

Garde la santé :
défends ta sécu !

ETATS GENERAUX RENNAIS DE LA SANTE ET DE L'ASSURANCE MALADIE

Bulletin n°3 – mai 2007

COMMENT S'Y PRENNENT-ILS POUR DEMANTELER NOTRE SYSTEME DE SANTE ?

L'origine de la casse de tous nos services publics en France et en Europe provient de l'appétit des financiers internationaux menés par les Etat Unis d'Amérique. L'OMC (Organisation Mondiale du Commerce) en a été le cadre international réglementaire. Les "réformes" du système sanitaire français n'en sont qu'une application.

OMC : l'Accord Général sur le Commerce des Services

Il est défini comme un cadre dans les accords de Marrakech qui ont créé l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC). Ces accords, de 550 pages, ont été ratifiés à la va-vite par le parlement français le 15 décembre 1994, sous le gouvernement Juppé-Balladur, après une semaine de discussions. (Seul, Jean-Pierre Chevènement avait alors pressenti les conséquences et déposé en



vain une motion d'irrecevabilité). En janvier 1997, des fuites publiées par le Courrier International (n°526), révèlent qu'un projet d'Accord Multilatéral sur l'Investissement, (AMI), est élaboré en secret au Château de la Muette, à Paris, par l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE), regroupant 27 pays. Des ministres sont offusqués d'apprendre par la presse ce projet qui accorde aux investisseurs internationaux le droit, sans restriction, d'acheter, vendre, déplacer les entreprises, et autres biens, quand ils veulent et où ils veulent (paroles de Renato Ruggiero, alors directeur de l'OMC).

○ OMC : l'Accord Général sur le Commerce des Services

○ Les réformes en France : le couple infernal technocratisation/p rivatisation

○ Exemples de démantèlement

Adresse provisoire :
EGSAM : local ATTAC
Rennes - Maison de quartier
de Maurepas - 32, rue de la
Marbaudais - Rennes
www.local.attac.org/35

Suite aux manifestations et réactions, la France stoppe ces négociations en décembre 98, mais elles seront reprises à l'OMC. On peut considérer que l'AMI, qui ne figure pas dans les textes créant l'OMC, était une ébauche de l'AGCS, dont on découvre alors l'importance (lire "L'OMC, le pouvoir invisible", d'Agnès Bertrand et Laurence Kalafatidès, publié en Janvier 2002 chez Fayard). Tous les 2 ans, les chefs d'états et leurs ministres des finances ou du commerce se réunissent dans le cadre de l'OMC, dans le but d'entériner les

textes rédigés entre temps par les permanents de l'OMC siégeant à Genève. On marque le pas à Seattle en novembre 99 à cause des manifestations, mais à Doha (Qatar) en novembre 2001, on décide un calendrier pour les propositions à inscrire dans l'AGCS. En septembre 2003 à Cancun (Mexique), des divergences entre états du nord et du sud stoppent toute avancée. En décembre 2005, à Hong Kong, le marchandage entre libéralisation des "services" et subventions agricoles n'aboutit pas. Que se passera-t'il en 2007 ?

**Les réformes en France :
le couple infernal technocratisation / privatisation**

Les "réformes" n'ont pas de soutien populaire. Elles ont été imposées par une assemblée toute vouée aux exigences du MEDEF. Elles ressortissent toutes à la même technique : technocratisation / privatisation, le premier terme facilitant le second. C'est la "nouvelle gouvernance" : les élus politiques et syndicaux sont désormais noyés dans des instances sans envergure décisionnelle. Les réformes Fillon et suivantes sont la copie conforme des recommandations du MEDEF. Désormais, c'est le ministère de la santé qui détient tous les leviers : nomination directe de tous les postes stratégiques, directeur de la Haute Autorité en Santé "qui peut être consulté", directeur de l'UNCAM, directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (plus puissants qu'un préfet dans le domaine sanitaire). La réforme "hôpital 2007" puis 2012 est une application exemplaire du couple infernal technocratisation / privatisation :

1- les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) limitent autoritairement les moyens, essentiellement dans le secteur public (rôle des SROS¹, en particulier SROS 3^{ème} génération),

2- d'où l'installation de files d'attente des soins et détérioration des conditions d'accueil dans les établissements publics,

3- ce qui encourage la dérive des patients vers le privé, se métamorphosant ainsi en clients sans pouvoir.

4- Les clients n'ont plus de visibilité du système : la complication du système fait qu'au niveau régional pas moins de neuf structures différentes s'occupent de la santé !



¹ SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

L'entrée dans le système technocratisé des assureurs complémentaires, dont les assureurs privés, positionne les loups dans la bergerie. La privatisation pousse inéluctablement à la hausse les prix hors remboursement Sécu, et donc accroît le rôle des assureurs privés complémentaires. Les assureurs privés sont les plus gros spéculateurs boursiers après les fonds de pension. En même temps, le système mis en place met en concurrence les établissements publics et privés officiellement pour maintenir les coûts, ce qui revient à sélectionner les clientèles rentables. Dès lors qu'il y a concurrence, l'activité entre dans les critères de l'AGCS, principal moyen de siphonage de capitaux vers les Etats-Unis et les quelques autres transnationales d'origine européenne. Le tour est ainsi joué.

Exemples de démantèlement

L'inflation des dépassements d'honoraires médicaux entrave l'accès aux soins

La pratique des dépassements d'honoraires au-delà des tarifs permettant un remboursement par la sécurité sociale s'est généralisée et son impact financier remet en cause l'accès aux soins, indique un rapport provisoire de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). L'enquête constate que ces dépassements ont connu "une augmentation importante depuis dix ans". Les auteurs du rapport estiment le coût à "près de deux milliards d'euros", sur 19 milliards d'honoraires. Les deux tiers de ces 2 milliards d'euros de dépassements ne sont pas pris en charge par les mutuelles, les sociétés d'assurance ou les instituts de prévoyance et pèsent donc sur les ménages. André Nutte, chef de l'IGAS, indique que le phénomène est "devenu un obstacle à l'accès aux soins et, en ce sens, contraire aux principes fondateurs de l'assurance maladie".

Si 1,5 milliards d'euros de dépassements d'honoraires viennent des cabinets médicaux, les 500 autres millions proviennent des interventions pratiquées à l'hôpital ou en clinique, souligne l'IGAS.

Ainsi, pour un accouchement, une somme est laissée à la charge de la jeune mère dans la moitié des cas et elle est en moyenne de 74 euros à l'hôpital et 178 euros en clinique. Pour le port d'une prothèse de hanche, 72% des patients doivent payer de leur poche en moyenne 225 euros dans le public, et 454 euros dans le privé. Pour une opération de la cataracte, 71% des patients doivent payer en moyenne 91 euros dans le public et 200 euros dans le privé. Enfin, pour une coloscopie, la proportion des patients qui doit payer est de 66%, pour un montant moyen de 60 euros dans le public et 105 euros dans le privé.

l'IGAS estime dans son rapport que ce système de dépassements d'honoraires met également en cause l'égalité entre les praticiens. "Il contribue à un sentiment d'injustice, introduit des différences de rémunération qui ne sont pas toujours justifiées par des différences de diplômes et de formation initiale", dit l'IGAS dans ses conclusions.

Un exemple de privatisation : les lits de la dépendance ou comment faire du profit sur le dos des personnes âgées

Le numéro 1 de la prise en charge privée de la dépendance en France, le groupe Korian accélère son développement et souhaite exploiter 5.000 lits supplémentaires d'ici fin 2008 en France et en Europe,

Korian exploitait déjà 170 établissements en France et trois en Belgique. Il comptait 10.700 lits d'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD, 130 établissements), 2.606 lits de soins de suite et de réadaptation (36 cliniques) et 812 lits psychiatriques (11 cliniques) soit un total de 14.118 lits exploités à ce jour.

Huit opérations réalisées en France depuis novembre 2006

Le groupe poursuit une politique de développement en France avec huit opérations réalisées depuis novembre 2006, qui permettront d'exploiter 739 lits supplémentaires. Il annonce aussi le lancement d'une expérimentation de maintien à domicile avec la création en mars de deux plates-formes destinées à gérer l'offre de prestations à domicile.

Des profits sur le dos des personnes âgées

Le secteur est particulièrement lucratif avec une marge d'EBITDAR 2006 (excédent brut d'exploitation avant loyers) de 23,7% pour l'

ensemble du groupe.

Parallèlement, la **société, cotée en bourse, a annoncé des hausses de tarifs pour l'hébergement des personnes dépendantes dans ses établissements.**

Avec la complicité d'ex hauts fonctionnaires, ou comment se créer un marché sur le dos des "p'tits vieux"

L'ancien directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, Philippe Ritter, faisait partie jusqu'à récemment du conseil de surveillance du groupe. Quant au directoire, il est présidé par Rose-Marie Van Lerberghe, qui, en 2005, alors qu'elle était directrice générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (APHP), avait planifié la fermeture de 800 lits dans les unités de soins de longue durée gériatriques ...fermeture suivie d'un appel d'offre en direction des investisseurs souhaitant créer des EHPAD en Ile de France.

Comme par hasard, Rose-Marie Van Lerberghe est devenue..PDG de Korian !

Bulletin n°4 : **Géostratégie et démantèlement des protections sociales en Europe : pourquoi ?**

Bulletin n°5 : **Propositions d'alternatives**