vision.

Ce qui nous guide, c'est ce qui nous permet de nous donner les moyens de mieux répondre aux attentes de la population, en termes d'accessibilité, de qualité, de sécurité, d'innovation et d'humanité.

C'est parce que nous avons de nombreux projets et que nous devons en avoir plus encore que nous serons allants pour transformer notre offre. L'Assistance Publique doit voir s'y développer la médecine de demain.

Si nous estimons qu'il peut y avoir autant de progrès dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans les vingt prochaines années qu'il y en a eu en matière de cardiologie interventionnelle, nous devons contribuer à ce progrès et nous donner les moyens de le développer à l'Assistance Publique.

Si nous estimons que les médicaments de thérapies innovantes sont un enjeu pour transformer les soins, nous devons soutenir les équipes, qui ont déjà placé la France parmi les meilleurs pays et penser l'avenir de notre organisation en tenant compte de l'apport potentiel de ses techniques. C'est d'ailleurs ce que j'ai décidé après avoir entendu, ensemble, les équipes concernées.

Si nous estimons que dans les prochaines années, une grande proportion des chimiothérapies pourront être réalisées en ambulatoire, nous devons nous organiser pour pouvoir tenir compte de cette évolution, pour concilier le confort des malades et leur sécurité.

Restructurer, à mes yeux, ce n'est pas renoncer, c'est avancer.

Mais, pour cela, je suis convaincu qu'il faut changer de méthodes. Les restructurations ne sont pas des opérations techniques, ce sont des choix politiques. Les restructurations s'inscrivent dans une double vision de la démocratie sanitaire.

La démocratie sanitaire commence dans le dialogue social, qui, dans mon esprit, en fait intégralement partie. J'ai donné, peu de temps après mon arrivée, ma vision du dialogue social. L'année 2014, sera l'occasion de passer des principes à la concrétisation. Je sais que c'est dans un contexte particulier, avec les élections professionnelles à la fin de l'année, mais je fais confiance aux organisations syndicales dans leur volonté de faire vivre un dialogue constructif et respectueux des points de vue. Je l'ai dit et je le répète, cela passe par des instances qui fonctionnent,



par la discussion des projets en amont, à un moment où l'on peut tenir compte de leurs propositions, pas une fois que les choix sont figés.

Le dialogue ne concerne pas seulement les échelons de direction. Il ressort clairement, à la fois des enquêtes et des messages que je reçois, qu'il y a une demande à tous les niveaux de l'Assistance Publique d'être plus informés, d'être mieux associés aux décisions, aux orientations.

Nous devons également avoir une vision large de nos « usagers ». Il y a ceux qui les représentent, les élus des collectivités territoriales et les parlementaires, ceux qui siègent dans nos instances, à travers les associations de patients. Il y a la population. Nous ne devons pas avoir peur du débat public. Nous devons, au contraire, l'encourager. Je serai volontaire pour que l'AP-HP soit à la pointe de l'application des orientations, inspirées du rapport de Claire Compagnon, sur la place des usagers dans le système de soins. Et nous organiserons, au mois de juin, des journées « portes ouvertes » de l'AP-HP, pour mieux faire partager l'ensemble des facettes de nos activités.

J'ai identifié dix leviers pour avancer.

Le premier, c'est de construire rapidement une véritable force de frappe en matière « médico-économique » et en économie de l'innovation. D'abord sur le plan de la recherche. Il n'est pas normal qu'une institution aussi grande, aussi forte que la nôtre puisse publier dans Lancet, le New England et Nature et pas, en même temps dans les meilleures revues économiques internationales. Il n'est pas acceptable que nous ne puissions pas appuyer nos décisions sur des données médico-économiques solides, plutôt que sur des considérations qui ne seraient qu'administratives ou purement d'économies.

Je dégagerai un budget spécifique dès cette année pour que nous puissions mettre en place ce levier, avec des partenaires français et étrangers et j'espère que nous pourrons vite partager cette priorité avec les universités. L'Hôtel Dieu est le lieu idéal pour y bâtir le grand centre médico économique dont l'AP-HP doit se doter. Nous devrions avoir l'équivalent d'un DHU ou même IHU dans le domaine médico-économique.

Le deuxième levier, en partie lié au précédent, c'est le système d'information. D'un point de vulnérabilité, il peut devenir l'un de nos grands atouts. Pour que chaque service puisse mieux piloter et exercer son activité, mais aussi pour l'AP-HP dans son ensemble. C'est aussi la condition d'une plus grande ouverture sur la médecine de ville et sur les autres établissements. C'est encore un outil important pour l'amélioration des conditions et de l'efficacité du travail des médecins et des soignants. Les questions posées par la généralisation d'Orbis et par une bonne gouvernance des systèmes d'information seront traitées dans le trimestre qui vient, dans des conditions qui nous donneront les moyens de faire des choix éclairés et incontestables.

Le troisième levier, c'est une politique forte de l'accompagnement de l'encadrement, identifié comme un point de vulnérabilité. J'entends parler depuis mon arrivée du « malaise des cadres » qui est une réalité. Les changements d'organisation et les contraintes qui pèsent sur les effectifs se sont rajoutés aux motifs plus traditionnels qui rendent cette fonction difficile. Les cadres sont ceux vers lesquels convergent toutes les tensions ; ils seront ceux vers lesquels convergeront notre attention, notre appui, notre soutien.

Le quatrième levier est lié au précédent : ce sont les protocoles de coopération auxquels je crois beaucoup et sur lesquels j'entends que nous passions à une vitesse nettement supérieure. Cela doit être une possibilité donnée aux soignants de pouvoir exercer davantage de responsabilités, tout en restant dans le cœur de leur métier et dans des conditions qui les servent dans leur carrière. Cela ne dépend pas uniquement de nous, mais je souhaite que nous mettions la plus grande énergie, vis-à-vis de la Haute Autorité de santé, du Ministère comme en interne à l'AP-HP pour pouvoir avancer dans cette direction, dans des conditions qui devront être concertées dans notre institution pour ne pas partir sur de fausses pistes.

Le cinquième levier est celui de la formation, de l'apprentissage et de la promotion professionnelle. J'aime rencontrer certains directeurs d'hôpitaux, qui ont commencé comme infirmier, secrétaire médicale ou aide-soignant. Je n'aime pas que cela soit plus rare qu'avant. Nous devons nous donner les moyens de rendre plus fréquents ces parcours.

Le sixième levier, c'est celui de la modernisation de nos équipements. Nous avons conscience du retard et de la vétusté du petit équipement. En 2014, grâce à

l'enveloppe supplémentaire exceptionnelle que Marisol Touraine, la Ministre de la santé et des affaires sociales, a annoncé à Robert Debré cette semaine, nous pourrons accroître l'effort pour le renouvellement des équipements de 20 % pour atteindre 120 millions d'euros en 2014, contre 100 millions d'euros en 2013 et moins de 50 millions les trois années précédentes. Cela nous permettra un effort important sur les équipements médicaux mais aussi sur les lits, les lève-patients, le mobilier modulaire, nécessaire à nos missions.

Le septième levier c'est celui de la poursuite de la restructuration des plateaux de biologie. Je sais qu'un chemin important a été fait dans le plan stratégique actuel et que le sujet reste sensible. Mais, nous ne pouvons pas nous permettre d'être moins performant que d'autres établissements.

Le huitième levier, c'est celui du taux d'utilisation des blocs opératoires, des installations radiologiques et des plateaux techniques. Nous publierons des indicateurs, qui permettront à chacun de pouvoir se comparer et de progresser.

Le neuvième levier c'est celui du codage et de la facturation. Nous devons mieux nous faire payer. Si nous ne voulons pas que nos variables d'ajustement soient la masse salariale ou l'équipement médical, il nous faut faire un effort soutenu, sans faille, sur le codage et la facturation. C'est l'une des clés de l'année 2014 et des années suivantes. Jusqu'à présent on pouvait présenter au paiement des codages des deux années précédentes. Désormais cela ne sera plus possible. Nous devons faire des progrès sensibles dans le codage, ce qui appellera une vigilance, une aide, une sensibilisation constante. Chaque codage mal fait, négligé ou oublié, c'est des moyens en moins pour pouvoir disposer de temps de soignants.

Il n'est pas normal qu'il soit si compliqué de payer ce que l'on doit à l'AP-HP quand on est patient. Je parle d'expérience. Caisse fermée, queue décourageante, complexité trop grande. Nos patients ne sont pas encouragés à payer et le coût, en termes de trésorerie, se compte en dizaines de millions. J'oserais dire que « Codage et facturation » sont deux mamelles de l'Assistance Publique pour l'année 2014.

Le dixième levier, c'est celui de la lisibilité de notre offre de soins. Avant la fin de l'année 2014, nous aurons un véritable site internet digne de l'AP-HP, bien référencé, moderne, tourné vers les besoins des patients, identifiant l'offre de l'AP-HP, plus concret qu'institutionnel, plus accueillant que rebutant.

Ce sont les leviers qui doivent nous aider à faire le chemin ardu vers l'équilibre financier. L'équilibre financier est certes une contrainte très forte, mais c'est aussi une motivation pour rendre notre activité plus dynamique. En 2013, nos réalisations d'activité seront à peine supérieures à celles de 2012 et bien en deçà des prévisions d'une croissance de l'activité de 2 %.

Notre stratégie doit nous remettre sur le chemin de la croissance, du dynamisme. Parce que nous devons faire en sorte que le chemin vers l'AP-HP soit plus naturel et que notre offre réponde mieux aux besoins de santé.

L'équilibre financier de l'AP-HP, cela ne signifie pas l'équilibre de chacun des Groupes hospitaliers. C'est au niveau de l'ensemble de l'établissement qu'il s'apprécie. Sinon, cela ne sert rien d'avoir un établissement unique. Sinon, nous sombrerons dans la concurrence, et non pas dans l'émulation, entre groupes hospitaliers et c'est l'AP-HP qui y perdra. Il nous faut au contraire trouver des moyens d'intéresser un hôpital à un regroupement d'activité, même si ce n'est pas en son sein : il n'y a aucune raison de le pénaliser lorsqu'il contribue à une opération qui intéresse l'AP-HP dans son ensemble.

Nous avons un objectif de retour à l'équilibre des comptes d'ici 2016. Cet objectif je le maintiens et nous l'atteindrons. Il est difficile, parce que nous devons dans les années qui viennent supporter la charge des grandes opérations qui ont été financées par l'emprunt, tout en préparant les grandes opérations qui ont notamment pour nom Nouveau Lariboisière, Hôpital Nord, Renaissance de l'Hotel Dieu, Sainte Perine, Centre RBI de Henri Mondor, pour citer les opérations importantes qui nous engagent.

L'Assistance Publique est une grande institution, qui porte une responsabilité sociale particulière. En 2014, nous recruterons 500 emplois d'avenir. Nous verrons comment poursuivre une politique d'achats responsables, en complément du travail remarquable que nous faisons avec les établissements pour handicapés. Nous veillerons à appliquer notre plan « handicap ». Nous serons agréés pour accueillir des volontaires en service civique.

Je souhaite que la place des bénévoles et des volontaires soit davantage visible et mieux intégrée dans notre action. Ils ne sont pas des substituts à l'emploi public mais représentent un apport complémentaire. Je souhaite que nous puissions faire, au premier semestre 2014, un état de tout ce qu'apportent les bénévoles à

l'Assistance Publique et que nous ayons un véritable plan de développement et de reconnaissance de leur action.

De la même manière, nous devons nous intéresser davantage au mécénat et aux possibilités qu'il peut nous offrir, au-delà des actions ponctuelles, parfois de très grande qualité qui sont menées. Nous devons avoir des ambitions dans ce domaine à la taille de notre institution.

Notre place particulière nous donne non seulement une responsabilité sociale mais une responsabilité internationale. Le rayonnement international de l'Assistance Publique n'est pas une coquetterie, mais il me semble inhérent à nos missions. Pour que les grandes orientations en matière de coopération internationale trouvent à se concrétiser, il faut qu'une grande institution comme la nôtre s'y engage et sache répondre aux sollicitations de notre gouvernement et de nos partenaires. Cela ne se fera pas au détriment des ressources que nous avons à consacrer à nos malades mais dans des conditions qui peuvent nous « apporter » sur le plan universitaire, scientifique, médical, humain et parfois même financier. Cela va de pair avec la nécessité de pouvoir accueillir dans nos services des « fellows » davantage que nous ne le faisons aujourd'hui.

Cela nous donne également une responsabilité particulière à l'égard des patients. Nous sommes en train de vivre un moment important pour la démocratie sanitaire. Les associations de patients ont joué un rôle de contre-pouvoir essentiel au cours des vingt dernières années. C'est par leur combat qu'elles ont gagné leur légitimité, fragile, mais incontestée. De contre-pouvoir, elles sont en train de passer à celui d'un « pouvoir », au même titre que d'autres. Et l'un des effets secondaires désirables de la tarification à l'activité est que nous avons besoin, plus que jamais, que les patients nous fassent confiance, viennent chez nous, recommandent l'Assistance Publique.

L'attention portée aux patients impose de ne pas prendre à la légère des sujets qui peuvent paraître secondaires. Nous devons nous attaquer aux poches de vétusté. Nous devons faire un effort sur la restauration pour que les malades ne soient pas seulement bien soignés mais également bien nourris.

L'attention aux patients, c'est ce qui a conduit de changer, à partir de maintenant l'ensemble des blouses des malades, de telle sorte que des béances ne

compromettent pas la pudeur et n'ajoutent pas le sentiment d'humiliation à la vulnérabilité ressentie par toute personne hospitalisée.

L'attention portée aux patients, c'est également la place à donner à l'éducation thérapeutique, que nous devons considérer comme une mission à part entière, d'autant plus importante face à l'augmentation considérable, du nombre de maladies chroniques, face au défi de l'observance des traitements, face à l'enjeu de la prévention.

Pour que nous puissions relever ces défis, il faut que nous arrivions à donner envie de rester travailler à l'Assistance Publique. J'ai été très attentif aux enquêtes, à travers le baromètre social notamment, ou aux interpellations qui m'ont été faites. « Nous aimons l'AP-HP, viscéralement, mais les pesanteurs et les doutes sont devenus plus forts que notre attachement ».

Pour cela, il faut un management qui associe davantage les équipes, tout en permettant de prendre des décisions, sans qu'elles ne s'enlisent.

Pour cela, il faut aussi savoir tenir compte des fragilités et savoir y apporter des réponses, en ayant conscience de la tension qui pèse sur toutes les catégories de personnels.

Pour cela, il faut savoir conserver un esprit à une institution qui ne doit pas se déshumaniser, depuis les salles de garde jusqu'aux salles d'attente des urgences.

Pour cela, il ne faut pas prendre les opportunités pour des menaces et ne pas passer à côté des beaux projets mobilisateurs.

L'Hotel Dieu n'est pas un problème, mais représente un formidable challenge : en assurer la renaissance. L'intégration de l'hospitalisation à domicile sera un premier pas vers un projet que nous avons quelques mois pour redéfinir. Au cœur de Paris, il y a aussi le cœur de l'Assistance Publique. Si j'osais une métaphore, je dirais qu'à l'Assistance Publique, nous avons désormais le savoir-faire pour greffer un nouveau cœur, avec les matériaux de demain... Et vous serez à nouveau fier de notre Hotel Dieu.

L'hôpital Nord a les meilleures fées qui veillent sur son berceau que nous devons savoir d'ici l'été où poser. C'est une chance rare que d'avoir à concevoir un tel projet

et de tenir fermement le cap pour que notre soif d'innovation ne se perde pas dans la reproduction des schémas du passé.

Il faut que chacun ici sache que l'Assistance Publique sait où elle va. Elle n'a pas à être rongée par les doutes existentiels qui font perdre du temps. Elle doit savoir que nous sommes là pour la guider vers l'essentiel. Une vision du progrès médical indissociable du progrès social.

Je vous souhaite une année 2014 forte et passionnée.