

LA PSYCHIATRIE EN LUTTE À PINEL QU'EST-CE QUE T'AS PAS COMPRIS AGNÈS ?

En effet, qu'est-ce que n'ont pas compris Mr Macron et sa ministre de la Santé aux appels de détresse, qui s'intensifient de jours en jours, des personnels soignants, des travailleur-ses médico-sociaux, des professionnel-les de la santé, des élu-es, des mouvements sociaux actuels, des citoyen-es, quand ils demandent toutes et tous les moyens de juste bien faire leur travail, les moyens de vivre là où bon leur semble sans crainte d'inégalités territoriales ?

Sans attendre l'examen du futur projet de loi santé qui entend « labeliser 500 à 600 hôpitaux de proximité », novlangue pour réduire drastiquement et législativement l'offre MCO (médecine, chirurgie, obsté-

trique) de proximité, Mme Buzin et le gouvernement Macron accélèrent la fermeture de multiples maternités (voir p4) malgré les mobilisations, les attentes formulées dans les grands débats, les attentes des femmes. Des femmes qui, avec la casse des hôpitaux de proxi-

mité rencontrent de réelles difficultés à accéder à l'Ivg, des femmes qui représentent majoritairement, des classes populaires aux classes moyennes, le salariat de toutes ces professions de services vitaux, que l'on trouve dans la santé et le médico-social. Dans ce rôle assigné, symbolique de lourds préjugés et clichés patriarcaux, ce salariat féminin (auxiliaires de vie, aides-soignantes, aides puéricultrices, aides médico-psychologiques, agents des services hospitaliers...) est mal payé, précairisé, subit des cadences infernales, manque de formation. Comme pour les professions dites « intermédiaires » (infirmières, puéricultrices, sages-femmes...) elles sont sommées de « serrer les dents » au nom de l'austérité budgétaire accompagné d'un discours culpabilisateur sur la « bienveillance » qu'exige leur métier relationnel.

Le 8 mars, journée de lutte pour le droit des femmes, le PCF sera dans les mobilisations,

pour l'égalité salariale et professionnelle, pour des droits et des pouvoirs nouveaux pour tous les salarié-es et pour celles et ceux de la santé et du médico-social, exiger des moyens à hauteur des besoins en mettant sur la table nos propositions de plans d'urgence Ehpad et hôpitaux publics.



la
prochaine
commission
nationale

**Santé
Protection
sociale**
se tiendra

**samedi 23 mars 2019
de 9h30 à 16h00
à Colonel-Fabien**

Maryse Montangon
animatrice commission nationale
Santé/protection sociale
du PCF (CNSPS)

**BUREAU
DE PRESSE
DU PCF**

communiqués

**PROJET DE LOI SANTÉ
PRÉSENTÉ EN CONSEIL DES MINISTRES LE 13 FÉVRIER 2019**

un projet de loi santé en trompe l'œil

Difficultés d'accès aux soins, appels de détresse des personnels hospitaliers, des EHPAD, de l'aide à domicile, de la psychiatrie, l'urgence est là. Les paroles ne suffisent pas : les usagers, les personnels veulent des actes.

Or le projet de loi présenté ce mercredi en conseil des ministres est l'exemple même du mensonge d'État. Chaque intention de ce projet va se traduire par l'exact contraire pour généraliser l'individualisation et la privatisation de notre système de soins : cela est d'autant plus inquiétant que sur des questions aussi sensibles que la gradation des soins, le devenir des hôpitaux de proximité, le gouvernement veut éviter le débat parlementaire en limitant certains articles à une demande d'autorisation à légiférer par ordonnance.

Nous avons eu droit au discours : le numerus clausus est supprimé. Mais le projet de loi ne donne aucune garantie d'une augmentation du nombre de médecins formés chaque année, renvoyant à une sélection au fil des années d'études risquant d'être aussi opaque que les algorithmes de Parcoursup.

Pour traiter du décloisonnement indispensable entre hôpital et soins ambulatoires, la ministre de la santé n'a trouvé qu'une solution : faire travailler des médecins libéraux à l'hôpital et des médecins hospitaliers en libéral. Mais la question de la coordination des soins n'est pas une question de statut, c'est une question de temps de soignant disponible pour cette coordination.

Au-delà du bruit des paroles, ce projet de loi tente de gérer la pénurie existante, notamment par la télé-médecine et la télé-soins (!

et porte le germe de la casse du service public hospitalier et sa privatisation rampante

L'objectif nécessaire d'« une meilleure structuration de l'offre de soins dans les territoires » se fera par la disparition de 500 à 600 hôpitaux, en les transformant en hôpitaux « low-cost » sans maternité, ni chirurgie et ni urgences !

C'est l'étau budgétaire, érigé en dogme ultra libéral, qui a désorganisé notre système de soins, le rendant inapte à l'adaptation aux nouveaux besoins. Il faut former 12 000 médecins par an. Il faut d'urgence créer 100 000 emplois supplémentaires à l'hôpital, développer un service public de soins primaires autour des centres de santé (là où le gouvernement voudrait faire rentrer le libéral, alors que les jeunes médecins aspirent de plus en plus au salariat) et une vraie démocratie en santé, pour évaluer les besoins et la manière de les satisfaire, cette démocratie que réclament les gilets jaunes et les grandes associations d'élu-e-s.

Les communistes sont de toutes les luttes, avec les usagers, avec les personnels de santé, des luttes qui se multiplient, partout en France, convergent, comme celle de la psychiatrie et des maternités. La population peut compter sur eux pour défendre l'accès à la prévention et aux soins de qualité dans la proximité. Leurs parlementaires vont bientôt tirer les conclusions d'un tour de France des hôpitaux et des EHPAD débuté il y a presque un an, des conclusions qui déboucheront sur une proposition de loi avant l'été.

Car une loi est nécessaire, mais pas un blanc-seing au gouvernement pour aggraver la crise sanitaire.

CÔTES-D'ARMOR FINANCEMENT DES EHPAD, HÔPITAUX, SOINS À DOMICILE : QUI DOIT PAYER ?

L'atelier citoyen Santé Bretagne PCF¹ a organisé ce débat à Saint-Brieuc le 31 janvier dans le cadre du « Grand débat national² ». « Pas de question taboue » disait le président ? « Pas de réponse taboue, non plus » ont répondu les 50 participants avec Denis Durand³ ! D'abord, une vidéo CGT où des hospitaliers du CHU Toulousain⁴ interpellent E. Macron. Puis expressions d'infirmières, cadre, psychiatre, familles, citoyens : « Des soignants se considérant maltraitant perdent le sens de leur travail... l'ambulatoire à "tout va" où les résidents dirigés vers l'hôpital ont des soins prescrits, inadaptés à l'Ehpad faute d'infirmières en nombre suffisant, reste à charge sur les enfants et la qualité de l'aide à leur parent provoquent beaucoup d'angoisse dans la population, privatisation des services publics, financement des Ehpad à 100% par la Sécurité sociale... »

Face aux choix des capitalistes « de rémunérer les profits plutôt que de répondre aux besoins sociaux, des personnes âgées... et aux choix politiques délibérés mis en place : baisse des dépenses publiques, normes d'austérité budgétaires conclues lors du passage à l'euro... bloquant les moyens de l'État pour financer les services publics », Denis Durand a mis en débat les propositions du PCF pour construire des solutions :

- sauvegarder l'idée révolutionnaire de la Sécurité sociale où la cotisation, part de richesse créée par les salariés bénéficie à toute la collectivité, s'oppose à la mainmise du capital sur le système de santé par la privatisation
- s'attaquer aux coûts du capital, contester la gestion dans les entreprises, combattre le chômage par la sécurisation



de l'emploi et de la formation, qui permettrait aussi plus de rentrée de cotisations sociales

- se mobiliser sur des projets de santé, d'Ehpad et obtenir des financements libérés de l'emprise des marchés financiers
- à cet effet, exiger que la BCE⁵ finance un fonds européen au taux 0% pour permettre aux États de développer les services publics
- se mobiliser sur des projets de santé, d'Ehpad et obtenir des financements par l'emprunt.

À l'issue du débat, 12 personnes ont écrit sur les Cahiers de doléances qui seront transmis à la mission Grand débat national.

Christiane Caro, CNSPS du PCF

1. croizat-pcf.blogspot.com/

2. [Fiscalité et dépenses publiques](#)

3. [Économiste PCF, directeur d'Économie & Politique](#)

4. <https://www.youtube.com/watch?v=b4kU-ol3tfl&feature=youtu.be>

5. [Banque centrale européenne](#)

parole d' élu

ramener du concret de l'expérience humaine et de l'urgence sociale



par Ismaël Dupont
élu communiste à Morlaix
et Morlaix-Communauté

Face à l'inacceptable d'une situation qui ne cesse de se dégrader pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnels qui les accompagnent, la nécessité d'alerter, de prioriser cet enjeu et de construire une action dans la durée !

Il n'est pas une semaine sans que se fasse entendre dans le Finistère un cri de détresse et de colère, un mouvement social des personnels des EHPAD, de l'aide et du soin à domicile, ou des associations qui défendent une meilleure prise en charge des personnes âgées.

Les personnes âgées en perte d'autonomie sont apparemment de ces invisibles que l'on n'entend pas, que l'on ne veut plus voir, dont on ne se soucie plus, d'un point de vue social, pas plus que les professionnels qui accompagnent les dernières années de vie, avec souvent beaucoup de courage et d'abnégation.

Il y a un an, fin janvier 2018, près de 2000 personnes manifestaient à Quimper pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans les EHPAD, pour dénoncer le manque de moyens humains et financiers, le travail qui se déshu-

manise et devient de plus en plus pénible. La réponse de Buzyn : nada ! Circulez, il n'y a rien à voir ! Comme avec les ministres de la santé précédents, incapables de faire pencher la balance dans le sens d'une prise en compte sérieuse de la nécessité de refinancer et repenser ce système à bout de souffle avec des réponses autres que l'appel à l'assurance privée, la solidarité familiale, et les profits des groupes financiers de l'or gris.

En tant qu'élu, j'ai mis à jour à plusieurs reprises en conseil municipal et en conseil communautaire la réduction de l'offre de santé, proposé la création d'un centre de santé public, manifesté le manque d'ambition en termes de prévention du vieillissement et de services aux personnes âgées. C'est le rôle d'un élu communiste de ramener du concret de l'expérience humaine et de l'urgence sociale au milieu des approches strictement gestionnaires qui édulcorent la réalité et sont basés sur le : « c'est moche mais on n'y peut rien ». Bien sûr, ces interpellations sont toujours reliées à l'exigence d'un financement différent et plus fort du service public et du secteur de la perte d'autonomie, appuyé sur la Sécurité sociale et la cotisation.

LA FIÈVRE MONTE

HÔPITAL PUBLIC-MATERNITÉS même combat

Comme pour donner un avant-goût de sa loi, qui devrait être débattue au Parlement en mars, la ministre de la Santé a décidé de fermer à tour de bras les maternités : Le Blanc, Creil, Bernay, ces dernières semaines.

Comme l'a partagé sur les réseaux sociaux Ian Brossat, tête de liste du PCF aux élections européennes : « Aujourd'hui, Mme Buzyn se rendait dans l'Eure. Objectif du déplacement : annoncer la fermeture de la maternité de Bernay. Ce n'est pas une ministre. C'est un croquemort... » D'autres sont menacées. Les alternatives proposées par les ARS sont si convaincantes que le chef de service des urgences de Creil a démissionné et à Die, une maternité fermée depuis un an, un bébé vient de mourir dans le ventre de sa mère en attendant l'hélicoptère. Grève des personnels, manifestations se succèdent, mais surtout les convergences se développent.

dans les maternités

Une première rencontre d'élus, de comités de défense, a eu lieu en octobre à l'initiative de Nicolas Sansu, maire de Vierzon (un sursis gagné), une deuxième à Bernay en janvier. Le Blanc, qui a déjà marqué le paysage avec la marche des oreilles, accueillie par les CRS à Paris, prépare, avec le soutien de la *Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité*, les *États généraux des maternités* les 22, 23 et 24 mars et un temps des rencontres nationales de la *Coordination*, fin avril en Saône-et-Loire, sera consacré aux maternités.

Dans aucune tête l'idée de séparer le combat pour le maintien des maternités du combat pour l'hôpital public.

Pour les communistes, de toutes ces luttes, la défense de l'hôpital fait partie de la campagne pour les élections européennes car, comme l'a dit Ian Brossat à Creil, il faut « en finir avec le carcan des 3% de déficit public, fixé dans les traités européens qui nous contraignent à la baisse des dépenses publiques, c'est à dire à la casse de nos services publics ».

Michèle Leflon
CNSPS du PCF

les cocos dans les collectifs locaux

DROIT À LA SANTÉ POUR TOUS

dans le territoire rural où nous avons choisi de vivre

Après un long travail de démantèlement de notre hôpital de proximité de La Réole qui dure depuis une quinzaine d'années, l'ARS annonçait pour novembre le déclassement des urgences en unité de soins non programmés.

Dès l'annonce de ce nouveau mauvais coup, la section du PCF a organisé une réunion publique à laquelle on comptait une quinzaine de participants. L'idée est née dès lors de s'organiser pour ne pas subir, d'où la création d'un collectif de défense des urgences et plus largement de la nécessité d'une réponse aux besoins de santé pour tout le sud Gironde (autour des hôpitaux de Langon La Réole et Cadillac). Des camarades, d'autres militants

politiques, des syndicalistes et des citoyens ont créé ce collectif que nous avons voulu ouvert.

Depuis, nous avons tenu de nombreuses réunions de travail, 3 réunions publiques et près de 1000 signatures de pétitions sur les marchés, gares et internet (100). La confrontation reste permanente sur les contenus, les objectifs ou les propositions mais nous avançons avec à chaque fois le souci de se donner pour objectif de rencontrer et faire participer le plus grand nombre (professionnels de santé comme usagers ou élus de proximité).

Nous avons en permanence la volonté de participer activement à cette bataille essentielle à la santé des personnes vivant, travaillant ou visitant notre territoire. Nous pensons que faire vivre nos propositions, les enrichir dans la confrontation au regard de la réalité du terrain nous rend au fur et à mesure en visibilité et crédibilité en étant à l'intérieur du collectif des acteurs exigeants et sérieux dans ce travail de co-construction.

Nous savons que le travail engagé sera long, dans le même temps nous avons bien d'autres combats à mener ainsi que des échéances électorales auxquelles nous avons à faire face ; mais nous gardons à l'esprit qu'il n'y a pas de contradictions, bien au contraire, que notre place à ce moment précis est dans cette lutte pour le droit à la santé pour tous dans le territoire rural où nous avons choisi de vivre.

Pascal Bagnarol
secrétaire de section La Réole-Monségur (33)



**PROJET DE LOI RELATIF À
« L'ORGANISATION ET À LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ »
une étape dans la mise en œuvre
du projet global ultra-libéral de Macron**

Précaution

Ce projet (illisible pour le commun des mortels!) s'inscrit dans la longue suite des textes de lois qui prétendent « réformer en profondeur » notre système de santé : la dernière en date est la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui institue les *Groupements hospitaliers de territoire* (GHT) et les *Communautés professionnelles de territoire de santé* (CPTS), entre autres.

Il faut replacer aussi les dispositions des PLFSS depuis quelques années, qui, prenant appui notamment sur les rapports du Haut conseil de la Sécurité sociale, introduisent, sous couvert de l'expérimentation toutes les bases d'un système à l'américaine, avec la labellisation de réseaux de soins et le financement au parcours de soins (ou à la séquence de soins...) : en exemple, le « O reste à charge » pour les lunettes et autre dispositifs... dans lequel nombre de « mutuelles » se sont engouffrées, ouvrant la voie aux complémentaires privées et aussi sur-complémentaires !

Mais les questions de financement ne font pas l'objet de ce dernier texte !

Il introduit les conditions de mise en œuvre de trois des chantiers « prioritaires » du gouverne-

ment dans son projet stratégique, tel que présenté en septembre 2018 : « ma santé 2022 » : l'organisation territoriale, les ressources humaines et la formation, le numérique.

Les deux autres : la qualité et pertinence des actes et les modes de financement et de régulation seront traités dans le PLFSS 2020, préparé par un futur rapport Aubert... à suivre.

Enfin : les méthodes habituelles du gouvernement sont en œuvre : un certain nombre de dispositions sont en cours : l'intégration poussée des GHT, la négociation avec les médecins de ville pour installer les « assistants médicaux »... en échange d'une productivité poussée des consultations médicales...

La nature et les conditions de mise en œuvre des principales dispositions feront l'objet d'ordonnances ou de décrets d'État, au mépris du débat démocratique !

Nous pouvons mesurer l'importance que les communistes s'emparent du contenu des enjeux et de nos propositions (Plans d'urgence Hôpital public, EHPAD et financement Sécu) pour alimenter un immense débat de masse... et les luttes, leur intensification...



PROJET DE LOI SANTÉ

EXPOSÉ DES MOTIFS

Traduction : de l'usage (ou l'usure !) de l'imposture sémantique, ou l'art et la manière de « surfer » sur le constat largement partagé des dysfonctionnements et/ ou « obsolescence » du système de soins de notre pays – dont les causes principales sont les politiques d'austérité suivies depuis plus de trente ans! – mais aussi sur les aspirations, les revendications de la population et les professionnels de santé :

« Il convient de partir des patients et des professionnels qui sont les meilleurs experts de leur situation »!!

Pour légitimer sa réforme structurelle le gouvernement utilise l'expression même des besoins par ces derniers :

- la fin du *Numerus clausus* (NC) pour les études médicales
- l'exigence de décloisonnement entre la ville et l'hôpital, avec la superpuissance du concept de « proximité »
- le besoin d'assouplissement, de simplifications administratives...

Avant de souligner le caractère profondément nocif et destructeur des principaux articles, il faut bien intégrer les processus engagés pour vraiment chan-

ger la nature de notre système de santé et ses finalités :

diminuer au maximum la place de l'hôpital public (encore la part la plus importante des dépenses de maladie...).

Le gouvernement utilise la transition épidémiologique (part grandissante des maladies chroniques, le vieillissement de la population) et les progrès médicaux et techniques pour réduire à sa portion congrue la réponse aux soins aigus (maternités, chirurgie, urgences...) : toucher à ces activités, c'est réduire des lits donc les dépenses du personnel !

S'appuyer sur les dysfonctionnements ville/hôpital pour faire la part belle à la médecine libérale.

L'axiome généralisé de décloisonnement : du financement, de l'organisation des soins et des exercices professionnels et de formation (médecine libérale, hôpitaux et le médico-social) achève la domination des critères de gestion privée et financière dans notre système de santé public : en ce sens nous assistons à un processus de privatisation de l'intérieur (valable pour tous les services publics!)

Un processus de « responsabilisation » du patient qui cache en fait l'individualisation dans la réponse aux besoins de santé !

TITRE I

décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé

Chapitre I : réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie

Il s'agit des formations en médecine, en pharmacie, en dentaire et de sage-femme.

La « disparition du numerus clausus » annoncée est clairement de la poudre aux yeux. C'est en réalité une simple mise en conformité avec Parcoursup. **La sélection existera encore, mais sera plus masquée, va accentuer les inégalités et la reproduction sociale, sans parler des passe-droits étant donné l'opacité des critères de sélection.**

La réforme des épreuves classantes (ECN) à la fin du second cycle présente le même: risque de **favoritisme/piston** et également de « spécialisation » trop précoce des étudiants dans le but d'avoir la spécialité qu'ils souhaitent.

La communication ministérielle parle de 20% de médecins formés en plus. Ce que la loi prévoit, c'est une augmentation limitée à une année, pour gérer la transition et les redoublants

Propositions :

- former au moins 12 000 médecins par an
- donner des moyens supplémentaires aux universités
- déterminer démocratiquement les besoins (et non par l'arbitraire des ARS)
- engager une vraie concertation sur le contenu des études et les modes d'évaluation



Chapitre II : faciliter les débuts de carrières et répondre aux enjeux des territoires

Le contrat d'engagement de service public existait déjà. Il est étendu aux médecins à diplôme étranger hors UE.

Ce contrat est essentiellement signé en début d'études car il permet de financer les études, par des étudiants souhaitant déjà s'installer en zone rurale et n'a donc pas d'effet incitatif ! Un statut de l'étudiant serait plus adapté (cf les propositions de l'UEC).

Il est orienté vers la médecine générale alors que d'autres spécialités sont tout aussi déficitaires comme la psychiatrie ou la médecine du travail.

Le décret fixant le nombre d'étudiants ou d'internes pouvant bénéficier de ce dispositif pour l'année uni-

versitaire 2018/2019 vient de sortir : ce nombre est de 561. Cela témoigne du peu d'ambition de la ministre !

Chapitre III : fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité

Le gouvernement veut transformer par ordonnance le statut des médecins hospitaliers (l'essentiel du statut des praticiens hospitaliers date de J. Ralite) pour leur permettre de travailler aussi en libéral en ville et permettre à des médecins libéraux de travailler à l'hôpital.

Cela évite de réduire les inégalités de revenus entre public et privé et c'est l'abandon de la notion de service public !

TITRE II

créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires

Chapitre I : promouvoir les projets territoriaux de santé

Rien de nouveau : déjà prévu dans la loi de modernisation de 2016

C'est un conglomérat de tous les « projets médicaux » : GHT, contrats locaux, et tous les projets des établissements privés et du médico-social.

Ils sont à l'initiative des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), prévue par la loi de 2016. Selon le document de septembre 2018 il y aurait 200 projets de CPTS... avec un objectif de 1000 CPTS à l'horizon 2022, négociées et contractualisées avec les ARS.

Le périmètre « pertinent » se situerait entre 20 000 et 100 000 habitants.

Ce qui n'est pas dit dans la loi : ce sont les objectifs prioritaires de ces CPTS : limiter les fameux parcours de soins à la gestion de l'activité non-programmée et gérer les personnes âgées à domicile.

Au-delà du discours laissant la place à l'initiative locale, le dernier mot revient aux ARS dont on connaît les logiques de rentabilité et la soumission aux ordres « d'en haut »

Enfin, aucune place n'est faite à la médecine salariée de ville : **il nous faut porter l'ambition d'un maillage territorial de centres de santé, en lien avec les hôpitaux.**

Chapitre II : développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

Pour ces importantes dispositions de ce projet de loi, toutes prises par ordonnances, il faut se référer au document de septembre 2018 : la « labellisation de 500 à 600 « hôpitaux de proximité » et la généralisation de la gradation des établissements hospitaliers sont les deux armes pour aller plus vite dans la fermeture de lits, de services et d'hôpitaux.

500 à 600 hôpitaux généralistes vont perdre leur maternité, chirurgie et urgences !

Ces supposés hôpitaux de proximité prendraient en charge les maladies chroniques et la gériatrie, avec un plateau technique minimum (labos, radiologie...). Leur activité serait principalement composée de consultations et de service de soins de suite.

La gradation entre « hôpitaux de proximité », hôpitaux spécialisés et hôpitaux d'excellence et CHU va là aussi écrémer les offres de soins « redondantes ou insuffisamment efficaces » en termes de rentabilité.

Le gouvernement a l'outil pour aller vite : modifier réglementairement le régime des autorisations des activités... en ne renouvelant pas telle ou telle autorisation pour les MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) !



Conclusion : moins d'offres de soins, concentration dans les grandes métropoles et moins de PROXIMITÉ pour toute la population, quelques soient les besoins !

À noter l'opposition avec la mobilisation sociale des Gilets Jaunes essentiellement péri urbaine et rurale, marquée par la mise en cause de l'inégalité territoriale des services publics dont ceux de santé.

De plus, cette réforme est contre-productive en freinant l'envie d'installation des jeunes médecins si les hôpitaux se vident de leurs ressources.

Chapitre III : Renforcer la stratégie et la gouvernance médicale au niveau du groupement hospitalier de territoire et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration

Pour faire court : « donner un os à ronger » aux personnels médicaux, tout en les intégrant.

Quant à la plus forte intégration des GHT : elle est déjà en œuvre dans tous les territoires, avec les fusions rampantes, les directions uniques de GHT. C'est surtout un appel du pied pour que le privé s'investisse plus dans les GHT

Principales dispositions :

- mise en place de Commission médicale de GHT (déjà prévue par la loi de 2016) mais rien quant à ses prérogatives !
- trésorerie commune au niveau des GHT (comme si cela allait donner de l'air aux établissements étrangers !) ; idem pour les programmes d'investissement et les plans globaux de financement pluriannuels uniques
- mais il est aussi prévu de faire des économies sur les représentants du personnel .. en autorisant les établissements partie d'un GHT « à adapter, unifier ou substituer tout ou partie de leurs instances représentatives... » !

TITRE III

développer l'ambition numérique en santé

Pour cette partie, il faut savoir lire entre les lignes et donc prendre le temps de reprendre tous les textes du Code de la santé publique cités !

Chapitre I : innover en valorisant les données cliniques

Pour résumer.

La Caisse nationale d'assurance maladie qui détient l'essentiel des données de santé et jusqu'alors responsable des traitements ne le sera plus !

Le groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé » devient « plateforme des données de santé »

Celui-ci peut procéder « pour le compte d'un tiers à des opérations nécessaires à la réalisation de traitement des données issue du système national des données de santé pour lequel ce tiers a obtenu une autorisation... » !

Ce sont les assurances privées qui vont s'en donner à cœur joie !

La finalité du recueil des données de santé n'est plus « des recherches, des études ou des évaluations à des fins de santé publique » mais « des traitements de données concernant la santé » !

Les données de santé vont être marchandisées !

Chapitre II : doter chaque usager d'un espace numérique de santé

Chaque usager du système de santé pourra ouvrir son espace numérique avec son numéro identifiant d'assuré social et ainsi avoir accès à son dossier médical partagé (DMP) alimenté par les différents acteurs de santé ; DMP toujours pas opérationnel malgré les sommes astronomiques déployées depuis plus de trente ans !

De plus rien n'est conçu pour les professionnels, ce qui semble aberrant, à moins de vouloir basculer dans un système « à l'américaine » où le patient est un client qui choisit « librement » les meilleures prestations de santé...

Avec les deux autres dispositions ; la télé-médecine et les télésoins, l'usager-e lambda va passer beaucoup de temps devant son écran, tout-e seul-e, en se rongant les ongles

Avec la numérisation, nous sommes dans l'individualisation à outrance, laissant beaucoup de monde hors du « système », sur la base de la construction de mauvaises réponses aux besoins exprimés d'avoir accès à de fiables informations, d'être partie prenante de sa santé et non pas « responsable de sa santé », fausse réponse à la pénurie de professionnels de santé qui va s'aggraver.

Ce qui est sûr : les 300 millions d'euros dotés par le PLFSS 2019 qui iront aux fabricants de logiciels !

Evelyne Vander-Heym, CNSPS du PCF