



**Comité de Défense
de l'Hôpital et de la
Santé d'Albi**
**"Pour l'égalité d'accès
aux soins "**
(CDHSA)



**Des Comités de Défense
Hôpitaux et Maternités
de Proximité**

**Président du CDHSA
Dr Jean Scheffer**

Albi le 29 Octobre / 2010

Revue de Presse santé du 1er Novembre 2010 –Ière partie-

**Pour lire le texte facilement ouvrir le PDF 00 et pour les
pièces jointes consulter le site à “Revue de Presse
santé” à partir du 2 Novembre:**

www.hopitalsantealbi.com

I / Nouvelles locales

-Déclaration du Directeur Général de l'ARS Midi-Pyrénées

**“La Dépêche 19 Octobre: "Nous voulons assurer la
pérennité des hôpitaux de proximité" = du vent !!!**

**-Actions en grande pompe par l'ARS: ouverture des Conférences de
Territoire dans les 8 départements de la région en quelques jours (en fait de
simples outils de communication, soit disant en préparation de la conférence
régionale de Santé).**

En effet on assiste en pratique à:

I/L'exclusion par l'ARS au niveau région et sur les 8 départements, de toutes les structures (Conférences de territoire, Conseils de surveillance des établissements de santé, Conférence régionale...) **de nos comités de défense et collectifs locaux et régional** (pas même une réponse de politesse à nos demandes !)

II/La fermeture sans possibilité de discussion au niveau des conférences de territoire ou de la conférence régionale des:
-Services de chirurgie et de maternité de l'hôpital de Decazeville en Mai 2011 et des urgences de la polyclinique de Carmaux

-L'hôpital de Decazeville en grève depuis Lundi 25 Octobre à la fois sur les retraites et sur la fermeture des services de Chirurgie et de la Maternité, alors qu'un nouveau chirurgien vient d'arriver !

-Grève à l'hôpital psychiatrique Marchant de Toulouse: contre la loi sur les retraites et contre le manqué de moyens (**l'intersyndicale CFDT-CGT-FO-SUD et le personnel non syndiqué**)

-Scolarisation des enfants handicapés : Cri d'alarme de Handicap 81 (dont l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH), les Papillons blancs 81, l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), l'association française contre les myopathies (AFM) et l'association des paralysés de France (APF)).

Un décret de la préfecture de Région, daté du 22 juillet, a changé les données du recrutement des contrats aidés.

-Carmaux organise la défense de sa polyclinique: suite à la dénonciation de la convention entre le CH d'Albi et le service d'urgence de la polyclinique, création suite à la grande manifestation du 1^{er} Octobre réunissant 1500 Carmausins dans la rue, d'une coordination et organisation d'un référendum populaire les 6 et 7 Novembre avant de rencontrer le Directeur de l'ARS le 8 Novembre.

-Installation des Conférences de territoire par l'ARS et présentation du diagnostic de l'ARS à chaque séance: ont essuyé le feu le

Tarn et Garonne, l'Aveyron , le Gers et le Tarn ce Lundi

Prédiagnostic de l'ARS dans 4 départements (Ariège, Aveyron, Gers, Tarn et Garonne)

-Témoignage de notre amie Maryse Villard sur son cancer du sein, dans le cadre de la semaine de dépistage

-Les médecins des hôpitaux de Castres et Mazamet découvrent le CHIC flambant neuf, dont le Directeur de l'ARS a dit qu'il était suffisant pour tout le Tarn (coincidence le Président tout neuf de la Conférence de Territoire est le président de la CME du nouvel ensemble le Dr Dupias, anesthésiste de son état. Albi n'a qu'à bien se tenir !

-La gastro-entérologie médico-chirurgicale du CH d'Albi a fait le point avec le public sur le cancer colorectal

(Cf 01)

II / Accès aux soins – Inégalités de santé

-Reste à charge pour les familles: tromperies du gouvernement (analyse du Monde du 14 Octobre très intéressante)

Sondage du CISS –Viavoice 12 Octobre:

53 % des sondés estiment que la priorité d'une réforme du système de santé devrait être de maintenir un bon niveau de remboursement par la " Sécu ".

Mme Bachelot annonce un très haut niveau de couverture avec seulement 9,4% de reste à charge.

En 1999 officiellement un taux de 75,5% de couverture est mis en avant !

En réalité en 2009 Didier Tabuteau économiste de la santé retrouvait **pour les soins courants un reste à charge de 45%.**

Dans la plus grande discrétion l'analyse des comptes de la santé 2009 par la Drees, retrouve **pour les patients en ALD 85% de couverture et pour les autres 55%.** poursuite des mesures de transfert de la " Sécu ", il semble

urgent d'y voir plus clair.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, a jugé nécessaire de consacrer son prochain rapport annuel au "*reste à charge*" des Français,

-La prévention grand chantier des ARS est censée réduire les inégalités de santé. Le ministère a adressé un guide à toutes les ARS afin d'élaborer les schémas régionaux de prévention à coordonner avec l'Education Nationale, les collectivités locales et les entreprises.

-Importantes difficultés de financement de la CMU: le chiffre d'affaires des organismes de protection complémentaires santé n'ayant augmenté que de 2,6% contre 6,5% de 2007 à 2009, le fonds CMU prélevé par une taxe de 5,9% en sera affecté. De plus une taxe nouvelle de 3,5% sur les contrats complémentaires santé (prochaine loi de finances) occasionne une perte pour le Fonds de 60 millions d'€.

« La logique aurait voulu que l'on renforce les critères pour être « responsables », en particulier en faisant rentrer dans la rubrique « irresponsables » les contrats haut de gamme qui solvabilisent les dépassements d'honoraires à des niveaux que l'on ne peut que considérer comme choquants » François Chadelat Directeur du Fonds CMU.

-L'accès à une mutuelle reste difficile malgré l'aide de l'Etat (Aide à l'acquisition d'une complémentaires santé ACS)

L'ACS concerne un public lui aussi précaire, dont les revenus se situent jusqu'à 20 % au-dessus du plafond de la CMU-C, soit 761 € pour une personne seule, devant être relevé à 26% en 2011 (799€) et 30% en 2012 (839€). Sur 2 millions de prétendants, seuls 20% ont franchi le cap. **L'ACS en moyenne se monte à 375€ et le reste à charge à 389€ et ils ne bénéficient pas à l'inverse de la CMU de tarifs plafonnés chez les spécialistes.**

L'absence de complémentaire est reconnue comme un facteur important de renoncement aux soins, 7 % de Français n'en ont pas

-La question générationnelle mise en avant par le conflit sur les retraites et le rapport Attali, menace l'accès aux soins

des plus jeunes: dans une société française vieillissante, les rapports de force sociaux pèsent en faveur des seniors, qu'il s'agisse de fiscalité, de logement, de politique de santé ou d'endettement. Le recentrage de l'assurance-maladie sur les remboursements liés à l'hôpital et la maladie grave est " *une nécessité morale* ", selon Roselyne Bachelot. Or, ce sont surtout les plus âgés qui souffrent d'affections de longue durée (cancer, diabète...), sources des dépenses de santé les plus dynamiques. **Les moins malades, donc les plus jeunes, voient leurs propres soins moins remboursés**

Certains économistes et associations craignent une **remise en cause du pacte de solidarité** consistant à cotiser suivant ses moyens et recevoir suivant ses besoins

Selon un sondage publié fin 2009 par le Collectif interassociatif sur la santé, **les actifs de 25 à 34 ans penchent à 42 % pour une prise en charge individuelle des dépenses de santé**, contre 28 % des 50 à 64 ans

-Le PFLSS (budget de la sécurité sociale) 2011:

Pour le CISS les mesures vont pénaliser les usagers avec les 2 milliards d'économie pour un déficit de 11,4 milliards.

Une enquête du CISS publiée le 14 Octobre, montre que

-I/ les Français souhaitent

*un bon niveau de remboursement: **74% affirment que l'Etat doit prendre toutes les mesures pour que la sécurité sociale rembourse mieux**

*une meilleure répartition des professionnels

*une amélioration d'accès aux soins

- II/ Les reports et renoncements aux soins auxquels ils déclarent avoir déjà été confrontés **représentent 36% des Français ces dernières années** (41% chez les femmes, 49% parmi les 25-34 ans, 44% des personnes en

ALD et **51% des bénéficiaires de la CMU)**

Pour financer le remboursement de la dette sociale, la taxe sur les complémentaires santé avec les autres mesures vont augmenter leurs cotisations de 8 à 11%

-III/ Les transferts de charges sont ressentis par :

- **73% des Français comme un accroissement des inégalités de santé,**
- **54% des Français à la première étape de la privatisation du système de santé** (63% dans la tranche d'âge des 35-49 ans et 62% pour les 25-34 ans)

L'augmentation des cotisations des mutuelles et des assurances qu'induisent ces transferts de charges pourrait pousser les Français qui en disposent :

- à **la résilier pour 35% d'entre eux**
- à **baïsser de gamme en prenant un contrat moins cher mais offrant une couverture plus limitée pour 43% d'entre eux**

http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/101012_SondageAssuranceMaladie-PLFSS2011_ViaVoiceCiss.pdf

-Afflux de patients dans les centres de santé : L'enquête EPIDAURE Centres de santé

Cette étude dresse une photographie de la patientèle fréquentant ce type d'établissement. D'après cette étude, **"63% de la population considérée comme socialement vulnérable a recours aux centres de santé (CDS) contre 35% de la population générale"**

"les classes intermédiaires qui ne disposent pas d'une assurance maladie complémentaire fréquentent aussi régulièrement (ces) centres (environ 25%) pas assez pauvres pour accéder à la CMU mais pas assez riches pour financer une complémentaire santé"

Ces personnes se tournent vers les centres de santé, qui pratiquent le tiers-payant, car elles ne peuvent absolument pas avancer les frais.

http://www.lescentresdesante.com/IMG/pdf/programme_2juillet2010.pdf

-Soins aux étrangers : la réforme de l'aide médicale d'Etat (AME) en suspens / amendements Trian et débats houleux

Depuis les lois Debré et Chevènement toute personne atteinte d'une pathologie grave et qui ne peut « *effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays* » peut demander en France un titre de séjour temporaire.

Les députés de la majorité ont essayé de limiter par différents amendements les soins aux étrangers dans le cadre de l'aide médicale d'état; Eric Besson en a renvoyé l'examen à celui du budget 2011, tout en assurant que le débat aurait lieu. Les dépenses ont augmenté de 13% en 1 an (+ 45 millions) pour un budget de 540 millions d'euros en 2009

Dominique TIAN a déposé de nombreux amendements visant à encadrer l'aide médicale d'Etat (AME), la prime pour l'emploi des étrangers en situation irrégulière et à instaurer dans le système français une carte de séjour (et résident) électronique. Il a proposé d'encadrer plus strictement cette aide, afin d'en limiter les abus, notamment de limiter dans une même famille le bénéfice de l'AME au conjoint et enfants et supprimer les ascendants, descendants et collatéraux jusqu'au 3^{ème} degré, comme c'est le cas actuellement.

-La limitation de la gratuité des soins aux étrangers inquiète le centre de médecins du monde à Paris dans son rapport annuel et l'accès aux soins des plus démunis a subi une " dégradation brutale " en 2009

Augmentation des visites de 12% dans les centres de Médecins du Monde, consultations de plus en plus tardives et hausse de 30% des patients mineurs. Les règles sont claires pour obtenir l'AME : il faut prouver son identité et sa présence en France depuis plus de trois mois malgré sa situation irrégulière ; ne pas bénéficier d'une couverture sociale dans un autre pays ; être domicilié quelque part et gagner moins de 634 euros par mois.

Le principe de la gratuité totale des soins aux sans-papiers est cependant remis en cause par le gouvernement: il était question d'un

forfait annuel de 15 ou 30 euros, d'une limitation du droit au séjour pour raisons médicales, de projet de restriction de l'AME.

Les démarches sont trop complexes et le démantèlement des lieux de vie nuit au suivi des patients.

Certains remboursements par l'AME sont considérés comme des dérives par la majorité: remboursement de FIV, de procréation médicalement assistée, traitement de maladies rares, trafic de produits de substitution à l'héroïne...alors que dans leur grande majorité se sont des pauvres qui ont une prise en charge médicale nettement moins bonne que la population générale.

85 % des patients n'ont ni AME ni couverture maladie universelle (CMU), et les attaques contre l'AME sont un frein de plus dans l'accès aux soins

Médecins du Monde dénonce les **dysfonctionnement des PASS** (les permanences d'accueil et d'accès aux soins de santé : centres de prise en charge médico-sociale habituellement hospitaliers pour les patients en précarité). Ces centres ne peuvent pas prendre en charge tous les patients en grande précarité dans certaines villes.

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2010/Diaporama-Le-centre-d-accueil-de-soins-et-d-orientation-de-Medecins-du-Monde-a-Lyon>

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2010/Interview-d-Olivier-Bernard-president-de-Medecins-du-Monde>

-Articles anciens de 2007 sur l'AME (Les Echos, Le Monde, annuaire sécurité sociale)

Un rapport de l'IGAS et de l'IGF en 2007 que le gouvernement s'est bien gardé de publier : non seulement le dispositif de l'AME n'ouvre pas la porte à des abus mais il est utile en termes de santé publique !

Les inspections demandent à l'Etat de rembourser 1 milliards d'€ du à la sécurité sociale et explique l'écart de coût avec un assure social moyen par les refus de soins des médecins libéraux, aboutissant à un recours hospitalier plus fréquent

-De lourds dysfonctionnements pénalisent les bénéficiaires du RSA: enquête de la fédération nationale de reinsertion sociale

Les travailleurs sociaux pointent un casse-tête qui engendre des ruptures d'accompagnement

-Fondation Groupama dédiée aux maladies rares : déjà dix ans d'espoir. Après 10 ans de prix pour soutenir la recherche, la création du site d'information Orphanet, la fondation a lancé en 2009 une collection d'ouvrages sur les maladies rares

<http://www.fondation-groupama.com/>

<http://www.vaincre-les-maladies-rares.com/fr/fondation/?xtor=SEC-52>

<http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR>

(Cf 02)

III/Hôpitaux

-Fermeture de la radiothérapie de Guéret: où on apprend qu'à Montluçon une Clinique privée du groupe Vitalia (racheté par un Fonds de pension anglo-saxon Blackstone) aimerait bien récupérer l'appareil neuf et la clientèle de l'hôpital de Guéret

-Convergence entre hôpitaux et cliniques

La date d'achèvement de la convergence intersectorielle a été repoussée à 2018 dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010 mais il a été décidé de **débuter en 2010 une convergence ciblée sur 35 groupes homogènes de malades (GHM)** afin de générer 150 millions d'euros d'économies ;

Surprises sur les premiers retours : **quelques GHM (groupe homogène de malade) sont plus onéreux en clinique lucrative ; mais aussi la prise en compte dans les cliniques des honoraires y compris les dépassements**

L'écart entre les tarifs moyens des hôpitaux et des cliniques a été réduit de deux points en 2010

Rapport au parlement du ministère sur la convergence tarifaire : en 2010 le tarif privé moyen est inférieur de 24% au tarif public moyen

(réduction de 2 points, après 3 points entre 2006 et 2008 et 10 points entre 2008 et 2009)

37 GHM dont les tarifs sont supérieurs dans le public **et 242 GHM avec tarif plus élevé dans le privé (16% de l'activité des cliniques lucratives)**

<http://f1.grp.yahoofs.com/v1/4PW-TH9dmQ2HW->

[gWE9_daB6zkmxlkTw98G3kKVPYvzwunyPoqtCS0pQHTjtIOdioWYuCVEQKS9Po9uhCBIDK6-fJJjK8pRehQzI/Rapport_convergence_tarifaire.pdf](http://f1.grp.yahoofs.com/v1/4PW-TH9dmQ2HW-gWE9_daB6zkmxlkTw98G3kKVPYvzwunyPoqtCS0pQHTjtIOdioWYuCVEQKS9Po9uhCBIDK6-fJJjK8pRehQzI/Rapport_convergence_tarifaire.pdf)

-Hôpitaux privés non lucratifs: le ministère de la santé s'oppose à un coefficient correcteur des charges sociales . **Une étude réalisée par le cabinet Aumeras** a mis en évidence **un coût global du travail plus élevé dans les établissements privés à but non lucratif que dans les établissements publics (+11%) et les cliniques (+6,5%).**

-Migac (dotation pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation) :

Bilan positif de l'intégration de la prise en charge de la précarité et de la permanence des soins hospitalière

L'enveloppe Migac représentait **15,14% (près de 7,7 milliards d'euros) des ressources de l'assurance maladie allouées aux établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A)**, contre 13,5% en 2008 (plus de 6,6 milliards d'euros)

Il y a eu **deux nouvelles dotations MIG , pour le financement de la permanence des soins hospitalière et de la prise en charge des patients en situation de précarité.**

La dotation Migac finance 51 missions d'intérêt général, autres que les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. **Le financement des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) représente à lui seul un quart de la valeur et celui de la permanence des soins hospitalière plus d'un cinquième.** Les six autres principales missions en valeur sont les unités de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa), les équipes mobiles de soins palliatifs, les unités de lutte contre la douleur, les activités de coordination en cancérologie, les permanences d'accueil et d'accès aux soins de santé (Pass) et les actions d'éducation thérapeutique.

Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri) sont passées de 42% en 2006 à 34% en 2009

NB : Plusieurs de ces enveloppes ont été gelées en 2009 et 2010 et nous avons vu plus haut que les crédits pour les PASS (les permanences d'accueil et d'accès aux soins de santé), étaient trop faibles ou les moyens mis en place insuffisants dans plusieurs villes.

-Rapport au parlement sur la T2A

Le nombre de séjours hospitaliers a augmenté de 1,36% en 2009 et cette hausse concerne principalement l'ambulatoire (+3,14%).

La part de l'ambulatoire dans le total des séjours continue de progresser passant de 25,7% en 2008 à 26,2%, 18% dans les hôpitaux et les établissements privés à but non lucratif (anciennement sous dotation globale, ex-DG) et 44% dans les cliniques.

La durée moyenne de séjour (DMS) a très légèrement baissé (-0,07 jour pour atteindre 6,2 jours) **dans les établissements ex-DG** et **elle a augmenté dans les cliniques** (+0,04 jour pour atteindre 4,65 jours).

Pour les soins palliatifs la part des cliniques est faible : 27%

http://f1.grp.yahooofs.com/v1/EAHATGBFXo1PqZkOqlwO32Zt4 APgzNwYU7EsePZYjMM1NV7MPUo1ZRzCZdL8LDRkd242JpFZzIy6QzkSqC97ELtuJ7qNDwmczx9/Rapport_T2A_oct2010.pdf

-Appel des intersyndicats de Praticiens Hospitaliers pour une journée d'action qui a eu lieu le 19 Octobre

Les médecins hospitaliers constatent et refusent la fragilité croissante du fonctionnement de l'hôpital. Il est de notre responsabilité de la dénoncer et d'agir pour assurer aux patients qu'ils seront pris en charge selon leurs besoins de santé.

Décret du 14 Octobre : Ils dénoncent aussi les nouveaux contrats de cliniciens

Mauvaise réponse à un vrai problème : la vacance de certains postes de praticiens . Atteinte à l'indépendance professionnelle, protection sociale scandaleuse, jettable à tout moment..., part variable très critiquable au plan éthique...

-Les infirmiers anesthésistes continuent la grève

Les IADE, en conflit avec le ministère de la Santé depuis sept mois, s'estiment notamment lésés par les revalorisations accordées cette année aux infirmiers généralistes, qui font deux ans d'étude en moins. Ils ont réalisé plusieurs actions spectaculaires dont la dernière en date, vendredi dernier sur les Champs-Élysées, a donné lieu à des heurts avec les forces de l'ordre.

-Sondage IPSOS: inquiètes mais motivées, un auto-portrait contrasté des infirmières

56 % de ces professionnelles interrogées assurent être plus stressées aujourd'hui qu'il y a quelques années et 51 % évoquent des rythmes de travail de plus en plus soutenus; malgré cela 81 % considèrent que même si leur métier est difficile, il n'est pas question d'en changer actuellement.

67 % affirment que l'ordre des infirmiers est une mauvaise chose

La possibilité pour les personnels hospitaliers de choisir la catégorie A de la fonction publique n'est plébiscitée que par 45 % des répondeurs.

87 %) se montrent satisfaites de la reconnaissance du diplôme infirmier au niveau bac + 3 et 70 % approuvent les dispositions qui leur offrent un pouvoir de prescription élargi.

-La cour des comptes épingle les hôpitaux des armées (rapport du 7 Octobre)

le déficit d'exploitation « hors norme » des hôpitaux militaires (280 millions d'euros par an), le rapport coût-efficacité « *peu satisfaisant* » du système de formation ou encore la sous-activité des médecins d'unité des forces armées.

Il est intéressant de noter que 90% des patients des hôpitaux militaires sont des civils et que 95% de l'activité médicale et chirurgicale de ces établissements n'a aucune spécificité militaire

http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/Rapport_thematique_Medecins_et_Hopitaux_des_armees_071010.pdf

-Crise des urgences de l'APHP: Mireille Faugère la nouvelle directrice va rencontrer la collégiale des chefs de service des urgences

Les urgences de **l'hôpital Tenon** ont quasiment dû fermer leur portes le 2 Octobre, conséquence d'une grave pénurie d'effectifs.

Menace sur Saint-Antoine, Beaujon, Jean Verdier, Mondor, Lariboisière.

Les personnels sont en grève depuis le 4 Octobre à Tenon et dans une quarantaine d'hôpitaux en France.

-A l'AP-HP il faudra payer les chambres individuelles !

Tollé des médecins du MDHP (Pr Grimaldi): **“Si vous êtes dans une chambre à deux, trois ou quatre lits, le risque de contracter une infection nosocomiale sévère augmente de 10 % à chaque nouveau voisin”**

L’administration répond: “il n’y aura pas de facturation si la chambre individuelle est prescrite pour raisons médicales ou s’il n’y a pas de lits disponibles en chambres partagées”

-Reconnaissance du travail de nuit

Le SNPHAR-E (Anesthésistes réanimateurs) vient d’annoncer sa participation à la journée de mobilisation générale du 12 octobre, qui sera pour lui l’occasion une nouvelle fois d’appeler à une véritable reconnaissance dans le calcul de l’âge de départ à la retraite de la pénibilité du travail de nuit.

Une enquête réalisée sur notre site (JIM) du 26 septembre au 5 octobre et ayant recueilli 574 réponses, révèle que 80 % des professionnels de santé considèrent que la pénibilité du travail de nuit justifie la possibilité d’un départ à la retraite à 60 ans.

-Chirurgie cardiaque de Metz: fermeture et suspension du chef de service

Le service devrait toutefois reprendre ses activités « dans les prochaines semaines avec une nouvelle équipe de praticiens qualifiés et reconnus

-Trois textes sur le paiement prospectif (technique pour initiés)

-Mise à jour des statuts de praticiens hospitaliers: Rémunérations, base de cotisation retraite et assurance sociale, statut de contractuel, (diaporama explicatif)

<http://www.premiumwanadoo.com/revue.mhp/cph/CPH-StatutPraticien-20101019-v2.pdf>

-Suffit-il de plus d’argent pour inciter médecins et

pharmaciens à exercer à l'hôpital public ?

La création d'un contrat de « clinicien hospitalier » parallèlement au statut de praticien hospitalier (PH) doit permettre de renforcer l'attractivité de l'hôpital public à l'heure où 20 % des postes de PH sont aujourd'hui vacants.

NB: L'attachement à l'argent semble prévaloir à un engagement reel pour le service public ! il eut été plus intelligent de revaloriser tout simplement le statut des praticiens titulaires et en particulier la retraite.

-Bientôt une prime d'intéressement pour le personnel des hôpitaux ?

Possibilité à un directeur d'hôpital de distribuer "un intéressement au personnel pouvant représenter 10% de leur salaire brut, lorsque l'établissement dégage un excédent sur son activité principale", résume le quotidien

-La FHF appelée à améliorer les relations entre ville et hospital: Interview du Président Jean Leonetti (FHF) : « On peut recréer les ponts entre ville et hospital

(Cf 03)

IV/sécurité sociale

-Le PLFSS 2011 (budget de la sécurité sociale) rejeté par les conseils d'administration de la Sécurité sociale

Seule l'UPA (artisans) a approuvé le texte dans les trois branches. Le Medef a voté pour à la CNAV"

Mme Bachelot en présentant le PFLSS 2010 a précisé sa volonté de **reprendre les discussions sur la mise en place du secteur optionnel** et que le C à 23€ sera appliqué le 1er Janvier pour les generalists. Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé devrait couvrir 80 000 personnes en 2011.

Mme Bachelot vente toujours toujours notre système de santé avec un reste à charge pour les hospitalisés de 3%

NB: elle oublie de dire que pour les hospitalisations en médecine, en dehors des maladies relevant de l'ALD, il faut régler le prix de journée très élevé si on n'a pas de complémentaire et que pour les soins courants le reste à charge est de 45%

-Les députés rejettent plusieurs pistes de recettes dans le cadre du PFLSS 2011

*rejet d'une taxe de 25% sur la progression du chiffre d'affaire des fabricants de tabac

*rejet de l'augmentation de 5 points du taux des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et produit de placement

***rejet d'un amendement socialiste sur la limitation des dépassements d'honoraires à 15%**

Ont été adoptés:

*Les **exonérations sur les indemnités de départ des cadres supérieurs ont été limitées**. Le plafond d'exonération a été fixé à 140 000 euros.

*Les députés **ont obtenu, contre l'avis du gouvernement, d'augmenter le taux de contribution sur les attributions d'actions gratuites**.

***Des maisons de naissance**, qui permettront à des femmes présentant une grossesse sans risque d'accoucher dans un environnement moins médicalisé, **seront expérimentées à partir du 1er septembre 2011**

***La maîtrise des médicaments prescrits à l'hôpital**

***Une transparence accrue en matière de conflits d'intérêt (médecin-entreprises du médicament)**

NB: *les maternités des hôpitaux de proximité sont par contre fermées !!!*

***Réforme du régime de responsabilité civile professionnelle , autorisant les victims d'accident professionnel de saisir directement l'ONIAM (Office national pour l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux), pour être indemnisé au-delà des sommes données par les assurances privées, sans que l'on puisse se retourner contre le praticien**

NB: *autrement dit la collectivité vient au secours des assurances privées de praticiens libéraux qui en majorité font des dépassements d'honoraires !!!*

-Interview de Yves Bur Président de la commission des affaires sociales: "nous ne sommes pas dans un système rationné"

-Interview du Président de la mutualité de Midi-

Pyrénées: Augmentation des cotisations d'au moins 4 à 8% alors que les niches fiscales relevées par la cour des comptes sont de 35,5 milliards d'€

-Hiérarchie des tarifs : "une bombe dans le PLFSS ?"

La main du gouvernement pour manipuler la nomenclature à sa guise: tous les 5 ans révision de la hiérarchie des actes nouvellement inscrits

-Pistes de l'OCDE pour une meilleure santé à moindre coût

Par exemple les génériques: 22% en France , 69% en Allemagne, 72% aux Etats-Unis

-Polémique au sein de la majorité sur le financement de

la dette de la CADES: 130 milliards d'euros de dette de la sécurité sociale cumulée entre 2009 et 2011 et de dette prévue, pour la branche vieillesse, entre 2012 et 2018.

Les députés ont finalement approuvé l'amendement de Marie-Anne Montchamp, rapporteur de la commission des finances de l'Assemblée nationale qui prolonge de quatre ans (jusqu'en 2025) la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et lui octroie comme ressources supplémentaires 0,28% de CSG.

Il a fallu menaces du Président Sarkozy et rappel à l'ordre de François Coppé.

Sept députés UMP et 20 députés Nouveau centre (sur 25) ont voté contre, de même que les députés socialistes, communistes, verts et parti de gauche

-1/3 des volontaires généralistes: pour le CAPI ont été recalés (contrat d'amélioration des pratiques individuelles à adhésion volontaire): un tiers des premiers contingents du CAPI n'ont pas rempli leurs objectifs et n'ont donc pas touché ce qui leur avait été parfois vendu au départ par l'assurance-maladie comme « le treizième mois du généraliste »
dont le montant moyen s'est élevé à 3 101 euros.

Les médecins déçus avancent: le choix et de la pertinence des indicateurs, la fiabilité de leur mesure

-Convention: Van Roekeghem jette un froid

En annonçant dans nos colonnes (« le Quotidien » du 8 octobre) qu'il envisageait d'organiser... des réunions bilatérales avec les différents syndicats avant la fin de l'année pour préparer les négociations conventionnelles, le directeur de l'assurance-maladie a jeté un froid.

-Avant de bruler la sécurité sociale , on peut trouver des économies toutes simples : 41 % des spécialistes (60 % à Paris), 27 % des généralistes et 24 % des dentistes qui refusent de télétransmettre. Les 150 millions de feuilles de soins papier qu'a reçues, en 2009, l'assurance-maladie " **représentent une dépense évitable de 200 millions d'euros par an "**, souligne la Cour des comptes.

-Transports sanitaires: la CNAMTS appuie sur le frein

En 2009, 5,1 millions de patients ont eu recours à un transport remboursé par l'Assurance-maladie, soit 67 millions de trajets pour un coût de 3,2 milliards d'euros; (+7,2 % en 2009 pour 8,7 % en moyenne par an sur la période

2000-2006). Un trajet coûte en moyenne 86 euros en ambulance, 45 euros en taxi et 30 euros en VSL.

Le PLFSS pour 2011, prévoit un « arrêt de la prise en charge systématique des dépenses de transport pour les patients en ALD lorsque l'état de santé ne le justifie pas »

-384 millions de fraude à la Décu en 2009: environ 130 millions résultent du travail au noir, principal problème selon la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS)

-Les biologistes contre la baisse non concertée de leurs honoraires: aucune analyse du coût de ces actes, et de leur intérêt médical, n'a été réalisée

(Cf 04)

V/Loi HPST

-Diaporama des modifications statutaires récentes pour les praticiens hospitaliers

<http://www.premiumwanadoo.com/revue.mhp/cph/CPH-StatutPraticien-20101019-v2.pdf>

-Statut des praticiens recruté par contrat (différent du statut déjà sorti de contractuel) : sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvu

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022918903&dateTexte=&categorieLien=id>

http://www.legifrance.gouv.fr:80/jopdf//jopdf/2010/1016/joe_20101016_0014.pdf

- CGT Social et medico-social

DEFENSE DU SECTEUR SANITAIRE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) et la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) séparent le social (insertion, protection de l'enfance, accueil et réinsertion des publics en difficultés...), des secteurs

sanitaire et médico-social (personnes âgées et personnes handicapées). Les Agences Régionales de Santé (A.R.S.) regroupent le sanitaire et le médico-social, tandis que les Directions Régionales ou départementales de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) s'occupent du social.

La CGT revendique :

Un service public de la Santé, de l'Action Sociale et Médico-Sociale, s'appuyant pour la réponse aux besoins des populations, sur les valeurs et principes d'égalité, de proximité, de qualité du service rendu et de démocratie et répondant aux 3 critères suivants :

- solidarité sociale,
- efficacité économique,
- outil de citoyenneté.

-Le statut de l'interne au « J. O. »

Très attendu par les intéressés, le statut de l'interne rénové vient de paraître au « Journal officiel » ([décret du 8 octobre publié le 10](#)).

Quelques apports pour la prime de responsabilité et l'indemnité de sujétion; droits sociaux en plus (congé de solidarité , temps partiel thérapeutique), mais rien de plus sur les droits à la formation.

- UN AN APRÈS LA SIGNATURE D'UN PROTOCOLE D'ACCORD Le secteur optionnel reste lettre morte

Mme Bachelot compte bien le relancer, mais le bon résultat de l'alliance syndicale "le bloc" aux élections pour les URPS risque de compliquer la donne.

-Guide pour élaborer des schémas régionaux de prévention

Ces schémas de prévention auront un rôle majeur pour réduire les inégalités sociales de santé", estime le ministère.

-Les nouvelles instances ont été mises en place

globalement sans difficultés, selon des présidents de CME (sondage auprès des présidents de CME avant un congrès interrégional de la FHF Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-charentes sur 60 établissements et 29 réponses)

Les Présidents de 29 commissions médicales d'établissement (CME) arrivent à être satisfaits de la mise en place des nouvelles structures !

NB : la quasi totalité des praticiens hospitaliers sont exclus de la gouvernance des hôpitaux et de la politique de santé au niveau des territoires et de la région ; les commissions médicales d'établissement n'ont aucun droit de regard sur les nominations des praticiens dans leur établissement, ni sur le budget de leur hôpital... "circulez il n'y a rien à voir"

Il y a bien quelques réponses qui expliquent que l'on a invité des membres non prévus par les textes pour participer au Directoire, pour le conseil de surveillance il y a eu des votes en CME.

Certains Présidents s'inquiètent tout de même sur un risque de démobilisation du corps médical en raison du "resserrement des instances décisionnelles" et de coupure avec la base !!!

Le Président de la Conférence des CME des hôpitaux généraux trouve qu'il faudrait privilégier une composition la plus large possible afin d'en faire un lieu de débat de la communauté médicale !

Ayant perdu tout pouvoir, la CME en est réduite à faire des motions !

Le président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centre hospitalier, Francis Fellingier, a recommandé jeudi aux présidents de CME d'être très vigilants sur le contenu des futurs contrats de pôles afin qu'ils ne se limitent pas à des aspects médico-économiques !

Alors que "le contrat de pôle était fait sur la base d'un projet de pôle", maintenant "c'est une lettre de mission du directeur au chef de pôle", a-t-il déploré !

NB: Quels aveux ? pourquoi ne pas avoir démissionné afin d'obtenir un minimum de démocratie et ne pas laisser tout pouvoir à la technocratie purement comptable ?

C'est un peu tard pour s'en apercevoir; pourquoi la conférence des présidents de CME a-t-elle soutenu au début la loi HPST ?

-La télé médecine : la solution miracle ? emballement, flou des fausses solutions à de réels problèmes (déserts médicaux, postes vacants dans les petits hôpitaux)

Un décret paru au JO la fait quitter un statut expérimental:

Les actes pouvant être étiquetés sont listés et précisément définis. Ils sont au nombre de cinq : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la « télé réponse » dans le cadre de la régulation de l'aide médicale urgente

Pour son financement, la télé médecine est éligible au FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) ou à la dotation MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé)

La télé médecine veut en effet "répondre à un vrai besoin quand l'offre de soins n'y répond pas bien, éviter le déplacement des patients, améliorer l'accès aux soins et le suivi des pathologies chroniques", précise-t-on.

Pour le Pr Vallancien c'est la solution aux déserts médicaux:

NB: pour ce pourfendeur des blocs opératoires, services de chirurgie, maternités à trop faible activité et donc dangereux qu'il faut fermer plus de problème: avec la télé médecine et les hélicoptères, on peut laisser la désertification médicale s'étendre et fermer tous les hôpitaux de proximité !

Pour le moment, il n'est pas question d'imaginer qu'un patient puisse se connecter au cabinet d'un médecin pour lui décrire ses symptômes, encore moins que le médecin rédige une ordonnance et que le patient paye cette téléconsultation

Le Syndicat de la médecine générale met heureusement les points sur les i: « l'attrait des médias pour la haute technologie ne doit pas faire oublier que l'un des éléments essentiels du diagnostic reste et restera l'examen

clinique attentif du patient ».

L'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) propose déjà d'installer dans les officines des cabines pour que les patients isolés, porteurs de maladie chronique puissent avoir une consultation avec leur médecin.

-Coopérations hospitalières: un atlas de la FHF doublé d'un guide pratique

Même avant la loi HPST et l'officialisation des communautés hospitalières de territoire les hôpitaux se sont rapprochés les uns des autres: plus de 400 établissements engagés dans des coopérations

-Le plan stratégique des ARS (prévu pour Janvier 2011) reporté à Avril

-Intéressement des personnels hospitaliers: malgré des expériences peu convaincantes à l'étranger et l'hostilité des syndicats, les députés sont revenus à la charge pour pratiquer un intéressement à l'hôpital.
(Cf 05)

VI/Psychiatrie Addictions

-Salles de shoot : Paris ouvre le débat le 19 octobre

L'association ESPT -qui rassemble des lélus de tous bords- a émis des avis favorables à ces salles, constituant selon elle "un outil d'amélioration de l'état sanitaire et social des usagers de drogue".

-La thérapie génique au chevet de la depression

Des chercheurs ont mis en évidence le rôle-clé joué par un gène et une petite région du cerveau dans les états mélancoliques. Leurs résultats ouvrent une piste nouvelle pour un éventuel traitement

-L'ordinateur est-il l'avenir de la psychiatrie ?

Editorial de Gavin Andrews (professeur de psychiatrie à l'université de Nouvelle-Galles du Sud, en Australie[1]) dans le *British Journal of*

Psychiatry. L'auteur y commente une étude récente évaluant, en matière de dépression, l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementaliste assistée par ordinateur

- Un jeune sur deux en difficulté psychologique

Une enquête OpinionWay pour la Fondation Pierre Deniker (recherche et prévention en santé mentale): un jeune sur deux déclare des difficultés d'ordre psychologique, et pourtant une majorité n'a pas recours à un professionnel de santé.

"il est important de déstigmatiser la consultation en psychiatrie". Selon cette dernière, "trop souvent les jeunes pensent qu'aller voir (un psychiatre) signifie que l'on est fou"(Dr Anne Gut-Fayand, responsable du centre jeunes adultes et enfants à Sainte-Anne)

- L'Appel contre les soins sécuritaires

Un plaidoyer pour le respect des valeurs fondamentales et l'éthique des soins en psychiatrie

« Mais c'est un homme L'appel contre les soins sécuritaires »

Signature en ligne possible sur :

www.maiscestunhomme.org

-Le "burn out" touche aussi les internes

Une étude française présentée à Milan à l'occasion du congrès annuel de l'European Society for Medical Oncology, montre que les internes en médecine ne sont en rien épargnés par le syndrome du "burn out"

VI / 15° RENCONTRES DE BRIVE LA GAILLARDE A COSNAC LES 27 & 28 NOVEMBRE 2010

Pré-programme - Vendredi soir : accueil et hébergement possibles pour celles et ceux qui viennent de loin

- **SAMEDI** matin Accueil entre 8h30-9h30
- de 9h30 à 12h00 : Atelier "**Le point sur Maternité-Centres IVG et la lutte pour les droits des femmes**" - échos de la manifestation nationale du 6 novembre. Avec des représentant(e)s du planning familial, de la CADAC...
- de 12h00 à 14h00 : temps libre et repas
- de 14h00 à 17h00 : Atelier "**Les ARS nous imposent Territoires de Santé et Groupements de Coopération Sanitaire et fusion public-privé ; quelles alternatives proposons nous ?**" Présentation et introduction par Paul Cesbron
- **A partir de 17h** : **rédaction d'un communiqué** ou texte programmatique sur les thèmes développés par un groupe de volontaires.
- de 17h à 18h30 : Rencontres informelles ou regroupements possibles par secteurs géographiques et sans doute Délégation auprès de l'hôpital de Brive
- de 18h30 à 20h30 **débat public "La santé et l'accès aux soins doivent répondre à nos besoins. Avec quelles résistances citoyennes et populaires pouvons nous l'imposer ?"** avec Responsable de l'APVF-Association des Petites villes de France, le Maire de Guéret et sans doute celui de Lure. Invitation aux élus et à la population.
- **Après le débat** : **espace cabaret** avec le groupe du théâtre de l'Entr'aygues de Beynat et repas en commun
- **DIMANCHE** matin : accueil et café entre 8h30-9h30 - de 9h30 à 12h30: Assemblée générale

INSCRIPTION AVANT LE 06 NOVEMBRE.

COLLECTIF DE DEFENSE DE L'HOPITAL PUBLIC DE BRIVE

Les 15^{ème} Rencontres Nationales de la CN se dérouleront les 27 et 28 novembre 2010 à Brive la Gaillarde en Corrèze.

Afin d'être en mesure d'organiser au mieux l'accueil et l'hébergement des participants, nous vous demandons de bien vouloir compléter le document suivant et nous le retourner **au plus tard le 6 novembre 2010.**

Courriel : ripert.rene@wanadoo.fr Courrier : chez M. et Mme Ripert – Bourdelle 19190 Beynat

Tél : 0555855769 ou 0682324130

✂-----

15èmes rencontres nationales de la Coordination Nationale des Comités de Défense

des Hôpitaux et Maternités de Proximité

NOM du Comité :

Nombre de personnes présentes : Le 27 novembre :
Le 28 novembre :

Demande d'hébergement :

Nous pourrions héberger des participants chez nos adhérents. Afin de mettre en relation offres d'hébergement et demandes d'hébergement, merci de remplir le tableau ci-dessous. Précisez jour d'arrivée.

NOM Tél et email	1 Couchage 1 personne	1 Couchage 2 personnes	Mode de transport
	26 nov : Nbre : 27 nov : Nbre :	26 nov : Nbre : 27 nov : Nbre :	

Si Hôtel, nous pourrions vous fournir liste d'hôtels et tarifs.

Pour celles et ceux qui arrivent en train ou avion, précisez s'il faut que l'on vienne vous chercher.

OUI

NON

Nous aurons alors besoin de connaître votre heure d'arrivée pour nous organiser :

Heure d'arrivée en gare de BRIVE :

Heure d'arrivée à l'aéroport de Brive Vallée de la Dordogne :

Repas : *Rayer les mentions inutiles (pour le repas du 26 au soir voir avec les accueillants)*

Samedi 27 novembre MIDI : OUI Nombre : NON

Samedi 27 novembre SOIR : OUI Nombre : NON

Dimanche 28 novembre MIDI OUI Nombre : NON

Préciser si le dimanche vous souhaitez que vous soit préparé un repas froid à emporter :nb

POUR NOUS AIDER POUR L'EGALITE D'ACCES

AUX SOINS ET LA TENUE DE NOTRE REVUE SANTÉ ET DU SITE DU CDHSA:

**Bulletin d'adhésion au Comité de Défense de l'Hôpital et de la Santé d'Albi
(CDHSA)**

Nom: _____ **Prénom:** _____

Courriel: _____@_____

Adresse: ville _____ **Rue:** _____

Code postal: _____

Téléphone portable:

Téléphone domicile:

**Cotisation 2010: Annexer un chèque de 5 € à l'ordre du CDHSA
Trésorier du CDHSA Jo sallan 54 Av Asp Buffet 81600 Gaillac 81600**

Bureau du CDHSA

Président: Dr Jean Scheffer Cardiologue Retraité (Coordination des praticiens hospitaliers CPH)
courriel: jscheffer81@gmail.com

Secrétaire: Nadine Verdier militante associative (ATTAC)
courriel: nadine.verdier81@orange.fr

Trésorier: Jo Sallan retraité militant (Parti de Gauche) et "Le fil de soi"
Courriel: josallan@hotmail.fr

Vice Président: Josian VAYRE Conseiller municipal d'opposition communiste Albi, chargé des relations
avec les élus
vayre.josian@wanadoo.fr

Vice-Présidente: Anna Marie WILD (SUD santé) chargée de la
coordination/information des Syndicats
wild.am@hotmail.fr

Dominique GRANIER chargée des la coordination/information personnel santé
scolaire (suppléante Achard Martine)
fsu81@fsu.fr

Georges GAUTHIER chargé des relations avec les Associations d'usagers,
responsable du site internet
gauthiergeorges@gmail.com

Fabienne EDIGIO chargée des relations avec la psychiatrie hospitalière et
les secteurs
fab.egi@neuf.fr

Chargés de relation/information par le CA:

Dr Jean Scheffer chargé de relations avec la coordination Régionale et
Nationale des Hôpitaux et maternités de proximité et pour l'égalité
d'accès aux soins

Dr Béatrice Vilamot chargée de relation avec les praticiens hospitaliers
beatrice.vilamot@live.fr

Dr Francine Cousinié chargée des relation avec la psychiatrie libérale et

la psychanalyse

Cousifranc@free.fr

Dr Serge Gimenez (suppléants Guy et Colette Vianez), membres du CA chargés
des relations avec la médecine libérale

gimenezserge@aol.com

Dr Bernard Pradines bpradines@aol.com

et Maryse Villard maryse.villard@wanadoo.fr

chargés par le CA du lien, avec les personnels et usagers des services de soins et prise en charge de la
dépendance et du handicap des personnes âgées