



## DE LA RÉSISTANCE

# et des succès !

Les raisons de s'indigner et de résister face à la mise en œuvre de la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* sont nombreuses et toutes plus légitimes les unes que les autres.

Nous traitons dans ce numéro de la casse de la biologie médicale, de notre proposition de pôle public du médicament, de l'évaluation dans le médico-social.

Le rassemblement inédit de plus de 100 organisations nationales pour l'appel du 2 avril 2011 montre les potentialités fortes et la sensibilité importante autour des questions de santé et de protection sociale.

Dans la période, nous pouvons aussi saluer des succès importants !

L'autorisation pour la maternité de **Deczeville** a été renouvelée après des semaines de mobilisation très au delà du bassin.

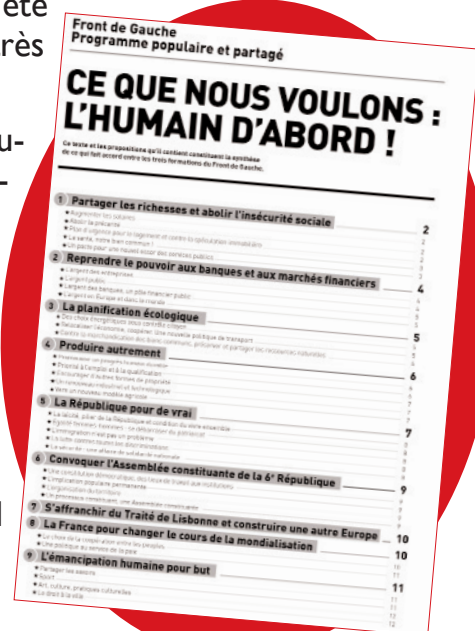
La radiothérapie de l'hôpital de **Guéret** a été à nouveau autorisée alors que les plans gouvernementaux l'avaient condamnée. La mobilisation de l'ensemble du département a été payante.

La chirurgie cardiaque du **CHU Henri Mondor à Créteil** est provisoirement maintenue sur décision du ministre contredisant ainsi le DG ARS d'Île-de-France, Claude Evin. Là aussi, le rassemblement très large et déterminé des professionnels, usagers, personnels, élus a permis ce recul important.

C'est bien la preuve que les choix politiques en matière de protection sociale et de santé sont structurants. Dans la période qui s'ouvre, ces questions doivent être l'affaire de la population et des professionnels. Il faut un débat public sur le fond, sur le contenu des projets !

Le Front de gauche, avec le Parti communiste, met à disposition un programme partagé populaire dans la perspective des rendez-vous électoraux de 2012.

Prenez-en connaissance et faites-nous part de vos avis et commentaires !



## ELLES ET ILS ONT DIT

« Une révolution morale est nécessaire. Nous avons mis l'argent au-dessus de l'être humain, alors que nous devons le mettre à notre service. »

**Les indignés de Bayonne**  
*l'Humanité* 25 mai 2011 P.7

« La baisse des revenus liée à l'absence d'emploi entrave l'accès aux soins, oblige à des choix néfastes pour la santé en termes de nourriture, de logement... sans parler de la souffrance de l'atteinte à l'image de soi et la perte des contacts avec un collectif de travail. »

**Annette Leclerc**  
chercheuse à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

« Les pays du Nord laissent les financements se tarir, mais en plus ils tentent, sous pression des lobbies pharmaceutiques, d'imposer des traités qui entravent la fabrication des génériques. Or ceux-ci constituent 80% des antirétroviraux délivrés en Afrique. S'ils viennent à disparaître, l'accès aux soins risque de devenir l'apanage des élites, favorisant ainsi la corruption et poussant les plus faibles à interrompre leur traitement au risque de développer des résistances à la maladie. »

**Simon Kaboré, président du Réseau d'accès aux médicaments essentiels, au Burkina**  
*l'Humanité* 25 mai 2011 P.6

« Ailleurs, les dépassements d'honoraires excluent des soins des milliers de personnes. Le reste à charge – franchises, remboursements, forfaits hospitaliers... – est en constante augmentation. Les inégalités de santé se creusent. Le renoncement aux soins explose : 23 % de la population en 2010, contre 11 % en 2009 ! Ce qui n'émeut pas le gouvernement, qui poursuit sa politique de casse. Pour autant, des luttes se mènent et se gagnent... »

**Françoise Nay, vice-présidente de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité**  
*l'Humanité* 23 mai 2011 P.2

« Globalement, la dépense de santé augmente, mais pour les catégories populaires, l'accès aux soins se restreint. »

**Martin Winckler, médecin généraliste, enseignant au Centre de recherche en éthique de l'université de Montréal**  
*Convergence/Secours Populaire* avril 2011 P.91

« [...] les pouvoirs publics ne prennent pas en compte les inégalités sociales de santé liées au travail. Plus inquiétant encore? le nombre de travailleurs abîmés par leur activité professionnelle ne peut qu'augmenter avec les lois qui prévoient le recul de l'âge de départ à la retraite. La disposition permettant le départ à 60 ans pour cause de « pénibilité » du travail ne fonctionnera qu'au compte-gouttes. Les médecins du travail ont tiré la sonnette d'alarme, à l'automne dernier, mais sans trouver d'écho de la part des pouvoirs publics.

**Annette Leclerc, chercheuse à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) Convergence/Secours Populaire**  
avril 2011 - P.16



# LE MÉDICAMENT N'EST PAS, NON PLUS UNE MARCHANDISE exigeons un Pôle public du médicament

Si nous sommes d'accord pour affirmer que la santé est un bien universel et non une source de profit, il nous faut y inclure le médicament. Pour ce dernier, il nous faut partir des besoins réels des gens, de leur évolution, et de la nécessité de créer les conditions d'y répondre tant en France, en Europe que dans le monde. On ne peut pas parler « industrie pharmaceutique » en ne parlant que de l'industrie française, car de fait celle-ci n'existe plus, elle s'est mondialisée. La recherche n'est pas à la hauteur de ces besoins et de leurs évolutions. La politique de réduction des dépenses publiques et la pression des complémentaires jouent aussi un rôle négatif sur la situation du médicament en France.

C'est pourquoi le PCF fait de la sortie du médicament du marché une de ses principales préoccupations.

Comment échapper à cette forme de mondialisation imposée par les industries pharmaceutiques ? Comment faire reconnaître, au plan mondial, le médicament comme un droit universel ?

L'idée majeure que nous développons est celle de la création d'un **Pôle public du médicament** qui reconnaît sa finalité de service public et le détache de la sphère financière. Il s'agit dans un premier temps de s'appuyer sur l'existant, l'améliorer, le développer, faire travailler en synergie sous contrôle démocratique l'ensemble des structures du médicament.

À l'image de la souveraineté alimentaire, nous avançons l'idée de souveraineté sanitaire, en ce qui concerne le médicament. Il y a dans cette approche, aussi bien une dimension environnementale (transport, biodiversité, brevets...) que de développement de nouvelles coopérations internationales. Posée de cette manière, on pose, en même temps que la question de la réponse aux besoins, celle de l'emploi et du type de recherche.

Il nous faut aussi exiger la nécessaire transparence, notamment concernant la fixation des prix des médicaments, affirmer le besoin d'une structure nationale publique alliant recherche, production et distribution, contrôlée démocratiquement...

À tous ceux qui partagent notre conviction que la santé publique est une question trop importante pour être laissée aux mains des multinationales et des politiques qui dealent avec elles, nous leur proposons de nous rejoindre.

Dr Fabien Cohen

## ELLES ET ILS ONT DIT

« Les variantes B et C de l'hépatite représentent « un problème de santé publique et demeurent insuffisamment dépistées et traitées, même en France, malgré la mise en place de plusieurs plans successifs. »

**Catherine Enel, experte scientifique-Bulletin épidémiologique de l'Institut de veille sanitaire - l'Humanité** 25 mai 2011 P.1

« Anticiper la forte demande des soins à domicile faute de places dans les hôpitaux. La fameuse T2A (tarification à l'activité) mise en place en 2007 incite

les hôpitaux à vider les lits le plus vite possible. Il y a donc un boulevard pour les sociétés qui se spécialisent dans les soins à domicile. Et vous pouvez en profiter même si vous n'avez pas de connaissances médicales : les vraies compétences requises se trouvent du côté de l'embauche d'infirmières et de l'achat de matériel médical. C'est ce qu'a compris un autodidacte de 53 ans venu de l'industrie pharmaceutique... En 2011, son chiffre d'affaires atteindra 2,4 millions et sa marge nette 20 %. »

**Capital** n°237 juin 2011 - P.115

# LA RÉFORME DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE

## marchandisation accélérée de la santé et menace pour l'accès aux soins

La loi HPST prévoit une réforme de la biologie médicale. Cette disposition a été promulguée par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010. Elle a été confirmée par la loi Fourcade qui a été adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 24 mai 2011. Seul le calendrier de sa mise en application a été modifié.

Ces 20 dernières années, l'industrialisation et la révolution de la biologie moléculaire, mais aussi l'informatisation de toute la chaîne de production du traitement des analyses biologiques, ont participé au progrès médical. Aujourd'hui, la rentabilité économique de ce secteur est acquise. Mais de nouveaux appétits se révèlent, voulant profiter de la manne du secteur.

La réforme repose sur l'accréditation obligatoire des laboratoires qui est caractérisée par:

- La médicalisation des processus avec la présence des médecins biologistes
- La création d'un nouveau métier : le qualicien.

Ces deux obligations, conjuguées à des normes réglementaires draconiennes et excessives, entraîneront une augmentation des dépenses de fonctionnement des laboratoires de proximité.

La réforme prévoit une accréditation des laboratoires de ville et des laboratoires hospitaliers au plus tard le 31 octobre 2018, sous peine de fermetures. Ces nouvelles normes imposent des contraintes qui ne pourront être respectées qu'au prix du regroupement des structures existantes sur des plateaux techniques de dimension industrielle et par une automatisation maximale. Conséquences :

1. La disparition des laboratoires de proximité : les regroupements vont faire passer le nombre de laboratoires de ville de 5000 à 2500, 1500 laboratoires à terme
2. La qualité des résultats et du suivi des patients, principal motif invoqué par les promoteurs de la réforme, menacée
3. Des conséquences sociales importantes : l'accréditation contraint au regroupement les structures existantes et implique une industrialisation des nouveaux laboratoires ; l'automatisation aura pour premier effet des pertes d'emploi massives dans le secteur qui ont été estimées à plus de 60 000.
4. Une nouvelle menace pour les services publics de santé et l'accès aux soins pour tous :

La réforme touche les laboratoires des hôpitaux publics. Elle participe aussi au démantèlement de l'hôpital public en bouleversant les modes d'organisation validés et efficaces depuis longtemps et en menaçant de disperser les équipes.

Il faut résister et s'opposer à cette financiarisation du marché faisant la part belle aux industriels fabricants d'automates et de réactifs.

Dr Eric May

## DES CHIFFRES

**800 000**

C'est le nombre de précaires que le **Programme populaire et partagé du Front de Gauche** propose de titulariser dans la Fonction publique.

**9,2**

C'est, en millions d'euros, la rémunération perçue par Carlos Ghosn, patron de Renault, ce qui en fait le dirigeant le plus payé du Cac 40 (*même les actionnaires contestent sa rémunération*) qui va devoir s'expliquer sur l'affaire du faux espionnage et sur sa rémunération.

Martine Orange 30 avril 2011 - © Reuters

**20**

C'est le nombre de SMIC retenu par le **Programme populaire et partagé du Front de Gauche** pour définir l'instauration du maximum de salaire dans le privé comme dans le public.

**100**

C'est, en %, le nombre retenu par le **Programme populaire et partagé du Front de Gauche** pour le remboursement intégral des dépenses de santé couvertes par la Sécurité sociale en y incluant les lunettes et les soins dentaires.

**10**

C'est, en millions, le nombre d'immigré-e-s qui seraient nécessaires à la France d'ici à 2040 pour pallier son vieillissement.

*l'Humanité* - 8,9 avril 2011 P.7

**2**

C'est, en millions, le nombre de seniors de plus de 85 ans attendus en 2015 contre 1,3 aujourd'hui, l'aide à domicile (toilette, repas, ménage, courses...) a de l'avenir. Cette croissance profite déjà aux réseaux de franchise bien installés, comme COVIVA et DOMIDOM.

*Capital* n°237 juin 2011- P.113

**450 000**

C'est, en euros, le chiffre d'affaire visé d'ici 2 ans (la moyenne du réseau DOMIDOM) par un ancien cadre commercial de chez Carrefour intégré à DOMIDOM et une rentabilité de 7 %. Il compte ouvrir d'autres agences dans le Grand Ouest. Au bout de 7 ans, chacune se revendra au moins 250 000 euros.

*Capital* n°237 juin 2011- P.113

**1**

C'est, en million, le nombre de malades soignés chaque année grâce aux produits sanguins. 500 000 avec une transfusion et 500 000 avec des médicaments dérivés sachant que 10 000 dons de sang sont nécessaires.

publi-information de l'Établissement français du sang - *Capital* n°237 juin 2011- P.110

**1090**

C'est en euros, le montant annuel de la « prime Veil » supprimée depuis le 1er mai aux infirmières contractuelles au CHU de Nice. Cette prime est versée à toutes les infirmières depuis les années 1980. Elle est même un argument, en plus d'une nomination d'office au 6ème échelon pour attirer vers l'hôpital public des soignantes de plus en plus dégoûtées par le manque de reconnaissance... il y a en permanence une soixantaine de postes vacants comblés à coup d'heures supplémentaires, du fait de démissions ou de fuites de ces contractuelles, rétrogradées au 2ème échelon en cas de titularisation !

*l'Humanité* - 25 mai 2011 P.7



# 3 QUESTIONS À Gaëlle Lego

psychologue

et **Sophie Lespeix**  
éducatrice dans un institut  
médico-éducatif du Morbihan

## Comment appréciez-vous la mise en place de l'évaluation ?

C'est à partir des nouvelles politiques rendant l'évaluation comme « obligatoire », de notre vécu professionnel et des témoignages de nos collègues que nous pouvons approcher la question de l'évaluation. L'arrivée des textes de 2002 marquent une rupture dans le champ social : nous avons vu, rapidement, une nouvelle façon d'interpréter l'acte social. Notre incompréhension nous a poussés à rechercher l'origine de ces nouvelles directives. La traduction faite de la commande politique, par certaines institutions, s'est inscrite du côté d'un glissement éthique.

Par exemple, les espaces prévus à la réflexion se sont soudainement transformés en activité frénéti-



débat sur la santé mentale à la Fête de l'Huma Bretagne

que de remplissage de grilles, protocoles codifiant la vie de l'enfant pour mesurer des « besoins » existants et à venir. La technique consiste en un chiffrage des « besoins » selon les secteurs d'activité (pédagogique, thérapeutique, éducatif...). Cette pratique s'est imposée aux équipes.

Cette « mode évaluative » a provoqué de l'angoisse, de la sidération (parfois) auprès des professionnels qui ne trouvaient plus le sens de leur travail. Le fondement éthique d'un acte social se voyait, ici, ignoré... car non mesurable.

## Quels sont les mécanismes mis en place pour recueillir l'adhésion des professionnels ?

Ces mécanismes fonctionnent en 4 temps :

1. Créer un climat de peur et de suspicion
2. Épingler et déconstruire les repères traditionnels
3. Imposer un nouveau mode de raisonnement à partir de nouvelles normes
4. Obtenir l'adhésion des protagonistes en faisant croire qu'ils sont, eux-mêmes, à l'origine de la démarche.

Le principe, c'est d'imposer des « outils » sans concertation sur la validité de ceux-ci sous couvert de répondre à une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles tel qu'il est stipulé dans le texte de 2002. En parallèle, nous assistons à une recrudescence

de grilles, de paperasserie toujours plus importante au détriment des échanges cliniques dans les équipes. À aucun moment ne sont prévues des instances de réflexions sur ces nouveaux textes et leur articulation à l'éthique dans le travail social. Les repères sur lesquels se basent les professionnels sont laminés, et cela est entretenu par un climat de peur et de suspicions. Ensuite, des nouveaux « outils » sont vendus comme nouveaux modes de traitement des affaires sociales. Par exemple, l'éducateur ne doit plus faire d'entretien éducatif, mais des « suivis de projets » au cours desquels il doit s'appliquer à ré-éduquer le symptôme, à faire entrer l'enfant dans un dispositif normatif.

## Quelles sont vos propositions ?

Il pourrait être intéressant de favoriser la réflexion autour des pratiques professionnelles plutôt que de soutenir l'application *stricto sensu* de politiques sécuritaires, et aussi de mettre une limite à la désignation par catégories ou par troubles du symptôme du sujet, mettre une limite au chiffrage des « besoins ». Autrement, nous devons lutter contre cette logomachie qui envahie nos instances de travail; par exemple nous pouvons interroger des concepts tels que « pres-

tataires de services » appliqués à de l'humain, le leitmotiv « négocier les projets »...

De plus, nous pourrions nous décaler des termes commerciaux, ou technico-managériaux qui infiltrent notre champ social en interrogeant la pertinence de leur utilisation avec des êtres humains. Cet acte résistant ne peut se faire seul, mais en se constituant en réseau...

propos recueillis par **Christiane Caro**