

INTERVIEW

Pierre De Haas, ancien président de la Fédération française des maisons de santé, p. 2-3



MORTALITE PAR SUICIDE

Pourquoi ça baisse ? p. 6

RISQUES PSYCHIQUES AU TRAVAIL

Le secteur médico-social au premier rang, p. 7

TEMOINS

Des secrétaires médicales face aux tensions sur l'offre de soins, page 8

Fil Santé # 2

La fabrique des politiques de santé

MARS 2018

La « Révolution » du premier recours est en marche ?

La France n'a jamais compté autant de médecins, 225 000 praticiens en activité au 1er janvier 2017, selon le dernier décompte du ministère de la santé, soit 25 000 de plus qu'en 2001. Mais alors,

pourquoi autant de difficultés pour avoir un rendez-vous chez un généraliste, pour consulter un ophtalmologiste, un cardiologue, ou un psychiatre, dans certains territoires ? Dans ce contexte de « pénurie » ressentie, que sont devenus les 25 000 médecins supplémentaires installés dans notre pays ? Cette augmentation des effectifs a principalement bénéficié au secteur hospitalier public. Selon les statistiques du Centre national de gestion (CNG), qui gère, entre autres, la carrière des praticiens hospitaliers, leur effectif a progressé de 14 000 entre 2002 et 2016, croissance qui a bénéficié en particulier aux services d'urgences.

Le nombre de généralistes libéraux a diminué de 2 500 depuis 2001. Pendant la même période, le nombre total de médecins a augmenté de 25 000.

Face à une médecine qui se spécialise de plus en plus, et à un

secteur hospitalier qui offre une grande diversité d'activités, le nombre de généralistes libéraux en cabinet est en recul. Leur nombre a diminué de 2 500 depuis 2001, avec 53 000 praticiens en activité en 2017. De plus, la moitié d'entre eux sont âgés de 55 ans ou plus. La situation est d'autant plus difficile que, parallèlement, la France a gagné six millions d'habitants. Depuis des décennies, la médecine générale vit les mutations de l'organisation des soins sur la défensive, son image n'est pas valorisée pendant les études et son attractivité vis-à-vis des jeunes professionnels est faible. Son champ d'action et ses principes sont pourtant mieux définis depuis l'entrée de la discipline à l'université.

Un nouveau modèle d'organisation des soins de premier recours a cependant vu le jour : les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). L'idée est simple : des généralistes libéraux, mais aussi des infirmiers, des kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes, des diététiciens, des pharmaciens... se regroupent autour d'un projet de santé pour un territoire, comprenant un certain nombre d'engagements communs en matière d'heures d'ouverture, de gestion de cas complexes, de système d'information partagé, de formation continue, de tutorat des étudiants en santé (médecin, infirmier...). Pari gagné avec 900 MSP recensées par le ministère de la santé en 2017, dont 434 ont signé un contrat avec l'assurance maladie qui leur ouvre une aide forfaitaire significative.

Mais de nombreuses questions se posent vis-à-vis de ce nouveau modèle d'organisation. Est-il appelé à durer quand les pionniers qui se sont lancés dans l'aventure et qui ont accepté de porter à bout de bras ces structures dont la coordination est particulièrement chronophage vont partir à la retraite ?

A propos de ces nouveaux modes d'organisation, la Fédération française des maisons et pôles de santé parle de la **révolution** des soins primaires ! Bigre ! **Fil Santé #** vous propose dans ce numéro d'en savoir un peu plus sur la dynamique qui agite ces milliers de professionnels de santé qui n'avaient pas l'habitude, il y a encore quelques années, de se retrouver autour d'une même table pour discuter de leurs pratiques.



2

MSP : « la » solution ?

Pierre De Haas, médecin généraliste à Pont D'Ain (Ain), a présidé la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) entre 2009 et 2016. Il répond à nos questions sur le mouvement de création des MSP, et son caractère durable.

FIL SANTE # L'adoption du règlement arbitral en février 2015 a marqué la reconnaissance officielle des MSP, à travers un financement dédié de l'assurance maladie. Comment s'est construit ce parcours que vous avez accompagné au sein de la Fédération ?

Pour y parvenir, il a fallu franchir bien des étapes, la première étant celle des **systèmes d'information**.

A partir de 2008-2009, j'ai travaillé avec Jean-Yves ROBIN, alors directeur de l'Agence nationale des systèmes d'information (ASIP) pour définir un cahier des charges et entreprendre un processus de labellisation des logiciels utilisés dans les maisons de santé. Aujourd'hui une dizaine de logiciels ont cette reconnaissance. Il ne peut pas y avoir d'exercice pluriprofessionnel sans un tel outil.

La deuxième initiative que nous avons prise a été d'engager le processus de construction des premiers **protocoles** d'exercice pluriprofessionnel en soins de premier recours en France, avec le concours de la Haute autorité de santé (HAS), et en particulier de Jean-Michel Chabot.

La question des **modes de rémunération** s'est vite imposée comme une autre problématique centrale, le paiement à l'acte ne permettant pas de financer le temps de coordination. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (NMR) a été lancée en 2008-2009, avec l'aide de la Direction de la sécurité sociale (DSS), et en particulier de son directeur Dominique Li-baut. L'évaluation effectuée par l'IRDES à l'issue de cette

expérimentation était très favorable aux MSP ce qui a facilité l'adoption d'un règlement arbitral en février 2015, puis de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) deux ans plus tard. Mais, dans la mesure où les statuts en vigueur en secteur libéral (SEL, SCP...) ne permettaient pas de partager entre des professionnels de santé les aides financières provenant des NMR, il a été nécessaire de créer un **statut** juridique spécifique - SISA - qui a vu le jour en 2012. Autre chantier que nous avons porté au cours de cette période, celui de la **qualité**. Nous nous sommes appuyés sur l'expérience des généralistes anglais, et sur les travaux d'ELWIN, de l'université de Cardiff pour concevoir une matrice de maturité inspirée de ce modèle.

FIL SANTE # Les MSP n'attirent pour le moment qu'une minorité de professionnels. Au démarrage, elles ont été portées par des pionniers, et des militants. Comment dépasser ce premier cercle et attirer les autres professionnels de santé.

J e réfute tout d'abord l'idée que nous étions des pionniers. Les pionniers sont ceux qui, au cours des années 1980 ont, dans un contexte politique très particulier, monté des projets d'exercice pluriprofessionnel, comme les Unités sanitaires de base (USB) à Saint-Nazaire, ou l'expérience de Lubersac, ou encore certains centres de santé de constitution encore plus anciennes. Avec un peu moins de mille MSP actuellement recensées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), qui rassemblent environ, chacune, cinq médecins en moyenne, et neuf à dix autres professionnels, on arrive à

une proportion de 10 à 15 % des médecins ou infirmiers impliqués dans les MSP. Dans certains départements, la proportion est encore plus élevée. Il faut y rajouter également les professionnels de santé qui exercent au sein des 450 centres de santé pluriprofessionnels et qui répondent au même cahier des charges que les MSP.

Les projets de MSP ont en effet été portés à l'origine par des syndicalistes, des praticiens ayant animé des réseaux de santé, et/ou ayant une expérience d'exercice pluriprofessionnel. Les dernières années pendant lesquelles j'ai présidé la Fédération, nous nous sommes interrogés sur la manière de pérenniser le modèle, afin qu'il soit en mesure d'attirer une majorité de praticiens au-delà de ce premier cercle. En effet, si nous n'accomplissons pas cette mutation, les MSP disparaîtront, comme d'autres modèles expérimentaux. L'exemple des réseaux de santé est, de ce point de vue, particulièrement éclairant.

Je constate qu'une majorité de professionnels ne veulent plus de l'exercice isolé, tout en souhaitant conserver une grande autonomie dans leur organisation, dans le cadre d'un exercice partagé avec d'autres professionnels de santé. Mais si l'on veut véritablement passer à la vitesse supérieure, il faut s'en donner les moyens. Une maison de santé qui rassemble une quinzaine de professionnels reçoit en moyenne un budget de l'ordre de 50 000 € de l'assurance maladie en 2017. Au plan national, le budget ainsi alloué par l'Assurance maladie peut être estimé à 20 millions € environ. C'est un tout petit budget si on le compare aux 70 millions que reçoivent les MAIA et aux 180 millions des réseaux de santé. C'est au gouvernement de faire des choix, et de dire si le développement des maisons de santé est une réelle priorité. Il faut savoir que l'administration de la santé encourage de nombreuses structures d'appui ou de coordination dont l'utilité dans le parcours de soins n'est pas avérée (MAIA, CLIC, Plateformes Territoriales d'Appui, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Groupement hospitalier de territoire...), qui forment un mille-feuille incompréhensible !

FIL SANTE # - Concrètement, sur qui les MSP peuvent-elles s'appuyer pour monter leur projet ?

L'accompagnement des MSP repose principalement sur les Fédérations régionales des maisons de santé. Les Agences régionales de santé (ARS) peuvent également apporter un soutien, certaines d'entre elles ayant pratiquement délégué cette fonction d'appui à la Fédération régionale.

Autre partenaire potentiel, les Départements universitaires de médecine générale (DMG). Quand ils ont été créés, leur priorité était de trouver leur place au sein du monde universitaire ce qui a mobilisé entièrement leur énergie. Je ne suis pas sûr que les internes en médecine générale entendent beaucoup parler des MSP pendant leur cursus universitaire. De notre côté, nous réfléchissons aussi au développement de la recherche en matière de soins de premier recours et nous avons pris l'initiative, avec l'association nationale des centres de santé, de créer SPP-IR (soins pluriprofessionnels, innovation, recherche).

Mais, il y a la place aussi pour d'autres types d'accompagnement. Nous avons créé ainsi notre propre société ESPAGE, pour proposer des solutions clés en

main, dès la phase de conception mais aussi au niveau opérationnel. L'objectif est de décharger les praticiens des aspects administratifs, du loyer au ménage, du secrétariat médical à la gestion, du projet immobilier et de la communication. Nous suivons actuellement une soixantaine de MSP dans toute la France. A terme, l'objectif est de constituer un réseau de plusieurs centaines de maisons de santé, en industrialisant leur processus de constitution. Souvent, les professionnels de terrain ne veulent pas s'encombrer des problèmes de recrutement d'un coordonnateur par exemple. Nous leur proposons une forme de portage salarial. Nous embauchons nous même ce coordonnateur, qui travaille au sein des équipes sur plusieurs sites, par exemple, une journée par semaine.

FIL SANTE # - Sur le terrain le dialogue avec les élus est souvent compliqué !

Le risque politique est réel quand un médecin ferme son cabinet pour s'installer dans une MSP située sur la commune voisine. Voilà le discours que je tiens aux élus. L'exercice en MSP garantit une accessibilité aux soins plus forte qu'en exercice individuel. Cela fait partie de leur cahier des charges. Un médecin qui exerce seul dans son cabinet n'est pas en mesure de répondre aux besoins de la population, tout au long de l'année, pendant les congés, une grossesse, pour une formation... Quand une MSP est en projet, cette question doit être prise à bras le corps.

FIL SANTE # - Après des luttes syndicales sans merci pendant les années 1980, le monde syndical semble moins divisé aujourd'hui. Comment expliquer ce virage ?

Les années 1980 représentent ce qu'on appelle parfois les années noires du syndicalisme. La création d'un syndicat propre à la médecine générale (MG France) a en effet bouleversé le paysage syndical, remettant en cause la position dominante de la Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF). Pendant cette période, je faisais partie du comité directeur, et du bureau de MG France. J'ai beaucoup appris, j'ai compris comment se déroulaient les coulisses d'une négociation conventionnelle... Après avoir quitté cette organisation, j'ai porté un nouveau combat, celui des Maisons de santé pluriprofessionnelles. Continuer à prétendre que la rémunération à l'acte est l'avenir de la médecine générale c'est tromper les médecins. L'avenir est dans la pluriprofessionnalité et les rémunérations forfaitaires.

FIL SANTE # - Les MSP, une solution durable ?

On n'a pas le choix aujourd'hui ! Il suffit de regarder la situation démographique de la médecine générale en cabinet. Les jeunes professionnels qui s'installent veulent autre chose. Il faut être en mesure de leur proposer des solutions « clés en main » qui ne sont pas des usines à gaz. Les professionnels doivent trouver dans une MSP plus de confort pour exercer leur métier. C'est aussi la possibilité d'échanger avec un collègue du même cabinet, et de ne pas rester isolé vis-à-vis d'un patient ou d'une pathologie avec lequel on est en difficulté. Et ça, c'est irremplaçable !

L'Abécédaire des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

14 mots-clés pour comprendre la mutation de l'organisation des soins de premier recours.

4

Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)

► Cet accord signé le 20 avril 2017 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et plus de vingt organisations professionnelles (syndicats de médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, centres de santé, Mutualité française...), permet l'obtention d'un forfait d'équipe pour l'exercice pluriprofessionnel. Il a remplacé le règlement arbitral publié en février 2015.

Début 2018, plus de la moitié des MSP ont signé cet accord. Les MSP qui intègrent ce dispositif s'engagent sur des critères « socles » :

- garantir un accès aux soins : horaires d'ouverture de 8 heures à 20 heures, le samedi matin, et accès à des soins non programmés

- travailler en équipe : mise en place d'une fonction de coordination à l'intérieur de la MSP, élaboration de protocoles pluriprofessionnels, concertation pluriprofessionnelle

- utiliser un système d'information avec un logiciel labellisé par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).

A ces critères obligatoires s'ajoutent huit critères optionnels (réalisation de missions de santé publique, mesure de la satisfaction des patients, accueil de stagiaires...). L'atteinte des indicateurs (socles et optionnels) donne lieu à l'attribution de points, la valeur du point étant fixée à 7 euros. Selon les indicateurs, le nombre de points peut être fixe (quelle que soit la taille de la structure) - par exemple 800 points pour l'amplitude des horaires, 100 points par protocole, 450 points pour l'accueil de stagiaires, 100 points pour la satisfaction des patients - ou variable (en fonction de la taille de la patientèle, du nombre de professionnels de la MSP...).

Selon l'Assurance-maladie, une MSP composée de 13 professionnels de santé et disposant d'une patientèle de 4 000 personnes, qui atteindrait l'ensemble des engagements, obtiendrait un forfait annuel de 73 500 euros.

Agence régionale de santé

► Les ARS sont nées en 2010 de la fusion de nombreuses administrations publiques (DDASS, DRASS, ARH...) et de sécurité sociale. Elles ont notamment en charge l'organisation des soins de premier recours. Les ARS jouent un rôle primordial dans l'accompagnement des MSP.

Centres de santé

► Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours, le cas échéant de second recours. Les professionnels de santé y exercent avec un statut de salarié. Ces centres sont gérés par des associations, des mutuelles, des communes ou groupements de communes, mais aussi par des hôpitaux publics voire des cliniques privées. Quel que soit le statut du gestionnaire, le centre de santé doit garantir le caractère non lucratif de sa gestion, la pratique du tiers payant et l'application de tarifs opposables. Selon l'Observatoire des centres de santé, 431 centres de santé employaient des médecins généralistes en 2017, 658 seulement des chirurgiens-dentistes et 471 des infirmiers essentiellement.

Les centres de santé, dont beaucoup sont de constitution ancienne, partagent un certain nombre de points communs avec les MSP (accès aux soins, participation aux actions prévention, exercice pluriprofessionnel...). Mais, contrairement aux MSP, leur création n'a pas été encouragée par les pouvoirs publics, à cause notamment de l'opposition des syndicats de professionnels de santé libéraux.

Conventions

► Les relations entre les professionnels de santé libéraux et l'assurance maladie sont encadrées par des conventions, signées entre l'UNCAM et les syndicats représentant ces professionnels. Le montant des honoraires, et, plus généralement les conditions d'exercice sont négociés dans ce

cadre. Il y a autant de conventions que de professions de santé à exercice libéral, soit une dizaine de conventions différentes. Ces conventions précisent notamment les aides à l'installation ou à l'implantation dans des zones dites fragiles. L'ACI relève du cadre conventionnel, mais dans un cadre interprofessionnel.

Equipe de soins primaires

► Une ESP est constituée de plusieurs professionnels de santé du premier recours (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute...) qui se fédèrent autour d'un projet de santé et qui développent un exercice pluriprofessionnel. Elle peut prendre, par exemple, la forme d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé.

[Fédération française des maisons et pôles de santé \(FFMPS\)](#)

► La Fédération nationale, constituée en 2008, rassemble les 17 fédérations régionales de MSP. Ces fédérations, dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens avec l'ARS, aident à la création et au développement des maisons de santé. Les fédérations régionales et la Fédération nationale siègent, à titre consultatif, au sein des commissions régionales (fédérations régionales) et de la commission nationale (fédération nationale), qui suivent la mise en œuvre de l'ACI dans le cadre du système conventionnel.

Infirmier

► Les infirmiers constituent, avec les généralistes et les pharmaciens, les principaux piliers de l'organisation des soins de premier recours. Leur rôle est d'autant plus stratégique que l'essentiel de leur activité se déroule au domicile des patients, alors que, parallèlement, les généralistes effectuent de moins en moins de visites à domicile. Autre singularité du métier, la nécessité de délivrer des soins du lundi au dimanche, avec une amplitude large, tôt le matin et le soir.

A la différence des généralistes libéraux, leur nombre est en forte augmentation : 87 000 infirmiers libéraux en 2016 contre 50 000 en 2000.

La densité d'infirmiers varie de manière considérable selon les départements : 42 infirmiers pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine contre 352 en Haute-Corse. Pour réduire ces écarts, des mesures ont été adoptées au niveau conventionnel, limitant de nouvelles installations dans les départements les mieux dotés.

Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

► Une maison de santé pluriprofessionnelle est une personne morale constituée entre des professions médicales d'exercice libéral (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), des pharmaciens, et des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens... en pratique pluriprofessionnelle, autour d'un projet de santé qu'ils élaborent en commun. Une MSP peut être mono site ou multi-sites. Le ministère de la santé recensait 900 MSP en 2017.

Matrice de maturité

► Grille d'analyse de l'organisation des soins de premier recours, d'inspiration anglo-saxonne, utilisée dans le cadre de démarches qualité. Cette grille repose sur une auto-évaluation des pratiques, afin d'offrir une meilleure prise en charge de la population soignée. En France, différentes matrices de qualité sont utilisées sur le terrain, dont celle de la Haute autorité de santé.

Médecin généraliste

► Au 1er janvier 2017, le ministère de la santé dénombre 102 000 généralistes. Parmi eux, la moitié (52 962) exerce en cabinet libéral. Leur effectif a diminué de 4,5 % depuis 2001. 94 % des généralistes libéraux exercent en secteur I, sans dépassements d'honoraires.

Les autres « généralistes » effectuent des remplacements, sont salariés en centres de santé, exercent un mode d'exercice particulier à titre exclusif (homéopathie, acupuncture, allergologie...). Certains sont urgentistes en clinique privée, pour SOS médecins, exercent comme coordinateurs en maison de retraite, ou en secteur hospitalier.



Des pharmaciens peuvent être membres d'une MSP

Pluriprofessionnel

► L'exercice pluri-professionnel est l'enjeu des mutations en cours. Dans un système de soins cloisonné et très hiérarchisé, une nouvelle culture se développe progressivement. Cette évolution correspond aux attentes d'une majorité de professionnels qui ne veulent plus de l'exercice isolé. C'est notamment le cas pour la prise en charge des maladies chroniques, dont le suivi nécessite un regard croisé du médecin généraliste, de l'infirmier, du pharmacien ou du masseur-kinésithérapeute... Cet exercice coordonné est maintenant autorisé par la loi, dans le cadre de protocoles de coopération.

Projet de santé

► C'est le préalable à l'établissement d'une MSP. Ce projet, établi à partir d'un diagnostic territorial, répond à un cahier des charges du ministère de la santé. Il doit comprendre des dispositions relatives à :

- la continuité des soins (heures d'ouverture, participation à la permanence des soins, respect des tarifs de l'assurance maladie),
- la coordination des soins, à l'intérieur de la MSP entre les différents professionnels, mais aussi avec les autres acteurs de santé du territoire,
- la participation à des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- l'accueil d'internes en médecine générale, d'étudiants en soins infirmiers...
- le système d'information partagé entre les professionnels.

Le projet de santé est signé par chaque membre de la MSP, et doit être compatible avec les orientations du schéma régional d'organisation des soins de l'ARS.

Premier recours

► Ce terme (remplacé parfois par « soins primaires », ou « soins premiers ») désigne en général les différents services de santé de proximité (généralistes, infirmiers, officines pharmaceutiques, services de soins infirmiers à domicile, Protection maternelle et infantile...).

SISA

► La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires est la structure juridique qui permet aux MSP de percevoir le financement de leur exercice pluriprofessionnel dans le cadre de l'ACI. La SISA est composée uniquement de professionnels de santé (médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens, chirurgien-dentiste, sage-femme). Sans être adhérent de la SISA, un professionnel peut être rémunéré par la SISA, pour des actions qu'il mène dans le cadre du projet de santé.

Café Santé # 8

Pas assez de médecins ?

Mardi 10 avril, 19 h.

Café du Coin de l'Angle, Nantes

La France n'a jamais eu autant de médecins et pourtant il devient difficile d'avoir un rendez-vous chez un généraliste, de consulter un ophtalmologiste ou de bénéficier d'une IRM ou d'un scanner. Les crises successives (Levothyrox, EHPAD, conflits en milieu hospitalier) témoignent des fortes attentes vis-à-vis de notre système de santé. D'un autre côté, les indicateurs de santé évoluent plutôt favorablement sur le long terme (baisse de mortalité en matière de cancers ou de suicide par exemple).

Manque de moyens humains, manque de médecins, mauvaise organisation du système de santé... ? On en discute ensemble lors du prochain Café Santé # organisé par l'association La santé à voix haute.

« Le deuil après suicide n'est pas un deuil comme les autres. C'est toujours "un deuil aggravé", selon la formule du psychiatre Michel Hanus. Il se signale par des manifestations intenses de souffrance, mais aussi de choc [...] Par les interrogations qu'il suscite et du fait de son caractère exceptionnel, chaque suicide interpelle directement un grand nombre de personnes. L'évènement rare ne passe pas inaperçu. Il impose sa présence par les jalons qu'il pose dans la trame de la vie quotidienne »*.

La mortalité par suicide recule, oui mais pourquoi ?

La mortalité par suicide recule en France depuis 1985, avec une baisse de 26 % entre 2003 et 2014. La sociologie est-elle en mesure de nous aider à comprendre cette évolution ? Pour Baudelot et Establet, « il faut renverser le point de vue, ce n'est pas la société qui éclaire le suicide, c'est le suicide qui éclaire la société ».

6

Selon les chiffres de l'Observatoire national du suicide, le taux de décès par suicide a baissé en France de 26 % entre 2003 et 2014, cette baisse touchant toutes les classes d'âge. Chez les 15-24 ans, la baisse atteint 39 %, et elle est supérieure également à 35 % chez les plus de 85 ans (groupe d'âge le plus concerné). Il ne s'agit pas d'une baisse conjoncturelle, ce mouvement de repli s'étant amorcé depuis 1985, comme le notent les deux sociologues Christian Baudelot et Roger Establet. Dans leur ouvrage paru en 2006, « Suicide, l'envers de notre monde », qui vient d'être réédité et réactualisé, les deux sociologues s'interrogent sur les causes de cette baisse, qui n'est pas propre à la France.

Les questions économiques (chômage, augmentation de l'intensité du travail, risques psycho-sociaux) sont souvent mises en avant pour expliquer l'augmentation du suicide. Or, la situation ne s'est pas véritablement améliorée dans ce domaine dans notre pays depuis le début des années 1980. On est donc tenté de rechercher les explications ailleurs.

Baudelot et Establet établissent clairement un lien

entre la baisse du suicide et l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs, même si la nature de ce lien est âprement discutée au sein des professions soignantes. Mis au point au cours des années 1960, ces traitements se sont largement diffusés à partir des années 1980. La transformation médicale de la prise en charge ne se limite toutefois pas à la prescription d'antidépresseurs. De manière générale, les soignants

(généralistes, psychologues...) sont mieux formés à l'évaluation du risque suicidaire et à la prise en charge des tentatives de suicide (services d'urgences) qui précèdent souvent un suicide.

Les actions de prévention du suicide se sont également multipliées depuis vingt ans, avec deux plans nationaux d'action (2000-2005 et 2011-2014), et la création d'un observatoire national en 2013. Ces actions ont contribué à faire évoluer le regard que la société porte sur ces questions. Ce n'est plus un tabou de parler de sa détresse psychologique, même si les différences de genre sont considérables dans ce domaine, ce qui peut sans doute expliquer pour partie la surmortalité masculine par suicide (les suicides masculins sont trois fois plus fréquents).

Autre facteur explicatif selon Baudelot et Establet, l'élévation générale du niveau d'instruction. « Les catégories sociales les plus diplômées, davantage à l'écoute des messages de leur organisme, mieux informées que les autres sur les possibilités de traitement, ont toujours développé un rapport aux soins qui privilégie l'anticipation ». Les deux sociologues remettent en cause par ailleurs la dramatisation de la communication virtuelle : ils considèrent que ces nouveaux moyens de communication (sms, mels, smartphone...) favorisent au contraire la constitution de liens entre les individus.

Malgré la baisse de la mortalité par suicide, la France se situe toujours parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est. Deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, le suicide, avec, globalement, près de 10 000 décès par an, reste une priorité de santé publique.

Pour en savoir plus

*Extrait de - Christian Baudelot, Roger Establet : « Suicide, l'envers de notre monde », Collection Points. 8,8 €

Suicide : Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence : 3^{ème} rapport, février 2018 - Observatoire national du suicide.

FIL SANTE est une publication de l'association [LA SANTE A VOIX HAUTE](#), créée en 2016, à Nantes. Ont contribué à ce numéro : Pr Jean-Paul Canevet, Dr Daniel Coutant, Anne Le Pennec, François Tuffreau. Directeur de publication : François Tuffreau. Fil Santé vous intéresse ? Connectez-vous sur notre site internet, pour recevoir notre publication par courrier électronique.

La moitié des affections relèvent du secteur médico-social, des transports, et du commerce de détail

Les statistiques de l'assurance maladie relatives aux maladies professionnelles et accidents du travail liés au risque psychique sont très éloignées des perceptions communes relatives à la souffrance psychique, à la fois en termes quantitatifs et de professions les plus concernées.

En extrapolant les chiffres d'une étude de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) à l'ensemble des salariés français, 480 000 d'entre eux auraient été concernés par la souffrance psychique dont 30 000 victimes de burn-out au cours d'une année.

Les chiffres relatifs aux nouveaux cas reconnus par l'assurance maladie de maladies professionnelles (596) et d'accidents du travail (10 000) en relation avec les affections psychiques n'ont évidemment rien de comparable ! Dans un cas sur deux, ces affections psychiques sont en lien avec un événement particulier, exogène, mais lié au travail : agressions, menaces, braquages, mais aussi accidents de la voie publique. Les autres cas sont directement en relation avec des conditions de travail particulièrement difficiles. Les secteurs les plus concernés ne sont pas ceux qui font la une des journaux en matière de risques psycho-sociaux : la moitié des affections psychiques relèvent du secteur médico-social, des transports, et du commerce de détail.

Les personnes qui vivent des situations de harcèlement au travail de manière répétée ou des conditions de travail qui mettent en cause leur santé ne s'engagent pas spontanément dans une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle, qui est longue et complexe. Cette reconnaissance passe, pour la maladie professionnelle, par l'avis d'un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP). La maladie en question doit appartenir au « tableau » des maladies professionnelles qui recense une centaine de situations pathologiques différentes, mais aussi d'autres maladies dites « hors tableau ». La reconnaissance comme maladie professionnelle nécessite également la reconnaissance d'une invalidité d'au moins 25 %, avec la mise en évidence d'un lien « direct et essentiel » avec le travail. Dans ce contexte, les victimes

se tournent plus facilement vers une demande de reconnaissance en accidents du travail, qui est plus facilement obtenue s'il y a eu violence ou agression, le fait accidentel devant être daté avec précision. En cas de harcèlement ou d'épuisement professionnel, la notion d'accident reste toutefois une fiction difficile à faire accepter.

Faut-il inscrire les troubles psychologiques sur la liste des maladies professionnelles figurant au Code de la Sécurité Sociale ? Suite à des suicides répétés dans un certain nombre d'entreprises (plus récemment au CHU de Grenoble), les questions relatives aux risques psycho-sociaux sont devenues un objet politique à part entière, et des projets de loi voulant favoriser cette reconnaissance ont été déposés sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Selon l'Académie de médecine, le burn-out n'est pas un diagnostic médical, mais se trouve à la conjonction des risques psychosociaux et des traits de personnalité de la victime. Les académiciens font la distinction entre des situations non pathologiques de désarroi psychologique lié au travail et des situations de maladies psychiques caractérisées. La dépression suite à des situations d'épuisement peut d'ores et déjà être reconnue comme maladie professionnelle « hors tableau ».

Comme d'autres faits sociétaux (harcèlement sexuel par exemple), les risques psycho-sociaux au travail sont aujourd'hui plus facilement dénoncés par le corps social, sachant que les statistiques de l'assurance maladie ne témoignent que d'une toute petite part de ces réalités. Ces statistiques (qui concernent uniquement les entreprises de statut privé) interrogent toutefois sur la genèse des troubles psychologiques reconnus en AT, le plus souvent dans des professions en contact direct avec le public. Quel partage opérer entre les effets des conditions de travail imposées aux salariés et les situations d'agression par des usagers ?

EN BREF

Des consultations de psychologues remboursées par l'assurance maladie

Selon le bulletin [Annuaire-Sécu](#), les CPAM du Morbihan, de Haute-Garonne et des Bouches-du-Rhône conduisent actuellement une expérimentation pour permettre à des psychologues agréés par les ARS de réaliser des séances prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, sur prescription médicale (au tarif de 22 €).

Les petits pois, les frites et les pots pour bébés choisissent Nutriscore



Après la charcuterie (Fleury-Michon), le Nutriscore®, système d'étiquetage de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires continue de faire des adeptes. Une liste de [33 entreprises](#) (industriels mais aussi groupes de distribution) est en ligne sur le site de Santé Publique France, avec notamment les marques Danone, Maman, Pommes... le roi de la patate frite (Mac Cain) et Bonduelle (légumes en conserve). Mais, en dehors de certains produits de Fleury-Michon, il va falloir encore attendre quelques mois pour voir apparaître ce nouvel étiquetage dans les rayons de supermarché.

La Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) passe au vert

Rien à voir avec le Nutriscore, mais la Cour des comptes délivre elle aussi des « bons points » aux institutions qu'elle contrôle, avec un code couleur, vert, jaune, rouge. Sont classées en vert celles qui mettent en œuvre les recommandations de la Haute Cour. C'est le cas en 2018 pour la [CNSA](#), un organisme de petite taille (120 salariés) qui coordonne la politique en faveur des personnes âgées et en situation de handicap au plan national. La CNSA assure notamment la répartition des crédits consacrés à ce secteur (23 milliards d'euros en 2017), entre les Conseils départementaux et les Agences régionales de santé.

Les secrétaires médicales face aux tensions sur l'offre de soins

Elles (il s'agit essentiellement de femmes) sont un rouage essentiel de l'organisation des soins, dans les cabinets médicaux comme en milieu hospitalier. Dans une période où il devient de plus en plus compliqué d'avoir un rendez-vous avec un médecin, elles sont en première ligne pour faire face au mécontentement des usagers.

Une charge de travail qui se transforme

« En quelques années, notre activité a beaucoup changé », déclare Marie-José qui, avec 30 ans de métier, exerce dans un cabinet médical de l'agglomération nantaise, auprès de trois femmes médecins généralistes. « Aujourd'hui, nos matinées sont uniquement consacrées à répondre aux appels. Nous n'avons plus le temps de parler avec les patients à la fin de la consultation, et faire ce que l'on appelle entre nous « du social » - expliquer des démarches liées à l'Assurance maladie (demande d'affection longue durée, couverture maladie universelle...), ou réexpliquer une ordonnance qui n'a pas été bien comprise à l'issue de la consultation, ou simplement parler un peu avec des patients anxieux. L'après-midi, le téléphone sonne moins, mais l'accueil physique des patients entre en concurrence avec des tâches liées à l'évolution de la démographie médicale. Les délais de rendez-vous chez les spécialistes s'allongent et si un contact rapide est nécessaire, c'est la secrétaire médicale du généraliste qui appelle pour l'obtenir, ou qui « faxe » un courrier justifiant la demande. La possibilité de prendre des rendez-vous en ligne a limité un peu le nombre d'appels, mais suscite aussi de fréquentes demandes de patients insatisfaits du délai habituel de 2 à 3 jours. Il faut alors expliquer, désamorcer les tensions, demander l'avis du médecin, réorienter vers SOS Médecin. « Mais on connaît ceux qui se plaignent tout le temps », sans avoir besoin de soins urgents. Premier filtre face à la demande, Marie-José est polarisée par le souci de ne pas passer à côté d'une urgence, même si en cas de doute elle prend l'avis du médecin et essaie « d'être suffisamment à l'écoute » pour détecter une « vraie urgence ». Les périodes épidémiques sont les plus délicates de ce point de vue : c'est à la secrétaire d'expliquer que les symptômes grippaux ne nécessitent pas de consultation médicale, sans méconnaître les cas d'urgence.

La situation se complique aujourd'hui dans la mesure où de nombreux praticiens refusent de prendre en charge de nouveaux patients. « Nous sommes installés dans un quartier en pleine transformation, avec la construction de plusieurs centaines de logements, et de nouveaux arrivants. Or, les médecins du cabinet n'acceptent que ceux qui habitent à proximité immédiate. Chaque semaine, une dizaine de personnes nouvelles nous téléphone pour prendre un rendez-vous. Or, nous sommes obligées de leur répondre négativement ». Ici comme ailleurs, l'accès au médecin de premier recours devient tendu dans certains quartiers, l'effectif de médecins augmentant moins vite que la population. Pourtant l'agglomération nantaise ne fait pas partie des zones défavorisées, grâce à la présence d'une faculté de médecine. Ces difficultés tiennent aussi à l'évolution du comportement des praticiens qui ne souhaitent pas travailler comme leurs aînés, jusqu'à 22 heures le soir. « Au cabinet, les praticiens travaillent six demi-journées par semaine, et arrêtent leur consultation à 19 heures le soir ».

Anne-Laure travaille dans un cabinet de spécialistes, après avoir exercé dans un cabinet de généralistes. « Les rapports avec la patientèle ne sont pas les mêmes », précise-t-elle. « En médecine générale, on connaît les patients, notamment les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques qui fréquentent le cabinet depuis longtemps ». C'est beaucoup moins vrai dans un cabinet de spécialistes, où les tâches administratives d'ouverture de dossier, de courrier ou d'entretien du matériel médical l'emportent sur le contact personnel avec les patients.

Des situations à risque d'agressivité

« Les relations avec la patientèle ne sont pas toujours simples », précise Marie-José. Certains patients n'arrivent pas à comprendre pourquoi il est impossible d'avoir un rendez-vous dans la journée, comme « autrefois ». « Les violences verbales, les injures existent, dans notre métier comme pour toutes les personnes qui sont en contact avec le public. Et, en général, quand les personnes sont face au médecin, le ton change radicalement... », ce qui met en exergue le rôle ingrat de « tampon » de la secrétaire. « Nous sommes là comme intermédiaire, ou pour faire barrage, face à une demande de soins qui ne faiblit pas et qui est parfois teintée de comportement de consommation. Le travail dans le soin est par définition confronté à l'angoisse de maladie grave, de mort, de soins pénibles ; la secrétaire médicale est la première concernée par l'expression de cette angoisse qui peut se traduire par un sentiment d'urgence impérative ou de l'agressivité. Aujourd'hui, les jeunes professionnels sont mieux formés, semble-t-il, à l'accueil des patients, à la manière d'apaiser l'agressivité, et à déceler les situations d'urgences.

Les outils numériques apportent toutefois une aide précieuse

Dorénavant, les résultats de laboratoire arrivent par messagerie sécurisée dans les boîtes aux lettres électroniques des praticiens : un seul CLIC suffit pour basculer l'information dans le dossier patient. Quand un résultat nécessite une décision rapide, le laboratoire le signale, en plus, à la secrétaire, par fax ou par téléphone, et il faut encore scanner les courriers des spécialistes. Les secrétaires sont soumises au secret médical et ont accès au dossier patient.

Pour nos deux interlocutrices, convaincues de leur utilité, « c'est un beau métier, un médecin généraliste qui n'a pas de secrétaire, je ne sais pas comment il fait ». Pour rompre leur isolement et transmettre leur expérience aux plus jeunes, elles ont créé une association ([ASMAN](#)) qui regroupe plusieurs dizaines de secrétaires médicales dans l'agglomération. Ce type d'association est rare en France mais elles voudraient partager leur initiative plus largement, pour faire mieux reconnaître leur rôle dans le système de soins.