



## Bonne année, bonne santé...

Il faut bien admettre qu'en ce début d'année 2011, sur fond de crise sociale et économique majeure, le ciel est bien sombre pour notre quotidien et pour notre avenir. De ce fait, la formule rituelle accompagne de grandes inquiétudes. Nos services publics sont en grande difficulté et les effets néfastes de l'ensemble des mesures prises en cascade sont déjà bien perceptibles dans tous les secteurs. Notre protection sociale, nos hôpitaux et notre droit à l'accès aux soins pour tous et partout, sont de plus en plus compromis. Une grande détermination, une forte mobilisation seront nécessaires pour sauver ce qui reste et récupérer ce que nous avons perdu. Des élections se profilent à l'horizon 2011 et 2012 ; nous devons exiger de la part des candidats et des élus des engagements précis qu'il conviendra de rappeler le moment venu.

## LES ARS (Agences Régionales de Santé) ONT REMPLACÉ LES ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation)

Elles ont un pouvoir sur l'ensemble de l'organisation sanitaire, y compris le médico-social et la gestion du risque. Les DDAS et les CRAM ont quasiment disparu.

**Encadrement autoritaire** par l'ARS de la totalité des politiques des établissements à travers des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, accompagnés d'un dispositif de sanctions si ceux-ci ne sont pas atteints.

**Le directeur d'ARS** détient tous les pouvoirs et ne rend des comptes qu'au ministre. Il nomme, révoque les directeurs d'hôpitaux qui eux-mêmes nomme et révoque les personnels y compris les médecins.

**Les directeurs d'hôpitaux** doivent donc scrupuleusement mettre en œuvre la feuille de route établie par le directeur de l'ARS sous peine de sanction et de mise sous tutelle de l'établissement.

C'est en fait un grave recul démocratique avec une réduction des compétences de la CME (Commission Médicale d'établissement).

**C'est aussi la transformation du Conseil d'Administration** en Conseil de Surveillance. (administration devenant surveillance, traduit le changement du mode de gestion).

Le médecin, chef de pôle bénéficie d'une délégation de pouvoir du directeur en matière de gestion du budget et des personnels du pôle. Le risque d'amplifier la dérive de la sélection des patients et de pervertir son engagement de médecin existe.

Si l'on ajoute les difficultés financières, artificiellement créées et artificiellement entretenues, il est évident que ce que l'on nomme «coopération» deviendra (et c'est déjà le cas des «fusions» et «absorption» des petites structures. La loi d'ailleurs précise : «au sein des CHT (Communautés

*Hospitalières de Territoires), les petits établissements seront encouragés à se reconvertir dans l'accueil des personnes âgées ou dans les soins de rééducation»* Chaque ARS est dotée d'un conseil de surveillance dont le président est le préfet de région.

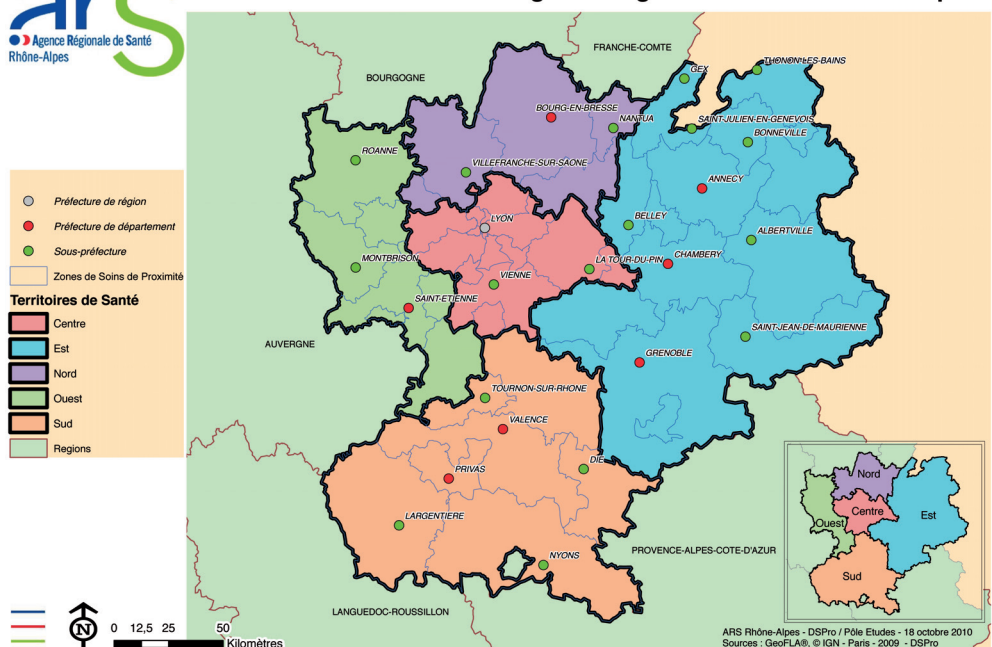
### Les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)

Il s'agit de regrouper en une seule entité juridique autonome les établissements sanitaires et médicosociaux publics d'un territoire de santé. Il est prévu environ 250 territoires de santé en France avec un hôpital de référence par territoire (Aujourd'hui 1500 hôpitaux en France).

De treize auparavant, la région Rhône-Alpes est passée à 5 territoires de santé définis par l'arrêté du 18 octobre 2010. C'est ce qui nous est proposé comme maillage du territoire et proximité de l'offre de soins !



### Les territoires de santé de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes



# LE DROIT D'ACCÈS AUX SOINS PARTOUT ET POUR TOUS REMIS EN QUESTION

Jusqu'à ces dernières années notre système de soins et de protection sociale était admiré et envié dans le monde entier. Il est aujourd'hui en pleine destruction.

Le Conseil National de la Résistance, alors que la France était en ruine a mis en place un système de protection sociale basé sur la solidarité, si efficace qu'il a permis des progrès considérables en matière de santé publique et dans le même temps il a permis une modernisation de l'hôpital, devenu un lieu de soins et non un lieu de fin de vie

Or, depuis 1990 plus de  
100 000 lits ont été fermés,  
plus de la moitié des maternités.

**De nombreux hôpitaux toujours pudiquement appelés hôpitaux ont en fait perdu tous leurs services** et accueillent les personnes âgées avec, dans le meilleur des cas, quelques lits de médecine. Le plus souvent ces lits sont transformés en SSR (soins de suite et de réadaptation) et deviennent massivement des EHPAD (pris en charge par les familles et le Conseil Général).

La France est un pays riche nous dit-on, des fortunes s'étalent, associées à de nombreux scandales. Des sommes colossales ont été rapidement mobilisées pour «sauver» les banques et dans le même temps, les caisses seraient vides pour la santé, pour l'école, pour l'ensemble des services publics.

La situation paraît a priori incompréhensible et incohérente : en réalité elle procède d'une grande cohérence et dans la logique qui la supporte, le Patient est devenu un Client et l'Hôpital une Entreprise dont la vocation est de dégager des profits comme n'importe quelle entreprise.

## LA LOI HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) DITE LOI BACHELOT

Cette loi votée en juillet 2009, a été construite après de multiples rapports (Ritter, Mattei, Vallancien, Larcher...) et de nombreuses réformes successives quels que soient les gouvernements en place avec la même logique. A la logique de «réponse aux besoins de santé», s'est opéré un glissement vers une politique de l'offre de soins induite par les exigences du patronat, des milieux financiers et des institutions européennes.

Cette loi, signe de fait la mort de l'hôpital public et rend l'accès aux soins problématique pour les populations les plus fragiles et de plus en plus nombreuses.

Elle est le versant Santé de la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques), partie prenante de la logique gouvernementale de réduction de la sphère publique et de restructuration des institutions du pays et privatisation de tous les secteurs rentables.

### La loi HPST contient tous les éléments

- pour répondre aux appétits des multinationales de la santé avec tout un arsenal de dispositifs facilitant la main mise du privé sur la protection sociale solidaire et sur les hôpitaux publics
- pour répondre également aux objectifs de maîtrise des déficits publics : les critères de Maastricht
- pour répondre enfin à la «concurrence libre et non faussée du Traité Constitutionnel».

### ARGUMENTAIRE OFFICIEL :

Cette loi présentée avec beaucoup de précautions oratoires et une grande hypocrisie met au cœur des préoccupations notre «sécurité», la «nécessaire» réduction des dépenses de santé, et la réduction du «déficit» de la «Sécurité Sociale», l'aménagement du territoire et la «pénurie médicale».

### Sécurité :

En réalité l'éloignement de l'offre de soins met en danger les patients,

contribue à un engorgement des grands centres, avec des attentes dans les couloirs, et multiplie les risques liés aux transports.

C'est aussi un éloignement des patients de leurs lieux de vie, alors que l'on connaît le poids de l'environnement familial, dans le processus de guérison.

L'utilisation de l'hélicoptère est un argument dérisoire. (nombre, condition météo, non prise en charge des urgences pédiatriques...)

Alors que l'on supprime les maternités au nom de la sécurité, que l'on impose des normes draconiennes, Mme Bachelot a très récemment plaidé pour «les maisons de naissances», sans beaucoup de précision concernant la qualité des personnels et les conditions financières de prise en charge. Les centres de périnatalité sont un échec (exemple de Tournon ou St Agrève en Ardèche).

### Réduction des dépenses de santé et «déficit» de la Sécurité Sociale :

En réalité, le coût de l'hospitalisation est nettement plus important dans un grand centre. Le fait de renoncer à des soins ou de les différer augmente souvent la gravité et donc à terme le coût de la prise en charge. L'objectif réel du gouvernement n'est pas de réduire ces dépenses mais leur prise en charge solidaire au travers de la Sécurité Sociale. Les assurances privées et les multinationales, les fonds de pension, les lobbies pharmaceutiques, veillent et exercent des pressions permanentes.

### Aménagement du territoire :

En réalité, elle entraîne la création de déserts sanitaires. Avec la destruction de tous les services publics, création de véritables déserts.

### Pénurie médicale :

Il est vrai que certaines spécialités manquent de praticiens, que des places de généralistes sont inoccupées. 55 000 généralistes en 2006, il y en aura 25 000 en 2020.

Toutefois, les médecins sont très inégalement répartis sur l'ensemble du territoire (dans le Pas de Calais par exemple, il y a 1 généraliste pour 460 habitants, il y en a 1 pour 60 en région PACA)

Cette pénurie a été délibérément créée avec le numerus clausus mis en place dès les années 73/74 et renforcé d'année en année selon l'idée que moins de médecins entraînerait moins de dépenses de santé.

La loi ne prend aucune mesure pour augmenter le nombre de professionnels de santé, ni pour imposer enfin, après discussion avec les personnes concernées, leur répartition équilibrée sur tout le territoire et dans tous les établissements publics.

## LA RÉALITÉ

### La loi Bachelot, c'est l'asphyxie financière des hôpitaux :

On assène l'idée que les hôpitaux publics sont dépensiers. Or, depuis 20 ans la part des dépenses de l'hôpital dans l'Assurance Maladie n'a fait que baisser passant de 42% à 34 aujourd'hui.

La mise en place de la Tarification à l'Activité, (T2A) alignant la gestion publique sur celle du privé contribue largement à cette asphyxie.

Les hôpitaux sont rémunérés en fonction des actes pratiqués comme dans le secteur privé. Ce mode de rémunération pousse l'hôpital à générer des gains de productivité en incitant les services à multiplier les actes de soins et à privilégier comme dans le privé, les actes rentables.

Ce mode de financement s'étendra même au secteur psychiatrique et au secteur médico social.

Il désavantage nettement l'hôpital qui n'assure pas les mêmes services (urgences, pathologies lourdes, les activités de recherche et de formation des médecins et personnels de santé). D'autre part, **l'hôpital ne sélectionne ni les patients ni les pathologies.** La mise en place de la T2A tend à transformer l'hôpital en usine à soins, les maternités en usines à bébés.

Le secteur privé se targue d'être plus compétitif économiquement que le secteur public (affiches dans les cliniques). OR,

- il applique des dépassements d'honoraires scandaleux, cette pratique est complètement banalisée et légale. Ces dépassements sont financés directement par les patients, ils entrent pour partie dans le financement Sécu ou Mutuelles mais pas dans le budget de l'établissement.
- Il ne supporte aucune charge de recherche, ni fondamentale ni appliquée.
- Il bénéficie des aides de l'Etat et des régions pour la construction de ses établissements.
- Il embauche des personnels formés par les hôpitaux publics. Il n'a donc aucune charge de formation initiale.
- Les établissements privés lucratifs ne paient pas de

taxe sur les salaires.

Par ailleurs, sachant que les frais de personnels représentent environ 70% des dépenses hospitalières, il est évident que c'est dans ce secteur que vont être réalisées «des économies». Elles ont été estimées par la Fédération Hospitalière de France : 20 000 emplois de personnel de santé seraient supprimés, 1580 en Rhône-Alpes. Connaissant les conditions de travail actuelles, il est permis d'envisager les conséquences sur ces personnels et par voie de conséquences sur les patients et leurs familles.

## La loi Bachelot, c'est le démantèlement du service public avec la mainmise du privé sur les secteurs «rentables»

La Générale de santé par exemple, c'est 175 établissements, avec des capitaux italiens, elle a distribué 420 millions d'euros à ses actionnaires en 2006.



La loi Bachelot «a tout prévu» et grâce à «l'aménagement» du dispositif concernant les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS), le privé pourra à l'intérieur de l'hôpital public accaparer les secteurs les plus «intéressant».

La gestion du patrimoine pourra être confié à des entreprises immobilières dont **l'hôpital deviendrait le locataire.**

**Halte**

aux fermetures d'hôpitaux et de maternités!

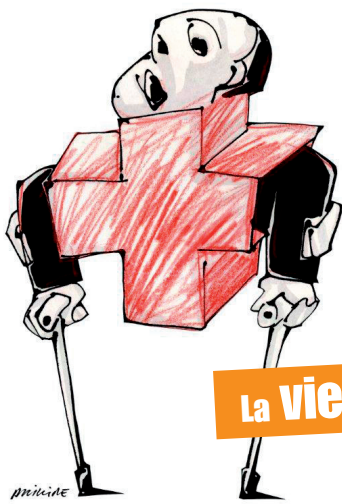
**Halte**

aux hôpitaux concentrationnaires dans des pôles saturés!

**Halte**

aux déplacements onéreux et dangereux!

**LA LOI BACHELOT  
DOIT ÊTRE RETIRÉE**



miscite

**La vieillesse n'est pas un risque ! C'est une évolution normale de la vie.**

«La qualité de vie des personnes âgées est tributaire de la bonne organisation et de l'efficacité des aides apportées»

Docteur Grosclaude lors des Etats Généraux de la santé à Ucel le 24 avril 2010.

## Quelques chiffres :

**44% :**

c'est la hausse en 7 ans, des tarifs des mutuelles par personne couverte alors que les remboursements ne progressent que de 27%

(UFC Que choisir)

**1,4 :**

c'est la baisse des indemnités journalières perçues en cas d'accidents du travail ou de maladie depuis le 1er décembre.

**3 000 à 4 000 :**

c'est le nombre de suppressions d'emplois prévues pour regrouper 37 hôpitaux franciliens en 12 pôles.

**239 :**

c'est le nombre de médecins pour 100 000 ha en Picardie contre 324 en moyenne en France.

**20,4% :**

c'est le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus sur la population totale du département de l'Ardèche. Proportion largement supérieure à celle de Rhône-Alpes (15, 5%) et de la France (16,7%)

Sources : INSERM SC8 Exploitation ORS INSEE

**8 :**

c'est le nombre de départements qui n'ont plus de maternités

**Selon des avis très autorisés, 80% des interventions peuvent être réalisées en toute sécurité avec les plateaux techniques de nos structures telles que l'hôpital d'Aubenas.**

**Selon l'IGAS, 66% des dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par les assurances complémentaires.**

**Réduction de la durée de séjour des mamans à 3 jours au lieu de 6, incitation à la programmation, chirurgie ambulatoire, accouchements sous césarienne en nette augmentation.**



«Il existe à présent deux hôpitaux dans la même structure, celui des chiffres et celui des soins.»

Professeur Grimaldi dans le Monde Diplomatique novembre 2010

**Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité**

Siège social : Hôtel de Ville – 12400 ST AFFRIQUE

SIREN : 503 711 988 - SIRET : 503 711 988 00017 - Association agréée N2008AG0003 - Arrêté du 14/08/2008

Site : <http://www.coordination-nationale.org> - Contact : [postmaster@coordination-nationale.org](mailto:postmaster@coordination-nationale.org)

