

# DEFENDRE L'ACCES AUX SOINS PARTOUT et POUR TOUS !

### Marchandisation accélérée de la santé !

La crise du secteur sanitaire public, notamment les déficits chroniques des CHU, ne doit rien au hasard, elle a été délibérément organisée. Elle est la traduction concrète pour la santé du processus de marchandisation des services publics voulu par l'Accord Général sur le Commerce des Services depuis près de quinze ans.

La loi HPST parachève cette politique de destruction du service public de santé et met en musique les instruments de la privatisation du médico-social.

Cette marchandisation s'accompagne de la remise en cause de notre protection sociale, qui porteuse de valeurs de solidarité, ne peut qu'être un obstacle à cet objectif.

Il nous a semblé indispensable de vous informer sur les conséquences désastreuses de cette loi, sur le **Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale**, et sur la tarification à l'activité (T2A).

**La Fédération Sud Santé Sociaux s'est opposée dès le début à cette loi. Elle vous propose son analyse afin que tous ensemble nous continuons à la combattre avec la détermination nécessaire...**



## Mieux connaître leurs lois destructrices pour mieux les combattre !

Face au déferlement médiatique et à la présentation fallacieuse par la ministre de la Santé elle-même, il nous a semblé indispensable de vous informer autrement sur la loi HPST, sur le PLFSS, et sur la T2A.

### **La T2A , la mise en place de la tarification à l'activité en 2004 avait déjà profondément modifié le mode de financement des établissements de santé :**

Les recettes des établissements proviennent désormais de la rémunération de leurs activités, ce qui les contraint à augmenter leurs activités pour réduire leurs coûts de revient, avec un effet pervers qui consiste à trier les pathologies entre celles qui sont rentables ou non.

Actuellement des dotations supplémentaires leur sont allouées pour financer les missions d'intérêt général (urgences, formations des médicaux et des paramédicaux, recherche, centres de dépistage anonyme et gratuit, soins aux détenus etc... voir page 4)

**Le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) 2010** va s'attaquer une nouvelle fois à l'Assurance-maladie et imposer de nouvelles mesures d'économies aux hôpitaux (voir page 5)

**La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)**, qui vient d'être finalement adoptée, malgré l'opposition massive des professionnels et de la population, s'attaque aux hôpitaux publics, aux établissements à but non lucratif participant au Service Public Hospitalier (PSPH) ainsi qu'au secteur social et médico-social.

Cette loi va en outre mettre en place une organisation autoritaire des systèmes d'administration sous contrôle direct des gouvernements. (voir page 7)

Ces deux lois sont complémentaires : c'est en effet l'Assurance-maladie qui finance le système de soins. Autrement dit, si l'Assurance-maladie éternue, c'est tout le système de soins non marchand qui s'enrhume ...

La machine à broyer l'hôpital public et le médico-social s'est mise en marche et touche de nombreux établissements sanitaires sur l'ensemble du territoire .

**Le but est d'achever le système de santé public !**

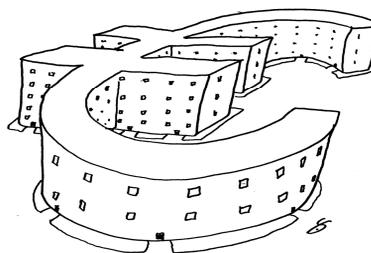
**La mobilisation de tous les hospitaliers, des usagers, des élus et plus largement , de tous les citoyens est indispensable !**

### Loi HPST

Usines à soins !

Hôpital à fric !

PLAN Hôpital 2007



#### **Glossaire:**

**ARS:** Agence Régionale de Santé

**GCS:** Groupement de Coopération Sanitaire

**CS :** Conseil de Surveillance

**CHT:** Communauté Hospitalière de Territoire

**CA:** Conseil d'Administration

**CTE:** Comité Technique d'Établissement

**CME:** Commission Médicale d'Établissement

**EPRD:** Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses

**CPOM:** Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**DGARS:** Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

**EHPAD :** Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes



# La loi HPST est votée : l'action doit continuer !

Les mobilisations inédites des personnels hospitaliers, médecins compris, l'opposition majoritaire de la population, n'ont pu empêcher le vote de la loi HPST.

Les actions communes engagées avec de nombreux praticiens, associations d'usagers devront se poursuivre et permettre d'élargir les capacités de mobilisation en cette rentrée pour la défense et la promotion de l'hôpital public.

Certaines dispositions, comme les Communautés Hospitalières de Territoires sont déjà en cours de mise en place dans de nombreuses régions.

Les procédures de recrutement des futurs directeurs des ARS ont aussi débuté.

Le gouvernement veut aller vite et les restructurations ou les fermetures d'hôpitaux, de maternités ainsi que des services et établissements du social et médico-social vont s'accélérer dans le public comme dans le privé non commercial dès cet automne.

## Exit le service public !

Dans la Loi, les hôpitaux publics disparaissent, remplacés par les établissements de santé.

Les hôpitaux privés participant au service public (PSPH) sont désormais dénommés «établissements de santé d'intérêt collectif», quant aux cliniques commerciales privées, tirant leur épingle de ce jeu de dupes, elles recevront des financements pour assurer soi-disant des missions de service public.

## Les personnels dans la ligne de mire des plans d'économies

Dans le même temps, les mises en œuvre des plans de retour à l'équilibre s'attaquent de plus en plus frontalement à l'emploi, aux acquis des personnels:

- avancements accélérés d'échelons;
- promotions professionnelles;
- régime indemnitaires;
- et surtout aux horaires de travail et à la RTT.

Des jours de repos sont supprimés (CHU de Besançon, de Rennes, de Nantes, ...) et les directions n'hésitent plus à imposer aux équipes de travailler en 12 heures un peu partout (ce qui économiserait théoriquement entre 6 et 8 % des effectifs).

Mais c'est sans compter l'augmentation de l'absentéisme liée à la pénibilité accrue et l'incidence de ces horaires sur la suppression du temps de relèvement en terme de qualité et sécurité de soin.

## La résistance s'organise

De nombreux Conseils d'Administration n'ont pas hésité à rejeter les EPRD (états prévisionnels des recettes et des dépenses, nouvelle dénomination des budgets) malgré le chantage des Agences Régionales d'Hospitalisation de mise sous tutelle.

Des actions massives et radicales de résistance se développent comme à Rennes, exprimant l'exaspération des personnels de devoir toujours faire plus avec toujours moins.



**Ces actions, encore dispersées, doivent trouver un débouché dans le cadre d'une action nationale plus large, associant tous les personnels de santé, les élus, et l'ensemble des citoyens.**

**C'est à cette large mobilisation unitaire que la Fédération Sud Santé Sociaux participe à travers son implication dans les collectifs pour, dès l'automne prochain, à l'occasion du vote de la loi de financement de la Sécurité Sociale mettre en place un large mouvement de contestation.**

## La tarification à l'activité (dite T2A)

### Les principes de la tarification à l'activité :

Ce ne sont pas les patients qui sont pris en considération mais les pathologies traitées. La prise en charge de chaque pathologie reçoit une enveloppe prédéterminée.

Exemple : appendicectomie valorisée à 1800 € qui englobe l'ensemble du coût prédéterminé du diagnostic à la convalescence.

Un établissement qui en pratiquera 500 par an recevra  $1800 \text{ €} \times 500$  soit 900 000 €.

Le même principe employé pour toutes les pathologies permet d'attribuer le budget total de l'établissement. Le budget devenant l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) est évolutif en fonction de l'activité réellement réalisée et de sa tarification.

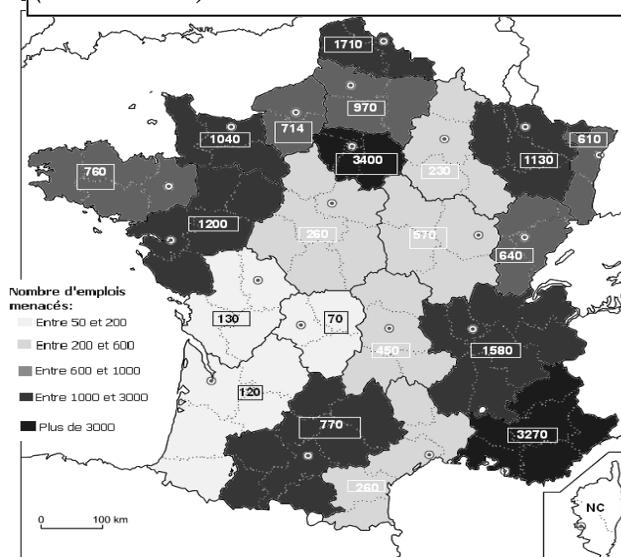
**Conséquence: si la tarification pour traiter telle ou telle pathologie s'avère peu rentable, l'hôpital aura tendance à l'abandonner ou tout au moins à la réduire.**

Les établissements situés dans des bassins de vie peu densifiés ont aussi des difficultés à avoir des bas coûts par pathologie car ils ne peuvent pas en traiter un nombre suffisant pour amortir leur coût. (C'est déjà bien la situation des petites maternités ou des blocs opératoires qui sont fermés non pas par manque de sécurité, mais par mesure d'économie). 200 établissements publics (sur un total de 1000) sont condamnés soit à disparaître, soit à fusionner faute d'activité suffisante, donc pas suffisamment «productifs».

Quelques dispositifs correctifs sont proposés pour tenir compte des régimes différents des rémunérations des personnels (statut Fonction Publique Hospitalière d'un côté, Conventions Collectives de l'autre).

Des forfaits (insuffisants) sont alloués aux établissements - enveloppes MIGAC - pour la prise en charge des missions dites d'intérêt général telles que les urgences, la prise en charge de la précarité, des activités dites coûteuses ou rares hors nomenclature ainsi que les activités de recherches et de formation, ou de prévention/éducation.

Les conséquences de la T2A sur l'emploi  
(document FHF)



À terme les tarifs appliqués aux établissements publics et aux cliniques commerciales devront converger, ce qui mettra le secteur commercial directement en concurrence avec le secteur public pour qu'il diminue encore ses « coûts de revient » (baisse des dotations hospitalières estimées à 30% d'ici 2012 !).

Nous voyons déjà les établissements de santé entrer en concurrence les uns contre les autres pour capter les patients «rentables» et se défaire de ceux qui ne le sont pas.

Alors que dans le même temps les cliniques privées lucratives ont investi la plupart des secteurs «rentables» de la santé laissant au service public les autres secteurs.

**La répartition injuste des moyens basée sur une tarification à l'activité (T2A) conduit à la mise en déficit systématique de 50 % des hôpitaux publics, et à leur recul inéluctable au profit de l'hospitalisation privée, avec une augmentation du coût restant à la charge des patients.**

La loi HPST, dite loi « Bachelot » accentue cette tendance, les seuls hôpitaux publics subsistants devenant des usines à soins pour pauvres (situation actuelle aux USA). Quant aux établissements privés participant au service public hospitalier, leur avenir est encore plus incertain puisque dans le schéma actuel, ils n'ont clairement plus leur place.

## Qu'est le PLFSS, Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale?

C'est le plan Juppé de 1995 qui a transféré de la Sécurité Sociale aux députés le soin de fixer le niveau des dépenses publiques de santé, en instituant le vote du PLFSS par le parlement.

Depuis, tous les ans en fin d'année, une enveloppe limitative des dépenses de la Sécurité Sociale est fixée pour l'année suivante, avec pour objectif déclaré la diminution des dépenses de l'Assurance maladie.

La part des dépenses d'Assurance maladie consacrée à l'hôpital public n'a fait que baisser depuis vingt ans, passant de 42 à 34 %.

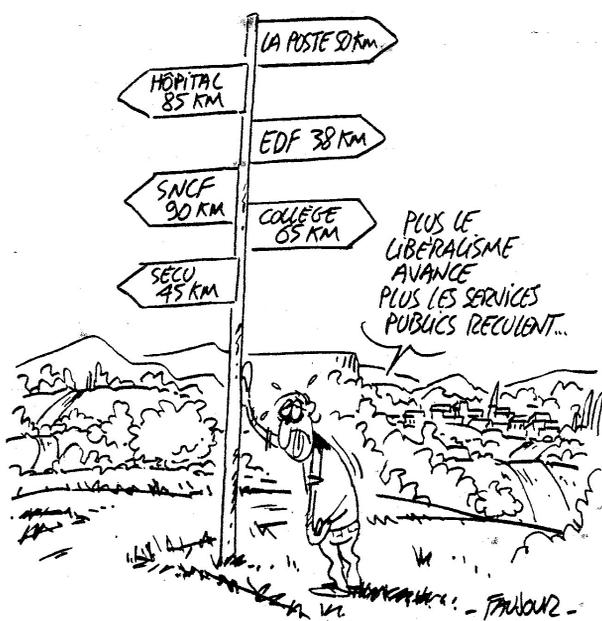
Par contre, les dépenses que l'utilisateur doit payer de sa poche augmentent.

### Le PLFSS 2007/2008 :

Il a mis en place toute une batterie de nouvelles **franchises**, sur les boîtes de médicaments, les transports sanitaires, etc.... (voir p.13)

Elles se sont ajoutées aux forfaits et franchises déjà existants : forfait hospitalier de 16 € par jour, 1 € par consultation médicale, forfait de 18 € pour les actes hospitaliers coûteux au-dessus de 91 €.

Elles s'ajoutent aussi aux multiples remboursements de médicaments, aux pénalités hors parcours de soin, sans parler des dépassements d'honoraires qui explosent scandaleusement.



Par ailleurs c'est le PLFSS 2008 qui a mis fin à l'obligation d'agrément ministériel des accords pour les **établissements sanitaires et PSPH** (Participant au Service Public Hospitalier). Cela induit que le Ministère ne s'engage plus à financer les accords signés. Désormais en cas de difficultés financières, les employeurs peuvent donc déroger aux conventions du secteur.

### Le PLFSS 2009 :

Un milliard « d'économies » a été obtenu en taxant les complémentaires santé.

R. Bachelot a communiqué sur le thème : « ça ne coûtera rien aux usagers ». C'est un mensonge, les complémentaires ont annoncé qu'elles répercuteraient bien évidemment cette taxe sur le prix des cotisations de leurs adhérents.

**En échange de cette taxation**, les mutuelles et les assurances privées ont obtenu d'entrer plus largement dans les organismes de gestion de la Sécurité Sociale (ce qu'avait initié la réforme Douste-Blazy de 2004).

**C'est un véritable cheval de Troie du privé dans le système public et solidaire.** Axa et Groupama... se frottent les mains, ils entrent dans la gestion de la Caisse d'Assurance maladie et s'ouvrent l'accès aux fichiers de la sécu !

Les hôpitaux sont invités quant à eux à diminuer leurs **dépenses en médicaments onéreux** (anticancéreux essentiellement). S'ils dépassent le plafond fixé, ils seront sanctionnés financièrement. Tant pis pour les malades !

Dans le cadre de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), le taux de progression des **budgets des hôpitaux** pour 2009 était fixé à 3,1%, taux notoirement insuffisant entraînant mécaniquement 20 000 suppressions de postes (voir p.6)

La fin de l'agrément ministériel est en outre étendu aux **EHPAD**.... Avec les mêmes conséquences que pour les établissements sanitaires et PSPH (voir plus haut).



## Creusement des inégalités sociales :

On voit bien comment, au fil des PLFSS successifs, on glisse progressivement **d'un système solidaire et égalitaire**, où chacun cotise selon ses moyens et est soigné selon ses besoins, **vers un système individualisé et privatisé**, où la part de l'assurantiel privé augmente sans cesse.

Avec une conséquence : **seuls ceux qui peuvent payer sont bien soignés.**

### 14% des français sont déjà exclus des soins.

C'est ce que nous révèle une récente enquête de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Éducation de la Santé).

8% de la population n'a pas, ou plus, de mutuelle, soit 5 millions de personnes !

### A cette inégalité sociale, s'ajoute une inégalité géographique :

Aujourd'hui, selon la région où on habite, l'accès aux soins est en effet plus ou moins difficile.

Dans le Pas de Calais par exemple, on dénombre un médecin généraliste pour 460 habitants contre un généraliste pour 60 habitants en région PACA.

Nous assistons déjà à l'apparition de véritables déserts médicaux, dans certaines zones rurales ou certaines banlieues déshéritées. La fermeture de nombreuses structures sanitaires de proximité (les maternités notamment) en est directement la cause. Cet effet est aggravé par le refus des gouvernements successifs de réguler l'installation des médecins, ainsi que le paiement à l'acte et les dépassements d'honoraires qui font choisir à ces derniers les zones où les populations les plus riches sont concentrées.

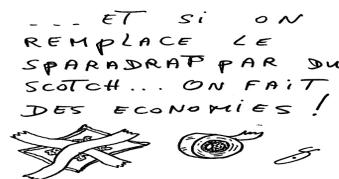


## Le PLFSS 2010 va amplifier ces inégalités!

Prétextant la crise et la récession les politiques, eux même responsables des choix qui ont conduit à cette crise, en profiteront pour porter de nouveaux coups bas contre les principes égalitaires de la sécurité sociale. Ce « déficit » de la sécu pourrait atteindre les 30 milliards d'euros en 2009, et plus encore en 2010.

### Rappelons les vraies raisons de ce déficit :

- 100 000 chômeurs en plus c'est 1,4 milliards en moins pour la sécu.
- 1% de baisse des salaires c'est 1,9 milliards en moins.
- **Les chiffres concernant le pillage de la Sécu sont sous estimés.** En feuilletant le rapport de la commission des comptes de la Sécu (juin 2008) sur le site du ministère de la santé, on découvre que l'addition pour 2007 des exonérations de cotisations, des exemptions, des dettes de l'état, du transfert et des dettes patronales se monte à **42,4 Milliards Euros !**
- La Cour des Comptes a également révélé que la non-taxation des stock-options et des parachutes dorés fait perdre 3,5 milliards à la sécu.



Le gouvernement va se servir de ce « déficit » des comptes sociaux qu'il a lui-même créé, pour tenter de culpabiliser encore plus les assurés et leur imposer des mesures d'économies drastiques : hausse des franchises ? Nouveaux remboursements de soins et de médicaments ?...

Sarkozy a par ailleurs annoncé en juin 2009 un transfert vers les mutuelles et complémentaires santé (assurances privées) de la prise en charge des maladies chroniques, ce qui signifiera la fin de leur remboursement à 100% par la sécu ...

Une chose est sûre, c'est que la bataille autour du PLFSS 2010, dont la discussion commencera à partir du 15 octobre à l'Assemblée Nationale, s'annonce plus âpre encore que les autres années.

## La loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires)



**Sous les titres de «modernisation des établissements », « d'accès de tous à des soins de qualité », de « prévention et santé publique » et «d'organisation territoriale », la loi HPST dessine une politique de santé centralisatrice, autoritaire et ultra libérale.**

Elle met en place une organisation qui s'inspire du code du commerce et de l'industrie et réforme profondément l'exercice des pouvoirs à l'intérieur des établissements et entre les directeurs d'établissement et l'autorité de tutelle.

**Elle modifie l'organisation du système de soins pour atteindre l'objectif annoncé de regrouper en 200 Communautés Hospitalières de Territoire les 1050 établissements publics de santé.**

En premier lieu elle abolit la notion de service public au profit de « missions de service public » qui pourront être désormais assurées par le secteur commercial et les cabinets libéraux.

Les établissements publics de santé seront regroupés dans un statut unique, afin de faciliter les fusions. Le statut d'hôpital local n'existera plus.

Le statut juridique des établissements dits « PSPH » (Participant au Service Public Hospitalier) disparaît et est remplacé par le statut d'établissement de santé d'intérêt collectif qui risque fort de ne plus se différencier du statut des cliniques commerciales (qui s'appellent souvent hôpitaux privés pour semer encore plus la confusion).

Ces « missions de service public » concerneront les actions de santé publique et la prise en charge des hospitalisations psychiatriques sous contrainte. La lutte contre l'exclusion sociale n'est pas mentionnée.

Les établissements publics pourront recourir à des praticiens libéraux pour assurer la permanence des soins.

Les établissements hospitaliers universitaires seront incités à créer des fondations pour la recherche en se rapprochant de l'industrie.

**Ces fondamentaux balayés, les Agences Régionales de Santé vont mettre une main de fer sur l'organisation sanitaire et médico-sociale à l'échelle de la région.**



## **Les Agences Régionales de Santé, pouvoir de vie et de mort sur les établissements :**

Elles auront la mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé et d'imposer leur doctrine en matière de :

- \* santé publique
- \* soins ambulatoires et hospitaliers
- \* prise en charge et accompagnement dans le médico-social
- \* professions de santé

Elles auront la compétence des actuelles Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) + le volet médico-social des services de l'Etat + certaines compétences de l'assurance maladie.

Sous la tutelle des ministères de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'Assurance maladie, les ARS seront des personnes morales de droit public de l'Etat et disposeront d'une autonomie administrative et financière.

**Leurs missions sont claires : coordonner l'évolution du système hospitalier et médico-social par le redéploiement des services, des activités ou des équipements lourds en vue de rationaliser l'offre de soins et surtout d'en diminuer le coût.**

### **A la tête de l'ARS, un Super Patron :**

Le Directeur Général, nommé par décret en conseil des ministres, va régner en maître (*sous le contrôle politique direct du ministère*) sur les professions de santé, le secteur hospitalier et les établissements et services médico-sociaux d'une région.

Il va lui-même désigner des agents pour remplir des missions d'inspection et de contrôle.

C'est lui qui va définir les territoires de santé pertinents. Il arrêtera le projet régional.

**Il va imposer toutes formes de coopérations entre les établissements et les professionnels, entre les établissements publics et les établissements privés (par les Groupements de Coopération Sanitaire, dits GCS) et imposer la réorganisation de l'offre de soins par la création des «Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT).**

Il signera les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui concerneront obligatoirement les établissements de santé, les Communautés Hospitalières de Territoire, les Groupements de Coopérations Sanitaires et éventuellement les réseaux de santé, les centres et maisons de santé, les établissements et services médico-sociaux.

Les CPOM prévoient désormais des pénalités financières pour les établissements n'ayant pas atteint les objectifs fixés, dans la limite de 1% des recettes du dernier exercice.

Le Directeur Général dispose de pouvoirs accrus sur les directeurs d'établissement, décide du caractère contractuel ou statutaire du poste, fixe les objectifs assignés qui serviront de base à leur évaluation.

Il fixera aussi la part variable de leur rémunération (jusqu'à 70% de la part fixe).



### **A l'échelle locale, dans les établissements, le pouvoir de l'exécutif sera aussi renforcé.**

Si l'on assimile les directeurs d'ARS à des super-préfets sanitaires et que les désignations du conseil de surveillance dépendront du préfet de région, la main mise de l'état sur le sanitaire et le médico-social peut être considérée comme totale.

## Organisation interne des établissements:

Ces dispositions entreront en vigueur dès promulgation de la loi.

**Le Directeur devient le Président du Directoire.  
Le Directoire remplace le Conseil Exécutif (CE).  
Le Conseil de Surveillance (CS), organe délibérant, remplace le Conseil d'Administration.**



### Le Directeur, « Patron » de l'établissement :

Ses pouvoirs et son autonomie sont renforcés. Il n'aura pas besoin d'avoir la qualité de fonctionnaire pour être nommé.

Il sera nommé par décret pour les CHU et CHR et par arrêté du directeur du centre national de gestion pour les autres établissements, sur proposition du Directeur de l'ARS.

Il dispose du pouvoir de nomination sur l'ensemble des personnels, y compris les directeurs-adjoints et les directeurs des soins, à l'exception des médecins.

Pour ceux-ci il proposera des nominations au directeur du centre de gestion national, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME.

Il pourra mettre fin aux fonctions des praticiens en cas de restructurations.

Il détermine la part variable de rémunération des directeurs-adjoints.

Il prend des décisions sur la politique sociale (l'intéressement notamment), l'organisation interne (organisation du travail, temps de repos) et le règlement intérieur.

Il signe les CPOM (sans délibération préalable des Conseils de Surveillance).

Il détermine les programmes d'investissement, fixe l'EPRD, détermine les tarifs de prestations, arrête le projet médical, propose les participations aux coopérations inter hospitalières et aux réseaux.

Il pourra autoriser des libéraux à participer à l'exercice des missions de l'établissement. Ses décisions seront exécutoires dès réception à l'ARS à l'exception de l'EPRD.

Sur proposition du DGARS ou du président du directoire de la CHT, il pourra toutefois se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis.

### Le Directoire :

Composé de 7 membres (9 pour les CHU) :  
Le président du Directoire sera le Directeur.  
Le vice-président du Directoire sera le président de la CME.

Les CHU se verront gratifiés d'un «vice-président doyen» et d'un «vice-président chargé de la recherche».

Les autres membres sont nommés, et révocables, par le Directeur sur proposition du président de la CME, mais en cas de désaccord le Directeur nommera seul les membres de son choix...

Les missions du Directoire sont réduites par rapport à celles des Conseils Exécutifs (CE) actuels.

Il ne prépare plus par exemple les mesures du CPOM, les plans de formation, les plans de redressement. Il ne donne plus d'avis sur la nomination des chefs de pôle.

Il prépare le projet d'établissement et n'a qu'un rôle de conseil pour la gestion et la conduite de l'établissement.

## Le Conseil de surveillance :

Sorte de Conseil d'Administration fantoche aux membres réduits à 12, il sera présidé par un membre élu en son sein parmi le collège des personnes qualifiées ou celui des représentants des collectivités territoriales (ou à défaut, désigné par le ministre).

**La représentation des personnels sera limitée : deux représentants médicaux désignés par la CME (Commission Médicale d'Établissement), deux représentants non médicaux désignés par le CTE (Comité Technique d'Établissement), deux représentants des usagers.**

**Les représentants des collectivités territoriales seront 4 au plus. Un représentant de la Commission de Soins Infirmiers, médico-technique et de Rééducation.**

Il est précisé par ailleurs que les membres du conseil de surveillance, tout comme ceux du directoire, seront tenus à la discrétion à l'égard des informations.

Le Directeur Général de l'ARS assistera ou se fera représenter au Conseil de Surveillance et pourra inscrire toute question à l'ordre du jour.

Un directeur de la Caisse d'Assurance Maladie (désigné par le DGARS) assistera au conseil.

Son champ de compétence est limité par rapport aux Conseils d'Administration actuels .

**Le CS ne délibèrera pas sur :**

- \* l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et dépenses),
- \* le CPOM,
- \* le plan de redressement,
- \* l'organisation interne de l'établissement,
- \* la politique sociale,
- \* la politique immobilière,
- \* le règlement intérieur,
- \* la politique de la qualité et de l'accueil des usagers.

**Il ne délibèrera pas non plus** sur les coopérations inter hospitalières, ni sur le programme d'investissement pluriannuel.

Ses délibérations seront seulement requises sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel d'activité, les conventions.

**Dans cette énième « nouvelle gouvernance », l'organisation en pôle restera de mise.**

Les pouvoirs des chefs de pôle, qui remplaceront les actuels responsables de pôle, seront eux aussi étendus à l'intérieur des pôles.

**Le chef de pôle :**

Il est nommé par le directeur après avis du Président de la CME, et en cas de désaccord c'est la décision du Directeur qui prime.

**Il organisera le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, l'intéressement aux résultats.**

Le chef de pôle aura autorité sur l'ensemble des personnels du pôle et donc sur les affectations.

Il ne sera plus nécessairement assisté par un cadre infirmier.

**Les références aux unités fonctionnelles, services et bien évidemment chefs de service n'existeront plus.**

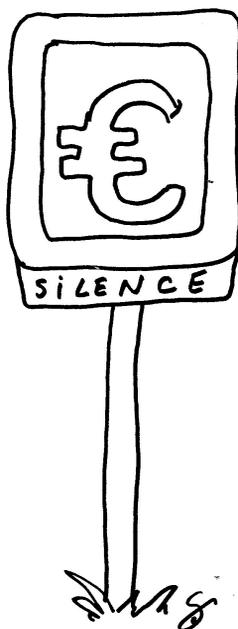
Comme pour les directeurs, un nouveau statut de contractuel sera proposé aux praticiens... toujours pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public...

La part variable attribuée en fonction de la réalisation des objectifs pourra aller jusqu'à 70% de la part fixe.

C'est le CPOM qui définira le nombre maximum, la nature et la spécialité médicale des emplois concernés.

Des sanctions financières sont par ailleurs prévues pour les médecins qui ne coderont pas, ou pas suffisamment vite, leurs actes, par des retenues sur rémunération.

Les Directeurs des Soins (DSI) seront recentrés sur des missions transversales liées à la qualité des soins.



## Les coopérations entre les établissements:

Les Communautés Hospitalières de Territoire :

Les CHT résultent de la fédération de plusieurs établissements, à l'initiative des établissements ou du DGARS.

Ils permettront aux établissements de mutualiser certaines fonctions ou activités et de réorganiser l'offre de soins.

Il s'agit en fait d'une fusion déguisée. Bien que restant autonome sur le plan juridique et financier, les établissements membres disposeront en fait de peu d'autonomie dans ce paysage.

Il y aura délégation de compétences vers un établissement siège.

C'est la convention constitutive de la CHT, signée par les directeurs des établissements membres, qui fixera la composition de son CS, les modalités de coopération et de mutualisation des ressources humaines.

A noter que cette composition pourra être modifiée par le président du directoire de la CHT ou par le DGARS. Ce dernier aura même la possibilité de faire adhérer un autre établissement.

**La CHT sera organisée comme les établissements : Directeur, directoire, conseil de surveillance.**

Le CS de la CHT sera composé en partie de représentants des collectivités territoriales, de représentants du personnel et des personnes qualifiées membres des CS des établissements adhérents avec un nombre de membres égal à celui des CA actuels (22 hors CHU).

Le Directoire de la CHT sera composé en partie des membres des directoires des établissements adhérents.

La CME de la CHT sera composée en partie de représentants des personnels médicaux des établissements adhérents.

Le CTE de la CHT sera composé en partie de représentants du personnel des établissements adhérents. Un CTE local se réunira dans les établissements adhérents.



La CHT pourra par ailleurs ne constituer qu'une commission des relations avec les usagers pour l'ensemble des établissements.

### Les pouvoirs du directeur de la CHT :

**Après simple avis des CS des établissements adhérents et de la CHT, le directeur de la CHT (DCHT) décidera des transferts de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipements et matériels lourds entre les établissements adhérents à la CHT.**

**Lorsque de tels transferts auront eu lieu, l'établissement titulaire de la compétence ou de l'activité cédée transférera, par décision du président du directoire, les emplois afférents (cession des emplois et transfert des agents).**

La mobilité des personnels va être fortement développée..

Le Directeur de la CHT disposera d'un pouvoir hiérarchique sur les directeurs des établissements membres.

Il déterminera la part variable de rémunération des directeurs des établissements associés, comme le DGARS le déterminera pour le directeur local et le directeur local à son tour pour les directeurs-adjoints.

Une version dite « **CHT intégrée** » est prévue, elle comportera une direction unique et maintiendra des instances locales pour les représentants des personnels non médicaux.

## Les Groupements de Coopérations Sanitaires :

Ils constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements publics et privés, ils remplaceront les Syndicats Inter Hospitaliers (SIH) et les fédérations médicales. Ils permettront aussi des coopérations entre les établissements publics et les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social.

**Les GCS leur permettront de mutualiser des moyens, d'exercer une activité en commun sur un ou plusieurs territoires de santé et à l'échelle d'une ou de plusieurs régions.**

Dans un délai de trois ans à compter de cette loi, les SIH prendront la forme d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) ou d'un **Groupement de Coopérations Sanitaires (GCS)**.

Les GCS seront créés à l'initiative des établissements concernés ou sur décision unilatérale du DGARS. Ils comporteront au moins deux membres dont un établissement de santé et donneront lieu à signature d'un CPOM avec le DGARS.

Ils seront constitués en personne morale de droit public ou privé.

### **Organisation :**

Une assemblée générale composée des membres du groupement prendra les décisions intéressant le groupement. Un administrateur sera élu en son sein pour mettre en œuvre les décisions.

Si le GCS est un établissement public, il sera doté d'un CS et d'un directoire. Le président du directoire sera dans ce cas l'administrateur.

Le GCS pourra être employeur.

### **Quid des personnels ?**

« en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements mentionnés à l'article 2, les fonctionnaires et agents concernés sont de plein droit mis à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités, sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil. » (article 23)

## Les autres mesures de la loi HPST :

Les pouvoirs et la réorganisation de l'offre de soins sont posés.

La « rationalisation » de l'offre de soins consiste en fait à imposer la collaboration entre le secteur marchand (et notamment l'industrie pharmaceutique) et les établissements publics.



Elle transfère des activités ou équipements et les agents qui vont avec, dans la région et au-delà.

**Elle limite l'expression des personnels, des usagers et des élus, et signe ainsi la fin de la démocratie sanitaire.**

### **Par ailleurs**

- Elle introduit des salaires à part variable, pour les médecins, les directeurs et pour tous les agents par le biais des intéressements à l'intérieur des pôles, en fonction de la réalisation d'objectifs essentiellement financiers.

- Elle prévoit un programme d'éducation thérapeutique pour des pathologies fixées par décret. Les conditions de formation et d'expérience professionnelle pour les éducateurs de santé seront définies par décret.

- Elle prévoit ce qui sous la formule « coopération entre professionnels de santé » n'est rien d'autre que l'organisation de glissements de tâches entre médicaux et non médicaux.

Il s'agit de transferts d'actes encadrés par des protocoles nationaux élaborés par la Haute Autorité de Santé.

**Ces transferts d'actes permettront de déroger aux règles actuelles définissant les compétences.**

- Elle définit le nombre d'internes à former par spécialité pour 5 ans.

- Elle comporte un chapitre sur les représentativités des professions libérales pour la négociation tarifaire.



**Elle prévoit aussi des dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux** (voir p. 17 de cette brochure) :

Avec la main mise des ARS sur le médico-social on va voir s'accélérer le regroupement de malades chroniques dans des structures moins coûteuses (y compris en puisant des fonds de solidarité départementaux) accueillant pêle-mêle malades psychiatriques chroniques, personnes tétraplégiques, comateuses, déficientes intellectuelles... structures invivables pour les usagers et ingérables pour les personnels...

### **La psychiatrie :**

Elle n'est pas traitée dans cette loi.

Les préconisations de la mission Couty puis du rapport Milon qui viennent d'être rendues seront intégrées par le biais d'une loi spécifique à venir.

30% des lits étant déjà implantés en hôpital général, ce qui est à craindre c'est la dilution de la psychiatrie dans la Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO).

Les pratiques élaborées depuis des dizaines d'années sont remises en cause (travail de secteur) au profit d'une vision sécuritaire du soin psy. Les moyens alloués à la Psychiatrie pourront être détournés au gré des directions (Voir 4 pages fédéral)

### **Dépassements d'honoraires :**

**La limitation des dépassements d'honoraires des médecins initialement prévue par la loi "Hôpital, patients, santé, territoire" (HPST) ne verra finalement pas le jour.**

Lors du débat à l'Assemblée nationale en mars, les députés avaient voté un article qui permettait d'imposer à un établissement de santé privé de garantir aux patients une "proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires pour certaines disciplines ou spécialités".

Mais la réaction des médecins a été si vive que le gouvernement a in fine renoncé à faire passer cette mesure par la loi, préférant "s'en remettre aux négociations entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins".

**Il s'agit d'un recul honteux !**

### **Le « testing » :**

Même chose pour le « testing » qui aurait permis de sanctionner les médecins refusant de prendre en charge les patients bénéficiant de la CMU.

Dans sa version définitive, la loi HPST renonce à cette mesure, qui répondait pourtant à un souci minimal de justice sociale...

### **Communiqué de la Ligue des Droits de l'Homme du 6 juillet 2009 (extraits):**

**« La LDH dénonce particulièrement les dispositions de ce projet de loi qui :**

☛ **Sous couvert d'améliorer les modalités de gestion des établissements hospitaliers, privilégie une pure logique financière porteuse de risques de dérives quant à la sélection des activités et à la discrimination des patients en fonction de la rentabilité de leurs pathologies**

☛ **Ignorent les dérives majeures de notre système de soins et en particulier renoncent à limiter les dépassements d'honoraires et à renforcer les dispositifs de lutte contre les pratiques discriminatoires de refus de soins. »**

### **Sur les ordres professionnels des paramédicaux :**

L'article 63 de la loi définitive stipule que: « L'ordre national des infirmiers a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir la communication.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. »

Comme cadeau de rentrée, les appels à cotisation sont donc lancés (75 euros pour 2009, pour débiter).

**Rappelons que la totalité des organisations syndicales représentatives dans le secteur de la santé (sauf la CFE CGC) continue de porter, auprès et avec des professionnels, le refus des ordres professionnels.**

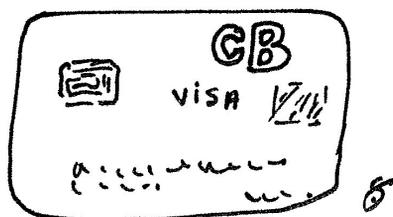
## Les franchises médicales:

La franchise est **une somme directement déduite des remboursements** versés par les Caisses d'Assurance Maladie pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Contrairement au ticket modérateur (part non remboursée par la sécu), les franchises ne peuvent être prises en charge par les mutuelles.

Ces franchises ne s'appliquent pas lors d'une hospitalisation complète ou d'une hospitalisation à domicile, ni sur les transports d'urgence.

Les bénéficiaires de la Couverture Maladie universelle complémentaire, les enfants mineurs et les femmes enceintes, au 1er janvier de l'année en cours, sont exonérés des franchises

LA NOUVELLE CARTE  
D'ASSURÉ SOCIAL



### LES MONTANTS

- **0,5€ par boîte** de médicament (ou toute autre unité de conditionnement) et par acte paramédical.
- **2€ pour les transports** sanitaires.

### LES PLAFONDS

Les franchises médicales sont limitées par deux plafonds fixés par décret (n°2007-1937 du 26/12/2007) :

- \* un plafond journalier de 2€ pour les actes paramédicaux et de 4€ pour les transports sanitaires.
- \* un plafond annuel de 50€ par personne.

### L'ADDITION PEUT ETRE SALEE !

Ne pas confondre la franchise médicale et la **participation forfaitaire** (elles se cumulent !)

La participation forfaitaire de **1€** s'applique aux actes médicaux (consultation, acte de biologie et de radiologie). Elle est également plafonnée à 50€ par an.

**Au final, un total de 100 € peut donc être prélevé par la Caisse d'Assurance Maladie, par an et par personne de plus de 18 ans au 1er janvier de l'année en cours.**

Les mutuelles et les assurances sont incitées par l'état à ne pas prendre en charge les franchises médicales dans les cadres de contrats dits "responsables".

Si elles le faisaient elles perdraient les avantages fiscaux liés à ces contrats.

#### **Un exemple concret d'un parcours coordonné**

**Monsieur Dupont va voir son médecin traitant :**

1 visite chez son médecin généraliste .....  
+ 1 € Participation Forfaitaire

**qui lui prescrit 1 prise de sang**

Prise de sang par IDE..... + 0,50 € Franchise Médicale

Acte de biologie.....

+ 1 € Participation Forfaitaire

**Monsieur Dupont retourne voir son médecin généraliste avec les résultats :**

1 visite médicale.....

+ 1 € Participation Forfaitaire

**Ce dernier l'oriente vers un spécialiste :**

1 visite médicale.....

+ 1 € Participation Forfaitaire

**Celui-ci lui prescrit des examens complémentaires (prise de sang, radiologie) :**

Prise de sang par une IDE..... + 0,50 € Franchise Médicale

Acte de biologie.....

+ 1 € Franchise Médicale

Acte de radiologie.....

+ 1 € Franchise Médicale

**Monsieur Dupont donc retourne chez le médecin spécialiste suite avec ses résultats :**

1 visite médicale.....

+ 1 € Participation Forfaitaire

**Le médecin spécialiste lui prescrit alors deux médicaments, l'un avec un conditionnement pour une semaine et l'autre dans une boîte pour un mois et cela pendant 3 mois :**

1 médicament = 12 boîtes..... + 6 € Franchise Médicale

1 médicament = 3 boîtes..... + 1,50€ Franchise Médicale

**TOTAL non remboursé 15,50 €**

**En conclusion : un mécanisme scandaleux et inquiétant.**

Les plafonds étant fixés par décret ils **peuvent être relevés à n'importe quel moment** au bon vouloir du gouvernement (cf. le forfait hospitalier ou la CSG qui ne cesse d'augmenter !).

Que dire enfin de la **possibilité de prélever ces franchises** sur des pensions d'invalidité ou des indemnités journalières maladies !



## La privatisation tisse sa toile et les inégalités s'accroissent!

La loi HPST vise à amplifier et accélérer le déploiement des logiques de privatisation. Il faut être conscient que **les pressions** pour aller dans ce sens sont fortes. Elles sont exercées par les marchés financiers, plus précisément par de puissantes **multinationales financières**.

**Ces pressions s'exercent au niveau international au travers de l'OMC** (Organisation Mondiale du Commerce) **et de l'AGCS**, (Accord Général sur le Commerce des Services) **qui prévoient de soumettre l'ensemble des activités de service aux lois du marché et de la « concurrence libre et non faussée »**. **L'Union européenne relaie largement cette politique. Et le gouvernement Sarkozy n'est pas en reste.**

Sarkozy, dans son discours programme sur les hôpitaux et la santé en septembre 2007, au lendemain de son élection, traçait clairement l'orientation, que la loi HPST est maintenant chargée de mettre en œuvre. Son diagnostic était: « L'hôpital ne peut pas répondre à tout ». Il serait donc en crise non par manque de moyens mais parce qu'il assume des missions qui ne seraient pas les siennes.

C'est pourquoi la loi HPST transfère une partie croissante de ces missions aux cliniques privées, à la médecine de ville libérale et au secteur associatif ou médico-social.

Et l'hôpital, recentré sur son « cœur de métier », il doit fonctionner selon les normes d'une entreprise privée.

Mais il faut savoir que la place du secteur privé en France est déjà très importante.

L'hospitalisation représente 45% des dépenses d'assurance-maladie, avec trois types d'établissement :

Les **hôpitaux publics** : en 2003, 303 000 lits soit **66%**

Le secteur privé à but non lucratif (**PSPH**) : 64000 lits soit **14%**

Le **privé à but lucratif** : 94000 lits soit **20%**

**La France est le pays d'Europe où la part de marché des cliniques privées est la plus importante.** Dans de nombreux pays on considère qu'elles sont **une source d'inégalité dans l'accès aux soins**, et **elles ne reçoivent donc aucun financement public**. Certains pays comme la Belgique ou les Pays-Bas les interdisent même.

La **Générale de Santé** (175 cliniques, capitaux italiens), **Vitalia** (46 cliniques, fond de pension américain Blackstone), **Capio** (26 cliniques, fonds américains et européens), **Médi-partenaires** (22 cliniques, capitaux britanniques), **Orpéa** (pour le marché des personnes dépendantes), ... réalisaient en 2005 un taux de rentabilité pour leurs actionnaires de 16% (étude de la DREES).

La Générale de santé a distribué 420M d'euros à ses actionnaires en 2006. Tout cela grâce à l'argent public et on demande à l'Assurance maladie de faire 4 Milliards d'économies !

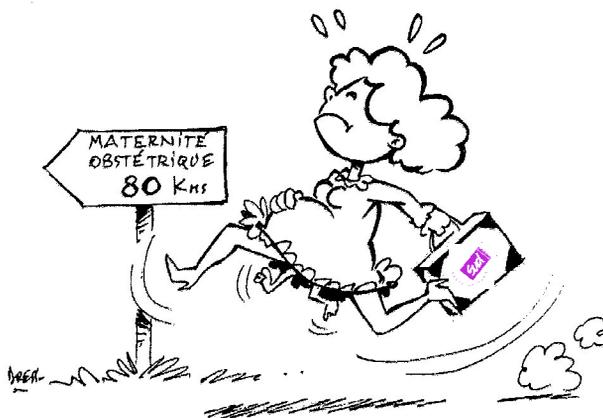
Selon l'IGAS, en 2005, les praticiens exerçant en cliniques ont facturé 470 M d'euros de dépassements, alors que 66%

de ces dépassements ne sont pas remboursés par les mutuelles !

Ce qui est particulièrement grave aussi, c'est que dans un nombre croissant de départements ou de villes (70 selon la FHF), **le privé est maintenant en situation de monopole pour certaines activités** (comme la chirurgie à Carpentras ou Chateaubriand).

Ce qui lui permettra de tenir la dragée haute aux ARS dans les négociations sur les « cahiers des charges » qu'il leur sera demandé de respecter dans le cadre de la loi HPST et notamment les contreparties concernant les missions de service public !

Que se passera-t-il lorsque les actionnaires, jugeant les projets insuffisants, décideront de mettre la clef sous la porte ?.....



...Toutefois le secteur privé dans la santé, ce n'est pas seulement les cliniques, mais aussi la médecine de ville libérale, rémunérée selon le principe du paiement à l'acte.

La loi reprend des propositions intéressantes du SMG ou de syndicats comme le nôtre sur **les maisons de santé**, c'est à dire la coordination des différents professionnels dans des structures de proximité complémentaires des services hospitaliers, d'urgence notamment.

La loi reprend ces propositions mais **en les dévoyant**. D'abord, en faisant fonctionner ces maisons médicales dans un cadre inchangé (paiement à l'acte, franchises, dépassements d'honoraires, autant d'obstacles à l'accès aux soins pour tous).

Et ensuite, en les concevant comme remplaçant les services hospitaliers, voire servant d'argument pour justifier leur fermeture.

\*Les agences régionales de santé vont "remplacer" et regrouper sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements:

- ◆ Les DRASS (directions régionales des affaires sanitaires et sociales)
- ◆ Les DDASS (directions départementales des affaires sanitaires et sociales)
- ◆ Les ARH
- ◆ Les GRSP (groupements régionaux de santé publique)
- ◆ Les URCAM (unions régionales des caisses d'assurance maladie)
- ◆ Les MRS (missions régionales de santé)
- ◆ Les CRAM (caisses régionales d'assurance maladie) : seules les missions relatives à l'organisation des soins seront transférées des CRAM aux ARS, les CRAM deviendront " caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail "

### Quelques exemples d'établissements déjà particulièrement touchés :

**CHU de Nantes** : non renouvellement de centaines de CDD avant l'été 2008, 200 suppressions d'emplois statutaires

**HCL de Lyon** : 800 suppressions d'emploi d'ici 2013

**CHG du Havre** : second plan d'économie fin 2008 supprimant 250 emplois supplémentaires

**CHU de Nancy** : annonce de 600 suppressions d'emplois sur 3 ans

**Institut Gustave Roussy (Villejuif)** : nouveau plan d'économie entraînant la suppression de 150 emplois

**Fondation St Joseph (établissement FEHAP) Paris 14ème** : 450 suppressions d'emploi par le regroupement de 3 établissements et la fermeture de plusieurs services (dont plusieurs dizaines de licenciements)

**CHU de Besançon** : réduction massive du nombre de jours RTT

**CHI Poissy-St Germain (78)** : réorganisation des horaires et non paiement d'une demie heure de travail (le temps de transmission)



**Assistance Publique-Hôpitaux de Paris** : Le Directeur général veut être le bon élève de Bachelot et annonce dès l'été 2008 la décision de substituer aux 38 établissements hospitaliers 13 regroupements. Plan d'économie de 300 millions d'euros sur 3 ans et suppressions de 3000 à 4000 emplois.



## HPST et médico-social:

Le secteur médico-social va connaître le même sort que l'hôpital public en passant en 2009 sous la « coupe » des ARS (Agence Régionale de Santé) qui voient le champ de leurs compétences s'agrandir à l'ensemble du secteur médico-social.

### Etatisation au service de la privatisation:

La prise de contrôle programmée par les ARS, de l'ensemble du secteur médico-social, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de marchandisation des secteurs de la santé et du médico-social, confirmant nos craintes sur la nature des ruptures introduites par les lois 2002 et 2005 dans le secteur médico-social et social.

La gouvernance de l'ensemble du secteur médico-social comme celui de la santé par les ARS sera concentrée entre les mains du préfet de région qui présidera le conseil de surveillance de l'ARS. Cette dernière devant élaborer dans le cadre d'une conférence régionale, les politiques publiques de prévention, d'offre de soins et d'organisation médico-sociale.

### Reterritorialisation:

C'est une rupture de plus par rapport aux départements, qui perdent de fait de l'importance quant à la définition du territoire concerné par les nouvelles politiques de santé. C'est une nouvelle reterritorialisation dont on mesure déjà les conséquences avec la fermeture ou le regroupement de nombreux services et hôpitaux de proximité...

Dans le cadre de la loi HPST de nouvelles dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux remplacent une série de dispositions de la loi 2002-2, notamment en matière de procédures d'autorisations, de contrôles, d'évaluations et d'organisation des structures de consultations.

### Mise en concurrence avec le privé lucratif:

De plus dans le cadre des procédures d'autorisations, une commission de sélection consultative d'appels à projets intègre les opérateurs privés lucratifs qui seront, il ne faut pas en douter, mis en concurrence avec le médico-social public et le secteur associatif.

La contractualisation dans le cadre des CPOM se généralise rompant avec une logique d'offre de services médico-sociaux et de santé au profit d'une logique de résultats qui contribue à la marchandisation de notre secteur.

Enfin les CROSM disparaîtront quand les Conférences Régionales de Santé se mettront définitivement en place.

### Casse des statuts et conventions:



La casse des statuts publics comme des statuts conventionnels du secteur associatif permet de préparer cette mise en concurrence avec un secteur privé lucratif en quête de diversification et de rentabilité de ses investissements.

Un élément de plus doit nous alerter et conforte notre analyse. Il se trouve dans le cadre du PLFSS 2009 qui ne rend plus obligatoire la **procédure d'agrément** (ex. article 16) par le gouvernement, des accords d'entreprises et des accords conventionnels pour les EHPAD. L'année dernière cette mesure concernait les établissements de santé privés qui participent au service public de santé (PSPH).

**En 2009**, c'est au tour des maisons de retraite médicalisées, à quand la disparition de tout agrément pour l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux ?

La bataille que nous menons pour la défense des conventions collectives et du statut public trouve une fois de plus toute sa légitimité. Il ne s'agit pas uniquement de défendre des avantages acquis pour les salariés du secteur, mais bien de défendre au fond le service public de santé et l'accès pour tous à des prises en charge médico-sociales de proximité et de qualité...

La privatisation, marchandisation complète du médico-social se concrétise avec la loi Bachelot (HPST).

C'est bien la nouvelle réalité qui va s'imposer pour des milliers de salariés du secteur et pour une population qui n'accèdera à la santé et aux services médico-sociaux que si elle en a les moyens...

**Il est plus qu'urgent et plus que jamais nécessaire de défendre une protection sociale basée sur la solidarité et une autre répartition de la richesse...**

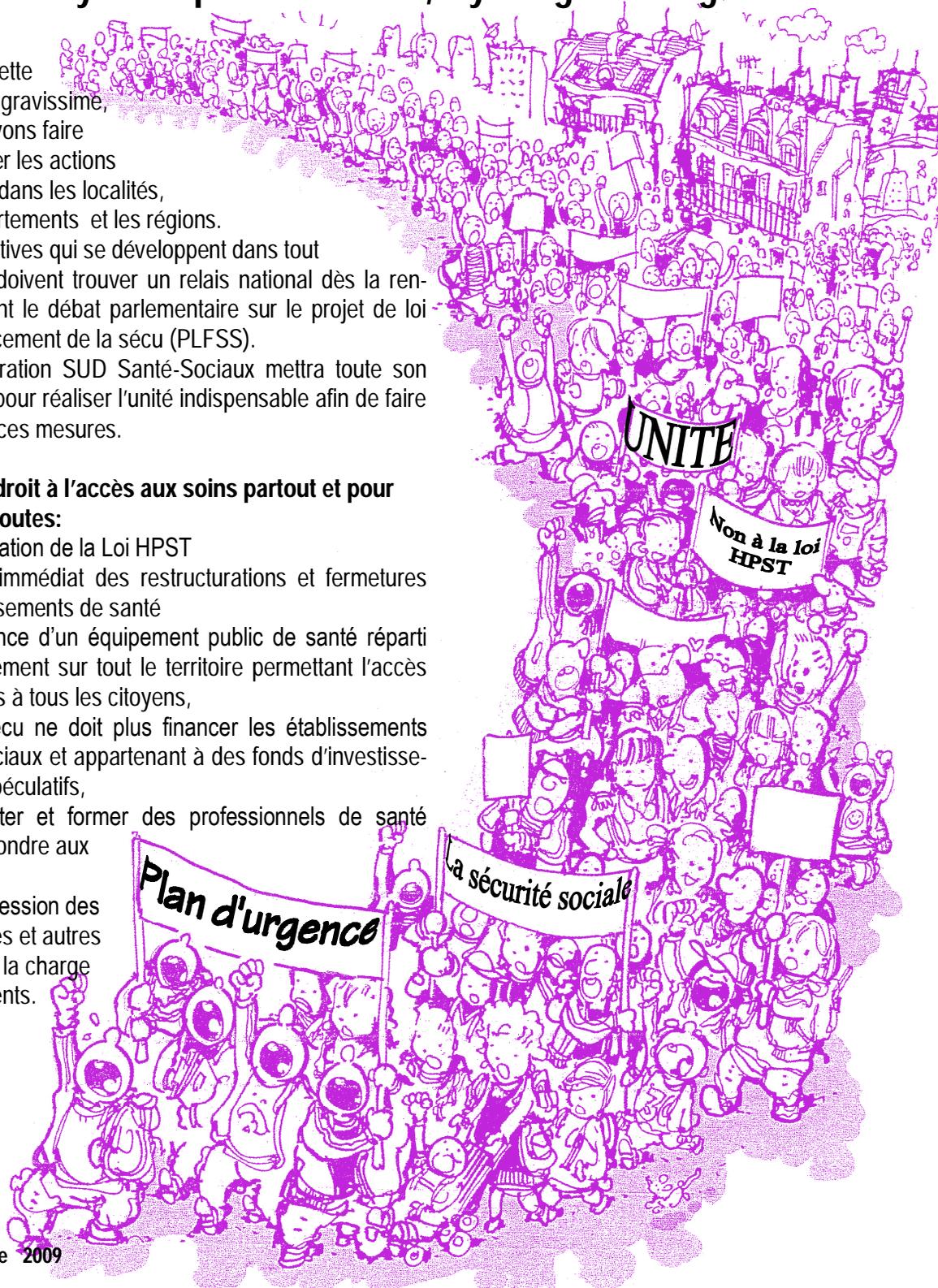


# Face à une attaque globale et sans précédent de notre système public de santé, il y a urgence à agir dans l'unité !

Face à cette situation gravissime, nous devons faire converger les actions menées dans les localités, les départements et les régions. Les initiatives qui se développent dans tout le pays doivent trouver un relais national dès la rentrée avant le débat parlementaire sur le projet de loi de financement de la sécu (PLFSS). La Fédération SUD Santé-Sociaux mettra toute son énergie pour réaliser l'unité indispensable afin de faire échec à ces mesures.

## Pour le droit à l'accès aux soins partout et pour tous et toutes:

- ▶ Abrogation de la Loi HPST
- ▶ Arrêt immédiat des restructurations et fermetures d'établissements de santé
- ▶ Exigence d'un équipement public de santé réparti également sur tout le territoire permettant l'accès aux soins à tous les citoyens,
- ▶ La Sécu ne doit plus financer les établissements commerciaux et appartenant à des fonds d'investissements spéculatifs,
- ▶ Recruter et former des professionnels de santé pour répondre aux besoins,
- ▶ Suppression des franchises et autres forfaits à la charge des patients.



Septembre 2009

## Organisons la résistance !

