

# Les Quatre Heures de la Santé-Yvelines 2014



Collectif de défense de l'Hôpital public de Poissy Saint-Germain-en-Laye

Le 18 janvier 2014, les Collectifs de Défense de l'Hôpital de Poissy Saint Germain en Laye, de Maisons Laffitte, personnels de Meulan, Cœur-Hôpital de Mantes la Jolie, Collectif des centres de santé de Sartrouville ont organisé une rencontre ouverte pour débattre de la santé dans les Yvelines. Cette brochure est le résultat des travaux.

Blog : <http://collectif.hopital.poissy.over-blog.com>

## TRIBUNE LIBRE - Les 4 Heures de la santé dans Les Yvelines : un succès qui en appelle d'autres 25 mars 2014

Plusieurs Hôpitaux sont en souffrance. Mantes la Jolie et sa cardiologie interventionnelle, Poissy-Saint Germain en Laye et ses urgences débordées, Meulan/Les Mureaux en crise, la chirurgie de l'Hôpital de Maisons Laffitte menacée... Toutes ces situations sont le résultat d'une politique de dégradation délibérée de l'Agence Régionale de la Santé IDF dirigée par Claude Evin, les ARS sont mises en place depuis la Loi « Bachelot » de 2009. Les résistances du personnel hospitalier existent, les collectifs se créent. Mais le combat local seul est insuffisant pour faire face à une politique nationale appliquée par les bras armés de la Loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire), les ARS (Agence régionale de Santé). Les collectifs de lutte se coordonnent par des actions communes comme les « 4 heures de la Santé à Poissy » du 18 janvier 2014, étape inscrite au tour de France de la Coordination nationale de défense des hôpitaux et Maternités de proximité.

L'objectif de ces « 4 heures de la santé 78 » était une rencontre interactive avec la population, le personnel et des militants pour trouver des solutions alternatives, un cahier revendicatif

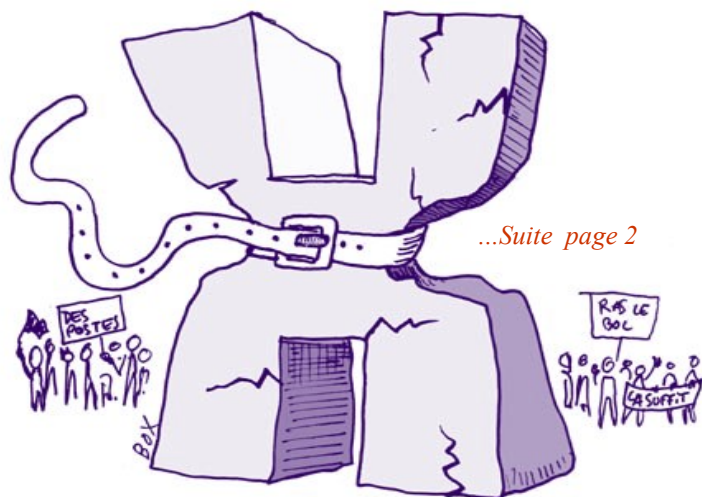
commun, au sein de **quatre ateliers** : Urgence pour les urgences, Médecine de ville et centres de santé, Psychiatrie en danger, EHPAD et autonomie (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

### Les débats sur les urgences relèvent du constat.

A Poissy par exemple, elles ont la forme d'un couloir surchargé de malades, situation aggravée par la fermeture de celles de Saint-Germain-En-Laye. Elles sont contraintes par des regroupements de services, provoquant pour les malades, délais de prise en charge, défauts de surveillance et accroissement des risques.

Ces dysfonctionnements ne sont pas un obstacle pour l'ARS dans sa recherche de rentabilité. Et pourtant seule les urgences peuvent répondre 24/24 aux besoins, la permanence des soins étant de moins en moins assurée par la médecine générale, désengagement et désertification, numerus clausus, la quasi-suppression de la médecine de garde, surtout en Ile de France.

**La médecine de ville** repose essentiellement sur un régime libéral, sans aucune organisation de sa répartition géographique selon de véritables besoins de santé publique, ni contraintes d'activités et sur une tarification différenciée des honoraires. Une solution serait de favoriser la création de Centres de Santé publics de proximité, uniquement en secteur 1.



...Suite page 2

*Suite de la tribune:*

**Autre thème abordé : la psychiatrie, avec des échanges très riches.** Unanimentement, il est réaffirmé le développement de la « sectorisation » comme la garantie d'accès aux soins pour tous, avec la prise en charge des malades dans les villes au sein de structures alternatives de proximité sur des secteurs géographiques limités. Mais des lits hospitaliers sont supprimés sans que la sectorisation soit aboutie. Le patient stabilisé n'a pas toujours la garantie de trouver de structure d'accueil à sa sortie des urgences, le basculant dans l'errance entre l'hôpital, les foyers d'hébergement, la rue ou la prison...La dégradation est accablante, le recours exponentiel à l'enfermement et à l'hospitalisation sous contrainte, les lois sécuritaires. Et cette austérité budgétaire entraîne des déviations dans les techniques de soins sur des critères pas réellement scientifiques. Le seul objectif est de rentrer dans une logique comptable: l'uniformisation des pratiques médicales, une ineptie en psychiatrie ! Une véritable loi de programmation de la psychiatrie au niveau national est réclamée par les acteurs de terrain.

Actuellement la psychiatrie de Poissy est en lutte, en effet, le personnel souffre de la dégradation constante des conditions de travail, de la **vétusté des locaux et des sous-effectifs chroniques aggravés par les modalités de la loi de 2011 sur les hospitalisations sous contrainte** qui oblige à accompagner à deux le patient chez le juge des libertés à Versailles, **sans moyen complémentaire**... cet accompagnement demande énormément de temps au point de mobiliser l'ensemble du service, déjà épuisé par un nombre important de patients en isolement, difficiles à prendre en charge. Cette situation est également très anxiogène pour les autres patients. **L'obligation d'utiliser des mesures d'isolement, faute de moyens pour accomplir le travail et les soins dans les meilleures conditions, entraîne révolte et culpabilité chez les personnels face à ce qu'ils perçoivent comme une forme de maltraitance institutionnelle qu'ils dénoncent avec force. La souffrance du personnel qui tire la sonnette d'alarme et la maltraitance des patients ne choquent pas l'ARS de Claude Evin.**

Enfin la question des **EHPAD et de l'autonomie**, Les hôpitaux ont tendance pour équilibrer leurs finances à s'en débarrasser pour ne garder que les services pouvant être soumis à la T2A (tarification à l'acte). Notamment à l'Hôpital public de Poissy/Saint Germain, la cession de l'**EHPAD Ropital-Anquetin à Saint Germain en Laye** est actée, l'**EHPAD « Hervieux » à Poissy** sera préalablement rénové aux frais de la collectivité avant cession ... Cette désaffectation du secteur public profite aux lobbies privés et surenchérit le prix des hébergements. La société doit prendre en charge la dépendance: créer de nouveaux EPHAD publics, mais également organiser le maintien à domicile, c'est une question de solidarité nationale.



**Le bilan de la Loi HPST est désastreux.** Les décisions de l'ARS IDF restent opaques (abandon du projet de l'Hôpital de Chambourcy sans explications) et favorise l'offensive de grands groupes privés (Fineve, Vivalto santé, Générale de Santé) qui touche l'ensemble des établissements publics de santé des Yvelines. Ces premières « Assises de la santé 78 » rejettent les projets de financement par les « partenariats publics privés » qui prospèrent sur la ruine du service public, détruit systématiquement par l'ARS, quitte à prendre des risques avec la santé des patients.

Il en est ainsi à Mantes La Jolie où l'ARS IDF servait de bras armé pour affaiblir systématiquement l'hôpital : elle fermait la cardiologie interventionnelle en 2010, mise en service pourtant la même année et bradait son matériel de haute technologie illico ! Ou encore, faute de recrutement, elle favorisait l'asphyxie programmée de la cardiologie, avec ses soins intensifs et consultations externes...

Le terrain était ainsi dégagé pour que le groupe privé « Fineve », qui lorgnait les jardins adjacents à l'hôpital, puisse envisager de construire sa clinique nommée « Cœur-Rein » (tout un programme) et de regrouper toute les activités annexes du groupe (centre de rééducation d'Aubergenville, clinique d'hémodialyse du Val Fourré, clinique d'Evicquemont...) pouvant bénéficier ainsi des plateaux techniques de l'Hôpital public à moindre coût...(voir la contribution de *Cœur Hôpital* p 6 et 7)

**La convergence des luttes se construit mais doit faire face au rouleau compresseur de l'ARS IDF et au renoncement social du pouvoir local sur l'aménagement du territoire de la santé des Yvelines.**

**La Loi HPST dite « loi Bachelot », laissée en l'état par la ministre Marisol Touraine, ne doit pas être réformée mais bel et bien être abrogée.**

► **Définition :**

**Loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) appelée encore loi Bachelot du 21 juillet 2009.**

*Elle est la clé de voûte des politiques de privatisation de la santé et de l'Assurance maladie. Elle nous conduit vers un système de santé à plusieurs vitesses dans lequel une place de plus en plus importante est offerte au privé.*

*Elle abolit la notion de service public au profit de «missions de service public» qui peuvent être désormais assurées par le secteur commercial et les cabinets libéraux.*

# Intervention de Paul CESBRON

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

Poissy, le 18 janvier 2014

<http://www.coordination-nationale.org>

### LES COLLECTIFS DES YVELINES BIEN DECIDE A DEFENDRE ET DEVELOPPER LE SERVICE PUBLIC DE SANTE

La Coordination Nationale des Comités de Défense des Maternités et Hôpitaux de Proximité salue l'initiative des collectifs du département des Yvelines qui concrétise ce que nous nous sommes toujours fixé comme objectif : faire converger les luttes défendant le droit à la santé, c'est-à-dire à la prévention et à l'accessibilité de tous à des soins de qualité.

Membre de la Coordination Nationale, les collectifs 78 ont voulu faire de ce temps fort une étape du Tour de France de la Santé organisé par notre coordination.

En effet, les réductions des dépenses publiques de santé entraînent deux conséquences graves.

Tout d'abord, la diminution des moyens en personnel et matériel nécessaires à nos hôpitaux, à l'ensemble des services de soins, hospitalisation à domicile (H.A.D.), soins de suite et de réadaptation (S.S.R.), services de soins infirmiers (S.S.I.), établissements avec hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.), centres de santé, associations assurant des activités médico-sociales ainsi que la prévention. Sans oublier la psychiatrie qui constitue le parent le plus scandaleusement appauvri par ces mesures. L'exemple de la fermeture pure et simple de l'unité de maternologie, si nécessaire aux jeunes mères en grande difficulté psychoaffective, de Saint-Cyr-l'Ecole en est une inacceptable illustration.

Deuxième conséquence de la fragilisation de notre Santé Publique : elle aggrave les inégalités sanitaires constatées dans tout le pays et renforce la privatisation de la santé, pour être plus clair sa marchandisation.

Et c'est ainsi que fusions, fermetures d'unités, restructurations de toutes sortes dans le cadre, en particulier de groupements de coopérations sanitaires (G.C.S.).....mettent à mal partout en France nos hôpitaux et en particulier leurs services d'urgences et de maternité, mais également beaucoup d'autres services et l'ensemble de notre santé.

Les situations rappelées aujourd'hui par les collectifs de Poissy, Saint-Germain-en-Laye, Mantes-la-Jolie, les Mureaux, Meulan, Maisons-Laffitte....., on les retrouve à Longwy, Lannemezan, Luçon, Aubenas, Niort..... aux quatre coins du pays et y compris à Paris. Dans la capitale, on menace les maternités des Bluets et des Lilas (symboles des plus belles conquêtes des femmes) après avoir liquidé les hôpitaux de Broussais, Saint-Vincent-de-Paul et bientôt si, on ne s'y oppose pas, fermé, le service des urgences du centre de Paris, l'Hôtel-Dieu, entassant au prix de mille souffrances les autres urgences parisiennes.

Ce n'est pas seulement insupportable au regard de la proclamation républicaine de l'accès égalitaire aux soins, c'est ignoble !

Notre coordination va poursuivre ses luttes et appeler sans répit à s'unir de Briançon à Ruffec en passant par Douarnenez et Lure, ainsi que trente autres villes, afin de permettre à toutes et à tous d'être bien et toujours mieux soignés et plus encore à être protégé des nuisances de tous ordres, y compris médicamenteuses liées aux scandaleux profits des firmes pharmaceutiques, enfin à être maître de sa santé et de celle de tous.



## Collectif de défense de l'Hôpital de Poissy Saint Germain en Laye 2011 à 2015

Entre les orientations contradictoires et l'indécision politique locale, l'hôpital de Poissy-Saint-Germain-en-Laye est sinistré, incapable de fonctionner correctement. Le projet de regrouper ces sites en un seul à Chambourcy, d'abord soutenu par l'Autorité régionale de la Santé (ARS), est soudain abandonné début 2012. Il devait remplacer par du neuf les deux sites vieillissants, mais est très en deçà de l'offre de soin de l'établissement actuel, adapté pour un bassin de vie de 775 000 habitants. Au fil du projet, le nombre de lits baisse comme peau de chagrin, le regroupement menaçant la pérennité de certains services peu « rentables » sur le « marché de la santé ».

### Depuis, c'est l'enlissement

Si on se fie au seul témoignage sur TF1 de la télé-réalité « Baby Boom », tout va pour le mieux à la maternité de Poissy, filmée jour et nuit par quarante caméras durant un mois en 2011. Mais en grattant la peinture des murs amiantés, on constate une situation des urgences toujours aussi scandaleuse, et un manque d'effectifs qui use le personnel. En attendant que le politique local et l'ARS IDF se mettent d'accord sur l'avenir de l'hôpital, cette inertie a de graves conséquences pour les conditions de travail et l'accueil des patients. De son propre aveu, hors caméra, le précédent Directeur de l'établissement affirmait avoir gelé entretien et investissements : « pourquoi investir dans de vieux murs puisqu'il y avait la perspective d'un bâtiment neuf ? ». Quant à la construction des nouvelles urgences pour l'été 2013, pourtant beaucoup plus économique qu'un nouvel hôpital à Chambourcy – 21,5 millions d'euros contre 407 millions prévus – les fonds se font encore attendre en 2015... Ces attermoissements font oublier les conclusions du rapport 2011 du Service de santé au travail révélant une « altération de la santé mentale et physique du personnel médical et paramédical ». Personne ne s'en inquiète et les conseils de surveillance de l'hôpital qui se succèdent, composés d'élus locaux, s'en moquent. Le personnel hospitalier, variable d'ajustement d'une politique d'austérité budgétaire, souffre en premier lieu de la casse délibérée de l'Hôpital.

En 2013, lors du Conseil de surveillance de l'Hôpital de Poissy-St Germain et sous l'égide (ou le contrôle) de Claude Evin, ancien ministre de la santé et aujourd'hui directeur de l'Agence Régionale de Santé IDF, **LE PROJET d'ETABLISSEMENT 2013- 2018 de l'Hôpital a été approuvé par tous les Maires présents.**

Ce projet n'inverse pas les dérives de la Loi HPST, bien au contraire, il est entièrement axé sur la rentabilité à tout prix, au mépris des malades et de leur famille et comporte deux orientations principales :

► Se débarrasser à court terme de ce qui « encombre » les finances de l'hôpital, notamment les deux EHPAD (Etablissements d'Hébergement des Personnes âgées et dépendantes). Dans un premier temps, la cession de l'EHPAD Ropital-Anquetin à Saint Germain en Laye est actée. L'EHPAD Hervieux à Poissy sera préalablement rénové aux frais de la collectivité avant cession ... Même si un comité de suivi consultatif est mis en place, il n'est qu'un artifice pour obtenir le vote de certains maires et de fait une partie des patients est donc sacrifiée.

► Brader la moitié du patrimoine foncier de Saint-Germain en Laye, ce qui affaiblira gravement le site (un patrimoine qui est pourtant le bien commun de la population) et nous connaissons les conséquences immédiates de cette politique. Le Collectif de Défense de l'Hôpital de Poissy-St Germain dénonce ces opérations financières visant à brader le patrimoine hospitalier public au privé. Il se mobilise pour le droit aux soins pour tous dans des EHPAD publics de proximité, moins chers que dans le privé.



Mail: [defensehopitalpoissystgermain@gmail.com](mailto:defensehopitalpoissystgermain@gmail.com)



Le Collectif de défense de l'Hôpital de Poissy-Saint-Germain-en-Laye depuis sa création en 2011 a soutenu systématiquement les luttes du personnel que se soient contre les plans de réduction de moyens en 2012, contre la fermeture des EHPAD en 2013, contre la surcharge de travail en psychiatrie en 2014.

Acteur de terrain, le Collectif organise également des débats et des colloques ayant pour ambition de proposer un autre projet de santé publique que celui imposé par les gouvernements successifs.

La santé n'est pas l'affaire du privé. Si nous voulons garder une qualité de soins accessibles à toutes et tous, pour la santé, le changement c'est urgent !

## Maisons-Laffitte

# Le Centre Hospitalier des Courses (CHC) démantelé

### CHRONIQUE D'UNE MORT ANNONCÉE !



En 1931, une amicale de propriétaires réunis en Fondation crée, grâce aux dons recueillis, l'Hôpital des Jockeys de Maisons-Laffitte, rendant de grands services à la profession des courses.

En 1975, la Fondation ouvre un hôpital de 83 lits, accessible à l'ensemble de la population du secteur de Maisons-Laffitte, le Centre hospitalier des Courses, hôpital privé à but non lucratif, participant au service public de santé.

En juillet 2014, la Fondation brade le C.H.C. à 2 groupes privés, Médika pour l'imagerie et Korian

pour le terrain, le matériel et le personnel... avec 42 licenciements. « C'est la première fois en France qu'un hôpital associatif est transféré à une entreprise privée ! » (Korian). Le service public a perdu un nouvel établissement.

Comment en est-on arrivé là ?

Première (?) responsable, l'Agence Régionale de Santé pour laquelle 2 groupes hospitaliers publics dans le 78 suffisent, un dans le nord à Poissy, un dans le sud à Versailles. Et pour démanteler le C.H.C., déjà fragilisé comme tous les hôpitaux publics par la tarification à l'acte, l'attaque se concentre sur la chirurgie, 1500 actes c'est trop peu, elle exige en priorité la fermeture du bloc opératoire. Le reste « logiquement » suivra.

Deuxième responsable, le C.A. de la fondation, présidé par M. Myard, maire de Maisons-Laffitte, dont la gestion opaque et calamiteuse mène le C.H.C. jusqu'à une procédure de redressement judiciaire conclue par la vente du C.H.C.

Une succession de choix aberrants: mise en concurrence de la clinique Sully et du CHC qui affaiblit ce dernier et se termine par la faillite de la clinique, recrutement prioritaire d'intérimaires, de chirurgiens et médecins libéraux coûteux pour l'hôpital et les patients, refus de concertation avec le personnel, en particulier, médical...etc

Premier à réagir, le personnel qui fonde le collectif de défense, bientôt rejoint par les usagers. Les initiatives se multiplient avec un succès certain.

Pétition avec plus de 5000 signatures, réunions publiques, manifestations (2), une première à Maisons-Laffitte, affiches, tracts, lettres à l'ARS, lettres aux élus. Les conseils municipaux d'Achères à une large majorité, de Houilles à l'unanimité, se prononcent pour le maintien du C.H.C. comme notre hôpital de proximité. de la chirurgie et de véritables urgences 24H/24, 7j/7.

Le CE met en évidence de graves erreurs de gestion. Des débrayages spontanés expriment la colère du personnel...

**Qu'importe, le C.H.C. est maintenant au bord de la cessation de paiement, et M. Myard « courageusement » saisit le TGI pour une procédure de sauvegarde, bientôt transformée en redressement judiciaire : le CHC est vendu le 15 JUILLET 2014.**

**Le collectif de défense poursuit son action : 160000 habitants ont besoin d'un hôpital de proximité.**

**Pour nous, l'hôpital se doit d'être l'acteur essentiel de la santé publique pour tous et non une entreprise, gouvernée par le profit maximum pour rapporter les meilleurs dividendes à ses actionnaires...**

**Notre santé n'est pas une marchandise.**



Collectif de défense du CHC  
defensehospitaldescourses@gmail.com



## Intervention de Brigitte Aubry

**Le Comité Cœur Hôpital Mantes a été créé le 10 juillet 2010 :**

Un article paru dans le Courrier de Mantes indiquant que l'unité de cardiologie interventionnelle allait être fermée par décision de l'Agence Régionale de la Santé d'Ile de France a alerté la population du Mantois dont une forte proportion est atteinte de maladies cardio- vasculaires et victimes d'infarctus

**Mais situons tout d'abord l'hôpital de Mantes et son rayonnement :**

L'hôpital François Quesnay accueille les patients du Mantois mais également des départements limitrophes de l'Eure, l'Eure et loir, le Val d'Oise. C'est un bassin de santé de 300 000 personnes qui est concerné

Le service cardiologie qui disposait à l'époque de 8 cardiologues et d'une unité de soins intensifs a été autorisé en 2008 à renouveler sa salle de coronarographie par l'agence d'hospitalisation ancêtre de l'ARS, avec toutefois une mise en garde : des mesures législatives étaient en préparation afin de fixer un nombre d'actes minimum au motif de la sécurité des patients.

Pour faire fonctionner cette unité qui permet la réalisation d'examen des coronaires mais aussi la cardiologie interventionnelle c'est-à-dire l'extraction, la dilution des caillots de sang dans les coronaires en cas d'infarctus du myocarde, le matériel de coronarographie a été acheté pour un montant de 1,2 million d'euros. Le personnel a été formé et trois cardiologues coronarographistes ont été recrutés.

**Un démarrage encourageant et prometteur :**

Dès le 11 janvier 2010, ce service était opérationnel et fonctionnait 24h sur 24 et 7 jours sur 7. Le nombre d'actes qui, antérieurement était faible compte tenu des difficultés rencontrées, manque de cardiologues spécialisés, refus de fait du SAMU 78 d'adresser les patients à l'hôpital de Mantes a dès janvier 2010 augmenté régulièrement.

Sur les six premiers mois de l'année 2010 270 examens ont été réalisés sont 160 coronarographies (+14%) et 110 dilatations dont 35 en urgence soit +304%. En projetant ces chiffres sur une année complète, le nombre d'actes imposés par le décret d'avril 2009 aurait été atteint dès 2011.

Malgré cette montée en charge prometteuse, Monsieur Evin lors de la réunion du SROS (schémas régional d'organisation des soins, c'est la feuille de

route de l'ARS) a estimé que seules 4 unités de de cardiologie interventionnelle devaient subsister dans les Yvelines. Celle de Mantes était condamnée.

**Où seront transportés les patients ?**

Les patients dont l'état nécessitait une intervention de ce type seraient désormais conduits vers la clinique d'Evrecquemont distante de 45 kilomètres et devront supporter 45 minutes de transports d'où des risques accrus pour leur survie. En cas d'infarctus ne faut-il pas intervenir dans les 3 heures pour éviter toutes séquelles ? Est cela la sécurité des patients ?

**Dès la création du comité, la population s'est mobilisée :**

Le Mantois s'est rarement mobilisé de cette manière. Chaque manifestation accueillait entre 200 et 350 personnes la pétition présentée par le comité Cœur Hôpital Mantes a recueilli 30 000 signatures, du jamais vu, 200 élus de toute tendances politiques réclamaient la réouverture de l'unité de cardiologie interventionnelle, les conseils municipaux votaient des voeux.

Les interventions ont été nombreuses aussi bien auprès des différents Présidents de la République, au Sénat ; à l'assemblée nationale, des rencontres au cabinet des Ministres de la Santé mais **tous les décideurs sont restés de marbre : il n'y aura pas d'unité de cardiologie interventionnelle dans le Mantois faisant fi des éventuels conséquences humaines.**

**Trois ans de lutte mais certains acquis néanmoins :**

Les différentes interventions, la mobilisation de la population gênait, alors en catimini, en août, en période de vacances, le directeur fidèle serviteur de l'ARS, a vendu le matériel de coronarographie au tiers de sa valeur ainsi il accreditait la fin de la coronarographie mais cet acte n'a pas démobilisé le comité et la population. Alors, il a fallu trouver une autre parade.

Le comité dénonçait les délais d'acheminement Mantes Evrecquemont pour les patients atteints d'infarctus et les risques encourus ?

Le projet FINEVE apparaît ...

...Suite page 7



## Que comporte ce projet FINEVE ?

Un partenariat public privé. N'a-t-on pas tiré les enseignements du partenariat initié par Mme Bachelot à l'hôpital de Corbeil Essonne? Non. Il faut le développer à Mantes en vendant un terrain appartenant à l'hôpital au groupe Fineve propriétaire de la clinique d'Evécquemont et du Val-Fourré! Ces deux cliniques n'ont-elles pas de plus des difficultés à se mettre aux nouvelles normes imposées par l'ARS ? Un projet d'établissement Cœur Rein est envisagé. Il regrouperait les services d'hémodialyse de la clinique du Val Fourré qui ne dispose plus de lits d'hospitalisation et les services de cardiologie. Les lits de cardiologie de l'hôpital demeureraient mais il y aurait « collaboration » entre le public et le privé selon des règles à définir. Pour faire accepter ce projet, le directeur de l'hôpital dépêcha un audit sur le service cardiologie.

### Un bilan non attendu :

Les réunions techniques se succédaient, les cardiologues privé/public se rencontraient et ..... Manque de chance, le verdict est tombé : le service cardiologie de l'hôpital est performant, indispensable, le nombre de journées d'hospitalisation est inférieur à la moyenne nationale. Il faut le maintenir.

### Le projet public/privé est rejeté !

C'est une victoire mais il faut être prudent. D'autres projets sont en gestation, la santé peut rapporter gros alors ...

### La situation du service de cardiologie de l'hôpital de Mantes demeure préoccupante :

Six cardiologues assurent l'activité du service cardiologie dont un cardiologue à mi-temps.

2 postes supplémentaires de cardiologues sont acceptés par la direction mais ne sont pas pourvus. Des candidatures ont été reçues mais les cardiologues se sont désistés ensuite.

Le service cardiologie comporte 28 lits, 10 sont toujours fermés

L'unité de cardiologie interventionnelle de 6 lits demeure actuellement mais l'occupation est faible en l'absence de coronarographie.

Quatre cardiologues assurent les consultations externes. La demande est forte compte-tenu de la « pénurie » de cardiologues en ville, les délais d'attente étant relativement longs, il y a une « fuite » des patients (les patients se dirigent vers quelles structures d'autant que plusieurs cardiologues de ville sont partis ?).

L'absence de coronarographie entraîne des transferts par SAMU vers Evécquemont :

Le SAMU de Poissy assure les transferts en cas de problèmes cardiaques. Le cheminement est complexe: appel du SAMU qui vient de Poissy, se rend à l'hôpital de Mantes, prend en charge le



patient pour le conduire à la clinique d'Evécquemont puis retourne vers l'hôpital de Poissy, alors que cet hôpital public dispose de coronarographie. Il en est de même lorsqu'un habitant de la région est atteint d'infarctus. Le délai est important, il y a nécessité de mobiliser le SAMU : alors que pour les organismes de protection sociale (selon les régions) le tarif de la demi-heure peut varier jusqu'à 2 400 euros.

Les patients sont transférés à Evécquemont en application de la convention liant l'hôpital et la clinique mais cette convention prévoyait lors de la fermeture de la coronarographie le transfert des patients et l'activité de deux demi-journées d'un cardiologue à Evécquemont. Cette dernière disposition n'est plus d'actualité.

Le manque de cardiologues est criant à l'hôpital, le service cardiologie (basique) n'est pas attractif pour de jeunes praticiens en l'absence de coronarographie et de plateau technique efficient. Des inquiétudes quant à la pérennité de l'Usic (comme nous le soulignons au début du comité) d'autant que l'ARS prévoit dans son SROS cardiologie une hypothèse basse de 7 USIC dans les Yvelines et en hypothèse haute 8 -actuellement il y a 8 USIC dans les Yvelines.

### Alors, le comité Cœur Hôpital Mantes, continue à intervenir :

Trois ans d'actions importantes, de mobilisation continue, usent les acteurs. Ne cachons pas les dissensions liées aux élections cantonales de Mantes et la décision de quelques-uns de décider la fin du comité.

Il faut continuer, car sinon la route est totalement libre pour détruire l'hôpital public F. Quesnay de Mantes. Depuis le mois de novembre 2013, nous continuons à agir, intervenir, rencontrer les élus. Le Mantois doit disposer d'un hôpital efficient doté d'un plateau technique de pointe.

**L'unité de cardiologie interventionnelle publique est vitale pour la région qui se développe.**

**Sa réouverture permettra de redonner un souffle de vigueur à l'hôpital de Mantes.**

## Présentation de la situation du CHIMM (Meulan-Les Mureaux) Témoignage du Docteur Michèle NGO DINH LUYEN

Je suis médecin gériatre au Centre Hospitalier de Meulan/les Mureaux et je viens témoigner de la gravité de la situation dans l'ensemble des services de l'hôpital, une dégradation sans précédent des conditions de travail affectant directement notre capacité à remplir nos missions de service public auprès des patients.

La qualité des soins et leur continuité ne peuvent être assumées dans ces conditions de restriction drastique du personnel, restriction qui n'est pas nommée comme telle.

De vastes projets de réorganisation du travail dans le but d'un fonctionnement dit « efficient » aboutissent toujours à des suppressions de postes.

De nombreux indicateurs montrent les effets de ce travail en mode dégradé instauré comme un fonctionnement « normal » :

- 30% des formations du personnel annulées faute de pouvoir se détacher des services
- absentéisme en forte hausse depuis plus de 2 ans avec augmentation des accidents de travail, des arrêts maladie pour burning out et allongement des arrêts de travail
- disparition de la notion d'objectif cible
- non-respect des recommandations de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) qui ne sont pas opposables

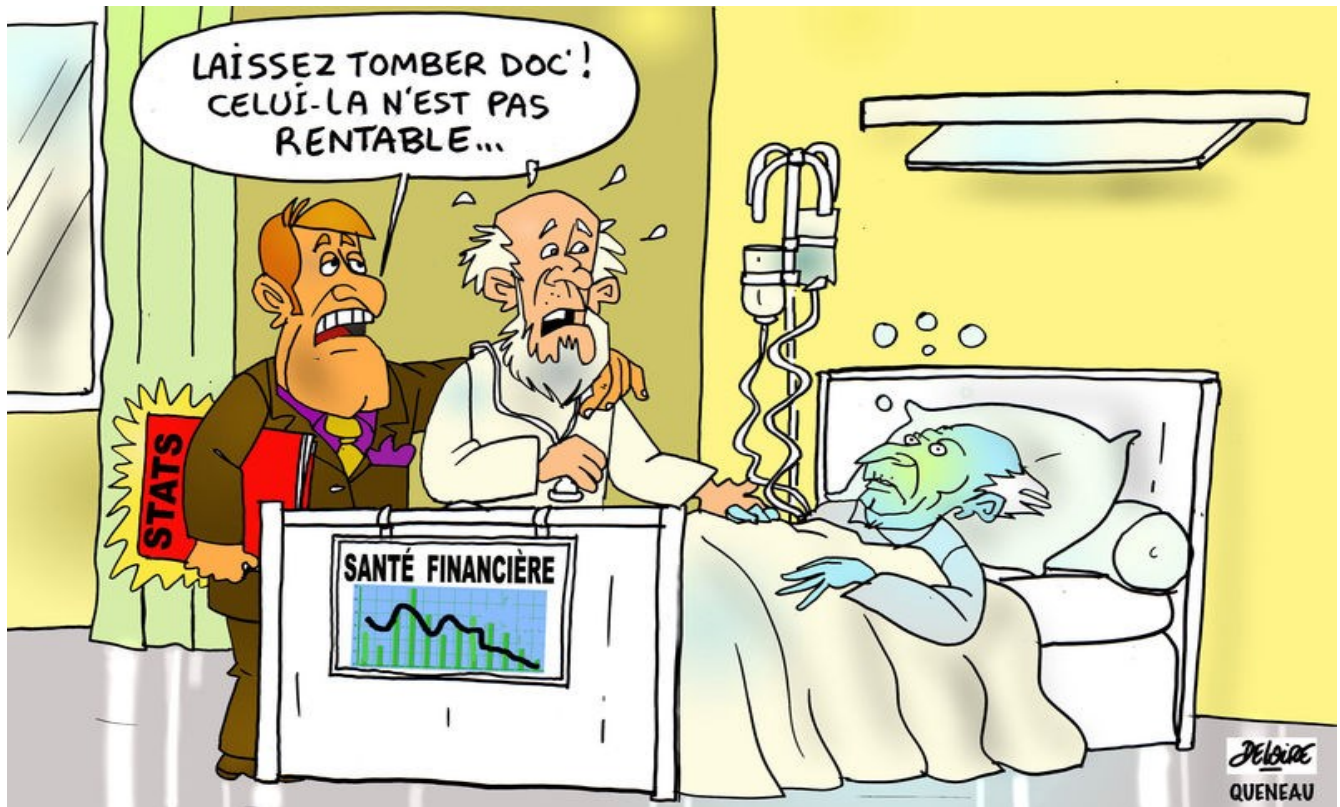
Les tentatives de dialogue avec la Direction semblent toujours vaines avec un manque de transparence concernant les contrats d'objectifs et de moyens et un déni systématique de la souffrance des équipes liée aux conditions de travail et de la baisse de la qualité des soins prodigués aux patients.

Aujourd'hui le constat des organisations syndicales est qu'il existe un mépris total de la Direction à l'égard de ce malaise généralisé, conséquence des sous-effectifs mais aussi d'un management déshumanisé ayant installé un climat délétère :

- ☛ menaces
- ☛ intimidations
- ☛ mesures vexatoires
- ☛ entretiens à caractère disciplinaire
- ☛ culpabilisations
- ☛ atteintes à la vie privée
- ☛ rétention d'informations à dessein
- ☛ application de proratas de soignants sans aucune prise en compte des charges de travail



...Suite page 9



Les négociations deviennent impossibles, le manque de moyens financiers étant devenu l'argument systématique et imparable de l'ensemble de la Direction (dont le discours « langue de bois » consiste à dire qu'il n'y a jamais de problème d'effectifs mais toujours d'organisation).

Dans ces conditions où les exigences en terme d'activité quantitative (nombre d'actes, de consultations, de séjours, taux d'occupation, durée moyenne de séjour...) et d'organisation (faire toujours plus avec toujours moins), les risques pour les patients et les professionnels augmentent de façon exponentielle.

Comme 70 % du budget d'un hôpital concerne le personnel, les restrictions budgétaires touchent de plein fouet les secteurs de toute la filière gériatrique, de la médecine aiguë gériatrique en passant par les services de convalescence et d'hébergement parce qu'ils ont en charge les patients les plus polypathologiques, les plus vulnérables et les plus dépendants pour tous les gestes quotidiens de la vie.

Les effectifs des services de long séjour et de maison de retraite, qui sont fixés par les conventions tripartites, sont très insuffisants (3 AS pour 70 résidents soit une AS pour 23 résidents !).

Les effectifs des services de convalescence et du court séjour gériatrique sont régulièrement revus à la baisse sans que les alertes des médecins et des représentants syndicaux ne changent quoique ce soit.

Les consultations gériatriques sont les seules consultations du CHIMM à fonctionner sans secrétaire. L'hôpital de jour gériatrique a été ouvert aux forceps. L'équipe mobile gériatrique se résume à un demi médecin...

Les décideurs politiques et administratifs doivent comprendre que les contraintes budgétaires fortes ne doivent pas aboutir à de la maltraitance institutionnelle, ne doivent pas toucher à la sécurité des patients, au cœur de notre métier de soignant et à nos missions de service public. Il faut un minimum de transparence et de dialogue, avec un véritable contrat d'objectifs et de moyens connu de tous.

NB : Les syndicats représentant les médecins hospitaliers mènent une réflexion au niveau national, mais n'ont malheureusement pas d'assise locale.

## Situation de l'hôpital de Vernon (27)

Etant donné sa proximité, de nombreux usagers des Yvelines sont amenés à être soignés dans cet hôpital. C'est pourquoi le **Comité de défense de l'hôpital de Vernon** a participé à ces 4 heures de débats.

Ce dernier a fait le constat suivant qui montre que les autorités ont l'objectif de fermer l'hôpital de Vernon : La construction d'un nouvel hôpital surdimensionné sur Evreux, avec 10 salles de bloc (contre 6 dans l'ancien hôpital)

La distance de 38 kilomètres ne freine pas les velléités de fusion entre les hôpitaux EVREUX et VERNON. Ce qui provoque la mutualisation des services logistiques, de pharmacie, de stérilisation... et la création d'une cuisine centralisée à Evreux. Outre les pertes d'emplois en doublons, les malades sont obligés de rallonger leurs déplacements, et la perte d'un hôpital aggrave le désert médical en basse Normandie.

Un rapport de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) conseille la fermeture de la chirurgie et de la maternité de Vernon fin 2011

Depuis il y a la mobilisation du personnel, des syndicats, d'élus. Le comité de défense recueille 7000 signatures par des actions sur le marché de Vernon.

On constate un recul sur cette décision de l'IGAS

Mais le déficit important provoque un plan de retour à l'équilibre et une attaque contre le personnel (36 postes perdus en 2013)

\* En décembre 2013, grosse mobilisation du personnel sur les sites d'Evreux et Vernon.

\* Janvier 2014, fermeture d'une salle de chirurgie sur trois sur le site de Vernon...



Le comité de défense de VERNON

### **Définition: T2A (tarification à l'activité)**

Il s'agit de répartir les budgets non plus en fonction de l'évolution des besoins sanitaires et de l'évolution des moyens financiers nécessaires pour y répondre, mais en fonction de l'activité de l'établissement.

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.

Le même principe employé pour toutes les pathologies permet d'attribuer le budget total de l'établissement.

Le budget est évolutif en fonction de l'activité réellement réalisée et de sa tarification.

Les recettes des établissements provenant de la rémunération de leurs activités, ils sont alors contraint soit à augmenter leurs activités pour en réduire leurs coûts de revient, soit, si l'activité est trop coûteuse, à l'abandonner ou tout au moins à la réduire.

Cette logique purement comptable conduit à préconiser non pas le meilleur traitement, mais le plus rentable. Elle engendre la transformation des soins en marchandise, et celle de l'Hôpital en Entreprise.

### **Définition COPERMO :**

**Le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins** a pour mission de valider et de suivre les actions proposées par les Agences Régionales de Santé. Il sélectionne et priorise les projets d'investissements nécessitant un financement de l'État et assure le suivi des établissements en difficulté.

Il est constitué entre autre par le Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, du Directeur de la sécurité sociale, du Directeur général des finances publiques et du Directeur du budget.

# ► Atelier EHPAD et autonomie

Etablissement d'hébergement de personnes âgées et dépendantes

## 1 – ANALYSE DE L'EXISTANT

### Pour les personnels : détérioration des conditions de travail

Manque global d'effectifs dans les services. Manque de moyens pour travailler correctement

Manque de formation, et quand un agent reçoit une formation (espoir), les moyens ne suivent pas et l'agent ne peut pas mettre en valeur cette formation (frustration et gâchis).

Type de management inadapté : vision technocratique et financière à court terme, manque de planification et de vision d'avenir. On ne demande jamais leur avis aux agents qui sont pourtant au plus près de la réalité et qui pourraient être force de propositions

Glissement des tâches : les agents sont contraints d'effectuer des tâches qui ne correspondent pas à leurs qualifications ce qui conduit à un appauvrissement de leur compétences et à un découragement.

Ceci est vrai à la fois pour le personnel médical et pour le personnel administratif.

Déshumanisation des relations de travail par une rationalisation absurde ne tenant pas compte du contexte : exemples des aides soignantes dont la situation s'était pourtant améliorée à une certaine époque.

On retrouve cette détérioration des conditions de travail à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (exemple de MAPI à Poissy), les mêmes causes produisant les mêmes effets. De ce point de vue, les situations sont comparables entre privé et public et c'est le personnel qui en souffre.

### Pour les patients : dégradation du niveau des soins

Le manque de personnel et de moyens conduit à une prise en charge insuffisante du patient

Le but devrait être de réduire ou de limiter la dépendance, on constate au contraire une tendance à l'augmentation de la dépendance faute de temps pour s'occuper correctement de chaque patient.

L'insuffisance de vie sociale qui conduit à la déshumanisation des relations entre patients, à certaines formes de discrimination et parfois à de la maltraitance passive.

Le coût financier pour les familles.

### Les causes de cette situation

Marchandisation de la santé, domaine où règne de plus en plus la loi du marché.

Réduction des budgets hospitaliers.

Recherche du profit : le marché de la dépendance représente un gros enjeu économique et le privé investit massivement dans un secteur qui va se développer (papy boom).

Formatage des esprits par l'idéologie dominante : une personne âgée ne peut que coûter ou rapporter, la notion de rentabilité est omniprésente au point où même les plus critiques d'entre nous peuvent être amenés à utiliser le concept.

## 2 – PROPOSITIONS ALTERNATIVES

- **Création de postes dans les EHPAD**, y compris de postes spécifiques : exemple de poste pour l'animation et l'action contre l'exclusion sociale des patients.

- Obligation pour les EHPAD de classer les lits (50%) dans la catégorie sociale avec des tarifs abordables. Taxation des EHPAD qui refusent.

- **Maintien dans le service public**, rénovation et création de nouveaux EHPAD publics pour répondre à la demande future : refus de la privatisation (exemple d'Hervieux à Poissy qui doit rester rattaché à l'hôpital).

- **Nationalisation des maisons de retraite.**

- **Objectif de mettre le bon patient à la bonne place** : Organisation de la cohérence entre la solution EHPAD, le maintien à domicile, l'évolution des foyers logements, la filière gériatrie, les unités de soins de longue durée.

- **Développement des luttes** : mobilisation du personnel et des citoyens, renforcement des comités de défense des hôpitaux publics qui doivent élargir leur audience, interventions auprès des élus.

- **Exigence d'un débat national sur la santé** qui a été occulté lors des élections présidentielles de 2012. La santé doit devenir une priorité : les personnes dépendantes ont travaillé pour la société, en retour la société doit prendre en charge la dépendance : c'est une question de financement public et de solidarité nationale.



# ► Atelier Psychiatrie en danger

Participants : une quinzaine de personnes, des usagers, des personnels de plusieurs hôpitaux (Poissy, Charcot à Plaisir, La Verrière (MGEN), Montesson etc...)

**Introduction :** La psychiatrie a énormément souffert des politiques de santé de ces dernières décennies. Les personnes souffrant de maladies mentales, écartées de l'espace public il y a encore seulement un demi-siècle, grâce à une nouvelle génération de psychiatres, sortent de l'asile pour réintégrer la Cité.

**La sectorisation se met depuis en place, sur des secteurs géographiques limités à 70 000 à 100 000 habitants, avec la prise en charge de ces malades dans les villes au sein de structures alternatives de proximité; consultations, visites à domicile, centres d'accueil médico-psychologique, appartements thérapeutiques ou associatifs...**

Malheureusement, sous la contrainte budgétaire des milliers de lits hospitaliers sont supprimés sans que la sectorisation soit aboutie. Le patient stabilisé n'a pas la garantie de trouver de structure d'accueil à sa sortie des urgences, le basculant dans l'errance entre l'hôpital, les foyers d'hébergement, la rue ou la prison...

Il a été fait référence au rapport Robillard : son constat est juste et accablant pour la qualité des soins, le recours exponentiel à l'enfermement et à l'hospitalisation sous contrainte, les effets néfastes des lois sécuritaires... Mais dont les préconisations ne sont pas satisfaisantes.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

## **Recueil des revendications de l'atelier:**

**Financements: Revendiquer une dotation spécifique réellement adaptée aux besoins.** Il y a une dérive actuelle où la *dotation globale* (« définition sécu ») non seulement n'évolue plus en fonction des besoins mais est ponctionnée pour équilibrer les budgets d'autres services et même d'autres hôpitaux. Même si la Psychiatrie n'est pas actuellement budgétée en T2A (tarification à l'activité), elle subit les effets de toutes les lois hospitalières successives depuis 10 ans et la logique de tarification à l'activité pèse sur la durée d'hospitalisation. Le taux d'occupation des lits est un critère pour justifier de la dotation octroyée. Il est scandaleux que le tarif de prestation (à la journée) facturé au patient soir indexé sur la santé financière de l'hôpital.

**Remettre du monde dans l'Hôpital psychiatrique est un impératif.** Le maintien d'un effectif suffisant permet la qualité des soins et permet de favoriser l'innovation et la recherche propre à la psychiatrie, sans que cette spécialité soit soumise à la dépendance des seuls soutiens locaux (ex ; municipalités) pour lutter contre les inégalités territoriales.

(86% du budget de la psychiatrie est pour le personnel, alors que l'Hôpital général consacre 65 à 70% à l'équipement pour financer les plateaux techniques)

**Maintien et développement de la sectorisation comme seule garantie d'accès aux soins pour tous** (contre une psychiatrie à deux vitesses : prises en charge des pathologies rentables pour les uns et retour à l'« asile pour les autres »).

Rappeler que la remise en cause du libre choix de son médecin est une dérive de l'interprétation de la sectorisation. Il faut revendiquer le secteur comme organisation des soins à disposition de la population.

**Abrogation des lois sécuritaires** (Dérives qui intègrent la psychiatrie dans les lois contre la délinquance) ainsi que la loi bâclée sur les hospitalisations sous contrainte.

**Demander une véritable loi de programmation pour la prise en charge de la psychiatrie au niveau national** (référence aux acteurs de terrain et au collectif des *39 contre la nuit sécuritaire* etc...)

<http://www.collectifpsychiatrie.fr/>

**Formations et diplômes spécifiques des soignants** (médecins et infirmiers) et transmissions des savoirs d'une génération à l'autre par le tutorat (car le budget a été supprimé).

**Lutter contre la précarisation du personnel en psy:** recours aux CDD, temps partiel des psychologues (temps de formation information recherche remis en cause)...

Intégrer dans le cursus universitaire des futurs psychiatres une réelle formation sur le terrain et un internat spécifique (notamment en banlieue et en province)

**Informez de notre réflexion les associations d'usagers :** ex : UNAFAM, ASMY etc

### ► **Définition ARS :**

**L'Agence Régionale de Santé** a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé et de veiller à la gestion efficiente du système en matière de santé publique, de soins ambulatoires et hospitaliers, de professions de santé, de prise en charge et accompagnement dans le médico-social. Sous la tutelle du ministère de la santé, les ARS sont des personnes morales de droit public de l'Etat et disposent d'une autonomie administrative et financière.

Le Directeur Général de l'Agence est nommé en Conseil des Ministres. Il est une sorte de préfet chargé de mettre en application la loi HPST. En Ile de France, il s'agit de Claude Evin.

...Suite page 13

**Lutter contre l'uniformisation des pratiques soignantes et médicales** dont le seul objectif est de rentrer dans une logique comptable, évaluable et rentable. (Facilite l'évaluation des actes par l'HAS haute autorité de la santé).

L'austérité budgétaire entraîne des dérives dans les techniques de soins :

- Modification des concepts, augmentation et théorisation de l'enfermement et classification de toutes les maladies mentales (DSM) sur des critères pas réellement scientifiques.
- Délivrance de médicaments au service des laboratoires pharmaceutiques, comme aux USA (invention ou exagération de pathologies et médicalisation de la vie quotidienne y compris des enfants ! ex : l'hyperactivité de l'enfant).
- Médicamentation outrancière ou inadaptée (pression des lobbies pharmaceutiques)
- Dérive vers le médico-social.

**La psychiatrie est le reflet de la société**, tant par les troubles mentaux qui se développent que par les soins apportés. La qualité des soins en psychiatrie dépend de réels choix politiques.

La précarité sociale et la disparition de certains soutiens sociaux ont pour conséquences de psychiatriser des problèmes scolaires ou sociaux : par exemple la suppression des RASED.

**Phrase historique ci-dessous à méditer :**

« On juge du degré de *civilisation* d'une société à la *façon dont elle traite ses fous* » comme l'a dit Lucien Bonnafé.

## ► Atelier Urgences

**Villes représentées :**

MANTES-ACHERES-VERNEUIL-MAISONS-LAFITTE-MEULAN-VERNON-TRAPPES-VAUX-CONFLANS-POISSY-FLINS. Membres de collectifs, usagers, syndicalistes, militants politiques, hospitaliers



Constats :

L'accès à l'hôpital est permis par des services efficaces du SAMU et des pompiers.

Aux urgences, plus la gravité du problème du patient est importante, plus la prise en charge de ce dernier est rapide. En revanche, pour les cas considérés comme moins urgents, les délais d'attente sont démesurés. Certaines personnes renoncent aux soins du fait de l'éloignement du centre hospitalier, ainsi que du temps d'attente trop important. Il n'y a pas assez de permanences des médecins de ville de proximité, les nuits et les week-ends, et les urgences pallient à ce problème.

Raisons :

L'engorgement des urgences est en partie causé par la suppression du service des urgences de petits hôpitaux, qui entraîne l'affluence de la population vers les services d'urgences restant. Cette suppression trouve sa raison dans une volonté politique de rentabilité des services de soins. On assiste de plus en plus à une marchandisation de la santé.

Sur les Yvelines en 2013, il a été constaté une baisse de 3,5% du financement de la CPAM pour le public, et une hausse de 6% pour le privé.

Le manque de personnel, le manque de lits et de place impliquent parfois le problème d'orientation du patient vers d'autres services après son passage aux urgences.

Il n'y a pas assez de médecins. Leur nombre est trop restreint par le *numerus clausus*.

Propositions :

Les collectifs doivent s'adresser à la population mais aussi aux professionnels pour expliquer et convaincre.

Il ne faut pas opposer les structures de soins entre elles, ni les personnels entre eux, ni les personnels aux usagers. Il est nécessaire de se mobiliser ensemble au niveau national.

Il faut valoriser les victoires que l'on remporte, même si elles ne sont pas définitives, car ce sont les victoires qui sauront mobiliser et convaincre.

# ► Atelier médecine de ville/Centres de santé

Participants : entre 20 et 25 venant de Carrières/Poissy, Les Mureaux, Maisons Laffitte, Poissy, Mantes (village près de...), Sartrouville, Verneuil/Seine.

Les membres des collectifs ont fait le constat, lors de leurs différents contacts avec les populations, sur le terrain et lors des initiatives publiques, que l'un des problèmes, à la base des difficultés rencontrées par les structures menacées (hôpitaux, centres de santé...), était lié à la question de la médecine de ville.

Ce constat est-il partagé ?

Quels sont les besoins de santé dans ce domaine ?

Sont-ils satisfaits correctement ? Si non, pourquoi ?

Quelles préconisations pouvons nous faire ?

Quels seraient les financements à mobiliser ?

## 1. CONSTAT- EXPRESSIONS DES BESOINS

**La désertification médicale** est une réalité, mais elle ne peut être considérée comme la cause principale de l'engorgement des urgences. L'une des raisons de cette désertification est le choix qui a été fait, il y a de nombreuses années, de traiter le « problème » des dépenses de santé en réduisant l'offre, notamment, l'offre de médecins : le numerus clausus.

**La forme criante de la désertification** : la suppression de la médecine de garde, avec direction vers solutions types SOS médecins, urgences....

La médecine de garde semble exister en province, pourquoi pas en Ile de France ?

On ne peut pas dire qu'il n'existe pas de système de garde en IdF (Samu, urgences, régulateur téléphonique, cabinets de garde ouverts dimanche matin dans certaines villes...), mais cette forme d'organisation n'est pas satisfaisante : elle ne répond que très imparfaitement aux besoins. Elle génère en outre des coûts induits importants : une visite aux urgences coûte plus chère que la visite d'un médecin de garde.

Le service des urgences pour les spécialités est encore moins satisfaisant : un centre hospitalier unique pour toute l'Ile de France, en soins dentaires par exemple !

La responsabilité de l'organisation de l'accès aux soins relève des préfets mais également des ARS (Agences Régionales Santé) : ce niveau doit être interpellé. C Evin Directeur ARS IdF, considère, par exemple, que les gardes sont inutiles entre 24h et 5h. Pas rentables.

**Le manque de médecins a pour conséquences**, au-delà de l'accès difficile,

- Une dégradation de la qualité des soins (cadences exagérées),

- Une dégradation des conditions d'exercice pour les praticiens.

- Une difficulté pour trouver des remplaçants aux départs en retraite

De possibles chantages de certains médecins à l'égard des pouvoirs publics : il est rapporté l'exigence posée par des médecins dans un village, de prise en charge par la municipalité des frais de mise aux normes du cabinet, faute de quoi, les médecins partiront.

**L'accès aux soins est compliqué**, en plus de la diminution des médecins, en raisons de questions sociales. De plus en plus de médecins, notamment spécialistes, mais pas seulement, sortent du secteur 1. Secteur 2 difficile pour raisons financières.

- Certaines populations sont écartées de fait par la complexité des procédures d'accès aux droits : AME pour les étrangers, CMU....

Les questions de santé débordent largement les affections classiques. Aujourd'hui, elles envahissent tout le champ social, professionnel : il n'existe pas (suffisamment ?) de lieu pour aborder ce sujet.

Evoquée très rapidement la question « planning familial » : pas le temps de développer, dommage, question IVG actuelle.

...Suite page 15

### ► Définitions

**CMU et AME** : une protection sociale pour les plus démunis, permettant un accès aux soins pour tous

**CMU** : La **Couverture Maladie Universelle** est une assurance maladie de base pour tous et notamment pour les personnes qui ne répondent pas aux critères d'ouverture des droits à la Sécurité Sociale, et qui résident en France de manière stable et régulière. La CMU de base permet d'être remboursé des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) dans les mêmes conditions que les autres assurés.

**La CMU-Complémentaire** donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Ces dépenses sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

Pour faciliter l'accès aux soins, les personnes ne payent pas directement leurs dépenses de santé. Il s'agit de la dispense d'avance des frais.

**AME** : L'**aide médicale de l'État** est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière et précaire de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions : résider en France, en situation irrégulière depuis plus de trois mois et avoir des ressources ne dépassent pas un certain plafond.

## 2. PROPOSITIONS

- ☛ Ré-organiser une véritable Permanence D'accès aux Soins Ambulatoires
- ☛ Favoriser le développement et la création de Centres de Santé :
  - en rappelant que les lois, 1991, 2001, leur ont créé des obligations : missions de soins en secteur 1, application des conventions, rôle social, rôle dans la prévention
  - en ne limitant pas forcément le territoire à celui de la commune : par exemple un centre de santé par canton, ou interco suivant nécessité.
- ☛ Ne pas mettre systématiquement en concurrence les Centres de Santé et les Maisons de Santé, mais rappeler que ces dernières n'ont pas les obligations des centres (voir ci-dessus). Elles peuvent dans certaines circonstances répondre aux besoins, notamment la demande exprimée par les nouvelles générations de praticiens : pratique collective, pluri-disciplinaire, respect du rythme vie privée, etc.
- ☛ Quand il y a aide publique, imposer un cahier des charges satisfaisant aux besoins.
- ☛ Supprimer le numerus clausus.
- ☛ Réfléchir comment imposer des obligations d'installation de médecins de ville dans les zones qui le nécessitent (rurale, quartiers populaires...) : rappeler que les études de médecine sont financées par les contributions de tous les citoyens.
- ☛ Créer des espaces de rencontre Santé-Social-Psychiatrie. Les collectifs 78 peuvent être le creuset pour la réflexion sur les centres de Santé

## 3. FINANCEMENT

La question du financement n'a été abordée que sous l'angle des Centres de Santé. En partant d'un constat fait par l'IGAS, en juillet 2013, sur le sujet : un centre de santé ne peut vivre sans apport extérieur. Le financement complémentaire, surtout en période de restriction budgétaire dans les collectivités, doit être mobilisé, à partir des ressources de la Sécurité Sociale, et de l'Etat. Par ailleurs, des subventions existent.



### Définition **IGAS** :

*L'Inspection Générale des Affaires Sociales contrôle, audite ou évalue des structures et des politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets.*

*Elle intervient à la demande des ministres ou sur la base de son programme d'activité. Elle traite de sujets touchant la vie de tous les citoyens : emploi, travail et formation, santé, action sociale et politique familiale, systèmes de couverture sociale publics ou privés.*





Collectif de défense de l'Hôpital public de Poissy Saint-Germain-en-Laye

## Un an après LES QUATRE HEURES DE LA SANTÉ où en est-on ?

11 février 2015

En dépit des discours lénifiants, la situation des hôpitaux publics continue de s'aggraver. La nouvelle loi « Touraine » (actuelle ministre de la Santé) ou loi « Santé 2015 », qui n'est plus de santé publique, n'en finit pas d'évoluer vers une version de plus en plus libérale, continuant de réduire l'offre publique de soins et d'exiger une productivité toujours plus importante de l'hôpital. Cette loi, continuité de la Loi « HPST » dite Loi « Bachelot » va amplifier les dérives vers plus de précarité sanitaire et sociale.

Les collectifs, les équipes syndicales et le personnel ont mené localement d'âpres luttes. Toutefois elles n'ont pas toujours suffi. Une mobilisation d'ampleur est nécessaire si nous voulons sortir de l'ornière de l'austérité creusée par nos tutelles. Cette mobilisation doit aller au-delà des actions de résistance locales et déboucher sur un grand mouvement collectif des personnels et des usagers.

Ce mouvement devra aller au-delà de la défense de nos acquis pour revendiquer un changement d'orientation politique, une autre feuille de route que celle dictée par la finance.

Les collectifs se soutiennent mutuellement pour construire cette mobilisation interprofessionnelle et faire converger leurs établissements en lutte.

Cette brochure est un témoignage des différents collectifs en lutte sur le département.

**REJOIGNEZ NOUS DANS LES DIFFERENTS COLLECTIFS DES YVELINES ET CONSTRUISONS ENSEMBLE CES LUTTES INDISPENSABLES POUR QUE LE SOIN RESTE UN DROIT POUR TOUTES ET TOUS!**

### SOMMAIRE:

#### Page 1 et 2

*Tribune libre*

#### Page 3

*Coordination nationale de défense des Hôpitaux de proximité*

#### Page 4

*Collectif de défense de l'Hôpital Poissy-Saint-Germain*

#### Page 5

*Hôpital de Maisons Laffitte*

#### Page 6 et 7

*Hôpital de Mantes la Jolie  
Collectif Cœur-hôpital*

#### Page 8 et 9

*Hôpital des Mureaux-Meulan*

#### Page 10

*Les Hôpitaux de Dreux / Vernon (27)*

#### Page 11

*Atelier EHPAD et autonomie*

#### Page 12

*Atelier la Psychiatrie en danger*

#### Page 13

*Atelier Urgences*

#### Page 14 et 15

*Atelier Médecine de ville/ centre de santé*

#### Page 16

*Un an après où en est-on ?  
Sommaire*



Imprimé

par

ARN

Epône 78