



commission
Santé/Protection sociale
commissionnationaleantepcf@gmail.com

janvier-février 2024

globule rouge

LA SECU C'EST VITAL !

2024... l'hôpital public craque, les services d'urgences sont dans une situation alarmante avec les drames qui en résultent, des lits et des maternités continuent de fermer, la psychiatrie s'enfoncé de plus en plus dans la paupérisation, les soignant-es s'épuisent et abandonnent leur métier qui n'a plus de sens, les déserts médicaux et avec eux, l'égalité d'accès aux soins, gagnent tous les territoires de notre pays ! Mais, pas de panique, à 15 jours d'intervalle, le président de la République et son Premier ministre, fraîchement nommé, affirment vouloir... réarmer notre système de santé.

Dans les annonces de Gabriel Attal, lors de sa déclaration de politique générale le 31 janvier dernier, rien sur le budget de l'Hôpital, sur le grand âge, sur le handicap, sur la prévention ou sur un plan d'ampleur pour la formation ! Quelques mesures dérisoires ou déjà mises en place, mais par contre, un discours moralisateur et culpabilisant, qui pointe les soi-disant abus des patient-es qui seraient complètement irresponsables dans leurs « consommations de soins » ! Il faut donc, pour

leur rappeler leur devoir de malades, les responsabiliser et notamment en augmentant les dépenses individuelles de santé (doublement des franchises médicales, taxe « lapin »). E. Macron, lors de sa conférence de presse du 16 janvier, a d'ailleurs affirmé que « la responsabilisation des assurés sociaux n'est pas un crime horrible ».

Ce discours n'est pas nouveau et ce n'est pas anodin si le chef de l'État parle d'assurés sociaux, c'est même le cœur du processus de transfert des dépenses de santé



de l'Assurance maladie aux patient-es. Il s'agit bien là, non pas de diminuer les dépenses de santé mais uniquement de diminuer les dépenses remboursées, la part prise en charge par la solidarité pour augmenter la part livrée au marché

financier. La perspective de substituer la solidarité nationale et l'universalisme créés par notre système de Sécurité sociale à l'individualisme et aux assurances privées est, depuis le début de sa création, un objectif permanent du patronat et des puissances capitalistes. L'année prochaine notre Sécu aura 80 ans et son espérance de vie en bonne santé est menacée, voire son espérance de vie tout court !

Alors plus que jamais, battons-nous pour une Sécurité sociale qui défend le principe d'une réponse aux besoins sociaux : « On cotise selon ses moyens et on reçoit selon ses besoins », qui défend le 100% Sécu.

Maryse Montargon

animatrice commission nationale
Santé/Protection sociale du PCF

prochaine
réunion
nationale
commission

Santé et
protection sociale

samedi
13 avril 2024

ASSISES DU PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE LES 24 ET 25 MAI

pourquoi y participer ?

De 1960 aux années 90 les lits d'hospitalisation sont passés de 100 000 à 40 000. Mais le redéploiement des moyens a permis le développement des structures ambulatoires. L'activité extrahospitalière (réduisant fortement le nombre d'hospitalisations et de ré hospitalisations) a compensé cette diminution. Mais dès les années 90, devant l'afflux de demandes et des moyens qui n'ont pas suivi, la psychiatrie a été entraînée dans une logique de tris de certaines demandes jugées trop bénignes et de renoncements à certaines missions dont la prévention. Aujourd'hui, malgré de longs mois d'attente, seuls les plus malades sont pris en charge au CMP.

Dans les années 90, notre dispositif de Secteur était considéré comme le meilleur du monde. Il reposait sur la continuité des soins de prévention, de cure et de postcure. Ces soins, essentiellement relationnels, étaient fondés sur la prise en compte complexe des dimensions biologique, sociale et psychique de la personne.

Depuis les années 90, il y a eu une paupérisation constante de la psychiatrie, se traduisant par des réductions budgétaires. La mise en place des pôles a amorcé un mouvement – amplifié par la mise en place des GHT – de fusions de Secteurs avec suppressions des structures ambulatoires « doublons » et fermetures de lits, aujourd'hui il n'en reste guère plus de 20 000.

Dans le même temps s'est imposée une approche essentiellement biologisante, normative de la prise en charge. Elle a pu s'imposer en partie, du fait de la suppression de l'Internat en psychiatrie en 1985 et du diplôme spécifique d'Infirmier de Secteur psychiatrique en 1992. Les nouvelles formations ne

reposant plus sur la recherche du sens du symptôme pour le patient, en s'appuyant sur une approche biopsychosociale. Il ne s'agit plus de soigner la souffrance de la personne, mais d'éradiquer des symptômes dus à des dysfonctionnements neuronaux. Le soin relationnel laisse la place au traitement chimiothérapeutique et au conditionnement comportemental, la continuité des soins serait inutile. On va séquencer la maladie entre périodes de crise et périodes de rémission.

Ainsi, depuis la loi Touraine, la psychiatrie n'est censée traiter que la crise. Les patients stabilisés ne relèvent plus du suivi en CMP ou en CATTP, mais du généraliste pour le renouvellement des ordonnances dans le cadre du parcours de soins.

Les conséquences sociales du confinement ont provoqué une explosion de décompensations psychiatriques graves chez les adultes, avec des entrées dans l'autisme ou la psychose chez les tout petits, une explosion de tentatives de suicide chez les ados. Le ministre Véran a dû reconnaître sur France Inter « la paupérisation depuis 40 ans de la psychiatrie » et la nécessité de mesures d'urgences. Or qu'a-t-il proposé ? Le remboursement de quelques séances de psychologue libéral à condition qu'il ne s'agisse pas de psychothérapie, mais de l'application d'un programme comportemental. Et cela ne concerne que les ados suicidants ! Pour les petits, les autres adolescents et les adultes qui vont mal il n'y aura rien de prévu. Depuis, les budgets continuent à être insuffisants pour maintenir les capacités de soins.

Pour répondre aux besoins de la population, il ne suffira pas de se contenter d'augmenter les moyens du Secteur, il faut le refonder pour renouer avec une psychiatrie humaine accessible à tous !

Il faut non seulement beaucoup plus de personnels, mais des personnels mieux formés et un dispositif ouvert sur la Cité et la coopération avec les autres acteurs du sanitaire, du médicosocial et du social.

Ces questions seront au cœur des Assises organisées par le *Printemps de la Psychiatrie*. Mais elles ne doivent pas se limiter à faire un énième constat de la catastrophe, elles doivent déboucher sur la relance d'un mouvement pour la refondation du Secteur. C'est pour impulser ce mouvement que nous appelons à y participer.

Serge Klopp
référént psychiatrie du PCF



MORTALITÉ INFANTILE

l'austérité tue aussi les bébés

récemment plusieurs rapports officiels confirment une tendance lourde de conséquences

Depuis 2012, la mortalité infantile repart à la hausse en France. La France passe de la 3^e position en matière de mortalité périnatale à la 20^e, alors qu'elle assumait le taux le plus faible entre 1996 et 2000. A contrario, la Finlande affiche un taux de 2 pour 1000, contre 3,7 pour 1000 dans notre pays où l'INSEE fait apparaître une baisse de seulement de 20% en deux décennies contre 40% pour la Finlande.

Comment en est-on arrivé là ?

La hausse de la mort néonatale peut être due à un plus grand nombre de grands prématurés (progrès de la médecine néonatale, hausse de l'âge des femmes), mais nous assistons à une évolution préoccupante marquée par la baisse des accouchements couverts par l'Assurance maladie au profit de l'AME, notamment en Île-de-France (Seine-Saint-Denis) et l'Outre-Mer : c'est la marque de l'augmentation de la précarité sociale et du développement des inégalités territoriales : le taux de mortalité infantile est de 3,5 pour mille en France métropole contre 7,7 dans les DOM et 5 pour mille dans le 93.

Si nous prenons une région, la région Aquitaine, 66% des « situations non-optimales de transferts » sont liées au manque de places : 76% en néonatalogie et 24% en maternité.

Il y a un an, durant l'hiver 2022/2023 en pleine triple épidémie de grippe, de Covid et de bronchiolite, les services pédiatriques sont dans l'incapacité à faire face à l'afflux de bébés et d'enfants : des nourrissons franciliens sont transférés vers d'autres régions, au désespoir des professionnels et des parents ! Les pédiatres alertent « nous sommes au bord du gouffre » et obtiennent une promesse « d'Assises nationales de la pédiatrie » programmée au printemps 2023, maintenant en janvier 2024... ?

Néonatalogie, pédiatrie, maternités en voie de disparition...

Pas une région n'échappe à la fermeture définitive ou provisoire de lits et services, avec une accélération de casse des maternités ces derniers mois et un manque récurrent de personnels, soignant-e-s et médecins. Une maternité fermée, c'est un service de prise en charge des bébés fermé, des compétences qui disparaissent, quelle que soit la gradation des soins néonataux et de réanimation. La mise en place des « hôpitaux de proximité » (quelle imposture sémantique !), accélère la fermeture de maternités.

Le nombre de maternités est passé de 816 à 478 en 2020, soit une perte de 42% en 20 ans. Aujourd'hui, une maternité sur 10 est en situation de « fermeture partielle »,

voire définitive ! Un rapport de l'Académie de Médecine préconisait, en février 2023, la fermeture d'une centaine de « petites maternités », dont le nombre est passé de 448 à 202 en 17 ans (en 2020 celles-ci pratiquaient en moyenne 774 accouchements...).

Par ailleurs, les sages-femmes, essentielles au sein des maternités sont en désamour avec leur profession : face au manque de médecins généralistes, de gynécos et de pédiatres, en ville comme à l'hôpital, elles sont appelées, à coup de décrets, à se substituer à tous et ainsi à s'éloigner de leur mission première, le dépistage anténatal, la prise en charge de l'accouchement physiologique et du nourrisson. La dégradation des conditions de travail dans les « usines à bébés » les pousse vers l'exercice libéral.

Ainsi, les difficultés se cumulent : fuite et manque de personnels, diktat technocratique pour fermer les maternités, cela au nom de la sécurité, déserts médicaux en ville. Les incidences sont dramatiques par l'augmentation des temps d'accès et de transferts : le nombre de femmes en âge de procréer se trouvant à plus de 45 mn d'une maternité a plus que doubler en 20 ans ; et à plus de 30mn est passé de 1,9 million à 3,7 millions.

Or un temps de trajet supérieur à 40mn double le taux brut de mortalité des nourrissons et celui de la mortalité périnatale.

Si, face à une telle situation de pénurie mortifère, l'objectif est bien de « garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et sans rupture » (lettre de cadrage gouvernemental pour les dites Assises...), il faut à tout prix préserver la chance de vie pour tous les bébés à naître. Cela passe par des transferts périnataux adaptés et dans un délai raisonnable, et donc des lieux de naissance sur tous le territoire selon les soins néonataux et de réanimation...

Il s'agit, par ailleurs de limiter au maximum la séparation enfant-parent pour réduire la souffrance psychique, qu'induit une hospitalisation d'un nouveau-né à distance du domicile.

Mais cela implique de rompre de toute urgence avec les orientations ultra-libérales, caractérisées par le dernier PLFSS : en finir avec toutes les fermetures de lits et services, réinstaller les maternités dans l'aménagement du territoire, un plan d'urgence de formation, restaurer les compétences des sages-femmes, embaucher et augmenter les salaires...

Il s'agit bien de garantir un droit à naître dans tous les territoires...

Evelyne Vander Heym
commission nationale Santé/Protection sociale du PCF

LES SERVICES D'AIDES A DOMICILES EN OCCITANIE

un enjeu sociétal

L'accompagnement des personnes dépendantes est un véritable enjeu sociétal, selon un sondage IFOP 85% des personnes souhaitent vieillir à domicile, en Occitanie, selon le *Projet régional de Santé* (PRS), d'ici 2040 la région devra faire face à une augmentation considérable des personnes de plus de 85 ans (204000 personnes en 2015, 409000 en 2040 selon l'INSEE).

Selon encore le PRS « le vieillissement représentera un défi démographique majeur auquel l'offre institutionnelle actuelle ne pourra répondre en l'état sans laisser de côté des personnes dans l'accompagnement », moins de 20% pourront être accueillis en institution d'où l'urgence de mettre en place une véritable politique de l'accompagnement à domicile des personnes avec des professionnel-es considérés, reconnus et formés, un service public de l'autonomie et une prise en charge à 100%.

La prise en charge des personnes âgées l'APA (*Allocation personnalisée d'Autonomie*) pèse souvent lourd dans les budgets de certains départements selon sa démographie et crée des disparités (un quart du budget pour les départements du Gers, de l'Aveyron, du Lot et des Hautes Pyrénées). En 2022, on constate par ailleurs que le taux moyen de participation financière des personnes ayant recours aux services d'aides à domicile peut varier de 16,05% dans le Gers à 22,34% dans le Gard (cette différence s'explique par la différence des tarifs appliqués par les *Services autonomie à domicile* (SAD) publics ou privés)

Depuis des années, l'État s'est désengagé dans la prise en charge des personnes dépendantes, ce qui engendre des difficultés pour les collectivités locales qui décident de plus en plus de déléguer sa mission de service public à des associations ou parfois des entreprises privées. Lors d'un entretien avec un adjoint à la mairie de Montpellier en 2020, ce dernier m'expliquait qu'il réfléchissait à déléguer le SAD du *Centre commu-*

nal d'action sociale (CCAS) à une association car ce service devenait une charge trop importante pour sa collectivité. Certains des départements d'Occitanie ont moins de 3 SAD publics (Hautes-Pyrénées, Gard, Lozère, Ariège, Lot,) seul le département du Gers conserve à peu près 50% de SAD public.

Et pendant que l'État n'accomplit pas sa mission de service public auprès des personnes dépendantes et ne prend pas la mesure de l'urgence de la situation, des hommes et des femmes invisibles se lèvent tous les matins pour accompagner dans les actes de la vie les personnes dépendantes ; malgré leurs engagements ils se sentent démunis, pas reconnus et non considérés.

Pendant la crise Covid, dans tous les territoires, ils et elles étaient présents aux côtés des plus fragiles pour continuer à les accompagner et prendre soin d'eux mais aussi pour leur permettent de continuer à trouver du réconfort face à la solitude. Lors d'un discours, le président avait dit : « Il faudra se rappeler de ces hommes et ces femmes que notre économie rémunère si mal ».

Mais quant est-il de ces salariés de l'aide à domicile ?

Ils et elles sont toujours dans la même détresse, leurs salaires n'est toujours pas à la hauteur de leurs engagements auprès des personnes dépendantes. Les professionnel-les quittent le secteur par manque de reconnaissance, de considération et aussi car ils et elles n'arrivent plus à vivre de leurs métiers et ce qui restent doivent faire face à la surcharge de travail.

La situation est préoccupante, le secteur est sinistré, il suffit de regarder les annonces Pôle Emploi du secteur (250 offres dans les Hautes-Pyrénées, 215 en Ariège etc.).

La situation de l'Occitanie et de ces départements ruraux est loin d'être isolée, il est grand temps que l'État prenne en compte l'urgence de la situation et s'engage dans une véritable politique publique de l'autonomie.

En tant que communistes, nous poussons pour la création d'un grand service public de l'autonomie et pour que les professionnel-les du secteur soient formés, reconnus et considérés afin de pouvoir prendre soin dans les meilleures conditions de ces hommes et de ces femmes qui méritent de vieillir dignement.

Aurore Artigue
commission nationale Santé/Protection sociale du PCF

