Editorial

Juin 2020

Le 16 juin, contre l'imposture du Ségur, des dizaines de milliers de manifestants défendent l'hôpital

Mardi 16 juin des dizaines de milliers de manifestants dans toute la France défilaient avec des slogans peu équivoques : on entendait : « *Ségur imposture »*, *« Gouvernement responsable »*, *« Maintenant ! Tout de suite ! L'argent, les lits, les effectifs ! »*. *« Public-Privé même combat ! La prime pour tous ! »*. Puis un cortège à Lyon a même repris très spontanément : « Macron véran assassins ! Vous avez du sang sur les mains ! »
Autant de slogans et d'expressions de colère dans les manifestations qui prouvent la détermination de tous les collègues : soignants, administratifs, ouvriers, médico techniques, médecins, usagers, tous unis.

Comme nous l'écrivions dans notre communiqué du 22/05, le gouvernement a décidé d'accélérer la politique déjà mise en œuvre. Il profite de la crise du COVID pour cela. Les lits fermés pour soigner les patients COVID n'ont pas étés ré-ouverts, les suppressions de postes sont toujours poursuivies à grande échelle et l'ONDAM, enveloppe fermée entrainant un budget restrictif des hôpitaux n'a pas été annulée.

En ce qui concerne la démographie médicale, il suffit de demander aux bacheliers de cette année lesquels ont pu accéder aux études de médecine. Parcoursup est encore pire que le numérus clausus national, et aucun chiffre n'est accessible pour contrôler le nombre d'étudiants finalement admis en médecine ou en filière paramédicale.

Le ministre Olivier Veran l'a dit lui-même : « il faut accélérer les choses » et compte sur le Ségur de la santé pour le faire. A l'inverse les dizaines de milliers de manifestants le 16 juin se sont opposés à la poursuite de cette politique. Le SNMH FO se félicite de cette exceptionnelle mobilisation.
Les assemblées générales dans les établissements de santé doivent pouvoir se tenir, se poursuivre et se multiplier. Aucune union sacrée n'est possible avec ceux qui ont et continuent à casser l'hôpital.

« Soutenir » l'hôpital, « sauver » l'hôpital, « préserver » l'hôpital passera par :

- Revalorisations massives des salaires, pour garder les médecins et personnels non médicaux à l'hôpital.

- Augmentations des postes, arrêt des fermetures de lits, réouverture des lits et unités fermées.

- Abrogation des quotas d'entrée en études de médecine et paramédicales afin de permettre le recrutement de personnel nécessaire au maintien des services.

- Abrogation de l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM). Retour à un financement du système de santé en fonction des besoins des patients et non en fonction d'une enveloppe financière déterminée à l'avance.

- Respect de l'indépendance professionnelle et du secret médical

Cyrille Venet, Secrétaire National Adjoint du SNMH-FO

Dossier : Le tracing, une opération délicate au pas de charge

Quel médecin , quel soignant de terrain est capable aujourd'hui de suivre toutes les dispositions prises par l'État pour lutter contre le covid ? Difficile de suivre ce flot d'informations. Mise au point.

Les dispositions du tracing concernent tous les citoyens, elles font l'objet d'une loi. En seront les acteurs principaux : les médecins généralistes de ville, les laboratoires d'analyses médicales, des agents de l'assurance maladie, et d'autres agents recrutés spécialement. Les Agences Régionale de Santé (ARS) aussi. Mais qui à l'ARS? Le nombre de médecins de santé publique s'étant réduit drastiquement? Un processus pourvoyeur de dérives est à l'œuvre : la dilution des responsabilités. En revanche pèse sur le citoyen la responsabilité de faire connaître ses contacts pour casser la chaine de contamination… et celle de préserver leur vie privée pour ne pas casser les liens. Un dilemme dont notre société ne sortira pas indemne.

La loi du 11 mai 2020 prolonge l'état d'urgence sanitaire et autorise dans son article 11 une artillerie lourde : une obligation de transmettre dans le cadre d'un système d'information « des données personnelles concernant la santé relatives aux personnes atteintes par le virus et aux personnes ayant été en contact avec elle » (I, VI). Les informations seront transmises par un médecin ou un biologiste médical ou sous leur responsabilité. Les personnes concernées devront en être informées, mais leur consentement ne sera pas recueilli (II). La loi autorise le traitement et le partage de données à caractère personnel dans le but de lutter contre le covid-19. La Loi autorise le ministre de la santé, les ARS et un organisme d'assurance maladie à adapter leurs systèmes d'information. Les données personnelles ne devront pas être conservées plus de 3 mois après leur collecte (I). Cette autorisation est instituée pour une durée de 6 mois après la fin de l'état d'urgence sanitaire, dont on ignore encore la date.

Les données à caractère personnel concernant la santé se limitent au statut virologique ou sérologique vis-à-vis du covid-19, et/ou aux éléments probants de diagnostic clinique et d'imagerie médicale (I). Mais nous verrons plus loin que le décret du 12 mai qui a suivi prévoit le recueil de données qui ne concernent pas uniquement la santé, mais aussi la vie professionnelle.

La loi du 11 mai établit une dérogation à un article fondamental relatif au secret professionnel, et notamment au principe de partage d'information médicale, ce partage nécessitant ordinairement l'accord du patient (article L.1110-4 du code de la santé publique). De telles dérogation existent déjà pour 34 maladies à déclaration obligatoire inscrites dans le code de santé publique, notamment la tuberculose. Pour le législateur, le caractère transitoire du dispositif de transmission obligatoire du covid ne justifie pas forcément l'inscription comme maladie à déclaration obligatoire dans le code de la santé publique.

La déclaration des personnes contact : un procédé inédit et risqué

La transmission obligatoire instituée dans l'article 11 de cette loi va bien au delà de ce qui est prévu pour les maladies à déclaration obligatoire.

La loi autorise l'accès au système d'information pour la lutte contre le covid-19 à de nombreux intervenants. Les députés requérant le Conseil constitutionnel estiment que les garanties dont est entouré le dispositif sont insuffisantes, ils critiquent le nombre trop élevé de personnes qui auront accès à ces données. La crainte légitime est celle de rupture de confidentialité et d'une violation du secret professionnel. Des professionnels ayant accès au système seront tentés de rechercher et consulter des données concernant d'autres personnes que celles qu'ils sont sensés déclarer ou tracer.

La première tête de pont du décret

Un décret adopté le 12 mai 2020 autorise deux dispositifs : « CONTACT COVID » et « SI-DEP » .

Le premier dispositif passe par une adaptation du système d'information « amelipro » de la caisse nationale de l'assurance maladie. La caisse est autorisée à collecter une série de données, d'une part auprès de la personne malade dite « patient zéro », et d'autre part auprès des personnes contact lorsque le patient zéro a communiqué leurs coordonnées.

Figurent comme champs à renseigner l'identité complète de la personne, les critères diagnostiques du covid-19 et le médecin à l'origine de l'inscription, mais aussi la situation de la personne au moment du dépistage (hospitalisé, à domicile ou déjà à l'isolement), la profession et le lieu d'exercice professionnel, les régions ou États dans lesquels la personne s'est rendue dans les quatorze derniers jours, la participation à un rassemblement de plus de dix personnes dans les quatorze derniers jours, etc. Toutes ces données ne sont pas consultables par tous ceux autorisés, mais tous auront accès aux personnes contact.

Garanties de confidentialité insuffisante : les personnes en difficulté sociales voient leur droit ignoré

Une seule donnée ne peut être recueillie qu'avec le consentement de l'intéressé : la déclaration d'un besoin d'accompagnement social et d'appui à l'isolement. Mais quand la personne déclare ce besoin, le décret n'indique pas une limitation du partage de l'ensemble des données. Ainsi le décret fait un raccourci entre le signalement qu' une personne peut faire de son besoin d'aide sociale et son accord pour que les données à caractère personnel enregistrées, et notamment les personnes qu'elle fréquente, soient connues. Cette confusion est la porte ouverte à des dérives et notamment aux abus de contrôle par les établissements sociaux.

Quand les coordonnées des patients zéro et des personnes contact n'ont pas pu être recueillies, les agents habilités des organismes d'assurance maladie ont l'autorisation de contacter ces personnes aux moyens des coordonnées administratives déjà enregistrées par les organismes au titre de l'une de leurs missions. Seule la notion d'état d'urgence pourrait justifier cette utilisation non prévue initialement.

Le décret joue sur l'ambiguïté de la loi qui aborde la situation sous l'angle de la sécurité du traitement des données, et il zappe sur des phases essentielles de la mise en œuvre de cette lutte anti-infectieuse. Le décret dans la présentation du dispositif COVID CONTACT ne précise pas qui remplit tel ou tel champ. On comprend qu'il s'agit d'une injonction qui est faite à tous les professionnels de santé et même du social, injonction de transmettre, d'aider à remplir, bref de participer à cette collecte.

En pratique le dispositif fonctionnera selon le bon vouloir du médecin, auquel viendra s'ajouter celui du patient. Les agents de l'assurance maladie ou de l'ARS complèteront ces informations, toujours au bon vouloir du patient.

La deuxième tête de pont

Le décret prévoit un autre dispositif « SI-DEP », système de recueil qui s'adresse aux médecins des services ou laboratoires de biologie : ce système a pour but de centraliser les résultats d'examens de dépistage de covid-19 et est sous-traité à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Que le test soit positif ou négatif il sera déclaré. Il s'agit là encore d'un procédé inédit, les maladies à déclaration obligatoire sont signalées aux autorités sanitaires seulement quand la clinique est très évocatrice et/ou quand un procédé biologique de diagnostic s'avère positif. Les personnes ayant des tests pour écarter ces maladies ne sont pas déclarées.

La personne enregistrée dans SI-DEP ayant un résultat négatif n'a pas la possibilité de s'opposer à son enregistrement dans CONTACT COVID. Les agents habilités des organismes d'assurance maladie seront destinataires de tous les résultats pour qu'ils puissent réaliser les investigations concernant les personnes contact. Le système SI-DEP tel qu'il est présenté par le ministère ne prévoit aucun recueil de donnée sur le contexte de prescription du test. Une personne très inquiète surévaluant ses risques d'avoir été contaminée et demandant un test sera déclarée de la même manière qu'une personne contact indiscutable, par exemple le conjoint d'une personne malade et au test virologique positif. Quelles investigations complémentaires feront ces agents quand ils verront qu'une personne dépistée n'est reliée dans le premier système (COVID CONTACT) à aucun patient zéro ? Et que feront ces agents quand des personnes contact effectives ou supposées amèneront des informations et feront des demandes d'isolement pour tel individu de sa connaissance « pas encore averti » ou « toussant beaucoup », parce que de leur côté elles auront fait leur petite enquête ? Des brigades seront-elles envoyées chez ces individus ?

Le Conseil constitutionnel a indiqué qu'«en cas de placement en isolement, la décision, qui est subordonnée à la constatation médicale de l'infection de la personne, ne peut être prise qu'au vu d'un certificat médical.»

Ces mesures ne peuvent être prolongées au-delà d'un délai de quatorze jours qu'après avis médical établissant la nécessité de cette prolongation. On peut considérer qu'un test virologique positif aura valeur de constatation médicale de l'infection. Seront-ce les médecins des organismes d'assurance maladie qui rédigeront ce certificat ? Et concrètement quel agent placera en isolement les personnes malades, en quarantaine les contacts ?

Décret incomplet sur les moyens de placer les personnes en isolement ou en quarantaine

La question qui vient à l'esprit : « Tout ça pour quoi ? ». La réponse est simplissime : casser les chaînes de transmission du covid. Les moyens ressemblent à un gros bistouri ayant toutes les chances de léser les tissus, ici le tissu social qui tient debout grâce au respect de la vie privée. Le décret du 12 mai n'aborde pas ces moyens. Ces moyens sont décrit dans d'autres articles de la loi du 11 mai, le conseil constitutionnel a émis de nombreuses réserves d'interprétation. En une nuit le législateur peut-il intégrer toutes les remarques du Conseil constitutionnel ? Les rectifications ne sont probablement qu'une opération de cosmétique.

Un comité de suivi est mis en place auquel participeront des sénateurs et des députés. Notre démocratie a peut-être là une chance.

Comme pour le tracing, cette mise à l'isolement implique de nombreux acteurs. Cette dilution de la responsabilité place les médecins de terrain en position hors jeu, sauf à jouer la carte de la transparence. Sans coopération des personnes rien ne pourra être contrôlé de manière certaine et le sens civique pourrait être aussi efficace qu'un puissant système d'information.

Une fois de plus, les outils prévus par le législateur impose une approche pyramidale et partielle de la situation, avec une main mise sur des données non contextualisées. La transmission (ou obligation) des cas de covid se justifie certes, mais les dispositifs de surveillance et de suivi mis en place sont loin d'être lisibles. Ils ouvrent la porte à d'autres mesures disproportionnées au regard de ce que pourrait être une bonne gestion des affaires de santé publique.

Dr Elisabeth Rivollier

Coup de gueule : A peine le confinement levé, retour à la logique comptable de l'ARS!

Dans mon service de consultation de pédopsychiatrie, une part importante de l'activité s'est faite en télétravail pendant le confinement. Tous les collègues ont essayé de s'adapter au mieux pour assurer la continuité des soins dans ces conditions difficiles. La manque de médecin oblige la plupart d'entre nous à exercer sur plusieurs sites et plusieurs services, complexifiant encore le suivi de nos patients et bien sûr la quantification de notre activité. Ajoutés à cela l'absence de standardisation des outils de téléconsultation, le manque de matériel adapté (pas de postes informatiques équipés pour les visio-conférences...)... il a été courant de rappeler un patient d'un autre lieu de consultation que celui prévu au départ, voir de chez soi.

Dans ces conditions, difficile de faire remonter régulièrement et de manière organisée notre activité.

Quelle surprise de voir les collègues recevoir des mails de l'encadrement pour nous inciter à « faire remonter le taux d'activité » pour justifier nos budgets, car l'ARS, toute honte bue, nous reprochait une baisse de l'activité pendant cette période!

Ces mêmes ARS qui justifient par leur logique comptable depuis des années les fusions/fermetures de services, le manque de personnels, nous plongeant dans la situation de pénurie qui s'est dramatiquement exprimée pendant cette épidémie. Ces mêmes ARS qui n'ont pas su anticiper et préparer une telle crise.

Alors que dans tous les services, dans tout le pays, les soignants ont tout fait pour limiter la casse, au prix de leur santé, parfois de leur vie ; alors que tous nous demandons que les choses changent, que la logique comptable de l'ONDAM soit abandonnée, que les moyens soient enfin à la hauteur des besoins et pas limités par des enveloppes fermées, l'ARS nous répond : on continue comme avant !

Mais force est de constater que face à la reprise immédiate des attaques des ARS et du gouvernement dès la fin du confinement, la résistance des collègues a elle aussi repris immédiatement.

Dr B.Gonzales

Dossier : La retraite des Praticiens Hospitalier

A peine la phase 3 du déconfinement annoncée, E. Macron indique que des parties de la réforme des retraites vont être remises sur la table. Mise à jour sur notre statut et nos droits, pour les défendre.

Le statut des Praticiens Hospitaliers les qualifie d'agents du service public. Ils ne sont ni fonctionnaires, ni assimilés fonctionnaires.

Leur retraite est régie par deux régimes : le régime général de la Sécurité Sociale et un organisme complémentaire : l'IRCANTEC. Les deux régimes se cumulent et portent sur l'intégralité de leur carrière hospitalière.

La retraite de base

Pour leur retraite de base, les PH cotisent obligatoirement au régime général de la Sécurité Sociale par l'intermédiaire de la CNAV ; régime de retraite le plus important en France.

Pour obtenir l'ouverture de leurs droits à la retraite de base à taux plein, ils doivent valider entre 167 et 172 trimestres, à ce jour entre 42 et 43 ans selon leur année de naissance. L'âge minimum de départ à la retraite est à 62 ans, en réalité plus souvent à 65 ans en moyenne ; et désormais l'âge limite est fixé à 66 ans.

Enfin et comme pour les salariés du privé, la pension de retraite du régime général est calculée à partir des émoluments des 25 meilleures années. Ce qui ne sera plus le cas avec la réforme envisagée.

Le calcul du régime de base repose sur la formule : Pension = revenu annuel moyen x taux x nombre de trimestres cotisés/durée d'assurance requise.

Durée d'assurance requise, par ex. né en 1955 requiert 166 trimestres ; né en 1973 requiert 172 trimestres. Pas simple…

La retraite complémentaire

Pour leur retraite complémentaire, les PH cotisent à l'IRCANTEC. Arrivés à la retraite, ils percevront une pension calculée en points au prorata des cotisations versées établies en fonction de leurs salaires. Pour les PH temps plein, l'assiette de cotisation est calculée sur 100 % de leurs revenus.

Il est nécessaire de savoir que les prélèvements IRCANTEC se font à partir des émoluments reçus par le PH et le prélèvement se fait en deux tranches selon un taux d'appel.

la tranche A prélevée sur une partie du salaire brut versé au PH correspondant au plafond de la SS c'est-à-dire 3428 euros en 2020. Le PH cotise sur cette tranche A à hauteur de 2,8% et l'employeur à hauteur de 4,20%.

La tranche B est prélevée sur la partie du salaire qui dépasse le plafond de la SS (par exemple 3000 euros si le salaire brut total du PH est de 6428 euros). Le PH cotise 6,95% sur cette tranche B, l'employeur 12,55%.

C'est donc l'hôpital qui met la main à la poche pour la plus grosse partie de la retraite complémentaire IRCANTEC qui sera versée au PH retraité.

Point important, "l'effet de tranche".

La tranche A est immuable car tous les PH dépassent en salaire le plafond de la SS. La tranche B n'est pas immuable. Si le PH est à temps partiel, la tranche A reste la même, mais la tranche B diminue de façon très importante. Un PH à 0,8 d'ETP voit la part de la tranche B réduite de 30% ; un PH à 0,5% d'ETP voit la part de la tranche B réduite de 75%. Enfin, un PH qui choisit le secteur privé hospitalier voit la tranche B disparaître totalement. Pour ce dernier, il devra se tourner vers la complémentaire du privé : la CARMF.

Enfin, si la retraite de base du régime général (CNAV) est une retraite par répartition, la retraite complémentaire versée par l'IRCANTEC repose sur le système à points.

L'actualité braque les projecteurs sur la réforme de la retraite universelle à points. Le gouvernement prend les français pour des enfants en leur disant qu'il n'y a rien à craindre avec le système à points. Ce n'est pas vrai.

Un exemple ? Lorsque les PH ont enfin obtenu de haute lutte que les gardes harassantes et pénibles vécues pendant des décennies non suivies à l'époque du précieux repos compensateur le lendemain matin, soient enfin versées dans l'assiette de cotisation de l'IRCANTEC, chaque garde rapportait 15 points. Quelques années après, subrepticement, le taux a été ramené à 13 %, puis à 10%... Voilà ce que l'on peut faire avec le système à points et de façon quasiment invisible pour le commun des cotisants.

Que se passe-t-il si le praticien souhaite prolonger.

Actuellement si on est né à partir de 1955, on peut travailler jusqu'à 67 ans. Il n'y a aucune autorisation à solliciter ; il suffit de ne pas demander à faire valoir ses droits à la retraite. A ce titre, la DAM (Direction des Affaires Médicales) ou l'administration de l'hôpital envoie des courriers-types aux PH un ou deux ans avant leurs 65 ans pour qu'ils fassent connaître leur position.

Il convient néanmoins de s'enquérir de la procédure de l'hôpital dans lequel on exerce. En effet, il semblerait que le formalisme à ce sujet dépende de deux facteurs : la compétence des administratifs du lieu d'exercice et leur envie d'être utile au PH, et s'il est en odeur de sainteté ou non. En principe dans un grand CHG ou un CHU et plus particulièrement s'il existe une DAM, la procédure sera routinière et appliquée.

Pour prolonger d'une année – c'est-à-dire jusqu'à 68 ans -, il y a une situation de droit : être à charge de famille, avoir eu 3 enfants et un enfant en bas âge à 50 ans, avoir un enfant handicapé… Prolongation d'activité sur simple demande sans avoir besoin d'autorisations.

Il y a des situations soumises à autorisations.

Si on veut prolonger jusqu'à 70 ans après un premier report à 67 ans, la demande doit être faite au minimum 6 mois avant la date limite du report, soit au plus tard avant d'avoir atteint 66 ans et 6 mois.

C'est très simple, il suffit de faire la demande à la DAM qui fait suivre la procédure en saisissant le chef de service, le chef de pôle et la CME. Vous n'avez rien à faire.

Et là il y a un flou. Dans certains CHG, et peut-être CHU (?), on va vous dire que l'autorisation est à formuler auprès du chef de service, du chef de pôle, et de la CME. En réalité, il semblerait que cette procédure soit avancée par des administrations peu compétentes et qui par paresse peut-être, se disent que si les autorisations sont refusées par les instances ci-dessus, ce sera plus simple, puisqu'il n'y aura rien à faire.

Deux choses à savoir : l'avis défavorable du chef de service n'est pas rédhibitoire. Certes, c'est mieux qu'il soit positif mais si les praticiens de la spécialité considérée sont en nombre insuffisant, la CME doit, en principe, valider favorablement la demande de prolongation d'activité.

Surtout n'écoutez pas, soit le chef de service qui souhaiterait placer quelqu'un sur votre poste, soit l'administration qui vous vanterait le statut de retraité ET de médecin contractuel (cumul emploi-retraite) ; tout cela pour aboutir à une situation où on vous ferait travailler pour une rémunération d'échelon 4, sans bénéficier des cotisations pour votre propre retraite désormais fixée définitivement. L'intérêt du praticien est de rester jusqu'à l'heure choisie par lui pour son départ sous le statut bien plus intéressant de PH, fut-il à temps partiel.

Attention ! Que ce soit pour une demande de prolongation (nés à partir de 1955 ou avant) ou de départ à la retraite, le délai est au minimum de 6 mois, et plus si on a un gros compte épargne-temps.

En conclusion, on doit insister lourdement sur le fait que les textes actuels vont être remplacés par d'autres prochainement. Quand on interroge une DAM complaisante d'un gros CHU, on ressent un flottement dans les réponses, voire des approximations. Une CME pour des raisons fumeuses de préservation des finances de l'hôpital peut pondre des dispositions restrictives . Par exemple imposer au praticien qui dispose d'un gros compte épargne-temps de le consommer avant son départ ou de le perdre tout ou partie s'il souhaite ou doit, compte tenu du temps trop court avant son départ, récupérer la somme correspondante. Le ministère semblerait être complice de ce genre de procédure tout à fait illégale mais très compliquée à contrer lorsqu'elle a été mise en place. Summum de l'escroquerie, la CME peut plafonner le compte épargne-temps et la somme que peut emporter le praticien sera d'autant réduite. En principe c'est illégal car les textes réglementaires ne vont nullement dans ce sens. Procédure longue et coûteuse au tribunal administratif assurée…

Pour éviter cela, mieux vaut demander des renseignements sur la procédure locale et légale à l'administration environ un an avant la date du départ choisie. Si on dispose d'un compte épargne-temps important – les Anesthésistes-Réanimateurs par ex qui ont fait une quantité de gardes astronomique -, il faut s'y prendre 3 ans à l'avance pour être sûr de ne pas se faire gruger.

Dr Luc RUYNAT, BN SNMH FO

Docteur Carol ALLIOT

18 02 1961 – 15 03 2020

Carol nous a quitté subitement, subrepticement, sans nous dire au-revoir, de la façon qu'il a dû juger la plus simple pour lui comme pour nous.

Nous sommes ses camarades de combat. Tous, nous sommes surpris, atterrés, et tous nous trouvons qu'il était bien jeune pour nous quitter.

Cette maladie qu'il a combattu toute sa vie professionnelle avec force et vigueur, a souvent vu baisser son épouvantable statistique sous les coups de boutoir de Carol. Nombreux sont les hommes, les femmes et les enfants qui - grâce à sa ténacité, sa clairvoyance et son immense compétence – ont eu la vie sauve. Médecin de terrain, médecin scientifique aux nombreuses publications et bien qu'handicapé par une cruelle intervention chirurgicale en 2004, il a continué de publier jusqu'en 2017. Ses publications ont porté bien sûr sur l'oncologie-cancérologie-hématologie.

Carol était très actif au sein de la Ligue contre le Cancer ; dont il était le vice-président de la section de Haute-Savoie.

Carol était un syndicaliste de naissance. Fils d'un père postier vieux et fidèle militant à FO, c'est donc tout naturellement qu'il a suivi la même voie devenant un inconditionnel de notre syndicat à travers le SNMH dont il sera rapidement élu membre du Bureau National. Carol adorait et vénérait le service public. Disons-le, il défendait ses collègues frappés par l'injustice avec entrain et une véritable passion.

Carol a ouvert l'adhésion à *son syndicat FO* à de nombreux adhérents du CHAL (Centre Hospitalier Alpes Léman). Il a été l'organisateur de nombreuses réunions de militants sur le site. Il est toujours resté fidèle au syndicat même si ces toutes dernières années la maladie l'a éloigné du Bureau National du SNMH.

Sa famille avait une importance considérable pour l'homme. Son épouse Marta, d'origine guatémaltèque, rencontrée à Paris en 1990 alors qu'elle venait se perfectionner en biologie dans la chirurgie cardiaque, est Praticien Hospitalier en Biologie à Annecy. Marta décrit les rapports très étroits qui existaient entre Raphaël – leur fils - et son père. Le père a été le coach de son fils qui a récolté ainsi de nombreux trophées d'athlétisme. Raphaël se destine à la profession d'avocat.

Malheureusement, 2017 est une année funeste tant pour Carol qui subit un puissant assaut de la maladie, que pour Raphaël qui tombe sévèrement malade à son tour.

Les événements s'enchainent trop vite, la maladie gagne du terrain, Carol s'effondre. Carol n'aimait pas la défaite, ce dernier combat n'en est pas une. Carol aimait à dire : "Je ne veux pas entendre ceux qui disent : on est bien obligé de faire avec…" parlant de la pénurie de tout, médecins, personnel, matériel. Carol n'a jamais baissé la tête devant l'adversité, devant l'ineptie d'un système tourné vers l'économique au lieu de l'altérité ; il n'a pas baissé la tête devant la maladie, il l'a surmontée même si elle a eu le dernier mot.

A Marta, à Raphaël, nous exprimons notre plus vive affection ; à Carol notre collègue, ce combattant pour un monde meilleur, nous rendons un immense hommage.

Docteur Luc RUYNAT Bureau National SNMH FO

Prise de parole du SNMH FO au début de la manifestation de 3000 Hospitaliers et personnels de santé à TOURS le 16 Juin

Depuis des années médecins et personnels ont alerté sur l'état de l'hôpital public et du système de santé, dégradés par l'austérité budgétaire. Et il y a eu la pandémie COVID.
Certains se félicitent de la façon dont les professionnels ont tout donné pour pallier le manque de moyens, pour faire face à l'épidémie, et ils veulent donner des médailles.
Nous, nous disons : PLUS JAMAIS ÇA !

Il faut être clair : de nombreuses vies auraient été sauvées s'il y avait eu dès le départ des masques, des tests, des respirateurs et des lits de réanimation en nombre suffisant, s'il n'avait pas fallu transporter des malades dans toute la France ou à l'étranger, si tous les pensionnaires des EHPAD qui le nécessitaient avaient pu être admis à l'hôpital.

Alors nous ne nous laisserons pas enfumer par de pseudo concertations au Ségur de la Santé, dont l'objectif serait parait-il d'aller « plus vite et plus fort » dans la direction tracée par Agnès BUZYN et sa loi Santé 2022, par Marisol TOURAINE et sa loi de modernisation, par Roselyne BACHELOT et sa loi HPST, toutes ces lois qui ont amené l'Hôpital Public au bord de la destruction.

La vraie rupture que nécessite la situation c'est la rupture avec la logique de l'enveloppe budgétaire fermée, la rupture avec l'ONDAM, permettant les augmentations de salaire et les embauches de personnels nécessaires, permettant le retour aux principes fondateurs de la Sécurité Sociale selon lesquels chacun doit être soigné au mieux selon les données actuelles de la science et des connaissances médicales, sans limitation budgétaire.

Dans notre département, la vraie rupture signifie l'annulation immédiate et définitive des Contrats de Retour à l'Équilibre Financier imposés par l'ARS aux hôpitaux de Loches et Chinon, l'annulation immédiate et définitive du plan de fermeture de lits et de suppressions de postes du CHRU sous la houlette du COPERMO. Nous nous battons non seulement pour la défense de l'hôpital et du personnel, mais pour des valeurs de civilisation.

PLUS JAMAIS ÇA ! Dr Marc Lagier

Bulletin d'adhesion 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: .....

66 % du montant de la cotisation est déductible

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 2020

PH Temps plein, PU-PH : 195 euros
PH Temps partiel, Assistants, Attachés temps plein : 120 euros
Internes, Attachés temps partiel, Retraités : 95 euros