

Le système de santé français à l'agonie, sous les soins répétés de J. Castex et de tous les gouvernements depuis les années 90

Par Dr G Delépine([\[\[1\] Joignez-nous sur https://t.me/DrDelepine\)](https://t.me/DrDelepine))

La destruction organisée depuis plusieurs décennies de notre système hospitalier

En l'an 2000, notre système de distribution de soins était placé au 1^{er} rang mondial grâce à la complémentarité entre médecine de ville et hôpitaux publics et privés répartis harmonieusement sur le territoire, prenant en charge les cas les plus lourds.

En 2020, d'après l'institut Legatum, ([\[\[2\] THE LEGATUM PROSPERITY INDEX™ 2020 Creating the Pathways from Poverty to Prosperity https://docs.prosperity.com/3916/0568/0669/The_Legatum_Prosperty_Index_2020_Overview.pdf](https://docs.prosperity.com/3916/0568/0669/The_Legatum_Prosperty_Index_2020_Overview.pdf)) il a rétrogradé au 16^e rang. Depuis plusieurs années, il est fréquent d'attendre 8 heures dans une salle d'attente inconfortable sur une chaise en fer, et bondée avant d'être examiné par un médecin ou même tout simplement inscrit et « évalué » par un infirmier pour juger de l'urgence. Certains patients meurent avant la consultation comme Lou, 11 ans, morte le 22 décembre 2020 à l'hôpital Necker, à Paris, après avoir passé plusieurs heures dans la salle d'attente de l'hôpital, ([\[\[3\] Décès aux urgences : depuis un an, ces nombreux cas qui illustrent la crise L'express 2/2/2020 0 https://www.lexpress.fr/actualite/societe/deces-aux-urgences-depuis-un-an-ces-nombreux-cas-qui-illustrent-la-crise_2117608.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/deces-aux-urgences-depuis-un-an-ces-nombreux-cas-qui-illustrent-la-crise_2117608.html)) le fameux hôpital dont la vitrine avait souffert au cours d'une manifestation des gilets jaunes et dont cet incident avait passionné la presse pendant plusieurs jours. Avez-vous entendu parler de Lou ?

Le gouvernement actuel n'est pas l'unique responsable de la déliquescence catastrophique de notre système de santé, mais il en porte une part considérable par son refus d'entendre les soignants qui manifestent à répétition depuis l'élection du chef de l'état et qui furent tabassés en février 2020, immédiatement avant l'état d'urgence qui a permis d'enterrer les revendications sur l'hôpital et les retraites.

Au lieu de véritables solutions, le pouvoir a aggravé la bureaucratie oppressive uniquement préoccupée d'économies et de pouvoir. À chaque nouveau forum, les pouvoirs administratifs sont renforcés via les cruelles agences régionales de santé (ARS).

Les derniers propos du Premier ministre inquiètent, car ils confirment malheureusement la poursuite du dialogue de sourds entre ce pouvoir et les soignants. L'espoir de redresser l'hôpital à court terme s'effrite, malgré la crise du Covid qui aurait dû entraîner une amélioration si le problème et ses solutions avaient été véritablement sanitaires et les drames médicaux

répétés.

Devant la nouvelle protestation sur le nombre de lits fermés en 2020 malgré la crise, Mr Castex ose prétendre : « *il ne s'agit pas de fermeture de lits pour cause budgétaire* », alors que c'est l'une des principales raisons, évidemment *aggravée par le manque criant de personnels liés aux licenciements abusifs pour refus d'obtempérer à l'obligation « vaccinale » imposée par le président de la République.*

Pourtant ces pseudovaccins sont expérimentaux et leurs injections nécessitent le consentement libre et éclairé du citoyen, y compris personnel de soins. Or les conventions signées par la France sont toutes violées à cette occasion. Mais qu'importe, depuis 2020, on marche allégrement sur les traités signés et les lois en vigueur.

ClinicalTrials.gov
Trial record 7 of 16 for: [vaccine pfizer](#) | Covid19
[Previous Study](#) | [Return to List](#) | [Next Study](#)

Study to Describe the Safety, Tolerability, Immunogenicity, and Efficacy of RNA Vaccine Candidates Against COVID-19 in Healthy Individuals

Condition or disease	Intervention/treatment
CoV-2 InfectionCOVID-19	Biological: BNT162b1Biological: BNT162b2Other: Placebo

Design

Study Type : [Interventional \(Clinical Trial\)](#)
Estimated Enrollment : 43998 participants
Allocation: [Randomized](#)
Intervention Model: [Parallel Assignment](#)
Masking: [Triple \(Participant, Care Provider, Investigator\)](#)
Primary Purpose: [Prevention](#)
Official Title: [A PHASE 1/2/3, PLACEBO-CONTROLLED, RANDOMIZED, TOLERABILITY, IMMUNOGENICITY, AND EFFICACY OF S](#)
[INDIVIDUALS](#)
Actual Study Start Date : [April 29, 2020](#)
Estimated Primary Completion Date : [August 3, 2021](#)
Planned Study Completion Date : [January 31, 2023](#)

The safety and scientific validity of this study is the responsibility of the study sponsor and investigators. Listing a study does not mean it has been evaluated by the U.S. Federal Government. Read our disclaimer for details.



L'essai phase 3 de Pfizer n'est pas terminé!

La gestion de la santé sous l'autorité de fait de l'UE

Depuis que la gestion des hôpitaux ne dépend plus des maires, mais du pouvoir central, leur gestion ne vise plus à répondre aux besoins des populations, mais aux demandes d'économie du gouvernement qui relaie la pression renouvelée chaque année, des autorités de Bruxelles pour la diminution des budgets sociaux.

Dans le livre *Hôpitaux en détresse, patients en danger (2018)*, les auteurs (respectivement chef du service de radiologie à l'hôpital Georges-Pompidou à Paris, et neurologue ancien chef de l'unité neurovasculaire de l'hôpital universitaire de Strasbourg) expliquent crûment que :
« la mission d'un directeur d'hôpital n'est plus de soigner les gens, mais de

faire des économies ».

Jean Castex et la T2A mise en œuvre en 2006, en est l'un des principaux responsables

La T2A (Tarification A l'Activité) met en place le *concept simple pour les hôpitaux : rentabilité ou fermeture, d'où gestion de l'hôpital* comme une entreprise privée en privilégiant les actes techniques « rentables » au détriment des consultations, et de l'écoute des malades lors des soins infirmiers, chassant ainsi l'humain du soin.

Comme si un malade pouvait ou pire devait être rentable, rapporter de l'argent à l'établissement qui le soigne ? Ce concept de malade rentable s'oppose aux conceptions des assurances santé mises en place dès la fin du XIXe siècle par les patrons, qui avaient pour finalité de garder les ouvriers en bonne santé afin qu'ils soient efficaces.

Monsieur T2A J. Castex, mit en place cette réforme en tant que Directeur de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins au ministère de la Santé dont Xavier Bertrand le responsable, ce candidat en 2021 qui veut nous faire croire qu'il fera du neuf. On prend les mêmes et on recommence.

J. Castex déclarait au Monde en 2006 : « ce système nécessite un gros travail de pédagogie. Il a le mérite, d'obliger tous les établissements à se regarder avec lucidité. »

La Tarification à l'activité, la « T2A », a fait de l'Hôpital une « entreprise de production de soins ». Avec elle, l'établissement ne reçoit plus un budget destiné à répondre aux besoins de la population, mais est rémunéré d'après sa « production ».

Et comme dans toute entreprise, celle-ci doit être suffisante et rentable.

La conséquence est inéluctable. Les Hôpitaux sont incités financièrement à sélectionner les pathologies les mieux rémunérées et les patients n'entraînant pas de « surcoûts », en évitant par exemple les personnes âgées ayant de multiples pathologies, mais aussi les handicapés, etc..

La « T2A » pousse à la fermeture des services de soins ou les maternités de proximité n'atteignant pas le « seuil de rentabilité ». Pour être rentable, un séjour doit être court, et riche en actes techniques (scanner, IRM, biopsies, endoscopies, Petscan, etc.) qui rapportent des émoluments. L'examen clinique, la surveillance clinique rapprochée nécessitant beaucoup de personnels coûteux (70 % minimum du budget des établissements de soin tant publics que privés) ne sont pas valorisés et donc réduits au minimum. Cependant il y a explosion des examens complémentaires. Initialement les patients se croient bien surveillés puisqu'on les passe à la moulinette des examens.

Progressivement la déshumanisation associée (pas de temps pour expliquer le pourquoi ou les résultats) entraîne une déception grandissante des patients qui prennent conscience de devenir un pion sur l'échiquier du bénéfice. Mieux vaut donc renvoyer au plus vite (et parfois trop vite) le malade chez lui... Quitte à le réadmettre quelques jours plus tard, en générant un nouvel acte à nouveau « rentable » et un nouveau « séjour » rémunéré à nouveau. Si le malade reste quelques jours de plus cela ne rapporte quasiment rien, alors qu'un nouveau séjour est plus valorisé... La sensation d'être mis à la porte se banalise.

Les missions de service public, la nécessité de disposer de lits disponibles pour faire face à des événements exceptionnels (épidémie) n'ont guère de place dans un tel système. ([4] La mystérieuse T2A du docteur Castex ou la chaîne de démontage de l'hôpital ? (francesoir.fr))

Jean-Marc Aubert, dans son rapport « Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné » *constate* :

“La T2A ne favorise ni la qualité des soins ni la prévention et elle peut même inciter à la réalisation de soins non pertinents”

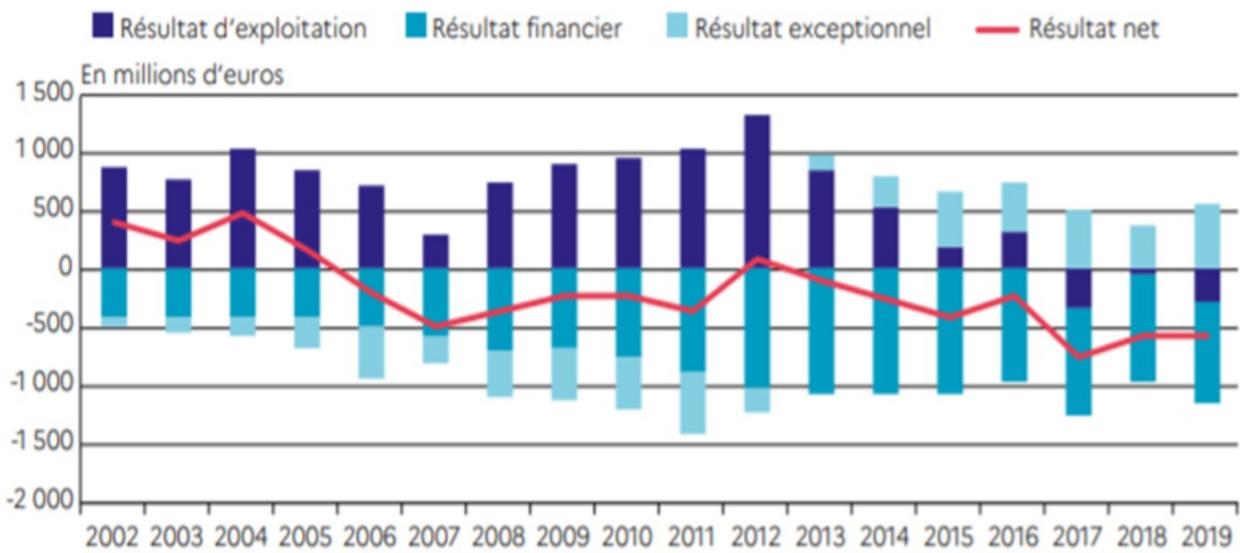
Depuis, les tarifs payés par l'assurance maladie aux hôpitaux pour rémunérer leurs actes ont baissé de 5 % tandis que, dans le même temps, l'inflation grimpait de 9,4 % et que la population vieillissante nécessitait davantage de soins.

Condamnés à faire toujours plus avec toujours moins, beaucoup d'hôpitaux (publics et privés) vivent sous perfusion.

La tarification à l'activité T2A et les contraintes budgétaires associées ont conduit les deux tiers des hôpitaux au déficit. En 2019, le déficit des hôpitaux publics atteignait 569 millions d'euros, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP) affichant la plus forte dégradation de sa situation financière, avec un déficit atteignant 2,2 % de ses recettes.

Entre 2016 et 2017, le déficit global de l'hôpital public est passé de 470 millions d'euros à 1,5 milliard €

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2002

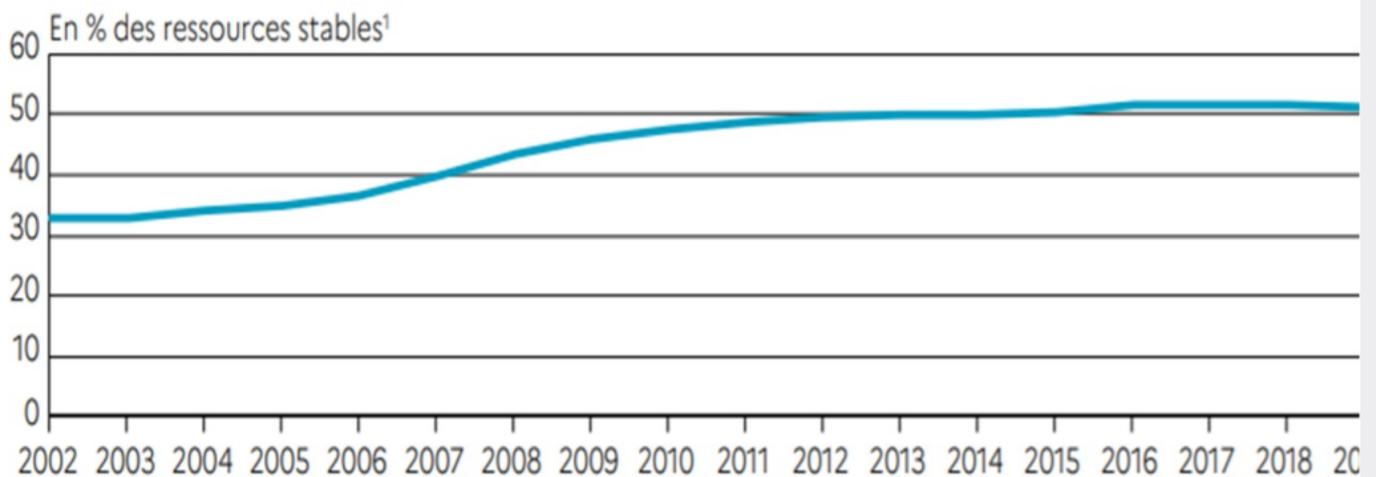


Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Certains hôpitaux sont dans une telle situation financière qu'ils ne peuvent plus payer... leurs charges sociales à l'URSSAF

Depuis la T2A, le taux d'endettement des hôpitaux est passé de 35 % à plus de 50 %

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics depuis 2002



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

La dette globale des établissements de santé a triplé passant de 9 milliards d'euros en 2002 à 30 milliards en 2013.

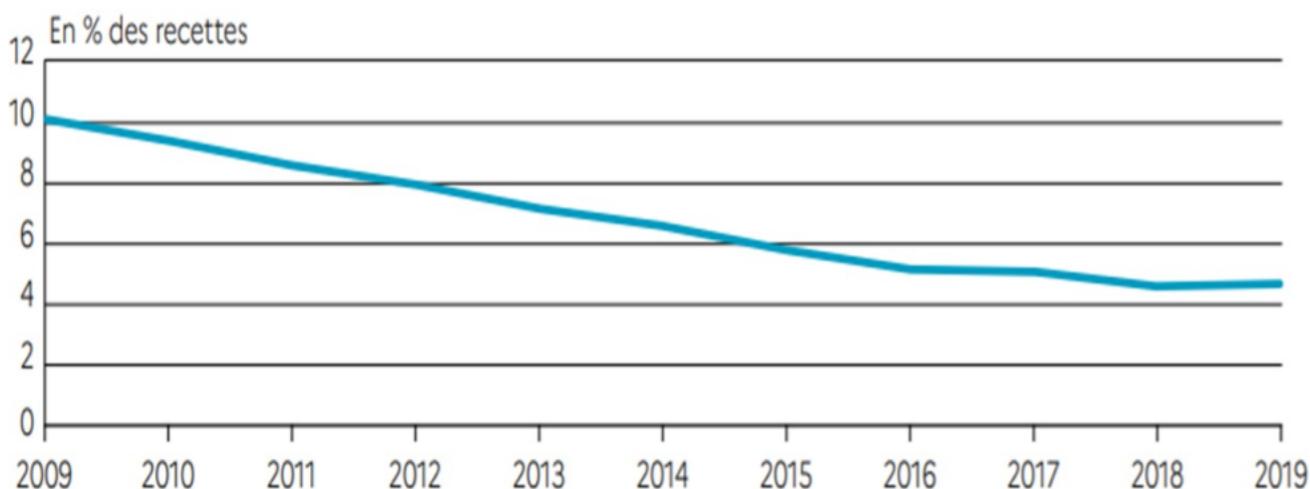
Pour l'hôpital, les politiques de restrictions budgétaires sont responsables d'une baisse des investissements, des rémunérations des personnels en francs constants et de la dégradation de leurs conditions de travail.

Dans ces années de misère, les contraintes budgétaires, la part rapidement croissante des dépenses médicamenteuses (liée à la hausse des prix des nouveaux médicaments souvent peu efficaces) et le coût d'une administration en croissance rapide ont considérablement réduit les investissements hospitaliers.

Il faut noter que les prix délirants des nouvelles molécules sont accordés par le ministère de la Santé après négociation. Mais leur inflation majeure n'est pas arrêtée malgré les possibilités théoriques du ministre.

La part des investissements dans les budgets des hôpitaux est passée de 10 % en 2009 à 5,7 % en 2017 et 4,7 % en 2019. On comprend l'état déplorable de certains établissements comme à Marseille ou à l'APHP.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2009



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

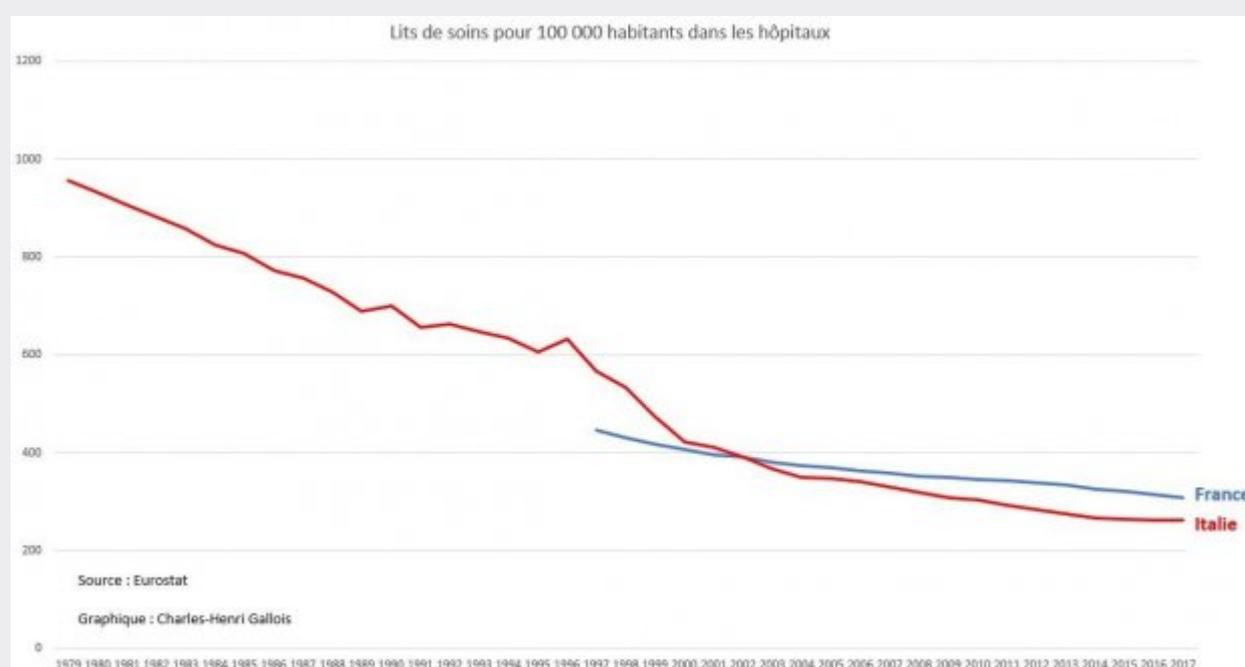
Pour diminuer les déficits, les Agences Régionales de Santé créées en 2008, et devenues de plus en plus puissantes à chaque réforme, sans contre-pouvoir, ont organisé la quasi-disparition des hôpitaux et des maternités de proximité. En quarante ans, deux tiers des maternités ont disparu, notamment les plus petites entraînant de longs trajets en voiture pour de soins parfois urgents aux conséquences potentiellement dramatiques. ([5] La Nouvelle République Le dramatique exemple du bébé de l'autoroute A 20 le 21/10/2012 <https://www.lanouvellerepublique.fr/le-blanc/le-dramatique-exemple-du-bebe-de-l-autoroute-a-20>))

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

(Drees), rattachée au ministère de la Santé, constatait dans son Panorama des établissements de santé, édition 2019, la baisse de 69 000 lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2017 alors pourtant que la population augmentait et vieillissait, nécessitant théoriquement davantage de soins, à la condition qu'on accepte de les soigner.

On a vu la décision ministérielle en mars 2020 imposée aux médecins hospitaliers ou libéraux, de laisser les malades chez eux avec du Doliprane et de refuser les hospitalisations en service aigu des personnes de plus de 75 -80 ans, quitte à les euthanasier par Rivotril s'ils commençaient à souffrir...

De nombreux services d'urgence ont aussi été fermés en les regroupant jusqu'à la saturation, les rescapés.



Des cris d'alarme ignorés

Dès les années 2003, des médecins avaient tenté d'alerter sur le danger de la bureaucratisation de la médecine comme le Pr Philippe Even. ([6] Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus... <https://livre.fnac.com/a1347780/Philippe-Even-Avertissement-aux...> Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus, Philippe Even, Bernard Debré))

En 2016, nous avons tenté attirer l'attention des politiques dont ceux qui se présentaient aux présidentielles sur la nocivité des restrictions budgétaires sur les hôpitaux et la médecine de ville, et de la mise sous tutelle de la médecine par une bureaucratie croissante par notre livre "soigner ou obéir". ([7] Nicole Delépine, Gérard Delépine Soigner ou obéir ? Premières mesures urgentes pour éviter le naufrage 1 octobre 2016)) Mais manifestement les politiques ne se sont pas intéressés au problème de la santé, estimant peut-être que ce n'était pas une priorité et pensant encore

que notre système était le meilleur au monde. Fatal error à ne pas recommencer dans cette campagne électorale.

Nous n'étions pas les seuls : tous les syndicats hospitaliers le crient depuis plus de dix ans.

Le 6 novembre 2018 pour la première fois, les quatre fédérations hospitalières – la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP), la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) ([8] Fehap –La fédération)) et Unicancer –, qui représentent hôpitaux publics, privés, privés à but non lucratif et centres de cancérologie, soit tous les établissements de soins, ont lancé ensemble, *“un cri d'alarme sur la dégradation des conditions d'activités de soins”*.

En 2019, la plupart des services d'urgence ont fait grève pendant plusieurs mois sans que le personnel soit écouté. Les soignants qui manifestaient ont reçu comme réponse des gaz lacrymogènes, des flash-balles et des promesses non tenues.

Le plan d'urgence pour l'hôpital, présenté le 20 novembre 2019, prévoyait seulement un financement supplémentaire de 1,5 milliard d'euros sur trois ans (soit chaque année une augmentation 0,5 % inférieure à la hausse des prix !). Il promettait la reprise par l'État d'un tiers de la dette hospitalière, mais en novembre 2021 cette promesse de reprise de la dette n'est plus à l'ordre du jour.

En 2020, plus de 1000 chefs de service ont démissionné de leur fonction administrative pour “sauver l'hôpital public”. En vain.

Jean Castex lorsqu'il a pris ses fonctions ne pouvait donc pas ignorer l'état financier pitoyable des hôpitaux, ni la détresse des soignants. Ses déclarations niant les faits en prétendant que ce serait *“le numerus clausus le responsable de la fermeture des lits”* augure donc mal de sa volonté de redresser l'hôpital et laisse coi, vu ses fonctions antérieures. Et à propos de la perte de l'envie de devenir soignant, des démissions par lassitude et du licenciement récent des soignants motivés, mais prudents, omerta.

La lassitude des soignants

Le Ségur de la santé de juillet 2020 ([9] Les Contes de Ségur, revus et corrigés par O. Véran...

<https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/les-contes-de-segur-revus...>) ([10] L'ambition affichée : « bâtir les fondations d'un système de santé encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires » Qu'en reste -t-il ?) n'a apporté aucune augmentation significative de salaire des soignants, seulement une promesse de médaille Covid, ([11] <https://www.ouest-france.fr/societe/fetes/14-juillet/coronavirus-mais-ou-est-passee-la-medaille-de-l-engagement-6975522> mercredi 13 mai, Sibeth Ndiaye,

alors porte-parole du gouvernement, relaie la volonté présidentielle de récompenser celles et ceux qui se sont engagés, dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

Elle annonce, une promotion unique de la Légion d'honneur et de l'Ordre national du mérite le 1er janvier. Contactée, la grande chancellerie de la Légion d'honneur dit ne pas être concernée. Elle renvoie vers l'hôtel de Matignon qui renvoie vers le palais de l'Élysée qui temporise, Sans suite.)) une augmentation de 183 euros net par mois pour certains et quelques primes distribuées avec parcimonie. Le salaire d'infirmier hospitalier reste inférieur de 10 % au salaire français moyen, ce qui situe le salaire infirmier français au 28e rang sur 32 pays, selon l'OCDE.

L'absence d'embauche pérenne (seulement quelques intérimaires pour certains hôpitaux) entraîne une surcharge permanente de travail.

Le personnel soignant en sous-effectif doit travailler dans l'urgence tout en étant confronté à un public en situation de vulnérabilité, voire de détresse entraînant souvent des agressions verbales et parfois physiques. Ces mauvaises conditions de travail aggravent les difficultés majeures à recruter que rencontre l'hôpital public. Le métier de soignant ne fait plus rêver.

On estime que 180 000 infirmières diplômées, et en âge de travailler, n'exercent plus leur métier. Parmi celles qui travaillent, une étude récente pointait que 43 % d'entre elles *"ne savent pas si elles seront toujours infirmières dans cinq ans"*.

Et la relève par les étudiants en formation est incertaine :

"Chez les infirmiers en formation entre 2018 et 2021, un peu plus d'un millier a démissionné avant la fin de leurs études"

La crise du Covid n'a hélas pas modifié la politique destructrice de l'hôpital.

Aucune réouverture de lits, mais au contraire la fermeture, malgré la crise Covid de plus de 5 700 lits d'hospitalisation complète(([12] Selon une étude menée par le ministère de la Santé (DREES) publiée en septembre 2021)) en 2020.

Alors que les autorités prétendaient que le confinement était destiné à donner du temps au gouvernement pour qu'il puisse remettre à niveau le service hospitalier ainsi que le précisait l'OMS(([13] David Nabarro ».)) lors d'une déclaration de son porte-parole :

« Le seul moment, selon nous, où un confinement s'avère pertinent, c'est pour permettre de gagner du temps, de se réorganiser, de se rassembler, de redéployer ses moyens et de protéger son personnel de santé épuisé,

mais il est clairement préférable d'éviter d'en arriver là. »

Le personnel soignant, épuisé par la crise et découragé par l'absence d'effort gouvernemental pour améliorer ses conditions de travail et de vie a davantage démissionné cette année que par le passé alors que les carrières étaient déjà très courtes en région parisienne. ([14] Défi métiers a ainsi pu établir que la durée moyenne des carrières en Ile-de-France se situe entre 11 ans et 15 ans pour les aides-soignants et entre 10,5 ans et 14,5 ans pour les infirmiers

https://www.defi-metiers.fr/sites/default/files/users/229/carrieres_as_ide_0.pdf)

Le coup de grâce a été asséné par O. Veran voulant obliger tous les soignants à se vacciner par le produit en cours d'expérimentation.

Les soignants prudents ne sont pas des antivax, mais sont beaucoup mieux informés que les journalistes et le reste de la population sur l'efficacité insuffisante et les conséquences parfois dramatiques des pseudo vaccins Covid, puisque comme les ambulanciers et les pompiers ils sont confrontés directement aux conséquences parfois catastrophiques des injections. En revanche ils sont sommés de se taire tant auprès des patients qu'à l'extérieur, sous peine de sanctions.

Ils sont majoritairement jeunes et savent qu'ils n'ont rien à craindre du Covid, que la pseudo vaccination n'empêche pas d'attraper la maladie ni de la transmettre, et que les injections ont des effets secondaires fréquents et parfois graves.

Le décès post vaccinal d'un interne de Nantes auparavant sportif en pleine santé et d'un agent hospitalier du sud de la France en ont d'emblée inquiété plus d'un. Puis les pertes sévères de performance et décès brutaux en particulier des sportifs vaccinés connus se sont multipliées.

Vouloir les contraindre à se faire injecter des médicaments génériques expérimentaux constitue une injure à leurs connaissances théoriques et à leur expérience personnelle.

Ils ont été parmi les premiers à se vacciner et ont vu une grande partie de leurs collègues vaccinés mis en arrêt de travail au point que la Haute Autorité de Santé a dû recommander ([15] France Info Covid-19 : les autorités sanitaires recommandent aux hôpitaux d'échelonner la vaccination de leur personnel en raison des effets secondaires

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/Covid-19-les-autorites-sanitaires-recommandent-aux-hopitaux-d-echelonner-la-vaccination-de-leur-personnel-en-raison-des-effets-secondaires_4294167.html) « d'échelonner les vaccinations dans les services afin d'éviter de trop nombreux arrêts de travail dans une même unité ».

Depuis l'application de la vaccination obligatoire des soignants, entre les

nouveaux vaccinés malades, les agents en arrêt de travail pour dépression, et les non-vaccinés interdits de travail, les équipes ne sont plus suffisantes pour maintenir ouverts les lits (pourtant insuffisamment nombreux) ni maintenir l'activité des blocs opératoires.

D'après l'enquête du comité scientifique présidé par J F Delfraissy, résumée dans Libération du 27 octobre 20 % des lits disponibles des CHU et CHR de France sont fermés faute de personnel soignant, des chambres vides, des services à demi fermés.

La secrétaire générale du syndicat Coordination Nationale Infirmière précise : *« Au départ on fermait des lits, et maintenant des services entiers parce qu'on n'a pas les effectifs pour les faire tourner. »* Par exemple, les urgences de Draguignan, ancienne préfecture du Var, n'assurent plus la continuité du service public qui est pourtant un droit constitutionnel.

Que pourrait faire le gouvernement s'il voulait sauver l'hôpital ?

Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France affirme :

*« L'urgence, c'est de donner envie aux jeunes générations de s'investir dans les métiers du soin et de mieux financer le système. » Cela passe par une meilleure attractivité des carrières dans l'hôpital public, mais aussi par la revalorisation des consultations du médecin généraliste. Au total, il faut embaucher 125 000 soignants.([16]
<https://www.interurgences.fr/2021/10/la-situation-est-compliquee-sans-blegue/>))*

Dans l'immédiat supprimer l'obligation vaccinale des soignants permettrait de remettre immédiatement au travail 10 % du personnel qualifié.

Dans l'immédiat, augmenter le salaire mensuel des vrais soignants (ceux au contact permanent des malades) de 300 euros afin de leur montrer qu'il ne les méprise plus et qu'il honore leur travail.

Dès que possible alléger le poids oppressant de la bureaucratie en remettant les soignants occupés par des tâches administratives à leur place naturelle, au lit des malades, et en limitant le nombre des administratifs de soutien. Alors que le personnel non soignant représente 33,7 % des effectifs en France, il ne représente que 25,1 % chez les Italiens, 25,4 % chez les Allemands, ou encore 23,7 % chez les Espagnols.

Mais J. Castex et son gouvernement veulent-ils sauver l'hôpital ? où est-il heureux des économies réalisées par ces fermetures de lits ?

Nous portons l'espoir que la Santé devienne un sujet central pour les prochaines élections présidentielles, puisque les carences de notre système ont un retentissement gravissime sur la vie des citoyens.
