

ANNEE 2020 - N° 20 – 038

**RESSENTI DES PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ DES SERVICES D'UNE ASSISTANTE
SOCIALE DE LA CPAM AU SEIN D'UNE MAISON DE SANTÉ**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 09/06/2020 à 14h00

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Léa - JEANNEROT

Née le 13 novembre 1992 à Epinal, VOSGES (88)

La composition du jury est la suivante :

Président : Monsieur le Professeur Pierre VANDEL, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Docteur en Médecine

Directeur de la thèse : Monsieur le Docteur Patrick VUATTOUX, Docteur en Médecine

Membres du jury :

- Madame le Docteur Anne Lise TREMEAU, Maître de Conférences associé, Docteur en Médecine
- Monsieur le Docteur Benoit DINET, Maître de Conférences associé, Docteur en Médecine
- Monsieur le Docteur Pierre DE VESVROTTE, Docteur en Médecine



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE DE BESANÇON

DIRECTEUR	PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	DIRECTEUR DES ETUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME FLORENCE PRETOT	

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
PROFESSEUR SEBASTIEN AUBRY	COORDINATEUR MEDECINE
PROFESSEUR PATRICK GARBUIO	COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
DOCTEUR LHASSANE ISMAILI (MCF)	DIRECTEUR DES ETUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
PROFESSEUR FRANCINE GARNACHE	

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)	

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE (PROVISOIRE)

PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE
-----------------------------	--------------------------

DEPARTEMENT SCIENCES DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR ELOI MAGNIN (MCU-PH)	

DEPARTEMENT SCIENCES DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTOPHE DINET (KINESITHERAPIE - BESANÇON)	
ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - BELFORT)	

DEPARTEMENT SCIENCES EN SOINS INFIRMIERS

CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR DANIEL WENDLING (PRESIDENT)	ASSESEUR RECHERCHE
PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN	CONSEILLERS
PROFESSEUR FREDERIC MAUNY	
PROFESSEUR FRANCINE GARNACHE	

CHARGES DE MISSIONS

*COMUE/ FORMATIONS
PARAMEDICALES /RELATIONS
UFC*

PROFESSEUR BERNARD PARRATTE	CONSEILLER
-----------------------------	------------

FORMATION CONTINUE

PROFESSEUR REGIS AUBRY	COORDINATEURS
MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	

HISTOIRE DE LA MEDECINE

PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
DOCTEUR PHILIPPE MERCET	

RELATIONS INTERNATIONALES

PROFESSEUR FRANÇOIS KLEINCLAUSS	COORDINATEURS
DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
M.	Hugues	BITTARD	UROLOGIE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Charles	DALPHIN	PNEUMOLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
M.	Philippe	HUMBERT	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MÉDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION

M.	Gaël	PITON	RÉANIMATION MEDICALE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M.	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Didier	RIETHMULLER	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M.	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Antoine	TRACQUI	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Lionel	VAN MALDERGEM	GÉNÉTIQUE
Mme	Rachel	VIEUX	PÉDIATRIE
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Paul	BIZOUARD	PEDOPSYCHIATRIE
M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Jacques	REGNARD	PHYSIOLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Yves	TROPET	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE d'ADULTES
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Benoît	CYPRIANI	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Berardino	DE BARI	CANCÉROLOGIE RADIOTHERAPIE
M.	Pierre	DECAVEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
M.	Jean-Pierre	WOLF-BERTHELAY	PHYSIOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Pascal	JORDAN	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCFassocié MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD-THERNIER	PHARMACOGNOSIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
Mme	Lysiane	RICHERT	TOXICOLOGIE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Estelle	SEILLES	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Claire	ANDRE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme	Aurélié	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatistiques
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Vanessa	MARTIN	PRAG ANGLAIS
Mme	Mylène	COSTER	PAST ANGLAIS
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES EN PSYCHOLOGIE
Mme	Clémence	POROT	MCF ASSOCIE EN BIOPHYSIQUE
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A notre Président de jury, Monsieur le Professeur Pierre Vandel,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,
Vos compétences et votre expérience permettront d'apporter un éclairage sur ce travail,
Veuillez trouver dans ces lignes l'expression de notre plus profond respect.

A mon maître et juge, Monsieur le Maître de Conférence Benoit Dinet,

Merci d'avoir pris du temps pour juger ce travail et accepté d'être membre du jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon respect.

A mon maître et juge, Madame la Maître de Conférence Anne Lise Trémeau,

Merci d'avoir pris du temps pour juger ce travail et accepté d'être membre du jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon respect.

A mon maître et juge, Monsieur le Docteur Pierre De Vesvrotte,

Merci d'avoir accepté d'être membre du jury et d'être directeur de la thèse de ma collègue.
Merci de m'avoir apporté ton expérience et de nombreux conseils lors de ma première immersion dans la Médecine Générale.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Patrick Vuattoux,

Merci de m'avoir proposé ce travail. Un grand merci pour tes précieux conseils, ta disponibilité, et ta patience. Merci de m'avoir apporté ton expérience et de nombreux conseils lors de ma première immersion dans la Médecine Générale et de m'avoir fait découvrir l'univers des Maisons de santé.

« Lorsque le médecin fait rire le malade, c'est le meilleur signe du monde. »
Molière, Le médecin malgré lui, II, 6, le 6 août 1666.

J'ai passé mes dix-sept premières années de vie à affirmer que je ne serais pas médecin. J'ai vu une lumière. Il faisait chaud. Je suis restée et je ne regrette rien.

A ma famille, ma force

A mon Grumpy, mon Amant, qui partage ma vie depuis maintenant 6 années, qui m'a connu dans mes pires moments et qui me regarde encore avec des yeux pétillants. Mon otage qui a subi l'achat d'une maison, le PACS, l'adoption d'un chat et qui est toujours présent grâce à son syndrome de Stockholm. Je t'aime.

A ma Maman, qui m'a tout donné. Une force de la nature qui m'a toujours protégée et qui m'appelle tous les soirs (ou exige « un petit sms quand tu rentres ») pour m'aider dans cette difficile épreuve qu'est la vie.

A mon Père, qui m'a accompagné toutes ces années. Poisson nettoyeur guettant mes parties d'échecs.

A vous mes parents qui m'avez soutenue moralement et financièrement durant mes études de Médecine.

A ma Soeur, Sossa, ma Maman Koala, mon modèle de droiture et d'endurance, qui a corrigé l'intégralité de ma thèse sans jamais se plaindre (même s'il ne faudra pas que j'oublie le spa !).

A mon Frère, Dadad, The Geek, qui a toujours été là pour me défendre et pour nos interminables conversations que nous seuls comprenons et qui a réussi à échapper à la correction de la thèse et à la soutenance. Ne t'inquiète pas il y aura de la bière pour le pot de thèse !

A mon beauf, Steve, mon premier entraîneur, qui a toujours été indulgent et patient envers moi (même si tes pulls étaient moches tu as su conquérir le cœur de ma sœur).

A ma Belle Sœur, Lucie, qui a rendu ma vie plus « croquant gourmand » et avec qui j'espère bientôt cuisiner un super gâteau de thèse !

A mes nièces et mon neveu, qui m'ont appris la tolérance et la patience (dans leurs moments chaotiques) et qui ont égayé les moments difficiles. Je les remercie également d'avoir été d'excellents patients cobayes, me permettant un entraînement sur les traumatismes (crâniens ou non), brûlures, ingestion de produits toxiques, maladies éruptives, allergies, ...

A mon chat, Pandora, Mimoune, qui a uriné sur ma thèse, vomi sur mon ordinateur et qui m'a permis de tenir pendant ses longs mois d'internat.

A ma belle-famille (Sandrine, Pascal, Justine, Gary), qui m'a accueilli avec gentillesse à bras ouverts et qui m'a fait découvrir le monde sauvage de la Haute Saône.

A ma très grande famille du côté paternel et maternel, que j'ai toujours plaisir à revoir. Et plus particulièrement, à mon Parrain Richard, ma tante Françoise, ma tante Muriel et mon oncle Laurent, pour leurs soutiens et leurs présences dans ma vie.

A mes amis,

A mes deux amies d'enfance, Juliette et Juline, qui sont restées malgré les distances ou études qui nous ont séparées. A Juline, et à notre passion commune pour les éponges qui tombent. A Juliette, même si on n'a jamais réussi une expérience de TD ensemble on n'aura pas fait exploser le laboratoire de chimie !

A Chloé, qui me terrorisait en P1, pour qui les mots ne sont pas suffisants pour définir notre amitié. Que les années futures soient fructueuses en journée shopping et weekends inédits (même si la pudeur doit être sacrifiée !). A Chloé et à Julien pour nos petites habitudes de weekend de couples, le marché de Noël alsacien (et ses caves) c'est sacré !

A Sabrina, mon amie, avec qui j'ai partagé de très beaux moments parfois même en famille. La vie nous a séparées mais l'avenir nous réunira peut-être à nouveau !

A Marion, mon amie, pour m'avoir supportée pendant deux stages (quand même !) et tout au long de cette thèse.

A la Team Géria, Thomas, Marion, Valérie, pour ses franches rigolades (qui parfois « font saigner des oreilles » !) et leur soutien pendant les moments difficiles du début de l'internat. D'ailleurs n'oublions pas de citer le coup du dragon pour boucler la boucle, qui a tant fait couler d'encre ! A eux et à leurs conjoints (Camille, Hadrien, Henry, et maintenant Hanna le premier baby !) pour des soirées de folie !

A Coralie, mon ancienne cointerne, qui a enduré le supplice de trois mois d'énervements téléphoniques pour achat immobilier puis trois mois de botaniques intensives et qui reste toujours mon amie malgré ça !

A mes collègues,

A tous mes nombreux cointernes et coexternes, que je remercie du fond du cœur pour toutes ces expériences que l'on a vécues ensemble, dans les pires moments comme dans les meilleurs.

A tous mes anciens séniors et maîtres de stage, qui ont pris le temps de partager leurs savoirs et leurs connaissances avec moi, qui m'ont montré tous les aspects de l'Art.

A mes patients,

A mes patients, qui me rappellent régulièrement pourquoi je fais ce merveilleux métier, à leur gentillesse et leur bienveillance.

A mes patients pénibles, qui m'apprennent la patience et l'art de la négociation.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à cette étude :

- Les deux Maisons de santé et leurs acteurs, pour leur accueil et leur disponibilité.
- Les acteurs de la Sécurité Sociale, pour nos discussions et leur volonté d'améliorer les soins en France.
- Notre correspondante à la bibliothèque de l'ARS, pour sa disponibilité et son aide précieuse dans mes recherches.
- Les patients de cette étude qui ont répondu aux questions de mes entretiens et qui ont partagé une part de leur santé.

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Liste des abréviations

Introduction

Première partie : Données de la littérature et problématiques

Deuxième partie : Matériels et méthodes

Troisième partie : Résultats

Quatrième partie : Discussion

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Table des matières

Liste des abréviations

Liste des abréviations

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ADAPT : Association pour l'Insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées.

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Assistante de Service Social

AVP : Accident de la Voie Publique

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CESF : Conseiller en Economie Sociale et Familiale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DMP : Dossier Médical Partagé

EDF : Electricité De France

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

GIR : Groupe Iso Ressources

GMF : Groupe de Médecins de Famille

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MOAII : Module d'Orientation Approfondie des Indemnités Journalières

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NB : Nota Bene

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer Français

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Introduction

Notre système de santé est en perpétuelle évolution. Nous sommes passés du modèle paternaliste avec une médecine exclusivement somatique à l'empowerment et au modèle bio-psycho-social.(1) La santé est un tout comme le définit si bien l'Organisation Mondiale pour la Santé.(2)

Par conséquent, nous devons aider les patients sur plusieurs aspects et ceci nécessite donc l'intervention de professionnels de domaines variés aux champs de compétences complémentaires et coordonnés.

Lors de notre stage en médecine libérale, deux maisons de santé pluriprofessionnelles et leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie ont initié une expérimentation, celle-ci consistant en la mise en place d'assistantes sociales de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail dans des maisons de santé. En tant qu'apprentis médecins, nous sommes passionnées par cette proposition qui pourrait améliorer la prise en charge des patients dans leur globalité.

L'objectif de notre travail a été de recueillir le ressenti des patients et des professionnels de santé sur cette expérience originale.

Première partie :
Données de la littérature
et problématiques

Première partie : Données de la littérature et problématiques

I. Le concept de santé :

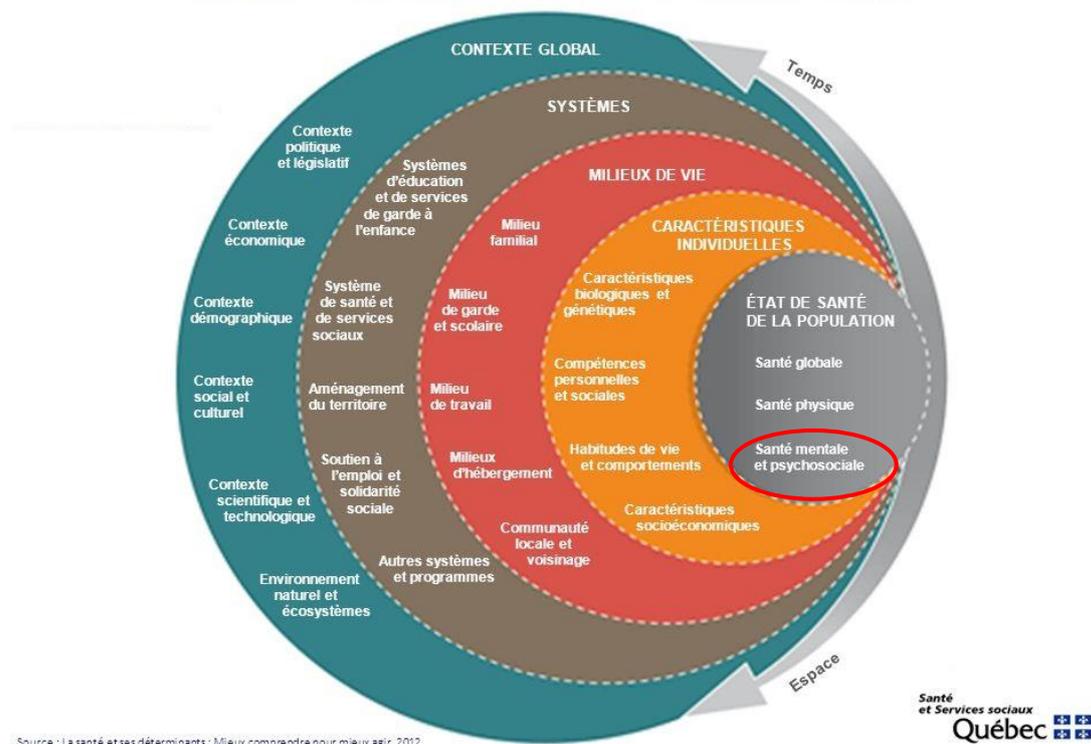
1.1. Définition :

Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé n'est donc pas simplement une absence de maladie.(2)

1.2. Les déterminants de la santé :

Au Québec, la santé est considérée comme une perspective dynamique résultant d'une interaction constante entre un individu et son environnement. On mesure un état de santé selon trois composantes : la santé globale (indicateurs de mortalité, espérance de vie...), l'état de santé physique avec des données relatives aux différentes maladies et traumatismes, et l'état de santé mentale et **psychosociale**.

Carte de la santé et de ses déterminants



On peut définir ainsi quatre champs principaux de déterminants de la santé : (3)

- Les caractéristiques individuelles qui comprennent :
 - Les caractéristiques biologiques et génétiques (âge, sexe, génome...) ;
 - Les compétences personnelles et sociales qui sont acquises selon l'histoire unique de chaque personne (habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales permettant de communiquer avec son environnement, de gérer ses émotions, faire face aux différentes situations, établir des relations) ;
 - Les habitudes de vie et les comportements (façon d'être et façon de faire dans les activités de la vie quotidienne : alimentation, consommation de toxiques, hygiène, pratiques sexuelles, sécurité...) ;
 - Les caractéristiques socio-économiques qui regroupent la scolarité, l'activité professionnelle, les revenus.

- Les milieux de vie à différents niveaux :
 - Le milieu familial qui intervient dans le développement selon son aspect social (composition de la famille), son aspect matériel (logement, moyens matériels) et son aspect économique ;
 - Le milieu scolaire et le milieu de garde durant l'enfance diffèrent également selon les conditions matérielles, les relations entre élèves, les services éducatifs, les activités parascolaires, les services préventifs ;
 - Le milieu de travail impactant positivement ou non sur la santé selon les facteurs psychosociaux et les conditions de travail ;
 - Les milieux d'hébergement pour les personnes vulnérables qu'ils soient temporaires ou permanents ;
 - L'évolution d'un individu dans une communauté locale (voisinage, quartier, disponibilité en termes de structure de santé, scolarité) plus ou moins favorable aux liens affectifs et sociaux, la sécurité, l'activité physique, ...

- Les systèmes qui regroupent les différentes organisations à l'échelle nationale, régionale et locale :
 - Les systèmes d'éducation et services de garde à l'enfance ;
 - Le système de santé et les services sociaux ;
 - L'aménagement du territoire ;
 - Le soutien à l'emploi et la solidarité sociale qui ont pour but d'aider les individus à s'intégrer au marché du travail ;
 - Les services de sécurité publique, services municipaux...

- Le contexte global qui influence la vie en société :
 - Le contexte politique et législatif (des lois, règlements, traités internationaux qui définissent les normes et les valeurs d'une société) ;
 - Le contexte économique (croissance, décroissance, coûts des biens de consommation, création et perte d'emplois, pratique de commercialisation...) ;
 - Le contexte démographique qui se réfère aux particularités d'une population (fécondité, proportion selon l'âge, le sexe, l'exode rural...) ;
 - Le contexte social et culturel ;
 - Les écarts entre les groupes sociaux, la collaboration entre les différents membres de la collectivité, l'art et les médias ;
 - Le contexte scientifique et technologique qui fait référence aux connaissances et avancées scientifiques et technologiques, à l'environnement naturel et les écosystèmes (régulation des eaux, des énergies, pollinisation, alimentation).

La santé découle donc de nombreux déterminants et surtout de l'interaction entre ses différents éléments.

Elle implique que la dimension sociale est un fondamental à la santé des personnes. Il s'agit donc d'une composante importante, à ne pas considérer séparément de la composante médicale pour une prise en charge globale des patients.

II. Les maisons de santé pluriprofessionnelles :

2.1. Définitions :

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du Code de santé publique :(4)

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ».

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des **actions sociales** dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Elles ont été introduites dans le Code de santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19/12/2007).

Actuellement toute structure peut se nommer Maison de Santé car il n'existe pas de labellisation. Cependant pour obtenir des financements publics, elles doivent obéir à un cahier des charges de la Direction Générale de l'Offre de Soins. Selon cette définition, une maison de santé pluriprofessionnelle rassemble au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé de premiers recours, le plus souvent une infirmière. Ils produisent et entretiennent ensemble un projet de santé et contribuent ainsi à l'offre de soins.(5)

2.2. Pluriprofessionnalité :

La déclaration d'Alma-Ata de l'OMS spécifiait déjà que « l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un **objectif social** extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé ».(6)

La Charte D'Ottawa (21 novembre 1986 - première Conférence internationale pour la promotion de la santé) mentionne également que « la promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres **secteurs sociaux** et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias », et que « les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques ». (7)

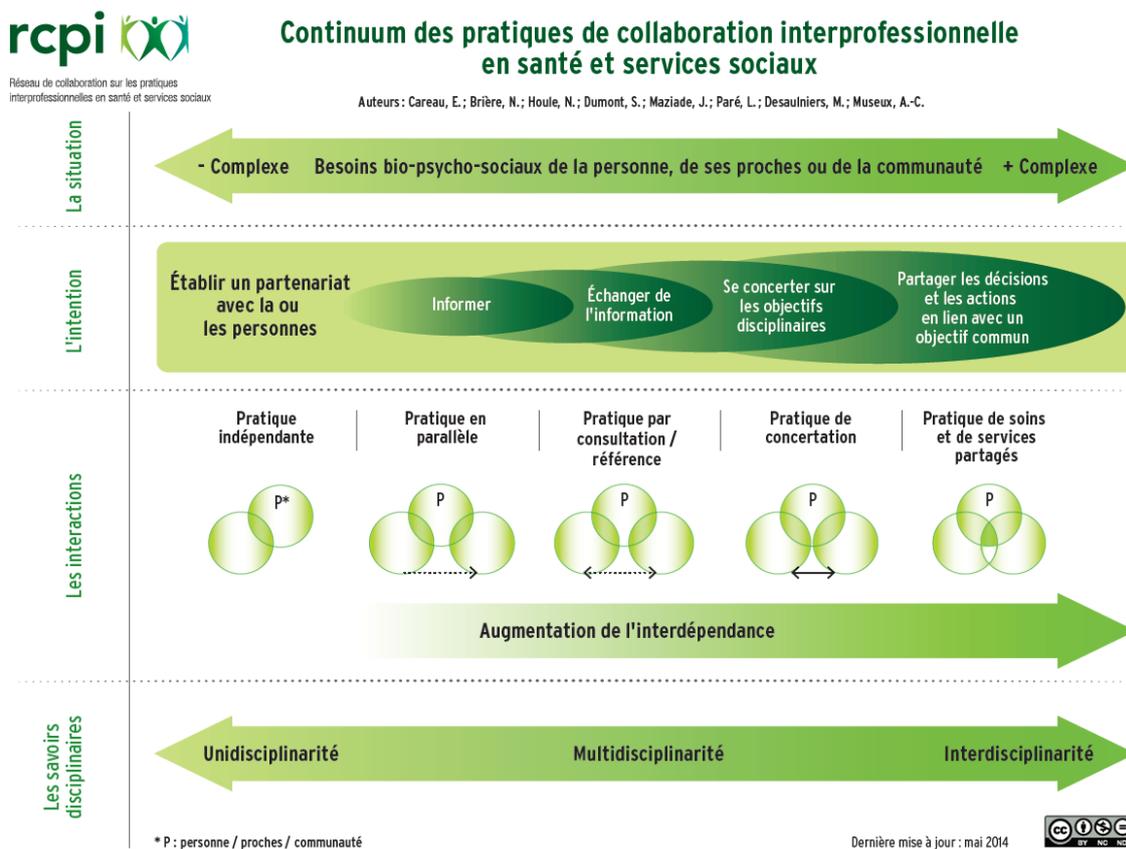
Face à l'intervention de plusieurs secteurs dans l'amélioration de la santé du patient, le concept de pluriprofessionnalité est né. Il consiste à faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes. Il utilise la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés.(5)

Les enjeux sont multiples. Il est nécessaire de développer les coopérations entre les professionnels pour mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé :(8-10)

- L'amélioration de la qualité des soins est recherchée en favorisant le développement de certaines activités (l'éducation thérapeutique par exemple) et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients (par exemple pour le suivi des malades chroniques) ;
- L'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ;
- Les progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé ;
- La nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;

- Pour les médecins, elles peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant le travail pluriprofessionnel et en leur permettant de privilégier les activités purement médicales ;
- Pour les autres professions de santé, l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences offrent des possibilités d'évolution de carrière autres que les seuls postes d'encadrement.

Cependant, la pluriprofessionnalité se heurte à des freins importants liés aux modalités de formation et au cadre d'exercice des professions. Des évolutions structurelles apparaissent souhaitables pour favoriser le développement de nouvelles formes de coopération visant à améliorer la qualité du système de santé.



2.3. Etat des lieux :

Si l'Observatoire des Maisons de Santé faisait état de 240 MSP en fonctionnement en mars 2013, on en dénombre 1200 en 2019 ainsi que 400 en projet. Ce nombre est en constante augmentation depuis la définition des Maisons de Santé en 2007.(11,12)

Selon les dernières données de fin 2018, la région Bourgogne Franche-Comté dénombre actuellement 131 maisons de santé dont 54 en Franche Comté. Malgré des recherches de notre contact à l'ARS, il n'existe pas de base de données sur les assistantes sociales au sein des maisons de santé sur le territoire.



III. Les travailleurs sociaux :

3.1. Définition :

Une définition légale du travail social est apparue dans le Code de l'action sociale et des familles en 2017.

L'article D. 142-1-1. dispose que « le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. »

« A cette fin, le travail social regroupe un ensemble de pratiques professionnelles qui s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Il s'appuie sur des principes éthiques et déontologiques, sur des savoirs universitaires en sciences sociales et humaines, sur les savoirs pratiques et théoriques des professionnels du travail social et les savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins. Il se fonde sur la relation entre le professionnel du travail social et la personne accompagnée, dans le respect de la dignité de cette dernière. »

« Le travail social s'exerce dans le cadre des principes de solidarité, de justice sociale et prend en considération la diversité des personnes bénéficiant d'un accompagnement social. »(13)

3.2. Champs d'action du travailleur social :

Les champs d'action du travailleur social sont donc vastes. Celui-ci exerce dans des institutions variées. Les travailleurs sociaux peuvent être des agents de l'État et des collectivités territoriales mais également appartenir au monde associatif.

Il existe donc différents métiers et qualifications en travail social : (14)

Auxiliaire de vie sociale	Assistante sociale
Aide médico-psychologique	Médiateur familial
Moniteur-éducateur	Technicien de l'intervention sociale et familiale
Éducateur technique spécialisé	Educateur de jeunes enfants
Éducateur spécialisé	Assistant de service social
Conseiller en économie sociale familiale	
Directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale.	

L'assistant social a pour mission de faciliter les formalités à effectuer par les patients et leurs familles pour l'obtention de prestations et d'aides de tous types : administratives, sociales, financières...(15)

L'assistant de service social, qui est parfois spécialisé (drogue, alcoolisme, santé scolaire, enfance en danger...), apporte aide et soutien à des personnes, familles ou groupes en difficulté, en les aidant à s'insérer socialement ou professionnellement. Ce métier s'exerce dans le secteur public ou semi-public (organismes de protection sociale, prisons, établissements scolaires, hôpitaux), plus rarement en entreprise.(16)

Dans le secteur médical, les champs du sanitaire et du social ont longtemps été reliés avec le rôle des hôpitaux qui était d'accueillir les plus pauvres. Puis le secteur médical s'est beaucoup développé laissant de côté la fonction sociale jusqu'à la loi de 1975 qui a complètement séparé le secteur sanitaire du secteur social. Cette séparation a entraîné des disparités en matière d'inégalité d'accès aux soins. Actuellement, la France effectue un chemin inverse pour articuler à nouveau ces deux champs.(17)

Les assistants sociaux ont maintenant un rôle important à jouer dans le secteur médical : respect des droits d'accès aux soins et détermination du parcours de soins type (organisé strictement et théoriquement à partir de la pathologie et des soins prescrits).(17)

On trouve trois grands types d'assistant social :

- **L'assistant social polyvalent de secteur** est à disposition de toute la population pour tout type de difficultés sur un secteur géographique donné (commune, quartier...). Il est généralement rattaché à une circonscription d'action médico-sociale (centre médico-social, unité territoriale, maison départementale de la solidarité et de l'insertion). Il exerce au sein d'une équipe qui comporte également des puéricultrices, médecin de PMI, conseillers en économie sociale et familiale, secrétaires médico-sociales, éducateurs spécialisés, sages-femmes, des infirmiers... Il est employé par une collectivité territoriale : en tête des employeurs, les conseils généraux qui ont compétence pour la mission de service social public, mais également certaines communes de taille importante.
- **L'assistant social polyvalent de catégorie** s'adresse pour tout type de difficultés sociales, à une catégorie de population spécifique : les ressortissants d'un régime spécial (SNCF, EDF, ...).
- **L'assistant social spécialisé** intervient pour des difficultés sociales spécifiques d'une population donnée : service social en faveur des élèves dans les établissements scolaires du second degré, service social spécialisé en milieu hospitalier, psychiatrique ou carcéral (Service pénitentiaire d'insertion et de probation), service social spécialisé auprès d'une association d'aide aux personnes handicapées par exemple ou d'un employeur (service social en entreprise).

1 socle commun (70% du diplôme)	3 spécialités possibles (30% du diplôme)	Principaux lieux d'interventions
Socle métier A.E.S <ul style="list-style-type: none"> - Compenser les conséquences d'un handicap - Permettre à la personne d'être acteur de son projet de vie - Accompagner la personne dans les actes du quotidien et dans ses activités - Veiller à l'acquisition, la préservation ou à la restauration de l'autonomie des personnes - Contribuer à l'épanouissement de la personne dans son lieu et son cadre de vie 	Spécialité : Accompagnement de la vie à domicile Contribuer à la qualité de vie de la personne, au développement ou au maintien de ses capacités à vivre à son domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Domicile de la personne - Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) - Foyers logement - Maisons d'accueil rurales - Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) - Services d'Aide à la Personne (SAP) - Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) - Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes handicapés (SAMSAH) - Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile (SPASAD) - Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) - ...
	Spécialité : Accompagnement de la vie en structure collective Contribuer au soutien des relations interpersonnelles et de la qualité de vie de la personne dans une structure de vie collective	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) - Unités de Soins Longues Durée (USLD) - Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) - Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) - Foyers de vie - Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) - Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) - Instituts Médico-Educatifs (IME) - Instituts d'Education Motrice (IEM) - Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) - ...
	Spécialité : Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire Faciliter, favoriser et participer à l'autonomie des enfants, adolescents et des jeunes adultes en situation de handicap dans les activités d'apprentissage, culturelles, sportives, artistiques et de loisirs	<ul style="list-style-type: none"> - Structure d'accueil pour la petite enfance - Etablissements d'enseignement et de formation - Lieux de stages, d'apprentissage, d'alternance ou d'emploi - Lieux d'activités culturelles, sportives, artistiques et de loisirs - Etablissements et services médico-sociaux - Lieux de formation professionnelle - ...

3.3. Assistant social de la CPAM :

Au niveau de l'Assurance Maladie, le secteur social est géré par les CARSAT. Son rôle est l'élaboration et la mise en place de réponses sociales individuelles et collectives adaptées aux besoins des personnes fragilisées par la maladie, le handicap ou l'accident.

Ses principaux domaines d'intervention sont :

- L'accès aux soins et le droit à la santé des personnes en situation de précarité ;
- La prévention de la désinsertion professionnelle, notamment l'aide au maintien dans l'emploi, des assurés malades ou handicapés ;
- La préservation de l'autonomie et l'accompagnement social en sortie d'hospitalisation des personnes malades, handicapées et/ou âgées.

Il propose une aide individualisée par un assistant du service social dans les locaux de la CPAM ou des actions collectives par des informations et des interventions collectives en relation avec ses domaines d'intervention ; dans le cadre de l'accès aux soins (Pratiques Santé), ou le maintien dans l'emploi (Prév'emploi, le MOAIJ, ...), ou la préservation de l'autonomie des malades et le soutien de leur entourage (groupe d'aide aux malades et leurs aidants).

IV. Etat des lieux du travail social en soins primaires : que se passe-t-il en France et à l'étranger ?

4.1. A l'échelle nationale :

Fin 2011, 3,7 millions de personnes sont bénéficiaires de prestations sociales en France, un nombre en hausse de 2,4 %, après +2,5 % en 2010.(18)

Le public cible d'une prestation s'estime mieux informé que l'ensemble de la population. Toutefois, une part significative de ses bénéficiaires indique ne pas en connaître précisément les critères d'attribution. Parmi les 20 % les plus modestes, six personnes sur dix déclarent savoir qui peut bénéficier du RSA ou de la CMU-C, mais c'est le cas d'une personne sur trois seulement pour la prime pour l'emploi et d'une personne sur dix pour l'ACS.(19)

Une thèse réalisée en Bretagne en 2017 révélait que 98,7% des médecins bretons ressentaient des difficultés face à un patient socialement fragile et seulement 48,7% connaissaient les services médico-sociaux et sociaux de leur secteur.(20)

L'auteur en concluait que le renforcement de l'accompagnement psychosocial et administratif devait se traduire par une meilleure articulation entre le domaine social et le domaine sanitaire : soit en proposant à des travailleurs sociaux de réaliser des vacations au sein des maisons de santé, les médecins étant favorables à cette multidisciplinarité, soit en développant les permanences d'accès aux soins de santé.

En effet une autre étude réalisée en Meurthe et Moselle montre que 87,5% des médecins généralistes interrogés déclarent ne pas connaître suffisamment les dispositifs sociaux de leur secteur. 43,5% déclarent n'être qu'exceptionnellement voire jamais en contact avec les services sociaux et 13,7% relatent des difficultés de communication avec ces services par manque de liaison, indisponibilité d'horaires ou de réponse insuffisante.(21)

Il serait donc intéressant d'améliorer cette coopération pour répondre à la demande des patients et des médecins généralistes.

Une autre enquête nationale affirmait que l'acteur le plus en relation avec les professionnels du travail social est le personnel de santé. (22)

Un article issu d'un travail de thèse effectué sur les maisons de santé en Franche-Comté a permis de déterminer les autres professionnels et services dont souhaiteraient bénéficier les consultants au sein de la maison de santé. Les psychologues, kinésithérapeutes et gynécologues sont particulièrement sollicités, mais c'est une assistante sociale qui est la plus fréquemment demandée, plébiscitée par environ 30 % des patients.(23)

En France, on retrouve cette coordination entre les services sociaux et la prise en charge médicale au sein de réseaux développés dans des catégories spécifiques comme par exemple les réseaux gériatriques ou les réseaux de soins palliatifs mais pas au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles.(24)

4.2. A l'échelle internationale :

D'autres pays ont déjà expérimenté la mise en place d'assistantes sociales au sein même des maisons de santé.

En Belgique, la prise en charge globale, psycho-médicosociale, des personnes et la prise en compte de leurs besoins psychosociaux, nécessitent le développement dans les maisons médicales, de compétences spécifiques dans le domaine de la santé mentale et du travail social. Une définition de la fonction du travailleur social en maison médicale a été rédigée (FMM 2006). Loin de vouloir se substituer à d'autres services existants sur le terrain de l'ambulatoire dans ces domaines, les maisons médicales recherchent les modalités d'une réponse sur le lieu du premier contact qui permettent l'articulation avec ces services. De plus, la présence de ces compétences dans les équipes pluridisciplinaires de soins primaires soutient la réelle prise en compte de tous les champs de la prise en charge globale des usagers.(25)

Au Québec, depuis les années 70, les travailleurs sociaux sont intégrés aux autres activités médicales et paramédicales au sein des Centres Locaux de Services Communautaires. Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels de la santé et les patients. Le travailleur social en GMF, équivalent canadien de nos Maisons de Santé, évalue le fonctionnement social dans une perspective de soutien et de rétablissement de la personne en parallèle avec son environnement. L'expertise du travailleur social et celle du médecin de famille sont complémentaires dans l'évaluation globale de l'état de santé et du bien-être du patient.(26,27)

Une revue de littérature américaine visant à évaluer les coûts du service social au sein de la santé semble conclure que la formation interprofessionnelle est bénéfique sur le plan financier mais aussi sanitaire.(28)

V. Nouvelles perspectives :

En France, le secteur sanitaire travaille en collaboration avec le secteur social dans les situations particulières (réseau PMI, maisons médico-sociales, réseaux gériatriques, etc) mais cette collaboration reste très peu développée au sein des équipes pluriprofessionnelles de proximité telles que les maisons de santé alors qu'à l'étranger cette collaboration semble bénéfique autant sur la prise en charge globale du patient, que sur le plan professionnel et financier.

La CNAMTS lance en 2018 une action-santé par la mise en place d'une assistante sociale au sein de maisons de santé dans trois régions : Bourgogne Franche-Comté, Ile de France, Loire Atlantique.

En Bourgogne Franche-Comté, deux maisons de santé ont été retenues pour l'expérimentation : la maison de santé de Saint Claude à Besançon et la maison de santé de Baume-les-Dames.

L'assistante sociale est présente une demi-journée par semaine dans chaque maison afin de recevoir en entretien les patients orientés par leur médecin traitant exerçant au sein même de la maison de santé.

Cette assistante sociale a trois missions :

- **L'accès aux soins**
- **La prévention de la désinsertion professionnelle**
- **La prévention de la perte d'autonomie**

Au sein de ces deux maisons de santé, son travail consiste à encadrer l'arrêt de travail longue durée pour prévenir la désinsertion professionnelle et aider dans les démarches administratives (aides financières, adaptation de poste ou la réorientation, ...)

Cela concerne les personnes en arrêt de travail d'une durée supérieure à trois mois et uniquement les assurés du Régime Général.

L'expérimentation était prévue pour six mois à compter du mois de janvier 2018 mais elle fut renouvelée devant des premiers résultats très favorables notamment une forte demande de la part des patients.

VI. Nos objectifs :

Les deux objectifs de notre travail étaient les suivants :

- Evaluer le ressenti des patients ayant bénéficié des services d'une assistante sociale de la CPAM au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle.
- Evaluer le ressenti des professionnels de santé concernant la collaboration avec une assistante sociale de la CPAM au sein de maisons de santé.

Deuxième partie : Matériels et méthodes

Deuxième partie : Matériels et méthodes

I. Choix de la méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs de patients ayant eu un entretien avec l'assistante sociale au sein de la maison de santé.

J'ai choisi la méthode qualitative qui est la plus adaptée à l'exploration des représentations des participants. C'est un ensemble de techniques d'investigation, très répandues, permettant d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis d'une pratique. Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des sujets et permet d'étudier leurs opinions de façon plus approfondie que dans un sondage. (29,30)

Elle génère des idées pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et permet de définir ou cerner les options liées à cette question.

La méthode qualitative, plus observationnelle, est empruntée aux anthropologues. Elle permet aux personnes interrogées de s'exprimer et d'induire des réponses sans leur poser de question directe. Les hypothèses sont données par l'interviewé et non supposées par le chercheur.

La méthode quantitative, à l'aide d'un questionnaire à questions fermées aurait pu être une méthode pour ce travail de recherche mais elle aurait occulté toute une partie des attentes des patients.

En effet, en réalisant un questionnaire fermé, on ne permet pas au patient de s'exprimer sur ses attentes mais on confirme ou infirme l'idée que l'on se fait de ses attentes.

Dans un second temps, ce travail par méthode qualitative pourra permettre l'élaboration d'un questionnaire dans le cadre d'une recherche quantitative.

II. Constitution de l'échantillon :

- Critère d'inclusion :
 - Patient ayant son médecin traitant au sein de la maison de santé
 - Patient ayant eu au moins un entretien avec l'assistante sociale de la maison de santé

- Critère d'exclusion : aucun

La taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance. L'inclusion des patients était prévue jusqu'à saturation des données recueillies lors des entretiens, c'est-à-dire jusqu'à ce que tout nouvel entretien n'apporte plus aucune nouvelle donnée.

Méthode d'inclusion des patients :

L'inclusion des patients s'est faite en deux temps.

- Dans un premier temps, recrutement des patients par l'intermédiaire d'une fiche de consentement distribuée par les secrétaires lors du premier entretien avec l'assistante sociale de la CPAM. (Annexe 1)
- Dans un second temps, contact téléphonique des patients ayant donné leur accord pour organiser l'interview (lieu, modalités...).

III. Guide d'entretien :

Le guide d'entretien est un outil majeur qui sert de support lors de l'interview. Ce document liste les questions à aborder et permet de saisir les réponses au fur et à mesure de l'entretien.(31–33)

Le guide prévoit des questions de substitution, complémentaires ou de clarification lorsque la réponse n'est pas complète.

Le guide a d'abord été construit en fonction des différentes problématiques pouvant être retrouvées dans la bibliographie. Puis il a été révisé suite à la mise en situation de différentes personnes de mon entourage ainsi que de ma collègue. (Annexe 2)

Il a évolué au fur et à mesure des différents entretiens avec une deuxième version plus adaptée et compréhensible pour les interviewés. (Annexe 3)

IV. Cadre légal des entretiens :

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord oral et écrit des patients. Ils ont été retranscrits intégralement et anonymisés. Une partie des entretiens pouvant suggérer l'identité des patients (noms de lieux, de personne, profession ...) a été supprimé. Les enregistrements ont ensuite été détruits.

Notre projet de recherche a pour finalité le développement des connaissances biologiques et médicales. Il ne rentrait pas dans le cadre de la loi Jardé car il n'impliquait pas la personne humaine selon la définition légale. Nous sommes dans le cadre d'expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. Il ne nécessite donc pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes, pas de promoteur, pas d'assurance. (34) Cependant une demande d'avis a été effectuée auprès du CPP pour confirmer la validité de notre recherche. L'avis nous a été retourné favorable.

Notre recherche comporte la collecte de données personnelles et son traitement. Ce traitement de données est effectué dans un cadre strictement personnel en France. Notre travail ne relève pas de la loi "Informatique et libertés" et ne nécessite pas de déclaration auprès de la CNIL.(35)

V. Réalisation des entretiens et retranscription :

Les entretiens ont été réalisés en face à face (dans la MSP ou au domicile des patients). Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone après acceptation de l'interviewé et retranscrits le plus rapidement possible, mot par mot, et dans leur intégralité (hors anonymisation). Les erreurs de langage, hésitations, bafouillages ont été préservées. Nous avons également essayé de retranscrire les attitudes ou les gestes qui nous semblaient utiles dans les différents entretiens.

VI. Analyse des données :

Chaque entretien a été analysé au fur et à mesure. Un logiciel de codage de verbatim a été utilisé (RQDA). Les données ont été analysées jusqu'à saturation des données au onzième entretien.

Troisième partie :

Résultats

Troisième partie : Résultats

I. Description de la population :

L'inclusion ainsi que les entretiens des patients ont été réalisés du 15 janvier 2018 au 28 juin 2018.

L'inclusion des patients a été effectuée jusqu'à saturation de données, soit au onzième entretien.

L'échantillon dans une étude qualitative n'est pas représentatif de la population générale des patients mais il se doit d'être diversifié.

Parmi ces patients, on retrouvait six femmes et cinq hommes. Leurs âges s'échelonnent de 29 ans à 66 ans avec une moyenne de 46 ans. Ils étaient de catégories socio-professionnelles différentes.

La majorité des patients interrogés (dix) était suivie à la maison médicale à Besançon en raison d'une implication retardée de la maison de santé de Baumes Les Dames.

Les patients ont été interrogés dans le lieu de leur choix, à leur domicile ou à leur maison de santé.

II. Description des résultats :

La durée totale de l'enregistrement audio des entretiens était de 2 heures 38 minutes et 56 secondes. La retranscription intégrale s'étalait sur 46 pages. La durée des entretiens s'étendait de 8 minutes et 2 secondes à 26 minutes et 49 secondes, avec une durée moyenne d'environ 14 minutes.

Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation et sont désignés par la lettre T suivie d'un chiffre correspondant à leur ordre.

Cent soixante et onze verbatims se sont détachés des entretiens des patients après une double lecture de ma collègue et moi-même. Nous les avons regroupés et classés par thèmes et sous thèmes. Quand une multitude de codes se classait dans une idée, nous nous sommes permises de sélectionner les plus pertinents.

A. Qui oriente ?

Au cours de mes entretiens, les patients ont été exclusivement adressés par des médecins généralistes, en grande partie par leurs médecins traitants.

E1 « C'est le médecin donc qui m'a parlé de l'expérimentation qui était en cours (...) Mon médecin généraliste » « Sur les conseils de mon médecin. »

*E6 « C'est le Dr *****. »*

*E10 « Alors, c'est mon médecin traitant, le Dr *****. »*

Tableau I : Synthèse des réponses relatives aux professionnels de santé adressant au travailleur social

<u>Qui oriente ?</u>	
<u>Souvent, le médecin traitant</u> <i>E1 : « C'est le médecin donc qui m'a parlé de l'expérimentation qui était en cours (...) Mon médecin généraliste »</i> <i>E8 : « Mon médecin traitant, mon médecin généraliste. »</i>	<u>Plus rarement, un autre médecin</u> <i>E6 « C'est le Docteur *****. »</i>

B. Le motif d'orientation :

Les patients se décrivent comme perdus dans un système qui devient de plus en plus complexe. Ils sont inquiets. Les travailleurs sociaux ont tout d'abord répondu aux inquiétudes par :

- Un soutien moral

E2 « Elle a même vu que j'avais des problèmes pour me concentrer, que je n'étais pas trop trop bien et tout donc elle m'a tout écrit sur un papier. »

E3 « Pour moi, à mon sens, elle a plus compté en un seul rendez-vous que les quinze ou vingt avec mon assistante sociale de secteur. »

- Ainsi que par une écoute active.

E8 « J'ai eu une écoute attentive. J'ai vraiment apprécié l'entretien. C'est peut-être juste ça qu'il faut, des gens qui écoutent. »

E10 « Une écoute, une bonne oreille, euh ..., des bons conseils, et puis moralement ça aide beaucoup »

Ils sont intervenus sur les différentes problématiques pour lesquelles le médecin ne trouvait pas de solutions adaptées.

*E2 « C'est mon médecin, le Dr *****, c'est lui qui m'a dit : maintenant on a une assistante sociale qui vient directement ici, est ce que ça vous dit de la voir ? Pour voir avec elle, toutes ces questions-là, que moi je ne peux pas vous aider. »*

E5 « Et puis comme il ne pouvait pas me répondre, il m'a dit que le mieux c'était de voir avec une assistante sociale. »

Ils ont apporté leurs expertises sur le versant social ainsi que le point de vue de la Sécurité Sociale.

E1 « Oui la réponse de la Sécurité Sociale »

E6 « Je pense que pour moi ça a rendu plus clair le lien entre médecin et sécu. »

1. Problématiques financières en lien avec la santé :

Un des principaux motifs de consultation du travailleur social cité par les patients est la situation financière.

E3 « Je me suis penché vers lui en lui expliquant que malgré que j'ai mal, car j'ai mes talons abimés, je ne peux pas travailler alors que pour me soigner il faut que je touche de l'argent et que pour toucher l'argent il faut que je travaille. »

E5 « Le gros point important c'est tout ce qui va être financé enfin indemnités journalières ce qui allait se passer dans les mois à venir. »

E7 « C'est compliqué parce qu'on ne sait pas trop comment on va être payé, de quelle manière, si on a un complément, par qui, enfin voilà c'est un peu le flou. »

2. Formalités administratives :

De nombreux patients se décrivent également démunis par rapport aux nombreuses formalités administratives jugées trop complexes à remplir.

E2 : « Dans le cadre de ça et de finir de remplir mon dossier MDPH, euh dans les petites spécificités. Des fois ce n'est pas toujours évident. Donc elle m'a aidé à finir de le remplir en parallèle. »

E10 « Les documents à remplir MDPH pour qu'on puisse financer des formations par la suite, c'était ça le plus important pour moi. »

E9 « Oui pis là-dessus je trouve que c'est intéressant parce que on ne sait pas toujours tout comme il faut remplir les dossiers tout ça. Euh ... comme la fallait que je fasse un dossier MDPH donc bon elle m'a aidé. Elle m'a dit faut faire comme ça et tout. Je trouve que c'est bien quoi. »

3. Les problématiques en lien avec le travail :

Une grande partie des patients ont consulté l'assistante sociale dans le cadre de problématiques en lien avec le travail.

a. Retour à l'emploi :

Les patients s'interrogeaient sur les difficultés du retour à l'emploi ainsi que sur les possibilités d'adaptation de poste.

E2 « Je ne pouvais pas reprendre mon travail. Mon travail ne m'acceptait pas parce que ça n'allait plus avec mon état de santé. »

E7 « Et euh ... comme je ne peux pas travailler plus de six heures par jour, je m'interrogeais sur le retour à l'emploi, et savoir comment ça pourrait se passer en entreprise »

b. Maladie longue durée :

Quand le retour à l'emploi n'était pas envisageable rapidement, la question de la mise en maladie longue durée se posait.

E11 « Donc elle m'avait conseillé d'aller voir une assistance sociale pour voir si on ne pouvait pas faire quelque chose euh ... (cherche ses mots) concernant mon handicap. Que je pourrais peut-être être mise en maladie longue durée. »

c. Reconversions professionnelles :

Les patients envisageaient des reconversions professionnelles quand le retour à leur emploi était impossible.

E5 « Alors on discutait, euh ..., de mon état de santé, de ma reconversion professionnelle et je me posais aussi des questions par rapport à euh ... (cherche ses mots) savoir si j'ai le droit de reconduire ou pas »

Ils se posaient alors de nombreuses questions sur les possibilités de formations professionnelles et de bilans de compétences.

E2 « Les débouchés pour euh ... pour les formations surtout »

E5 « Auquel il faut tout remettre un processus en place avec la MDPH et éventuellement un bilan de compétences. »

4. Réorientation vers d'autres professionnels :

Dans le cadre de la prise en charge globale, une multitude de professionnels intervient. La plupart des patients ne savent pas vers qui s'orienter en fonction de leur problème. Ils décrivent une excellente orientation par l'assistante sociale vers ces différents professionnels.

E7 « Oh oui parce que justement on ne sait pas trop vers qui se retourner alors c'est bien qu'il y ait des gens qui soient là pour nous envoyer vers d'autre personne. »

E11 « Elle m'a mis en relation avec les bonnes personnes, elle m'a dit : ce que je pourrais faire, ce que mon médecin pouvait faire... »

Les travailleurs sociaux ont orienté les patients vers :

- Les organismes de formation ;

E2 « Mon médecin et les différents organismes de formation »

- Les organismes en lien avec le handicap ;

E4 « Oui au niveau organisationnel car dans un premier temps elle m'a réorienté vers l'AAH et puis dans un deuxième temps vers la pension d'invalidité : comment le dossier devait être remplie par exemple. »

- Le médecin conseil ;

E5 « Euh bah là ça va être le médecin conseil enfin elle m'oriente oui et non j'attends qu'il me convoque. La MDPH bah oui le dossier est en cours. Ah oui vers l'ADAPT et là mon problème c'est un problème de financement pour un bilan de compétence. »

- La médecine du travail ;

E6 « Elle m'a conseillé de demander rendez-vous à la médecine du travail ce que je ne savais pas qu'on pouvait faire, surtout quand c'est dans un cas de pression morale et de santé. »

- D'autres travailleurs sociaux ;

E9 « Après elle ma diriger vers une autre assistante sociale que j'ai déjà vue deux fois. Donc elle fait le complément elle me donne plus de détail. Euh ... voilà de chose à faire quoi. »

- Des associations diverses.

E11 « Bon elle n'était pas très au courant sur les fonctionnaires, donc elle m'a donné une association à contacter. »

5. Solutions non sollicitées et déblocage de situation :

Les patients ont été agréablement surpris de la prise en charge globale que les assistantes sociales ont effectuée. En effet, elles ont trouvé des solutions à des problèmes pour lesquels le patient ne venait pas consulter.

E3 « Je me suis rendu compte au travers d'elle, non grâce (mot appuyé) à elle que j'étais minoré par rapport à un remboursement. Elle l'a vu tout de suite. » « Mais pareil je n'aurais jamais pensé à faire un dossier MDPH si elle n'avait pas été là. »

E7 « Bah qu'elle m'apporte les réponses à mes questions que je me pose et qu'elle puisse aussi m'apporter des réponses à des questions pour lesquelles je n'aurais pas forcément pensé dans le temps d'un échange »

Ceci a permis :

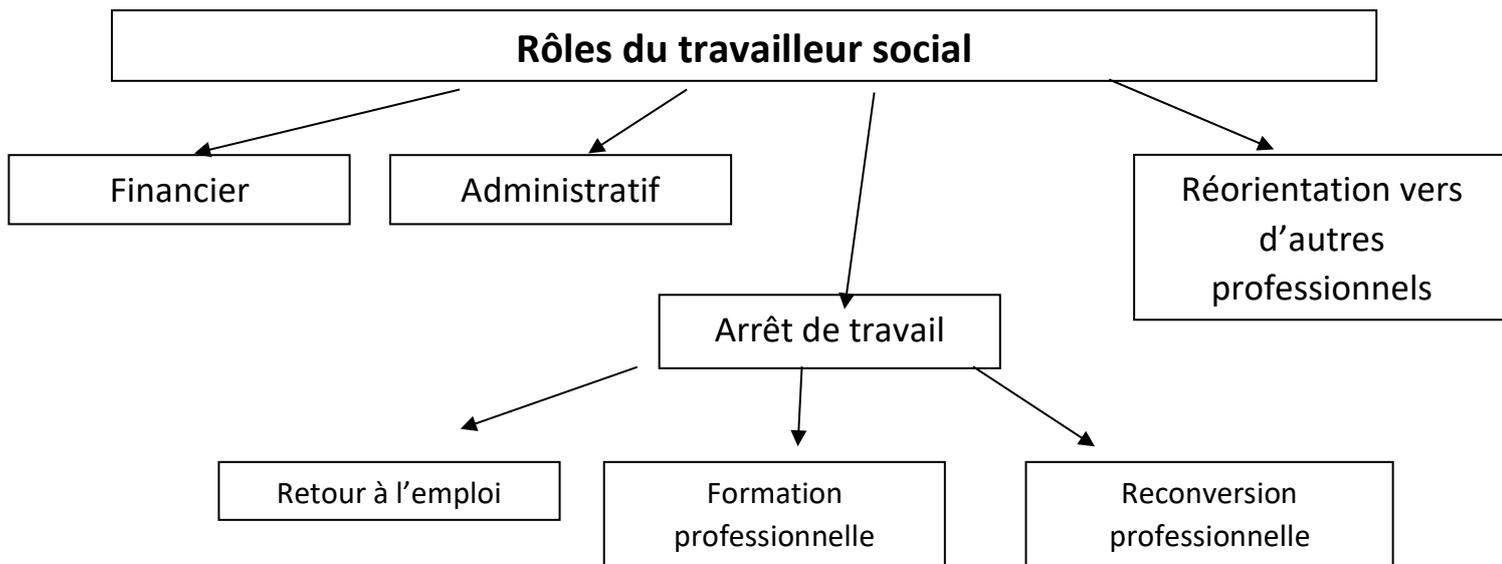
- Le déblocage de certaines situations ;

E3 « Et ... (cherche ses mots) c'est vrai que ma situation c'est un peu débloqué de ce côté-là »

- Ainsi que le repérage précoce des patients en difficultés.

E6 « A mon avis si ça permet de faire le lien entre des souffrances sociale et des souffrances de santé on arrive à repérer des cas de cassures c'est peut-être mieux pour la sécu que de rentrer dans des traitements longs. J'ai vu ça sur un de mes collègues. Ça peut faire office de repérage précoce ?

Organigramme I : Synthèse des réponses relatives aux motifs de consultations des travailleurs sociaux :



C. Différences avec une assistante sociale extérieure à la MSP :

1. Pas de différence :

Certains patients ne perçoivent pas de différences entre les travailleurs sociaux.

E1 « Pas de différence particulière. »

E4 « Bah il n'y en a pas. »

2. Une action plus centrée sur la santé :

Une grande partie des patients décrit un travailleur social plus centré sur la santé quand il exerce en maison de santé.

E7 « Bah l'assistante sociale de l'extérieur elle va gérer les problèmes plus, comment dire ... personnel lié je ne sais pas à l'appartement, au budget etc alors que l'assistante médico-sociale va plutôt palier aux problèmes de santé (...)»

E10 « C'est en rapport avec ma santé car c'est dans ma maison médicale. C'est là où je me soigne. Il y a tous les médecins. »

Tableau II : Synthèse des réponses relatives à la différence des travailleurs sociaux à l'extérieur de la maison de santé.

<u>Différences avec une assistante sociale extérieure à la MSP</u>	
<u>Centrée sur la santé</u>	<u>Pas de différence perçue par le patient en minorité</u>
<i>E5 « Euh ... la différence euh ... bah ce que je trouve bien c'est qu'on n'est pas dans un milieu vraiment social comme dans un centre social ou à la sécurité sociale. Donc on n'est pas dans le même contexte et je me suis trouvé beaucoup plus à l'aise. »</i>	<i>E1 : « Pas de différence particulière. »</i>

D. Assistante sociale au sein des maisons de santé :

Le parcours de prise en charge par l'assistante sociale en maison de santé semble optimisé selon les patients. Ils décrivent de nombreux avantages.

1. Localisation, logistique :

Les lieux de consultation ainsi que leurs trajets sont familiers et sont plus accessibles.

E1 « Plutôt proche de chez moi, je ne sais pas si je serais allé jusqu'à la Sécurité Sociale pour rencontrer une assistante. »

E2 « On connaît les lieux. On sait se repérer. On sait le trajet, le parking enfin bref. »

E9 « On connaît le lieu et comme moi avec ce que j'ai, je ne peux pas trop conduire alors je trouve que c'est bien pratique parce que ça ne fait pas trop loin. C'est facile quoi. »

2. Versant rassurant de la maison de santé :

Les patients se sentent plus rassurés par les locaux de la maison de santé en comparaison à ceux de la CPAM notamment.

E5 « Je trouve bien c'est qu'on n'est pas dans un milieu vraiment social comme dans un centre social ou à la sécurité sociale. Donc on n'est pas dans le même contexte et je me suis trouvé beaucoup plus à l'aise. »

E10 « Déjà l'environnement, (rires) ce n'est pas toujours cool la CPAM. Entre le médecin conseil et l'assistante sociale on est un peu terrorisé (rires). C'est plus rassurant que d'être dans un autre lieu, un autre endroit. »

3. Centralisation et gain de temps :

Il existe une centralisation de la prise en charge avec un gain de temps.

E5 « Pis là aussi tout est centralisé avec les secrétaires. Elles passent le dossier au médecin ou autre. Il n'y a pas besoin de se dire qu'il faut l'envoyer. »

E2 « Enfin quand on est dans notre situation ça évite de passer des coups de téléphones, d'essayer d'appeler pour avoir des réponses qu'on n'aura pas forcément, on perd du temps »

E6 « Bah c'est là où elle m'a été d'un grand secours parce qu'elle m'a fait gagner beaucoup de temps. »

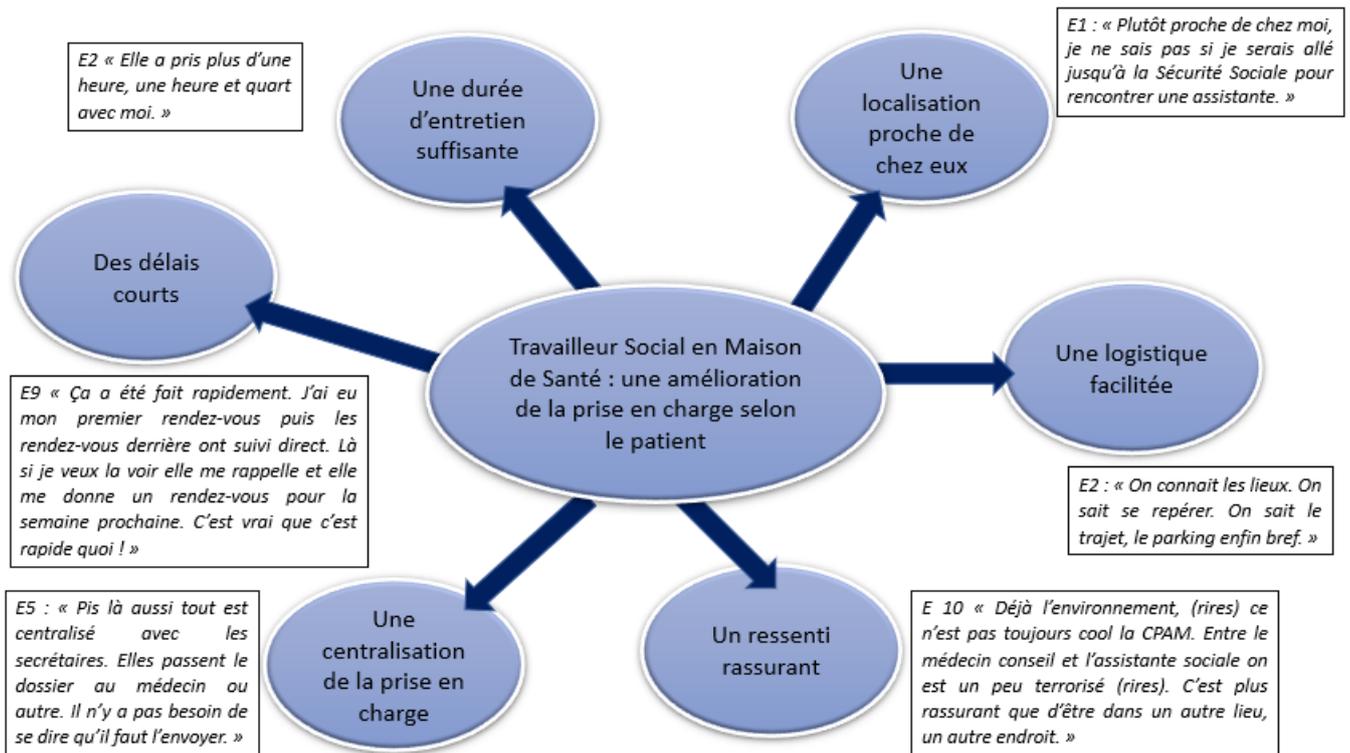
4. Temps d'attente, délais :

Les patients sont satisfaits des délais qui, pour eux, sont diminués.

E1 « C'était accessible, c'était super rapide d'avoir un rendez-vous »

E2 « Oui je suis repassée par l'accueil, ils m'ont dit : jeudi prochain vous êtes disponible ? Oui. On a pris le rendez-vous. C'était fait. Rapide et efficace ! On ne peut pas mieux faire. (...) Je pense que si j'avais pris moi-même le rendez-vous à la sécu en externe : le temps d'avoir la secrétaire, le temps d'attente ... A mon avis ce n'était pas quatre jours. »

Organigramme II : Synthèse des réponses relatives aux travailleurs sociaux consultant en Maison de santé



E. Partage d'informations entre professionnels :

Les patients sont attachés au respect du secret professionnel.

E1 « J'espère qu'il est respecté (rires) »

1. Au cas par cas et partage d'informations partiel :

Certains préfèrent une communication entre les professionnels limitée et adaptée à leur cas.

E3 « Alors pareil c'est toujours par rapport à mon cas personnel. J'ai ressenti le besoin d'expliquer mon cas médical à l'assistante sociale. Oui je pense que le lien médical doit se faire au cas par cas. En plus dans assistante sociale il y a sociale donc ça fait partie du truc. »

E1 « Non je ne crois pas. Je ne pense pas qu'il y en ait besoin. Mais ça ne me perturberait pas s'il y en avait. » « L'assistance sociale n'avait pas besoin de savoir précisément... »

2. Partage d'informations total :

Tandis que la majorité désire un partage d'informations complet entre les professionnels pour que leur cas soit pris en charge dans sa globalité.

E2 « Moi je préfère qu'ils parlent car ils peuvent trouver des solutions. Ils peuvent faire plus facilement un lien entre le problème de santé et le problème de travail. Non moi ça ne me dérange pas. »

E5 « Je pense que c'est primordial. C'est très important pour qu'il y ait vraiment une prise en charge globale, la plus complète possible. »

3. Logiciel, dossier médical partagé :

Il a été évoqué pendant les entretiens la notion d'utilisation de technologies notamment de logiciels et de dossiers médicaux partagés.

E4 « Qu'ils puissent communiquer dans le dossier médical partagé »

E5 « Je sais qu'eux ils ont déjà un système interne. Ils s'envoient des mails entre secrétaires et médecins. S'ils pouvaient le faire avec l'assistante sociale c'est doublement mieux. »

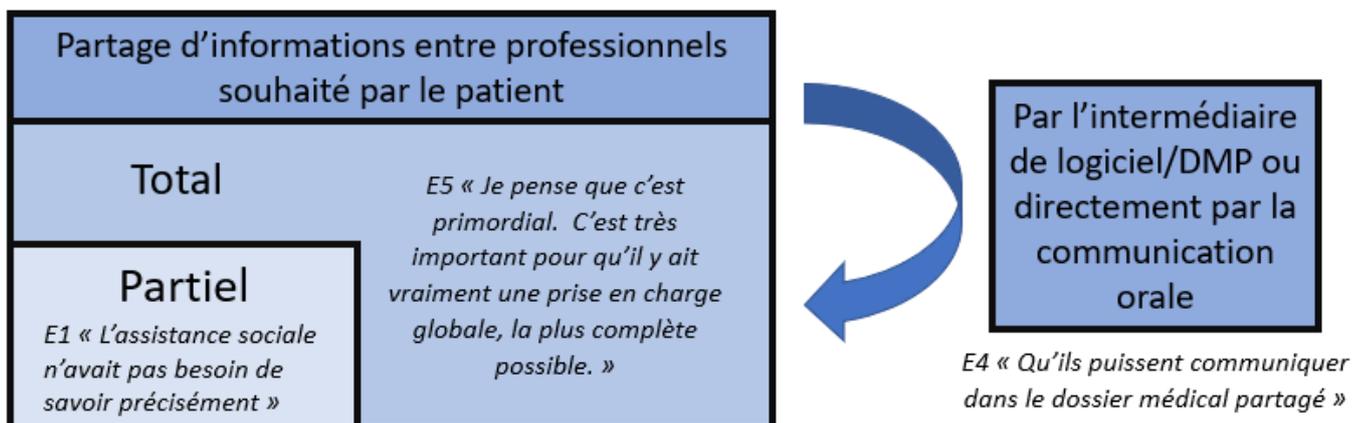
4. Communication entre travailleurs sociaux :

La notion de communication entre les différents travailleurs sociaux semble importante pour certains patients.

E4 « Ce n'était pas la même c'était une autre mais elle très bien au courant de la situation. (...) Oui il y a une communication entre les assistantes sociales. Elle connaissait mon dossier, elle connaissait mes problèmes. »

E6 « Euh ... la deuxième euh ... non il y a quand même fallu que je redise. Encore une fois la première elle avait pris des notes manuscrites sur un cahier alors je ne sais pas après ce qu'elle en a fait »

Organigramme III : Synthèse relative aux partages d'informations entre professionnels



F. Propositions d'améliorations :

L'ensemble des patients se dit satisfait de cette expérimentation même s'ils évoquent de nombreuses pistes d'améliorations.

E1 « L'idée est bonne pour moi »

E2 « Ahhh (exclamation) ça c'est génial ! (...) Moi j'ai trouvé ça top ! »

E5 « Je pense que c'est quelque chose de formidable. Je le vois comme ça parce que tout est réuni au même endroit on n'a pas besoin de se dire : faut qu'on aille courir là pour une chose, un autre endroit pour une autre. »

1. Généralisation :

Un patient très satisfait demande une généralisation.

E3 « Ça devrait être généralisé et elle devrait être là tous les jours ! (...) Bah ... Euh ... Je vous l'ai dit ça devrait être généralisé. On devrait tous être au courant comme quoi que ça existe. Que ce système-là est mis en place. »

2. Communication accentuée :

Des patients demandent une amélioration de la communication concernant la possibilité de rencontrer un travailleur social dans la maison de santé. Ils proposent plusieurs outils : création de flyers, de poster, d'animation sur télévision, ...

E3 « Moi je le mettrais en première page d'un journal ou sur les murs d'une salle d'attente pour montrer à tout le monde que ça existe. (...) Et euh ... je ne sais pas mettre des flyers sur leur bureau. »

E5 « Ce qui est vraiment pas mal c'est la petite télé dans la salle d'attente. On la regarde en permanence quand on attend. Après pour le papier trop de flyers tue le flyer. Dans la salle d'attente on ne regarde pas les bouquins, quand on passe vers la secrétaire on arrive à la dernière minute on ne regarde pas les flyers. »

3. Suivi :

Il existe un suivi très différent entre les patients. La plupart ont rencontré le travailleur social une seule fois. Ils avaient, pour la majorité d'entre eux, plusieurs moyens de le recontacter :

- Soit directement :

E2 « Elle m'a laissé sa carte, son numéro de téléphone, son mail, son nom, ... elle m'a tout laissé. »

E4 « Oui j'avais une carte de visite (...) d'ailleurs faut pas que j'oublie de reprendre rendez-vous. »

- Soit en prenant rendez-vous par le secrétariat de la maison de santé :

E3 « Alors je téléphone directement à la maison médicale pour la recontacter »

Quelques patients ont évoqué des problèmes dans le suivi suite à l'entretien avec l'assistante sociale. Un patient décrit un défaut de réponse avec l'absence de moyen de la recontacter.

E1 « C'est que moi je n'ai pas eu de réponse. » ; « Elle devait me recontacter mais elle ne l'a jamais fait. »

E1 « Je n'avais pas de moyen de la contacter je ne crois pas. Ou alors j'ai mis le papier de côté mais je ne crois pas. » « Oui une petite adresse mail, ou un numéro de téléphone »

Un autre patient aurait souhaité que sa prise en charge sociale se poursuive à la maison de santé et non pas à la sécurité sociale.

E5 « J'ai un petit souci, j'ai vu l'assistante sociale une première fois à la maison médicale et maintenant elle me donne des rendez-vous à la CPAM. » « Dans mon cas personnel, j'aimerais bien que mes rendez-vous se refassent là. »

4. Durée d'entretien :

La durée d'entretien est décrite par quelques patients comme suffisante.

E1 « Suffisant »

E2 « Elle a pris plus d'une heure, une heure et quart avec moi. »

Cependant, une patiente décrit une durée d'entretien trop courte.

E4 « Peut être la première fois j'ai trouvé que c'était un peu court. J'aurais encore eu des questions. Des choses sur mon parcours à raconter. (...) Je ne sais plus trop : une demi-heure à quarante minutes. Pis un moment donné elle m'a fait comprendre qu'elle avait une autre patiente. Peut-être que j'ai été trop dans les détails mais j'avais besoin de détailler, c'est important pour moi. C'était un peu court. »

5. Définition et extension ou non des champs d'action :

L'opinion des patients est très partagée sur les champs d'action que doit avoir un travailleur social en maison de santé.

Certains évoquent une restriction au domaine en lien avec le travail.

E2 « ça peut être intéressant oui mais euh Dans le cadre des maisons médicales par contre ... (silence) non. (...) Parce que je me vois mal aller chez mon médecin et prendre rendez-vous avec l'assistante sociale pour d'EDF pas payé ... (...) Ça n'a rien à voir avec le soin, les infirmières, kiné etc Pour moi ça serait diffus et hors santé. Si j'ai besoin de voir quelqu'un pour des problèmes d'argent je vais prendre rendez-vous avec l'assistante sociale de secteur. »

D'autres souhaitent une extension à l'ensemble des champs de la santé tels que le handicap, la vieillesse ou les retraites.

E5 « Il faudrait mettre un lien entre la personne âgé, sa famille qui s'en occupe et le médecin (...) Un lien pour monter des dossiers pour les demandes d'EHPAD, d'APA et les GIR toutes ces conneries là »

E8 « Alors à ce moment-là il faudrait que son action puisse s'étendre sur plusieurs domaines. (...) . Qu'elle puisse avoir une action sur les caisses de retraites dans mon cas. »

6. Formation des professionnels :

Une formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux semble nécessaire.

E6 « T : Euh ... bah moi il y a l'aspect euh ... l'aspect calcul des indemnités. Vérification de ça déjà elle n'était pas à même de le faire. Ce que je comprends ce n'était pas un souci. Peut-être qu'un peu de formations pourrait améliorer ça. »

E10 « Oui et une formation : car le social ce n'est pas très claire pour les médecins et le médical pas pour les assistantes sociales. »

Tableau III : Synthèses des réponses relatives à l'amélioration de cette action

Propositions d'amélioration
Généralisation de l'expérimentation au niveau national
Définition et élargissement des champs d'action : extension aux différents régimes sociaux, élargissements des champs d'action (retraites, droits sociaux, ...)
Communication accentuée : création de flyers, communication améliorée des professionnels de santé
Formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux
Mise en place d'un suivi des patients uniquement à la maison de santé

Quatrième partie :

Discussion

Quatrième partie : Discussion

I. Discussion de la méthode :

Notre étude explore le ressenti des différents acteurs, professionnels et patients, sur la mise en place des assistantes sociales de la CPAM au sein des maisons de santé. Cette expérimentation en étant à ses débuts, il s'agit de la première recherche sur ce sujet. Ceci fait l'originalité de notre travail.

Il est très difficile de trouver des situations comparables dans la littérature internationale du fait des organisations socio-médicales extrêmement différentes entre les pays. Des rapprochements peuvent être effectués dans les grandes lignes notamment sur le lien entre le social et la santé.

Nous avons essayé d'obtenir une représentation diversifiée des différents intervenants. Pour cela, nous avons souhaité inclure tous les acteurs prenant part à cette expérimentation. Notre choix s'est porté naturellement sur les patients, les professionnels de santé et les assistantes sociales de la CPAM. Cependant, compte tenu du faible nombre d'assistantes sociales de la CPAM dans l'expérimentation, il semblait difficile de faire une étude sur leur ressenti. Cette partie pourrait être étudiée ultérieurement si cette expérimentation venait à être généralisée.

Les échantillons sont basés sur deux MSP de Bourgogne Franche Comté différentes. L'une est installée en milieu urbain, tandis que la seconde est installée en milieu semi rural. Un élargissement aurait pu être possible aux autres MSP participant à cette expérimentation dans les deux autres régions. La méthode qualitative a été choisie au regard de l'absence de travaux antérieurs sur le sujet. Une étude quantitative ultérieure notamment par questionnaire pourrait permettre un plus grand recrutement et donc une meilleure estimation du ressenti des patients et des professionnels de santé.

Pour ma part, j'ai effectué un échantillonnage de patients avec la méthode appliquée dans les études qualitatives. Les caractéristiques ont été diversifiées (sexe, âge, nationalité, profession, problématique, ...) (Annexe 4).(36) En raison de la faible taille de l'échantillon, un biais de sélection ne peut être exclu.

Il existe également un possible biais de recrutement. Les patients souhaitant exprimer un témoignage ont pu se sentir plus impliqués. A l'inverse, il est possible que les patients ressentant une gêne vis-à-vis de leur situation sociale aient pu être moins enclins à participer. Il est impossible d'évaluer le nombre de patients ayant refusé un entretien car ils ne remplissaient pas la fiche de consentement remis par la secrétaire ou l'assistante sociale.

D'autre part, l'échantillon de ma collègue se composait d'un groupe de professionnels de santé.

Un biais de l'interviewer est possible car j'ai pu être influencée par mes propres perceptions et mon propre vécu. Cependant, ce biais est réduit par des entretiens semi-dirigés par un guide d'entretien et par la triangulation des analyses entre ma collègue et moi-même. Ceci nous permettant une analyse plus objective.

II. Discussion des résultats :

A. Orientation vers l'assistante sociale :

1. L'orientation exclusive par le médecin :

Au cours de mes entretiens, les patients sont exclusivement adressés par des médecins généralistes, en grande partie par leurs médecins traitants.

Est-ce par un manque de connaissance de l'expérimentation des autres professionnels de santé notamment du fait de son début récent ? Est-ce que les patients communiquent d'avantage leurs difficultés sociales avec les médecins ?

Je retrouve parfois l'intervention de la secrétaire pour la prise de rendez-vous. Il ne semble pas y avoir de collaboration entre les assistantes sociales et les infirmières ou les kinésithérapeutes.

Pourtant les infirmières ont des contacts répétés avec leurs patients et interviennent régulièrement au domicile.

Les kinésithérapeutes, quant à eux, sont des intervenants essentiels dans la prise en charge des Troubles Musculo-Squelettiques. En perpétuelle augmentation c'est la première cause de maladie professionnelle en France. Elle entraîne dans 80% des cas des arrêts de travail selon l'INRS (37).

2. La notion d'équipe de soins primaires :

Depuis 2016, la notion d'équipe de soins primaires est apparue.(38) On y évoque la construction du soin autour du médecin généraliste, plus précisément du médecin traitant. Le médecin généraliste occupe-t-il donc une place centrale ? Les autres professions se sentent-elles moins investies dans la santé globale des patients ? Est-il plus difficile pour elles d'aborder le versant social lors de leurs consultations ? Dans ce cas-là, existe-t-il des outils pour favoriser l'approche sociale du patient par des professionnels de santé autres que le médecin généraliste ?

Comme décrit dans un livre rédigé par Science Po en collaboration avec la FFMP(39), l'avenir de l'organisation des soins primaires en France nécessite de dépasser les cloisonnements et les clivages historiques entre professionnels. Même si les généralistes sont décrits comme une première ligne pour répondre aux problématiques de plus en plus complexes des patients, les autres professionnels ont un rôle capital à jouer.

Il est important de réfléchir aux possibilités d'interventions de ces professionnels dans le parcours de santé des patients.

Pour cela, l'amélioration des formations (initiales et continues) sur le versant social ainsi qu'une possible valorisation financière pourraient améliorer la prise en charge globale du patient. Certains discutent l'intérêt de quitter le modèle économique du paiement à l'acte pour ouvrir à la forfaitisation voire à la capitation partielle ou totale.(40)

La faculté de médecine de Paris 13 a mis en place un programme de patients-enseignants.(41) Ceux-ci forment les internes en médecine générale en leur permettant d'appréhender les différentes perspectives des patients (normes médicales et caractéristiques psychosociales) afin que les futurs praticiens puissent proposer une médecine plus en adéquation avec le parcours de vie de l'utilisateur.

Il existe encore de nombreux points à explorer. Il serait sans doute intéressant d'aller plus loin dans la compréhension du ressenti des professionnels de santé paramédicaux quant à leur intégration au sein des équipes de soins primaires.

3. Quid d'une coordination ?

Quelles solutions pour coordonner l'ensemble des intervenants aujourd'hui ?

Il existe depuis la loi de modernisation de notre système de santé, le 26 janvier 2016(38), des plateformes territoriales d'appui (PTA) qui coordonnent des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC).

Ces dispositifs interviennent dans l'organisation et le conseil de professionnels dans le cadre de situations médico-sociales complexes. Inclure de tels dispositifs dans cette expérience serait cohérent.

4. La place du patient :

Au cours d'un de mes entretiens, un patient évoque le manque d'informations avant sa rencontre avec l'assistante sociale. Il me parle de transmission des informations entre patients pendant son séjour en rééducation.

Ceci n'est pas sans rappeler, le concept d'*empowerment* décrit par l'OMS dans un rapport de 2006 (42) ainsi que la notion de pair-aidance retrouvée principalement dans le secteur de l'addictologie ou de la santé mentale dont l'un des objectifs est l'accès aux soins des personnes mal insérées dans un parcours de soins.(43)

En effet, les patients concernés sont dans un contexte d'exclusion sociale et de perte de pouvoir sur leur santé.

Mais alors comment permettre cet *empowerment* ?

Comment atteindre ces patients qui n'oseront pas aller voir une assistante sociale ?

Suite à la loi de 2009(44), la notion de patient expert émerge sous la houlette du Professeur Catherine Tourette-Turgis. Bien que n'étant pas un soignant, il est un acteur de santé à part entière.

A la même période, l'université des patients est née.(45) C'est un dispositif pédagogique innovant qui consiste à intégrer dans les parcours universitaires diplômants en éducation thérapeutique des patients-experts issus du monde associatif. Ceux-ci peuvent permettre, comme nous avons déjà évoqué plus haut, la formation des professionnels de santé sur le parcours de vie des patients.

Il faudrait inclure des patients experts pour compléter notre prise en charge.

De nombreuses possibilités sont envisageables :

- Création d'un diplôme universitaire patient experts en précarité social et santé au travail ;
- Sensibilisation des professionnels (de la santé et du social) par les patients experts des parcours de vie des malades ;
- Création de groupes ou d'associations de patients souffrant ou ayant souffert de précarité santé-travail dans un concept de pair-aidance.

Par ailleurs, la HAS a très récemment créé un Conseil pour l'Engagement des Usagers intégrant professionnels de santé et patients experts.(46) Ces réunions ont été conçues comme un lieu de réflexion et d'échange rassemblant diverses expertises, afin de promouvoir l'engagement des patients et des personnes accompagnées au sein du système de santé, sanitaire, médicosocial et social.

A plus petite échelle, le Dr Sophie Buffet a étudié le ressenti des représentants de patients lors de la création d'un comité de représentants des usagers à la maison de santé de St Claude à Besançon.(47) Leur engagement initial était axé sur l'aide à la personne, l'information sur les maladies dans les structures associatives et la conduite d'actions de prévention.

Dans cette continuité, il serait intéressant d'inclure des patients ayant bénéficiés des services des travailleurs sociaux aux réunions pluriprofessionnelles avec les acteurs de santé et la Sécurité Sociale. Le but de ses réunions étant de construire un projet de santé, l'inclusion de ses patients pourrait permettre d'ouvrir à de nouvelles perspectives et améliorer la prise en charge des patients tout en étant adapté aux différentes contraintes de chaque maison de santé.

5. Un score de dépistage :

Le CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) décrit dans une de ses recherches un lien fort entre vulnérabilité médicale et précarité sociale.(48) Les auteurs en concluaient que l'action sociale peut avoir des répercussions en termes d'amélioration de l'état de santé.

Peut-on identifier simplement la précarité sociale ?

Le Dr Jean Pascal et son équipe (49) se sont posés la même question dans un contexte hospitalier à Nantes. Devant l'absence d'outil de dépistage de cette précarité, ils ont construit à l'aide de l'expertise des travailleurs sociaux une procédure simplifiée permettant d'identifier 80 % des patients consultants en situation de précarité sociale.

Qu'en est-il d'une possible utilisation en soins primaires ?

Il existe un score pour détecter la précarité sociale ; le score EPICES.(50) Le score EPICES est d'autant plus élevé que la position sociale et la situation par rapport à l'emploi sont plus défavorisées. Ce score pourrait être utilisé par les différents professionnels de la maison de santé afin de dépister la précarité et d'adresser au travailleur social. Cependant il est décrit comme difficile à effectuer en consultation.

Il n'existe pas à ce jour d'outils simples et rapides à utiliser en soins primaires pour le dépistage de la précarité sociale notamment en lien avec l'emploi. La précarité sociale étant un concept large, la création d'un score sur une de ses composantes telle que l'isolement social peut être un point de départ intéressant.

B. Les champs d'action de l'assistante sociale :

1. Quels sont les champs d'action de l'assistante sociale ?

Officiellement, les assistantes sociales de la CPAM interviennent dans les situations suivantes :

- Problématiques d'accès aux soins et droits ;
- Prévention de la désinsertion professionnelle ;
- Prévention de la perte d'autonomie.

Dans notre expérimentation, les motifs sont tous en rapport avec une problématique d'arrêt de travail de longue durée hormis une patiente, mal orientée, qui a une problématique de retraite.

Ils sont variés et peuvent être répartis en quatre grandes parties :

- L'administratif ;
- Le financier ;
- Les modalités du travail ;
- La réorientation vers d'autres professionnels.

La notion de précarisation de l'emploi et du travail est déjà évoquée depuis une vingtaine d'années.(51–53) Elle est due à l'évolution du travail dans notre société. Elle est multifactorielle. Nous pouvons en citer quelques-uns tels que la forte croissance des emplois à durée déterminée, la fragmentation du temps de travail ou encore les nombreuses restructurations d'entreprises pour alléger les coûts.

Je retrouve dans les interviews, les principaux aspects de cette précarité tels que les difficultés financières ou encore la hausse des accidents de travail. Cependant, je suis étonnée que le risque de chômage ne soit pas évoqué au cours des entretiens pourtant largement présent dans la littérature.

2. Elargissement des champs d'action ?

Je constate dans mes interviews une hétérogénéité des opinions dans le cadre d'une possible extension des champs d'action des travailleurs sociaux.

D'après les entretiens de ma collègue, les professionnels de santé sont formels. Les indications sont trop limitées. Les entretiens font également ressortir régulièrement un sentiment de déception quant aux missions des assistantes sociales.

Etonnamment chez les patients, l'avis est plus partagé. Une partie bien entendu souhaite des champs plus larges ce qui rejoint la thèse du Dr Jendoubi K.(23), où l'assistante sociale toutes catégorisations confondues est désirée en premier professionnel à intégrer dans les maisons de santé à plus de 30%. Les patients citent plusieurs actions possibles telles qu'une extension à la retraite ou encore la prise en charge des proches vieillissants.

Y-aurait-il besoin d'avoir un assistant de service social de secteur au sein d'une MSP ?

Les patients décrivent pour la plupart une différence nette avec une assistante sociale extérieure à la maison de santé. Ses champs de compétences sont centrés sur la santé.

Un des patients explique bien qu'il ne souhaite pas que la personne qui gère ses problèmes financiers se trouve au sein de la MSP.

3. Rôles de l'assistante sociale en rendez-vous :

Les patients de l'étude décrivent les différents rôles de l'assistante sociale que l'on retrouve dans la description des objectifs de ce métier ainsi que dans les rôles des travailleurs sociaux en soins primaires à l'International.(54)

Les patients sont dans un système qui devient de plus en plus complexe. Il existe une prise en charge globale sur le plan social. L'assistante sociale est perçue comme un soutien moral avec une écoute attentive.

Il est également étonnant d'observer des solutions proposées par l'assistante sociale non recherchées par le patient lors de sa prise de rendez-vous.

Dans ce cadre-là, les patients rapportent être satisfaits et avoir eu si ce n'est une solution complète au moins une bonne orientation pour la suite. Les professionnels sont également ravis de l'expérience avec un soulagement d'avoir une solution à apporter à leurs patients dans des situations complexes et de pouvoir faire avancer les choses plus rapidement avant qu'elles ne s'enlisent.

C. Assistante sociale au sein des maisons de santé :

Les patients décrivent de nombreux avantages à la présence du travailleur social dans leur maison de santé.

Ceci rejoint les travaux de thèse du Dr Bornand et du Dr Collioud Marichallos(55,56). La satisfaction des patients concernant les professionnels de santé varie profondément selon la localisation et l'organisation de la maison de santé. Une grande majorité est favorable à l'interprofessionnalité en maison de santé avec en premier argument la notion de praticité puis en second un avantage en matière de qualité des soins.

Les résultats de ses travaux de thèse sont superposables à mes entretiens. Les patients sont en majorité favorables à l'interprofessionnalité entre travailleurs sociaux et professionnels de santé. Ils décrivent une meilleure accessibilité et disponibilité avec notamment des délais plus courts et des démarches facilitées.

D. Partage d'informations entre professionnels :

1. Cadre législatif :

Que dit la loi sur le partage d'informations dans le cadre de cette expérimentation ?

Les études médicales nous enseignent que seuls les professionnels de santé peuvent échanger des informations, qu'elles soient médicales ou non, afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Or, l'assistante sociale n'est pas un professionnel de santé. J'ai donc effectué des recherches sur le plan législatif.

La loi du 26 janvier 2016 (38) de modernisation de notre système de santé a redéfini le secret médical partagé en permettant à d'autres professions de participer à l'échange d'informations couvertes par le secret médical.

Ainsi, les professionnels des champs sociaux et médico-sociaux se retrouvent dans une catégorie pouvant partager le secret médical sous certaines conditions (participation à la prise en charge du patient et partage d'informations nécessaires au suivi médico-social), et avec pour objectif l'amélioration de la prise en charge du patient comme le décrit très bien Monsieur Dominique Ecrement, sociologue qualifié en travail social, dans son livre intitulé « Secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation ? ».(57)

La totalité des patients de notre étude se déclare en faveur de la communication entre professionnels sous couvert du secret médical partagé. Cependant, les patients présentent des exigences variables concernant ce partage d'informations.

Certains désirent une communication au cas par cas avec informations sélectionnées au préalable. D'autres souhaitent une communication totale pour une prise en charge globale. L'avis individuel de chaque patient sur le partage d'informations le concernant est donc primordial.

2. Dossier médical partagé :

Il a également été évoqué l'intérêt du dossier médical partagé par quelques patients, ce qui rejoint la littérature internationale.(58)

Un comité d'éthique (59) a récemment pointé certaines limites du DMP notamment du fait de la possibilité de masquage d'informations par le patient, indispensable car garante de sa liberté, mais pouvant nuire à sa prise en charge. Des questions se posent également sur la confidentialité des données en dépit de multiples sécurités informatiques notamment par la récupération des données sensibles par exemple par les employeurs et assurances qui peuvent avoir de mauvaises intentions.

Pour l'instant il me paraît précocement d'inclure le volet social dans le DMP. Ceci est à réévaluer notamment par le programme Territoire de Soins Numériques, créé en 2014, qui a pour but de développer et mettre en place des services et technologies innovants en e-santé pour coordonner les parcours des patients.(60)

3. Logiciel :

L'utilisation d'un logiciel partagé entre tous les professionnels de santé est importante. Quelques soucis quant à l'utilisation de ce type de logiciel apparaissent.

Les assistantes sociales utilisent au cabinet le logiciel commun de la maison de santé avec des restrictions d'accès afin de protéger le secret médical. Ceci leur permet d'accéder aux données administratives. En ce qui concerne les données médicales, ce sont soit les médecins qui rédigent un courrier avec l'accord du patient ou le patient lui-même qui choisit de dire ce qu'il souhaite. Elles peuvent également laisser un mot dans le dossier pour informer le médecin ou la personne adressant le patient initialement.

En revanche l'outil de travail des assistantes sociales est un logiciel qui leur est propre, uniquement accessible sur les ordinateurs à la CPAM. Elles n'y ont pas accès au sein des maisons de santé ce qui limite leur travail.

Il est nécessaire d'évaluer avec la CNAM les possibilités de rapprochement de leurs outils de travail aux MSP.

Il n'existe pas à ce jour d'étude sur le ressenti des patients concernant le partage d'informations entre les professionnels de santé en soins primaires et les travailleurs sociaux. C'est une piste qui pourrait être explorée.

E. Propositions d'amélioration :

Tout d'abord, il est important de signaler que la totalité des patients interrogés est satisfaite de la mise en place de cette expérimentation. Il reste néanmoins des pistes d'amélioration.

1. Régimes sociaux :

L'ensemble des patients interrogés est affilié au Régime Général. Il existe une partie de la population en précarité sociale affiliée aux régimes spéciaux qui ne peut pas bénéficier des services de l'assistante sociale dans cette expérimentation.

Quelles solutions pouvons-nous apporter ?

Depuis plusieurs années est discuté le regroupement des différents régimes sociaux. En 2018, le Régime Social des Indépendants (RSI) a été supprimé pour être rattaché au Régime Général. Cependant il persiste toujours le régime des Fonctionnaires et les régimes spéciaux qui sont différenciés.(61)

De nombreuses discussions sont en cours sur ce sujet. Une fusion totale des régimes peut être une réponse simple à un meilleur accès aux travailleurs sociaux par l'ensemble de la population.

D'autant qu'il paraît actuellement très difficile d'avoir des travailleurs sociaux de chaque régime au sein des MSP, mais cela reste une piste de travail à garder en tête.

2. Communication accentuée :

L'organisation est différente dans les deux MSP étudiées mais il me semble dans les deux cas que la présence des assistantes sociales au sein des MSP n'est pas suffisamment visible pour les patients. A Besançon, les rendez-vous se font par le biais des secrétaires de la maison médicale et à Baume les Dames par le biais direct des assistantes sociales ou de leurs secrétaires. Il faudrait donner un rôle plus important aux secrétaires des MSP notamment en leur proposant d'effectuer des formations pour cibler une plus grande population et permettre une meilleure visibilité.

Au cours de mon étude, les patients interviewés ont émis des demandes répétées d'une meilleure communication à propos de la présence de l'assistante sociale dans la MSP. Pour répondre à cette demande, des flyers ont été créés et disposés dans la salle d'attente et près des secrétaires à la MSP de Besançon. Une animation a également été créée et diffusée par les écrans télévisés dans la salle d'attente.

L'idéal, à terme, serait que les patients puissent prendre rendez-vous par leur propre moyen quand ils en ont besoin sans passer par un professionnel de santé. Bien sûr cela demande plus d'informations. Une piste à explorer pourrait être la prise de rendez-vous par internet comme pour les professionnels de santé.

3. Modalités de suivi :

Avoir une assistante sociale au sein de la MSP perd un peu de son intérêt pour les patients quand il faut retourner à la CPAM pour la suite de la prise en charge. Cela permet bien sûr d'initier les choses et ce, plus rapidement. Mais les patients émettent une déception à devoir retourner à la CPAM pour la suite.

Certains patients expriment le manque de suivi, notamment un patient qui dit être en attente de la suite et ne pas avoir de nouvelles de l'assistance sociale ou encore avoir eu une assistante sociale différente à chacun des rendez-vous.

Ce point organisationnel est donc à améliorer pour plus de cohésion et d'adhésion de la part des patients.

Conclusion

Conclusion

L'intégration d'assistantes sociales de la CARSAT au sein de MSP est une expérience novatrice laissant espérer des plus-values de prise en charge des patients tout au long de leurs parcours de santé.

Les résultats de notre étude mettent en évidence une satisfaction globale des différents intervenants, tant chez les patients que chez les professionnels de santé. Il reste néanmoins de nombreuses améliorations à apporter avant une généralisation de cette action :

- Prise en charge de l'ensemble des régimes sociaux par exemple en les fusionnant ;
- Elargissement des champs d'action ;
- Accentuation de la communication avec diversification des supports (télévisuels, flyers, internet, ...) ;
- Formations des professionnels ;
- Amélioration et standardisation du suivi ;
- Développement ou adaptation des outils tels que les logiciels, application, ...

Des études à plus grande échelle doivent être menées afin de confirmer notre première approche. Des échantillons de patients représentatifs de la population générale seraient interrogés sur leur ressenti par le biais de questionnaires.

Il est également nécessaire d'évaluer le point de vue des assistantes sociales travaillant au sein des maisons de santé.

Si ce projet est amené à se généraliser, il est impératif d'évaluer la faisabilité sur le plan financier. Cette action engendre un coût ; d'une part pour la CPAM par la mise à disposition de travailleurs sociaux ainsi que leurs déplacements au sein des MSP ; d'autre part pour les maisons de santé par la mise à disposition des locaux et du secrétariat.

Néanmoins, il permet un dépistage précoce de certaines situations notamment des précarités de l'emploi et laisse espérer des bénéfices tels que la diminution du coût des arrêts de travail longue durée.

Nous pouvons nous interroger également sur l'intérêt de la mise en place d'un psychologue spécialisé en souffrance au travail pour compléter le modèle médico-psycho-social.

Un outil de dépistage simple de la précarité sociale au travail pourrait être créé afin d'être utilisé en pratique courante par les différents professionnels de santé.

Il est donc nécessaire de poursuivre les investigations de notre recherche.

Bibliographie

Bibliographie :

1. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
2. Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.).
3. Anctil H, Jobin L, Pigeon M, Émond A, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, et al. La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2012.
4. Code de la santé publique - Article L6323-3 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=79D7AD1E49B82DA9CDDDBDE5CDB047FAE.tplgfr43s_1?idArticle=LEGIARTI000038886477&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200112
5. Lexique [Internet]. FFMPs. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/lexique/>
6. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 7 juill 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
7. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 21 nov 1986;
8. Code de la santé publique - Article L4011-1. Code de la santé publique.
9. Haute Autorité de Santé - Coopération entre professionnels de santé : Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 [Internet]. 2010 [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980066/fr/cooperation-entre-professionnels-de-sante-conditions-de-succes-et-retour-sur-les-experimentations-de-2004-a-2007
10. Fiche pédagogique HPST : Coopération entre professionnels de santé [Internet]. Ministère de la santé et des sports; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf
11. Ministère chargé de la santé. Les chiffres clé de l'offre de soins [Internet]. 2018. Disponible sur: www.solidarites-sante.gouv.fr
12. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
13. Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social | Legifrance [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/6/AFSA1710020D/jo>

14. Dauphin S. Le travail social : de quoi parle-t-on ? Informations sociales. 30 mars 2009;n° 152(2):8-10.
15. Ministère de la Santé et de la Solidarité. Assistant social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/assistant-social>
16. Assistante / Assistant de service social [Internet]. CIDJ. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cidj.com/metiers/assistante-assistant-de-service-social>
17. AGENIE C, HUET C. La place du social dans la santé : l'évolution de la mission sociale de l'hôpital public. La revue française de service social. 2009;(233):44-50.
18. Minima sociaux et prestations sociales Ménages aux revenus modestes et redistribution. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2013 Edition. (Collection études et statistiques).
19. Von Lennep F. Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? DREES. Mars 2016;(0954).
20. Boul JP. Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de Bretagne. Université de Rennes, 2017.
21. Flye C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé publique. 2015 Dec ; 27(5):679-690.
22. Lenchantin J, Guerin G, Dalvard D. Questionnaire national des Etats Généraux du Travail Social. 2014 sept.
23. T.Jeanmaire, Jendoubi K, Vuattoux P, Chazerand P. Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients.
24. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Revue française des affaires sociales. 2005 ; (1):231-260.
25. Somasse E, Heymans I. Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises. Année 2012.
26. Santé et Services sociaux Québec. Guide d'intégration des professionnels en GMF : Travailleur social [Internet]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>
27. Bourgueil Y, Marec A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé Publique . 2009 Octobre 01 ; 21(hs1) : 27-38.
28. Steketee G, Ross AM, Wachman MK. Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review. Am J Public Health. 2017;107(S3):S256-66.
29. G. Borgès Da Silva. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:117-21.
30. C. Pope, N. Mays. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ; 311:42- 5. 1995.

31. PASQUIER E. Mémoire de médecine générale - Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale - Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples. 2004.
32. S. Juan, Méthodes de recherche en sciences socio-humaines. Exploration critique des techniques, Paris : PUF, vol.304, 1999.
33. J-C Combessie. La méthode en sociologie. Paris : Découverte: 123. 2001.
34. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.
35. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? | CNIL [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>
36. Kohn et Christiaens - 2014 - Les méthodes de recherches qualitatives dans la re.pdf.
37. INRS. Troubles musculosquelettiques (TMS). Ce qu'il faut retenir [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
38. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
39. BERGERON H, MOYAL A. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chair santé de Sciences Po [Internet]. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf>
40. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les modèles de rémunération : un regard international [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf
41. SANNIE T, GROSS O, RUELLE Y. Programme de patients-enseignants à Paris 13 [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://associationsnossavoirs.fehap.fr/doc/restitution/r-PEP13.pdf>
42. Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report ; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed September 15, 2009).
43. GESMOND T, CINGET A, ESTECAHANDY P. La pair-aidance. Ministère du Logement et de l'Habitat durable; 2016.
44. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
45. Université des Patients | [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://universitedespatients-sorbonne.fr/>
46. Conseil pour l'engagement des usagers [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2891593/fr/conseil-pour-l-engagement-des-usagers

47. Buffet S. Création d'un comité de représentants des usagers d'une maison de santé pluridisciplinaire : la parole aux usagers. [Besançon]: Franche Comté; 2013.
48. Lecomte et al. - Précarité sociale cumul des risques sociaux et m.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1996/rap1129.pdf>
49. Pascal J, Quélier C, Agard C, Nguyen J-M, Lombraïl P. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? Sciences sociales et sante. 2006;Vol. 24(3):33-58.
50. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. La Revue de l'Ires. 2007;n° 53(1):3-49.
51. Daubas-Letourneux V., Thébaud-Mony A., « Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne », Travail et emploi, n° 96, 2003 ; Hamon-Cholet S., « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail 1998 », Premières synthèses, n° 20/1, 2002 ; Platt S., Pavis S., Akram G., Changing labour market conditions and health, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1999 ; Thébaud-Mony A., L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude, Paris, edk/Inserm, 2001.
52. Appay B., Thébaud-Mony A. (dir.), Précarisation sociale, travail et santé, Paris, Éditions de l'Iresco, 1997 ; Lebas J., Chauvin P., Précarité et santé, Paris, Flammarion, 1998.
53. Hélarlot V. Précarisation du travail et de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales ? Empan. 2005;no 60(4):30-7.
54. Poirier DD, Cosse P, Bisson J. L'intégration de travailleurs sociaux en GMF. :29.
55. Collioud-Marichallot P. Evaluation du niveau de satisfaction des consultants du cabinet de médecine générale de la maison de santé de Pont-D'ain après 3 ans d'activité. Th : Med : Lyon ; 2008. 2009LYO1M185.
56. Bornand L. Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales. :43.
57. Ecrement D. Secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation ? Vie sociale. 2007;3(3):123-45.
58. Perera G, Holbrook A, Thabane L, Foster G, Willison DJ. Views on health information sharing and privacy from primary care practices using electronic medical records. Int J Med Inform. févr 2011;80(2):94-101.
59. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis N°104 : Le « dossier médical personnel » et l'information des données de santé [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_104.pdf
60. Le programme Territoires de soins numériques [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-programme-territoires-de-soins-numeriques>
61. Point de situation sur la réforme du régime de protection sociale des travailleurs indépendants [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/Point-de-situation-sur-la-reforme-du-regime-de-protection-sociale-des-travailleurs-independants>

Annexes

Annexes

Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet :

Ressenti des patients ayant bénéficié des services d'une assistante sociale de la CPAM au sein d'une maison de santé.

Personnes responsables du projet :

Mme Léa JEANNEROT, interne en médecine générale. Le projet est réalisé dans le cadre d'une thèse de doctorat en Médecine Générale. La direction de la thèse est assurée par le Dr VUATTOUX Patrick.

Raison et nature de la participation :

Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ 10 à 20 minutes. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions sur votre ressenti à propos de la mise en place d'une assistante sociale dans une maison de santé. Cette entrevue sera enregistrée par dictaphone, anonymisée puis détruite.

Avantages pouvant découler de la participation :

Votre participation à ce projet de recherche contribuera à l'avancement des connaissances entourant les maisons de santé.

Inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Droit de retrait sans préjudice de la participation :

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui

Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications :

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, âge, nationalité, enregistrements audios.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro d'entretien.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Autorise le chercheur à me recontacter :

Oui

Non

- Nom : Prénom :
- Age : Nationalité :
- Téléphone portable : Téléphone fixe :
- Email :

Annexe 2 : Guide d'entretien 1

Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

- I. Situation civile :
 - Nationalité
 - Âge
 - Profession
 - Motif de consultation d'une assistante sociale
- II. Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?
- III. Quelle est pour vous la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale d'extérieur ?
- IV. Quelles sont vos principales attentes lors de vos échanges avec l'assistante sociale ?
- V. Que pensez-vous de la mise en place d'une assistante sociale au sein de la maison de santé ?
 - Accessibilité du lieu ?
 - Accessibilité pour la prise de rendez-vous ?
 - Horaire ?
 - Secret professionnel ?
- VI. Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer la prise en charge par l'assistante sociale ?
- VII. Vers quel(s) professionnel(s) l'assistante sociale vous a-t-elle réorienté(s) ?
- VIII. Pensez-vous que l'interprofessionnalité au sein de maison de santé puisse améliorer votre prise en charge ?

Annexe 3 : Guide d'entretien 2

Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

- I. Situation civile :
 - Nationalité
 - Âge
 - Profession
 - Motif de consultation d'une assistante sociale
- II. Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?
- III. Quelle est pour vous la ou les différence(s) entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale d'extérieur ?
- IV. A votre avis, sur quel problème l'assistante sociale que vous avez rencontré peut-elle aider les gens ?
- V. Pour vous, à quel niveau le social intervient sur votre santé ?
- VI. Quelles sont vos principales attentes lors de vos échanges avec l'assistante sociale ?
- VII. Que pensez-vous de la mise en place d'une assistante sociale au sein de la maison de santé ?
 - Accessibilité du lieu ?
 - Accessibilité pour la prise de rendez-vous ?
 - Horaire ?
 - Secret professionnel ?
- VIII. Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer la prise en charge par l'assistante sociale ?
- IX. Vers quel(s) professionnel(s) l'assistante sociale vous a-t-elle réorienté(s) ?
- X. Pensez-vous que le lien entre les différents professionnels de santé au sein de maison de santé puisse améliorer votre prise en charge ?

Annexe 4 : Caractéristiques des patients interrogés

Entretien	Lieu de l'entretien	Age	Nationalité	Sexe	Durée de l'entretien	Catégorie socio-professionnelle
1	Domicile du patient	32 ans	Française	Homme	8 min 02 s	Ouvrier, Mi-temps thérapeutique
2	Maison de santé	44 ans	Française	Femme	10 min 58 s	Employée de bureau, En arrêt de travail longue durée, travailleuse handicapée
3	Téléphone	46 ans	Française	Homme	13 min 01 s	Ouvrier, en reconversion professionnelle
4	Domicile de la patiente	41 ans	Française	Femme	16 min 12 s	Service à la personne, travailleuse handicapée en invalidité
5	Domicile du patient	29 ans	Française	Homme	26 min 49 s	Salarié, En arrêt de travail longue durée
6	Maison de santé	49 ans	Française	Femme	23 min 38 s	Salariée
7	Téléphone	48 ans	Française	Homme	11 min 06 s	Travailleur handicapé, en formation, en attente de CDI
8	Téléphone	66 ans	Française	Femme	10 min 29 s	Retraitée salariée
9	Domicile de la patiente	53 ans	Française	Homme	14 min 06 s	Ouvrier, arrêt travail longue durée
10	Domicile du patient	46 ans	Française	Femme	11 min 41 s	En reconversion, en maladie professionnelle
11	Téléphone	50 ans	Portugaise	Femme	9 min 56 s	Fonctionnaire avec arrêt de travail à répétition

Annexe 5 : Les entretiens

Entretien N° 1 :

Entretien en face à face à domicile

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T : Euh ... c'est le médecin donc qui m'a parlé de l'expérimentation qui était en cours.

Moi : Oui, votre médecin traitant.

T : Mon médecin généraliste.

Moi : Votre médecin donc, ok d'accord. **Pour vous quelle est la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale d'extérieur ?**

(Temps de silence de quelques secondes)

T : Pas de différence particulière.

Moi : Il n'y a pas de différence selon vous, ok. **Quelles sont vos principales attentes lors de l'échange avec l'assistante sociale ?**

(Temps de silence de quelques secondes)

T : Des réponses à mes questions.

Moi : Oui des questions que vous vous posez sur le travail ou d'autres choses ?

T : Euh, moi c'est un peu particulier, ma demande. C'était par rapport, ... enfin c'est sur les conseils de mon médecin.

Moi : Oui.

T : Je suis en mi-temps thérapeutique. J'ai eu quelques soucis de santé, il y a à peu près un an. Je dois reprendre à cent pour cent à partir du mois de mai.

Moi : Oui.

T : Et je cherchais d'autres solutions au cas où je ne puisse pas ou je n'arrive pas à reprendre à cent pour cent. Je cherchais quelques portes de sortie pour savoir si je pouvais reprendre à quatre-vingts pour cent avec un complément financier ou quelles solutions étaient possibles.

Moi : D'autres solutions auxquelles le médecin n'aurait pas pensées ? Et que vous non plus ? Quelque chose d'autre ? Un regard extérieur en quelque sorte ?

T : Pour ? (Ton interrogatif)

Moi : Au niveau de l'assistante sociale.

T : Oui la réponse Sécurité Sociale (silence quelques secondes)

Moi : A votre problème ?

T : Oui à mon cas.

Moi : D'accord. **Que pensez-vous de la mise en place des assistantes sociales au sein des maisons de santé ?**

(Temps de silence de quelques secondes)

T : L'idée est bonne, pour moi.

Moi : Au niveau ... ?

T : C'était accessible, c'était super rapide d'avoir un rendez-vous.

Moi : Oui

T : Après ... c'est une expérimentation donc j'imagine si c'était de manière pérenne ce serait peut-être moins facile d'avoir un rendez-vous aussi vite.

Moi : Oui là c'est tout nouveau donc c'était rapide, vous avez pu avoir la date ...

T : Oui même presque l'horaire que je voulais.

Moi : Accessible au niveau du temps, ..., de l'endroit ...

T : Oui.

Moi : Et ça vous rassure d'être dans un endroit que vous connaissez ou c'est juste parce que c'est proche de chez vous ?

T : Plutôt proche de chez moi. Je ne sais pas si je serais allé jusqu'à la Sécurité Sociale pour rencontrer une assistante.

Moi : Oui cela aurait été un frein ça ?

T : Oui parce que j'aurais eu peur d'y passer des heures. (Rires)

Moi : Les horaires ça vous a convenu ?

T : En tout cas pour moi oui.

Moi : Et la durée de consultation au niveau de l'assistante sociale ? Du temps qu'elle vous a accordé ?

T : Oui suffisant.

Moi : Et qu'est-ce que vous pensez du secret professionnel au niveau de l'assistante sociale ?

T : J'espère qu'il est respecté. (Rires)

Moi : ... Avec les professionnels, le médecin. Vous pensez qu'il peut y avoir une interaction ?

T : Non je ne crois pas. Je ne pense pas qu'il y en ait besoin. Mais ça ne me perturberait pas s'il y en avait.

Moi : Ça ne vous perturberait pas. **Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer cette prise en charge par l'assistante sociale ?**

(Silence très long)

Moi 2 : Vous n'êtes pas obligé de trouver une idée. (Rires)

T : Mon souci euh ... c'est que moi je n'ai pas eu de réponse.

Moi : Oui pas de réponse à vos questions.

T : Euh c'est qu'elle n'avait pas de réponse, pas d'informations pour pouvoir me répondre.

Moi : Elle vous a proposé un autre rendez-vous ? Ou alors ...

T : Non (appuyé). Elle devait me recontacter mais elle ne l'a jamais fait.

Moi : Ah ... ok. (Temps de silence de quelques secondes)

Moi 2 : Vous attendez toujours ...

T : J'attends plus vraiment (Rires) donc du coup ...

Moi : Oui, c'est un suivi qui aurait dû être fait ou au moins vous recontacter, c'est bien ça ?

T : Bah elle n'a pas ... voilà ... j'attendais quelques réponses qu'elle devait me donner, me trouver une fois qu'elle aurait discuté avec ses collègues au retour à son bureau ... mais il n'y a pas eu de suivi.

Moi : Vous avez vu votre médecin traitant depuis ?

T : Non je ne l'ai pas revu.

Moi : Ok d'accord. Pour s'avoir s'il y avait eu un contact entre les deux.

T : Non je pense à l'occasion oui voilà je le reverrai pour lui dire de me rappeler à son bon souvenir si elle m'avait oublié.

Moi : Elle vous a donné ses coordonnées ?

T : Je ne crois pas.

Moi : Ah, d'accord.

T : Je n'avais pas de moyen de la contacter je ne crois pas. Ou alors j'ai mis le papier de côté mais je ne crois pas.

Moi : Alors dernière question, **pensez-vous que la relation entre les différents professionnels au sein des maisons de santé puisse améliorer votre prise en charge ?** (Silence) En gros, est ce que le fait qu'ils puissent discuter de votre cas, dans le secret médical bien sûr ...

T : Dans mon cas, oui. Enfin qu'ils échangent ensemble je ne sais pas mais en tout cas que mon médecin puisse m'orienter directement vers l'assistante sociale de la sécu c'est intéressant.

Moi : Vous pensez que votre médecin y pense plus parce qu'elle est dans les mêmes locaux ? Ou parce que ...

T : Là c'est parce qu'elle était là. Parce qu'il y a l'expérimentation en cours. Ça a dû faire tilt.

Moi : Plus parce qu'elle est dans les locaux donc on y pense plus ?

T : Oui voilà. Je ne suis pas sûr qu'il m'aurait conseillé de voir une assistante sociale s'il n'y avait pas l'expérimentation.

Moi : Le fait qu'il y ait un lien entre l'assistante sociale et le médecin au même endroit ou le fait qu'ils puissent discuter ?

T : Je ne sais pas vraiment s'ils ont discuté de mon cas médical (cherche ses mots) par rapport à mon cas médical précis.

Moi : Hmm, hmm.

T : L'assistance sociale n'avait pas besoin de savoir précisément...

Moi : Plus au niveau du travail que de votre problème médical ?

T : Oui voilà.

Moi : Ok bon, est ce que vous avez des remarques ?

T : Qu'elle me rappelle rapidement (Rires). Non je n'attends plus de réponses, je cherche par d'autres manières

Moi : Donc en gros ce qu'on retient globalement, il faudrait que vous ayez au moins quelque chose pour recontacter l'assistante sociale ultérieurement.

T : Oui une petite adresse email, ou un numéro de téléphone.

Moi : Un email ou un numéro de téléphone, quelque chose comme ça pour faire le suivi dans ce cas.

T : Oui dans le cas où il y ait un oubli ou qu'elle ait mal noté mon numéro. Je pense que vous vous l'avez donc eux ...

Moi : Oui moi je l'ai (Rires).

T : Après je ne sais pas ce qu'il s'est passé ; ou elle n'avait pas les réponses ou elle n'a pas osé me dire qu'elle n'avait pas les réponses.

Moi : Oui donc c'est bien que vous ayez pu être adressé parce qu'elle était là mais ...

T : Ça n'a rien apporté pour moi.

Entretien N° 2 :

Entretien en face à face à la maison de santé

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience. C'est tout bon ?

T : Hmm, hmm.

Moi : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T : Alors c'est mon médecin, le Dr ***** , qui m'en a parlé parce qu'on a fait un dossier renouvellement MDPH et donc euh, des suites de ça il m'a posé certaines questions sur mon dossier : si j'étais inquiète, si j'étais stressée, si j'étais ...

Moi : Hmm, hmm.

T : Et je lui ai dit que oui effectivement. Je ne pouvais pas reprendre mon travail. Mon travail ne m'acceptait pas parce que ça n'allait plus avec mon état de santé. Tout ça donc euh l'inquiétude ... (silence quelques secondes)

Moi : Hmm, hmm.

T : C'est lui qui m'a dit : bah voilà, maintenant on a une assistante sociale qui vient directement ici, est ce que ça vous dit de la voir ? Pour voir avec elle, toutes ces questions-là, que moi je ne peux pas vous aider.

Moi : Donc voilà, votre médecin n'avait pas les réponses à vos questions ? Donc il vous a adressé à l'assistante sociale ?

T : Tout à fait.

Moi : **Quelle est pour vous la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale de l'extérieur ?**

T : Euh bah là particulièrement, c'était plus axé par l'assistante sociale de la sécurité sociale donc elle savait quand même plus les notions de handicap, les notions de euh ...

M : MDPH dans votre cas ?

T : Oui voilà. Formation pour les personnes handicapées. Les aides que je pouvais avoir si je (cherche ses mots). C'est plus axé comme ça. Que l'assistante sociale à l'extérieur c'est plus pour les soucis financiers.

Moi : De quartier ?

T : Oui de droits.

Moi : D'accord. **Quelles sont vos principales attentes lors de vos échanges avec l'assistante sociale ?**

T : Bah justement, c'était ça : les formations, les aides, tout ça, tout ce que je pouvais avoir.

M : Oui d'autres choses ?

T : Les débouchés pour euh ... pour les formations surtout.

Moi : C'est vraiment dans le cadre de l'emploi ? De la formation ?

T : Oui voilà. Dans le cadre de ça et de finir de remplir mon dossier MDPH, euh dans les petites spécificités. Des fois c'est pas toujours évident. Donc elle m'a aidé à finir de le remplir en parallèle.

Moi : Ok. **Que pensez-vous de la mise en place d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé ?**

T : Ahhh (exclamation) ça c'est génial !

Moi : Ah oui ?

T : Moi quand il m'a dit ça euh ... Je suis arrivée pleine d'inquiétudes avec mon dossier au bord des larmes. Bah écoutez on a ça qui se met en œuvre, jeudi prochain elle peut vous voir directement. Ça vous enlève un poids !

Moi : Hmm, hmm.

T : Enfin quand on est dans notre situation ça évite de passer des coups de téléphone, d'essayer d'appeler pour avoir des réponses qu'on n'aura pas forcément, on perd du temps.

Moi : Hmm, hmm.

T : Moi j'ai trouvé ça top !

Moi : Donc si j'ai bien compris, au niveau du temps, il n'y avait pas de perte de temps c'était plus rapide ? Et vous aviez directement votre lien ? Vous saviez où aller ?

T : Oui je suis repassée par l'accueil, ils m'ont dit : jeudi prochain vous êtes disponible ? Oui. On a pris le rendez-vous. C'était fait. Rapide et efficace ! On ne peut pas mieux faire.

(Rires)

Moi : Et au niveau de l'accessibilité du lieu ? Le fait que ce soit dans la maison de santé ?

T : C'est super.

Moi : C'est à dire ?

T : On connaît les lieux. On sait se repérer. On sait le trajet, le parking enfin bref.

Moi : Par rapport à si ça avait été à la sécurité sociale ? Ça aurait été plus compliqué ?

T : Pour moi, vu où j'habite c'est pareil. Mais si on est chez notre médecin, on vient ici, on a rendez-vous ici, c'est pratique. On est rassuré par un endroit qu'on connaît. Les horaires de bouchon on les connaît. Je sais qu'arriver dix-sept heures, on ne prévoit pas la même durée car c'est bloqué dans la rue de *****. Si c'est dix heures, on se dit que c'est bon j'ai dix minutes pour y aller. Si c'est à dix-sept heures, il me faut quarante-cinq minutes. Donc là c'est top.

Moi : Ok donc accessibilité pour la prise de rendez-vous on en a parlé, c'était rapide. Et pour les horaires ?

T : Bah elle m'a demandé ce que je voulais donc parfait.

Moi : **Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer cette prise en charge par l'assistante sociale ?**

(Silence quelques secondes)

T : Bah moi personnellement, il n'y avait pas à améliorer quoique ce soit. Elle a même vu que j'avais des problèmes pour me concentrer, que je n'étais pas trop trop bien et tout donc elle m'a tout écrit sur un papier.

Moi : D'accord, au niveau de suivi ?

T : Pour le suivi, en ce moment, entre guillemets, il n'y en a pas trop car elle m'a donné des noms d'organismes de formation. Donc il faut que je prenne des rendez-vous. Le premier rendez-vous c'est d'ailleurs mardi. Donc je lui donnerai le premier retour à ce moment-là.

Moi : Donc vous avez quelque chose pour la contacter ?

T : Oui elle m'a laissé sa carte, son numéro de téléphone, son mail, son nom, ... elle m'a tout laissé.

Moi : D'accord. **Vers quel professionnel vous a-t-elle réorienté ?**

T : Mon médecin et les différents organismes de formation.

Moi : Ok. **Pensez-vous que la relation entre les différents professionnels au sein des maisons de santé puisse améliorer votre prise en charge ?**

T : Je n'en ai pas vu. Après mon médecin m'a orienté vers l'assistante sociale mais ça venait d'être mise en place il n'avait pas trop de recul. Donc lui il a su m'orienter donc là il y a un lien. Après je ne sais pas pour les autres professionnels par exemple que je n'ai jamais eu de lien avec l'infirmière donc je ne sais pas.

Moi : Vous pensez que l'assistante sociale et le médecin ont déjà discuté à propos de votre problème ?

T : Je ne l'ai pas revu depuis donc je ne sais pas.

Moi : D'accord. Et ça vous dérangerait ?

T : Ah non non au contraire. Je préfère que les professionnels, même à l'extérieur, communiquent entre eux.

Moi : Se coordonnent ?

T : Oui. Ça évite de tout répéter, de reprendre à zéro.

Moi : D'accord. Donc là votre problématique était en lien avec la santé et le travail donc au niveau du secret professionnel ?

T : Moi je préfère qu'ils parlent car ils peuvent trouver des solutions. Ils peuvent faire plus facilement un lien entre le problème de santé et le problème de travail. Non moi ça ne me dérange pas.

Moi : D'accord. Vous avez des remarques ?

T : Non. Si ça pouvait continuer qu'elle vienne. Si ça peut durer, si ce n'était pas juste une expérimentation ça serait génial.

Moi : Pour vous ça serait intéressant de le généraliser aux différentes maisons de santé ?

T : Oh oui c'est intéressant, ça peut aider quand même pas mal de personnes. Et euh du moment qu'on nous classe une étiquette de travailleur handicapé, c'est le début des catastrophes car on ne sait jamais où aller.

Moi : Hmm, hmm.

T : On est suivi par telle personne, mais en fait non car il ne s'occupe pas de travailleur handicapé. On est suivi par des autres personnes.... Enfin bref (soupon). C'est la galère.

Moi : Donc là ça simplifierait les choses avec deux interlocuteurs : votre médecin pour le versant santé et l'assistante sociale pour le versant travail ?

T : Oui voilà ! Et puis c'est surtout plus rapide et plus efficace. Moi je sais quand j'ai dit ça à mon médecin je savais très bien qu'il n'allait rien pouvoir me dire mais qu'il me sorte : madame attendez on a une assistante sociale on va pouvoir vous aider. Ouah ! Ça m'a tout de suite calmé le stress. Et quatre à cinq jours après j'avais les réponses à toutes mes questions, le dossier rempli. J'ai plus qu'à mettre le timbre et envoyer. On ne peut pas faire plus efficace ! Donc voilà si j'ai une seule remarque, c'est que ça continue par contre !

Moi : Et des remarques négatives ?

T : Il n'y en a pas.

Moi : Ok.

T : Elle a été super. Elle m'a vraiment beaucoup aidé. Je vais remercier le docteur d'ailleurs la prochaine fois d'y avoir pensé. Je pense que si j'avais pris moi-même le rendez-vous à la sécu en externe : le temps d'avoir la secrétaire, le temps d'attente ... A mon avis ce n'était pas quatre jours. Elle a pris plus d'une heure, une heure et quart avec moi.

Moi : Ok. Est-ce que vous pensez qu'élargir à des assistantes hors sécurité sociale ça peut être intéressant ou pas du tout ?

T : Ça peut être intéressant oui mais euh Dans le cadre des maisons médicales par contre ... (silence) non.

Moi : Pourquoi ?

T : Parce que je me vois mal aller chez mon médecin et prendre rendez-vous avec l'assistante sociale pour l'EDF pas payé ...

Moi : C'est moins spécifique ?

T : Oui voilà. Ça n'a rien à voir avec le soin, les infirmières, kiné etc. Pour moi ça serait diffus et hors santé. Si j'ai besoin de voir quelqu'un pour des problèmes d'argent je vais prendre rendez-vous avec l'assistante sociale de secteur mais ... (anonymisation 30 secondes).

Moi : Des remarques ?

T : Non

Entretien N° 3 :

Entretien au téléphone

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T : Mon médecin.

Moi : Votre médecin traitant ?

T : Oui.

Moi : D'accord. Comment est-ce que c'est arrivé dans la conversation ?

T : (cherche ses mots) Bah c'est tout simplement euh, parce que je rencontre euh un phénomène tout à fait inconfortable euh : l'incompatibilité d'humeur entre une administration grandiloquente et fignante et ma situation personnelle qui n'avance pas. Je me suis penché vers lui en lui expliquant que malgré que j'ai mal, car j'ai mes talons abimés, je ne peux pas travailler alors que pour me soigner il faut que je touche de l'argent et que pour toucher l'argent il faut que je travaille. Donc j'ai pris le taureau par les cornes et je lui en ai parlé brièvement.

Moi : Hmm hmm.

T : En plus je ne suis pas souvent malade car je le vois une fois tous les quinze ans à peu près. (Rires)

Moi : D'accord.

T : C'est vous dire si je ne me plains pas le reste du temps. Mais là c'est vraiment insupportable.

Moi : Hmm, hmm.

T : Et ... (cherche ses mots) c'est vrai que ma situation c'est un peu débloqué de ce côté-là.

Moi : D'accord. Ok. Pour vous, **quelle est la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale de l'extérieur ?**

T : Beaucoup plus à l'écoute.

Moi : Beaucoup plus à l'écoute ?

T : Et en plus quand on lui parle, elle sait de quoi je parle et je pense qu'elle s'est mise un petit peu à ma place. Contrairement à d'autres qui à mon sens, n'en ont rien à foutre.

Moi : D'accord, parce que vous en avez vu d'autres ?

T : Je vois une assistante sociale de quartier qui me suit depuis quelques temps, j'ai rendez-vous avec elle le dix-huit d'ailleurs, qui m'avait fait des promesses mais qui en a tenu un tiers à tous casser.

Moi : Hmm, Hmm.

T : Alors je ne sais pas. On peut m'expliquer tous les tenants et les aboutissants du système. Que c'est comme ça, qu'elle n'a pas le choix mais bon un moment donné, ou il y a de l'empathie euh ... Je ne lui demandais pas de me signer un chèque en blanc mais simplement de me comprendre, euh ... et il y a un tiers qui a été entendu et le reste bah elle s'en fout.

Moi : Vous recherchez donc de l'écoute ? Des solutions à vos différents problèmes ?

T : Oui un minimum, après si je veux seulement de l'écoute je vais voir un psy (rires). Ou un membre de ma famille. (Rires) Mais quand on vient avec un problème, moi je suis dans le commerce depuis vingt ans, si je ne tiens pas compte du problème de mon client, je peux pas cerner ses besoins ses envies donc je peux pas lui vendre quelque chose. Voilà c'est tout.

Moi : Hmm, hmm. Et en dehors de l'écoute, vous avez d'autres attentes concernant l'échange avec l'assistante sociale ?

T : Pour l'instant avec l'assistante sociale de la CAF je n'en n'attends pas plus puisque j'ai eu mon attestation. Euh je reviendrai vers elle, parce qu'il me semble bizarre c'est que depuis le temps que j'ai déposé mon dossier pour être réaffecté au régime général car j'étais au RSI jusqu'à l'année dernière, je n'ai toujours pas eu mon courrier de prise en charge. J'ai été voir si je pouvais faire quelque chose avec ma carte vitale mais elle est inactivée. Donc il faut que je retourne au service de la CAF pour la réactiver. Ou je ne sais pas quoi. Et encore une fois je n'ai rien contre le système car ce n'est pas moi qui l'ai mise en place. Je n'ai toujours pas mes feuilles de remboursement qui expliquent combien d'indemnités j'ai été remboursé.

Moi : Hmm, Hmm. Et ça vous avez pu en parler avec l'assistante sociale ?

T : Oui oui je lui en ai parlé. Mais bon ce n'est pas à elle de solutionner tous les problèmes de la terre (rires). Je me suis rendu compte au travers d'elle, non grâce (mot appuyé) à elle que j'étais minoré par rapport à un remboursement. Elle l'a vu tout de suite.

Moi : D'accord, donc elle a identifié un problème en plus de vos préoccupations ?

T : Oui c'est ça. Quand elle a eu quelqu'un en plus au téléphone, pour vérifier les remboursements que j'avais eu, à quoi ça correspondait, combien je touchais par jour, j'ai bien compris qu'il y avait un problème. Elle m'a dit de tout façon vous êtes en réinsertion donc vous devez toucher plus. Et grâce à elle j'ai su ça. C'est aussi comme ça que j'ai compris que je n'allais pas avoir de salaire au mois de mars. Donc que j'avais mis le pied dans la fourmière et qu'encore une fois j'avais pris la mauvaise décision de tenter de me soigner.

Moi : Hmm, Hmm.

T : Pour moi, à mon sens, elle a plus compati en un seul rendez-vous que les quinze ou vingt avec mon assistante sociale de secteur.

Moi : D'accord. **Que pensez-vous de la mise en place des assistantes sociales au sein des maisons de santé ?**

T : Ça devrait être généralisé et elle devrait être là tous les jours !

Moi : Et au niveau de l'accessibilité du lieu ?

T : Moi je préfère car je n'ai pas de voiture donc je me déplace en bus. Je ne sais pas où passer, c'est facile pour moi. Je pense qu'en voiture ça doit être facile aussi car il y a un parking. Après quand on veut se soigner on fait un effort.

Moi : Donc ça ne vous aurait pas empêché d'aller à la sécurité sociale ?

T : Non, non.

Moi : Et au niveau de la prise de rendez-vous, des horaires ?

T : Aucun problème.

Moi : Aucun problème ?

T : Non non.

Moi : **Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer cette prise en charge par l'assistante sociale ?**

(Long silence)

T : Bah ... Euh ... Je vous l'ai dit ça devrait être généralisé. On devrait tous être au courant comme quoi que ça existe. Que ce système-là est mis en place. Parce que si mon médecin ne m'en avait pas parlé j'aurais été très mal. Je n'aurais pas du tout été suivi. Encore une fois, le système est tellement bien fait que si vous n'avez pas quelqu'un qui soit attentif et prêt à vous aider vous ne vous en sortez pas.

Moi : Hmm, hmm.

T : Alors qu'on vous abreuve (anonymisation 30s) ... de tout un tas de renseignements qui ne vous concerne pas. Simplement des papiers de la CAF qui tombent dans votre boîte aux lettres et vous ne savez pas à quoi ça correspond. Pas une seule feuille d'informations, et pourtant ça doit exister ! Même pas un seul article dans le journal ! Même en bas de page en trois lignes ! Donc j'espère que votre petite enquête va servir à quelque chose. Moi je le mettrais en première page d'un journal ou sur les murs d'une salle d'attente pour montrer à tout le monde que ça existe. Il n'y a pas que le système qu'on connaît qui est lent, qui est vieux...

Moi : Donc pour vous il faudrait faire de l'information auprès des patients ? Par des documents en salle d'attente par exemple ?

T : Bien sûr !! Et que les médecins leur disent. Parce que le principal interlocuteur dans une maison de santé, hormis la secrétaire à l'accueil, c'est surtout le médecin. Et euh ... je ne sais pas ... mettre des flyers sur leur bureau. Bon pas à tout le monde car tout le monde ne vient pas pour ça.

Moi : Hmm, hmm mais tout ce qui est en lien avec la relation santé- travail, le médecin pense à en parler ?

T : Oui voilà. La première fois que j'ai vu mon médecin traitant à l'heure actuelle qui a remplacé mon médecin de famille qui est parti en retraite, il avait quatorze ans d'activité la première fois que j'ai vu. C'est vous dire si je vois souvent le médecin. La deuxième fois que je l'ai vu, il y a deux mois de ça, ça faisait quinze ans que je l'avais pas vu. Si les gens qui ont besoin de ces services-là, ils vont prendre leur médecin comme un confident, un thérapeute, et que nous le dit pas on ne saura jamais qu'il y a une assistante sociale qui fait ce travail-là et qui est en lien avec des maisons de santé. Je l'ai découvert grâce à votre expérience. Et si vous voulez le développer il faut absolument marteler !

Moi : Ok d'accord. **Alors vers quel professionnel l'assistante sociale vous a-t-elle adressé ?**

(Long silence)

T : Euh, pour mon cas, elle a téléphoné directement à la CPAM pour savoir où en était mon attestation, les remboursements que j'avais droit et ce que j'avais touché. Mais elle ne m'a pas dirigé vers quelqu'un d'autre. Après mon cas est un peu particulier. Là je vais voir la médecine du travail pour ma reprise lundi et je vais changer de travail aussi tout en restant toujours dans la même structure.

Moi : D'accord. Et elle vous a donné quelque chose pour la recontacter ?

T : Alors je téléphone directement à la maison médicale pour la recontacter. Je peux lui laisser un message. Elle m'a aussi laissé un dossier de MDPH, on en a discuté, elle m'a bien expliqué les tenants et les aboutissants. Après pour mon cas personnel pour l'instant je n'en vois pas trop l'utilité car je change de métier. J'aurais pu être considéré handicapé pour mon métier actuel mais pas pour celui que je vais faire. Mais pareil je n'aurais jamais pensé à faire un dossier MDPH si elle n'avait pas été là.

Moi : Elle vous a donné des pistes à explorer et du coup vous avez analysé selon vos besoins.

T : D'autres solutions que je ne connaissais pas. Donc elle a fait son job ! Je suis ressortie avec d'autres options.

Moi : Alors dernière question, **pensez-vous que la relation entre les différents professionnels au sein des maisons de santé puisse améliorer votre prise en charge ?**

T : (silence quelques secondes) Alors pareil c'est toujours par rapport à mon cas personnel. J'ai ressenti le besoin d'expliquer mon cas médical à l'assistante sociale. Oui je pense que le lien médical doit se faire au cas par cas. En plus dans assistante sociale il y a sociale donc ça fait partie du truc.

Moi : C'est une prise en charge globale ?

T : Oui voilà.

Moi : D'accord parfait. Vous avez des remarques ?

T : Euh ... (réfléchi quelques secondes) Non aucune.

Entretien N° 4 :

Entretien en face à face à domicile du patient

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?

T : Euh ... mon docteur, le docteur *****.

Moi : Votre médecin traitant ?

T : Oui c'est ça mon médecin généraliste.

Moi : D'accord. Comment a-t-elle abordé le sujet ?

T : Bah c'est parce que je lui ai posé des questions sur la pension d'invalidité. Et pis elle m'a dit qu'il y avait une permanence et de voir avec elle. Car comme je travaille, j'ai une reconnaissance de travailleur en situation de handicap et comme je dois travailler qu'à mi-temps donc euh ... voilà.

Moi : D'accord. Donc si j'ai bien compris elle n'avait pas la réponse à votre question donc elle vous a réorienté vers un autre professionnel.

T : Oui voilà elle m'a réorienté. Là j'ai un travail dans une agence pour la garde d'enfants et par rapport à des problèmes de santé je dois travailler qu'à mi-temps en fait.

Moi : D'accord.

T : C'est pour ça qu'elle m'a réorienté pour avoir une évaluation de salaire.

Moi : Une évaluation de votre situation ? Des choses que vous aviez déjà et d'autres qui pourraient être possibles ?

T : Oui c'est ça tout à fait. Un peu comment on pouvait mettre en place les indemnités.

Moi : Hmm, hmm. Et au niveau organisationnel aussi ?

T : Oui au niveau organisationnel car dans un premier temps elle m'a réorienté vers l'AAH et puis dans un deuxième temps vers la pension d'invalidité : comment le dossier devait être rempli par exemple.

Moi : Quelle est la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale de l'extérieur ?

T : Euh (Silence quelques secondes)

(Rires)

Moi : Vous n'êtes pas obligée de trouver.

T : Bah il n'y en a pas. Hmm (réfléchit quelques secondes). Moi je l'ai trouvé bien car moi j'ai eu une mauvaise expérience avec une assistante sociale de l'extérieur et là je l'ai trouvé bien. Ça s'est bien passé.

Moi : **Que pensez-vous de la mise en place des assistantes sociales au sein des maisons de santé ?**

T : Bah très bien.

Moi : bien ?

T : J'aime bien la maison de santé déjà. Ils sont très bien.

Moi : au niveau de la localisation et de l'accessibilité du lieu, qu'en pensez-vous ? Par rapport à la sécurité sociale ?

T : C'est pareil. En bus, il n'y a pas de soucis pour moi. Mais peut être que pour des personnes à mobilité réduite c'est différent.

Moi : Que pensez-vous de la prise de rendez-vous et des horaires ?

T : Très bien. C'est à la maison de santé donc pas de soucis.

Moi : Au niveau du secret professionnel et du lien entre les différents professionnels, qu'en pensez-vous ?

T : Très bien.

Moi : Ok. Est-ce que vous pensez que le médecin et l'assistance sociale doivent parler uniquement de votre problématique médicale ou parler dans un champ plus large. ?

T : Je ne suis pas sûre qu'ils en aient discuté mais non au contraire car on sait qu'ils sont soumis au secret professionnel et c'est important qu'elle comprenne : pourquoi, qu'est ce qui se passe pour m'aider au mieux, qu'est-ce qu'elle peut mettre en place en plus.

Moi : Qu'ils communiquent, qu'ils interagissent ?

T : Oui voilà qu'ils interagissent entre eux. C'est important de pouvoir parler car des fois ils n'ont pas toujours le temps, les médecins généralistes. Ils sont bien pris, un peu surbookés. Surtout là, à la maison médicale, Le Dr ***** il y a un petit peu de monde. C'est dix jours d'attente sauf urgence.

Moi : **Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer cette prise en charge par l'assistante sociale ?**

T : (silence de 21s) Je ne sais pas ... (silence quelques secondes) Peut être la première fois j'ai trouvé que c'était un peu court. J'aurais encore eu des questions. Des choses sur mon parcours à raconter.

Moi : D'accord. L'entretien a duré combien de temps à peu près ?

T : Je ne sais plus trop : une demi-heure à quarante minutes. Pis un moment donné elle m'a fait comprendre qu'elle avait une autre patiente. Peut-être que j'ai été trop dans les détails mais j'avais besoin de détailler, c'est important pour moi. C'était un peu court.

Moi : Vous l'avez revue pour un deuxième entretien ?

T : J'ai vu une autre.

Moi : D'accord elle était bien au courant de votre dossier ?

T : Oui elle était bien au courant. Ce n'était pas la même, c'était une autre, mais elle était très bien au courant de la situation.

Moi : Vous l'avez vue à la maison médicale ou la sécurité sociale ?

T : Euh je l'ai revue à la sécurité sociale.

Moi : Et là, ça été plus long ?

T : Non pareil. C'est moi qui suis arrivée un peu en retard mais par contre vu que j'avais déjà raconté des choses à la première consultation, je n'avais pas besoin de tout détailler donc c'était normal.

Moi : Donc il y a une communication ?

T : Oui il y a une communication entre les assistantes sociales. Elle connaissait mon dossier, elle connaissait mes problèmes.

Moi : et vous aviez des coordonnées pour les recontacter ?

T : Oui j'avais une carte de visite

Moi : avec Email et téléphone ?

T : Oui d'ailleurs faut pas que j'oublie de reprendre rendez-vous.

Moi : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez de la communication sur sa présence au sein de votre maison de santé ?

T : Je ne le savais pas. Si elle ne me l'avait pas dit je n'aurais pas été au courant.

Moi : Plus d'information alors ? Avec des flyers ou des affiches ?

T : Oui voilà. Plus de communication en tout cas. Bah la première fois c'est vrai qu'elle m'a parlé parce que je fais de l'équithérapie et quand je lui en ai parlé elle m'a dit que je pouvais avoir une prise en charge. Même si ce n'est pas médical et pas vraiment reconnu.

Moi : Ah je ne savais pas qu'il y en avait sur Besançon.

T : Si si il y en a au haras *****

Moi : Okay d'accord. Du coup **Alors vers quel professionnel l'assistante sociale vous a-t-elle adressé ?**

T : Bah aucun, vu que je suis déjà prise en charge. Cet été je vais au SSR des Salins de Bregille pour une rééducation. Donc ma prise en charge est déjà bien complète.

Moi : Donc si je résume : elle vous a aidé pour la prise en charge financière de l'équithérapie, vos questions sur les travailleurs handicapés...

T : Oui c'est ça !

Moi : ... A remplir des dossiers, elle vous a parlé de Cap Emploi ?

T : Oui c'est ça

Moi : Oui donc pour la dernière question on en avait déjà parlé un peu. **Pensez-vous que la relation entre les différents professionnels au sein des maisons de santé puisse améliorer votre prise en charge ?**

T : Euh ... (silence quelques secondes) J'aimerais bien qu'ils communiquent mais je ne sais pas le médecin lui avait donné mon dossier au départ.

Moi : Et le dossier informatique ?

T : Qu'ils puissent communiquer dans le dossier médical partagé. Que chacun puisse mettre un petit mot.

Moi : D'accord. Donc là vous n'avez pas pu revoir votre médecin donc vous n'avez pas vu s'ils avaient communiqué.

T : Bah je l'ai vu l'autre fois et elle m'a dit que le cent pour cent allait se mettre en place pour le dossier de Bregille mais je ne sais pas s'il y en eu.

Moi : D'accord. D'autres remarques ?

T : Non

Entretien N° 5 :

Entretien en face à face à domicile

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T : C'est le Docteur *****.

Moi : Votre médecin traitant ?

T : Oui tout à fait, mon médecin traitant.

Moi : Comment est-ce que c'est arrivé ?

T : Alors on discutait, euh ..., de mon état de santé, de ma reconversion professionnelle et je me posais aussi des questions par rapport à euh ... (cherche ses mots) savoir si j'ai le droit de reconduire ou pas. Et puis comme il ne pouvait pas me répondre, il m'a dit que le mieux c'était de voir avec une assistante sociale. C'est là qu'il m'a expliqué l'expérience. Et du coup bah j'ai dit : oui c'est parfait, ça m'évite d'aller en trouver une plus loin ou d'aller jusqu'à la CPAM. Vu que je suis juste à côté (NB de la maison de santé) c'était le bon plan.

Moi : Donc si je résume bien : il n'avait pas les réponses que vous vous posiez donc il vous a réorienté vers l'assistante sociale c'est bien ça ?

T : Oui voilà il m'a réorienté. Il y a plusieurs points alors je me rappelle plus quels étaient les points à ce moment-là mais il y avait l'histoire de la conduite, il y avait l'histoire de la reconversion professionnelle. Auquel il faut tout remettre un processus en place avec la MDPH et éventuellement un bilan de compétences. Toutes les questions en lien avec mon handicap aussi.

Moi : D'accord.

(Silence quelques secondes)

T : Et puis il y avait d'autres choses mais là je ne sais plus. Ahhh bah si, le gros point important c'est tout ce qui va être financement enfin indemnités journalières ce qui allait se passer dans les mois à venir. Je vais arriver à trois ans d'arrêt de travail donc je vais être embêté.

Moi : Donc déjà évaluer ce qui allait se passer au niveau financier, remplir les documents notamment MDPH, et la reprise de la conduite c'est bien ça ?

T : Oui voilà c'est ça.

Moi : Okay. **Quelle est la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale de l'extérieur ?**

T : Euh ... la différence euh ... bah ce que je trouve bien c'est qu'on n'est pas dans un milieu vraiment social comme dans un centre social ou à la sécurité sociale. Donc on n'est pas dans le même contexte et je me suis trouvé beaucoup plus à l'aise.

Moi : Plus rassuré ?

T : Plus rassuré. Et puis en se disant que notre médecin est là, à côté dans les mêmes locaux, j'imagine qu'ils doivent avoir des interactions entre le côté social et le côté médical donc oui de ce côté-là ça aide beaucoup.

Moi : Donc le fait de connaître cet endroit ça vous rassure c'est bien ça ?

T : Oui.

Moi : Et le fait qu'il y ait une prise en charge globale ? Comme une infirmière et un médecin peuvent être complémentaires ?

T : Oui voilà. C'est déjà ce que j'avais trouvé bien l'histoire de l'infirmière et des autres professionnels de santé. Ça par exemple quand elle intervenait à domicile elle me disait : s'il y a un souci je suis en contact avec le Dr ***** et inversement on peut se faire passer les messages. Tout le monde est au courant et s'il y en a un qui est absent ça aide. Mais alors du coup moi j'ai un petit souci, j'ai vu l'assistante sociale une première fois à la maison médicale et maintenant elle me donne des rendez-vous à la CPAM.

Moi : Ah. Elle ne vous donne plus les rendez-vous dans votre maison de santé ?

T : Oui voilà. Parce qu'en fait j'ai une interlocutrice privilégiée, je ne sais pas si c'est comme ça qu'on dit, et en fait elle tourne chacune à leur tour à la maison de santé et du coup elle m'a dit le mieux c'est de venir me voir (NB à la CPAM). Du coup j'ai trouvé ça dommage.

Moi : Pour vous ça serait une piste d'amélioration ?

T : Oui que le suivi se fasse à la maison médicale. Sinon il y a plus d'intérêt.

Moi : D'accord. **A votre avis sur quel problème l'assistante sociale que vous avez rencontrée peut-elle aider les gens ?**

T : Et bah par exemple dans mon cas tout ce qui allait avec le handicap, le lien entre la MDPH, le médecin et nous. Euh ... en fait je ne connais pas du tout leur rôle en dehors des raisons pour lesquelles je les ai rencontrées.

Moi : Pas d'autres raisons ?

T : C'est vraiment la première fois que je rencontre une assistante sociale. Non je ne vois vraiment pas.

Moi : D'accord. Pour vous, à quel niveau le social intervient sur votre santé ?

T : La prise en charge globale, euh ... Un autre point qui m'aide beaucoup et pas forcément assez d'ailleurs. C'est que là je suis en cours de rééducation j'ai été pendant plusieurs mois à l'hôpital. On est déjà pris dans la rééducation et dans les problèmes de santé. On n'a pas la tête dans les papiers et pas le temps d'ailleurs. Donc c'est bien d'avoir une accroche. Ça m'a aidé à remplir tous les dossiers. Manque de temps, manque d'envie et manque de connaissance surtout, c'est bien compliqué de remplir, il manque tout un tas de document, on ne sait pas à qui s'adresser, quand il y a un coup de fil à passer on n'a pas forcément le temps ou les bons numéros, alors qu'elles, elles les ont. Ils ou elles, parce que ça peut être des hommes d'ailleurs. Donc de ce côté-là c'était bien pratique pour ça.

Moi : D'accord donc votre médecin coordonne entre guillemets votre santé et l'assistante sociale coordonne plus le versant administratif, le versant social ?

T : Oui c'est bien ça. Pour une prise en charge globale.

Moi : D'accord. Okay. Euh ...

T : Des accroches et puis excusez-moi je vous coupe mais aussi pour trouver la bonne euh... orientation, le bon système aussi. Des fois on pourrait bénéficier d'aides dont on n'est pas au courant. Et du coup elles peuvent nous mettre sur la bonne piste.

Moi : Donc si je résume bien : vous aviez des questions et en plus de cela elle a trouvé des autres pistes à explorer auxquelles vous n'aviez pas pensées.

T : Oui voilà. Bon après je pense qu'elles ont aussi un manque d'informations sur le sujet. Euh Moi donc j'ai eu un AVP voiture et ce n'était pas dans un cadre d'accident du travail, je ne suis pas non plus en ALD. Et là j'ai besoin de taxi car je n'ai plus de véhicule et pendant très longtemps j'ai dû payer de ma poche le taxi. Et en fait j'avais le droit, car on a le droit au bout de six mois, enfin à partir de six mois d'arrêt maladie, on a le droit de demander l'ALD non exonérante.

Moi : Hmm, hmm.

T : Et ça j'ai aucun médecin qui me l'a proposé. Ils n'étaient pas au courant, l'assistante sociale n'était pas au courant. Donc j'ai dû aller à la pêche aux informations et c'est grâce à une autre patiente qui était au centre qui m'a dit : Tiens ***** il faut que tu fasses la demande d'ALD.

Moi : Donc il y a un manque d'informations ?

T : Oui car même les médecins ne sont pas toujours au courant. Sur le même sujet, le médecin du centre de ***** qui me suivait m'a dit de demander la rétroactivité. Et bah moi l'assistante sociale de la CPAM m'avait dit que c'était terminé, enfin l'année dernière. Et mon médecin de ***** l'avait fait cette année pour un de ses patients et c'était passé. Alors bon apparemment tout le monde n'est pas au courant. Quand les choses commencent quand les choses s'arrêtent. Des fois ça passe, des fois ça ne passe pas.

Moi : Donc un peu plus de formations, de mise à jour pour les professionnels ?

T : Oui je pense.

Moi : Que pensez-vous de la mise en place des assistantes sociales au sein des maisons de santé ?

T : Je pense que c'est quelque chose de formidable. Je le vois comme ça parce que tout est réuni au même endroit on n'a pas besoin de se dire : faut qu'on aille courir là pour une chose, un autre endroit pour une autre. Pis là aussi tout est centralisé avec les secrétaires. Elles passent le dossier au médecin ou autre. Il n'y a pas besoin de se dire qu'il faut l'envoyer.

Moi : Au niveau de l'accessibilité du lieu ?

T : Pour l'accessibilité du lieu c'est super.

Moi : Au niveau de l'accessibilité de prise de rendez-vous ?

T : Oui très très bien. Je vais le redire mais du coup ils sont au courant de notre dossier médical et ils peuvent transférer les infos aux bonnes personnes au fur et à mesure.

Moi : Je rebondis sur ce que vous dites. Que pensez-vous de la communication entre les professionnels ? Le secret médical ?

T : Je pense que c'est primordial. C'est très important pour qu'il y ait vraiment une prise en charge globale, la plus complète possible.

Moi : Et au niveau du logiciel ?

T : Alors ça pourrait être pas mal. Je sais qu'eux ils ont déjà un système interne. Ils s'envoient des mails entre secrétaires et médecins. S'ils pouvaient le faire avec l'assistante sociale c'est doublement mieux. Et du coup je vais rebondir, on a le DMP, et du coup j'en ai parlé à mon médecin car moi je l'ai ouvert. Et il m'a dit non moi je ne mets rien dessus car il est très compliqué. Il n'est pas en lien avec le logiciel qu'eux ils utilisent pour transférer tous les documents. Ça irait avec l'histoire de communiquer, je pense que c'est une piste qui doit être explorée. Je vois qu'avec mon accident je suis arrivée à Dijon. Donc avec l'hôpital de Dijon tout est en ligne, les radios etc ... Alors qu'avec Minjoz non les radios sont encore internes et non accessibles ou sur papiers, CD. Quand je leur dis que j'ai un code ils me disent : oh bah non nous on ne regarde pas de là. Je trouve ça vraiment dommage. Un hôpital va utiliser un logiciel, un autre va utiliser un autre, le médecin va utiliser encore un autre logiciel. Et puis c'est pareil pour les prises de sang dans les laboratoires.

Moi : Donc il y a quelques choses à faire au niveau de l'informatique ? Des logiciels ?

T : Oui vraiment.

Moi : Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer cette prise en charge par l'assistante sociale hormis ce dont on a déjà parlé ?

T : Dans mon cas personnel, j'aimerais bien que mes rendez-vous se refassent là. Et puis sinon euh ... après je n'ai pas de recul. Oh après je pourrais peut-être aider avec ce que j'ai pu vivre avec ma grand-mère. Euh ... sur les informations qui peuvent être données sur la prise en charge des personnes âgées au sein des structures. Il faudrait mettre un lien entre la personne âgée, sa famille qui s'en occupe et le médecin. Alors je ne sais pas si ça se fait déjà ...

Moi : Un lien ? C'est-à-dire ?

T : Un lien pour monter des dossiers pour les demandes d'EHPAD, d'APA et les GIR toutes ces conneries là.

Moi : Plus d'informations ?

T : Plus d'informations, plus d'aide pour monter les dossiers. Parce que je vois comment mes parents et leurs frères et sœurs ont galéré. Bon après ils n'étaient pas dans le secteur ils étaient en Bourgogne mais bon.

Moi : D'accord. Pour revenir à l'assistante sociale dans la maison de santé. Faut-il faire plus d'informations en salle d'attente ?

T : Oui il faudrait dire que l'assistante sociale est là, qu'elle peut nous aider sur tel ou tel sujet.

Moi : Quel support regarderiez-vous le plus ?

T : Ce qui est vraiment pas mal c'est la petite télé dans la salle d'attente. On la regarde en permanence quand on attend. Après pour le papier trop de flyers tue le flyer. Dans la salle d'attente on ne regarde pas les bouquins, quand on passe vers la secrétaire on arrive à la dernière minute on ne regarde pas les flyers.

Moi : Donc l'écran ?

T : Oui pis surtout que le médecin en parle. Quand on fait un point sur notre situation bah qu'il fasse le lien en disant : ah bah tiens est ce que vous avez pu avoir déjà une aide là-dessus ; est ce que vous en voulez une ? Pensez à aller voir l'assistante sociale elle peut peut-être vous aider. Comme il l'a fait avec moi c'était super.

Moi : **Vers quel professionnel l'assistante sociale vous a-t-elle adressé ?**

T : Euh ... vers quel professionnel m'a-t-elle adressé ... Euh bah là ça va être le médecin conseil enfin elle m'oriente oui et non j'attends qu'il me convoque. La MDPH bah oui le dossier est en cours. Ah oui vers l'ADAPT et là mon problème c'est un problème de financement pour un bilan de compétence.

Moi : Et l'assistante sociale n'a pas trouvé de solutions ?

T : Non elle n'a pas trouvé d'autre moyen pour m'aider. J'ai fait une demande à la MDPH je ne sais pas si vous connaissez pour la pré-orientation professionnelle qui se fait à l'ADAPT. C'est quelque chose qui se fait sur trois mois en continu dans les locaux : il y a des tests, des questionnaires et ils nous mettent carrément en lien avec des entreprises. C'est pas mal sauf que moi la place n'est pas avant deux mille dix-neuf. Du coup là je suis bien embêté alors qu'on pourrait le faire pendant ma rééducation et pendant l'arrêt de travail. Sauf que là je vais arriver à la fin des trois ans d'arrêt de travail donc j'aurais plus d'IJ donc je ne sais pas comment faire. J'ai le droit à l'AAH mais c'est maximum huit cent euros. Sinon il faut qu'on fasse une demande avec le médecin conseil pour passer en invalidité. Que ce soit temporaire ou définitif. Sauf que là ils prennent en compte je ne sais plus combien de pour cent du salaire brut des dix meilleures années. Sauf que je suis jeune et je vais tout juste avoir dix ans de travail. Donc dans tous les cas je serai embêté. Et pareil pendant que je vais être en formation qui va me payer ? Ahhh aussi un point très important où j'ai eu beaucoup de problèmes pour être orienté et aidé. C'est que moi c'est un accident causé par un tiers. Là où l'assistante sociale pourrait aider c'est de nous aider à remplir les documents de l'assurance. On a fait trainer les choses car j'ai été hospitalisé super longtemps et je ne pouvais pas m'en occuper. Il y a des associations qui peuvent nous aider mais si on ne les connaît pas c'est compliqué. Je sais plus comment je les ai connues.

Moi : Pensez-vous que la relation entre les différents professionnels au sein des maisons de santé puisse améliorer votre prise en charge ? On en avait déjà parlé un peu.

T : Oui pour le logiciel et des réunions peut être. Mais je crois qu'ils discutent déjà entre eux. Il faut qu'ils continuent ce qu'ils font c'est très bien.

Moi : D'accord. Des remarques ?

T : Bah écoutez je pense qu'on a tout fait.

Entretien N° 6 :

Entretien en face à face à la maison de santé

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?

T : C'est le Dr *****.

Moi : D'accord. Votre médecin traitant ?

T : Non pas du tout. Je l'ai consulté il y a plus d'un mois pour un cas euh ... je suis partie du travail j'ai pris rendez-vous avec le médecin le Dr ***** n'était pas disponible alors j'ai pris rendez-vous avec le Dr *****. J'avais des fortes douleurs au rein et des pressions au boulot de mon patron pour que je démissionne. Donc un mélange psychologique/physique. Pour les reins je croyais que c'était symptomatique de la situation et en fait il m'a diagnostiqué une diverticulite. Et du coup avec le problème de pression morale sachant que ça ne m'était jamais arrivé, il m'a conseillé de voir l'assistante sociale. Et je l'ai fait dès le lendemain.

Moi : Donc vous avez pu avoir un rendez-vous rapidement ?

T : Oui oui.

Moi : D'accord donc c'est un problème travail-santé ?

T : Oui les deux qui se sont mélangés, télescopés je pourrais dire d'un coup.

Moi : Quelle est la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale de l'extérieur ?

T : Alors là je n'en ai jamais rencontré à l'extérieur. Euh ... (silence dix secondes) là j'ai l'impression qu'elles sont plus centrées sur les droits du patient. Moi elle m'a renseigné sur ce que je pouvais faire vis-à-vis de la médecine du travail et sur la prise en charge de mon arrêt de travail car je n'en avais pas pris depuis quelques années et du coup je connaissais pas du tout le dispositif de la sécu etc ... Donc je lui ai exposé aussi mon dossier médical, ça je pense qu'on ne le fait pas forcément avec d'autres assistantes sociales. Après les assistantes sociales, je crois, interviennent pour d'autres choses que ce soit le budget, les aides sociales alors que là c'est plus sur une thématique

Moi : D'accord.

Moi : A votre avis, sur quel problème l'assistante sociale que vous avez rencontrée peut-elle aider les gens ?

T : On en a déjà parlé juste avant sur la thématique du travail.

Moi : D'accord.

Moi : **Pour vous à quel niveau le social intervient sur votre santé ?**

T : Bah jusqu'à présent le social n'intervenait pas sur ma santé car elle allait relativement bien. Là ça intervient parce que mes problèmes de santé sont en train d'interférer sur ma vie, mon travail et ma carrière puisque pour l'instant on n'a pas trouvé vraiment de solution puisqu'il va falloir que je retourne au travail ou que j'en retrouve un autre et je pense que ça va plutôt être la deuxième solution. En plus il faut que je me présente sur le marché du travail à un an d'avoir cinquante ans, dans un relativement bon état physique et moral car ça se voit tout de suite. Donc là c'est en train de violemment se télescoper, le social et la santé pour moi.

Moi : C'est-à-dire ?

T : Bah là je suis tombée sur un employeur qui m'a bien surprise. Dans l'entreprise il y a un fort turnover donc je sais que les gens ne restent pas longtemps. Il y a aussi eu des soucis de procédures de sauvegarde donc c'est une société qui est en difficulté. J'ai toujours peu eu de problème de santé, j'ai un petit garçon de dix ans qui est malade comme tous les gamins une à deux fois par an. Donc s'il était malade je prenais une matinée je m'organisais. Mon mari prenait le relais l'après-midi pour que je puisse retourner travailler et rattraper mes heures. Et là en février boom badaboum il nous a enchaîné grippe bronchite machin donc j'ai pris trois jours parce qu'il faut vraiment que je surveille la température. Mais comme il m'a joyeusement filé sa grippe j'ai dû faire un arrêt aussi. Et là est ce qu'il l'a pris comme un changement de ma part ou je ne sais pas. Et donc là j'ai eu un retour qui m'a scotché, qui m'a laminé moralement. C'est à dire Email : « Vous êtes en retard sur vos dossiers », surtout aucune allusion au fait que j'ai été en arrêt donc c'était remise en cause de mes capacités. Etc ... C'est quand je suis retournée bosser avant de rencontrer le Dr ***** où ça a été vraiment la rupture, c'était « faite ceci ... » et il m'a rajouté une liste de trucs à faire impossible. Des trucs qui avait été plus du ressort de la comptabilité. Après j'ai analysé tout ce qu'il m'avait envoyé et en fait on est bien dans un cas où la personne presse à démissionner.

Moi : Et donc l'assistante sociale est intervenue à quel niveau ?

T : Bah c'est là où elle m'a été d'un grand secours parce qu'elle m'a fait gagner beaucoup de temps. Elle m'a conseillé de demander rendez-vous à la médecine du travail ce que je ne savais pas qu'on pouvait faire, surtout quand c'est dans un cas de pression morale et de santé. Et du coup je l'ai rencontré et je ne me suis pas écroulée moralement. J'ai fait toutes les démarches et je l'ai vu la semaine d'après.

Moi : Donc si je résume, vous avez eu un point d'accroche avec l'assistante sociale ?

T : Oui voilà ! Au lieu de se renseigner bêtement auprès des collègues, des amis, ... là ça a été de manière officielle surtout qu'elle savait bien ce qu'elle faisait.

Moi : Vous l'avez revu l'assistante sociale après ?

T : Celle-ci je ne l'ai pas revu. C'était Mme ***** et puis quand j'ai eu mes remboursements qui sont arrivés d'indemnités journalières comme c'est incompréhensible voilà ... (rires) et quand plus j'ai un patron qui arnaque ses salariés quand il s'agit de départ. Donc du coup j'ai repris rendez-vous, elle m'a renseigné, là par contre très peu. Et puis là c'est à mon avis une petite lacune que c'est tellement compliqué les calculs là que personne ne peut me dire si ce que mon employeur m'a payé c'est juste.

Moi : Plus de formation des professionnels ?

T : Oui mais alors une sacrée formation parce que la sécu paye à l'employeur un montant sans charges par contre l'employeur doit répercuter les charges. Après je voulais me pencher sur les calculs mais c'est trop compliqué je ne l'ai pas fait.

Moi : Vous l'avez revu à la maison de santé ou à la CPAM ?

T : Les deux fois je suis venue ici. La sécurité sociale j'y suis allée pour savoir pourquoi il y avait un tel écart entre les versements par l'employeur sur mon salaire et les indemnités que j'ai trouvé sur le site internet qui avaient été payées à mon employeur. Il y avait sept cent euros environ. Ils ne pouvaient pas me répondre car ça dépend des conventions collectives. Du coup je suis allée à l'inspection du travail, et là non plus ils ne savent pas. Donc en gros personne ne peut me répondre.

Moi : D'accord. Quels sont vos principales attentes lors de vos échanges avec l'assistante sociale ?

T : Euh ... bah déjà j'avais jamais eu la démarche d'en rencontrer une. La principale attente c'était de l'écoute. Il fallait quand même que j'explique l'aspect médical et travail. Là je l'ai eu il n'y a absolument aucun souci, c'était quelqu'un de bien à l'écoute. Et quelqu'un qui m'a donné des pistes : à la fois des conseils « prenez rendez-vous avec la médecine du travail ». Elle m'avait donné une ou deux pistes de contact avec une maison du syndicat pour le droit au travail etc. Donc elle m'a donné les pistes qu'elle avait quoi.

Moi : Elle vous a réorienté vers toutes les personnes qui pouvaient vous aider ?

T : Oui voilà.

Moi : Vous avez parlé de formation ?

T : Non on n'a pas été jusque-là.

Moi : **Que pensez-vous de la mise en place des assistantes sociales au sein des maisons de santé ?**

T : Euh ... (silence quinze secondes) Je pense que pour moi ça a rendu plus claire le lien entre médecin et sécu. Euh ... là où on peut se poser une question s'ils sont là pour repérer des arrêts de travail un peu excessif ce genre de choses, mais je n'ai pas l'impression. Donc après ce que ça peut apporter, du coup avec mon cas j'ai fait pas mal d'exams médicaux, j'ai rencontré les infirmières, j'ai rencontré beaucoup de gens avec qui on a bien discuté euh ... et on a beaucoup parlé de la souffrance au travail. Et j'en ai aussi parlé avec le Dr ***** apparemment c'est en train de devenir quelque chose de très grave qui vous implique vous en tant que médecin. Médecine du travail m'a aussi dit que c'était plus d'un tiers de son travail. A mon avis si ça permet de faire le lien entre des souffrances sociales et des souffrances de santé on arrive à repérer des cas de cassure c'est peut-être mieux pour la sécu que de rentrer dans des traitements longs. J'ai vu ça sur un de mes collègues. Ça peut faire office de repérage précoce ?

Moi : Hmm, hmm. Et au niveau de l'accessibilité du lieu ?

T : Bah moi ce n'est pas loin de chez moi et c'est plus agréable que la sécu quoi. Ça marque le coup même puisque quand on va à la sécu ça peut faire très administratif, ça peut donner un côté plus rassurant pour les gens, plus patient.

Moi : **Pensez-vous que la relation entre les différents professionnels au sein des maisons de santé puisse améliorer votre prise en charge ?**

T : Euh ... oui bien sûr.

(Silence quelques secondes)

Moi : Vous pensez qu'ils doivent communiquer, par exemple, que le médecin écrive un mot avant que vous voyez l'assistante sociale ?

(Sonnerie de son téléphone portable, discussion au téléphone vingt secondes puis raccroche.)

T : Excusez-moi, on en était où ?

Moi : Pour que le médecin mette un petit mot.

T : Je ne vois pas ce que ça peut apporter. Je pense que pour des personnes qui sont perdues et qui ont du mal à raconter ce qui leur arrive, ça peut être pas mal. Au moins, il y a la vision claire et nette du médecin et c'est le côté santé qui prévaut mais si ça peut être pas mal.

Moi : Pour vous ça ne vous dérangerait pas ?

T : Non après il faut bien rassurer les gens sur le fait que le dossier soit confidentiel. Moi je sais que le Dr ***** l'a fait pour la médecine du travail. Par contre, elle a fait un rapide courrier disant de m'examiner parce qu'elle pensait que j'avais une certaine souffrance au travail. Ça sert d'introduction ce n'est pas plus mal. Pis si elle est là pour faire le lien entre la sécu et le patient autant que le médecin soit dans le lien quelque part. Voilà.

Moi : ok donc plutôt pour ?

T : Oui plutôt pour.

Moi : Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer cette prise en charge par l'assistante sociale ?

(Silence quelques secondes)

T : Euh ... bah moi il y a l'aspect euh ... l'aspect calcul des indemnités. Vérification de ça déjà elle n'était pas à même de le faire. Ce que je comprends ce n'était pas un souci.

Peut-être qu'un peu de formations pourrait améliorer ça. Euh ... après euh ... Sachant qu'il y a de plus en plus de problématique de souffrance au travail, ce genre de chose, elles risquent de voir arriver de plus de gens avec cette problématique. Euh ... et puis après euh... non je ne vois pas trop quoi.

En terme médical, bon c'était une femme, donc on s'est comprise tout de suite sur la nature des problèmes que j'avais. Bon ça c'était plutôt pas mal que ce soit une femme. Enfin moi je sais que je préfère de femme à femme, surtout pour certains problèmes comme les problèmes de couple, c'est quand même mieux. Et les hommes, s'ils sont en souffrance, ont peut être plus tendance à se livrer à une femme que à un mec, rapport de virilité tout ça donc ce n'est peut-être pas plus mal.

Mais sinon non je ne vois pas concrètement ce qui pourrait être fait pour euh ... c'est déjà pas mal.

Là il y a l'aspect humain car je lui ai laissé un petit courrier que j'avais fait sur euh ... pour demander mon deuxième rendez-vous. Mais moi ce que j'ai trouvé bien pour une fois c'est qu'il n'y a pas trop d'aspect administratif. C'est à dire elle n'a pas forcément euh ... Elle a pris quelques notes sur un cahier c'est assez informel, je pense que ça ne stress pas les gens. Ce n'est pas un truc où elle va prendre votre disposition et taper voilà quoi. Moi je trouvais ça pas si mal que ça, plutôt pas mal.

Moi : D'accord. Vous en avez vu deux ? Il y a eu une bonne communication ? Elles connaissaient bien votre dossier ?

T : Euh ... la deuxième euh ... non il y a quand même fallu que je redise. Encore une fois la première elle avait pris des notes manuscrites sur un cahier alors je ne sais pas après ce qu'elle en a fait. Euh Elle avait des informations de base : qui j'étais, que j'avais déjà rencontré Mme ***** après voilà.

Moi : Donc il y a une communication ?

T : Oui il y a une base, une base d'échanges oui.

Moi : Vers quels professionnels l'assistante sociale vous a-t-elle réorienté ?

T : Le médecin du travail déjà, l'association dont on a déjà parlé dont je n'ai pas eu recours. Elle m'a parlé de l'inspection du travail : donc ça j'ai pris rendez-vous pour avoir des informations. Voilà ... mais euh ... la médecine du travail c'était important car ça m'a vraiment fait gagner du temps. Ils sont eux assez coupés des gens, euh ..., c'est de la masse ce qu'ils font. (Rires) Donc on les voit comme des gens qu'on va voir à l'embauche qui vous font une analyse d'urine et qui vont vous valider, vous mettre apte et après on ne voit pas ce qui est autour du tout. Bon après je sais qu'ils sont aussi dans la prévention de l'amiante mais bon euh ... C'est bien que l'assistante sociale impulse des relations, c'est vraiment pas mal.

Moi : Donc on en avait déjà un peu parlé. **Pensez-vous que les liens entre les différents professionnels de santé puissent améliorer votre prise en charge ?**

T : Je pense que le médecin faut qu'il soit de moins en moins isolé. Là il me parlait quand j'ai été faire le scanner, qu'ils se réunissent avec des gynécos etc ... pour les cas de cancers du sein et moi je trouve ça super quoi. Comme ça ils discutent d'un traitement adapté à la personne, c'est l'idéal !

Moi : Pour vous les réunions c'est important ?

T : Je pense que c'est l'idéal. Donc là si on va vers des cas de gens qui ont de grosses fatigues et que cette fatigue a des aspects sociaux, moraux et psychologiques, un moment donné, le médecin ce n'est pas en donnant des vitamines que ça va se soigner. Donc c'est très bien.

Moi : Des remarques ?

T : Non non non.

Entretien N° 7 :

Entretien au téléphone

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?

T : Alors c'est mon médecin traitant, parce que j'avais des soucis de santé au niveau du dos. Et puis c'est lui un jour qui m'en a parlé, il m'a dit : vous savez il y a une assistante sociale qui est à côté qui peut donc vous recevoir pour des raisons sociales auxquelles effectivement je n'y avais pas pensé parce que quand on a mal au dos et qu'on a des soucis on va voir son médecin traitant et le truc c'est que j'avais des questions sur un stage que je suis en train de faire.

Moi : Hmm, hmm

T : Et euh ... comme je ne peux pas travailler plus de six heures par jour, je m'interrogeais sur le retour à l'emploi, et savoir comment ça pourrait se passer en entreprise. C'est là où il m'a dit qu'effectivement maintenant il y avait une assistante sociale médicale qui était là à disposition. Donc c'est à ce moment que j'ai appris la connaissance de cette dame.

Moi : D'accord donc un lien entre le travail et la santé.

T : Oui c'est ça.

Moi : D'accord. Quelle est la différence entre une assistante sociale dans votre maison de santé par rapport à une assistante sociale de l'extérieur ?

T : Bah l'assistante sociale de l'extérieur elle va gérer les problèmes plus, comment dire ... personnel lié je ne sais pas à l'appartement, au budget etc alors que l'assistante médico-sociale va plutôt palier aux problèmes de santé qui justement peuvent nous apporter, bah justement quand on est en situation de chômage, aux droits auxquels on peut prétendre etc, etc ...

Donc en plus moi c'est la première fois que je me retrouve dans cette situation donc je vous avoue je suis un peu largué vis à vis de tout ça.

Moi : vous êtes perdu c'est ça ?

T : Oh oui parce que justement on ne sait pas trop vers qui se retourner alors c'est bien qu'il y ait des gens qui soient là pour nous envoyer vers d'autres personnes.

Moi : Donc si j'ai bien compris le médecin coordonne ce qui est en rapport avec la santé et l'assistante ?

T : L'assistante sociale coordonne le reste, les réponses que le médecin ne peut peut-être pas apporter car c'est plus administratif par rapport à lui.

Moi : D'accord. **Alors la question suivante on en a déjà un peu parlé mais sur quel problème l'assistante sociale que vous avez rencontré peut-elle aider les gens ?** Donc on a parlé d'administratif, de travail, autre chose ?

T : Euh (silence quelques secondes) ... non à part ça je ne vois pas.

Moi : Hmm, hmm

Silence quelques secondes

Moi 2 : **Pour vous à quel niveau le social intervient sur votre santé ?**

T : Bah écoutez, euh ... la réinsertion, euh (silence quelques secondes) je ne sais pas euh ... l'insertion au travail, reconnaissance de travailleur handicapé. C'est vrai que j'étais un peu perdu là-dessus mais bon je reviens sur ce que j'ai déjà dit. Quand on se retrouve avec une RQTH d'un seul coup et puis qu'on ne peut pas travailler plus de tant d'heures par jour et qu'on est sensé avoir un CDI au mois de juin. C'est compliqué parce qu'on ne sait pas trop comment on va être payé, de quelle manière, si on a un complément, par qui, enfin voilà c'est un peu le flou.

Moi Hmm, hmm Donc déjà une question financière ?

T : Oui oui.

Moi : Après une question d'organisation si j'ai bien compris ?

T : Oui c'est ça.

Moi : Quelles sont vos principales attentes lors de vos échanges avec l'assistante sociale ?

T : Bah qu'elle m'apporte les réponses à mes questions que je me pose et qu'elle puisse aussi m'apporter des réponses à des questions pour lesquelles je n'aurais pas forcément pensé dans le temps d'un échange.

Moi : D'accord donc des réponses recherchées et d'autres solutions possibles ?

T : Voilà durant la conversation. Ah j'ai oublié de vous dire il y a ça, il y a ça, il y a ça.

Moi : Okay d'accord. **Que pensez-vous de la mise en place des assistantes sociales au sein des maisons de santé ?**

T : Bah je trouve que c'est très bien. En plus c'est juste à côté donc euh ... voilà c'est pratique. En plus elles sont sympas. (Rires)

Moi : Tant mieux (rires)

T : Mais faut le dire aussi.

Moi : Donc au niveau de l'accessibilité du lieu c'est bien c'est ça ?

T : Oui c'est ça.

Moi : Au niveau de la prise de rendez-vous ? Des horaires ?

T : Oui c'était bien je n'ai pas eu de soucis.

Moi : Donc c'est dans votre maison de santé. Ça vous rassure ?

T : Oui voilà, c'est plus facile c'est plus simple.

Moi : D'accord. Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer cette prise en charge par l'assistante sociale ?

T : Et bah j'en ai aucune idée. (Rires) Non non parce que là, je l'ai vu une fois, ça s'est bien passé. J'ai eu mes réponses. Donc voilà en ce qui me concerne je ne vois pas trop quoi critiquer.

Moi : D'accord vous l'avez vu une fois et si vous aviez besoin de la recontacter elle vous a donné une carte de visite ?

T : Oui oui oui j'ai une carte de visite au cas où j'ai besoin. J'ai tout ce qu'il faut.

Moi : Vers quel professionnel l'assistante sociale vous a-t-elle adressé ?

T : Euh (silence quelques secondes) Vers quel professionnel ? Euh ... vers le médecin du travail enfin plus ou moins parce que pour l'instant je suis en formation jusqu'au ***** et après ça débouche sur un CDI mais je serai forcément amené à revoir le médecin du travail lors de l'embauche. Donc voilà, je pense qu'il y aura à ce moment-là de nouveau des échanges entre eux. Donc on verra à ce moment-là.

Moi : Pensez-vous que la relation entre les différents professionnels au sein des maisons de santé puisse améliorer votre prise en charge ?

T : Je trouve qu'ils sont faciles, ils sont simples.

Moi : Au niveau du secret médical entre l'assistante sociale et le médecin ?

T : Bah oui je trouve qu'ils protègent bien le secret médical. Il n'y a pas de diffusion c'est correct.

Moi : Que le médecin et l'assistante sociale puissent communiquer des données vous concernant qu'en pensez-vous ?

T : Ça ne me pose pas de soucis puisque de toute façon si je vais la voir je vais forcément lui donner des infos par rapport à de questions que je me pose pour avoir des réponses. Donc voilà après ça ne me gêne pas que le médecin lui parle de mon dossier après s'ils travaillent ensemble ils ont plutôt intérêt.

Moi : Hmm, hmm.

T : Qu'ils aient tous les deux les mêmes infos et qu'ils puissent gérer à leur manière leur partie à tous les deux.

Moi : Hmm, hmm. D'accord donc je résume : une bonne solution pour des problèmes administratifs et financiers et pas forcément de point à améliorer pour vous c'est bien ça ?

T : Oui voilà !

Moi : Des remarques ? Des questions ?

T : Non non c'est tout bon !

Entretien N°8 :

Au téléphone.

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T : Mon médecin traitant, mon médecin généraliste.

Moi : D'accord. C'est arrivé comment dans la conversation ?

T : Bah c'est lui qui m'a dit qu'il y avait une assistante sociale de la CARSAT au sein du cabinet. Et comme j'ai un problème avec mes caisses de retraite euh ... il m'a dit de la contacter. Ce que j'ai fait.

Moi : Donc vous avez posé une question sur vos caisses de retraite ?

T : Euh ... je cherchais une raison pour laquelle j'étais tombée malade. Entre autres on m'avait parlé de choc émotionnel et comme je relie ce choc que j'ai eu à mon problème de retraite puisque les signes apparaissent à partir du problème. Euh ... J'ai pensé que c'était dû à ça et comme je voulais des éclaircissements quant au fonctionnement de ces caisses de retraite. J'ai accepté de la rencontrer.

Moi : D'accord. Donc il n'avait pas de réponse à votre question ...

T : ... Ahhh non non non d'ailleurs lui il s'était trompé (rires) parce qu'elle, elle ne peut rien faire dans le cadre ce problème-là. Elle ne s'occupe que des prolongements d'arrêt maladie ou des trucs comme ça. Ça ne me concerne pas du tout.

Moi : **D'accord donc la différence entre l'assistante sociale de la maison de santé que vous avez rencontrée par rapport à celle de l'extérieur c'est vraiment le champ d'action ? C'est bien ça ?**

T : Oui oui.

Moi : Et vous en avez rencontré d'autres à l'extérieur ?

T : Non pas du tout pas du tout. Car je me suis directement adressé au défenseur des droits.

Moi : Hmm, hmm.

T : C'est lui qui traite mon problème actuellement. Et j'ai donc fait intervenir une assistante sociale.

Moi : Okay. **Au niveau de l'assistante sociale dans les maisons de santé, est ce qu'il y a autre chose que les prolongations d'arrêts de travail pour lequel elle pourrait intervenir ?**

T : Non pas du tout, pas du tout.

Moi : **Pour vous à quel niveau le social intervient sur votre santé ?**

T : Très peu, très très peu. (Silence quelques secondes)

Moi : Le problème de caisse de retraite n'avait pas d'interaction sur vos problèmes de santé ?

T : Je pense qu'il y en a intimement hein ... (silence) mais comme en France la psychologie c'est le parent pauvre de la médecine. Je pense que ce n'a aucune écoute mais moi je veux savoir le sens de ce qui se passe là.

Moi : Vous cherchez des réponses à vos questions ?

T : Oui voilà.

Moi : **Alors du coup si l'assistante sociale aurait pu répondre à vos attentes, qu'est-ce que vous attendiez au niveau de cet échange ?**

T : Je pensais qu'elle pouvait peut-être m'indiquer les personnes auxquelles je pouvais m'adresser. Outre le défenseur des droits. Mais en fait on a bien conclu toutes les deux qu'ayant fait appel au défenseur des droits c'était cette démarche-là qui primait sur toutes les autres.

Moi : Vous recherchez une réorientation vers les bonnes personnes ?

T : Oui voilà. En fait je cherche toutes les personnes qui sont concernées par ce type de problème. Qui peuvent éventuellement répondre à mes problèmes puisque les caisses de retraite ne semblent pas s'y intéresser.

Moi : **Que pensez-vous de la mise en place d'une assistante sociale au sein des maisons de santé ?**

T : Très très bien. Moi je trouve ça très très bien. Par contre je pense qu'il faut bien définir leur rôle et que les médecins traitants soient bien avertis

Moi : Une bonne définition des rôles ?

T : Oui voilà du rôle des actions enfin voilà. Et puis que les médecins traitants qui proposent ce service-là soient vraiment avertis de ce qu'elles peuvent faire et dans quel domaine elles peuvent agir.

Moi : D'accord. Plus de formation des médecins généralistes ?

T : Ou d'informations voilà tout simplement. C'est vrai que l'intention était bonne franchement mais en fait elle ne connaissait pas réellement le rôle qu'elle pouvait avoir. Donc Bon. Outre le plaisir que j'ai eu de rencontrer cette personne qui était très très charmante, elle n'a rien pu faire.

Moi : Et au niveau de l'accessibilité du lieu ?

T : Moi ça ne me pose pas de problème je ne sais pas si ça en pose à d'autres personnes mais moi non.

Moi : Si on vous avait parlé d'une assistante sociale à l'extérieur ça aurait été un frein ?

T : Non. Vraiment non.

Moi : **Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer la prise en charge par l'assistante sociale ?** Hormis l'information des médecins sur son rôle bien sûr.

T : Alors à ce moment-là il faudrait que son action puisse s'étendre sur plusieurs domaines. Puisque là elle est en tant que représentante CARSAT, qu'elle puisse agir au niveau de la CARSAT mais aussi sur tous les problèmes qu'elle peut rencontrer. Qu'elle puisse avoir une action sur les caisses de retraite dans mon cas.

Moi : Hmm,hmm.

T : Ou qu'elle puisse au moins me dire même si elle m'a dit de m'adresser euh ... En fait le défenseur des droits s'adresse au directeur de la CARSAT mais qu'elle puisse me donner une liste de personnes vers qui m'adresser. Vous voyez ?

Moi : Oui.

T : Un genre de guide (rires) de mode d'emploi.

Moi : De mode d'emploi de l'administration ?

(Rires)

Moi 2 : D'autres choses ?

T : Non je ne sais pas. C'est vrai que ces problèmes administratifs, c'est un vrai labyrinthe. Pour tirer le fil de la pelote, je vous assure ça fait un an que ça dure. Et ça fait d'ailleurs un an que je suis malade. Je ne sais pas du tout comment il faut procéder. Parce que je n'ai pas d'interlocuteur en fait. Là vous voyez le pire de la chose, c'est que je viens de recevoir le deuxième courrier d'un questionnaire qualité qui est envoyé par la CARSAT pour les gens qui ont rencontré des problèmes pour les retraites donc je trouve que c'est vraiment le summum de la perversité parce que comme mon problème n'est pas réglé et je ne vois pas comment il va se régler, m'envoyer deux questionnaires sur la qualité, je trouve ça un peu fort quand même.

Moi : Alors que vous avez rencontré l'assistante sociale de la CARSAT, enfin de retraite en tout cas ? Alors qu'elle ne pouvait pas vous aider.

T : Oui c'est vraiment dommage. Mais elle était vraiment charmante. Vraiment. Ce n'était pas de son ressort. J'ai eu une écoute attentive. J'ai vraiment apprécié l'entretien. C'est peut-être juste ça qu'il faut, des gens qui écoutent.

Moi : L'écoute c'est très important pour vous ?

T : Oui vraiment. Parce qu'en fait les problèmes c'est nous qui les gérons. Quand on a au moins un trajet à suivre c'est bien mais on finit par en trouver un. On s'adresse un peu à tout le monde. On frappe à toutes les portes. Mais l'écoute on n'en a nulle part. Et puis l'implication des interlocuteurs non plus.

Moi : D'accord. Est-ce que vous avez revu votre médecin traitant pour savoir s'ils avaient pu communiquer entre eux ?

T : Apparemment ils en ont parlé puisqu'elle lui a dit qu'elle ne pouvait rien faire. Ce que je lui ai confirmé (rires) Donc ils ont dû discuter.

Moi : Donc il y a eu information du médecin comme on a parlé tout à l'heure ?

T : Oui c'est bien.

Moi : D'accord. D'autres choses à ajouter ?

T : Non rien.

Entretien N°9 :

Par téléphone,

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T (accent franc comtois fortement prononcé) : Euh... C'est mon médecin.

Moi : Votre médecin traitant ?

T : Oui mon médecin traitant.

Moi : Comment est-ce que c'est arrivé dans la conversation ?

T : Comme moi je suis en arrêt de travail, tout ça, bah elle m'a dit que fallait voir une assistante sociale. Qu'il y en avait une au cabinet. Alors moi j'ai dit pourquoi pas et puis voilà. C'en ai parti là quoi.

Moi : D'accord c'était pour quelle raison ?

T : Bah euh pour trouver des réponses quoi.

Moi : D'accord elle vous a aidé sur quel sujet ?

T : Plus de l'orientation quoi. Où est ce qu'il fallait aller. Après elle m'a dirigé vers une autre assistante sociale que j'ai déjà vue deux fois. Donc elle fait le complément elle me donne plus de détails. Euh ... voilà, des choses à faire quoi.

Moi : D'accord donc vous avez vu une assistante sociale de secteur, de l'extérieur ?

T : Non non celle que j'ai vu là c'était l'assistante sociale de la sécurité sociale.

Moi : **D'accord donc pour vous il y avait une différence entre les deux ?**

T : Oui bah voilà celle que j'ai vu elle est plus dans les papiers voilà quoi. Plus dans ce qu'il faut faire.

Moi : Plus dans l'administratif ?

T : Oui plus dans l'administratif quoi.

Moi : Donc elle a pu vous aider à remplir des documents c'est bien ça ?

T : Oui pis là-dessus je trouve que c'est intéressant parce que on ne sait pas toujours tout comme il faut remplir les dossiers tout ça. Euh ... comme là fallait que je fasse un dossier MDPH donc bon elle m'a aidé. Elle m'a dit faut faire comme ça et tout. Je trouve que c'est bien quoi.

Moi : Hmm, hmm. **A votre avis, sur quel problème l'assistante sociale peut-elle aider les personnes ?** On en a déjà un peu parlé comme de remplir des documents.

T : Bah euh ... pour l'instant non. Euh ... c'est déjà pas mal. Disons qu'on va faire les choses petit à petit vu comme ça va évoluer. Mais bon l'assistante sociale que j'ai vue elle m'a dit que si j'ai besoin de quelque chose je peux la recontacter, il peut y avoir un suivi quoi.

Moi : Elle vous a laissé ses coordonnées ?

T : Oui elle m'avait déjà envoyé un courrier après le premier coup qu'elle m'avait donné rendez-vous.

Moi : **Pour vous à quel niveau le social intervient sur votre santé ?**

T : Bah euh moi c'est surtout au niveau finances comme je ne savais pas comment ça allait se passer parce que ça fait quand même depuis mi-janvier que je suis en arrêt et je risque d'être encore prolongé un petit peu donc bon. C'était plutôt au niveau financement ce que je pourrais avoir quoi.

Moi : Des questions financières ?

T : Oui plus là-dessus quoi.

Moi : **Quels sont vos principales attentes lors de vos échanges avec l'assistante sociale ?**

T : Euh ... bah euh ... ça dépend ce qu'on a à lui poser quoi. Pour l'instant on a fait le dossier quoi on attend. Elle m'a dit après on peut se contacter pour d'autres questions d'autres choses.

Moi : Avoir un interlocuteur pour vos questions ?

T : Oui voilà voilà.

Moi : **Qu'est-ce que vous pensez de la mise en place des assistantes sociales au sein des maisons de santé ?**

T : Moi je trouve que c'est bien pratique on est quitte de se déplacer.

Moi : Hmm, hmm. C'est proche de chez vous ?

T : Oui et on connaît le lieu et comme moi avec ce que j'ai, je ne peux pas trop conduire alors je trouve que c'est bien pratique parce que ça ne fait pas trop loin. C'est facile quoi.

Moi : Vous seriez allé à la sécurité sociale ?

T : Non ça aurait été impossible quoi. Ou beaucoup plus compliqué disons quoi.

Moi : Et au niveau du rendez-vous ? Des horaires ?

T : Ça été fait rapidement. J'ai eu mon premier rendez-vous puis les rendez-vous derrière ont suivi direct. Là si je veux la voir elle me rappelle et elle me donne un rendez-vous pour la semaine prochaine. C'est vrai que c'est rapide quoi !

Moi : Hmm, hmm. **Est-ce que vous pensez qu'on puisse améliorer la prise en charge par l'assistante sociale ?**

T : Euh ... pour l'instant non. Pour l'instant je trouve que c'est déjà pas mal. Ça m'a déjà bien aidé dans mes recherches, à me dire où est ce qu'il fallait que je me dirige pour demander telle ou telle chose donc non non je trouve que pour l'instant c'est pas mal.

Moi : **elle vous a réorienté vers d'autres professionnels ?**

T : Non plutôt au niveau de mon employeur, où est ce qu'il fallait que je demande et tout.

Moi : Vers la médecine du travail ?

T : Encore pas mais il faut que j'y aille.

Moi : Pensez-vous que cette expérimentation devrait être généralisée ?

T : Oui moi je pense que ce serait intéressant pour les gens parce que je trouve qu'on a un bon suivi quoi. Quand mon médecin m'a proposé ça j'ai dit oui pourquoi pas. Quand on met en place des choses comme ça il faut y aller quoi. Faut pas dire oh bah non je ne sais pas si ça va être bien et puis passer à côté de quelque chose. C'est fait pour aider les gens quoi. Elles prennent le temps de se déplacer donc faut qu'on les respecte hein. Moi je trouve que pour moi c'est efficace.

Moi : **Pensez-vous que le lien entre les différents professionnels de santé au sein de la maison de santé puisse améliorer votre prise en charge ?**

T : Je ne sais pas s'ils se sont parlés mais je sais que la première fois elle avait envoyé un compte rendu au médecin quoi. Euh ... donc elle savait ce qu'il y avait eu. Comme ça ils communiquent on sait ce qui va ce qui ne va pas. C'est pour ça que mon médecin m'a dit : je pense que pour vous ça serait bien de voir l'assistante sociale. Comme ça j'ai les médicaments mais pour le social il y a les papiers tout ça. C'est vrai que les deux choses à la fois c'est bien. Je pense que j'ai dû venir à poser une question à mon médecin et c'est là qu'elle m'a dit : on a mis en place une assistante sociale est ce que ça vous intéresse ? Moi j'ai dit oui tout de suite parce que quand on met des choses en place comme ça, il ne faut même pas hésiter faut dire oui tout de suite.

Moi : Quand on met des choses en place pour aider les gens ?

T : Oui mais c'est vrai on facilite la vie aux gens alors euh ...si on ne profite pas et pis qu'on arrête ça, et bah les gens vont dire : ah oui mais ce coup-ci faut redescendre à Besançon et bah oui ... Et bah oui fallait vous bouger avant et dire oui quand c'était en place. Non mais faut en profiter faut y aller. Moi je vois toutes les fois l'assistante sociale elle vient à baume les dames, c'est super on ne va pas loin.

Moi : Votre suivi se fait dans votre maison de santé à Baume les Dames c'est vrai que c'est pratique c'est bien ça ?

T : Oui oui c'est plus pratique parce que s'il fallait que je descende à Besançon ça poserait peut-être un petit peu plus de problème quoi.

Moi : D'autres remarques ?

T : Non.

Entretien N° 10 :

Entretien en face à face à domicile

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T : Alors, c'est mon médecin traitant, le Dr *****.

Moi : D'accord, comment est-ce que c'est arrivé dans la conversation ?

T : Euh ... puisque je suis reconnue en maladie professionnelle au niveau de mon épaule ... euh ... je suis en reconversion professionnelle, donc il a voulu que je me renseigne auprès de l'assistante sociale, justement pour m'aider à répondre à mes questions.

Moi : Hmm, hmm. Des questions que vous vous posiez dans quel domaine ?

T : Sur la maladie professionnelle, sur la CPAM, comment ça va se passer, mes droits, au niveau de mes indemnités, c'était toutes ces questions-là que je me posais.

Moi : D'accord. Pour des questions financières sur l'avenir c'est bien ça ?

T : Oui c'est ça !

Moi : Et pour la maladie professionnelle et les droits avez-vous eu besoin de son aide pour des documents à remplir ?

T : Oui oui oui les documents à remplir MDPH pour qu'on puisse financer des formations par la suite, c'était ça le plus important pour moi.

Moi : Donc de l'aide pour remplir des documents pour vous réorienter dans des formations c'est bien ça ?

T : Oui voilà, c'est ça.

Moi : D'accord. **Pour vous quelle est la différence entre une assistante sociale que vous pourriez rencontrer à l'extérieur et une assistante sociale au sein de votre maison de santé ?**

T : Oh je pense que c'est déjà plus facile ! (Ton exclamatif) Facile d'accès, ... et puis, comment dire ... (cherche ses mots) c'est différent. On est peut-être plus à l'aise. Je me suis sentie plus à l'aise du fait d'être dans la maison de santé.

Moi : Donc pour vous, si je résume, c'était plus facile d'aller à la maison de santé car ça avait un lien avec votre santé ?

T : Oui voilà c'est ça. Et je me sentais plus à l'aise de ce côté-là.

Moi : Donc plus pratique au niveau du lieu que vous connaissiez et plus à l'aise ?

T : Oui

Moi : D'accord. **A votre avis, sur quel problème l'assistante sociale que vous avez rencontrée peut-elle aider les gens ?**

T : Sur tous les petits problèmes euh administratifs, au niveau de la CPAM et pis euh au niveau de ... bah ... (pause quelques secondes). On culpabilise d'être en arrêt maladie donc elle apporte quelque chose : un soutien moral. Administratif et moral... (Pause quelques secondes) aux malades.

Moi : Hmm, Hmm une écoute ?

T : Oui. Une écoute, une bonne oreille, euh ..., des bons conseils, et puis moralement ça aide beaucoup.

Moi : Hmm, hmm. C'est une forme de point d'ancrage ? (Silence quelques secondes) votre médecin s'occupe de votre santé et l'assistante sociale de son domaine c'est bien ça ?

T : Oui voilà c'est ça. On se sent rassuré.

Moi : Hmm, hmm. Elle vous a donné une carte de visite pour la recontacter si besoin ?

T : Oui, oui, oui. Elle m'a dit qu'il ne fallait pas que j'hésite. Pour des questions administratives, ou si j'avais besoin de parler par rapport au positionnement de ma maladie avec mon entourage. Bref il ne faut pas que j'hésite à la contacter

Moi : Vous l'avez vu combien de fois ?

T : Je l'ai vu une seule fois mais je peux la recontacter si je veux.

Moi : D'accord. **Pour vous, à quel niveau le social intervient sur votre santé ?**

T : Euh ... (Silence quelques secondes) Comment je pourrais vous dire ça ... oh un appui, un appui sur la maladie, pas sur le diagnostic mais sur le principe de rassurer.

Moi : Un soutien c'est bien ça ?

T : Oui, un bon petit soutien psychologique.

Moi : Donc il y a le médecin et l'assistante sociale, c'est un soutien global ? Une prise en charge globale ?

T : Oui. Je pense que ça se complémente.

Moi : Là où votre médecin ne peut pas répondre à certaines de vos attentes, l'assistante sociale prend le relais c'est bien ça ?

T : Oui voilà, mon médecin est arrêt de travail, médicament, tout ça et il rassure. Mais il n'a pas toujours les réponses à certaines de nos questions.

Moi : Hmm, hmm. **Que pensez-vous de la mise en place d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé ?**

T : C'est très bien ! (Ton exclamatif)

(Silence quelques secondes.)

Moi : Hmm, hmm. On a déjà parlé du lieu : c'est plus rassurant, plus accessible. Vous seriez allée à la CPAM ?

T : Non pas forcément.

Moi : Ça aurait été un frein c'est bien ça ?

T : Oui, je pense. Déjà l'environnement, (rires) ce n'est pas toujours cool la CPAM. Entre le médecin conseil et l'assistante sociale on est un peu terrorisé (rires). C'est plus rassurant que d'être dans un autre lieu, un autre endroit.

Moi : Hmm, hmm.

T : C'est en rapport avec ma santé car c'est dans ma maison médicale. C'est là où je me soigne. Il y a tous les médecins. On connaît l'endroit. C'est rassurant !

Moi : D'accord. Et au niveau de la prise de rendez-vous et des horaires ?

T : Oui une semaine après je l'avais donc idéal. C'est une bonne chose !

Moi : D'accord. **Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer la prise en charge par l'assistante sociale ?**

T : Euh (silence quelques secondes) C'est-à-dire ?

Moi : Est-ce qu'il y aurait d'autres choses à faire ou une autre manière de faire les choses ?

T : Euh pour l'instant non. Je réfléchis (silence quelques secondes). Non c'est déjà pas mal. La maison de santé est quand même dynamique, très professionnelle. On n'a pas à se plaindre au niveau de ça. Et qu'il y ait en plus une assistante sociale c'est bien.

Moi : Hmm, hmm. Et la généralisation de l'assistante sociale à d'autres maisons médicales ?

T : Je pense que c'est une bonne chose. Ça peut aider beaucoup de personnes, notamment psychologiquement. Surtout sur le versant administratif, car c'est des questions qui restent beaucoup en suspens. On ne sait pas toujours nos droits, nos euh ... C'est totalement inconnu.

Moi : D'accord. **Est-ce que l'assistante sociale vous a réorienté vers d'autres professionnels ?**

T : Oui son collègue, au cas où elle ne soit pas disponible.

Moi : D'accord. D'autres professionnels ?

T : Oui, quand avec mon médecin traitant on pensera à la consolidation, il faudra que j'aie voir la médecine du travail.

Moi : Pensez-vous que le lien entre les différents professionnels au sein de votre maison de santé puisse améliorer votre prise en charge ?

T : Euh (silence quelques secondes)

Moi : Vous pensez qu'ils communiquent entre eux ?

T : J'espère (rires). C'est comme ça qu'on avance. En communiquant et en mettant bien les choses à plat. Je pense que c'est pas mal oui.

Moi : Qu'il y ait une information ?

T : Oui et une formation : car le social ce n'est pas très claire pour les médecins et le médical pas pour les assistantes sociales.

Moi : Une prise en charge globale en conclusion ?

T : Oui c'est exactement ça !

Entretien N°11 :

Entretien par téléphone

Moi : Nous sommes deux internes à travailler en collaboration pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé auprès des patients et des différents acteurs de santé. Je vais donc vous poser quelques questions pour vous permettre d'exprimer votre ressenti de cette expérience.

Moi 2 : **Qui vous a adressé à l'assistante sociale ?**

T : C'est mon médecin traitant.

Moi : D'accord. Comment est-ce que c'est arrivé dans la conversation ?

T : Alors je suis divorcée et j'ai beaucoup de mal à joindre les fins de mois et comme j'ai deux enfants à charge à chaque fois que je suis souvent arrêtée parce que j'ai des gros problèmes de dos. Et elle voulait m'arrêter et je ne voulais pas. Et ... (Cherche ses mots) vous savez même en étant fonctionnaire maintenant on a un jour de carence.

Moi : Oui, oui.

T : Voilà. Donc elle m'avait conseillé d'aller voir une assistance sociale pour voir si on ne pouvait pas faire quelque chose euh ... (cherche ses mots) concernant mon handicap. Que je pourrais peut-être être mise en maladie longue durée.

Moi : D'accord. **Pour vous quelle est la différence entre une assistante sociale que vous pourriez rencontrer à l'extérieur et une assistante sociale au sein de votre maison de santé ?**

T : Bah disons que j'ai déjà vu l'assistante sociale du CCAS, bah disons qu'elle m'a indiqué où me diriger.

Moi : Elle vous a réorienté c'est ça que vous voulez dire ?

T : Oui voilà. Elle m'a mis en relation avec les bonnes personnes, elle m'a dit : ce que je pourrais faire, ce que mon médecin pouvait faire... Donc elle m'a beaucoup aidé de ce côté-là.

Moi : D'accord donc elle vous a aidé au niveau de l'orientation. Est ce qu'elle vous a parlé d'autres choses ?

T : Bon elle n'était pas très au courant sur les fonctionnaires, donc elle m'a donné une association à contacter. Je ne l'ai pas encore contactée puisque mon médecin a fait la demande comme elle avait dit de maladie longue durée. Et ça a été pris en compte, ça a été pris en longue maladie.

Moi : **Donc elle vous a réorienté vers le médecin ainsi que vers d'autres personnes ?**

T : Oui voilà. Exactement, elle m'a donné une adresse pour une association pour réévaluer euh ... car je suis une personne handicapée au travail. Pour voir si on pouvait changer le degré d'handicap. Et puis voilà, tout ça je ne savais pas que ça existait.

Moi : D'autres personnes vers qui elle vous a réorienté ?

T : Euh ... l'association mais je ne les ai pas encore recontactés. Elle m'avait dit qu'elle me recontacterait mais je ne sais pas si elle l'a fait ou pas. Je n'avais pas son numéro et quand je ne connais pas les numéros je ne réponds pas. Mais je n'ai pas eu de message. J'ai une adresse email que j'ai chez moi mais pour le numéro elle ne le savait plus trop. Je n'ai pas encore eu l'occasion de la recontacter pour revoir mon dossier d'handicapé.

Moi : Est-ce que vous avez des coordonnées pour recontacter l'assistante sociale ?

T : Oui J'ai son numéro de téléphone. Faudrait que j'appelle la maison de quartier, je donne le nom de mon médecin et je marque un rendez-vous.

Moi : D'accord. **Pour vous, à quel niveau le social intervient sur votre santé ?**

T : Et bah disons que euh ... voilà, moi c'était le fait que j'avais plein de questions dont je ne savais pas y répondre et elle est là pour vous dire où aller comment faire et je trouve que c'est super.

Moi : Hmm, hmm.

T : Parce que là je n'aurais jamais eu, parce que quand je suis arrêtée je n'ai plus mon jour de carence du fait d'être en maladie longue durée.

Moi : Donc aide financière, réorientation, réponses à vos questions que le médecin ou l'infirmière ne peut pas forcément vous répondre ?

T : Bah non. Le médecin il ne savait pas quel dossier envoyer donc l'assistante sociale a bien dit ce qu'il fallait faire et donc j'ai recontacté mon médecin et ça a été tout de suite pris en compte. Et moi je trouve ça génial qu'il y ait une assistante sociale qui travaille avec les médecins.

Moi : Hmm, hmm. Au niveau de l'accessibilité du lieu ?

T : Oh c'est plus agréable ! On est plus à l'aise ! Elle m'aurait dit d'aller voir mon assistante sociale de quartier je n'y serais peut-être pas allée. Celle à la sécurité sociale c'est sûr. Alors que là j'ai marqué mon rendez-vous j'ai été prise toute de suite. Les horaires c'était juste avant mon travail car je prenais à dix heures. C'était bien !

Moi : Pensez-vous que l'échange entre les différents professionnels au sein de votre maison de santé puisse améliorer votre prise en charge ?

T : Pour moi c'est que du bénéf' c'est du complémentaire ! (Cherche ses mots) je ne savais même pas que ça existait. Je trouve ça très bien.

Moi : Quelles sont vos attentes de l'échange avec l'assistante sociale ?

T : Je l'ai trouvé très à l'écoute ! Après j'avais qu'une question à poser et puis si je viens à avoir d'autres questions je la recontacterai pour la suite mais bon.

Moi : Au niveau de la durée de l'entretien ?

T : Oui c'était correct. Elle m'a bien informé et m'a bien indiqué ce qu'il fallait faire. Que je n'hésite pas à la recontacter si j'avais besoin de quoique ce soit.

Moi : Que pensez-vous de la mise en place d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé ?

T : C'est dommage qu'elle ne sache pas trop indiquer au niveau des fonctionnaires.

Moi : une formation plus élargie alors ?

T : Oui voilà.

Moi : Et la formation au niveau des médecins ?

T : Oui aussi, parce qu'au niveau social ils ne savent pas comment ça fonctionne.

Moi : Donc au moins les bases.

T : Oui pour orienter parce que ce n'est pas évident. Mais bon pour l'instant à la maison de santé je suis très bien.

Moi : Des remarques ?

T : Euh ... (silence quelques secondes) non on a fait le tour.

Table des matières

Table des matières

Liste des abréviations	25
Introduction	27
Première partie : Données de la littérature et problématiques	31
Deuxième partie : Matériels et méthodes	45
Troisième partie : Résultats.....	51
I. Description de la population.....	45
II. Description des résultats	45
A. Qui oriente ?	54
B. Le motif d'orientation :.....	54
1. Problématiques financières en lien avec la santé :	55
2. Formalités administratives :	55
3. Les problématiques en lien avec le travail :	56
4. Réorientation vers d'autres professionnels :	57
5. Solutions non sollicitées et déblocage de situation :	58
C. Différences avec une assistante sociale extérieure à la MSP :.....	59
1. Pas de différence :	59
2. Une action plus centrée sur la santé :	59
D. Assistante sociale au sein des maisons de santé :	59
1. Localisation, logistique :	60
2. Versant rassurant de la maison de santé :	60
3. Centralisation et gain de temps :	60
4. Temps d'attente, délais :	60
E. Partage d'informations entre professionnels :	61
1. Au cas par cas et partage d'informations partiel :	61
2. Partage d'informations total :	62
3. Logiciel, dossier médical partagé :.....	62
4. Communication entre travailleurs sociaux :.....	62
F. Propositions d'améliorations :	63
1. Généralisation :.....	63
2. Communication accentuée :	63
3. Suivi :.....	63
4. Durée d'entretien :	64
5. Définition et extension ou non des champs d'action :.....	64
6. Formation des professionnels :	65

Quatrième partie : Discussion	67
I. Discussion de la méthode :	69
II. Discussion des résultats :	70
A. Orientation vers l'assistante sociale :	70
B. Les champs d'action de l'assistante sociale :	73
C. Assistante sociale au sein des maisons de santé :	75
D. Partage d'informations entre professionnels :	75
E. Propositions d'amélioration :	76
Conclusion	79
Bibliographie	83
Annexes	89
Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement	91
Annexe 2 : Guide d'entretien 1	93
Annexe 3 : Guide d'entretien 2	94
Annexe 4 : Caractéristiques des patients interrogés	95
Annexe 5 : Les entretiens	96
Entretien N° 1 :	96
Entretien N° 2 :	100
Entretien N° 3 :	105
Entretien N° 4 :	109
Entretien N° 5 :	113
Entretien N° 6 :	119
Entretien N° 7 :	125
Entretien N°8 :	129
Entretien N°9 :	133
Entretien N° 10 :	137
Entretien N°11 :	141
Table des matières	145

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Présentée par : Mme Léa JEANNEROT

Née le : 13/11/1992

à : Epinal, VOSGES (88)

Et ayant pour titre :

Ressenti des patients ayant bénéficié des services d'une assistante sociale de la CPAM au sein d'une maison de santé.

Vu,

Besançon, le 06/05/2020

Le Président de jury de Thèse,



Le Professeur Pierre VANDEL

Vu et approuvé,

Besançon, le

7 mai 2020

Le Directeur de l'UFR Santé,



[Signature]
Le Professeur Thierry MOULIN

NB : le directeur de l'UFR Santé ne peut être tenu responsable des idées et propos défendus dans ce mémoire de thèse

RÉSUMÉ

JEANNEROT- Léa

Thèse soutenue le : 09/06/2020

Titre de la thèse : Ressenti des patients ayant bénéficié des services d'une assistante sociale de la CPAM au sein d'une maison de santé.

Résumé :

Introduction : Notre système de santé doit évoluer pour proposer une meilleure prise en charge globale des patients. Des assistantes sociales de Sécurité Sociale ont été mises en place dans six maisons de santé pluriprofessionnelles, dont deux en Franche Comté, afin de répondre aux problématiques médico-sociales en lien avec le travail. L'objectif de cette étude est de recueillir le ressenti des patients sur cette expérimentation.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de 11 patients ayant bénéficié des services d'une assistante sociale de Sécurité Sociale en maisons de santé franc-comtoises.

Résultats : Notre étude démontre une satisfaction globale des patients. Ils sont orientés uniquement par un médecin, souvent leur médecin traitant. Ils rencontrent l'assistance sociale pour des motifs : financiers, administratifs, de problématique directement en lien avec le travail et de réorientations vers d'autres professionnels. Les patients estiment avoir reçu une écoute active ainsi qu'un soutien moral lors de l'entretien. L'assistance sociale en maison de santé est considérée comme plus centrée sur la santé, permettant ainsi une amélioration de nombreux aspects : logistique, gain de temps et réassurance des patients. Le partage d'informations entre professionnels ainsi que les modalités diffèrent sensiblement d'un patient à l'autre. La question des nouvelles technologies telles que le dossier médical partagé ou la place des logiciels est abordée à de nombreuses reprises. Selon les patients, certains points méritent d'être optimisés : amélioration de la communication, standardisation du suivi, définition et extension des champs d'action et formation des professionnels.

Conclusion : L'intégration d'assistante sociale de Sécurité Sociale au sein de maison de santé est perçue par les patients comme une amélioration de leurs prises en charge globales. Des optimisations semblent nécessaires : formations des professionnels, développement des outils, accentuation de la communication, prise en charge de l'ensemble des régimes sociaux ou encore élargissement des champs d'action. La réalisation d'une étude quantitative de plus grande puissance ainsi que l'évaluation de la faisabilité financière et organisationnelle sont nécessaires pour poursuivre nos investigations.

Mots clés : Soins primaires, Médecine générale, Maison de santé pluriprofessionnelle, satisfaction de patients, qualité des soins, travailleur social

