**POUR PRESERVER L’ACCES AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE**

**POUR TOUS LES FRANÇAIS**

Madame la Ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins,

**500.000 patients** utilisent **chaque jour** les laboratoires de biologie médicale français.

Ils disposent ainsi d’un **accès aux soins direct, efficace et peu coûteux** pour l’Etat. Avec **seulement 1.8% dépenses de santé**, les laboratoires permettent de réaliser **70% des diagnostics médicaux**.

**81% des français** disposent actuellement d’un **laboratoire situé à moins de 7km** de leur domicile, dans lequel ils peuvent avoir **accès à un biologiste médical, professionnel de santé spécialisé**, pour répondre à leurs interrogations même en cas d’absence de médecin traitant. **Ce système fonctionne** et les français ont droit à une biologie médicale de qualité et de proximité.

**Malgré ce constat, l’Etat impose de façon successive des réductions de budget** annuel de la biologie, **sans se soucier des conséquences sur l’accès et la qualité des soins** des français.

**En septembre 2024**, l’Assurance Maladie a décidé d’une **nouvelle réduction drastique des tarifs** de nombreuses analysesqui conduit les **laboratoires au point de rupture** (-7% en 2023, -4% en janvier 2024, -10% en septembre 2024).

Désormais, les **laboratoires sont contraints de réduire leurs horaires d’ouverture ou de fermer** dans certaines zones, notamment rurales, ce qui va **amplifier l’inégalité d’accès aux soins** dans le pays. Près de **69% des laboratoires sont menacés** (*Etude indépendante Roland Berger – Septembre 2024*).

Le service proposé par les laboratoires pour des **résultats rapides et fiables en cas d’urgence médicale**sera fortement **dégradé**, obligeant les patients à se rendre dans des **services d’urgence situés à plusieurs dizaines de kilomètres et déjà saturés,** avec des conséquences parfois dramatiques.

**Madame la Ministre, je signe cette pétition pour affirmer mon soutien aux biologistes médicaux et dire :**

* **NON** à la destruction de la biologie médicale de proximité
* **NON** à la mise en danger de ma santé pour des raisons budgétaires
* **NON** à la suppression de mon droit de disposer d’un accès aux soins digne et efficace

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Ville** | **Signature** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Nom** | **Prénom** | **Ville** | **Signature** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Nom** | **Prénom** | **Ville** | **Signature** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |