

**Discours de Frédéric Valletoux,
Président de la Fédération hospitalière d’Île-de-France**

Congrès de Printemps de la FHF-IDF – le 28/06/11

Mesdames et Messieurs les Élus,
Madame la Directrice de la DGOS,
Monsieur le Directeur Général de l’ARS Île-de-France,
Cher Jean Léonetti et Cher Gérard,
Chers amis,

Je vous souhaite à tous, tout d’abord, la bienvenue sincère à ce congrès de printemps 2011 de Vincennes de notre FHF-Île-de-France.

Je le fais dans un contexte, à l’évidence ressenti comme, déstabilisant, voire démotivant par tous les acteurs de la communauté professionnelle hospitalière d’Île-de-France.

Notre communauté a traversé ces dernières années bien des épreuves. Elle a su toujours les surmonter.

Mais celle qui nous est imposée cette année est inédite, sans égale de sévérité et de rigueur dans notre histoire.

Aussi, ce que je vais vous dire ce matin paraîtra sans doute particulièrement ferme sur l’action des pouvoirs publics.

Mais par tous les témoignages que je reçois ces derniers mois des chefs d’établissement, des présidents de CME, des personnels, des élus des conseils de surveillance, je me dois - et c’est le rôle du président de notre fédération régionale - d’exprimer le sentiment d’un malaise général.

Ce que je vais dire concerne à l'évidence le contenu et la forme de la politique suivie et ne touche évidemment pas aux personnes en responsabilité de la conduire et avec lesquelles, le respect, le dialogue ont toujours été de règle.

Comme à l'habitude, nous réserverons la matinée aux sujets de l'actualité régionale et nationale et travaillerons cet après-midi sur quatre thèmes d'actualité technique traités par les membres de nos conférences spécialisées régionales :

- évaluation des personnels : comment réussir la suppression de la notation ?
- quelle stratégie d'investissement des établissements publics de santé franciliens au regard d'un contexte financier extrêmement contraint ?
- quelles perspectives pour la démographie médicale en Île-de-France ?
- quelle place pour le secteur médico-social dans notre région à l'heure du PRS et de la convergence tarifaire ?

Avant d'aborder les questions de l'actualité régionale, je voudrai aussi dire un mot de l'organisation interne de notre fédération régionale.

- Rappeler que depuis des années nous constatons et déplorons la faiblesse de nos moyens, notamment en comparaison de ceux dont disposent les autres fédérations.

Il est vrai que nous avons longtemps compensé aisément cette faiblesse par l'investissement, l'engagement militant bénévole des cadres des directions des établissements, des médecins et des cadres soignant de la région.

- Mais les choses ont changé.

Chacun d'entre nous mesure depuis quelques mois que la Loi HPST, avec la création des agences régionales de santé, a radicalement modifié la donne et que nous avons, en région Île-de-France, un nouvel acteur, puissant, par l'importance de ses moyens, de ses

compétences techniques et des pouvoirs juridiques et du champ élargi de responsabilité que l'État lui confère.

L'année que nous venons de passer nous démontre que l'ARS IDF agit, décide, avance vite et impose ses méthodes, son rythme aux acteurs et aux organisations représentatives de l'offre de soins.

Nous constatons aussi - sur tous les domaines où nos avis, nos contributions sont attendus - une complexification technique croissante des sujets nécessitant à la fois plus de temps de préparation, de concertation et plus de qualification.

C'est pourquoi, en accord avec le Conseil d'Administration, nous avons décidé de créer un poste de Délégué Régional plein temps, salarié de notre organisation.

Il travaillera en direct avec le Président et avec le Vice-Président, nouvelle fonction au sein de notre Fédération régionale, en substitution de celle de Secrétaire général. Il s'agit en l'espèce d'une innovation forte de notre fédération. Sur ce point, nous allons concerter et vous soumettrons, lors de notre prochaine assemblée générale, un projet de réforme de nos statuts constitutifs.

Je viens maintenant sur les sujets de l'actualité régionale.

Les amateurs de rugby savent que, quelles que soient les forces en présence, les circonstances du jeu, c'est l'état d'esprit des équipes qui fait le plus souvent sur le terrain la différence, lorsque l'une d'elles en particulier se montre collectivement plus soudée, confiante et conquérante et qu'elle transcende ses différences, ses faiblesses pour s'imposer.

L'année 2010, dont nous avons présenté récemment le bilan comptable et les résultats de l'activité devant nos Conseils de Surveillance, démontre que notre communauté hospitalière et médico-sociale d'Île-de-France a fait preuve de cet état d'esprit offensif et conquérant.

Et les résultats sont là !

Elle l'a fait en dépit des difficultés de toutes natures qui ont entravé son action.

Ainsi, les établissements de la FHF-IDF ont augmenté tous secteurs confondus leur activité + 1,44 % en séjours PMSI.

Pour la troisième année consécutive, ils ont repris des parts de marché en chirurgie, en gynécologie-obstétrique au secteur privé commercial.

Ils ont, à nouveau, réduit leur déficit avec une amélioration structurelle de 2009 à 2010 de 80 millions d'euros.

Ils ont su entrer résolument dans la logique de la nouvelle loi hospitalière par la mise en œuvre opérationnelle de stratégies de groupe, l'émergence de plusieurs projets de création de communautés hospitalières et médico-sociales, par le développement d'opérations d'investissement, de reconstruction ou de réhabilitation de bâtiments d'hospitalisation et de plateau technique.

La Direction de l'ARS d'Île-de-France, l'autorité ministérielle se sont d'ailleurs félicitées à raison publiquement de ces bons résultats.

Mais il se trouve qu'avec le nouveau dispositif 2011 de l'EPRD, toutes les règles du jeu, jusqu'alors définies, ont été modifiées - et dans tous les compartiments, et dès lors, l'équipe des hôpitaux publics d'Île-de-France ne sait plus jouer.

Cette nouvelle situation m'amène à dire solennellement pour la première fois :

- que nous sommes face à un exercice budgétaire techniquement, intellectuellement, humainement impossible à mettre en œuvre,
- que nous ressentons, cette année tout particulièrement, un fort sentiment d'injustice dans le traitement qui nous est fait,
- que plus gravement, nous ne percevons plus le sens de l'action publique et déplorons que s'élargisse de plus en plus le fossé entre un hôpital virtuel - normé, bardé de réglementations sécuritaires, d'assurance qualité, de conseils d'experts et d'inspecteurs en tous genres - et un hôpital réel, qui fait ce qu'il

peut avec des ressources humaines et financières de plus en plus rares et qui cherche son chemin,

- que sur le secteur médico-social et de la prise en charge des personnes âgées enfin, nous ressentons, par la soudaine brutalité des mesures appliquées, un sentiment de totale incompréhension, d'incrédulité, d'incapacité conceptuelle et pratique à mettre en œuvre, et pour parler franchement, chez un nombre croissant d'entre nous, de révolte.

Je développe ces différents points !

1) - Dans un communiqué commun signé avec les responsables de la FEHAP et de l'URIOPS-IDF, nous avons en vain, lorsque la campagne budgétaire 2011 nous a été présentée, attiré l'attention des responsables de l'ARS sur la perspective d'un exercice impossible à mettre en œuvre, d'une sévérité inédite risquant de générer la démotivation des acteurs médicaux et de nouvelles tensions sociales.

Cette année, les annonces qui nous ont été faites ajoutent et potentialisent sur tous les compartiments de l'offre de nos établissements une rafale de mesures dont la gravité est sans précédent :

- chute des tarifs des GHS de près de 1 %,
- baisse drastique, sans doute encore inférieure aux premières estimations que nous avons faites avec les responsables des DIM, de la tarification des séjours depuis le 1^{er} mars avec l'application de la V11 ter de la tarification T2A, entraînant une diminution de la rémunération des séjours par la dégradation de la rémunération des niveaux de gravité qui affecte particulièrement les établissements à PMCT lourd. Baisse que nous évaluons entre - 1 % et 2 % et qui s'ajoute à celle des tarifs.
- réduction brutale du montant des MIGAC régional de 110 millions d'euros qui représente pourtant le cœur et la seule source de financement des missions exercées par le service public hospitalier.

Avec la FHF Nationale, nous déplorons que le financement de ces missions devienne une variable d'ajustement lors des arbitrages interministériels d'équilibrage du budget de la nation.

Nous déplorons également - et nous vous avons interrogé sur ce point Monsieur le Directeur Général de l'ARS, sans avoir reçu de réponse à ce jour ! - qu'une réserve prudentielle de 65 millions d'euros ait été constituée dans notre région pour le cas où la perspective hypothétique d'un dérapage de + 2,4 % serait avérée. Hypothèse bien théorique, bien improbable, bien dangereuse à vrai dire considérant que le nombre des séjours n'a augmenté l'année dernière dans notre région que de + 1,5 % environ et que le constat que nous faisons sur les premiers mois de l'année est en moyenne dans la plupart de nos sites hospitaliers celui d'une timide stabilisation de l'activité.

Dès lors, se pose dès maintenant - et non comme à l'habitude à quelques jours de la fin de l'exercice - la question du déblocage de la réserve prudentielle.

Ce sujet est capital pour la visibilité de la gestion et pour la paix sociale de nos établissements dans les mois à venir.

Nous regrettons aussi la réduction du financement de la permanence des soins de 145 millions d'euros à 139 millions après prélèvement de 11 millions au bénéfice du secteur privé libéral.

Nous déplorons encore - et tout s'ajoute hélas - la création d'un droit de timbre pour l'AME à payer par les malades en situation de précarité avec comme conséquences un risque d'exclusion des populations les plus marginalisées socialement (et nombreuses en couronne parisienne), source certaine de créances irrécouvrables supplémentaires pour nos structures contraintes à respecter l'obligation légale d'accueil et de soin.

Nous déplorons, enfin, d'être obligés - par la contrainte de tarifs administrés à la baisse - d'absorber l'augmentation naturelle du coût des biens et des services et, aussi, l'impact des réformes statutaires (si légitimes soient-elles !) voulues par l'autorité ministérielle et je pense, évidemment, aux conséquences économiques de l'application de la réforme LMD pour les infirmier(e)s diplômé(e)s d'État dont les effets ne feront que croître dans les années qui viennent.

Toutes ces dispositions, accumulées les unes après les autres

désespèrent la communauté hospitalière.

Elles rendent périlleuses, par l'impact des injonctions paradoxales reçues, l'élaboration de nouveaux projets médicaux locaux et la conduite des politiques de contractualisation interne avec le corps médical.

Elles risquent de réduire l'exercice de la gestion hospitalière à une course sans fin de recherche, au jour le jour, d'économies comptables.

Dans ces conditions, notre fédération, qui avait soutenu avec la FHF nationale le modèle de tarification à la pathologie, s'interroge aujourd'hui sur le bien fondé de celui-ci et plaide pour un dispositif plus transparent, plus intelligent et mieux compris d'allocation de la ressource hospitalière.

2°) - A la perception, cette année, d'un exercice budgétaire impossible à mettre en œuvre, s'ajoute un réel et fort sentiment d'injustice sur le traitement dont bénéficient les cliniques privées commerciales et celui appliqué à l'hôpital public.

Avec notamment, sans qu'aient été conduites des études économiques et scientifiques rigoureuses, la généralisation à vitesse accélérée chaque année du principe idéologique d'application de convergence tarifaire entre secteurs aboutissant à augmenter la rémunération des séjours des opérateurs privés et à réduire celle du secteur public.

Avec la ponction de 11 millions d'euros sur l'enveloppe de la permanence des soins hospitaliers au bénéfice du secteur privé libéral, sans que nous ayons bien compris à quoi, à qui, comment et surtout quelle était la contrepartie apportée par ce secteur à la prise en charge de cette obligation, et alors même qu'une réflexion officielle est en cours pour une réforme complète du dispositif.

Avec également le sujet de l'affectation des étudiants en médecine dans les hôpitaux privés.

Sujet sur lequel je vous ai interpellé, Monsieur le Directeur de l'ARS, il y a plus de deux mois, sans – pour l'instant - n'avoir pas reçu de réponse.

Il se trouve, que par une réglementation nouvelle, les représentants des hôpitaux de la périphérie parisienne sont désormais exclus des commissions régionales d'agrément des services autorisés à recevoir des internes, laissant aux seuls représentants de l'université le soin de décider.

Alors que nous avons été écartés de ces commissions, nous apprenons qu'une douzaine de services des cliniques privées de la région viennent d'être jugés apte à l'agrément - je parie dans les années à venir que ce nombre ne fera que croître à notre détriment.

La FHF-Île-de-France, comme je vous l'ai écrit, demande à être représentée dans cette instance réglementaire, même s'il ne lui est accordé qu'un siège d'observation. Merci Monsieur le Directeur Général d'être garant, comme l'avaient toujours été les services de la DRASSIF, d'une juste répartition des étudiants en médecine dans les sites formateurs de notre région et de vouloir bien répondre à ce souhait !

* * *

Sentiment, perception d'une politique de deux poids, deux mesures !

Espérance de notre part d'une approche plus neutre, plus respectueuse de l'équilibre, des intérêts de nos secteurs.

3°) - Un troisième sujet s'ajoute aux interrogations actuelles hospitalières.

Il est sans doute encore plus fondamental et concerne la question du sens.

- Tous les questionnements sur l'avenir, sur le modèle d'offre de soins à construire pour les années qui viennent.

- Sur la place de l'hôpital public dans le projet cible imaginé par l'Agence Régionale

L'envie, le besoin que nous avons d'avoir enfin d'autres perspectives

que le strict respect de l'équilibre comptable.

La nécessité de se projeter, de préparer le futur, d'investir sur le moyen et le long terme et de mobiliser les équipes médicales et le personnel.

Les conclusions du groupe de travail de la conférence des directeurs financiers franciliens qui seront présentées cet après-midi illustrent bien l'impasse dans laquelle nous sommes.

Nous considérons cette situation comme intenable.

Plusieurs exemples l'illustrent :

- celui tout d'abord de l'arrêt ou, pour être encore optimiste, du retard d'application du plan hôpital 2012,
- celui de la remise en cause pour la première fois cette année des anciens CPOM signés avec certains établissements, et qui avaient jusqu'alors toujours été honorés par les responsables de l'ARH, grâce à l'utilisation d'une marge de manœuvre régionale qu'ils avaient su constituer.

Ces contrats avaient souvent été conclus après des études et des négociations rigoureuses et engageaient la parole de l'État.

Ils ont conduit certains établissements à engager des opérations d'investissement : de travaux, d'équipements, et même dans quelques cas conduit à la décision de construire de nouveaux hôpitaux.

Des marchés ont été passés, des emprunts contractés.

Ce qui a été défini, accordé contractuellement, va-t-il être d'un trait définitivement retiré ?

Notre fédération ne peut comprendre qu'au gré des aléas de la politique financière annuelle, des autorisations de programmes d'investissement, assurées jusqu'alors, soient d'un seul coup menacées.

Qui osera à l'avenir s'engager ?

J'ajoute qu'il est déjà bien difficile à l'hôpital d'emprunter.

Les banquiers deviennent méfiants à son égard.

Le statut d'opérateur public ne garantit plus une signature facile.

Qu'en sera-t-il lorsqu'ils constateront que les autorités hospitalières retirent leur soutien à des opérations qu'ils avaient de longue date contractuellement suscitées et toujours promues.

Notre crainte est réelle, Monsieur le Directeur Général, sur ce sujet et souhaitons de votre part une étude attentive.

Car la question qui se pose à ce jour est celle de la poursuite ou de l'arrêt des opérations en cours, prévues dans les anciens CPOM.

Je rappelle que la FHF-Île-de-France a toujours plaidé pour que les Agences Régionales disposent - dans le cadre de la logique de déconcentration de la décision publique - d'une marge financière propre pour leur permettre de soutenir, localement, avec une relative souplesse, les contrats passés avec les établissements (qu'il s'agisse des contrats de retour à l'équilibre ou d'opérations d'investissement restructurantes).

Nos interrogations seront-elles levées à la lecture du projet de plan stratégique de santé soumis actuellement à la concertation ?

A vrai dire, pas pour l'instant !

Certes le document qui nous a été communiqué est intéressant, bien charpenté, documenté tant dans sa partie diagnostique que dans le volet des objectifs stratégiques.

Mais nous observons, dans l'esprit de la Loi HPST, qu'il s'agit d'un travail de portée générale. Il englobe une réflexion sur l'évolution de l'ensemble du système de santé qui sera complétée, dans les deux ans à venir, par les nouveaux SROS de spécialités.

Nous ne pouvons qu'être d'accord avec les orientations proposées.

Nos représentants ont déjà présenté quelques contributions. Certaines ont été retenues.

Nous les compléterons prochainement en séance de la CRSA.

Une chose toutefois nous interroge.

Dans cette production de 118 pages, quelques unes (moins d'une dizaine) sont consacrées à l'hôpital.

Dans le souci légitime d'assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé, d'entrer au bon endroit au bon moment, dans une filière de soins adaptée aux besoins, l'accent est mis fortement sur les moyens du premier recours.

L'hôpital apparaît comme une institution quelle que peu subsidiaire, presque d'exception.

Or, il ne faut pas oublier la richesse, la vitalité, le dynamisme existant partout dans notre région des réseaux formels ou individuels constitués entre la ville et l'hôpital pour l'organisation des parcours de soins, la prévention et l'éducation thérapeutique, etc...

Il faut aussi être conscient que dans des secteurs géographiques de plus en plus nombreux de notre région, l'offre de premier recours, celle de la médecine libérale, se délite ; que les cabinets médicaux de médecine générale, de spécialités, de pédiatrie ferment et ne trouvent pas preneurs et que pour l'instant, c'est bien souvent l'hôpital et ses services d'urgences qui répondent aux besoins de premier recours.

4°) - J'évoque maintenant la situation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Et à nouveau, je regrette de constater que le fossé s'élargit entre les déclarations officielles et la réalité des situations de terrain.

A l'heure des conférences régionales sur la dépendance et à la veille d'un débat parlementaire, c'est l'incompréhension et un sentiment d'impuissance qui s'expriment parmi les acteurs, les familles et les

usagers au sein des instances des établissements.

La campagne budgétaire 2011, mise en œuvre par les circulaires du 11 mars et du 29 avril 2011, accentue d'un coup la pression par application du principe de convergence tarifaire pour les unités de soins de longue durée et la poursuite de ce principe pour les EHPAD.

Force nous est de constater que ce mécanisme induit un fort nivellement vers le bas de la totalité des établissements publics franciliens.

La convergence tarifaire dans le secteur sanitaire a pris plus de 10 ans, avec mise en œuvre de dispositifs de régulation et l'instauration d'amortisseurs tels que le coefficient géographique permettant aux établissements de s'adapter progressivement aux objectifs fixés.

Avec le secteur médico-social, le rythme imposé est beaucoup plus rapide !

Est-ce normal et tout simplement réfléchi ?

⇒ Concernant les USLD.

Le principe s'applique pour la première fois en 2011 et pose d'un coup la question du devenir de ces structures.

Avec l'utilisation de l'outil (Pathos) de mesure de la charge en soin qui, depuis sa création en 2006, ne fait que subir des manipulations qui tendent à alléger et à minimiser les résultats de la charge en soin.

Avec des situations ubuesques qui apparaissent dans notre région, et notamment des PMP (pathos moyen pondéré) en réduction soudaine de plus de 50% par rapport aux résultats de la dernière coupe nationale de 2006, alors que les gériatres, les personnels soignants nous confirment que la lourdeur des prises en charge ne fait que s'accroître.

Sur la base de ce nouvel outil, toutes les USLD publiques d'Île-de-France devront rendre dès 2011 des crédits à hauteur de 8 à 17% de leur dotation et réduire en conséquence leur effectif soignant (aide-

soignant notamment !).

Et ceci pour une première étape.

Pour illustrer les conséquences de ces dispositions, je cite le cas - mais il pourrait, selon les informations qui me parviennent, être bientôt multiplié - d'un établissement, d'une USLD du département du Val d'Oise qui avait en 2006 un PMP de 500 et se voit coté en 2011 à 250 alors que ses malades sont les mêmes, ce qui se traduit par une suppression au terme du plan prévu de 20 postes d'aides-soignantes sur un effectif total de 27 équivalent temps plein.

Qu'allons-nous pouvoir faire avec ces effectifs ?

Il y a une erreur quelque part !

Concernant les EHPAD, la situation n'est pas plus réjouissante.

57 EHPAD publics sont placés en convergence tarifaire.

Soit une reprise de crédits estimée à près de 20 millions d'euros.

Ce qui équivaut à supprimer à terme plus de 750 postes d'aides-soignantes dans les maisons de retraite publiques.

Ce constat conduit, à l'évidence et malgré les discours entendus :

- à des ratios d'encadrement revus significativement à la baisse pour les aides-soignantes, les infirmières et les AMP,
- à un recul évident de la qualité de service assuré aux personnes âgées, en terme de temps consacré à la toilette, à l'aide à la prise des repas, à l'hygiène, à la bientraitance, aux soins relationnels,
- à des conditions de travail dégradées pour des équipes exerçant des métiers difficiles, pour le respect et la dignité des personnes âgées accueillies et soignées.

Sur ce sujet grave et particulièrement préoccupant par sa portée humaine, notre fédération prendra prochainement l'initiative d'une demande de rencontre avec les autorités régionales pour apprécier, site par site, la situation.

Certes, dans le contexte national et international actuel, la FHF-Ile-de-France ne plaide pas pour un ONDAM à 5 %. Cela ne serait évidemment pas sérieux !

Nous avons toujours dit à nos tribunes que la communauté hospitalière n'était pas rétive à l'effort.

Et nous l'avons prouvé ces dernières années dans les hôpitaux publics de la couronne parisienne !

Pour peu que l'effort :

- soit mesuré,
- justement réparti,
- qu'il ait un sens et soit présenté en toute transparence, pour être compris, admis par ceux qui, sur le terrain, sont en charge de le produire.

Cette année manifestement, plusieurs degrés ont été franchis dans l'échelle de niveau des contraintes imposées et le degré d'efforts supplémentaires à accomplir est jugé démesuré, injuste, et sans finalité perçue.

Nous voyons bien qu'à grands pas, nous nous dirigeons vers des choix décisifs, vers des transformations profondes et structurelles de l'offre existante.

Ces transformations ne pourront être obtenus par la seule contrainte du rationnement financier mais par un choix de nature politique au sens noble,

⇒ avec la définition quantitative et qualitative du niveau de soin, que la puissance publique entend garantir aux populations,

⇒ avec des options clairement définies, des décisions explicites, assumés, assurés de manière cohérente par l'ensemble des détenteurs de l'autorité de tutelle, des choix transparents, non fluctuants dans le temps, sur le contenu et la répartition géographique de l'offre.

⇒ avec une attention particulière accordée à la méthodologie de mise en œuvre du changement,

Sans espérer, en aucune façon, que c'est par la seule pratique d'actes d'autorité que l'on pourra mettre en œuvre le changement dans les hôpitaux d'Île-de-France.

Ces méthodes n'ont aucune chance de réussite !

C'est du temps perdu. Du conflit par avance inutile.

Nous connaissons et suggérons donc d'appliquer une méthode qui a toujours réussi et fait ses preuves dans notre région.

Pour tout sujet, elle se compose de trois étapes, facteur clef de réussite :

1°) - D'abord, il appartient à l'autorité de tutelle de préciser, domaine après domaine le contenu et le calendrier des sujets qu'elle entend traiter, d'en fixer les contraintes et de dire par avance les objectifs à atteindre.

2°) - Ensuite, il convient de faire appel au vivier des experts, celui de l'Agence et aussi celui des Fédérations, constituer des groupes d'étude préparatoire. Pour notre part, nous sommes prêt à mettre à disposition les compétences médicales et gestionnaires nombreuses et diverses dont nous disposons.

Ces groupes travaillent le temps qu'il faut pour produire un avant projet préparé ensemble et qu'ils défendront ensemble.

3°) - Le projet est ensuite présenté pour avis et décision aux instances officielles, et notamment au comité de pilotage régional que nous venons de réactiver et à toute chance d'être adopté puisqu'il a fait l'objet d'une étude préalable commune et d'une réelle concertation.

* * *

Si notre Fédération Régionale sait - et elle n'y dérogera pas à l'avenir ! - faire entendre sa voix pour s'exprimer, voire pour protester

au nom de la communauté hospitalière lorsque c'est nécessaire, elle est aussi par tradition force de proposition.

Nous en avons fait la preuve depuis septembre 2010 sur le sujet difficile de la réforme de la permanence des soins hospitaliers.

Je m'abstiens de commenter l'hypothèse qui avait été émise d'un site unique H 24 de bloc opératoire « tête de pont » maintenu par département.

Je préfère saluer l'accord sur lequel nous sommes en train de parvenir avec la direction de l'ARS Île-de-France.

Accord en grande partie basé sur la contribution que nous avons su élaborer avec les chefs d'établissement, les président de CME, les présidents de COPS, le conseil national de la chirurgie, la société française de radiologie, les responsables des SAU et des services d'urgences.

Je remercie les responsables de l'ARS d'avoir, pour l'essentiel, accepter notre proposition.

Certes, à ce jour, tout n'est pas encore réglé.

Beaucoup de points restent encore à préciser.

Notamment sur le choix des sites H24 dans certains départements (Seine Saint-Denis, Seine et Marne, Hauts de Seine) et aussi sur l'assurance que nous demandons du financement par l'enveloppe permanence des soins de la période de garde du début de soirée et du week-end.

Nous ne doutons pas qu'un accord soit trouvé sur ce sujet délicat. C'est ainsi que nous devons pratiquer la démarche de changement dans notre région.

* * *