



# Droit à la santé partout et pour tous Égalité, proximité, solidarité

## L'organisation du système de santé pour répondre aux besoins et éradiquer les déserts médicaux.

Cela pose des enjeux forts :  
la démocratie, la représentativité, la  
démocratie sanitaire dans les terri-  
toires, l'intervention de tous les acteurs  
de santé. On a chacun un rôle à jouer  
en tant qu'usager, spécialiste, généra-  
liste, syndicat, retraité...

On souhaite l'arrêt  
de la rémunération à  
l'acte pour passer à  
une contractualisa-  
tion avec la sécu  
dans une  
coopérative pour un  
centre de santé

On s'aperçoit dans les  
luttés, quand on part  
des besoins de la  
population,  
la démocratie est un  
outil parfait



Les personnels doivent  
revendiquer l'interven-  
tion sur leur travail, les  
agents savent comment  
organiser leur travail, à  
tous les niveaux, hôpi-  
tal, maison de retraite...

### 1 la démocratie et la gouver- nance

La participation des profession-  
nels dans la pluridisciplinarité  
doit rejoindre celle des usagers.

### 2 la proximité

Pour faire émerger la réponse  
aux besoins avec la revendica-  
tion des centres de santé, et  
pour répondre au problèmes  
des déserts médicaux urbains  
comme ruraux

### 3 la construction des luttes

L'élargissement des collectifs  
est primordial, pour interpeler  
les élus et les structures de tu-  
telle

Il faut résister à la stratégie de  
l'usure en maintenant la garde



paroles recueillies lors des assises de la santé

# L'organisation du système de santé pour répondre aux besoins et éradiquer les déserts médicaux.

Notre système de santé rencontre aujourd'hui de graves difficultés (accès aux soins, privatisation accrue de la médecine...), source de risques pour la santé de la population. La CGT développe des propositions pour résoudre ces problèmes et permettre une réorganisation de notre système de santé.

**Il s'agit de mettre en place un véritable service public de santé financé et régulé par les cotisations sociales, car elles sont assises sur la création collective de richesses, et non par l'impôt.**

Ce service public doit s'appuyer sur des services départementaux, régionaux et nationaux relevant de la fonction publique avec des personnels sous statut, ce qui garantit leur indépendance.

Cette approche intègre que notre région Auvergne Rhône Alpes est la deuxième région de France avec ses 8 millions d'habitants.

22 milliards d'euros sont consacrés à la santé soit 13% des dépenses nationales.

Notre région est une région de montagne - 42% des Auvergnats et 35 % des Rhônalpins résident dans une commune classée zone de montagne. Seule la Corse connaît un taux plus élevé, toutes les autres régions sont en dessous de 20%.

Dans un même temps nous avons aussi la particularité d'avoir 5 métropoles. La réforme territoriale a pour conséquence de concentrer des moyens sur les grands pôles urbains.

Ce phénomène explique en partie qu'il existe une grande disparité sur l'état de santé des habitants de cette grande région. Celui-ci est bien moins favorable dans les départements se situant à l'ouest (Loire, Cantal, Haute Loire) et au sud (Ardèche, Drome)

En contrepartie nous rencontrons un phénomène de saturation des dispositifs de prise en charge dans les pôles urbains provoquant de forts délais d'attente dans certaines disciplines ou l'encombrement de pratiquement tous nos services d'urgence.

**La CGT reste fidèle au principe qui repose sur le fait que chacun cotise en fonction de ses moyens et se soigne en fonction de ses besoins, ceci quel que soit son lieu d'habitation.**

Nous pensons que les choix pris ces dernières années et confirmés dans le Projet Régional de Santé 2018-2028 s'éloignent de plus en plus de ce principe

Nous restons convaincus que d'autres choix sont possibles.

## Il n'y a pas assez de médecins

### En Auvergne Rhône Alpes

Bien que 2<sup>e</sup> en termes de population, la région Auvergne Rhône Alpes est la 7<sup>ème</sup> région de France en densité médicale. Sa densité moyenne de médecins est de 337.5 pour 100 000 habitants, avec des disparités importantes entre les 12 départements.

Les chirurgiens-dentistes sont également en diminution, leur densité pour 10 000 habitants est passée de 6 à 5,5 de 2011 à 2016.

Quant aux infirmiers et aux masseurs kinésithérapeutes, pour la même période, leur densité régionale a évolué mais se concentre essentiellement sur les zones très sous-dotées de la région.

Pendant près de 15 ans, le nombre de médecins en formation a été divisé par deux pour atteindre un plancher à moins de 4 000 par an alors que ce nombre était de près de 8 000 au début des années 1980. Nous retrouvons cette année à peu près ce même chiffre.

Si le nombre de médecins a pu être maintenu en France ces dernières années, ce n'est que grâce à l'apport de médecins formés à l'étranger : aujourd'hui près de 25 % des nouveaux médecins qui s'inscrivent au Conseil de l'Ordre ont obtenu leur diplôme hors de France. Dans le même temps, le pourcentage d'admis au concours de fin de première année est d'environ 15 %. Il ne manque donc pas de jeunes en France pour devenir médecins, mais ils sont rejetés par le système et certains d'entre eux partent à l'étranger pour faire leurs études.

Par ailleurs, le nombre de

spécialistes exerçant en France a fortement augmenté et dépasse celui des généralistes. Mais le nombre de généralistes exerçant vraiment une activité de médecin de famille est inférieur de moitié au nombre d'inscrits au Conseil de l'Ordre. Ils ne sont que 45 000 et sont mal répartis sur le territoire.

A noter une baisse préoccupante du nombre de généralistes constatée encore en 2017 et ce dans la quasi-totalité du territoire (93 départements impactés).

### Les Orientations du Plan Régional de Santé

Ce constat d'une médecine de ville en difficulté est un obstacle à l'orientation voulue par l'Agence Régionale de Santé dans son nouveau PRS : un système de santé organisé en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et le soutien à domicile.

### Tous ensemble, revendiquons :

- la suppression du numerus clausus et possibilité laissée aux universités d'organiser plusieurs voies d'entrées dans les études de médecine, y compris la possibilité d'intégrer le cursus après une validation des acquis de l'expérience (VAE) pour certains professionnels, notamment paramédicaux.
- la formation de plus de généralistes que de spécialistes pour mieux répondre aux nouveaux besoins d'une population vieillissante atteinte de polyopathologies pour laquelle l'objectif n'est plus de « guérir » mais de garder le meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible.

# Les médecins sont mal répartis sur le territoire

## En Auvergne Rhône Alpes

La région AURA a connu une baisse de sa densité médicale entre 2010 et 2017 de 3,34 %, ce qui la place au 7° rang avec 337.5 médecins pour 100 000 habitants.

### Des disparités importantes

Le département de l'Ain est après Mayotte le département à la densité la plus faible avec 207.8 médecins pour 100 000 habitants

Le Rhône enregistre une augmentation du nombre d'habitants plus importante que la hausse de médecins sur la même période.

La Haute Loire connaît une désertification des médecins spécialistes et se place à la 97° place sur 101 au niveau national en termes de densité de médecins spécialistes. (82,7 praticiens pour 100 000 habitants).

### Des disparités dans les zones urbaines :

A Lyon comme à Grenoble, la densité de médecins est plus faible dans les « quartiers » dits « populaires ».

### Une région de montagne :

42 % des Auvergnats et 35 % des Rhônealpins résident dans une commune classée en zone de montagne.

Les médecins sont de plus en plus concentrés dans les centres des grandes villes tandis qu'ils désertent les campagnes et les banlieues. Par ailleurs, certains spécialistes sont soit complètement absents de certaines zones, soit ils appliquent tous des dépassements d'honoraires qui limitent leur accès aux plus précaires.

Toutes les mesures « incitatives » proposées par les différents gouvernements depuis plus de vingt ans se sont avérées vaines. En effet, les zones alors déficitaires le sont encore plus aujourd'hui !

## Tous ensemble, revendiquons :

- Les zones d'installation permettant un conventionnement par la Sécurité Sociale sont définies annuellement par les pouvoirs publics. Les médecins qui s'installent hors de ces zones ne sont pas conventionnés. Ce système a été mis en place pour les infirmières il y a plusieurs années et a permis une nette régression des disparités géographiques – sans provoquer de lever de bouclier dans la profession.

Mise en place de mécanismes de réorientation professionnelle permettant de contractualiser avec les praticiens volontaires, la prise en charge financière de leur formation continue contre un engagement à travailler dans une zone prédéfinie.

La nécessité d'un service hospitalier de proximité pour permettre l'installation de médecins. (les médecins généralistes plébiscitent l'hôpital de proximité. Cf collectif de défense animé par des médecins généralistes comme à Feurs Montbrison).

## Le mode d'exercice en cabinet isolé n'est plus adapté et ne correspond plus aux aspirations des jeunes médecins

Aujourd'hui moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en cabinet libéral isolé et en général à un âge de plus en plus tardif (entre 35 et 40 ans).

L'aspiration majoritaire des jeunes médecins (au sein d'une profession majoritairement fé-

minine) s'articule autour de deux axes principaux : une activité en groupe pluri professionnel et le salariat (ou une rémunération globalisée au sein d'une structure dont la gestion administrative n'est plus de leur responsabilité).

### **Tous ensemble, revendiquons :**

De favoriser le développement de centres de santé pluri professionnels dont la gestion peut être assurée par des établissements publics de santé, des collectivités locales, des structures coopératives ou des associations à but non lucratif

Dans ce cadre, le médecin est soit salarié, soit travailleur indépendant au sein d'une structure de gestion collective.

## La rémunération à l'acte n'est plus adaptée au mode d'exercice actuel qui nécessite une collaboration entre de multiples professionnels organisant un parcours de soin adapté à chaque patient sans rupture entre la ville et l'hôpital

La médecine du XXI<sup>e</sup> siècle n'est plus celle du début du XX<sup>e</sup> siècle et du paiement à l'acte. Aujourd'hui, le constat est celui d'un patient qui va d'un professionnel de santé à un autre avec un empilement d'actes sans véritable coordination. Ce travail de coordination, essentiel aujourd'hui pour une bonne prise en charge, ne rentre dans aucune case. Le résultat est souvent de mauvaise qualité, avec un «nomadisme» médical, une surconsommation

de médicaments – ayant de nombreux effets secondaires, source de nouveaux problèmes de santé – et un patient qui se sent trop souvent perdu et insatisfait. Tout cela provoque ce que l'on appelle une perte d'efficience. En d'autres termes, il s'agit d'un véritable gâchis où les moins armés pour s'orienter – à savoir les moins éduqués et les plus pauvres – sont mal ou trop tardivement pris en charge.

### **Tous ensemble, revendiquons :**

Fin de la rémunération à l'acte et financement forfaitisé – avec une part liée à la variation du volume d'activité – des structures de soins conventionnées avec la Sécurité Sociale.

Les structures de soins rémunèrent les professionnels de santé soit sous forme de salaire, soit, dans le cas de structures associatives regroupant des travailleurs indépendants, sous la forme d'une rémunération globale en fonction des critères définis par leurs membres.

## Une part de plus en plus importante de la population ne peut plus bénéficier d'un établissement hospitalier de proximité dans son territoire

### En Auvergne Rhône Alpes

Notre région ne fait pas exception à la règle. Le Plan Régional de Santé attire l'attention sur le nombre trop important d'hôpitaux de proximité. Plutôt que caractériser cette multiplication de structures de proximité comme un atout, le PRS la qualifie comme une dispersion de l'offre nuisant à la garantie d'un bon niveau de compétence. Au lieu de chercher à renforcer ces établissements au travers d'une coopération territoriale l'objectif est de transformer nos hôpitaux en établissement de gériatrie.

Nous avons malheureusement assisté à de nombreuses fermetures de maternités la dernière en date est celle de Die pourtant fortement défendue par ses habitants depuis de nombreuses années. Au moment où nous écrivons ces lignes une bataille âpre est menée par les professionnels, les élus et les citoyens pour garder celle de St Chamond (42). Une maternité fermée c'est toute la chirurgie qui suit derrière et tout l'hôpital qui se transforme ensuite. Le processus est bien rodé.

Nous rencontrons la même résistance pour garder les hôpitaux de Feurs, Montbrison, de Hauteville, de Montluçon, de Rive....pour ne citer que quelques exemples.

Les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), présentés comme innovation salvatrice, accélèrent ces fermetures de services et accentuent l'éloignement du soin de proximité.

La stratégie des libéraux est d'ouvrir le marché de la santé au capital. Pour cela, il est nécessaire d'affaiblir l'épine dorsale du système public de santé, à savoir l'hôpital public. C'est ainsi que depuis maintenant près de trente ans, nous assistons à la fermeture progressive de la plupart des hôpitaux de proximité. Dans un premier temps, l'argument de la sécurité a été mis en avant sans aucune preuve de cette affirmation, puis aujourd'hui c'est celui de la pénurie médicale qui a été sciemment organisée pour aboutir à cette évidence !

Plusieurs arguments viennent contredire cette « logique ». Premièrement, la fermeture des maternités de proximité, alors qu'on nous propose aujourd'hui de les remplacer par des maisons de naissance ou centres de périnatalité où ne seront présentes que des sages-femmes. Deuxièmement, la fermeture des blocs opératoires, du fait de leur faible activité qui nuit à la qualification des chirurgiens. Or ce qui compte ce n'est pas le nombre d'actes par bloc opératoire, mais bien le nombre d'interventions par chirurgien. À l'heure du développement de la chirurgie ambulatoire, la problématique est bien que le chirurgien se déplace et exerce sur plusieurs sites, plutôt que de demander au patient de se déplacer dans des « usines à opérer » très loin de chez lui.

### Tous ensemble, revendiquons :

Il s'agit de maintenir et de développer un maillage d'hôpitaux de proximité qui corresponde à une logique d'aménagement du territoire.

L'hôpital de proximité est un établissement doté d'un service d'urgences, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées (Ehpad, USLD). Il est en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

## Les CHU et CHR

En cinquante ans, les CHU se sont fortement inscrits dans le paysage hospitalier français : leur rôle régional est majeur. Ils constituent dans chaque région, l'établissement de référence. Les CHU assurent aussi la formation initiale et continue des médecins.

Ils ont un rôle moteur dans le progrès de la recherche.

La capacité à traiter aujourd'hui des maladies encore plus rares, le coût grandissant de la recherche, nécessite de développer des pôles de recherche publique de haut niveau, notamment en développant des synergies entre plusieurs CHU et CHR. Il y va de l'excellence de la recherche en santé dans notre pays et de l'emploi dans ce domaine d'avenir.

A cet égard, la conjonction de la mesure concernant la création des Instituts hospitalo-universitaires et de la réforme des universités ne répond pas aux mêmes objectifs.

Ces mesures sont basées sur une vision élitiste de concentration de moyens sur un modèle

universitaire et médical anglo-saxon, caractérisé par des inégalités majeures.

De plus le désengagement financier de l'Etat et l'adossement de ces nouvelles structures à des fondations qui seront financées par l'industrie, essentiellement pharmaceutiques, rendront ces hôpitaux de plus en plus dépendante d'objectifs strictement financiers. Nous pourrions étendre cette réflexion aux domaines de la silver-économie, de la robotique et du tout numérique.

Cette question est d'autant plus cruciale que notre région a un fort potentiel autour de la filière industrielle santé

Lyon biopole (Lyon) et Minalogic (Grenoble) sont deux pôles de compétitivité mondiaux accompagnant l'émergence et le développement d'innovations technologiques, produits et services dans le secteur des technologies médicales.

### **Tous ensemble, revendiquons :**

Dans un contexte de forte concurrence internationale et de politiques de privatisations nous avons tout intérêt à rester vigilants sur le maintien de l'activité publique de nos CHU dans le domaine de la recherche.

Une recherche essentiellement privée s'orientera naturellement sur des activités rentables au risque de créer des réponses à de faux besoins ou d'oublier des secteurs comme les maladies orphelines.

Il y a donc nécessité de maintenir les 4 CHU en AuRA et de renforcer leur activité de recherche publique.

# La coexistence d'un service public et d'un secteur privé à but lucratif au niveau de l'hospitalisation

## En Auvergne Rhône Alpes

L'orientation du Plan Régional de Santé 2018 AURA visant à développer l'ambulatoire, n'est pas sans danger pour la population, notamment lorsqu'il ne s'agit que d'agir sur le volume des séjours hospitaliers.

Par ailleurs, un des axes de ce PRS est de laisser « d'autres acteurs » prendre en charge l'amont et l'aval de l'épisode de soins aigus pratiqué à l'Hôpital.

La mise en place en 1945 de la Sécurité Sociale a laissé perdre de nombreux éléments de l'ancien système, que ce soient les assurances complémentaires, la médecine libérale ou les cliniques privées. Il s'agit d'une situation étonnante au regard du système étatisé anglais ou du système allemand où seul le secteur privé à but non lucratif a droit de cité.

Avant le tournant de la rigueur des années 1980, les progrès de la médecine alliés au développement d'hôpitaux publics modernes, notamment des CHU, a masqué le fait que le «ver était dans le fruit». En effet, tant que les cliniques privées étaient des structures mises en place par des médecins qui en étaient les propriétaires, qui coexistaient à côté des structures publiques, per-

sonne n'y voyait d'inconvénient.

Mais au tournant des années 1990, des investisseurs, notamment étrangers, ont racheté ces cliniques et ont souhaité rentabiliser leurs capitaux. Sont alors apparus en plein jour les réalités d'un système à but lucratif : sélection des activités rentables, restructurations massives et concurrence avec le système public. Aujourd'hui nous sommes face à de grands groupes dont certains comme Elsan ont leur siège dans un paradis fiscal et sont de véritables prédateurs.

L'innovation technologique, la robotisation, le numérique en matière de santé, offre un marché alléchant à la finance.

## Tous ensemble, revendiquons :

- un service public de la santé et de l'action sociale de qualité et de proximité reposant sur des centres de santé et des hôpitaux à statut public, avec du personnel bénéficiant du statut de la Fonction publique. La santé relève de la responsabilité de l'État, car il s'agit d'un bien commun qui ne peut être dans la sphère du secteur marchand.
- L'ouverture de négociations entre l'assurance maladie, l'État et les organisations syndicales représentatives sur le financement des établissements sanitaires et médico-sociaux pour sortir de la logique de recherche de rentabilité induite par la tarification à l'activité et mettre en place un financement lié aux besoins de santé prenant en compte le nombre d'habitants desservis et les indices d'âge, d'état de santé et de précarité
- L'ambulatoire ne soit pas être réduit à une opération comptable, mais doit répondre à un besoin de santé public de qualité.
- La prise en charge d'un patient à l'Hôpital ne peut se résumer qu'à l'acte médical, il doit être global.

## Des centres de santé à développer et à renforcer

Ce sont des structures de soins de proximité qui auraient un rôle pivot dans le dispositif avec les missions suivantes :

- Assurer la continuité de soins et faciliter l'accès aux soins sur le territoire de santé, y compris auprès des spécialistes.
- Assurer une coordination des professionnels, notamment entre la ville et l'hôpital, autour du patient. Ceci supposerait que soient garantis des temps suffisants de rencontre entre les professionnels, ce qui est actuellement impossible dans la logique du paiement à l'acte en ville et du fonctionnement en flux tendu à l'hôpital.
- S'acquitter des missions de prévention et d'éducation pour la santé.
- Evaluer les besoins de santé et avoir une position d'expertise pour les décideurs, les élus et l'assurance maladie, pour les réponses locales à y apporter
- Coordonner et garantir la permanence des soins impliquant les professionnels libéraux de proximité.

**L'équipe définie par voie réglementaire serait pluridisciplinaire comprenant des médecins, des paramédicaux, mais aussi ouverte sur d'autres compétences sociales et médico-sociales, permettant une prise en charge globale, source d'efficacité sociale et économique.**

Ceci nécessite non seulement des liens mais aussi une participation, voire une intégration dans les centres de santé des professionnels ayant des missions de santé publique : service de santé publique, médecine scolaire, équipe de protection maternelle et infantile (PMI), de santé au travail, équipe de psychiatrie...

Par ailleurs dans le cadre de l'exercice indépendant, les centres de santé permettent de faire progressivement rentrer une autre forme de rémunération des praticiens, mieux adaptée aux pratiques et aux besoins actuels, ce qui

permettrait aux généralistes de consacrer du temps au suivi de leur patients à l'hôpital et à des actions d'éducation pour la santé.

Nous proposons dans une période transitoire les modalités suivantes par principe ouvertes à tous les professionnels de santé du territoire quel que soit leur statut.

Le mode de participation serait celui de la contractualisation

Pour les médecins hospitaliers cette participation peut rentrer dans le cadre de leur statut.

Pour les actuels libéraux, la rémunération pourrait correspondre soit à un temps partiel salarié, soit à un autre mode de rémunération, sous forme d'honoraires correspondant à une prestation forfaitaire par exemple.

Toute forme de rémunération à l'acte est exclue dans ce cadre.

Les centres de santé seraient adossés à des structures hospitalières locales assurant la prise en charge des urgences de proximité, l'hospitalisation des pathologies simples ainsi que les soins de suite.

**Le but est de faire des centres de santé un dispositif attractif pour les professionnels, mais sans concession sur les questions éthiques.** Il serait dangereux que dans un contexte de médecine à deux, voire plusieurs vitesses, ils deviennent des dispensaires pour les plus pauvres.

Il ne s'agit pas de s'attaquer en soi au fonctionnement libéral mais d'inscrire le soin dans une logique de santé globale. L'acte technique doit être intégré à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux. Une consultation en gynécologie pourrait être articulée avec le planning familial.

Pourquoi ne pas imaginer un accompagnement infirmier à domicile pour certains patients, par exemple lors de la mise en place d'un régime ?

Ne pourrait-on pas envisager aussi des groupes de parole ou un accompagnement des familles pour des patients en fin de vie ? Il est indispensable que les centres de santé soient des lieux d'échanges autour des situations cliniques, humaines et sociales que rencontrent les professionnels.

#### **ATTENTION :**

Ne pas confondre centre de santé et maison de santé. Ces dernières sont des moyens matériels et parfois humains (secrétaires) pour permettre à des médecins libéraux de pratiquer un exercice privé au sein d'une collectivité territoriale. Ce dispositif a été imaginé pour ralentir la fuite de praticiens pour d'autres territoires plus attractifs. Si la cause

est noble ce dispositif favorise encore une fois l'activité libérale.

Ce n'est pas pour rien que le gouvernement au travers une ordonnance de janvier 2018 permet aux centres de santé d'être gérés par le privé lucratif ce qui était jusqu'à présent impossible.

Pour la CGT le privé lucratif ne devrait pas être habilité à développer des activités de santé.

Celles-ci ne sont pas des marchandises. 3 millions d'euros seront consacrés en 2018 par la région sur ces projets. Soyons vigilants sur la direction que prendront ces fonds publics.

**Nous demandons la suppression de cette ordonnance et la réaffirmation du statut public ou assimilé des centres de santé.**

## **Le manque de lien entre la ville et l'hôpital**

Historiquement, ces deux mondes se sont développés de manière parallèle sans véritable coordination, voire parfois en opposition.

Les enjeux d'une continuité nécessaire entre la ville et l'hôpital sont mis en lumière par l'évolution catastrophique de la situation des urgences. La fin de l'obligation de la garde des médecins de ville décidée en 2002 par le ministre de la Santé de l'époque, Jean-François Mattéi, a abouti à une augmentation de plus de 50 % du nombre de passages aux urgences : 12 millions de passages en 2002, près de 19 millions en 2015. Cette situation était prévisible au regard des expériences étrangères du même type. Il n'est par ailleurs pas acceptable que certains politiques et médecins (qui sont d'ailleurs parfois les mêmes !) essaient de culpabiliser les patients qui « viendraient pour des bobos aux urgences » et ont même inventé le terme de « bobologie ». De nombreuses études ont montré deux choses : premièrement, les patients viennent aux urgences car ils ne peuvent plus obtenir une consultation auprès de leur médecin traitant – quand ils en possèdent un – dans la journée et

ils se présentent par défaut aux urgences. Deuxièmement, ils déclarent que même si le délai de prise en charge est de plusieurs heures, ils trouvent « tout » sur place, alors que leur médecin traitant, en cas de problème, va leur demander une radio ou une prise de sang, ce qui génère de nouveaux rendez-vous et déplacements difficiles à gérer.

Ne perdons pas de vue que si notre région connaît un revenu disponible médian des plus élevés de France après l'Île de France, 12,3% des habitants sont en situation de pauvreté, percevant des revenus inférieurs à 987 euros par mois. Lorsque l'on est pauvre c'est tout naturellement que l'on se retourne vers l'hôpital public qui se doit de soigner toute personne quels que soient ses revenus.

Un autre exemple est la sortie de l'hôpital du patient le vendredi soir sans compte-rendu et sans organisation des soins en ville. Trop souvent, les plus fragiles, notamment les personnes âgées, se retrouvent isolées dans des situations inextricables pour trouver une infirmière ou pour se procurer le matériel médical dont ils ont besoin.

### **En Auvergne Rhône Alpes**

Rappelons que 95 000 habitants de notre région se trouvent à plus de 30 minutes de soins d'urgence, soit 7% de la population. Même si l'est est relativement moins concerné s'est tout de même 4% de la population qui se trouve dans cette situation.

### **Tous ensemble, revendiquons :**

L'organisation du système doit se faire au niveau territorial entre l'hôpital et les centres de santé, soit en gestion directe (centre de santé géré par l'hôpital), soit de manière contractuelle (autre gestionnaire).

Une activité mixte ville-hôpital pour un nombre important de médecins, ce qui correspond à leurs aspirations et permet également une gestion optimale des ressources humaines, notamment des spécialistes.

Pour l'hôpital, cela exige, comme pour la ville, de sortir du financement à l'acte (T2A ou tarification à l'activité) pour passer à un financement forfaitaire sur la base d'objectifs de santé intéressant le territoire au sein duquel l'hôpital et un réseau de centres de santé gèrent l'offre de soin.

## **L'accès aux soins à plusieurs niveaux**

Un accès aux soins rendu difficile voire impossible pour une partie de la population par une couverture sociale faible et inégalitaire.

Une prise en charge par la Sécurité Sociale a minima et variable selon les pathologies laissant un reste à charge pour les patients pouvant soit dissuader de se soigner, soit de choisir des solutions de soins à moindre coût (médicaments non remboursables, forfait journalier, faible prise en charge prothèses dentaires, auditives, lunettes, tarification des soins hospitaliers à l'activité provoquant les déficits des hôpitaux publics, très faible prise en charge des troubles psychiques).

Avec des conséquences importantes : En AURA une forte prévalence des affections de longues durées chez les 10-24 ans avec pour premier motif les affections psychiatriques.

Une prise en charge par les mutuelles à but non

lucratif inégalitaire tant dans son accès que dans sa couverture sociale, dont la cotisation est le plus souvent forfaitaire (la même quelles que soient les ressources). Les mutuelles n'offrent ni la même couverture de prise en charge, ni la même hauteur de cotisations. Si avoir une complémentaire santé est obligatoire pour chacun des actifs du privé, avec une prise en charge partielle par l'employeur, elle reste entièrement à charge des retraités et des fonctionnaires.

Une « sur » prise en charge par les mutuelles et assurances privées moyennant une cotisation supplémentaire, réservée aux plus aisés de la population, qui offre un niveau de prise en charge de plus haut niveau.

Comme on peut le constater, notre système de protection sociale est à plusieurs niveaux selon les moyens de la population.

### **Tous ensemble, revendiquons 0 dépense pour tous les patients !**

Parce que la santé n'est pas une marchandise mais une nécessité pour tous.

Garantir à la population un accès aux soins optimaux de même qualité et pour tous. Cela sous-entend une prise en charge à 100 % de tous les soins par notre système de protection sociale.

Notre système social doit être fondé sur l'universalité, l'unicité et la solidarité pour permettre la « gratuité des soins ». Il doit être financé par la création de richesses et non par l'impôt et géré par la population elle-même, afin d'assurer son indépendance.

Le financement par la création de richesses dans un système solidaire garantit le principe selon lequel : « chacun cotise selon ses moyens et bénéficie selon ses besoins ».

# Un grand service public de santé et d'action sociale à conquérir

Un maillage territorial où sanitaire social et médicosocial serait étroitement lié.  
L'aide à domicile ferait partie intégrante de notre système de santé

