La Commune

France - Les hôpitaux en état de choc

Chronique hebdo n°9 du 19 au 26 avril 2009

supplément à

La Commune journal en langue française de militants du NPA membres du courant international Mouvement Socialiste des Travailleurs-International-(IVème Internationale)

n°9 du 19 au 26 avril 2009

"La lutte de classe est nationale dans sa forme, internationale dans son contenu"
(Karl Marx)

SOMMAIRE : France : Les hôpitaux en état de choc

Nos liens : Venezuela:www.aporrea.org www.mareasocialista.com Argentine : www. mst.org.ar France : www.npa2009.org	**Annexes** 1. Congrès de l'USD Santé-Action Sociale 49 Motion du 3 avril 2009 2. Les 25 signataires de l'appel "contre la mort de l'hôpital public" 3. "Un virus mortel l'hôpital public" , par le Pr Gibelin (EXTRAITS) 4. Carte de la désertification hospitalière

Lutte de classes en France

Loi HPST dite "loi Bachelot"

Les hôpitaux en état de choc

Refusé aux urgences, un homme décède peu après. Ce drame s'est noué tout dernièrement, à Troyes. Un homme de 51 ans est mort des suites d'une crise cardiaque, ce 5 avril, après avoir été éconduit des Urgences de l'hôpital, faute de places. Comme souvent, en pareil cas, l'administration de l'Hôpital tente de se couvrir. Mais, de toute façon, les vrais coupables sont ailleurs, calfeutrés dans leurs ministères.

Ce drame n'est pas un fait isolé. " *Cet hiver, l'enchaînement des accidents médicaux (il y en aurait environ 10.000 par an, selon la ministre) est venu rappeler avec insistance ses insuffisances, comme aux urgences de Longjumeau où un homme est décédé avant que ne se libère un lit en réanimation.* " (Mediapart - Carine Fouteau 09/02/09)

Les causes qui avaient abouti à la mort de 15000 personnes en dix jours de canicule, il y a six ans, n'ont pas été extirpées. Ce mal qui frappe les hôpitaux s'est encore aggravé. Et loin de le soulager, la loi - Hôpitaux, Patients,Santé et Territoire (HPST) pourrait le rendre bien plus terrible encore.

Ce mal doit être appelé par son nom : rentabilité, " maîtrise " des dépenses de santé qui veut dire en réalité rationnement des soins.

Le projet de loi HSPT entre de plain-pied dans cette logique toujours plus poussée du rationnement des soins.

A cet effet, il donne corps aux Agences régionales de santé. Ces ARS, dotées de pouvoirs exorbitants, empiéteront sur les prérogatives de l'Assurance-maladie. Concrètement, elles absorberont les actuelles ARH (agences régionales de l'hospitalisation).

Projet HPST : des agences régionales de santé omnipotentes

Selon la fédération SUD-Santé, les ARS " *vont pouvoir fermer et regrouper de nombreux hôpitaux, en privatiser d'autres par le biais de groupements de coopération sanitaire. Les cliniques privées commerciales pourront se voir confier des missions de services publics, comme si ces missions étaient compatibles avec les profits réclamés par leurs actionnaires, principalement des fonds d'investissements spéculatifs !* "
En effet, l'ARS, selon le projet de loi HPST : *"définit, finance et évalue les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie " Elle est chargée de " réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux et de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé"*
Quant au statut des ARS, le projet le définit comme suit :

l'agence régionale de santé est un établissement public de l'Etat. Elle est dotée d'un conseil de surveillance et dirigée par un directeur général.

Mais, cet établissement, nous le verrons plus loin, ne relève pas pour autant de la Fonction publique. Ce qui n'est évidemment pas neutre.

Les pouvoirs du directeur général de l'ARS sont impressionnants, si l'on en croit le projet de loi HPST

Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

" 1° l'adapter aux besoins de la population ;

" 2° Garantir la qualité et la sécurité des soins ;

" 3° Améliorer l'organisation et l'efficience de l'offre de soins et maîtriser son coût, notamment lorsque la procédure décrite à l'article L. 6143-3-1 n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement ;

" 4° Améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

Et enfin, ce décideur a la faculté de " recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale."
C'est dire que ces ARS seront des Etablissements publics administratifs, de droit privé, doués d'une large

autonomie, leur directeur devenant un véritable potentat régional. Mais, nous dira t-on, le projet HPST prévoit un contrôle de l'activité de l'ARS par un conseil de surveillance.
" Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Il est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers élus ou désignés, selon des modalités définies par décret.
" Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.
" Il approuve le compte financier. Il émet au moins une fois par an un avis sur les résultats de l'action menée par l'agence. "
Il s'agit là d'une " surveillance " a posteriori, purement contemplative et consultative.

Projet HPST : une nouvelle race de directeurs

Dans ce droit-fil, les pouvoirs du directeur d'un hôpital font de ce dernier un satrape local.
En effet, dans le projet HPST, nous lisons :
" Le président du directoire [Le directeur. NDLR] *est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par décret.*

" Après consultation des autres membres du directoire, le président du directoire :

" 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
Arrête le projet médical de l'établissement et décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

" 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

" 4° Détermine le programme d'investissement ;

" 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

" 6° Arrête l'organisation interne de l'établissement et conclut les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1"

Les " communautés hospitalières de territoires " : leviers de la rentabilisation

Autre élément-clé du dispositif destructeur de ce projet, la création des " *communautés hospitalières de territoire* ". Sous couleur de " *favoriser les coopérations entre établissements de Santé*", ces " *communautés " seront un puissant levier pour accélérer fermetures d'établissement et restructurations aux fins de rentabilité accrue*.

l'article 12 du projet stipule en effet :

"Des établissements publics de santé peuvent constituer une communauté hospitalière de territoire. Cette communauté hospitalière a pour objectifs de mettre en oeuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements membres. Un établissement public de santé ne peut adhérer à plus d'une communauté hospitalière de territoire."

Tout d'abord, ces fusions déguisées se traduiront par des suppressions d'emploi parmi le personnel administratif, étant entendu que :

Les modalités de coopération entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion ainsi que les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers

Ensuite, il paraît évident que deux hôpitaux d'une même " communauté " ne pourront avoir les mêmes

activités ou services.
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire contient des orientations relatives aux complémentarités d'offre de soin des établissements membres et à leurs évolutions

l'enfer étant comme on le sait, pavé de bonnes intentions (la " *coopération* "), le beau principe de " la complémentarité d'offre de soins " implique, d'abord et avant tout, des " *offres* " différentes d'un établissement à l'autre. Si, par exemple, deux établissements sont dotés, tous deux, d'un service d'ophtalmologie, il y aura alors " transfert " de cette activité d'un hosto à l'autre. Malheureusement, nous n'extrapolons pas.

Le projet HSPT est très explicite sur ce point

Après avis des conseils de surveillance des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire, le directeur de l'établissement siège peut décider des transferts ou, le cas échéant, la suppression, de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipement matériel lourd entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire.

Transferts, restructurations, suppressions ; telle est la trame de ce dispositif dont est seul maître le directeur de l'établissement, pouvant décider SEUL de tous ces sordides chambardements et dépeçages.

Vers une médecine " mercantile " ?

Face à cette loi, 25 professeurs pratiquant dans les grands hôpitaux s'insurgent :

" Le Parlement va-t-il voter la loi "Bachelot" qui porte en elle la disparition de cette médecine hospitalière au profit d'une médecine mercantile ? Le maître-mot n'est plus la santé mais la rentabilité. La préoccupation centrale n'est plus le malade mais le compte d'exploitation de l'hôpital. Et les premières victimes en seront les patients et les soignants.

Cette loi cale l'hôpital sur l'entreprise. Elle donne tous les pouvoirs au Directeur de l'Hôpital, nommé et révoqué par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé, lui-même nommé et révoqué par le Conseil des Ministres. Ce directeur pourra n'avoir aucune compétence médicale ou en santé. C'est pourtant lui qui arrêtera le projet médical de l'hôpital. Lui aussi qui nommera et révoquera les médecins responsable des structures de soins (pôles, départements, services...). Sur quels critères ?

La tarification des actes est semblable dans les secteurs privé et public - comme si les pathologies et la continuité des soins y étaient comparables ! La pensée marchande dont se prévaut cette loi réduit le qualitatif au quantitatif, le malade au tarif de sa maladie.

Dans le même temps on organise des suppressions massives et injustifiées d'emplois d'infirmières et d'aides-soignants"

Le professeur Alain Fischer, chef de service à l'hôpital Necker, (connu pour ses succès dans le traitement des " *bébés bulles* ", né avec des déficits immunitaires graves) persiste et signe. " *La situation de l'hôpital est grave et la loi Bachelot va l'aggraver - prévient-il - Ce texte transforme l'hôpital en une entreprise en lui imposant la logique comptable* " Ce Professeur témoigne : " *Dans mon service d'immuno-pédiatrie, à l'hôpital Necker, j'ai un cadre soignant en moins, deux aides soignants en moins et moins d'infirmières. Cela oblige à fermer des lits et rallonge les délais d'attente pour les enfants qui doivent être pris en charge. Au total, l'Assistance Publique a décidé de supprimer 900 emplois en 2009*" Sources : [le Parisien/ Aujourd'hui le 17/04/2009)

Eh bien, c'est Claude Evin, président de la fédération hospitalière de France et membre éminent du Parti socialiste qui monte au créneau contre ces médecins dans les colonnes du Parisien/ Aujourd'hui en France (17/04/2009). Cela peut sembler surprenant mais pas tant que ça.
Claude Evin, ancien ministre de la Santé au début des années 90, a été l'un des principaux artisans de la la création de la CSG. Il va jusqu'à dire :

" *Par ailleurs, les 25 médecins de l'appel critiquent certaines mesures qui ne sont pas dans le texte de loi, mais dans la loi de financement de la Sécu. D'ailleurs, on peut discuter de la tarification à l'activité, mais cette tarification à l'activité est plus juste que le budget global"* [par budget global hospitalier, EVIN entend la dotation globale (DG) versée par la Sécu aux hôpitaux publics. NDLR]

Que le budget global soit injuste, on ne lui pas envoyé dire et Evin est plutôt mal placé pour en parler ainsi puisqu'il a soutenu ardemment les gouvernements " de gauche " qui l'ont mis en place. De même, les lois

de financement de la sécurité sociale sont une invention " de gauche " puisque la première loi de financement de la sécu a été édictée, dès 1997, par le gouvernement Jospin encore flambant, neuf. Ces lois consacrent l'ingérence de l'Etat dans cette institution " à part " qu'est la Sécu ; institution qui est la propriété confisquée, mais propriété tout de même, des salariés.

Rappelons donc de quoi il en retourne.

Le virus T2A

De 1983 à 2003, les hôpitaux publics et certains hôpitaux privés à but non lucratifs étaient financés par la Dotation globale annuelle versée par l'Assurance maladie. Cette enveloppe était donc limitée. Le budget des hôpitaux était donc corseté, encamisolé dans cette enveloppe globale. Cette enveloppe était reconduite chaque année et légèrement augmentée selon une estimation globale de l'augmentation des dépenses hospitalières. Les suppressions de lits, entre autres, sont la rançon de cette réforme " de gauche " du financement des hôpitaux.

Pour mémoire, c'est la loi du 19 janvier qui a instauré cette dotation globale en lieu et place du prix de journée (auparavant le financement des hôpitaux publics par la Sécu découlait d'une tarification du prix de journée). Rappelons d'ailleurs que l'auteur de cette loi de rationnement des dépenses hospitalières était le ministre PCF de la Santé Jack Ralite

Depuis 2003, le système du budget global hospitalier cède progressivement la place au principe de la tarification financement à l'activité dit T2A qui permet " *d'harmoniser* " le financement des hôpitaux publics avec le financement des hôpitaux privés à but lucratif.

Ce système a été, là encore, expérimenté par un gouvernement " de gauche " et pour être plus précis par une certaine Martine Aubry. Ainsi, la loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU autorisait à titre expérimental " *de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie* " puis " *de nouveaux modes de financement fondés sur les activités des établissements* ". C'est cet objectif assigné par un gouvernement " de gauche " qui a été repris en 2002 par le gouvernement de droite qui lui a succédé dans le plan " Hôpital 2007 ", sur l'ensemble des activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) en hospitalisation complète, de jour ou à domicile

Voilà, ci-dessous, le principe de ce financement, selon un document du ministère de la Santé

Explication ministérielle : "*Le niveau d'activité génère des recettes qui autorisent l'engagement de dépenses transformées en moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activités qui génère des recettes*"

Partant les budgets sont donc alloués en fonction de l'activité produite.

Ce principe, très clairement, favorise les activités les plus rentables au détriment des autres. C'est l'application de la culture du résultat, issue de la LOLF (loi d'orientation de la loi de finances) au secteur hospitalier. La Direction de l'hospitalisation de l'organisation des soins (DOHS), organisme ministériel a déjà " pointé " en partie les dérives inhérentes à ce système de financement :

-réduction des durées de séjour

-segmentation des séjours

-sélection des patients
-
-inadaptation des soins en fonction de la gravité des besoins

Autant de conséquences que la DHOS présente comme de simples " effets pervers ".

Pour sa part, le professeur Pierre Gibelin, du Service de cardiologie du CHU de Nice porte un jugement sans appel sur ce mode de financement propice à la privatisation

"*Avec le principe de la convergence des tarifs entre public et privé, par la mise en place de la tarification à l'acte (T2A), la fameuse menace d'une médecine à deux vitesses, souvent dénoncée par certaines organisations syndicales ou politiques, va réellement se mettre en place.*

Avec, d'un côté, l'hôpital public, pour les pathologies les moins rentables et les patients les moins bien couverts. Et, de l'autre, les cliniques privées, pour les activités rentables et les patients les mieux couverts. " (Lire de larges extraits de ce point de vue publié dans Libé du 26/01/09, en Annexe)

En résumé, le droit à la santé fait partie des droits fondamentaux qui sont gravement remis en

cause sous le coup des réformes successives.
l'exigence du retrait de la loi HPST-Bachelot que revendique, haut et clair, le NPA, est une revendication-clé.
La gravité des attaques, T2A multiplié par projet HPST, dans le domaine de la santé, simultanément aux attaques contre le droit au travail, le droit au logement, ne laissent pas d'autre choix que la préparation de la grève générale, comme le demandent des organismes de la CGT de plus en plus nombreux.

Le 19/04/09

Annexe n°1

Congrès de l'USD Santé-Action Sociale 49

Motion du 3 avril 2009

Après les très fortes mobilisations des 29 Janvier et 19 Mars derniers dans le département et notamment dans notre secteur (20% de grévistes au CHU d'Angers, 56% au Centre de Santé Mentale angevin, 1000 salariés de l'Action Sociale derrière une banderole unitaire CGT, FO et SUD), le Congrès de l'USD Santé-Action Sociale 49 déplore les décisions confédérales qui, au nom de l'unité syndicale à tout prix, ont pour conséquence de freiner un mouvement de lutte contre les attaques scandaleuses du patronat et du gouvernement.

En effet, les syndiqués CGT de nos établissements ne comprendraient pas que la CGT, 1ère organisation syndicale en France, ne se prononce pas publiquement pour la grève générale comme seule issue unitaire à nos luttes d'aujourd'hui.

C'est dans ce sens que l'USD Santé-Action Sociale 49 appelle tous les salariés, non salariés, étudiants, chômeurs, retraités.... à participer massivement à la grande journée de mobilisation du 1er Mai, étape essentielle pour se diriger vers la grève générale.

Motion adoptée à l'unanimité le Vendredi 3 Avril 2009.

Annexe n°2

Les 25 signataires de l'appel " contre la mort de l'hôpital public "

Pr. Basdevant, endocrinologue, Pitié Salpetrière

Pr. Bourgeois, rhumatologue, Pitié Salpetrière

Pr. Bousser, neurologue, Lariboisière

Pr. Brochard, anesthésiste réanimateur, Henri Mondor

Pr. Dubourg, cardiologue, Ambroise Paré

Pr. Fischer, pédiatre, Necker Enfants Malades

Pr. Franco, chirurgien digestif, Antoine Béclère

Pr. Frydman, gynécologue obstétricien, Antoine Béclère

Pr. Gaudric ophtalmologue, Lariboisière

Pr. Gluckman, hématologue, Saint Louis

Pr. Godeau, médecin interniste, Henri Mondor

Pr. Grimaldi, diabétologue, Pitié Salpetrière

Pr. Guillevin, médecin interniste, Cochin

Pr. Kieffer, chirurgien vasculaire, Pitié Salpetrière

Pr. Kuttenn, gynécologue médicale, Pitié Salpetrière

Pr. Lyon-Caen, neurologue, Pitié Salpetrière

Pr. Mariette, rhumatologue, Bicêtre

Pr. Menasche, chirurgien cardiaque, Georges Pompidou

Pr. Musset, radiologue, Antoine Béclère

Pr. Niaudet, pédiatre, Necker Enfants Malades

Pr. Sahel, ophtalmologue, Hôpital des Quinze-Vingt

Pr. Sedel, chirurgien orthopédiste, Lariboisière

Pr. Valla, hépatologue, Beaujon

Pr. Varet, hématologue, Necker

Pr. Vernant, hématologue, Pitié Salpetrière

Annexe 3

Un virus mortel à l'hôpital public ", par le Pr Gibelin (EXTRAITS)

" (...) le principe de solidarité et d'égalité de l'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire ne pourra pas survivre à cette réforme.
Voyons pour quelles raisons.
Les missions des hôpitaux publics et des cliniques privées ne sont pas les mêmes.

Les hôpitaux publics prennent en charge tous les patients. Quelles que soient leurs pathologies, quelque soit leur âge, sachant que les personnes très jeunes ou très âgées sont souvent moins rentables.
Quelque soit leur statut social : patients en situation précaire, SDF, immigrés, sans papiers, personnes n'ayant pas ou peu de couverture sociale, personnes insolvables ou au RMI...

Les hôpitaux publics assurent des missions d'intérêt général : la recherche, l'enseignement.

Et des missions d'intérêt général à proprement parler : centre de dépistage anonyme et gratuit, éducation thérapeutique pour les malades chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, asthme ...), soins aux détenus.
La permanence des soins : l'hôpital public assure la plus grande partie des urgences, ce qui engendre de nombreuses activités non programmées. Ces activités représentent un surcoût d'environ 60% par rapport aux pathologies programmées.

Les coûts des hôpitaux comprennent des dépenses qui ne sont pas incluses dans ceux des cliniques privées (honoraires des médecins, examens para cliniques).

Enfin, les charges structurelles ne sont pas les mêmes : contraintes géographiques pour les hôpitaux des zones de faible population, normes de repos et de sécurité plus contraignantes découlant des directives européennes (temps de travail des médecins, repos de sécurité), qui ne s'appliquent pas aux médecins non salariés des cliniques privés. Personnels plus qualifiés (aides aux blocs opératoires sans qualification dans le privé).

La réforme va être responsable d'effets " pervers ", tels que la mise en concurrence et les gaspillages.

Les établissements de santé vont entrer en concurrence entre eux, mais également à l'intérieur même de l'hôpital, entraînant des rivalités entre les services ou les pôles (regroupement de plusieurs services avec à la tête un médecin et un administratif avec un budget propre).(...)

Le ministère prévoit qu'environ 200 établissements publics, sur 1 000 en France, seront condamnés soit à disparaître, soit à fusionner, faute d'activité rentable suffisante.

Ainsi, l'asphyxie budgétaire programmée des hôpitaux publics aboutira rapidement à une réduction des effectifs sur l'ensemble du territoire, car les dépenses du personnel représentent près de 70% des budgets.
A titre d'exemple, la Fédération Hospitalière de France prévoit une suppression de 20 000 emplois. Les régions les plus touchées seront la région Paca, avec 3 270 postes et la région parisienne, avec 3 400 postes.

Parallèlement, les cliniques privées qui concentrent leurs activités sur celles qui sont les plus rentables, dans le souci de reverser les profits aux actionnaires, se développent et sont de plus en plus concentrées entre les mains de grands groupes, souvent étrangers.

Citons, pour mémoire, les plus grands groupes, tels que La Générale de Santé (175 établissements) à capitaux essentiellement italiens, le groupe Vitalia (46 cliniques), appartenant au fond d'investissement américain Blackstone, Capio (26 établissements), détenu par des fonds américains et européens et Midi-partenaire (22 cliniques), aux capitaux britanniques.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (étude 583), les cliniques en France ont eu un taux de rentabilité de 16% en 2005, et la Générale de Santé a reversé 420 M€ à ses actionnaires en 2006 (...)

Ainsi, les actionnaires réalisent des profits importants, payés par l'argent public, car ils ont investi dans des établissements qui choisissent leurs patients et qui se concentrent sur les seules activités rentables.

On comprend la pression sur le gouvernement de ces groupes pour récupérer la part d'activité rentable encore effectuée dans les hôpitaux publics et l'intérêt qu'ils ont à ce qu'ils se transforment en hospices pour personnes non solvables et maladies chroniques en dehors de quelques grandes métropoles.

Paradoxalement, pour lutter contre cette tendance, mais avec, à la fin, le même résultat, le Syndicat national des cadres hospitaliers propose de lutter, à armes égales, avec les cliniques privées, en transformant les hôpitaux publics en cliniques privées.

On est loin du principe de l'égalité d'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire !

Au total, l'hôpital est malade de ce virus au nom bizarre de T2A, qui a été inoculé petit à petit, de manière insidieuse, tel un poison mortel.
Comme nous venons de le voir, la convergence des tarifs publics/privés conduira progressivement au démantèlement du service public de santé. (...)

Annexe n°4

Carte de la désertification hospitalière (source : Mediapart Carine Fouteau ; 09 02 09)

Modifié le dimanche 12 juillet 2009

Voir aussi dans la catégorie Lettre de la Commune - Chronique Hebdo

Il y a quelque chose de pourri au royaume de Macron

Un pouvoir en marche pour sa réélection qui n'en finit pas de traîner des casseroles judiciaires … Une classe politique en décalage total avec la clairvoyance des masse … la fin de régime... »

« La colère sociale est là » ...

A la question ; « Craignez-vous un printemps social ? », Philippe Martinez, secrétaire général de la CGT, invité au Grand Jury RTL-Le Figaro-LCI du 31 janvier 2021, avait répondu : « Non, je... »

Nous sommes en guerre … contre Macron !

Leurs élections valent plus que nos vies ! Au plus haut niveau de l'État, toutes et tous savaient, aucun.e n'a rien fait ! C'est l'aveu de l'ex-ministre de la santé, Agnès Buzyn, fait... »

Pour en finir avec Macron !

La Lettre de La Commune, nouvelle série, n° 124 - Jeudi 30 janvier 2020 Après 56 jours d'un conflit historique, c'est peu dire que Macron et sa politique sont rejetés p une grande majorité... »

PAS DE RETRAIT, PAS DE TRÊVE ! PAS DE RETRAIT, PAS DE RENTRÉE !

La Lettre de La Commune, nouvelle série, n° 123 - Samedi 28 décembre 2019 Déjouant tous les pronostics, la détermination et la pugnacité des grévistes restent intactes au 24ème jour de grève... »

Contre Macron et sa réforme des retraites : grève générale !

La démonstration de force des salariés contre la réforme des retraites engagée le 5 décembre se poursuit et certains secteurs très déterminés comme les transports publics (SNCF, RATP),... »