

Fédération Hospitalière d'Ile-de-France
Journée d'Automne 2010
Intervention de Frédéric Valletoux, Président

Je vous souhaite la bienvenue à notre Journée d'Automne.

L'actualité régionale et nationale de ces derniers mois est riche, complexe, inquiétante par certains aspects et traduit à l'évidence l'accélération du changement.

C'est pourquoi nos congrès réguliers sont des temps forts de la vie hospitalière francilienne parce qu'ils nous permettent d'échanger, de faire le point sur la situation de nos établissements, d'exprimer collectivement et en présence de nos Autorités de Tutelle - dans le respect des principes de la « démocratie sanitaire » - nos doutes, nos interrogations, nos points d'accord comme de désaccord et d'exposer nos contributions.

Le contexte dans lequel nous sommes est en effet un contexte de mutations importantes.

La crise financière mondiale a profondément déstabilisé les économies nationales et locales. Il est clair que cela n'est pas sans conséquences sur l'équilibre de l'hôpital public en France, et a fortiori en Ile-de-France.

Toutefois, je ne suis pas partisan du misérabilisme et des discours pessimistes. La situation de l'hôpital public n'est pas facile, c'est une évidence. Mais je crois que ce contexte difficile doit nous inviter à encore plus de volontarisme, à encore plus de pragmatisme pour répondre aux défis qui nous permettront de maintenir un service public de santé performant.

Aussi et c'est sans doute un des rares point d'accord entre les composantes de l'échiquier politique national : la réforme est nécessaire, le statu quo est impossible.

Contrairement à une opinion, qui persiste encore hélas !, les hospitaliers du terrain - sur le sujet du devenir de l'assurance maladie - sont parfaitement conscients des enjeux actuels.

Dix années d'efforts, de recherche de productivité, de réorganisations et de restructurations en tous genres les ont changé, touché parfois jusqu'à déstabiliser leur propre équilibre de vie.

Les hôpitaux, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'Ile-de-France ont déjà, avec sérieux, ténacité et une réelle intelligence collective, engagé une profonde transformation de leurs organisations.

Contrairement à ce qui avait pu être imaginé, rêvé par le secteur privé de santé commercial, la tarification à l'activité a permis ces dernières années à l'hôpital public de retrouver son dynamisme en assurant la reconquête de « parts de marché » en particulier en chirurgie et en gynécologie-obstétrique.

Certes, ce modèle trouve actuellement ses limites et est appelé à évoluer.

Certes, les missions d'intérêt général devront à l'avenir être mieux évaluées et donc mieux financées ce qui mettra un terme aux attaques injustes dont il fait souvent l'objet.

Surtout, la tarification - à l'instar de ce qui est expérimenté dans divers pays européens - doit tenir compte des évaluations qualitatives car il n'est pas logique que la collectivité rémunère de la même manière des prestations de natures différentes.

Cet impératif doit également s'étendre à l'analyse de la pertinence des prescriptions et des actes ainsi qu'à l'évaluation encore défailante (je salue sur ce point les courageuses contributions du groupe de travail national FHF animé par le doyen Mornex !).

L'hôpital, les hospitaliers d'Île-de-France ont donc changé, font face aujourd'hui et sont capables de s'adapter encore à l'avenir.

Dès lors, le seul débat qui vaille - et qui sera au cœur de mes propos et de nos débats d'aujourd'hui - est bien celui du sens, de la crédibilité, de l'acceptabilité sociale du modèle alternatif à construire.

Le débat, et j'insiste particulièrement sur ce point concerne aussi la méthode, le respect des acteurs locaux (médecins, cadres, élus territoriaux, représentants des personnels et des associations d'usagers...) et la nécessité de concerter, de se garder de toute mesure brutale ou de méfiance, ostensiblement affichée (je reviendrai plus tard sur ce point) envers les acteurs de terrain ou leurs représentants.

Je salue et accueille une nouvelle fois avec plaisir Madame Annie PODEUR, Directrice de la DGOS, qui est une fidèle de nos congrès.

Je salue et accueille aussi Claude EVIN, notre Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé d'Île-de-France et une partie de son équipe présente dans cette salle.

Je suis, nous sommes assurés, qu'au poste majeur de responsabilité qui est désormais le sien, il conserve et partage avec nous les valeurs de l'hôpital public, même si la Loi HPST lui confère une autorité élargie à l'ensemble des compartiments (public, privé, ambulatoire) de l'offre de soins régionale.

Je salue et accueille, avec beaucoup de cordialité Madame Mireille FAUGERE, nouvelle Directrice Générale de l'AP-HP.

Dès les premiers instants de sa nomination, elle a manifesté sa volonté de dialogue à notre égard.

Lors de notre Congrès de Printemps, à Versailles, je déplorais l'absence, la totale indifférence, des autorités du CHRU depuis 3 ou 4 ans à l'égard des hôpitaux de la couronne parisienne.

En juin dernier, à notre Congrès de Printemps de Versailles, je disais que notre FHF Régionale tendait la main à l'AP-HP.

Je me réjouis que, sans guère d'hésitation, vous l'ayez saisie.

Nous savons toutes les difficultés que connaît l'institution dont vous venez de prendre la direction ! Soyez assurée de notre volonté de collaboration.

Nous retrouvons enfin, Monsieur Jean LEONETTI, notre Président National, et Monsieur Gérard VINCENT, Délégué Général. Je les salue très cordialement !

Le déroulement de cette journée sera conforme à nos traditions.

Avec ce matin, les questions régionales puis nationales d'actualité. Au terme des exposés, la parole vous sera donnée pour échange entre la salle et la tribune.

Cet après-midi, quatre thèmes proposés par nos conférences spécialisées vous seront présentés avec notamment l'intéressante contribution des représentants de la Conférence Régionale des DRH aux travaux de la mission nationale sur la modernisation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital (Mission HAYEL).

Au titre des sujets de l'actualité régionale, j'aborderai brièvement cinq thèmes :

- la permanence des soins,
- le découpage en territoire de santé de l'Île-de-France et le futur PRS,
- les questions financières,
- l'investissement,
- les sujets médico-sociaux.

* * *

I – LA PERMANENCE DES SOINS

En juillet dernier, notre Fédération a été saisie par l'Agence Régionale de Santé d'une proposition de réorganisation du dispositif de permanence des soins.

Je rappelle que le projet initial versé à la concertation prévoyait le maintien d'une unique tête de pont, maillée par département et assurant 24/24h, 7/7 jours, la prise en charge, en période de garde, des interventions chirurgicales et de l'imagerie médicale.

Au début septembre, suite à un article publié par le journal Le Parisien, s'est engagée une soudaine et forte campagne médiatique nationale sur le sujet.

Ce n'est pas un effet du hasard tant la sécurité des soins des 11 millions de franciliens est un sujet perçu comme fondamental par nos concitoyens.

Cela nous oblige à mûrir avec sérieux, professionnalisme et avec le temps nécessaire aux concertations, le projet d'une réforme que nous considérons, nous aussi, comme nécessaire.

Après une phase organisée de débats internes associant tous les acteurs de la permanence des soins du secteur public de la région (directeurs d'hôpitaux, présidents de CME, présidents des COPS, responsables des services d'accueil des urgences, des SMUR et des SAMU...), la FHF-Ile-de-France a élaboré, à vrai dire par un consensus unanime et très facilement trouvé, une contre proposition.

Je voudrai tout d'abord en rappeler, brièvement, les points clefs :

☒ S'agissant de l'imagerie médicale, nous souhaitons, en cohérence avec les préconisations du Conseil Professionnel de la Radiologie, le maintien d'organisation de garde pleine pour les sites accueillant au moins 30.000 urgences annuelles (je rappelle que la grande majorité des SAU traitent 60 à 100.000 passages par an), tant pour le diagnostic et l'orientation des patients reçus, que pour la sécurité des malades hospitalisés en réanimation (adulte, enfant), en USIC et en USINV.

Nous sommes ouverts, cependant, dans le cadre de la mise en oeuvre du projet région sans film et avec les perspectives de développement de la transmission d'images à distance, à l'expérimentation de centres d'interprétation à distance auxquels pourraient participer des radiologues libéraux.

Mais nous demandons aussi l'application des clauses particulières inscrites par l'ancienne Agence Régionale de l'Hospitalisation et conditionnant les autorisations d'installation des scanners, IRM, dans les cabinets de ville, à la participation des praticiens libéraux à la permanence des soins.

En ce qui concerne les blocs opératoires, notre proposition est de bon sens et s'appuie sur l'avis du Conseil National de la Chirurgie, instance de référence créée il y a quelques années par Madame la Ministre de la Santé et qui préconise pour l'activité opératoire l'organisation d'un centre de continuité des soins pour au moins 500 à 600.000 habitants (et certainement pas pour des espaces territoriaux de 1 million à 1,5 millions de personnes, ce qui n'existe nulle part en Europe ou dans les pays développés !).

Notre approche s'est voulue pragmatique et distingue les périodes de nuit profonde, où l'activité est effectivement réduite, de celles du début de soirée, du samedi après-midi et du dimanche en journée, où le nombre des actes opératoires d'urgence demeure significatif.

Pour les périodes de nuit profonde 7/7 jours, nous proposons de regrouper l'accueil sur 2 sites (uniques ou organisés en complémentarité) par département.

En ce qui concerne enfin la permanence des spécialités chirurgicales, nous retenons le cadre départemental.

Telles sont les propositions de la communauté hospitalière francilienne.

J'ajoute que si notre surprise fut aussi vive, c'est que chacun a bien compris que la permanence des soins hospitalière constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins et que c'est le SROS-PRS (programme régional de santé) qui est le cadre opérationnel naturel dans lequel doit s'opérer cette remise à plat et être fixé le schéma cible.

Les enjeux de cette réorganisation portent sur l'amélioration de l'accès au soin, sur la qualité et la sécurité des prises en charge et sur l'efficacité du nouveau dispositif.

Ils ne concernent pas les seuls hôpitaux adhérents à la FHF-Ile-de-France mais tous les acteurs des secteurs public et privé de l'espace régional avec une étude, territoire par territoire, des articulations entre la permanence des soins ambulatoires relevant de la médecine de ville (fragilisée depuis quelques années) et la permanence des soins hospitalière.

La Loi HPST érige désormais la permanence des soins en mission de service public et donne compétence au directeur général pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission.

Notre Fédération souhaite donc l'application d'une méthodologie rigoureuse et concertée pour l'élaboration de ce schéma cible et s'impliquera par ses contributions.

Une dernière question, Monsieur le Directeur Général, sur ce sujet et que je vous ai posée dans un courrier du 11 Octobre dernier. Elle concerne le versement du solde de l'enveloppe 2010 de la PDSH.

Je rappelle que la circulaire du 27 Mai 2010 a prévu que le financement de la permanence des soins soit intégré à l'enveloppe des missions d'intérêt général, maintenu dans son montant et délégué intégralement aux Agences Régionales de Santé qui ont été destinataires des crédits.

Une marge de manœuvre régionale a été établie afin de permettre « d'approfondir les expérimentations et d'accélérer les transformations souhaitées ».

Dans notre région, le choix de l'Agence fut de ne pas allouer - en début de campagne - l'intégralité de la dotation et de retenir 20 % de celle-ci en attendant les réorganisations à venir.

Or, les réorganisations sont en cours de concertation et je doute qu'elles soient effectivement appliquées avant la fin de l'exercice.

Dans ces conditions, l'organisation existante subsiste, y compris celle des activités réglementaires (urgences, réanimation, gynécologie-obstétrique, Smur, Samu, etc).

Mais elle n'est plus financée en cette fin d'année.

Aussi, je réitère ma demande : nous souhaitons que - dans l'attente de la réforme à venir - le financement du dispositif soit maintenu et que le reliquat retenu en début de campagne, qui représente près de 25 millions d'euros, soit versé.

Merci d'avance de nous répondre, c'est important pour nous tous.

II - LE DÉCOUPAGE TERRITORIAL ET LE PROGRAMME RÉGIONAL DE SANTE (PRS)

Nous avons bien compris que le futur schéma régional d'organisation des soins comporte deux innovations majeures :

- son intégration à l'intérieur du programme régional de santé (PRS),
- et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Nous imaginons que son élaboration sera sans doute marquée par l'évolution du contexte économique et impactera inévitablement la structuration de l'offre.

C'est pourquoi, le dimensionnement des nouveaux territoires de santé, périmètre d'exercice de la démocratie sanitaire et support juridique opposable des autorisations d'activité et des OQOS en volume, est un sujet déterminant, même si ces « territoires légaux » n'excluent pas la constitution d'espaces d'interventions spécifiques infra ou supra territoriaux adaptés aux composants de l'offre de soins.

Réuni à plusieurs reprises sur le sujet, le Bureau du Conseil d'Administration a pris une position que je rappelle brièvement.

Le nouveau tracé doit à la fois garantir l'accessibilité de l'offre de santé dans toutes ses dimensions et favoriser toutes les évolutions nécessaires en termes de recomposition, de coordination, de décloisonnement, de complémentarité des filières et de bonne articulation avec la médecine de ville.

Il doit prendre en compte et permettre de mettre en œuvre la volonté exprimée par la nouvelle direction de l'AP-HP de renforcer l'intégration régionale du CHRU, de l'ouvrir à son environnement et - dans une logique universitaire - de répondre aux besoins de formation et aux nécessités absolues du renouvellement des générations médicales et paramédicales des établissements de la couronne parisienne.

Le nouveau tracé doit également être « praticable », stable et lisible, au plus près des usagers et des professionnels concernés.

C'est pourquoi, nous avons convenu que ce maillage dépasse le cadre défini des territoires existants tout en évitant de constituer des territoires surdimensionnés, contraires aux finalités assignées par la Loi et à l'effectivité de la démocratie sanitaire.

Ces considérations nous ont donc conduit à proposer deux strates de découpage :

- L'un, de niveau « supra », en accord avec les responsables de l'AP-HP et les doyens ; identifiant trois grands secteurs découpés selon une logique radiaire allant du centre à la périphérie, évitant de créer - comme y conduisent les scénarios C et D envisagés par l'ARS - une nouvelle frontière entre le « grand Paris » et la grande couronne.

Ces secteurs constituent un cadre de concertation et d'élaboration d'une politique d'organisation et de graduation de l'offre ainsi que de réponse aux besoins de formation.

- L'autre, de niveau « infra », assurant une approche réaliste des territoires de la couronne parisienne dont la géographie doit être prise en compte.

C'est pourquoi, la FHF-Ile-de-France avait demandé de retenir le département comme cadre territorial de définition et d'opposabilité de l'offre de soins (il l'est déjà dans le domaine médico-social) mais en distinguant toutefois entre les départements de grande et petite couronne.

Nous pensions, en effet, que les caractéristiques urbanistiques, sociologiques, démographiques, sanitaires, pertinemment relevés par l'ARS, justifiaient le cadre du département pour la petite couronne.

L'agrégat proposé au scénario D envisagé par l'Agence d'un territoire unique de près de 6 millions d'habitants perdait toute lisibilité pour nos concitoyens, était source de confusion et ne favorisait guère le nécessaire rééquilibrage des moyens entre centre et périphérie parisienne.

Nous avons aussi pensé (et le débat que nous avons en ce moment sur la permanence des soins, nous conforte) que la géographie, la taille, l'importance et l'essor démographique justifiait que les départements de grande couronne soient constitués chacun de deux territoires, espaces garants d'une bonne répartition de l'offre !

Dès lors, l'arrêté du 15 Novembre dernier, que vous avez pris, Monsieur le Directeur, ne nous satisfait qu'en partie puisqu'il :

- n'évoque pas - et donc ne semble pas reconnaître - le projet commun que nous avons avec l'AP-HP de créer trois espaces géographiques hospitalo-universitaires d'interaction entre le CHU et les hôpitaux généraux de périphérie.
Pour qui connaît l'histoire médicale de notre région Île-de-France, cette proposition commune à toutes les institutions publiques hospitalières et aux facultés de médecine est pourtant une première historique et devrait, en toute intelligence, être soutenue par les Autorités de Tutelle.
- et aussi parce que cet arrêté ne retient pas non plus la contribution que nous avons faite pour les départements de grande couronne.
Nous le regrettons. Dont acte !

Notre Fédération demande que soient cependant retenus - compte tenu du volume démographique et des réalités géographiques de chacun des départements de notre région - des espaces infra-territoriaux de définition de l'offre de soins.

N'oublions pas que ce sont les professionnels et les responsables de terrain qui auront vocation à la faire vivre.

S'agissant des rapports avec le CHU et l'Université que je viens d'évoquer, je veux brièvement attirer votre attention - une nouvelle fois - sur le sujet des études médicales et sur les difficultés croissantes que rencontrent les services formateurs des hôpitaux périphériques pour pourvoir chaque semestre leurs postes d'internes.

Avec la remontée de la démographie des effectifs d'étudiants, avec la réforme de l'internat de médecine générale, la disparition programmée des FFI et l'extrême complexité de la nouvelle réglementation concernant les étudiants étrangers (DFMES - DFMESE), qui prive les praticiens responsables de service de toute capacité d'anticipation, la situation se complique !

En conséquence, notre Fédération, en liaison avec la Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Établissement, demande à l'ARS une sérieuse mise à plat de ce sujet avec élaboration d'un projet réfléchi avec toutes les parties concernées, apprécié dans ses conséquences financières et garantissant une répartition enfin équilibrée des stages de l'internat entre les hôpitaux du centre et ceux de la périphérie.

III – SUR LES AFFAIRES FINANCIÈRES QUE DIRE ?

Que dire de plus que ce que nous avons maintes fois répété.

Que la campagne budgétaire 2010 est extrêmement difficile ! :

- avec une évolution zéro des tarifs des GHS et une activité qui évolue en moyenne dans nos établissements de + 1,8 % au premier semestre, proche de l'objectif national de + 1,7 %.
- avec une ponction de 9 millions d'euros sur le MIGAC des hôpitaux de notre Fédération.
- avec une limitation de - 1 % des enveloppes DAC et DAF pour les établissements psychiatriques et ceux du moyen séjour.
- avec les incertitudes (je viens de les évoquer) sur le financement des moyens de la permanence des soins.
- avec le gel de 60 millions qui correspondent dans notre région à 15 % des actions contractuelles (AC) et qui stérilisent, hypothèquent les marges de manœuvre dont disposait l'Agence Régionale pour les CREF, pour la réalisation de certaines opérations immobilières et pour les aides de fin d'année. Elles avaient jusqu'alors permis à nos établissements de reprendre souffle et de garder confiance.

Au vu des résultats des comptes administratifs de nos établissements pour l'exercice 2009, le déficit de l'année se réduisait à nouveau et se fixait à - 25 millions d'euros.

Au regard des prévisions qui nous sont faites par notre Conférence des Directeurs Financiers et confirmées par les Services de l'ARS, je crains, malgré tous nos efforts de maîtrise, que le déficit de l'exercice 2010 voisine les 75 à 80 millions d'euros.

Nous observons que de nombreux hôpitaux, qui jusqu'alors respectaient leur équilibre financier, basculent dans le déficit.

Le déficit francilien n'est plus celui de quelques structures que l'on montre du doigt, mais devient général.

Ce constat nous préoccupe vivement !

Puisqu'on en connaît, hélas, les conséquences.

Notre inquiétude est d'autant plus vive que nous avons compris et vu, à l'occasion des débats parlementaires sur l'ONDAM 2011, se préciser les contours de l'année qui vient.

L'estimation raisonnable d'évolution de nos besoins établie par la FHF Nationale est de + 3,05 % en intégrant le gel de la rémunération des salaires des trois fonctions publiques.

Or, il est établi que l'ONDAM 2010 sera limité l'année prochaine à + 2,8 % et l'année suivante à 2,7 %.

Ce chiffre incorporera les effets de la croissance d'activité des SSR privés commerciaux, ceux de la convergence entre les régimes, l'effort requis sur les achats, un nouveau gel sans doute de précaution sur les MIGAC, le financement des garanties accordées aux hôpitaux de la FEHAP, etc...

Nous craignons donc que toutes déductions faites, les tarifs des séjours ne soient à la baisse en 2011.

Nous avons toujours dit dans nos congrès que les hospitaliers d'Île-de-France sont conscients des exigences du temps et qu'ils sont prêts aux efforts qu'elles impliquent.

Mais je le répète aujourd'hui : ces efforts doivent être mesurés, raisonnables, réalisables, compris et équitablement répartis.

Je crains donc que l'on nous demande désormais l'impossible à périmètre maintenu de l'offre ! et qu'il faudra donc assez vite concevoir, organiser et assumer une réduction de l'offre.

IV – L'INVESTISSEMENT

Sur ce point aussi, un nouvel état de fait s'impose et le fossé s'élargit :

- entre les exigences de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion prévisionnelle des risques renforcée régulièrement par la réglementation et par les prescriptions de la Haute Autorité de Santé
- entre les besoins suscités par les associations d'usagers, par la jurisprudence et plus naturellement par les progrès de l'industrie biomédicale,
- et d'autre part le constat :
 - . de l'assèchement progressif des fonds de roulement,
 - . des difficultés qu'ont désormais les hôpitaux à recourir à l'emprunt,
 - . de la baisse du niveau des subventions.

Toutes ces raisons conduisent progressivement nos établissements à l'impossibilité d'investir.

C'est pourquoi, les politiques d'engagement volontariste des pouvoirs publics de type « Hôpital 2006 » et « Hôpital 2012 » avaient donné espoir.

Aussi, nous vivons mal la décision de gel et le silence qui entoure l'avenir de la seconde tranche du projet « Hôpital 2012 ».

Ils jettent une incertitude aux effets délétères sur le devenir de plusieurs projets pourtant stratégiques de notre région (je pense aux opérations prévues à Melun, à Poissy-Saint-Germain, à Longjumeau et même à Fontainebleau...).

Une fois encore, nous ne mésestimons pas la situation des comptes publics ! mais la question de la relance de l'investissement hospitalier devra être traitée car ce n'est pas la rémunération des tarifs des séjours qui permet aux établissements de s'autofinancer et de se lancer dans des opérations lourdes de construction, de rénovation ou d'acquisition de matériels innovants coûteux.

C'est seulement par des financements externes que ces projets sont possibles, par subvention de l'État, de certaines collectivités territoriales ou par des prêts bonifiés.

Aussi, notre Fédération souhaite que le futur PRS comporte pour ses volets sanitaires et médico-social un chapitre sur le financement de l'investissement notamment, pour les principales opérations de restructuration de l'offre qu'il préconisera.

V – LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Alors que s'ouvre devant la représentation parlementaire le débat sur le 5^{ème} risque et la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, je veux également exprimer ma profonde inquiétude pour le secteur médico-social francilien.

Je rappelle que la circulaire budgétaire 2010 a confirmé pour les six années à venir la mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Le dispositif de convergence est défini sur la même base pour les EPHAD et pour les USLD qui viennent d'achever la partition de leur équipement en lit.

Je rappelle que 90 % des EPHAD publics franciliens sont touchés par la mesure dont 50 % se situent au dessus du seuil des 10 %.

Pour leur part, la quasi-totalité des USLD d'Île-de-France sont concernées par la convergence.

Cette réforme est injuste car elle risque de s'appliquer tel « un rouleau compresseur » et de réduire - à chaque exercice budgétaire à venir - les moyens en personnel de ces établissements mettant à mal les efforts conduits depuis des années de médicalisation, de sécurité et de bien traitance des résidents.

Cette réforme est dangereuse parce que ce secteur est plus fragile (par la taille de ses structures) et témoigne d'une moindre capacité de résistance que le secteur sanitaire alors même que le niveau de transparence y est plus faible.

Cette réforme enfin n'est pas très cohérente, ni très lisible au regard de la demande exprimée par les Pouvoirs Publics de poursuivre la mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age, pas plus qu'elle ne l'est avec la volonté d'inscrire dans une future loi un droit nouveau et universel garantissant la perte d'autonomie.

Je sais, Monsieur le Président (Léonetti) que vous considérez que la FHF doit très fortement se mobiliser sur ce sujet et que vous devez prendre contact très prochainement avec la Ministre chargée des Solidarités sur ce dossier.

En Île-de-France, et c'est un acquis positif de la Loi HPST, l'élaboration prochaine du volet médico-social du PRS sera pour la première fois l'occasion d'une réflexion sur le devenir de l'ensemble des composantes de la filière de prise en charge des personnes âgées.

Nous devons nous saisir de cette opportunité et nous engager pour concevoir un projet réaliste, global et ambitieux au bénéfice de nos anciens.

En conclusion :

- un contexte de contraintes de toutes sortes et qui ne font que croître !
- une Loi (HPST) qui modifie radicalement les règles du jeu, avec notamment la création des ARS aux compétences et au pouvoir affirmés,
- des réformes, des changements qui s'accélèrent (exemples : permanence des soins, programme régional de santé...)

Une nouvelle donne donc qui implique une FHF-IDF forte, cohérente dans ses prises de positions mais aussi une fédération structurée, organisée et dotée des moyens.

Cette adaptation, nous l'avons faite :

- avec la création d'un bureau du Conseil d'Administration dans lequel les médecins et les directeurs sont représentés à parité et qui se réunit régulièrement et aussitôt que la situation l'exige ;
- avec le recrutement prochain d'un délégué permanent dont la fiche de poste vient d'être publiée : l'appel à candidature est donc ouvert ;
- avec aussi un rôle, un engagement évidemment plus important pour nos délégués départementaux au regard du nouveau découpage territorial sanitaire.

En Ile-de-France, comme au niveau national, la FHF avance, fédère, réfléchit, dialogue, essaye d'anticiper autant que faire ce peut, tout en étant solidement ancrée sur un socle de valeurs connues et intangibles. Au coeur de ces valeurs, il y a l'attachement au service public de santé, en ce qu'il permet au plus grand nombre d'avoir accès à une offre médicale dont nous sommes garants, ensemble, M. le directeur général de l'ARS, de la qualité. En ce sens, vous avez en face de vous des partenaires, exigeants car c'est notre mandat, mais partenaires avant tout.