

## 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.

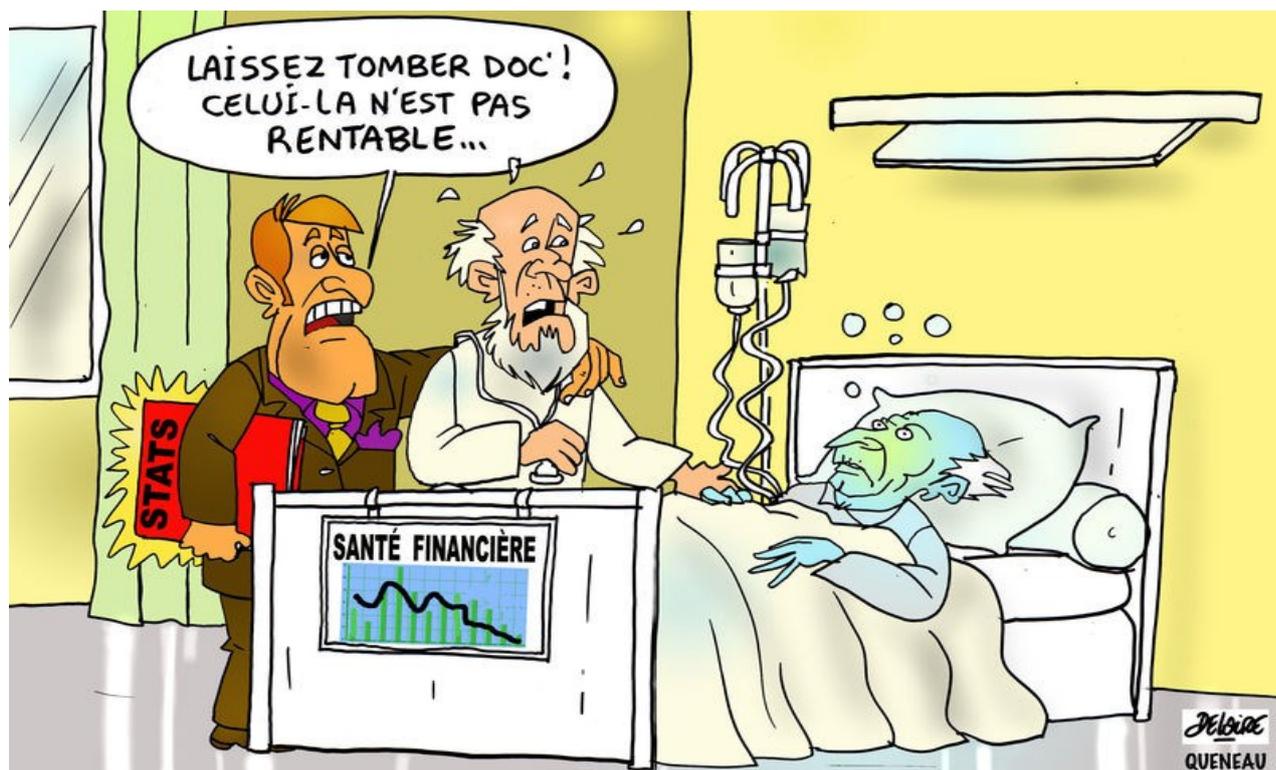
Les effectifs des services de long séjour et de maison de retraite, qui sont fixés par les conventions tripartites, sont très insuffisants (3 AS pour 70 résidents soit une AS pour 23 résidents !).

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.

Suite à un rapport de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales), ce rapport conseille la fermeture de la chirurgie et de la maternité de Vernon fin 2011

\*Mobilisation du personnel, des syndicats, d'élus du comité de défense celui-ci recueille 7000 signatures par des actions sur le marché de Vernon

\* recul sur cette décision de l'IGAS

\*Déficit important plan de retour à l'équilibre, attaque sur le personnel (36 postes perdus en 2013)

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

\* Janvier 2014, fermeture d'une salle 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 EPHAD 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.



-Charb-Hopital-

# 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 soit 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).
- Médication 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.

**Phrases historiques 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 numéris 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, pluridisciplinaire, 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

## 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*

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

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!**



Imprimé

par

ARN

Epône 78