

Parti  
communiste  
français

commission Santé  
sante@pcf.fr

tél : 01 40 40 12 78

mai-juin 2019

globule  
rouge  
INFO

## POUR UNE RIPOSTE À MACRON INDISPENSABLE

Ces deux derniers mois ont été marqués par les résultats à l'élection européenne, par une accélération des plans sociaux et des réformes à hauts risques pour nos concitoyen.es.

Malgré une mobilisation des électrices et des électeurs à l'élection européenne plus importante que prévue, l'abstention est restée conséquente et les résultats ont montré que la stratégie d'E. Macron visant à faire de l'extrême droite, incarnée par le Rassemblement national, son unique adversaire, a encore une fois bien fonctionné, renforçant dans le même temps la menace que cela représente pour l'avenir de la France.

La gauche dans son ensemble sort terriblement affaiblie de ce scrutin ; le PCF, malgré une campagne dynamique n'a pas été identifié comme parti utile

à la transformation sociale et démocratique plébiscitée par une grande majorité de la population.

Malgré cela, notre visibilité dans la campagne et notre liste reconnue comme représentative du monde du travail nous ont permis de mobiliser de nombreux soutiens et notamment, en ce qui nous concerne, du monde de la santé.

Conforté, E. Macron passe à l'acte II de son quinquennat, qui n'est que la continuité et l'accélération de sa politique de régression sociale appliquée depuis deux ans.

Réforme de l'assurance chômage, des retraites, loi sur le vieillissement, loi de modernisation de notre système de santé, PLFSS pour 2020, tout est prêt pour amplifier la casse de notre modèle social, pour liquider notre service public de santé.

Depuis plusieurs mois, les personnels des urgences et les hospitaliers se mobilisent et tirent la sonnette d'alarme dénonçant le manque de personnel, le manque de lits d'hospitalisation, le manque de matériel, la vétusté des locaux... mais le chef de l'État et sa ministre de la santé A. Buzin restent sourds et indifférents à ces mobilisations

dans les établissements et aux cris d'alarme des personnels. Cette crise des services d'urgences, directement imputable aux politiques d'austérité menées vis-à-vis de l'hôpital public depuis de longues années, n'est que le reflet d'une crise sanitaire profonde.

Nous apportons notre soutien inconditionnel aux personnels des urgences en lutte et aux mobilisations dans les établis-

sements hospitaliers qui se développent et s'amplifient partout sur le territoire et nous mettons en débat notre plan d'urgence pour l'hôpital public avec l'arrêt des restructurations, la création de 100 000 emplois et la réduction des contraintes budgétaires. Les parlementaires communistes ont par ailleurs déposé un projet de proposition de loi tendant à instaurer un moratoire sur les fermetures de lits et de services dans les établissements de santé et l'arrêt des restructurations.

Pour que cette proposition de loi soit entendue soyons nombreuses et nombreux à l'appuyer en signant la pétition sur [www.urgence-sante.org](http://www.urgence-sante.org).

Maryse Montangon

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

pour  
atteindre  
l'objectif

d'un million

signez la pétition

sauvons  
nos hôpitaux

sur

[www.urgencesante.org](http://www.urgencesante.org)



## LES URGENCES MIROIR GROSSISSANT DE LA CURE D'AUSTÉRITÉ QUE SUBIT L'HÔPITAL PUBLIC

**O**n ne le dira jamais assez, les urgences sont le miroir grossissant de tous les problèmes et dysfonctionnements du système de santé.

Les urgences sont l'interface entre la ville et l'hôpital, elles compensent à la fois la faillite de la médecine de ville, et deviennent le recours à tous les problèmes médicaux ou sociaux, faute de réponse ailleurs, elles compensent également la faillite de l'hôpital et faute de place d'hospitalisation deviennent des services d'hospitalisation sauvages, improvisés, sans lit, sans personnel, sans moyen.

Nous vivons un mouvement inédit, À ce jour, ce sont 140 services d'urgences qui sont en grève et de nombreux autres services hospitaliers qui participent à ce mouvement.

La population, si elle perçoit les difficultés de l'hôpital public, ne mesure pas encore l'ampleur du délabrement et les risques provoqués par une politique de casse de l'hôpital public qui refuse de dire son nom.

Depuis 30 ans, au prétexte de la sécurité, de la mutualisation et de la rationalisation des organisations et des pratiques, l'hôpital public a subi une cure d'austérité sans précédent.

Les résultats sont là, 40 % des maternités fermées, une centaine de milliers de lits supprimés en 10 ans (aux alentours de 20%), des locaux dégradés, du matériel obsolète dans de nombreuses structures, les professionnels qui quittent le navire et le recrutement de médecins ou faisant fonction avec des compétences parfois insuffisantes. Les conséquences sont là aussi, les patients entassés dans le couloir des urgences sur des brancards, une qualité des soins en baisse dans les hôpitaux généraux, des accidents médicaux dont la presse ne révèle que la partie émergée de l'iceberg.

Et pourtant, matin midi et soir, la ministre nous explique que tout est fait pour sauver l'hôpital public, améliorer la qualité des soins et la sécurité. Évidemment, elle ne peut pas dire : « Je suis en train de plier le service public pour libérer le marché au privé à but lucratif, à la médecine commerciale ». Politiquement, ça ne passerait pas. Et c'est pourtant bien de cela qu'il s'agit. Nous sommes à l'aube une nouvelle crise financière, le capital accumulé par les financiers a dépassé celui accumulé avant la crise de 2008, l'actionnaire demande de la rentabilité et pour rentabiliser une telle masse de capitaux, il faut tout marchander.

Avec près de 500 milliards d'euros (pour un budget de l'état de 392 milliards), le budget de la Sécu est une cible alléchante, une bonne part de cette argent est aujourd'hui directement versé sous forme de service ( retraite santé famille) et ne rentabilise pas de capital. Une hérésie pour les libéraux qui y voient sans doute un moyen de retarder la survenue de leur crise en permettant une meilleure rentabilité du capital accumulé.

Leurs choix sont donc naturels, d'une part diminuer la ponction initiale sur le capital avec les exonérations de cotisations sociales pré affectées, la CSG, le CICE, et d'autre part, ponctionner eux même une part de ces cotisations qui devraient être affectées aux besoins de la population en instituant une médecine commerciale prépondérante.

Si l'hôpital public remplit ses missions et fournit des soins de qualité dans des délais raisonnables, pourquoi le patient irait-il payer de sa poche des soins dans le privé ?

Il faut donc abattre ce qui était le meilleur système de santé au monde, garder, certes, les structures hospitalo-universitaire couteuses ou un grand hôpital de secteur dans le public, mais privatiser le reste et particulièrement le maillage de proximité.

Cette politique percute aujourd'hui de plein fouet les aspirations des professionnels de santé à bien faire leurs métiers. La souffrance au travail est partout à l'hôpital, les horaires, bousculés en permanence, l'intensification du travail par manque d'effectif, les injonctions contradictoires à la qualité tout en rognant toujours plus sur les moyens alloués, la culpabilisation permanente avec l'appel au professionnalisme pour compenser les insuffisances de l'institution et au final le constat d'être maltraitant avec le patient quoi qu'on se démène pour faire l'inverse.

Le mouvement des urgences est une œuvre d'intérêt général et nous devons tout faire (nous le faisons déjà dans de nombreux endroits) pour le soutenir, le faire grandir et le nourrir politiquement. Il faut que nous discussions partout où c'est possible avec les personnels pour leur faire mesurer les enjeux et les cause des choix politiques qu'ils subissent cela commence mais encore confusément. Et puis il faut donner de la perspective, sur les moyens financiers d'abord, avec par exemple la réaffectation du CICE, l'arrêt des exonérations de cotisation sociale, la lutte contre la fraude, aux cotisations sociales pour 20 milliards, fiscale pour 100 milliards. Tout de suite, portons avec eux l'exigence de l'arrêt de la fermeture de lits ou de service et demandons des réouvertures. Il faudra aussi remettre en cause la politique de réduction des durées moyennes de séjour en attendant le résultat d'un plan de formation massif de professionnels de santé.

Sans être ici exhaustif, on voit que nous avons des propositions immédiates et de long terme, la santé particulièrement depuis Ambroise Croizat, c'est l'ADN des communistes. Exprimons-le.

Loïc Pen

médecin urgentiste à l'hôpital de Creil



## ALLIER LA SANTÉ N'EST PAS UNE MARCHANDISE !

**D**ésertification médicale, spécialités hospitalières de plus en plus éloignées, coût exorbitant des mutuelles comme des Ehpad, pénuries de médicaments, souffrances des soignants... les Bourbonnais, comme tant de Français, n'en peuvent plus du système de soins austéritaires.

Pourtant, d'autres choix sont possibles. Aussi, la section de l'agglomération moulinoise a organisé une rencontre-débat sur ces questions le 14 juin dernier. Cette rencontre s'inscrit dans la poursuite de l'atelier *Santé* initié par le député Jean-Paul Dufrègne sur sa circonscription avec la population, et du tour de France des hôpitaux.

Jean-Paul Dufrègne, Michèle Leflon membre de la commission Santé du PCF et Frédéric Rauch, économiste, ont échangé notamment sur l'orientation de la création de richesses vers le système de soins, la mise en place de centres de santé adossés au centre hospitalier avec des médecins salariés, la différence de prise en charge entre les cliniques et l'hôpital, l'intégration de la perte d'autonomie dans la protection sociale...

Michèle Leflon, en sa qualité de présidente de la *Coordination nationale des comités de défense des*



*hôpitaux et maternités de proximité*, a exposé tout l'intérêt de rassembler les citoyens sur leur bassin de vie sur ces enjeux.

Jean-Paul Dufrègne a relayé quant à lui le travail des parlementaires sur une contre-loi *Santé* ainsi que la pétition pour un moratoire de fermeture des hôpitaux de proximité.

Des perspectives de travail concrètes pour les militants moulinois.

Laetitia Planche  
PCF Moulins

## parole d'élus

### comment résoudre la désertification médicale ?



par **Jean-Jacques Mirande**  
adjoint PCF en charge des Travaux  
Urbanisme Mobilité - Ville Le Passage  
d'Agen et conseiller communautaire  
Agglo Agen

**D**ans le Lot-et-Garonne, deux communes mitoyennes, Le Passage d'Agen et Estillac, envisagent de créer un centre de santé intercommunal.

La situation de l'offre de santé est très tendue dans le département, 2 à 6 mois d'attente pour un rendez-vous avec des spécialistes.

La commune d'Estillac (2 000 habitants) ne dispose pas de médecin et la commune Le Passage d'Agen (9 700 habitants) va perdre 3 médecins sur 6 dans les 3 prochaines années.

Le projet consiste, dans un premier temps, à salarier un-e médecin qui disposera d'un lieu de consultation dans chaque commune. Et puis, si le projet s'avère concluant, il s'agira alors de travailler à la constitution d'une structure rassemblant plusieurs professionnels de santé afin d'aboutir à une offre de santé de premier niveau complète sur notre territoire.

Un groupe de travail intercommunal a été constitué pour préparer le dossier à déposer à l'ARS.

Les premiers contacts avec l'ARS ont été plutôt « froids » mais très rapidement le projet est apparu utile pour résoudre la désertification médicale.

Les élus-e-s communistes et apparentés-e-s ont proposé de rentrer en contact avec la commission santé du PCF afin d'échanger et croiser les expériences en cours.

Devant cette situation critique, le département du Lot-et-Garonne envisage ce type de solution.

Ce dispositif est une réponse concrète à un besoin vital d'accès aux soins de proximité.

Affaire à suivre.



# LA FIÈVRE MONTE

## AVEC LES PERSONNELS DES URGENCES et les hospitaliers en lutte

Depuis des semaines, les personnels des services d'urgence sont engagés dans un mouvement de grève pour alerter la population, le gouvernement sur les conditions intolérables d'accueil et de prises en charge des patients.

Face au manque de personnels, aux postes vacants, à la vétusté des locaux, au manque de matériels et de lits d'aval, à la maltraitance institutionnelle des soignant.e.s, les personnels n'en peuvent plus et tentent de le dire, de le crier, malgré l'impact limité de leur mouvement : pour raison de service public, d'obligation d'accueil, ils sont réquisitionné.e.s tous les jours et cela dans des conditions inhumaines comme à Lons-le-Saunier où des gendarmes sont venus chez des infirmières la nuit !

Dans le silence assourdissant des médias nationaux et le mépris réitéré et calculé de la ministre de la Santé, elles et ils multiplient leurs actions localement pour alerter sur la mise en danger des patients accueillis ainsi.

Le 6 juin pour les urgences, le 11 juin pour l'ensemble des services hospitaliers et le 2 juillet pour une manifestation nationale, le collectif national *Inter-Urgences* et

## aux Urgences

les organisations syndicales ont appelé à la grève et à des rassemblements pour exiger des négociations nationales.

Soumis à la loi implacable des « budgets contraints », au développement des déserts médicaux tant en milieu rural qu'en zones péri-urbaines, mais aussi aux inégalités sociales qui transforment l'hôpital en seule porte d'entrée pour se soigner, les services d'urgence sont à l'avant-poste de la crise sanitaire qui s'annonce dans notre pays.

Le projet de loi Buzyn ne répond pas à cette crise : pire, il va l'aggraver en vidant de leurs services les hôpitaux de proximité. Il ne crée pas les centres de santé publics pour accueillir les jeunes médecins qui aspirent à travailler autrement, dans l'intérêt général de la population.

Les communistes, qui n'ont de cesse, depuis des années, avec leurs parlementaires, d'exiger des moyens pérennes pour les hôpitaux à la hauteur des besoins apportent tout leur soutien aux personnels des hôpitaux et appelle la population à en faire autant. La ministre doit engager de vraies négociations. Il faut desserrer l'étau financier des hôpitaux, créer des emplois et respecter les personnels pour qu'ils ne quittent pas l'hôpital.

CNSPS du PCF

les cocos  
dans les  
collectifs  
locaux

## SEINE-SAINT-DENIS

## la formation : un atout pour des combats éclairés

En Seine Saint Denis se tenait le 13 juin une soirée de formation organisée par le CIDEFE 93, à l'attention des élu-e-s du département.

Six villes étaient représentées... Il faudra recommencer car les quarante villes du département étaient concernées par le thème : *La santé en Seine Saint Denis, urgence vitale !*

Trois intervenants se partageaient les interventions dans un dialogue au plus près des luttes en cours :

- les enjeux de la loi *Ma Santé 2022*
- l'état des lieux de la santé en Seine-Saint-Denis
- hôpitaux en Seine-Saint-Denis : APHP et GHT, où en est-on ?

Le président de l'Observatoire régional de Santé a fortement insisté sur l'étendue des déserts médicaux dans le département : 37 villes sur 40 !

Fabien Cohen a présenté les grandes lignes de la loi *Ma Santé 2022* en précisant autant ce qui relève de la continuité que de l'aggravation...

Moi-même, j'ai pu, hélas, illustrer avec les restructurations en cours, aussi bien à l'APHP implantée sur le 93 que sur les deux autres GHT (groupements hospitaliers de territoire) en voie de fusion, donc de fermetures d'activités, de lits, de baisse des offres hospitalières sur les sites existants. Il ressort des échanges, d'une part, une méconnaissance des objectifs globaux du gouvernement et, d'autre part, une sous-estimation de la réalité partagée par tous les hôpitaux publics...

S'il n'est pas toujours évident d'organiser ce type de formation-éclair, c'est absolument utile et multiplicateur dans ses effets, afin que les élu-e-s soient aux avant-postes pour la défense de notre système de santé et fassent connaître nos propositions auprès de la population.

Évelyne Vander Heym, CNSPS

## le financement à la qualité de l'hôpital un double non-sens

La ministre de la Santé a entendu la critique du mode de tarification à l'activité des hôpitaux, l'aspiration à des soins de qualité et propose donc de remplacer une partie du financement à l'activité par des dotations fonction de la qualité des soins.

C'est un double non-sens !

### C'est la négation du service public.

Pénaliser financièrement les hôpitaux où la qualité n'est pas suffisante consiste à les enfermer dans un cercle vicieux. Concrètement, cela veut dire que des hôpitaux n'ayant pas suffisamment de personnels pour assurer une qualité au top niveau vont perdre de l'argent, devoir supprimer des postes, perdre encore en qualité. Nous sommes à l'opposé d'une conception de services publics où il est du devoir des pouvoirs publics d'en garantir partout la qualité pour assurer l'égalité républicaine.

L'enveloppe fermée des dotations hospitalières reste : ce fameux ONDAM (*Objectif national des dépenses d'assurance maladie*). Il ne s'agira donc que de répartir différemment des crédits globalement insuffisants, dans une nouvelle forme de mise en concurrence des établissements entre eux, arbitraire.

### Ce n'est pas la qualité qui est prise en compte, mais une « démarche qualité » déshumanisante.

La démarche qualité est à la qualité ce qu'est le sécuritaire à la sécurité. Le sécuritaire vise non pas à assu-

rer la sécurité des citoyens mais à entretenir un sentiment d'insécurité légitimant toutes les mesures liberticides censées garantir la sécurité promue à un niveau supérieur à la démocratie.

De même, la démarche qualité entend imposer des procédures opposables quelle que soit la situation singulière en jeu. Elle substitue un soin standardisé médiocre devant prétendument garantir la qualité des soins au soin individualisé visant la qualité des soins optima en fonction des moyens et de la singularité de chaque patient qui était de règle jusqu'alors.

Cette exigence de médiocrité contribue largement au malaise des personnels hospitaliers. C'est ce deuxième non-sens avec la vision des soignants qui sera développé ici : ses fondements et ses conséquences.

Nous devons apporter des propositions. Des pistes existent mais il nous faut les enrichir pour un prochain dossier de *Globule rouge* : les contributions sont les bienvenues.

## I. l'évolution vers l'hôpital entreprise

Le service public, imposé au cours des décennies par les luttes, est une anticipation d'une société d'émancipation humaine. C'est, avec la Sécurité sociale, un principe à détruire pour la classe capitaliste : il limite le champ des profits possibles.

Le soin, historiquement partagé entre service public et médecine libérale, est un bon terrain de lutte. D'ailleurs, le capitalisme financier avec les fonds de pension et autres institutions à seul but financier remplace la propriété individuelle ou de quelques médecins dans l'hospitalisation privée.

Faire des profits sur le soin suppose la transformation de celui-ci en marchandise, avec comme corollaire l'exploitation des personnels, passés du statut

de l'aidant, dans le cadre d'une solidarité familiale ou plus paternaliste (avec le rôle historique de l'église) ou du simple « artisan », le professionnel de santé isolé installé « en libéral » à celui de salarié du privé, dont le travail dégage une plus-value pour le capital.

L'évolution pour sortir la production de soins de l'ère précapitaliste s'est ainsi faite vers deux modalités fondamentalement différentes, celle du service public et celle du grand capital. Si les premières décennies d'après-guerre ont été, avant tout, celle du développement du service public, avec la création des CHU en 1958 articulés à un maillage d'hôpitaux de proximité l'évolution ultérieure est celle de la mainmise du capital, favorisée par les gouvernements



## FINANCEMENT DE L'HÔPITAL PUBLIC

successifs. C'est ainsi que la T2A (tarification à l'activité), instaurée en 2004, a été le symbole de la mise en concurrence privé/public en accord avec les traités européens. Elle a aussi été un instrument au service des politiques avec un double but : la réduction des dépenses publiques de santé et l'augmentation des parts de marché du privé.

Cela a entraîné un rejet global de la T2A par l'opinion publique. Le gouvernement, avec la ministre de la santé, A. Buzyn, a entendu ce rejet. Dans sa duplicité, devenue habitude de gouvernement, il compte bien utiliser ce refus généralisé pour changer les méca-

nismes, sans changer les buts, et même se donner des moyens nouveaux pour y parvenir !

En substituant par divers mécanismes des dotations à une partie de la T2A, tout en restant dans l'enveloppe fermée de l'ONDAM et sans sursaut démocratique, le gouvernement va surtout ajouter de l'arbitraire aux mécanismes d'étranglement financier de l'hôpital public.

Au titre des mécanismes nouveaux l'évaluation de la qualité, ou plutôt d'une certaine « qualité », celle de la mise en œuvre des soins standardisés de la démarche qualité.

## II. les fondements de ce détournement et les conséquences

### a) La mise en concurrence public/privé transforme l'acte de soins en une marchandise

L'acte de soins relève d'un contrat passé entre l'acheteur et le vendeur, déterminant à priori le contenu du soin, reproductible, ce qui implique la standardisation : chaque soin élémentaire doit répondre à une description précise et être fait par un personnel dont la qualification est certifiée. Des protocoles sont établis décrivant les soins et leur enchaînement. Il devient ainsi possible de vendre du soin en pouvant garantir au malade devenu un client ce qu'il achète.

La transformation du malade en consommateur est d'ailleurs symbolisée par la reconnaissance des associations de consommateurs, comme associations d'usagers de la santé !

### b) Les conséquences

Elles sont multiples.

#### La déshumanisation et la perte de qualité

L'application du protocole ne tient pas compte de la spécificité de chaque individu dans sa globalité et le soin ne peut s'abstraire de ce qu'est l'être humain faite de rapports sociaux : le corps humain n'est pas une automobile ! C'est évident en psychiatrie mais c'est bien l'ensemble de la médecine qui n'a de qualité, la vraie, pas celle du contrat, que dans cette prise en charge globale. Sinon, il y a réification du patient

réduit à un organe ou à un symptôme, mais aussi des soignants (de l'aide-soignant au médecin) qui ne sont plus que les opérateurs du protocole, ne laissant plus de place à la clinique. La clinique qui est, il faut le rappeler l'art d'adapter le soin en fonction de ses connaissances, de ses moyens et de ce que l'on observe chez le patient singulier que l'on a à soigner.

#### Qui dit contrat dit judiciarisation possible

Cela contribue à la perte de qualité : la traçabilité de tous les actes fait perdre un temps considérable aux soignants. Il est plus important de noter que l'on a demandé au malade s'il a mal que de lui parler. Par ailleurs, les protocoles devenant de plus en plus opposables, les professionnels hésitent à en sortir, même quand l'état du patient le justifierait.

#### La fragmentation des soins

Qui dit contrat dit début et fin ! La prise en charge est donc limitée à la période de l'acte. L'évaluation ne prend donc pas en compte les conditions de l'accès avec tout ce que cela comporte de méconnaissance des renoncements aux soins, pour raison financière ou de proximité. Ceci a même des conséquences dans l'approche médicale de la prise en charge : la psychiatrie est sommée de se limiter au traitement de la crise.

Là aussi, le pouvoir a entendu la critique... pour faire pire ! Il veut substituer la notion de parcours à la notion d'acte, Sur le principe, il y aura toujours début



## FINANCEMENT DE L'HÔPITAL PUBLIC

et fin du parcours et donc non prise en compte des conditions d'accès. L'évolution des techniques médicales permet, de fait, dans un certain nombre de cas, la réduction des durées d'hospitalisation mais le but est de forcer la main pour :

\* réduire les dépenses publiques de santé en transférant une part des soins, l'accompagnement, le nursing, des personnels soignants, vers l'entourage familial avec des conséquences qui peuvent être dramatiques quand celui-ci est absent ou défaillant et qui traduisent, dans tous les cas, le recul de la solidarité de la société, s'étriquant dans la solidarité familiale et posant toute la question des aidants familiaux

\* favoriser le secteur privé à la fois par le recours à des professionnels libéraux de santé en l'absence d'un service public de soins ambulatoires présent partout, porté par des centres de santé, et par l'entrée dans le jeu des complémentaires pour « monter » ces parcours : l'aide à domicile après hospitalisation fait maintenant partie des arguments publicitaires des « bonnes » assurances pour ne donner qu'un exemple, sans parler de l'évolution à craindre vers les réseaux de soins à la mode anglo-saxonne, une manière de tuer la Sécurité sociale : ce serait, avec la Sécurité sociale, une prise en charge du soin standardisé défini par la démarche qualité et avec une « bonne » complémentaire un soin personnalisé.

Même la prévention est fragmentée dans des appels à projet des ARS vers les associations !

**Des défaillances dans la sécurité des soins :** en limitant la notion de qualité à la durée de la prise en charge, en fermant des services de proximité, des maternités en particulier, au prétexte de la qualité, le pouvoir a une vision étriquée de la sécurité, avec de vraies pertes de chance dans de nombreux territoires de notre pays.

**La souffrance du personnel.** Elle est maintenant reconnue. C'est une question de moyens : l'insuffisance en nombre du personnel ne lui permet pas de prendre en charge correctement les patients. Il y a le travail prescrit, qui ne peut être réalisé faute de moyens. Mais plus fondamentalement le travail souhaité par les soignants pour la prise en charge qu'ils pensent bien, entre en contradiction avec la standardisation des soins voulue par leur marchandisation.

En conclusion, nous refusons le financement à la qualité. Nous refusons l'imposture d'une qualité de papier. La vraie qualité passe par la création d'emplois, le développement des formations, la reconnaissance des qualifications et des droits nouveaux pour les salariés dans l'organisation de leur travail. Il faut de vrais critères de gestion de qualité au service public de santé prenant en compte la globalité de la santé ; l'humain avant la rentabilité !

Michèle Leflon, CNSPS du PCF