



# Brèves 44

Publié le 22 mars 2023 par La rédaction



©

## **Euthanasie et suicide assisté : une douzaine d'organisations de soignants se mobilisent contre**

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap), entourée de douze autres organisations, 2SPP (Société française de soins palliatifs pédiatriques), Afsos (Association francophone des soins oncologiques de support), Anfipa (Association nationale française des infirmiers en pratique avancée), Claromed (Association pour la clarification du rôle du médecin dans le contexte des fins de vie), CNPG (Conseil national professionnel de gériatrie), CNPI (Conseil national professionnel infirmier), Fnehad (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile), Mcoor (Association nationale des médecins coordonnateurs en Ehpad et du secteur médico-social), Sfap (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs), SFC (Société française du cancer), SFGG (Société française de gériatrie et gérontologie), SNPI (Syndicat national des professionnels infirmiers groupe de soins palliatifs), Unicancer (Fédération des centres de lutte contre le cancer, groupe des soins palliatifs) signe un





avis éthique d'une trentaine de pages pour rappeler que donner la mort ou aider à mourir ne sont pas des soins et que leur réalisation ne peut être confiée aux soignants. Ces 13 organisations représentent 800 000 soignants.

Sans attendre les conclusions de la convention citoyenne, elles répondent au Comité consultatif national d'éthique (CCNE) qui dans son avis 139 trace les contours d'une aide active à mourir qui serait éthique : « *Si la légalisation d'une forme de mort administrée est avant tout un sujet sociétal, ses incidences sont principalement soignantes. Aucun pays n'a légalisé une forme de mort administrée sans insérer dans le processus la participation d'un soignant, que ce soit pour réaliser l'acte lui-même (euthanasie), pour réaliser la prescription d'un produit létal (suicide assisté modèle Oregon) ou pour réaliser une évaluation et une validation de la demande (suicide assisté modèle suisse)* ». C'est une transgression de la notion de soin. « *L'ensemble des professionnels interrogés refusent catégoriquement la démarche euthanasique, et spécifiquement les actes de préparation, de mise en place et d'administration d'une substance létale* », lit-on. Ils sont d'une autre nature que les protocoles actuels de sédation profonde et continue jusqu'au décès ou du double effet par leur intentionnalité. Ces derniers, bordés notamment par la loi Leonetti-Claeys de 2016 adoptée à l'unanimité des parlementaires, permettent aux soignants de « *tout faire pour soulager la douleur en évitant l'obstination déraisonnable, sans rechercher à provoquer délibérément la mort* ». Ils se limitent à ne pas empêcher sa survenue.

Les soignants sont plus divisés sur la question du suicide assisté, mais il y a consensus pour extraire ces procédés de la pratique soignante. Ce n'est pas au monde de la santé d'y répondre favorablement, au risque de briser les cadres normatifs et éthiques, indique l'avis. Les auteurs de l'avis pointent aussi les risques de « dérives » ou « glissement » qui mettraient en danger les plus vulnérables : enfants, personnes dépendantes, personnes atteintes de troubles cognitifs ou psychiatriques, personnes en situation de précarité etc. Enfin, ils estiment que légiférer sur l'aide active à mourir ne peut être une priorité, alors que le système sanitaire et médico-social est actuellement très fragilisé.

## Cancer du sein des femmes noires

Peu importe le type de cancer, parmi la population globale, les personnes noires sont celles dont le taux de mortalité est le plus élevé. Ces résultats sont généralement expliqués par un accès moins facile aux structures de santé et une hygiène de vie moins



bonne. Mais une étude parue dans la revue *Therapeutic advances in medical oncology* a trouvé des différences significatives entre les processus moléculaires de l'ADN des femmes noires et des femmes blanches. "Chez les femmes en général, les trois cancers les plus fréquents sont les cancers du sein, du poumon et le cancer colorectal. Le cancer du sein représente 32% des diagnostics de cancers. Chez les femmes noires, le cancer du sein ER+, à récepteurs d'œstrogènes positifs, est le sous-type de cancer du sein le plus fréquemment diagnostiqué". Les femmes noires ont 42% de plus de risques de mourir de ce type de cancer que les femmes blanches. "Il existe des facteurs liés au mode de vie et des facteurs socio-économiques qui contribuent à cette disparité (comme l'accès aux structures de santé) mais ils ne suffisent pas à expliquer totalement cette différence", explique Svasti Haricharan, professeure en biologie moléculaire au Sanform Burnham Prebys, un institut de recherche médicale à but non lucratif en Californie.

## L'automédication pourrait libérer 91 millions de consultations, prétendent les industriels du secteur !

En 2022, 91,4 millions d'ordonnances étaient constituées uniquement de produits à prescription médicale facultative. Sur ces bases, « c'est autant de consultations chez le médecin généraliste qui pourraient être libérées », affirme le délégué général de Nères. L'association des laboratoires qui fabriquent des « produits de premiers recours » – médicaments d'automédication, dispositifs médicaux et compléments alimentaires – a dévoilé ce jeudi son baromètre pour 2022 et délivré un plaidoyer pro domo pour libérer davantage ce marché. Ce marché a été de 4,3 milliards d'euros l'an passé en croissance de 14,4 %. La médecine sans médecin, est-ce le progrès ? Les industriels ont calculé, qu'en économisant les quelque 91 millions d'ordonnances constituées uniquement de ces produits, « 1,6 million de jours de temps médical pourraient être libérés, réorientés vers d'autres patients ». Soit, 16,7 jours de travail par généraliste et par an. Faute de médecins, l'automédication s'installe dans les habitudes.





## Les jeunes de plus en plus touchés par la pauvreté, selon l'Observatoire des inégalités

L'Observatoire des inégalités, organisme indépendant vient de publier un nouveau rapport sur la pauvreté, dont le taux n'a « pas baissé en France depuis 35 ans ». Louis Maurin, président de l'organisme indépendant, détaille les points clés du document.

*« En France, il n'existait aucun document rassemblant des éléments factuels sur la pauvreté ».* Il y a 4,8 millions de personnes pauvres. L'un des principaux points remontés par cette étude est la stabilisation de la pauvreté. Depuis le début des années 2000, le taux de pauvreté oscille en effet entre 6,5 % et 8,5 % de la population française. Ce sont 7,6 % de la population qui vivent aujourd'hui sous le seuil de pauvreté avec 300 ou 400 euros par mois, parfois moins. La « grande pauvreté », qui concerne aujourd'hui 2 millions de personnes. *« Ceux qui vivent avec 300 ou 400 euros par mois, parfois moins, sont des centaines de milliers. Et ils n'apparaissent presque jamais dans les compteurs officiels ».* *« En premier lieu, les jeunes adultes (de 18 à 29 ans), catégorie d'âge pour laquelle la progression a été la plus forte ces quinze dernières années. Leur taux de pauvreté a augmenté de 8,4 % à 12,3 % entre 2004 et 2019. Soit une progression de quatre points ».* *« De plus en plus de personnes ont du mal à accéder à des soins de qualité dans des délais raisonnables. Et cette situation ne se rencontre pas seulement dans des milieux ruraux. Au regard de la densité médicale, les déserts médicaux se trouvent aussi dans les zones urbaines. Il y a de fortes inégalités dans la qualité et la rapidité des soins ».*

## La nouvelle réforme des retraites ne résout en rien la question de la pénibilité au travail : elle l'aggrave.

Le gouvernement dit que son projet permettra d'« améliorer la prise en compte de la pénibilité » au travail. Ces déclarations sont en contradiction avec la politique menée depuis 2017 puisque les dispositifs existants ont été affaiblis par l'arrivée au pouvoir d'Emmanuel Macron.

En effet, la loi Touraine de 2014 avait allongé progressivement la durée de cotisation à quarante-trois annuités. Mais elle avait aussi créé le Compte personnel de prévention



de la pénibilité (C3P). Ce dispositif non rétroactif permettait aux salariés exposés à des conditions de travail éprouvantes d'accumuler des points pour financer des formations, un temps partiel sans baisse de salaire ou un départ à la retraite jusqu'à deux ans plus tôt. A l'origine, le C3P prenait en compte dix facteurs de risques :

- les « contraintes physiques marquées » : manutention manuelle de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques ;
- l'« environnement physique agressif » : agents chimiques dangereux, travail en milieu hyperbare, températures extrêmes, bruit ;
- les « rythmes de travail » : de nuit, en équipes successives alternantes, répétitif.

Ces facteurs sont qualifiés selon des seuils réglementaires de temps et d'intensité. Par exemple, un salarié pouvait faire reconnaître le bruit comme facteur de pénibilité si son niveau d'exposition quotidienne (huit heures) atteint 81 décibels en moyenne six cents heures par an.

Ces facteurs de risque ont été réduits par Macron en 2017. Emmanuel Macron avait déclaré devant le patronat, lors de la campagne présidentielle, en mars 2017, « *je n'aime pas le terme de pénibilité, donc je le supprimerai* ». Après son accession au pouvoir, le C3P a été remplacé par le Compte professionnel de prévention (C2P). Le gouvernement ne s'est pas contenté de supprimer le mot « pénibilité », il a aussi réformé son financement et retiré quatre facteurs de risques : le port de charges lourdes, les postures pénibles, les vibrations mécaniques et les risques chimiques. Il y a donc moins de bénéficiaires depuis la réforme de la pénibilité de 2017, particulièrement moins d'ouvriers.

Dans la majorité des cas (61 %), les demandeurs utilisaient leurs points pour partir plus tôt en retraite : une possibilité ouverte seulement aux salariés âgés d'au moins 55 ans et pouvant avancer le départ de deux ans au maximum. C'était pour eux le principal intérêt de cette possibilité.

Plutôt que de réintégrer les quatre facteurs de risques supprimés au C2P, le gouvernement a choisi d'insérer trois « risques ergonomiques » (port de charges lourdes, postures pénibles, vibrations mécaniques) au sein d'un nouveau Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle doté d'un milliard d'euros pour 5 ans et le dé plafonnement des points du C2P. Ceci n'ouvre aucun droit à une retraite anticipée. Jusqu'ici, un salarié ne pouvait cumuler plus de cent points au cours de sa carrière (soit vingt-cinq ans d'exposition à un facteur ou douze ans et demi pour plusieurs facteurs). La réforme prévoit de supprimer cette limite. C'est une mesure à double tranchant, car cela peut envoyer le message que la durée d'exposition



n'est pas grave puisqu'on va gagner des points. Mais on ne cumule pas sans conséquence sur la santé. Dans cet esprit le gouvernement veut aussi renforcer le suivi médical des salariés exposés aux facteurs de risques ergonomiques en créant une visite obligatoire de fin de carrière, à 61 ans, afin de favoriser un départ anticipé dès 62 ans à taux plein pour ceux qui ne sont pas en mesure de continuer de travailler.

Actuellement, le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente d'au moins 10 % à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle donne droit, sous certaines conditions, à une retraite à taux plein à 60 ans. Ce départ anticipé sera donc repoussé de deux ans avec la réforme des retraites.

On s'éloigne de la définition légale de la pénibilité qui mentionne des risques professionnels « *susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur sa santé* », et non des incapacités déjà avérées. En conclusion on passe d'un droit reconnu à une appréciation conjoncturelle. Les médecins du travail déclarent que ce n'est pas à eux de prendre ces décisions de mise en retraite. Ils seront d'ailleurs bien dans l'impossibilité de traiter ces dossiers compte tenu de la pénurie de professionnels dans le domaine de la médecine du travail.

## Fin du remboursement d'un système pour traiter l'AVC

"On est dans l'incompréhension la plus totale", réagit le directeur de l'hôpital Fondation Rothschild. Depuis le 1er mars, les cathéters de thrombo-aspiration, un équipement de pointe dans le traitement des Accidents Vasculaires Cérébraux, ne sont plus pris en charge par la Sécurité sociale. La Société française de neuroradiologie et la Société neuromusculaire ont écrit une lettre au ministère de la Santé pour demander des explications. Face aux AVC, ces cathéters sont devenus l'indication de référence dans le traitement. Ces équipements de pointe, qui se placent au niveau de l'aîne et vont jusque dans le cerveau pour retirer le caillot, permettent de sauver des vies. L'AVC touche un peu plus de 150000 personnes par an en France, c'est la première cause de handicap chez l'adulte. Le prix moyen de ces cathéters, à utilisation unique, est d'environ 1 500 euros pièce. Cela représente aujourd'hui quand même 15% du tarif remboursé par la Sécurité sociale pour un patient. Cette technologie est tellement efficace que le gouvernement a décidé qu'on en déploie davantage sur tout le territoire au plus près des patients. Mais aujourd'hui le gouvernement a décidé de retirer le



remboursement de ces cathéters.

## Et le patrimoine ?

Le patrimoine est très inégalement réparti en France où la moitié de la population détient 92% des avoirs, selon une enquête de l'Insee. Début 2021, la moitié des ménages disposait d'un patrimoine brut (avant remboursement d'emprunts) supérieur à 177.200 euros, précise l'Institut national de la Statistique. Les 1% les plus riches ont un patrimoine brut supérieur à 2,24 millions d'euros. Pour les 10% les mieux dotés, il dépasse 716.300 euros. Les 10% les plus pauvres ont un patrimoine brut inférieur à 4.000 euros, un chiffre qui tombe à 3.000 euros une fois déduits les emprunts.

L'immobilier représente 62% du patrimoine des ménages "mais les 30% des ménages les moins dotés n'en possèdent pas ou peu". Les 1% les mieux pourvus détiennent 15% du patrimoine brut et les 5% les plus riches 34%.

Au sein du patrimoine, c'est la composante professionnelle (11% du total), liée à l'activité, qui est la plus concentrée, avec les 5% les mieux dotés qui en ont 95% et les 1% du haut de l'échelle 66%. Pour la composante financière (21% du total), qui recoupe notamment l'épargne, les 5% les plus riches détiennent 49% du patrimoine et les 1% les mieux pourvus 25%. Le patrimoine brut moyen culmine à 400.000 euros chez les ménages où la personne de référence a entre 50 et 59 ans, alors que le patrimoine net moyen atteint son zénith chez les sexagénaires avec 361.400 euros, avant de baisser légèrement à 343.800 euros chez les septuagénaires.

Depuis 2020, la fortune des milliardaires français a augmenté de 58% soit plus de 200 milliards d'euros. Les inégalités deviennent insoutenables. La retraite moyenne d'une femme en France est de 1272 € alors que la fortune de Bernard Arnault augmenterait de 4,6 milliards d'euros par mois...

## Le manque d'infirmières.

La Fédération hospitalière de France affiche 15 000 postes vacants, mais ce que nous constatons avec les retours de terrain et les bilans sociaux et en prenant en compte aussi bien les hôpitaux publics, les établissements privés à but non lucratif et les



cliniques, c'est que nous étions à 7 500 postes vacants début 2020, à 34 000 fin 2020, et actuellement nous sommes à 60 000. « *Il y a aujourd'hui 180 000 infirmières de moins de 62 ans qui n'exercent plus* », a comptabilisé Thierry Amouroux, porte-parole du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI).

