

## LA PROTECTION SOCIALE

Ambroise Croizat, militant CGT, le père de la sécurité sociale, a défendu cette idée novatrice à l'époque, que chaque femme et homme de ce pays quel que soit son statut social bénéficient de soins selon ses besoins et paient selon ses moyens !

C'est ainsi qu'est né le dispositif que nous connaissons actuellement donnant droit aux soins, à la prévention des salariés par la mise en place de la médecine du travail ! C'est ça le vrai sens de la solidarité ! C'est, entre autre, ce qui a permis d'allonger l'espérance de vie de la population, de réduire

la mortalité infantile, de permettre à chacun de s'épanouir dans la société.

Et aujourd'hui, on voudrait nous faire croire que nous n'avons plus les moyens de financer un tel dispositif source de progrès et de dignité humaine.

La seule issue serait pour nos gouvernants la privatisation de nos hôpitaux et le recours à l'Assurance privé.

La vraie question pour garantir une sécurité sociale de haut niveau est son financement et la volonté politique de mieux répartir les

richesses créées par les salariés !

C'est la raison pour laquelle il faut exiger l'arrêt des exonérations des cotisations patronales, exiger l'augmentation des salaires, exiger le plein emploi !

C'est ainsi que nos hôpitaux pourront se développer en terme d'offre des soins, que nos maisons de retraite pourront offrir de meilleures conditions d'accueil et de vie à nos aînés, que les services d'aide à la personne pour le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées seront des services publics.

## LES PROPOSITIONS DE LA CGT

La CGT fait des propositions pour relever le défi de l'accès aux soins pour tous :

- réorganiser une offre de soins de proximité en fonction des besoins de la population ;
- reconquérir une Sécurité sociale de haut niveau qui couvre l'ensemble des dépenses de soins des assurés sociaux ;
- régler définitivement la question des dépassements d'honoraires (6 milliards d'euros à la charge des malades en 2006) par la mise en place d'un seul secteur conventionné,
- améliorer les remboursements et supprimer toutes les franchises diverses qui

sont sources d'inégalité, de complexité et d'opacité. Il faut revenir au système simple du seul tiers payant,

- mettre en place un dispositif permettant à tous d'avoir une couverture maladie complète. Aujourd'hui 5 millions de personnes n'ont pas de mutuelle,
- remettre le service public au centre du système de santé, bien commun de tous. La performance et la démocratie doivent être ses objectifs ;
- s'opposer à ce que l'argent des assurés sociaux et des mutualistes permette, à des groupes financiers de la santé privée, de reverser des dividendes colossaux à leurs

actionnaires ;

- lancer un plan urgence emploi/formation pour répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et demain ;
- assurer un financement durable de la protection sociale par la recherche de recettes nouvelles. Mettre à contribution tous les revenus financiers, favoriser les entreprises qui investissent dans l'emploi et l'investissement industriel ;
- remettre de la démocratie sociale et citoyenne avec les assurés sociaux qui financent, avec les représentants de la population dans les départements et régions pour trouver des réponses aux besoins. L'Etat

### VOTRE SYSTÈME DE SANTÉ, COMMENT LE VOULEZ VOUS ?

Lieu d'habitation : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vos remarques, vos propositions sont à adresser : par courrier à Comité régional CGT Aquitaine 30 avenue Charles de Gaulle ou par mail à [secretariat@cgt-aquitaine.com](mailto:secretariat@cgt-aquitaine.com) ou par fax : 05.56.02.69.81.

## ÉDITO

## Le travail c'est la santé ?

Dans ce bulletin régional Aquitaine Informations « spécial santé » il est traité essentiellement des services, structures, financements, des soins. Nous montrons aussi les méfaits dont la loi Hôpital Patients Santé Territoire est porteuse.

Sur tous les lieux de vie de notre région Aquitaine la chaîne du soin se doit d'être présente, proche et réellement active. Elle doit être facile d'accès, sans barrière ni financière ni sociale.

Souvent, trop souvent on se considère en bonne santé lorsqu'on n'a pas de douleur, que la maladie nous épargne ou que l'on n'a pas d'infirmité.

La santé c'est bien plus que cela. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « la santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ».

Le lien au travail est un facteur déterminant de la bonne santé.

Encore faut-il que les méthodes de production ne développent pas des risques pour la santé. Dans un passé récent elles ont développé des troubles tels que tendinites, maux de dos, d'articulations ou encore des maladies professionnelles comme avec l'amiante par exemple. Le travail à la chaîne est dangereux pour le corps humain. C'est toujours vrai mais ce n'est plus le facteur essentiel de la mauvaise santé des salariés et de leur entourage.

La concentration financière d'un petit nombre d'entreprises au niveau mondial est importante. Dans le même temps ces grandes entreprises se constituent en réseau. Elles se déconcentrent en unités de production plus petites, créent des filiales, développent la sous-traitance. Pour garantir la rentabilité à deux chiffres, elles développent la mise en concurrence des hommes et des territoires entraînant la perte d'acquis sociaux, le travail à flux tendu, celui du dimanche ou de la nuit, l'augmentation des rythmes du travail, la flexibilisation, le développement du travail intérimaire, de la mobilité



non choisie. Aux périodes de travail avec heures supplémentaires succèdent des périodes de chômage. Cela a un impact très fort sur la santé des salariés.

A l'insécurité dans le travail s'ajoute l'insécurité sociale par la réduction des services publics. Il devient plus compliqué pour un nombre de personne de plus en plus important de voyager, se loger, se soigner d'avoir accès à l'éducation, aux loisirs, à la culture etc.

Le salarié n'est plus maître de son avenir, de sa vie. A la pénibilité intellectuelle ou physique de son travail, la pénibilité morale et le mal être dans sa vie sociale s'installent.

Il n'y a pas d'autre solution pour que chacun puisse être en bonne santé que de permettre à tous l'accès à un emploi de qualité.

Un emploi qui soit vecteur de lien social et qui permette à chacun d'avoir le temps et la liberté d'esprit de participer à des activités sociales, sportives, culturelles, politiques, etc.

Pour une bonne santé l'action que nous menons « Travailler pour vivre en aquitaine ; l'emploi au cœur » est un bon remède. ■

Bernard Soubagné

→ Sommaire : ÉDITORIAL → p.1 • DORDOGNE : → p.2 et 3 • LANDES → p.4 et 5 • PYRENEES-ATLANTIQUES → p.6 • EXPRESSION DIRECTE → p.7 • LOT-ET-GARONNE → p.8 et 9 • GIRONDE → p.10 et 11 • La protection sociale / Les propositions de la CGT → p.12

Prix : 0.10 euros

# QUELS SYSTÈMES DE SOINS ?

*L'organisation du système de soin est actuellement un enjeu majeur de notre société, car la base de notre système solidaire.*

L'allongement de la durée de vie, la technologie toujours plus performante, et donc toujours plus coûteuse, l'idée que le risque zéro en médecine doit être atteint, tout ceci conduit à un accroissement très important des dépenses de santé qui devient trop lourd pour la collectivité et met en péril cette idée géniale de cotiser en fonction de ses ressources et de recevoir en fonction de ses besoins.

Cela a conduit les décideurs à une rationalisation des dépenses dont l'expression actuelle, au niveau de l'hôpital, est la tarification à l'activité associée à une nouvelle gouvernance faisant des directeurs d'hôpitaux, des chefs d'entreprises avec en corollaire la notion de rentabilité.

## MAIS DE QUOI PARLE-T-ON ? QU'EST-CE QUE LE SOIN ?

En anglais, il existe 2 façons de traduire cette expression :

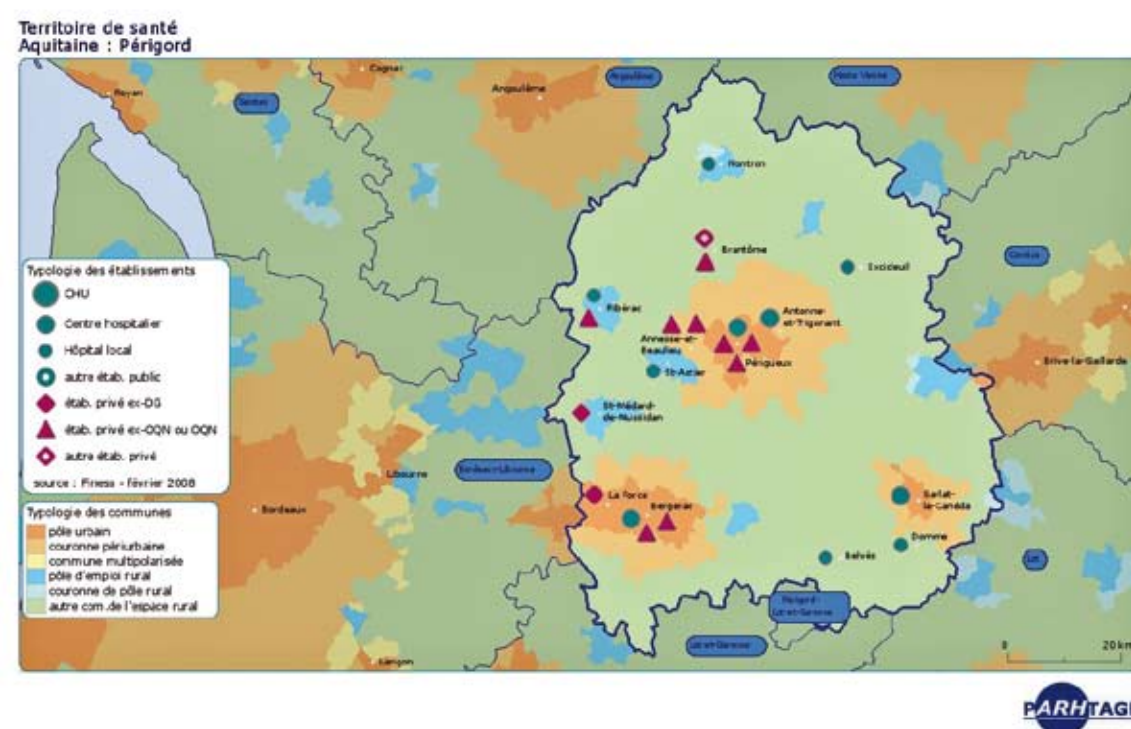
To cure : soigner au sens acte technique

To care : prendre soin

Le « cure » est évaluable et c'est ce qui a conduit à la mise en place de la T2A. Mais le « care », on en fait quoi ?

Le « care », c'est du temps de soignant (médecins compris) passé à autre chose qu'un acte technique. Et ce temps n'est pas identique d'un patient à un autre, il dépend de l'état de souffrance individuel et il peut varier dans le temps pour un même patient.

Le moment où le patient est malade, c'est probablement le moment où la souffrance est la plus forte, en tout les cas, elle n'est plus contenue et c'est ce qui fait que l'individu est particulièrement fragile.



La médecine occidentale a pris le parti de développer, de manière quasi-exclusive, le «cure». Et bien que cette dimension soit indispensable, cette exclusivité nous a fait croire que tout était curable par des actes.

Le réveil est douloureux, car sans la dimension du «care», le «cure» permet simplement de «dévisser l'ampoule» sans permettre à l'individu d'identifier le sens de sa pathologie.

## QUE PEUT-ON FAIRE ?

Il était nécessaire de réorganiser l'hôpital en supprimant l'unité de service et d'effectuer des regroupements en pôle d'activité, dont l'élément de base est l'Unité Fonctionnelle (U.F.). Les spécialités gardent leur spécificité, mais ne sont plus isolées comme elles l'étaient dans les anciens services. Au contraire, ces U.F. ne peuvent que s'enrichir en côtoyant d'autres U.F. de spécialités différentes.

Il faudrait donc, à travers les différentes UF, évaluer les besoins nécessaires d'une prise en soin de qualité, en étant bien évidemment aidé par les personnels administratifs intégrés au sein des U.F., de manière à optimiser les dépenses. C'est ce coût qui serait à la charge

de la collectivité. Cela suggère un changement dans notre logique économique actuelle qui impose aux soignants d'organiser l'activité de soin avec une enveloppe budgétaire prédéterminée.

Mais c'est tout le système de soin qui est à repenser en y associant la médecine de ville et les collectivités territoriales, en redonnant au médecin traitant la place de pivot de l'organisation sanitaire et en se demandant comment l'hôpital peut participer à cette dernière. ■

*Dr Haddad*

# LA DORDOGNE, AVANT ET APRÈS LA LOI BACHELOT

La Dordogne, département rural peu industrialisé a une population actuelle de 390 000 personnes. Il compte nombre de RMIstes, une population âgée supérieure à la moyenne nationale et les revenus y sont parmi des plus bas de France.

Il est particulièrement sensible à la présence de services publics, déployés sur l'ensemble du territoire. Le secteur de la santé et des services médico-sociaux et action sociale y sont cruciaux.

A ce jour existent, 3 centres hospitaliers généraux, 7 hôpitaux locaux, 1 hôpital psychiatrique, 2 hôpitaux de soins de suite et d'hébergement et 13 maisons de retraite publiques.

En plus des centres hospitaliers, les établissements locaux représentent 79 lits de médecine financés par la sécurité sociale, 145 lits de long séjour financés pour la plus grosse partie (environ 80%) par la sécurité sociale, et 152 lits de moyen séjour.

Actuellement sont financés, les lits de médecine par la sécurité sociale, les lits de long et moyen séjour pour la plus grosse partie (environ 80%) par la sécurité sociale, la part hébergement étant à la charge des familles.

Aux élections de 2007, la fonction publique hospitalière y comptait 6000 salariés.

La loi Bachelot prévoit la construction d'une communauté hospitalière de territoire sur une population de 200 000 à 400 000 personnes, avec 7000 à 20 000 hospitaliers.

Dans cet esprit, seul le centre hospitalier de Périgueux garderait toute sa capacité, car lui seul possède aujourd'hui un service de réa-

nimation, des services de chirurgie, des services de médecine, et un service de gynéco-obstétrique.

Sarlat et Bergerac, n'ont quant à eux qu'un service de soins continus.

Que deviendraient-ils déclassés en hôpitaux locaux ?

Où aller accoucher à moins d'une heure de voiture ?

Où se faire opérer ailleurs qu'à Périgueux ?

Que deviennent les services de proximité de médecine et de consultation ?

Comment assurer la sécurité des personnes dans de telles conditions en Dordogne où le seul moyen de liaison est la voiture ?

Sachant aussi qu'un établissement psychiatrique n'est pas obligatoire pour construire une communauté hospitalière de territoire, que vont devenir les malades psychiatriques ?

Où et comment soulager leur souffrance ?

Comment feront les familles pour visiter leur parent hospitalisé loin de chez eux ?

## LES PROPOSITIONS.

La Dordogne est un département rural, peu industrialisé. Les seules voies de communication sont les routes. Assurer un accès égalitaire aux soins impose un maillage sanitaire serré pour un soin au plus proche des populations concernées en raison des déplacements difficiles.

Cela passe par :

- un maillage fin de la médecine générale sur la totalité du territoire
- l'existence de moyens d'examen

complémentaires (type Scanner et IRM) en fonction des bassins de population et non pas des raisons de rentabilités financières ;

- un accès à la chirurgie générale, la gynécologie et l'obstétrique repartis sur le territoire ;

- la généralisation de l'accès aux services de médecine à orientation gériatrique ;

- la répartition des consultations de mémoire en zones rurales ;

- la prise en compte de la nécessité des lits de l'aide sociale pour une autre répartition des lits d'hébergement de plus en plus colonisés par le privé lucratif ;

- la réhabilitation de Vauclaire, pour une psychiatrie de secteur digne de notre siècle ;

- un bilan des places et lits pour le handicap avec une vigilance particulière pour les adolescents, jeunes adultes et handicapés vieillissants cruellement démunis ;

- un vrai service public des aides à la personne, secteur en forte progression.

Nous avons encore en Dordogne un nombre d'hôpitaux locaux qui peuvent nous servir de base et de repère pour un maillage territorial plus judicieux, à condition de les doter des moyens nécessaires à leur développement et aux missions qui leur sont confiées. ■

*Union Syndicale  
Départementale Santé 24*

Deuxième plus vaste de France, le département des Landes a un taux d'emploi industriel supérieur à la moyenne de l'Aquitaine. Sa population en progression constante vit une très forte augmentation sur le front maritime chaque été.

Le Conseil Général vient de faire une étude sur l'analyse et la réponse aux besoins en santé.

En juin 2008, à partir de cet état des lieux et du Schéma départemental, le Conseil Général a fixé un projet reposant sur 2 axes :

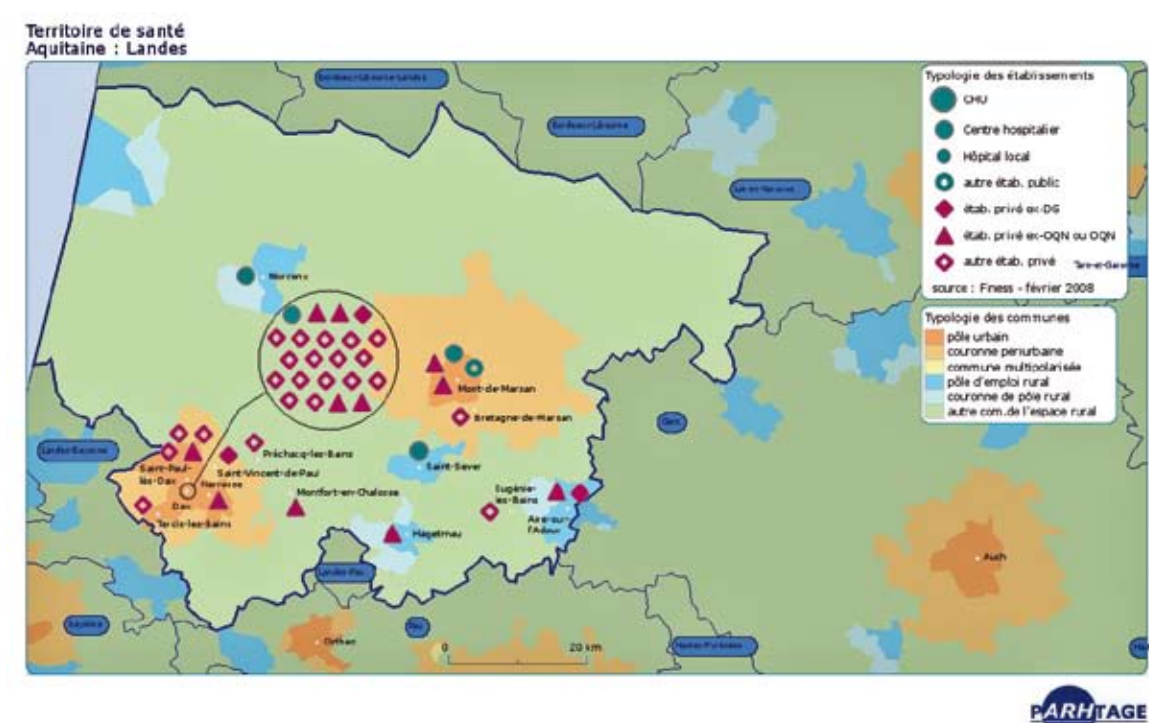
- L'aide au développement sous forme de Maisons de Santé Pluri-disciplinaires (MSP).
- Le développement de l'attractivité de l'exercice de la médecine généraliste dans notre milieu rural.

## ÉTAT DES LIEUX DES ÉTABLISSEMENTS.

**Le CH de Mont de Marsan** (2000 agents) réparti sur 4 sites géographiques, reflète parfaitement les incohérences des réformes successives d'un établissement sain tiré vers le bas par l'asphyxie financière imposée.

- L'hôpital général : médecine, chirurgie, urgences, bloc opératoire, maternité, pédiatrie, cardiologie, soins intensifs, scanner, IRM, etc...

Aux services de chirurgie en cours de restructuration, sur 100 millions d'euros nécessaires aux projets indispensables à l'amélioration de l'offre de soin et à des activités autorisées par la tutelle, environ 20 millions seulement sont actuellement financés (restructuration des chirurgies, création d'une unité de 5 lits pour accueillir des détenus, création d'une unité Alzheimer...). Des moyens sont demandés pour rendre conforme une partie des bâtiments reca-



lés par la commission de sécurité. Manquent les financements pour restructurer l'hémodialyse, créer un service de médecine nucléaire, restructurer le service de réanimation et les services de psychiatrie.

Danger aussi pour les annexes aux soins telle l'unité de production de repas et la buanderie qui ont un besoin urgent de remise en état.

Avec la loi HPST, en plus de la menace sur l'emploi statutaire et la perte des valeurs publiques, l'externalisation de ces services ou la coopération privé/public sont à craindre :

- La maison de retraite située en ville.
- Le centre psychiatrique qui subit depuis des années, diminutions de capacité d'accueil, fermetures d'unités, manque de personnel et de formation spécifique.
- Le site de Nouvelle avec des lits de moyen et long séjour, la création de lits d'EHPAD et de SMTI ; un service de médecine physique et de réadaptation.

**Le CH de Dax** (de moindre capacité).

- Son bloc opératoire est en pénurie d'anesthésistes, donc moins d'activité malgré une plage opératoire élargie.
- Son laboratoire doit subir une

certification d'ici 3 ans et risque de disparaître au profit du privé.

**Ces 2 établissements publics pourraient fusionner, anticipant la loi HPST.**

**La Clinique des Landes**, privée à but lucratif (Mont de Marsan) vient de déménager et garde la même capacité de lits de chirurgie. Elle a fusionné avec une clinique où se pratiquaient des endoscopies, des soins ophtalmo et ORL.

**L'établissement public de St SEVER** a vu disparaître maternité et chirurgie et regroupe des lits de médecine, de soins de suite et de réadaptation et depuis 2 ans une unité pour Alzheimer.

**Aire sur Adour.** Sa polyclinique privée à but lucratif a connu un conflit en 2008. Malgré le soutien de la population, la chirurgie digestive et les soins post interventionnels ont fermé. Le personnel est parti ou mis dans d'autres services.

Des consultations publiques y sont assurées par 3 chirurgiens du centre hospitalier de Mont de Marsan où les patients sont opérés. Ses murs ont été rachetés. Unique offre de soin de proximité (6000

consultations aux urgences par an), sa fermeture serait proche. La population devrait alors se tourner vers Pau, Bordeaux, Auch ou le CH de Mont de Marsan.

**Près de soixante Maisons de Retraites Publiques** ou privées et foyers logements accueillent des personnes âgées.

A Sore et Morcenx, inquiétudes sur le départ des Maisons de retraites et leur transfert d'établissement public hospitalier en celui de Fonction Publique Territoriale avec changement de statut du personnel ainsi lésé.

Dans l'Action Sociale le schéma départemental préserve le service public au détriment des hébergements du privé associatif : 3 établissements seraient réunis en «super association» avec un personnel mobile à souhait.

L'effectif en enfants du « Centre Chez Nous » à Vieux Boucau diminue. Le reclassement du personnel est à craindre.

Les Landes connaissent les déserts sanitaires et les pénuries en personnel médical et paramédical. La réduction des moyens menace la survie de certaines activités.

Leur disparition éloignerait encore davantage la population des services publics de santé ou de soin. ■

## Union Syndicale Départementale Santé 40

## SERVICE SOCIAL DES CRAM OU « QUAND LES TRAVAILLEURS SOCIAUX SONT EUX AUSSI EN SOUFFRANCE »

Le service social de la CRAM a pour mission première d'accompagner les assurés sociaux du régime général précaire dans leurs démarches de soins.

Depuis ces dernières années, l'impact des politiques sociales a entraîné une déstabilisation pour les assurés les plus précarisés et pour les conditions de travail des assistants sociaux.

La précarisation de l'emploi, la recrudescence du travail intérimaire ont entraîné un accroissement des difficultés financières d'une grande partie de la population. La maladie, les accidents du travail entraînent des situations dramatiques. Lors d'un arrêt de travail, les travailleurs précaires, bénéficiant de conventions collectives de moins en moins avantageuses, ne vivent la plupart du temps que des seules indemnités journalières (50 % du salaire) pour compenser la chute de leurs ressources. Encore faut-il qu'ils aient cotisé suffisamment sous peine de « bénéficiaire » seulement des minima sociaux RMI ou Allocation Adulte Handicapé.

Les retraités sont eux aussi touchés par cette paupérisation du fait de la stagnation du montant de leur retraite.

Or, dans ce contexte général, la réforme de l'assurance maladie n'a fait qu'accroître ces situations inacceptables. Les franchises, le déremboursement de certains médicaments, les augmentations régulières du forfait hospitalier, des mutuelles... créent une réelle santé à deux vitesses.

Cette évolution nous est présentée au nom de la rationalité, de la sauvegarde de la sécurité sociale et de la maîtrise des coûts mais elle ne fait qu'exclure les plus faibles du système de soins.

Cet environnement institutionnel a des conséquences sur le recentrage des missions des travailleurs sociaux de la CRAM, sur l'évolution de la pratique de leurs métiers...

La CRAM ne parle plus d'accompagnement social, mais de norme qualité, contrat pluriannuel de gestion, statistiques, atteinte des objectifs, bien loin de la réalité sociale et des besoins du terrain, et ceci dans un contexte de diminution globale des moyens humains et financiers (suppression dans toute la France de postes d'assistants sociaux et de secrétaires médicosociales), et d'une augmentation de la charge de travail.

Cela fait rentrer le travail social dans une logique de productivité qui est loin de représenter une réelle efficacité sociale. (la valorisation du volume d'activité prenant difficilement en compte la complexité de la démarche humaine).

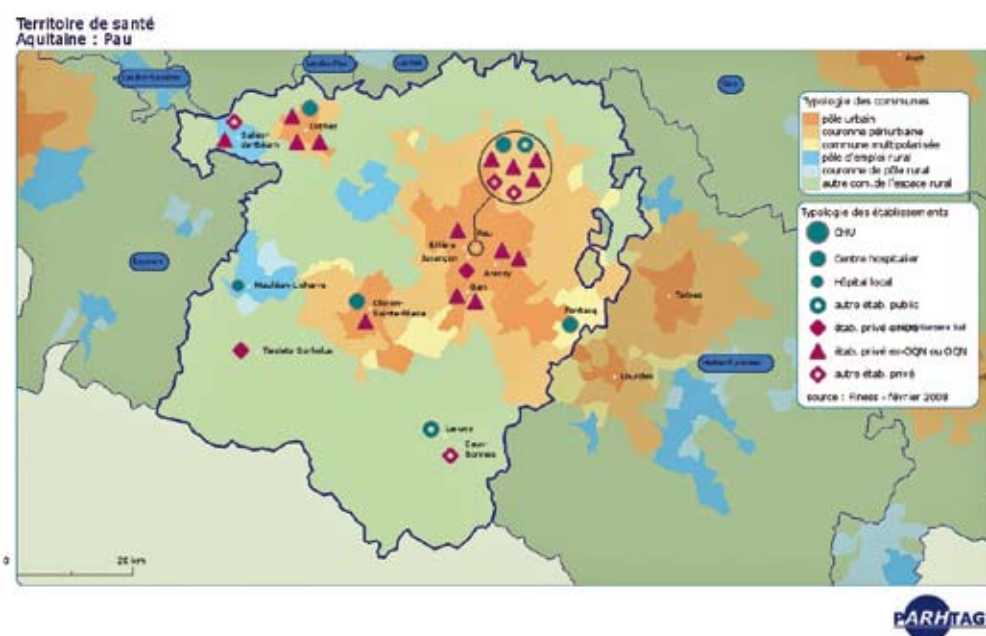
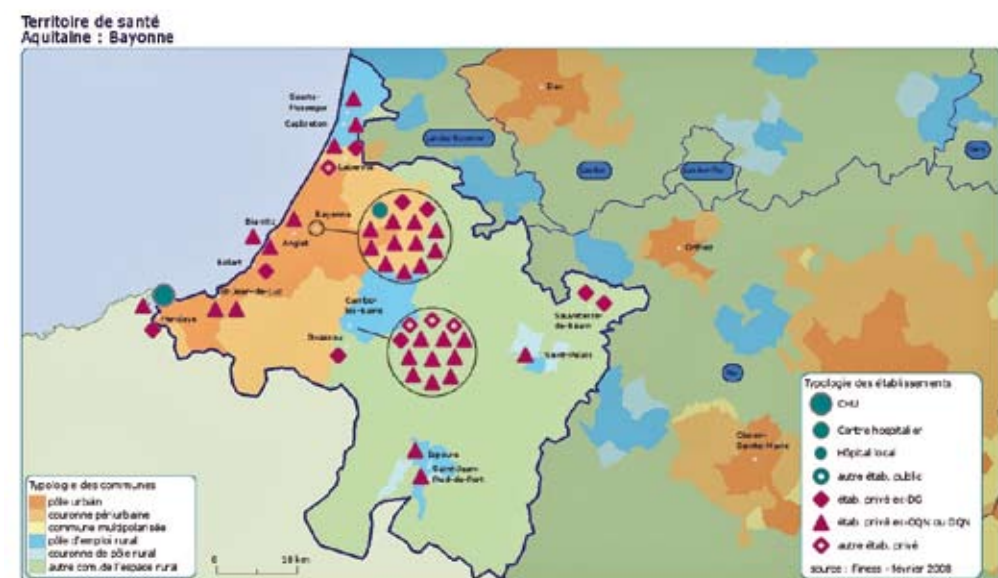
De plus, les fonds sociaux stagnent, voire baissent, (notamment celui des CPAM), les marges de manœuvre des travailleurs sociaux sont de plus en plus minces et ils doivent se retourner vers les associations caritatives.

De plus en plus de responsabilités, d'initiatives à prendre et de résultats sont attendus, et en même temps, de plus en plus de contraintes, de procédures, de contrôles...

Ces injonctions paradoxales ne génèrent que de la souffrance qui amènent les assistants sociaux à adopter (de façon insidieuse et quelques fois inconsciente) des postures et des stratégies de protection « individuelle »: repli sur soi, isolement, maladie..., rarement prises en compte par l'institution.

Notre éthique, notre « philosophie » professionnelle sont largement mises à mal par une politique à l'opposé de l'intérêt des plus précaires.

C'est pourquoi, un groupe d'assistants sociaux de l'UFICT CGT se mobilise au niveau national afin de faire reconnaître nos professions et de défendre un vrai service public.



600018 hab. (1999) sur une superficie de 7645km<sup>2</sup>. La Loi BACHELOT frappe aussi dans notre département les hôpitaux locaux tels ceux d'Oloron Ste Marie et d'Orthez.

### L'HÔPITAL D'OLORON EST EN PLEIN ESSOR ;

la mission de son directeur est le partenariat public-public avec Pau (dixit l'ARH) et 14 lits de chirurgie digestive doivent bientôt ouvrir.

Un service de chirurgie d'Ophtalmo vient d'y être créé plutôt qu'à la clinique.

Sur le site de l'hôpital, un centre de périnatalité de 6 lits était prévu. Cette formule garantissait la sécurité des mamans et des bébés.

La KAPPA-SANTE organisme privé reprenneur réel de la clinique a de réels moyens financiers. Après avoir acheté les lits existants à la SMAM (Mutuelle), elle pourrait les délocaliser à tout moment au détriment de la population locale, en faveur de sites déjà fortement dotés et argentés.

Actuellement environ 300 accouchements/an sont assurés à la clinique ...on peut constater que la notion de seuil n'est pas opposée.

Sans opposer les salariés du Public et ceux du Privé et dans le souci

d'un équilibre de l'offre de soin, la CGT appelle à la vigilance pour maintenir et développer une offre de soin publique sur le Piémont Oloronnais.

### ORTHEZ : LE SCÉNARIO SE RÉPÈTE LÀ AUSSI :

1998 : fermeture du service de pneumologie,

2005 : fermeture du service de chirurgie,

2005 : départ, pour cause de travaux, de la maternité sur le site de la Clinique voisine pour 18 mois...3 ans après la maternité est toujours dans le giron de la Clinique.

2005 : fermeture de la pédiatrie, 2008 : transformation de la moitié des lits de Médecine en lits de court séjour gériatrique pour là aussi cause de travaux !!!

2009 : la Clinique lance des offres d'emplois pour son bloc opératoire...

La fermeture de ces services oblige la population orthézienne et des alentours à se rendre à Pau ou Dax si elle veut éviter le paiement des dépassements d'honoraires de plus en plus pratiqués.

### LA PSYCHIATRIE :

L'hôpital de Pau, tragiquement connu, après avoir entendu maintes promesses doit se rendre à l'évidence : pas plus de moyens qu'ailleurs voire moins avec, à bas

bruit, des suppressions de postes et à propos des travaux annoncés, quasiment rien de réalisé!

La fermeture du CATT (Centre D'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) « Les Charmilles » qui accueillait 53 patients.

A Bayonne les services de psychiatrie (en grève début février) dénoncent aussi un manque de personnel (soignants, médecins psychiatres...) flagrant puisque pointé par une Mission Ministérielle qui reste à ce jour lettre morte.

La CGT demande :

- que des moyens en personnel soient alloués plutôt que de débloquer des crédits pour la création de chambres d'isolement.

- que les structures extra-hospitalières soient développées afin d'accueillir des patients qui occupent actuellement des lits d'hospitalisation. ■

Monsieur le Directeur,

Je m'autorise à vous adresser ce courrier qui n'est qu'un pâle reflet du vécu de ma carrière hospitalière.

Après trente sept années « de bons et loyaux services » selon la formule consacrée, j'ai en effet fait valoir mes droits à la retraite depuis deux mois.

Trente sept années dans le même hôpital ça devrait se fêter ! Et bien non, je pars discrètement sans tambour ni trompette Je pars épuisée, usée, et tellement déçue de voir ce qu'est devenu l'hôpital public, s'il mérite encore ce nom.

Et pourtant j'y ai cru, je me suis battue pour un idéal qui s'est effrité au fil des ans.

De restructuration en restructuration, de projet en projet, de pôle en pôle nous avons perdu la source même de notre devoir : le respect de l'humain.

Nous fonctionnons comme une entreprise à but lucratif, nous n'avons plus de patients, nous avons des clients, nous ne prodiguons plus de soins, nous offrons des prestations, l'occupation des lits ne se justifie que par le tiroir caisse etc., etc Et au milieu de tout cela il y a le personnel : le plus gros budget de l'hôpital au nom duquel nous sommes sacrifiés.

Rappels incessants sur nos jours de repos, dépassements d'horaires qui doivent être justifiés et validés, harcèlement, conditions de travail qui se dégradent, « flicage » constant des cadres qui se traduit par un stress qui nous empêche d'exercer notre fonction sereinement. Pourtant c'est grâce à nous tous que peut fonctionner cette énorme machine qui broie inexorablement les plus motivés d'entre nous. Quel gâchis !

Aucun respect, aucune reconnaissance !

Etre traités comme de simples exécutants sans aucune réflexion, appliquant bêtement des protocoles alors que notre outil de travail est « l'humain » nous

retire toute implication, tout investissement.

Je sais bien que cette missive ne changera rien, que les considérations d'une simple auxiliaire de puériculture n'entraîneront aucune réflexion mais je tenais quand même à vous faire part de mon ressenti.

Je pense aussi à celles et ceux qui restent et je les plains sincèrement.

J'ai tellement aimé mon métier, tellement aimé tout simplement « les gens » !

Je ne regrette rien de mon investissement, j'aurai voulu un tout petit peu de respect, un tout petit peu de reconnaissance.

Voilà Monsieur le Directeur, je vous remercie d'avoir pris cinq minutes de votre temps pour me lire.

Je pars amère et dépitée, pourtant je crois encore au pouvoir des mots.

Veillez agréer Monsieur le Directeur mes respectueuses salutations.

Une infirmière



## PUBLIC:

2435 lits et places en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Soins longue durée, Urgence, Imagerie médicale et Psychiatrie sur les C.h.i.c. Marmande/Tonneins et les hôpitaux de St Esprit,

La Candélie, Nérac, St Cyr Villeneuvevelot, Fumel, Penne d'Agenais et Casteljaloux.

## PRIVE:

616 lits et places en, Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Soins de suite, sur 4 cliniques:

St hilaire/Esquirol Agen, de Villeneuvevelot, Magdelaine Marmande, Calabet Agen, la Polyclinique de Marmande et l'H.A.D. d'Agen.

## RECOMPOSITION – COOPÉRATION ET RÉPARTITION DES ACTIVITÉS

A Marmande, trois implantations de chirurgie et deux de médecine sont provisoirement maintenues.

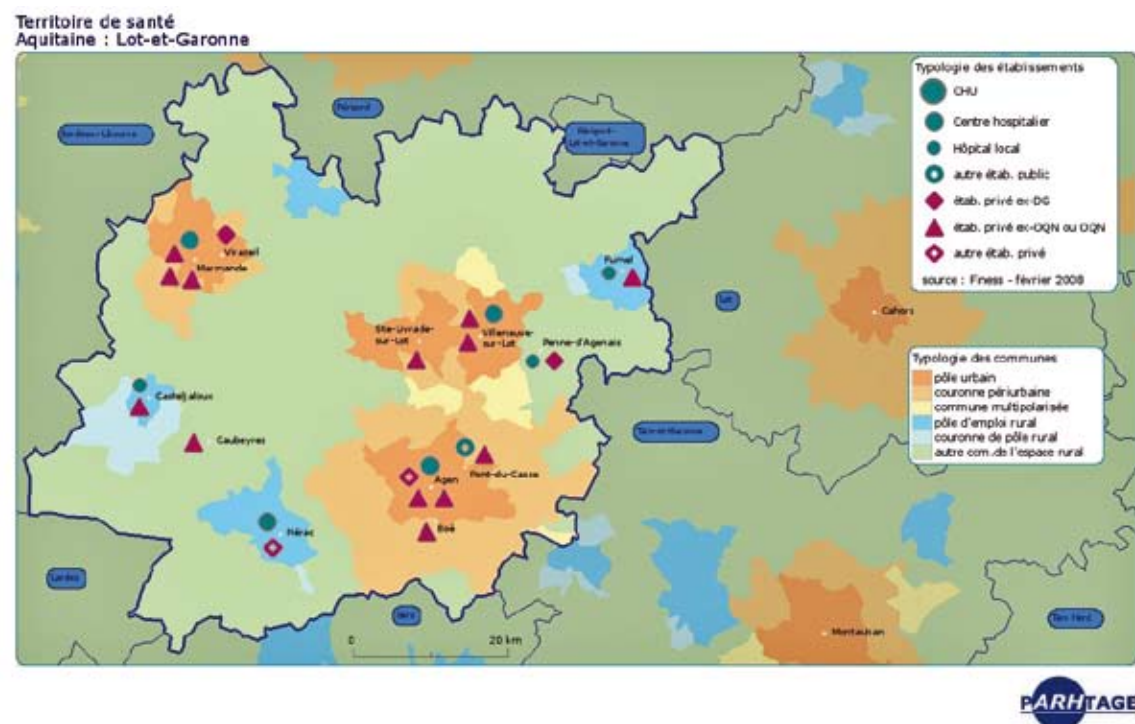
La durée du SROS doit permettre d'organiser la recomposition de l'offre de soins, dans le cadre du projet médical de territoire. Même chose sur le territoire intermédiaire Marmande Tonneins Casteljaloux.

Y travaillent 655 paramédicaux et 53 médicaux.

Depuis 2003, le nombre de titulaires chute avec moins 9,65 postes; celui des contractuels augmente de 44%.

Le regroupement en 2007 de la clinique Magdelaine sur le site du centre hospitalier Marmande-Tonneins, premier pas dans la constitution de pôles publics/privés, est suivi de négociations pour l'arrivée de la polyclinique du Marmandais sur le même site public.

A Villeneuve-sur-Lot, les 2 implantations de chirurgie sont provisoirement maintenues. Les établissements doivent utiliser la durée du SROS pour recomposer l'offre de soins.



En 2009, le centre hospitalier St Cyr est placé sous tutelle de l'ARH suite au déficit voulu et organisé sur plusieurs années. Ainsi, plus d'obstacle pour fusionner hôpital et clinique à Villeneuve sur Lot.

A l'hôpital Saint Esprit d'Agen, les charges à caractère médical revalorisées de 4% génèrent une progression de l'activité et du travail. Le budget du personnel n'est revalorisées qu'à 3,8% donc, plus de travail et moins de moyens en personnel paramédical pour 2009.

En radiologie, depuis 2007 les problèmes de rendez-vous se généralisent :

- plus d'échographie ni de mammographie pour les patients externes.
- Aucun compte-rendu de radio simple le jour même: délai de 24H00.
- Les radios ne sont pas interprétées sur place et le patient hospitalisé revient en service avec sa radio sans commentaire médical spécialisé.

266 lits fermés entre le 7 juillet et le 1er septembre 2007 soit, 10 à 65 par semaine.

470 lits fermés entre le 7 juillet et le 1er septembre 2008 soit, 26 à 89 par semaine.

Les fermetures de lits par manque de personnel et de mensualités de remplacement pour l'été causent la perte de 669 séjours d'activité et de 1.3 millions d'euros !

L'hôpital a perdu le service d'ophtalmologie au profit de la clinique Saint Hilaire. Sans choix des lieux de consultation les dépassements d'honoraires s'imposent.

La compression de poste d'assistante sociale à l'hôpital survient alors que les problèmes sociaux augmentent.

- Les plus démunis, sans accès aux droits rencontrent des difficultés importantes pour leurs dossiers CPAM.
- Des patients risquent de ne plus être pris en compte (problème de couverture sociale, perte d'autonomie) à l'instar des cliniques privées qui renvoient les patients sur le Centre Hospitalier.
- D'autres, sans moyens de payer, la mutuelle, le forfait journalier (16 euros/jour) ou le ticket modérateur (20% non pris en charge par la CPAM) n'accèdent plus à tous les soins.

La baisse de la durée de séjour fait sortir sans préparation, des personnes socialement très dégradées.

- Les services sociaux du Conseil Général et de la CPAM de la mairie fondent et leurs missions se réduisent et les populations les plus en

difficultés sont de moins en moins aidées.

\* Les personnes en situation irrégulière de moins de trois mois sur le sol français, n'ont aucune prise en charge. La dénonciation des personnes s'est institutionnalisée Les dossiers de CPAM d'ouverture des droits doivent parvenir à la Préfecture, menaçant d'accroître les reconduites à la frontière.

4. En psychiatrie, L'hôpital de La Candélie doit proposer un projet pour rapprocher la sectorisation

actuelle du nouveau découpage territorial, passer de 5 à 3 secteurs adultes (70 000 habitants/secteur) et diminuer le nombre de lits spécifiques alors que des patients dorment sur des lits de camp dans les couloirs.

2007 a vu le renouvellement des autorisations d'activité des établissements (médecine d'urgence, chirurgie...), autorisations portant dorénavant sur l'activité et non sur un nombre de lits et de places conformément à la tarification

à l'activité (T2A). Ceci pousse les établissements à résoudre l'équation impossible de réduire le coût des soins pour cause de budgets étiés en répondant au mieux aux besoins des patients (tous?), laissant au secteur marchand la part la plus rémunératrice. ■

Union Syndicale  
Départementale Santé 47

## HISTOIRE D'UN PATIENT ORDINAIRE EN AGENAIS

Victime d'un saignement de nez que je n'arrivais pas à arrêter, je me suis rendu aux urgences le 3 septembre 2008, un peu avant 7h.

Pris en charge rapidement par le médecin urgentiste qui m'a mis 2 tampons dans les narines tout en m'indiquant qu'il faudrait que je me les fasse enlever à la Clinique Esquirol St Hilaire 48 heures après (l'hôpital ne possédant plus de sve ORL, sauf hospitalisation).

Après RDV, un ORL de la Clinique Esquirol St Hilaire m'a enlevé les tampons le 5 septembre après-midi et m'a facturé 50 € que j'ai payé cash ; la clinique refusant de prendre en compte la carte vitale, malgré mon insistance.

Questions :

- La clinique et un service ORL peuvent-ils fonctionner en dehors des rouages de la Sécurité Sociale en s'affranchissant allègrement du tiers payant fort préjudiciable pour l'assuré ?
- Comment est organisé le « réseau urgences » entre l'hôpital et la clinique ? (dépassement d'honoraires)
- Pourquoi n'existe-t-il pas de véritable service ORL à l'hôpital St Esprit ?

De plus, fréquentant également le service ophtalmo de l'hôpital, je me suis vu signifier que la spécialiste allait rejoindre... la clinique Esquirol St Hilaire en janvier 2009... et qu'il n'y avait pas de remplaçant.

Qui éshabille qui... et au profit de qui ?

André CAZALIS  
6 imp C. Debussy  
47520 LE PASSAGE

## PUBLIREPORTAGE

# Voir la prévoyance et l'épargne collectives autrement avec la Macif



## La Prévoyance collective, comment ça marche ?

Complémentaire santé (mutuelle), prévoyance : tous ensemble c'est mieux !

Mutualisez votre protection sociale complémentaire avec un régime obligatoire, c'est choisir de répartir le risque sur un plus grand nombre d'adhérents, c'est assurer la solidarité entre générations et globalement réduire les cotisations. C'est aussi bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux pour vous et votre employeur. Un régime gagnant pour votre pouvoir d'achat !

Qui doit choisir l'organisme assureur ?

La loi est muette en ce domaine. Pour ne pas se voir imposer le choix d'un organisme assureur par l'employeur

seul, militer, chaque fois que possible, pour créer une commission mixte paritaire réunissant l'employeur, les organisations syndicales et les représentants du Comité d'entreprise. Une commission pour garder le contrôle !

Quels sont les droits du comité d'entreprise ?

Quand le régime est obligatoire en complémentaire santé, prévoyance et retraite, le comité d'entreprise dispose d'un droit d'information/consultation lors de la mise en place ou de la modification de ce régime. Il dispose aussi du droit de recevoir le rapport annuel de l'organisme assureur sur les comptes du régime.

## La Macif répond à tous vos besoins

Faites bénéficier les salariés de la force et de l'expérience d'un groupe qui protège 4,6 millions de personnes.

### Des valeurs mutualistes

Avant d'être l'un des principaux assureurs de France, la Macif reste d'abord une mutuelle qui défend les valeurs humaines et solidaires. Pour elle, la finalité de l'activité économique, c'est d'être au service de ses sociétaires.

### Une transparence totale

En allant bien au-delà des obligations légales, vous bénéficiez de données claires et fiables pour un pilotage de vos contrats en toute transparence.

### Naturellement partenaire

Parce que les cinq confédérations syndicales déterminent les choix et orientations de la Macif, elle est le partenaire privilégié pour répondre à l'ensemble de vos besoins. Mêlant le geste à la parole, le 14 septembre 2004 a été l'occasion de célébrer 20 ans d'une collaboration étroite et fructueuse concrétisée par la signature de la Déclaration commune.

Votre conseil pour toutes les questions de protection sociale complémentaires et d'épargne dans l'entreprise

Un interlocuteur commercial unique, expert de la protection sociale complémentaire, pour vous conseiller :  
• analyser vos besoins en profondeur, pour concevoir avec vous des solutions durables,  
• vous accompagner tout au long de la vie de vos contrats.



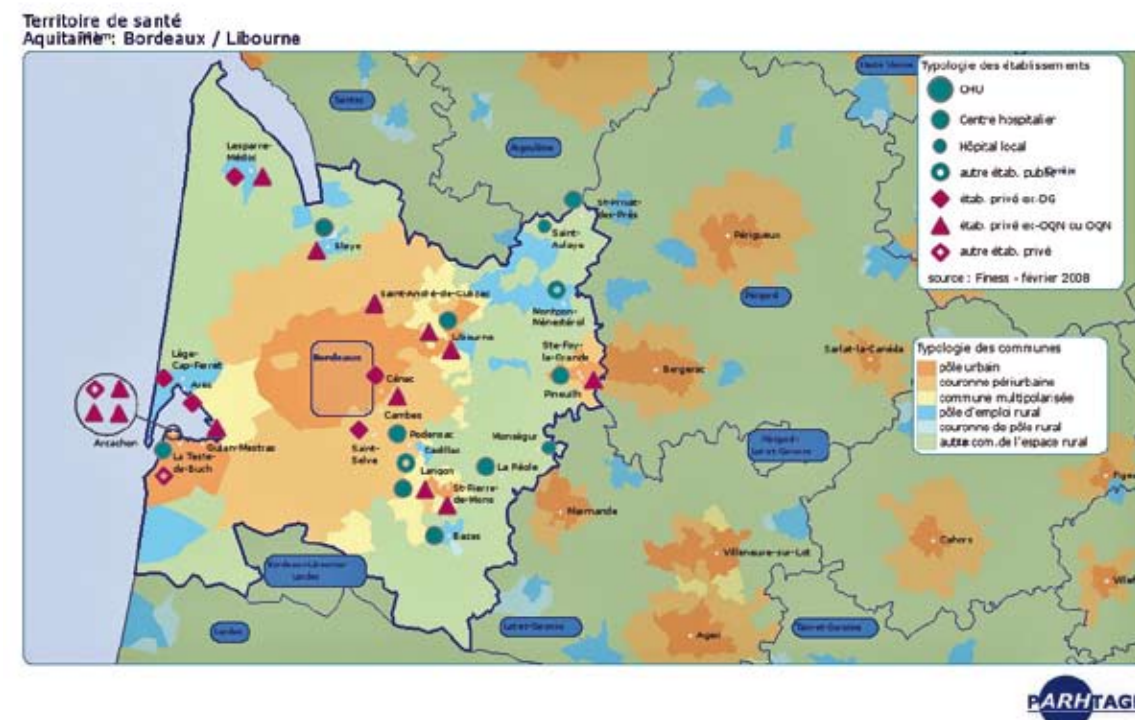
Pour toute information, vous pouvez nous contacter au 05 49 77 76 75 ou par messagerie électronique : collective@macif.fr

# LA LOI BACHELOT, DÉJÀ EN PRATIQUE

## avant qu'elle ne soit votée et promulguée

En effet, en Gironde, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) n'a eu de cesse, ces dernières années, de mettre en place, avant même le vote de la loi, les principales dispositions de celle-ci. C'est ainsi que depuis qu'il exerce en Aquitaine le secteur privé lucratif a connu un développement considérable au détriment du secteur public : Fusion décidée, en cours, de l'Hôpital public d'Arcachon avec la clinique moribonde de la même ville mais depuis peu propriété du groupe Bordeaux-nord, groupe oh combien à but lucratif;

Rachat par le groupe Bordeaux-nord, encouragé par l'ARH, de la clinique rive droite de Bordeaux (précédemment propriété de la mutualité) alors que des équipements publics sont inexistant à Bordeaux sur cette zone comportant de nombreuses installations industrielles à risque mais aussi une grande partie de la population ouvrière de l'agglomération bordelaise;



Création d'un «territoire de santé» dans le Sud-gironde par regroupement-fusion des établissements publics et du seul établissement privé lucratif du secteur ne laissant sur place que le strict minimum au mépris des besoins de la population. Après avoir fait disparaître la maternité, la chirurgie de La Réole ça sera bientôt le tour du reste pour ne laisser la place qu'à la clinique privée que l'on installe dans les murs de l'Hôpital Pasteur et à qui l'on va réserver la chirurgie bien sûr. A l'heure où cette clinique licencie 9 salariés pour raison économique (sic) il se murmure que le groupe Bordeaux-Nord pourrait être sur les rangs pour la racheter.

Enfin, pour finir le tour du département, l'ARH a décidé que le centre hospitalier de Libourne était à la fois trop grand et mal placé. Le directeur de l'ARH a donc décidé de créer une commission de réflexion visant à réfléchir au futur établissement libournais (taille

et emplacement). Curieusement, à Libourne aussi, une petite clinique végète qui deviendrait bientôt propriété du groupe .....Bordeaux-Nord. Parions que là comme ailleurs c'est une fusion que devrait bientôt prôner l'ARH.

On le voit la problématique dépasse largement nos organisations d'établissement, les personnels hospitaliers pour devenir un problème global d'intérêt général qu'il nous faut résoudre tous ensemble.

Ainsi nous proposons que l'Hôpital public redevienne le pivot du système de soins et l'organisateur du travail en réseau avec les autres services et professionnels de santé et de l'action sociale. Il convient donc de reconsidérer toutes les fermetures d'établissements ou services intervenues ou à venir, pour reconstruire un maillage hospitalier cohérent capable d'offrir la meilleure réponse aux besoins de la population.



Plus concrètement il faut que soient stoppés tous les projets visant à fusionner l'Hôpital public et des cliniques privées lucratives (Arcachon, Langon..);

Que la priorité soit donnée au développement de tous les domaines du soin et de la prévention dans le secteur public. C'est ainsi que chaque établissement de santé publique du département devrait disposer de consultations pour l'ensemble des activités médicales et chirurgicales accessibles (y compris financièrement, à toutes et tous). Il est en effet parfaitement inadmissible que, faute

de consultations hospitalières publiques, l'on ne puisse trouver, dans l'arrondissement de Blaye par exemple (près de 80000 habitants), de consultations d'ophtalmologie autres qu'en secteur 2. Cette réflexion vaut pour toutes les spécialités médicales sur l'ensemble du département (ORL, dialyse, gériatrie...). Nous avons besoin, là comme ailleurs, de moyens d'investitions modernes de type IRM. Pourquoi ce genre d'équipement, bien que voté dans le SROS (Schéma régional d'organisation sanitaire) tarde t-il tant à Langon, pourquoi n'est-il pas prévu à Blaye ou Lesparre ?

Par ailleurs à l'heure où, faute de personnel disponible, des services entiers du secteur public sont menacés de fermeture c'est, d'urgence, à la réalisation d'un plan emploi/formation de grande envergure que les pouvoirs publics locaux doivent répondre.

La santé n'est pas une marchandise ? Faisons en sorte, ensemble, qu'en Gironde cela ne reste pas qu'un slogan! ■

**Union Syndicale  
Départementale Santé 33**

Les industries pharmaceutiques dégagent des profits considérables aux dépens de la Sécurité Sociale, alors que l'Etat culpabilise malades et médecins, « responsables » de trop consommer de médicaments. Un nouveau business voit même le jour avec l'obligation de prioriser les médicaments génériques qui seraient ...

### AUSSI EFFICACES ? MENSONGE !

Savez-vous que légalement ils peuvent l'être 20% de moins que le médicament de marque ?

AUSSI SÛRS ? Mensonge !

Les génériques sont dispensés de fournir les études toxicologiques, pharmacologiques et cliniques habituellement demandées pour l'obtention de l'AMM.

### MOINS CHERS ? FAUX !

Alors, pourquoi accepter que le pharmacien délivre un générique quand son prix public est égal, voire supérieur à celui de son princeps ?

> **POUR EN SAVOIR PLUS : Venez au colloque « Santé - Médicaments » d'INDECOSA-CGT, en octobre 2009 à Montreuil !**