



Editorial

Mars 2020

C'EST MAINTENANT QU'IL FAUT LES MOYENS POUR PROTEGER LES PATIENTS, PROTEGER LES PERSONNELS ET LES MEDECINS !

L'épidémie de COVID se propage rapidement dans tout le pays, et les médecins hospitaliers sont aujourd'hui confrontés à de dramatiques difficultés :

- Manque de masques et de matériels de protection : le stock a été diminué pour faire des économies budgétaires.
- Manque de lits de réanimation (5000 en France), de respirateurs, et de lits d'hospitalisation tout court, alors que 69000 ont été fermés en 15 ans, au nom du développement de l'ambulatoire et des économies de santé.
- Manque de personnel, aggravé par les arrêts maladie des personnels touchés par le virus, et la pauvreté des équipes de remplacement quand elles existent.
- Manque de tests, interdisant de tester les personnels et les patients à grande échelle, pour empêcher la transmission du virus.

Les médecins et les personnels n'ont pas attendu les injonctions gouvernementales pour faire front courageusement, quitte à fabriquer des masques de protection artisanaux pour tenter d'éviter une contamination.

Mais les conséquences de ces pénuries, ce sont ces milliers de malades et déjà ces centaines de décès, ce sont ces transferts nécessaires de malades pour trouver des lits de réanimation, d'une région à une autre, et maintenant vers les pays voisins Allemagne Luxembourg et Suisse. Ce sont ces choix qu'on nous annonce, qu'il faudrait faire entre des patients réanimables.

Aucun médecin n'exerce son métier pour en arriver là.

Les responsabilités sont connues. L'hôpital est exsangue du fait des plans d'économie, imposés depuis des années par les gouvernements successifs au nom des contingences budgétaires et de la règle des 3% maximum de dette publique imposée par l'Union Européenne.

Mr Macron lui aussi est responsable, qui a encore appliqué avec Mme Buzyn en 2018 et 2019 huit cent millions d'euros d'économies par an au système hospitalier. L'enveloppe hospitalière pour 2020 (l'ONDAM) prévoit encore 600 millions d'euros d'économies, et Mr Véran n'a pas trompé grand monde en annonçant le déblocage de 250 millions, pris sur l'enveloppe globale et qui étaient déjà destinés à l'hôpital.

Les patients, les personnels et les médecins ont besoin maintenant, non de discours martiaux sur la solidarité, la guerre au virus ou l'unité nationale, mais de mesures concrètes et immédiates rompant avec les logiques d'austérité:

- fourniture de masques et d'équipements de protection, de respirateurs, en quantité suffisante dans les plus brefs délais, quitte à ce que soient réquisitionnées les entreprises susceptibles d'en fabriquer par millions à marche forcée.
- fourniture de tests en nombre suffisant pour un dépistage massif de la population.
- réouverture des lits nécessaires à l'accueil de tous les patients, embauche de personnels en quantité suffisante, constitution d'équipes de remplacement renforcées.
- annulation immédiate de l'ONDAM, annulation immédiate des plans de fermeture de lits et de suppressions de postes.
- annulation des Plans de Retour à l'Equilibre Budgétaire, des Contrats de Retour à l'Equilibre qui pèsent aujourd'hui même sur des centaines d'hôpitaux.
- annulation totale de la dette des hôpitaux.

Paris le 23 Mars 2020.

Avant les déclarations en temps de crise, la réalité de la politique du Ministre et des ARS

Olivier VERAN débloque pour l'hôpital des sommesdéjà attribuées à l'hôpital .

Mardi 3 Mars, alors que montaient les inquiétudes concernant l'épidémie de coronavirus, Olivier VERAN, récent ministre de la Santé mais bénéficiant d'une expérience certaine dans la communication en matière de restrictions budgétaires (il était rapporteur du projet de loi de financement de la SS en 2015 sous le ministère de Mme Touraine), annonçait urbi et orbi le déblocage de « 260 millions d'aide pour les hôpitaux ».

Le nouveau ministre a sans doute beaucoup appris de Mme BUZYN qui elle-même annonçait le 06 décembre 2019 le déblocage de 415 millions dans le cadre du « plan d'urgence » pour l'hôpital annoncé le 20 Novembre.

Mais d'où venaient ces 415 millions ? S'agissait-il d'une somme venant s'ajouter à l'ONDAM hospitalier prévu pour 2019, susceptible de desserrer les contraintes budgétaires ?

Pas du tout ! Il s'agit de sommes qui ont été **soustraites** de l'ONDAM hospitalier 2019, et « **mises en réserves prudentielles** » pour garantir le respect de l'objectif des dépenses. Les 415 millions sont constitués de 305 millions de réserve prudentielle MCO + 84 millions de mise en réserve sur les activités de psychiatrie + 26 millions de réserve sur les OQN (objectifs quantifiés nationaux relatifs au financement du secteur hospitalier privé).

Comme l'écrivait le 06/12/19 le site d'information en ligne LCI, « l'annonce du dégel total des 415 millions d'euros ne constitue donc pas un budget complémentaire pour les hôpitaux maisun dû qui est déblocqué plus tôt que prévu ».

Olivier VERAN réutilise cette bonne recette de vraie-fausse aide supplémentaire en annonçant 260 millions, qui sont pris là encore sur les « réserves de l'exercice budgétaire 2019 des hôpitaux, non dépensées » d'après Le FIGARO du 03 Mars.

Les hospitaliers, confrontés aujourd'hui aux pénuries de toutes sortes (masques, respirateurs, lits de réanimation, crédits de remplacement, etc..) dont la cause réside dans l'application depuis des années de budgets de restriction pour les hôpitaux, apprécieront la « générosité » du ministre à sa juste valeur.

Mobilisation à l'hôpital de Chinon contre le plan de retour à l'équilibre

Le Centre Hospitalier du Chinonais vient d'être placé en CREF (Contrat de Retour à l'Equilibre) par l'ARS du Centre.

En conséquences, en pleine épidémie de coronavirus, 13 suppressions de postes sont inscrites à l'EPRD 2020 (budget prévisionnel), concernant d'abord les équipes de remplacement :

- 6,25 ETP en moins pour les remplacements des personnels en arrêt de travail.
- 3 ETP en moins sur les mensualités de remplacement des congés annuels.
- 1,55 ETP en moins par la suppression de l'équipe de suppléance infirmière.
- 0,75 ETP supprimé concernant un technicien qualité.
- 0,83 ETP supprimé concernant un chargé de communication
- 0,58 ETP supprimé suite à un départ au service informatique, et au renoncement à recruter un temps d'orthophoniste.

D'autres mesures sont annoncées, comme le report d'un an des mises en stage pour les personnels non titulaires, où la modification de l'organisation du temps de travail.

L'intersyndicale FO + CGT + CFE/CGC + SNMH-FO de l'hôpital a appelé à manifester à CHINON vendredi 14 Février pour le retrait des mesures annoncées et pour revendiquer les moyens nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.

Suite en page 8

Sommaire

Editorial.....	p.1
La réalité des politiques du Ministre et des ARS...	p.2
Taux de mortalité du Covid 19 : comparaison France/Allemagne.....	p.3&4
Témoignage de médecins face à la crise.....	p.5
Hommage à nos confrères.....	p.6
Curriculum Vitae du Dr Véran.....	p.7
Bulletin d'adhésion	p.8

Taux de mortalité du COVID-19 et système de soins : France vs. Allemagne

Les experts infectiologues et épidémiologistes des 2 côtés du Rhin s'interrogent sur les raisons d'un taux de mortalité plus de 3 fois supérieur en France qu'en Allemagne (3,6 fois au 20 mars selon les statistiques qui font référence du CSSE de la John Hopkins University).

Le taux de mortalité est égal au nombre de morts divisé par le nombre de personnes ayant contracté la maladie. L'explication la plus simpliste est celle du **dénominateur**. En dépistant un nombre plus important de personnes infectées, et si tous les morts sont dépistés, le taux de mortalité, qui est le rapport entre les deux, est arithmétiquement plus bas si le dépistage est plus important. Depuis le début de l'épidémie en Europe, la capacité de dépistage - et donc *in fine* le nombre de dépistages - est plus élevée en Allemagne qu'en France. Les laboratoires allemands sont en effet mieux équipés en personnel et en appareils d'analyse PCR qu'en France. L'analyse PCR se fait essentiellement dans les CHU/CHR en France alors qu'en Allemagne elle peut se faire dans tous les laboratoires. La capacité d'analyse est actuellement de 2500 cas/jour en France dans 70 laboratoires vs 23.000 en Allemagne dans 40 laboratoires, selon France Info (le 17.3.) et Der Spiegel (le 23.3.). Le facteur limitant n'est donc pas le nombre de laboratoires mais le nombre d'analyses pouvant être réalisées par l'ensemble des laboratoires et c'est là que le bât blesse en France : **où, dans les CH/CHU il manque le personnel et les appareils pour répondre aux vrais besoins en analyse**. De là jaillit le discours opportuniste officiel en France « il n'est pas utile d'analyser toute la population ». Ce discours tranche singulièrement par rapport au discours des pays mieux équipés bien plus efficaces pour dépister et pour suivre les foyers épidémiques, et donc leurs capacités d'isolement, comme en Corée du Sud, Taiwan, Hong Kong ou Singapour. Leur taux de mortalité final sera forcément très inférieur à celui en France.

L'explication principale réside cependant dans le **numérateur** :

1) Jusqu'au milieu de cette semaine, les acteurs de première ligne de notre système de santé que sont les médecins et pharmaciens de ville n'étaient pas équipés **de masques de protection**.

Ils ont pu amplement propager le virus et en être les victimes eux-mêmes comme le Président de la Fédération des Médecins de France Jean-Paul Hamon.

Ce dernier, en réponse à Macron qui se présente comme chef de guerre, lui dit : « **(nous,) on n'est pas de la chair à canon** » (France Info le 18 mars). Cette absence de protection suite à la suppression des stocks des masques en 2013 surprend nos confrères allemands. Un ancien avocat et haut fonctionnaire allemand de Bonn m'a confié qu'il serait impossible en Allemagne « à un fonctionnaire d'un ministère quelconque, même à la suite d'une injonction par le Rechnungshof (la Cour des Comptes allemande à Bonn) de prendre une telle décision qui relève du « Seuchengesetz » (loi sur les épidémies) de compétence fédérale à Berlin, où les médecins spécialistes de l'Hôpital de la Charité, centre de référence, s'y seraient opposés ».

L'hypercentralisation française aboutit à des prises de décisions trop éloignées des experts et des acteurs de terrain. Les motivations du ou des décideurs, sans doute purement comptables (15 millions d'économies sur les stocks supprimés selon JP Hamon), se révèlent aujourd'hui catastrophiques.

Dans les hôpitaux français, comme en ville, les masques sont une « denrée précieuse » (expression de Jérôme Salomon). Les remontées des services sur leur disponibilité sont très inquiétantes.

2) Les nombreux malades graves qui relèvent de **réanimation ou des soins intensifs** ont beaucoup plus de lits à leur disposition en Allemagne et contrairement à la situation dans le Grand Est en France, il ne manque pas de lits en Allemagne. La France **a fermé 13.000 lits sur les 26.000 lits disponibles avant les restructurations forcées de l'hôpital public, et sur ces 13.000 lits théoriquement restants seulement 8.000 sont de vrais lits, non des « lits papier »**. **L'Allemagne a gardé l'intégralité de ses 28.000 lits, qui sont tous disponibles**.

Comment l'Allemagne a-t-elle pu garder presque tous ses lits d'hospitalisation alors que plus de 100.000 lits de toutes spécialités ont été supprimés en France ?

Contrairement à la France, la Sécurité Sociale allemande n'a jamais fait l'objet de coupes budgétaires pour alléger les contributions sociales des employeurs. **Surtout, la gestion des caisses est restée totalement indépendante du pouvoir politique comme l'était la Sécurité Sociale française de l'après-guerre.** Il serait donc impossible - comme on l'a vu pour le projet de loi de réforme de la retraite en France -, de se servir dans les caisses des organismes centraux ou de branche pour renflouer telle ou telle caisse ou une caisse nouvellement créée, fût-elle « Universelle ». Le vol est interdit dans la constitution allemande !...

La gestion des caisses de notre Sécu en France a été retirée aux syndicats par les gouvernements successifs à travers le PLFSS (dont fut chargé ... Olivier Véran !) ; le tandem Macron-Philippe cherche même à imposer aux syndicats de choisir les économies à faire pour les caisses de retraite. Comme il est demandé aux condamnés à mort en Chine de pourvoir aux frais de leur enterrement et à sa famille de payer les balles qui vont le tuer....

En Allemagne, pour faire face à l'**augmentation organique du coût de la santé**, les cotisations sociales des employeurs et des employés sont régulièrement augmentées. Même si récemment, la hausse des cotisations des employeurs a été bloquée, sans toutefois qu'elles ne soient diminuées ou exemptées, cette asymétrie ne sera pas maintenue car elle n'est plus tolérée par les partis autres que la CDU.

"Heureusement pour l'instant, les caisses sont pleines", me dit un ami allemand. Mais l'épidémie pourrait changer la donne.

Contrairement à la France, **l'Allemagne n'a pas connu une "politique efficace de réduction de l'offre de soins"**, même si certains acteurs politiques ont cherché à la développer. Leur seule victoire fut le maintien à un niveau trop bas du Numerus Clausus depuis 30 ans : 10.000 étudiants par an en Allemagne contre 9.300 en France en 2019, tout aussi insuffisant.

En somme, nos apprentis économistes français qui appliquent mathématiquement les principes du libéralisme au système de santé n'ont pas fait beaucoup d'émules en Allemagne. **On ne va pas à l'hôpital pour consommer de la santé !**

En revanche, un certain nombre d'établissements publics de ville (Stadtkrankenhaus), cantonales (Kreiskrankenhaus) et même des CHU entiers (Uniklinik) ont été privatisés, souvent avec des réductions de personnel, mais en gardant toujours les mêmes obligations en offres de soins. Ces hôpitaux sont devenus ce qu'on appelait en France « Établissements Privés Participant au Service Public Hospitalier », renforçant ainsi les rangs des établissements confessionnels PSPH qui représentaient déjà un tiers de l'offre de soins hospitaliers en Allemagne avant ces privatisations. Les hôpitaux confessionnels, quant à eux, ont une gestion indépendante de l'Etat et ils sont largement restés à l'abri des velléités de rationalisation des coûts ou des lits.

Surtout, toute comme l'éducation, la santé est entièrement gérée par les régions, indépendamment du gouvernement fédéral, d'où des décisions de confinement qui peuvent nous paraître discordantes en France, mais qui sont plus proches du terrain et de la capacité des habitants à les respecter et/ou d'en bénéficier à terme.

« Quelle région ou quelle ville en Allemagne réduirait volontairement les soins qu'elle peut fournir à sa population, celle-là même qu'elle fréquente tous les jours ? Aucune ! », me disait hier un ami Professeur de Médecine Interne du CHU de Cologne ! Ce pouvoir des régions et de ses communes, qui contrôlent avec l'église la très grande majorité des lits d'hospitalisation en Allemagne, ont été un rempart très efficace contre une tendance générale en Europe, appliquée avec une rigueur toute prussienne en France, mais dont l'Allemagne elle-même a su heureusement se préserver.

En somme, vue de l'Allemagne, la situation hospitalière vis-à-vis du coronavirus illustre un double échec en France : celui d'un modèle économique appliqué par erreur à la santé publique qui n'en relève pas, et celui d'un centralisme déconnecté de la réalité où des décisions affectant la santé sont prises par des fonctionnaires comptables incompétents en santé publique.

Dr Heiner Brinzel

Témoignages de médecins sur le terrain, confrontés aux conséquences sur la gestion de crise des plans successifs contre les hôpitaux

Dr Olivier Varnet, neurologue (22.03.2020)

Comme d'autres médecins hospitaliers parmi nous, je suis au milieu de la tempête Corona virus. Il s'agit d'un véritable tsunami :

VENDREDI : 162 passages aux urgences, tous Covids, 20% à hospitaliser, c'était le double de la veille. La réanimation est pleine de Covids, le SSPI est utilisé (pour combien de temps encore) comme réa pour les patients non covid. La chirurgie a entièrement fermé sauf urgences vitales et cancerologie non déplaçables

La neurologie a fermé, l'USIC et l'USI aussi, ces unités ainsi que la chirurgie, le SSR polyvalent et la MPR sont tous des unités covid.

Malgré cela on nous prépare au pire : des psy passent pour nous préparer à subir les conséquences des « choix » que nous ferons devant 2 malades et 1 place en réa. Les patients graves décompensent TRES vite, même ceux sans grosse tare, ceux avec comorbidité franche n'ont de toute façon pas accès à la réa.

Personne n'a jamais vu cela à l'hôpital Or cette épidémie est prévue pour s'étendre et tuer.

Le gouvernement ne fait tester quasiment personne et parallèlement envoie les salariés travailler, sans masques, meilleure méthode pour contaminer tout le monde au lieu de strictement confiner les porteurs.

Le gouvernement bloque (au moins jusqu'à aujourd'hui) l'usage de la chloroquine.

Les lits de réa sont notoirement insuffisants au regard des besoins.

Le matériel de protection des soignants est en quantité insuffisante et met en péril les personnels soignants et en particulier les réanimateurs et urgentistes

Cette situation est celle de l'Italie et je m'attends à un nombre équivalent en France sauf si des mesures très rapides sont prises. Mais nous ne sauront pas faire face au manque de respirateurs, dont les commandes ne sont pas faites. Les directions hospitalières préfèrent mettre en place des cellules de soutien psychologique au personnel confronté au « choix » de laisser mourir tel ou tel malade réanimable par manque de lit de réanimation. Les EHPAD, les psy seront sacrifiés, même pas la peine d'y penser...

Vous comprendrez que je suis un peu « sous tension », car je sais que tout ceci n'est pas inéluctable. Nous n'avons pas peur des morts, mais nous dire « vous devrez faire des choix » est tout simplement insupportable, quand on sait que les coréens qui ont une frontière commune avec la chine ont fait tout le contraire de ce qui est fait en France et réussi à juguler l'épidémie : dépistage, traitements, lits de réa. C'est possible et ce n'est pas fait.

C'est pire que tout ce que je pouvais imaginer de la part de ce gouvernement.

L'union nationale imposée par Macron n'est pas faite pour soigner les malades. Elle est faite pour faire passer sa politique. Pour cela, ils n'hésitent pas à sacrifier des milliers de malades, car il y aura je le crains des milliers de morts.

Une biologiste hospitalière

On est à 300 tests/jour. Des techniciens des différents secteurs sont venus renforcer le secteur de biologie moléculaire et ont été formés à la technique de diagnostic Covid19 tout récemment pour permettre de couvrir une plage horaire de 6h30 à 22h, H24. On nous demande de multiplier les tests mais comment fait-on? On manque d'extracteur, le nôtre n'extraite que 20 prélèvements à la fois en 2 heures. On a bien essayé d'en louer mais aucun n'est disponible. De toute façon, on est en rupture de stock côté fournisseurs pr presque tous les réactifs: la solution virale inactivatrice n'est plus disponible en tubes unitaires donc on en a commandé en "navettes" mais comme il y a un risque de débordement qd on transfère les prélèvements du labo P3 (labo en dépression avec sas de décontamination) vers la salle de PCR, l'inactivation virale n'est plus faite en P3 avec un risque sanitaire pour les techniciens. On est en rupture de polymérase qui est l'enzyme qui permet d'amplifier l'ADN. On est en rupture de tampon, de cônes pour pipeter. On bidouille comme on peut. Vendredi on ne savait pas si on allait pouvoir tenir jusqu'à lundi. On peut augmenter les prélèvements mais pour que les labos puissent suivre, il faudrait réquisitionner des usines pour nous fabriquer des automates et des réactifs en quantité suffisante, il faudrait nous donner du personnel.

HOMMAGE A NOS CONFRERES

En première ligne, cinq médecins sont morts du coronavirus, dans l'exercice de leur métier.

Mahen Ramloll,

Généraliste de 70 ans, est mort dimanche à l'hôpital de Colmar. Il faisait des remplacements à Fessenheim (Haut-Rhin), il avait confié à un collègue avoir "dû hospitaliser des patients atteints du coronavirus".

Originaire de l'île Maurice, il avait fait toute sa carrière en Alsace. Il était père de deux enfants. Il était "toujours à l'écoute, aux p'tits soins, disponible et très pédagogue".

Olivier-Jacques Schneller,

Médecin de campagne, âgé 68 ans, décédé à l'hôpital de Trévenans (Territoire-de-Belfort). Il était positif au coronavirus. Sa belle-fille lui a rendu hommage révélant son surnom "papi-castor".

"C'était un médecin de campagne, il a toujours répondu présent. Il était notre médecin, il ne comptait pas ses heures, il aurait pu prendre sa retraite, il continuait à travailler. C'était un homme doux et patient, qui avait toute la confiance de ses patients. Soyez tous fiers de ce qu'il était".

Jean-Marie Boegle,

Gynécologue-obstétricien de 66 ans. À Mulhouse il est mort du Covid-19, a indiqué dans un communiqué la clinique du Diaconat, où ce médecin exerçait "depuis 35 ans", faisant preuve d'une "exemplarité sans faille".

"Il avait contracté le virus auprès de l'une de ses patientes lors d'une consultation à son cabinet", "Il s'est fait hospitaliser tout d'abord à l'hôpital de Beaune (Côte d'Or) il y a huit jours", puis a été "transféré au CHU de Dijon où il a été intubé samedi" et où il est décédé.

Il exerçait dans un cabinet à Mulhouse et continuait à pratiquer des accouchements à la clinique Diaconat-Fonderie de Mulhouse. Son ancien professeur, le docteur Bernard Servent, le décrit comme "quelqu'un de convivial, joyeux, drôle et très attachant".

Sylvain Welling,

Généraliste de 60 ans, un "docteur estimé de tous" en Moselle, décédé à l'hôpital de Saint-Avold où il avait été admis pour des "problèmes respiratoires", dans le service de réanimation Unité COVID-19".

"C'était un médecin très actif, il était à son cabinet très tôt le matin et très tard le soir", dans sa commune de plus de 5000 habitants, située dans l'est de la Moselle. "Il a consulté jusqu'à mercredi matin avant que son état de santé ne s'aggrave". "Il était l'image du médecin de famille. Une image dont tous les confrères doivent s'inspirer" ajoute le Dr Jean Schuler son ancien associé aujourd'hui en retraite.

Jean-Jacques Razafindranazy,

Un retraité qui voulait aider, âgé de 67 ans, il avait pris en charge les premiers patients atteints du coronavirus dans l'Oise. Il est le premier médecin mort sur le front du combat contre l'épidémie. Contaminé depuis trois semaines, il avait été hospitalisé à Compiègne, Après que son état s'est dégradé, le médecin a été transféré à Lille.

"Jean-Jacques, c'était vraiment une crème. Un homme très gentil, constamment agréable, il avait toujours un mot pour chacun. Il était apprécié de tous, professionnellement et humainement. C'était quelqu'un de très discret", témoigne une soignante, effondrée, qui travaillait à ses côtés depuis dix ans. "Il rentrait tout juste de Madagascar où il avait une maison. On manquait de médecins à l'hôpital, alors il s'est proposé", poursuit-elle.

Le SNMH FO :

Nous rendons hommage à ces confrères, à ces collègues. Nous adressons nos sentiments de solidarité, de respect, d'estime et de reconnaissance à leurs familles

Chacun reconnaît en eux les confrères, les collègues totalement engagés sur ce front du combat contre l'épidémie : ils sont morts sur ce front qu'ils ont choisi en conscience.

Nous partageons la colère de leurs familles, de leurs épouses, de leurs enfants, de leurs proches au travail et dans la vie. Nous l'affirmons : cette bataille n'a pas été préparée par l'exécutif, qui fait preuve d'une incurie qui n'a d'égal que son ignorance et sa prétention.

Médecins nous tenons à notre indépendance professionnelle. C'est en conscience que nous prenons nos décisions et nos responsabilités, guidés par le seul devoir que nous avons envers nos patients.

Le SNMH FO appelle tous les collègues à s'associer à l'hommage que nous apportons à ces confrères demeurés fidèles à notre Déontologie.

Le SNMH FO tient à leur exprimer tout son respect.

Paris, le 24 mars 2020

Olivier Veran : Un « médecin de terrain » ou une girouette politique au service de la destruction du système de santé, de la sécu et de la retraite par répartition ?

Pendant ses années de chefs de clinique à Grenoble il fait science Po en parallèle. Il participe à la rédaction de la loi HPST de 2009 dans les cercles de la droite de l'époque appelé UMP. A l'époque comme président de l'ISNI il déclare « je ne souhaite pas combattre la loi Bachelot sur sa réorganisation de l'hôpital public », et avoir « une vision plus tolérante de la loi ». Pourtant on a pu depuis 2009 constater que cette loi (qu'il a contribué à écrire) fut une étape importante dans la mise en oeuvre de l'étranglement financier des hôpitaux

En 2010 et 2011, il rédige différents rapports pour le compte de X. Bertrand, ministre de la santé de N. Sarkozy. En 2012 il devient suppléant de la députée socialiste G. Fioraso puis siège sans être élu à l'Assemblée Nationale lorsque cette dernière devient ministre de la recherche dans le gouvernement Hollande . Il intègre la commission des affaires sociales. En 2015, comme député, il approuve le pacte de responsabilité par lequel M. Touraine demande 3 milliards d'euros d'économies « en maîtrisant la masse salariale, en mutualisant les achats dans les hôpitaux et en favorisant les rapprochements entre hôpitaux voisins ». Les conséquences sont dramatiquement connues : fermetures de services, manque de personnel, goulot d'étranglement aux urgences...

En 2016 il est conseiller régional PS quand la ministre de la Santé, Mme Touraine, le charge du pilotage du comité de réforme du mode de financement des établissements de santé.

En 2017, il se fait élire député de l'Isère avec l'étiquette LREM. Il est rapporteur du budget de la Sécurité sociale qui prévoit une diminution de 1,6 milliards d'euros en 2018, après celle de 10 milliards imposée les années précédentes. La Fédération hospitalière de France alarme alors : « un énième plan d'économies ... c'est la qualité des soins qui est aujourd'hui menacée. L'hôpital ne peut pas être à la fois le pilier du système de santé et ... sa variable d'ajustement économique. »

A l'été 2018, il fait voter un amendement afin de remplacer dans la constitution « sécurité sociale » par « protection sociale », avant de le retirer devant le tollé créé.

En 2019, alors que Mme BUZYN refusait et refuse toujours de satisfaire les revendications des personnels des urgences (réouvertures des lits, des embauches, 300€ de plus pour tous), il fait adopter le versement de 60€ à l'hôpital chaque fois qu'un patient sera refusé (il dit « réorienté ») aux urgences pour être réorienté vers la médecine de ville!

La énième crise (affaire Griveaux) de LREM vient de produire un nouveau ministre de la santé : le Dr Véran qui, lors de sa prise de fonction, a déclaré : « Je serai juste un peu plus à gauche ».

Resumons : Rédacteur et soutien inconditionnel de la loi Bachelot/HPST, rédacteur de rapport sous Sarkozy, député PS votant 3 milliards d'économie dans les hôpitaux, pilote de la réforme de financement des établissements de santé, député LREM rapporteur d'un budget Sécurité sociale en baisse de 1,6 milliards d'euros. Après avoir été chargé du volet organique de la réforme des retraites au sein de la commission des affaires sociales, le voici ministre de la santé en charge de faire voter la retraite à points....

Tout au long de sa zigzagante carrière, jamais le Dr Véran, favorable au CICE qui a confisqué au moins 100 milliards à la Sécu, n'a remis en cause l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance-maladie) issu des ordonnances Juppé : depuis 1996, c'est le parlement qui fixe le montant des dépenses d'assurance-maladie en fonction des moyens budgétaires et non des besoins des patients.

Monsieur le Ministre, n'est-il pas temps de changer de paradigme et de tirer toutes les conséquences de cette crise ?

Dr C Venet, Grenoble

Suite de l'article p.2

350 manifestants ont été recensés par la presse locale, dont 5 médecins présents dans la manifestation.

Jeudi 12 Mars, une délégation intersyndicale s'est invitée au Conseil de Surveillance. 50 hospitaliers présents, dont 2 médecins.

La déléguée départementale de l'ARS a déclaré que l'hôpital avait créé trop de postes les années précédentes, et qu'il fallait rétablir les comptes. Elle s'est entendue répondre par la délégation que dans le contexte de l'épidémie en cours, ce discours était d'autant plus irresponsable et inacceptable, que le CREF devrait être annulé, comme tous les autres CREF de France, que tous les postes devaient être maintenus.

Le Maire de Chinon qui préside le Conseil de Surveillance, qualifiait de « *désinvolte* » l'attitude de l'ARS, et déclarait quant à lui : « *Vos revendications concernent des instances de financement régionales et nationales. Je ne peux prendre qu'un engagement auprès de vous : continuer de porter votre parole* ».

Une demande de RDV à l'ARS du Centre était en cours au moment de l'aggravation de la crise sanitaire.

Dr Marc Lagier, Ch de Chinon

Courrier des lecteurs

Avec une politique de santé désastreuse et mal conduite depuis des dizaines d'années qui a consisté à chercher à économiser quelques millions de déficit de la Sécu et des hôpitaux, on se trouve en face d'une tragédie humaine sans précédent qui va coûter mille fois plus cher avec déjà un plan de relance à plus de 400 milliards d'euros.

Dr E.Koteira

Bulletin d'adhésion 2020

Nom:

Prénom:

Statut actuel:.....

Spécialité d'exercice:

Nom et adresse de l'Hôpital:

Adresse où vous voulez recevoir les courriers

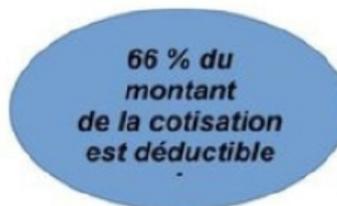
syndicaux :.....

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel:

Fax:

Mail:



À retourner, accompagné du règlement (à l'ordre du SNMH-FORCE OUVRIERE) à :

Dr Marie Paule Lemonnier 9 rue Rue Carrière-Mainguet 75011 PARIS

Tarifs 2016 :

PH Temps plein, PU-PH : 195 euros

PH Temps partiel, Assistants, Attachés temps plein : 120 euros

Internes, Attachés temps partiel, Retraités : 95 euros