

ANNEE 2020 - N° 20 – 039

*Ressenti des professionnels de santé de la collaboration avec un assistant de service social
au sein de deux maisons de santé pluriprofessionnelles de Franche-Comté*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

Le **9 juin 2020** à 14h

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Marion - SIMONIN

Née le 08/02/1991 à Montbéliard, Doubs (25)

La composition du jury est la suivante :

Président : Monsieur le Professeur Pierre VANDEL, Professeur des Universités -
Praticien Hospitalier .

Directeur de la thèse : Monsieur le Docteur Pierre DE VESVROTTE, Docteur en
Médecine

Juges :

- . Monsieur le Docteur Patrick VUATTOUX, Docteur en Médecine
- . Monsieur le Docteur Benoit DINET, Maître de conférences
- . Madame le Docteur Anne-Lise TREMEAU, Maître de Conférences

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	HAFFEN	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	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

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	Aurélie	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

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

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger notre travail. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail et de l'enseignement que vous apportez dans notre parcours de médecin généraliste.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Madame le Maitre de Conférences Anne-Lise Tremeau,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail. Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail et pour l'accompagnement au cours de notre formation d'interne.

Je vous prie de croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Maitre de Conférences Benoît Dinet,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger à notre jury de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre thèse et de vos riches enseignements au cours de notre internat de médecine générale.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Docteur Patrick Vuattoux,

Vous avez accepté d'être le directeur de thèse de la première partie de ce travail, et vous nous faites l'honneur d'accepter de juger cette double thèse. Veuillez accepter mes remerciements pour cet accompagnement et ces bons conseils tout au long de ce travail.

Je vous prie de croire en l'expression de ma profonde gratitude.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Pierre De Vesvrottes,

Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail de thèse. Je souhaite vous remercier vivement pour l'encadrement de ce travail et les échanges constructifs qui m'ont permis je l'espère de produire un travail de qualité. Je vous prie de trouver en ces lignes mon infinie reconnaissance.

Aux professionnels de santé des maisons médicales Saint Claude à Besançon et La Prairie à Baume Les Dames, vous m'avez fait l'honneur de répondre à mes questionnaires et permis d'enrichir ce travail. Veuillez croire en l'expression de mes sincères remerciements.

Au directeur de la CARSAT de la région Bourgogne Franche Comté et tous ceux qui ont permis de créer ce projet ; et particulièrement aux assistantes sociales de la CARSAT, au centre de ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A mes maitres de stage :

A l'équipe de gériatrie du CHU de Besançon, et plus particulièrement Claire et Thomas.

A l'équipe des urgences de Trévenans, et ces jeudis au restaurant chinois.

A l'équipe de gynécologie obstétrique, l'équipe de pédiatrie et les urgences du CH de Pontarlier, Cécile, Justine, Laura.

A l'équipe du SSR des Tilleroyes, et notamment à toi Adelina.

A l'équipe de PMI du Doubs,

A ma tutrice et maitre de stage, Docteur Céline Ponçot, qui m'a coaché jusqu'à la dernière minute et m'a toujours fait confiance.

A Docteur Thierry Montes et aux Docteurs Céline Quenaud, Thomas Guerre, Patrick Couillard et Alain Millet qui m'ont beaucoup appris aux cours de ces derniers mois d'internat et m'ont permis de me sentir prête pour entrer dans la cour des grands.

Vous avez fait beaucoup dans mon apprentissage et ma formation de médecin généraliste. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

A mes collègues et mes amis :

A toi Léa, ma co interne, co thésarde et amie depuis le début cet internat, merci de m'avoir embarqué dans cette thèse et motivé ces deux dernières années pour aller au bout de ce travail. Partager cette expérience avec toi a été un plaisir.

A mes amis et co-internes Thomas et Valérie avec qui nos échanges sur nos pratiques qu'elles soient de médecine ou de cuisine sont toujours très enrichissantes.

A ma famille, qui ne pourra malheureusement pas être présente en ce jour si important.

A ma fille Hanna, tu me comble de bonheur depuis cette dernière année, tu étais là avec moi pour toute la rédaction de ce travail. Merci de tout cet amour que tu m'apporte.

A mon conjoint, Hadrien, qui me soutient depuis si longtemps et qui m'écoute râler quand je suis fatiguée ou stressée. Merci pour ton amour, ta patience et ton soutien.

A mes parents. Vous qui avez fait mon éducation et toujours encouragée dans cette voie. Merci Papa pour ce soutien dans cette aventure. Sans toi ces études n'auraient pas été possibles et je ne serais pas le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma grande sœur, Cha, qui a toujours été présente, tu me connais par cœur. Merci pour ton soutien, ces weekends et lendemains de garde passés chez vous, ces bons petits plats et ces gâteaux. Merci, avec Florent, de m'avoir offert deux merveilleux neveux, Mélina et Timéo et à bébé 3 qui sera bientôt avec nous pour partager tout ça. Vous m'offrez tellement d'amour.

A mon petit frère, Alex, toujours une oreille à l'écoute et présent quand on a besoin de toi. Merci pour l'exemple de calme et de gentillesse que tu es. Merci, avec Fanny de m'apporter tout ce soutien depuis tant d'années.

A Tatie et Tonton Gilles, qui sont dans l'aventure depuis le début. Tonton, tu m'as toujours appelé Docteur depuis ma première année de médecine. Merci d'avoir cru en moi.

A mes grands-parents, qui sont malheureusement parti trop tôt. Mamie Georgette, j'aurai tellement voulu que tu me vois en arriver là et que tu puisses serrer Hanna dans tes bras.

A mes beaux-parents, Catherine et Jean Claude qui ont toujours cru en moi depuis le début et apporté leur soutien.

A Inès, ma meilleure amie, merci pour ces années passées à Besançon, tu me manque tellement depuis que tu es à l'autre bout du pays. Nous avons tellement partagé ensemble, même les bancs de la fac de médecine pendant quelques jours. Merci de ton amitié.

A toute ma grande famille, mes tontons, mes tatas, cousins, cousines, petits cousins et petites cousines et tous mes amis.

A tous, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, vous avez tous contribué au médecin que je suis aujourd'hui et au docteur que je serai demain.

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

Liste des Abréviations.....	17
Introduction.....	19
Première partie : Données de la littérature et problématiques	21
1. Le concept de santé :.....	21
1.1. Définition :.....	21
1.2. Les déterminants de la santé :.....	21
2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) :	233
2.1. Définitions :	23
2.2. Pluriprofessionnalité :	24
2.3. Etat des lieux :	25
3. Les travailleurs sociaux :.....	26
3.1. Définition :.....	26
3.2. Champs d'action du travailleur social :	27
3.3. Assistant social de la CPAM :.....	29
4. Etat des lieux du travail social en soins primaires : que ce passe-t-il en France et à l'étranger ? 30	
4.1. A l'échelle nationale :	30
4.2. A l'échelle internationale :	31
5. Nouvelles perspectives :.....	32
6. Nos objectifs :.....	33
2 ^{ème} Partie : Matériel et Méthode	35
1. Choix de la méthode.....	35
2. Constitution de l'échantillon	35
3. Guide d'entretien (Annexe 1).....	36
4. Cadre légal des entretiens.....	36
5. Réalisation des entretiens et retranscription (32)	37
6. Analyse des données	37
3 ^{ème} partie : résultats	39
1. Besoins des professionnels en termes d'aides sociales	39
2. Méthode d'adressage pour l'expérimentation	42
3. Avantages pour les patients selon les professionnels.....	46

4.	Amélioration de la prise en charge des patients.....	47
5.	Bénéfices dans la pratique professionnelle.....	49
6.	Communication interprofessionnelle.....	54
7.	Points négatifs de l'expérimentation	58
8.	Modifications à apporter.....	61
4 ^{ème}	partie : Discussion.....	65
1.	Discussion de la méthode.....	65
1.1.	Biais de recrutement	65
1.2.	Biais de l'interviewer et biais d'analyse	66
1.3.	Biais lié à la précocité de l'étude	66
2.	Discussions des résultats.....	66
2.1.	Concernant l'orientation vers les ASS	66
2.2.	Champs d'actions des travailleurs sociaux.....	68
2.3.	Personnes cibles : le régime général uniquement ?.....	70
2.4.	Lien entre la problématique sociale et la santé	70
2.5.	Collaboration interprofessionnelle.....	73
2.6.	Secret professionnel.....	74
2.7.	Pistes de réflexion	75
	Conclusion	79
	Annexes	81
	Annexe 1 : Guide d'entretien	81
	Annexe 2 : caractéristiques des professionnels interrogés.....	83
	Annexe 3 : Les entretiens	84
	Annexe 4 : score EPICES	128
	Annexe 5 : Score EPICES simplifié	129
	Bibliographie.....	130
	Table des matières	135

Liste des Abréviations

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ALS : Allocation de logement Sociale

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ASS : Assistante de Service Social

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : **Auxiliaire de Vie Sociale**

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

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

CES : Centres d'Examen de Santé

CESF : Conseillers en Economie Sociale et Familiale

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation

CLSC : Centres Locaux de Services Communautaires

CMS : Centre Médico Social

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

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

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNMSS : Caisse nationale militaire de sécurité sociale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRMP : comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

EDF : Electricité de France

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

GDF : Gaz De France

GMF : Garantie Mutuelle des Fonctionnaires

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MOAIJ : Module d'Orientation Approfondie pour personnes en Indemnités Journalières

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMF : Partenariats Médico-Financiers

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : prime pour l'emploi

RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens

RESS : Régime Etudiant de Sécurité Sociale

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

SNCF : Société Nationale des Chemins de fer Français

TISF : Technicienne d'intervention sociale et familiale

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 (OMS). (2)

Par conséquent, nous devons aider les patients sur plusieurs aspects et cela 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 de Bourgogne Franche Comté et leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ont initié une expérimentation, celle-ci consistant en la mise en place d'assistantes de service sociale (ASS) de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) dans des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). En tant qu'apprentis médecins, nous 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

1. Le concept de santé :

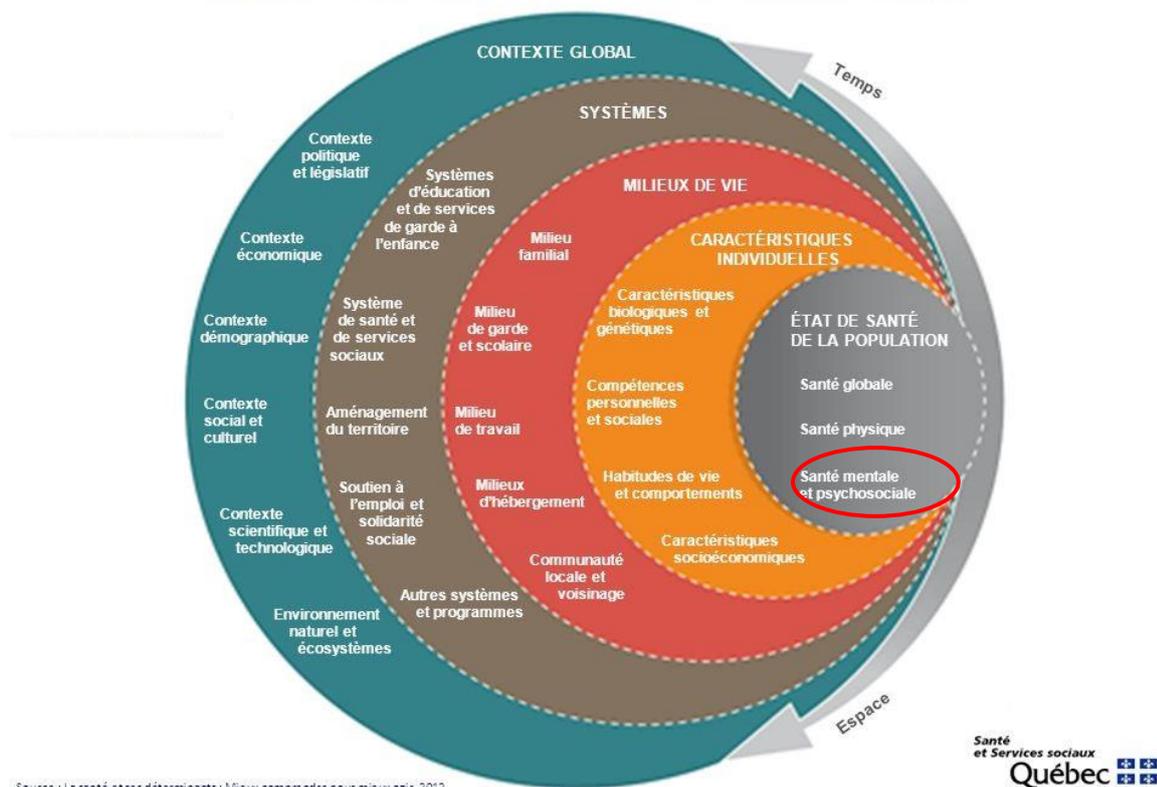
1.1. Définition :

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**. (3)

Carte de la santé et de ses déterminants



Ce graphique montre ainsi les quatre champs principaux de déterminants de la santé :

- 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 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 différent 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 par exemple.

- Le troisième champ concerne 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 de 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...

- Et puis 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 que sont les pratiques religieuses
 - 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 et 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 part 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.

2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) :

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).

D'après la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), 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) stipule 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)

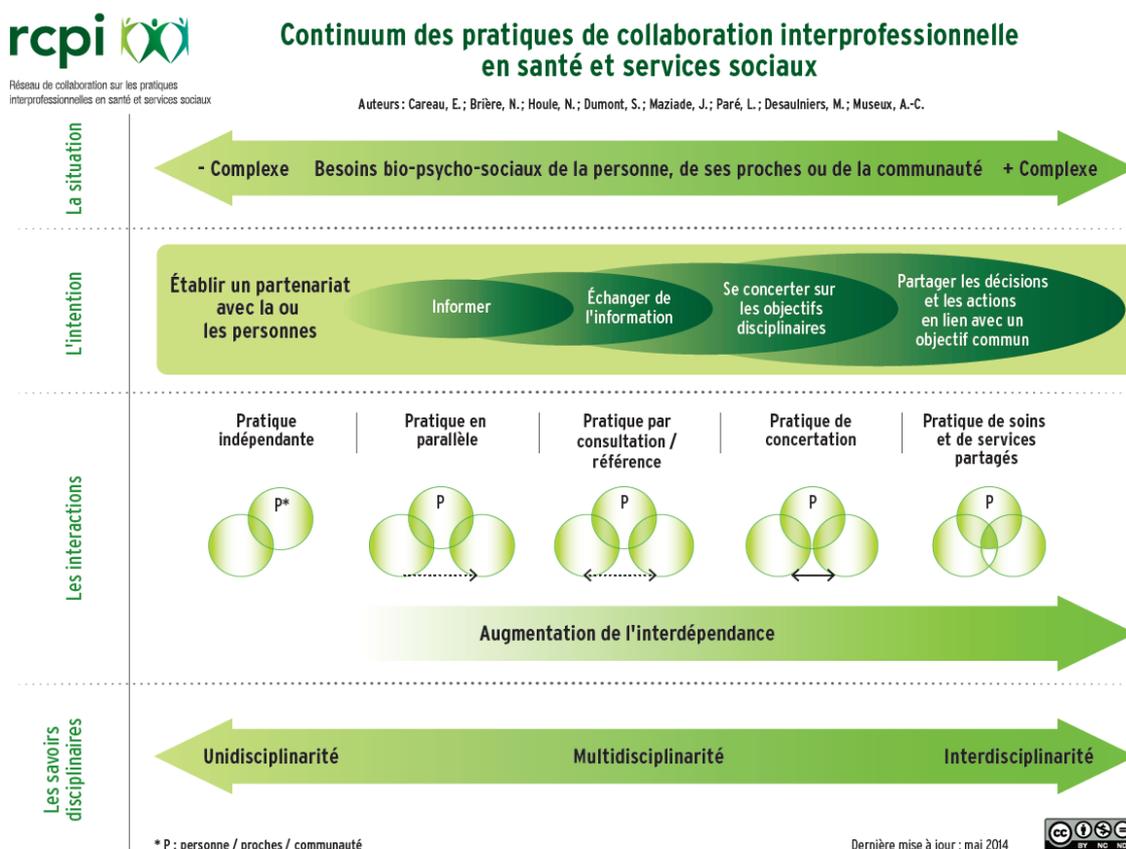
Face à l'intervention de plusieurs secteurs dans l'amélioration de la santé du patient, le concept de pluriprofessionnalité est né. Il consiste à faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes. Il utilise la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer 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 l'exercice 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, elles se heurtent 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.

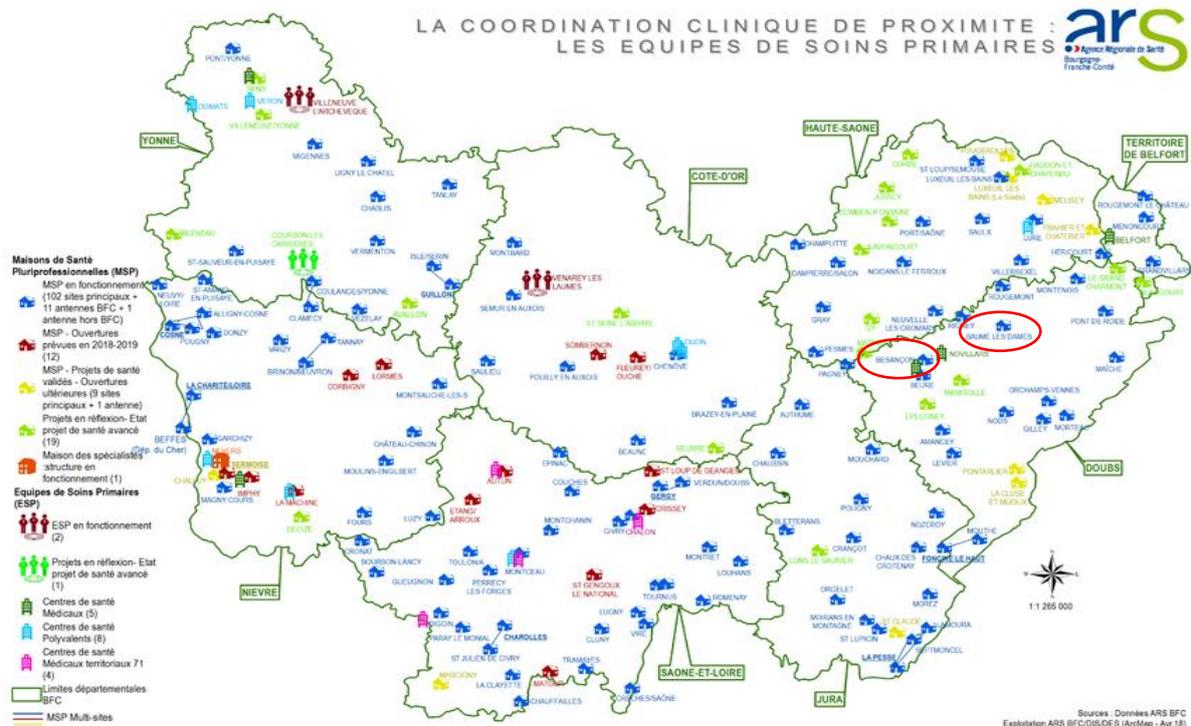


Ce schéma illustre le lien entre la complexité d'une situation et le besoin d'interaction pour une meilleure prise en charge. Autrement dit, une situation simple peut se résoudre seul mais plus la situation est complexe, plus nous aurons besoin d'autres compétences. Et pour rendre efficaces les compétences de chacun pour une même situation les interactions sont nécessaires.

2.3. Etat des lieux :

Si l'Observatoire des maisons de santé faisait état de 240 Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) en fonctionnement en mars 2013, il en dénombre 616 en fonctionnement et 407 en projet en mars 2015. (11,12)

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



Cette carte ressece les MSP sur le territoire Bourgogne Franche-Comté en 2018, notre étude concerne les MSP de Baume-Les-Dames et Besançon entourées d'un cercle rouge sur cette carte.

3. 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 ou assistant de service social (ASS) 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 sur le terme d'inégalité d'accès aux soins. Actuellement, la France effectue un chemin inverse pour réarticuler ses deux champs. On le rencontre au sein des hôpitaux, des Centres médico-sociaux ou des caisses d'assurance maladie, mais cette association n'est encore qu'à l'état embryonnaire en ambulatoire.

Les assistants de service social 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 de service social :

- **L'assistant social polyvalent de secteur** est à disposition de toute la population pour tous types 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 (CESF), 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 tous types de difficultés sociales, à une catégorie de population spécifique : les ressortissants d'un régime spécial (SNCF, EDF, Mutualité sociale agricole...).

- **L'assistant social spécialisé** intervient pour des difficultés sociales spécifiques à 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).

Le tableau suivant reprend les différentes spécialités d'assistant de service social.

1 socle commun (70% du diplôme)	3 spécialités possibles (30% du diplôme)	Principaux lieux d'interventions
<p>Socle métier A.E.S</p> <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 	<p>Spécialité : Accompagnement de la vie à domicile</p> <p>Contribuer à la qualité de vie de la personne, au développement ou au maintien de ses capacités à vivre à son domicile</p>	<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) - ...
	<p>Spécialité : Accompagnement de la vie en structure collective</p> <p>Contribuer au soutien des relations interpersonnelles et de la qualité de vie de la personne dans une structure de vie collective</p>	<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) - ...
	<p>Spécialité : Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire</p> <p>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</p>	<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 (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail). 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 : Module d'Orientation Approfondie pour personnes en Indemnités Journalières), ou la préservation de l'autonomie des malades et le soutien de leur entourage (groupe d'aide aux malades et leurs aidants).

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

4.1. A l'échelle nationale :

Fin 2017, 4,22 millions de personnes sont allocataires de l'un des dix minima sociaux en vigueur en France, un chiffre stable par rapport à 2016. Avec les conjoints et les personnes à charge, 11 % de la population est couverte par les minima sociaux. (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 Revenu de solidarité Active (RSA) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), mais c'est le cas d'une personne sur trois seulement pour la prime pour l'emploi (PPE) et d'une personne sur dix pour l'Aide complémentaire santé (ACS). (19).

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

L'auteur concluait que le renforcement de l'accompagnement psychosocial et administratif devait se traduire par une meilleure articulation entre le social et le 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 territoriaux.

En effet une autre étude réalisée en Meurthe et Moselle en 2015 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'horaire 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 datant de 2014 affirmait que l'acteur le plus en relation avec les professionnels du travail social est le personnel de santé. (22)

Une thèse de 2009 effectuée sur les maisons de santé en Franche-Comté a permis de déterminer les autres professionnels et services dont aimeraient 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 gérontologiques 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 (6), 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 (CLSC). 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 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)

5. Nouvelles perspectives :

En France, le secteur sanitaire travaille en collaboration avec le secteur social dans les situations particulières (réseau PMI, maisons médico-sociales, réseaux gérontologiques, etc.) mais cette collaboration est très peu développée dans 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 Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (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.

6. Nos objectifs :

Les deux objectifs de notre travail étaient :

- D'une part l'évaluation du ressenti des patients ayant bénéficiés des services d'une assistante sociale de la CPAM au sein d'une maison de santé pluriprofessionnel.
- D'autre part l'évaluation du ressenti des professionnels de santé de la collaboration avec une assistante sociale de la CPAM au sein de maisons de santé.

2^{ème} Partie : Matériel et Méthode

1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur l'analyse d'entretiens individuels semi dirigés des différents professionnels de santé travaillant en maison de santé pluriprofessionnel.

La méthode qualitative se développe de plus en plus dans la recherche médicale et est particulièrement adaptée dans l'exploration des soins primaires ou les facteurs observés sont subjectifs et donc difficilement mesurables. (29)

Le principe consiste en la réalisation d'entretiens semi dirigés avec des questions ouvertes permettant à l'interviewé de s'exprimer librement et ainsi explorer les émotions, les sentiments, les représentations, et leur expériences personnels. Elle permet une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

L'analyse de ses données verbales permet grâce à une démarche interprétative de générer des thématiques, des concepts concernant le sujet étudié. (30)

J'ai donc choisi cette méthode qui me paraissait la plus adaptée pour explorer les ressentis des différentes personnes interrogées concernant une nouvelle organisation dans la prise en charge sociale des patients au sein de maisons de santé.

Nous avons réalisé une thèse collective à deux thésards pour permettre une mise en commun de résultats qui se complètent mais concernent deux échantillons différents.

2. Constitution de l'échantillon

L'expérimentation concernait deux maisons de santé précises : la maison de santé Saint Claude à Besançon composée de 11 médecins généralistes, 6 infirmier(ère)s dont 3 membres de l'association ASALEE, un éducateur médico sportif, un masseur-kinésithérapeute, un psychologue, un enseignant d'activités physiques adaptées, un orthoptiste, une sage-femme et 4 secrétaires ; et la maison de santé La Prairie à Baume les Dames composée de 8 médecins généralistes, un médecin angiologue, 5 infirmier(ère)s, 3 masseurs-kinésithérapeutes, une diététicienne, une orthophoniste, 2 pédicures-podologues, une psychologue, deux sage femmes, une coordinatrice et 7 secrétaires.

Critères d'inclusion : Être un professionnel de santé travaillant dans une des deux maisons de santé bénéficiant de l'expérimentation.

Critère d'exclusion : Professionnel de santé encadrant ce travail de thèse (pour la partie qui concerne les professionnels de santé ou pour la partie patients).

La taille de l'échantillon n'a pas été défini à l'avance, j'ai inclus des sujets jusqu'à saturation des données recueillies c'est-à-dire jusqu'à ce que tout nouvel entretien n'apporte plus de nouvelle donnée.

La méthode d'inclusion des sujets s'est faite en deux temps :

Dans un premier temps nous avons rencontré les différents professionnels de santé au cours de réunions organisées dans le cadre de l'expérimentation afin de leurs présenter notre sujet de thèse.

Puis dans un second temps, j'ai contacté les différentes maisons de santé pour prendre des rendez-vous avec les professionnels acceptant de réaliser un entretien semi dirigé.

3. Guide d'entretien (Annexe 1)

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 parfois de saisir les réponses au fur et à mesure de l'entretien.

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

Le guide a d'abord été construit en fonction des différentes problématiques pouvant être retrouvées dans la bibliographie pour répondre au mieux à notre problématique. Puis il a été remanié par la mise en situation de différentes personnes de mon entourage ainsi que de ma collègue.

Il a évolué au fur et à mesure des différents entretiens non pas sur le fond mais sur la façon de formuler les questions et relances en fonction de l'interlocuteur afin d'avoir les réponses au sujet nous intéressant ici.

4. Cadre légal des entretiens

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord oral des professionnels de santé. 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 détruit.

L'accord de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'a pas été demandé. (31)

5. Réalisation des entretiens et retranscription (32)

Les entretiens ont été réalisés en face à face dans la MSP ou travaillent les professionnels de santé.

Ils ont été dirigés par le guide d'entretien réalisé au préalable.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et retranscrit le plus rapidement possible, mot par mot, et dans leur intégralité (hors anonymisation). (Annexes 2). 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.

Les entretiens ont été réalisés au sein des MSP où travaillent les différents professionnels, les caractéristiques des interviewés sont définies dans un tableau en Annexe 3.

La saturation des données a été obtenue assez rapidement au 9^{ème} entretien mais j'ai poursuivi jusqu'à 11 entretiens afin de ne pas méconnaître d'informations.

6. Analyse des données

Pour l'analyse des différents entretiens nous avons découpé les entretiens en verbatim pour les trier, les comparer et les confronter. Nous avons organisé chaque verbatim en fonction de thèmes et de sous thèmes selon l'idée qu'il rapporte.

Nous avons réalisé un double codage pour chaque entretien, chaque thésarde codant ses entretiens et ceux de sa collègue.

Le codage a été réalisé manuellement et les schémas qui en découlent ont été réalisés par le biais du logiciel Word.

3ème partie : résultats

1. Besoins des professionnels en termes d'aides sociales

1.1. Des besoins très étendus

E9 : « Après, euh, les besoins nous en assistante sociale et bien ils concernent toutes les couches de la population avec des actifs, des non actifs et puis euh, des retraités. »

1.2. Dans les problématiques liées à l'arrêt de travail longue durée

E1 « Bon souvent nous ce qui nous embête c'est quand effectivement on commence à avoir prolongation sur prolongation, quand ça commence un petit peu à trainer, euh... »

E3 : « Alors ici, c'était tellement ciblé que en fait voilà c'est toujours par rapport à une problématique de travail, d'arrêt de travail »

E4 : « souvent des gens en arrêt de travail, des gens un peu en difficultés dans leur travail »

E5 : « on a pris l'habitude, euh, depuis qu'elles sont là de leur envoyer nos patients qui sont en situation de difficultés par rapport au travail »

E7 : « Des arrêts de travail dont on supposait qu'ils n'allaient pas durer juste trois ou cinq jours. Ou voilà, soit au premier renouvellement, soit quand on sait que vraiment il y a un arrêt assez long dès le départ »

E8 : « Donc on orientait les personnes dépendantes de la CPAM, principalement les personnes qui avaient des soucis liés à un arrêt maladie, plutôt longue durée avant que ça ne soit trop longue durée. »

E9 : « Ou alors soit je suis en arrêt et puis je ne suis pas prêt d'y retourner parce que j'ai telle pathologie, soit ça va plus du tout avec l'employeur, soit, voilà. »

E10 « Mais le gros des patients que moi j'oriente c'est des patients qui sont actifs et qui ont un problème d'arrêt de travail prolongé avec des difficultés liées à ce travail, liées à la reprise de ce travail. »

E10 : « Des gens qui ont vraiment des problèmes au travail avec des arrêts vraiment prolongés, de très longue durée »

E11 : « c'est des arrêts de travail avec des, comment, des gens on sait qu'ils ne pourront pas reprendre et qui auront besoin de formation pour une ré orientation »

Face à un problème administratif et non plus médical

E1 : « Donc il y a peut-être des choses à mettre en œuvre derrière au-delà de l'acte purement médical si vous voulez. » ; « C'est surtout effectivement par rapport à l'aspect administratif de l'arrêt de travail. »

Face à un problème d'indemnisations

E2 : « Ben pour les problèmes d'indemnités journalières et sur des congés longue maladie en fait »

E8 : « des gens qui potentiellement pouvaient être en difficultés avec la Sécu qui ne verse pas les montants, pas les bons montants ou qui avaient des soucis avec la prévoyance qui est censée compléter tout ça, et le temps que tout ça se fasse qu'ils ne se retrouvent pas en difficultés financières. »

E11 : « des gens qui avaient des problèmes de non-paiement de leur IJ, en tout cas qui ne s'y retrouvaient pas et qui ne comprenaient pas grand-chose et puis que nous on ne sait pas grand-chose non plus, donc voilà. » ; « J'ai envoyé un monsieur qui avait euh, il avait un gros problème de récupérer l'argent et qui était finalement dans le rouge et que voilà ça se passait mal, mais c'était juste à priori lui qui n'avait pas fait les bonnes déclarations, comme souvent mais ça a permis de débloquer assez rapidement, voilà. »

Devant des situations bloquées

E6 : « Euh, alors moi les situations sociales qui me posent le plus de problèmes c'est les arrêts maladie prolongés pour lesquels on n'a pas d'issue, on voit que voilà, qu'on n'en voit pas le bout. »

E9 « Euh, je ne percevais pas toujours vraiment le motif réel de l'arrêt. On a que la version, bien sûr, du patient, enfin voilà, mais il me semblait qu'il y avait quelque chose des fois quand les choses traînaient un peu et que les conditions d'un retour n'étaient pas très claires, euh, ni pour moi et des fois ni pour le patient. Et quand on sentait que les choses allaient vite s'engluer et qu'on n'allait pas sortir facilement. »

E9 : « Ben quand je les sentais englués, je vous disais tout à l'heure les situations un peu de cul de sac. C'est-à-dire on est dans un truc qui n'est pas clair. »

1.3. Nécessité de changement de corps de métier, difficultés de reprise de travail

E1 : « il peut y avoir effectivement de gros problème de conflit au travail ou vraiment un poste de travail qui est vraiment inadapté par rapport à la situation du patient »

E1 : « Oui c'est essentiellement les histoires de difficultés de reprise de travail. »

E10 : « Des gens qui ont vraiment des problèmes au travail avec des arrêts vraiment prolongés, de très longue durée avec derrière une éventuelle reconversion parce qu'ils sont plus adaptés au poste d'avant. » « Ben l'essentiel, je l'ai déjà dit c'est des gens dont on se dit qu'ils vont avoir du mal à reprendre leur travail après un arrêt de longue durée ou qui sont en cours d'un arrêt de longue durée et pour lesquels il faut anticiper la suite, la reprise »

E11 : « c'est des arrêts de travail avec des, comment, des gens on sait qu'ils ne pourront pas reprendre et qui auront besoin de formation pour une ré orientation » ; « arrêt de travail d'un patient qui manifestement ne pourrait pas reprendre pour une cause très médicale »

1.4. Besoin de renseignements divers sur le plan social

E6 : « J'ai aussi une patiente qui me posait des questions très précises sur son invalidité, euh, deuxième catégorie, est-ce que ça lui permettait une prise en charge totale de ses soins, de ses transports, de... ? Alors je me suis dit je n'y connais rien, je ne sais pas répondre, donc on a la chance d'avoir ses personnes là »

E9 : « Et en questionnant les patients on s'apercevait vite que, eux, ils étaient des fois un petit peu, euh, ils allaient d'arrêt en arrêt mais ils ne connaissaient pas trop les tenants et les aboutissants. »

E10 : « Ou des gens qui ont des questions, je ne sais pas d'invalidité, ce genre de choses »

1.5. Devant la problématique d'accès aux soins

E2 : « pour d'autres problématiques que ça soit complémentaire, mutuelle qui ne fonctionne pas, enfin des choses comme ça »

E5 : « Après euh, là dans les cas que j'ai vu ces derniers jours, où je me dis que c'est plutôt le problème social qui est en première ligne, il y a le problème de l'accessibilité aux soins. » « . Alors je ne sais pas du coup si en passant par les assistantes sociales il y a des fonds qui peuvent être trouvés, s'il y a des choses qui peuvent être proposées aux patients et du coup surtout sur l'accessibilité aux soins, finalement et pas uniquement le travail je dirai. »

E6 : « Euh, il y a quand même pour moi la difficulté d'accès aux soins mais ça nos assistantes sociales elles ne s'en occupent pas mais euh, voilà, régulièrement des gens qui n'ont pas de Sécu, pas de mutuelle »

E10 : « Euh, après sur d'autres problématiques sur l'accès aux soins, euh, il y a des gens qui ne peuvent pas s'offrir de soins dentaires, ce genre de choses, voilà. »

1.6. Pour les personnes en fragilité sociale, isolement

E6 : « Ou après des fois des personnes en isolement social, euh, notamment dans des contextes de pathologies psychiatriques, ou voilà des gens très repliés sur eux où tout est à faire, ils n'ont pas d'interlocuteurs, ils ont des problèmes à la fois financiers, euh, administratifs où là aussi ça peut m'arriver de solliciter une assistante sociale plutôt de secteur, voilà »

E10 : « Et puis après ça peut arriver pour d'autres patients, euh, des gens qui sont fragiles socialement ; mais alors là plutôt de tous âges et qui ont besoin qu'on mette en place une CMU et qui ne savent pas trop se dépatouiller avec tout ça. »

2. Méthode d'adressage pour l'expérimentation

2.1. Catégorie de patients concernés selon les professionnels

Pas de catégorie particulière, situations très variables

E1 : « Je ne pense pas qu'il y ait vraiment de catégorie particulière » ; « ça touche un panel assez large »

E2 : « c'est en fonction je dirai du cas par cas, je n'ai pas de groupe plus particulier »

E3 : « dans toutes les catégories on pourrait avoir effectivement des besoins d'une assistante sociale »

Les personnes actives

E2 : « au niveau de la catégorie de l'âge je dirai les gens qui travaillent quoi, ça peut varier de 30 jusqu'à 60, 62, 65 »

E7 : « on a compris que le public qui était concerné c'est déjà, euh, des ressortissants du régime général, en activité ou en tout cas en arrêt de travail par rapport à leur activité »

E8 : « il fallait vraiment que ça dépende du régime général et il fallait forcément donc du coup que ce soit des gens qui travaillent »

E9 : « du coup c'était des salariés donc en activité » ; « et puis là bon ça concernait spécifiquement les gens actifs, en activité professionnelle, quoi voilà. »

E10 : « Euh, groupe d'âge oui, c'est plutôt les actifs finalement qui nécessitent euh, une prise en charge, enfin selon ma patientèle, qui nécessitent une prise en charge par une assistante sociale »

Les secteurs des salariés, entreprises et secteurs administratifs

E1 : « on est surtout en difficultés par rapport aux salariés »

E1 : « en général on a quand même moins de difficultés avec les professions libérales ou indépendantes, c'est souvent quand il y a un problème de reprise de travail au sein d'une entreprise ou administration »

Les personnes ayant un « travail difficile »

E2 : « Après c'est souvent des gens qui ont des boulots quand même assez difficiles, hein, qui nécessitent des arrêts de travail »

E1 « Bon après, on s'aperçoit malheureusement qu'on a de plus en plus de problèmes de conflits dans la plupart des administrations, alors ça ne touche plus que le privé »

Les bénéficiaires du régime général

E7 : « on a compris que le public qui était concerné c'est déjà, euh, des ressortissants du régime général »

E8 : « Donc on orientait les personnes dépendantes de la CPAM » « il fallait vraiment que ça dépende du régime général »

La catégorie socioprofessionnelle basse

E2 : « et puis quand même dans des conditions souvent des gens socioéconomiques un peu bas malgré tout »

2.2. Méthode d'adressage

Entretien proposé au cours d'une consultation chez médecin traitant

E1 : « au cours d'une consultation classique quand ils viennent nous revoir justement à priori pour un problème de travail avec prolongation d'arrêt de travail »

E2 : « je leur propose, enfin quand voilà, eux ils ont fait leurs démarches avant et que ça ne fonctionnait pas »

E3 : « j'essaye de proposer en fait au patient tout un panel de pistes qui peuvent... de chemins, d'ouvertures, moi je ne sais pas comment dire, voilà, pour que lui puisse après, lui, venir puiser, genre couteau-Suisse [...] l'assistante sociale elle fait partie en fait de ce couteau Suisse. »

E5 : « je ne suis pas sûre que ce soit encore suffisamment visible pour qu'ils prennent leur rendez-vous tout seul. Donc non c'est plutôt moi qui leur propose quand on sent que la situation va être difficile quoi. »

E6 : « Euh, alors j'ai dit qu'on avait la chance maintenant d'accueillir dans nos murs des assistantes sociales, euh, donc qui s'occupent spécifiquement de la question des arrêts de maladie prolongés, des difficultés de retour à l'emploi »

E7 : « Ben en leur expliquant que, ... que nous notre métier c'est surtout quelque chose d'assez médical, que tout ce qui est formalités administratives on n'est pas forcément les meilleurs interlocuteurs pour ça et qu'on a la chance dans notre établissement d'avoir quelqu'un qui tient une permanence pour ça, hein, dont c'est le métier »

E9 : « à l'occasion d'une difficulté ou d'une situation qui était déjà connue depuis, euh, souvent ce n'est pas une situation nouvelle, ce sont des choses qui traînaient un petit peu et puis souvent on les revoyait au bout de la 2^{ème} ou 3^{ème} fois qu'on abordait les choses et puis on leurs dit, on avait l'impression d'un... des fois un peu d'un cul de sac, des situations cul de sac, quoi » ; « Est-ce que ça vous intéresserait d'avoir un accompagnement ? » ; « On prononçait le mot plutôt de cette manière, euh, sur « la manière d'avoir des renseignements sur vos droits et vos devoirs et puis d'envisager un peu la suite et puis de vous aider à avancer par rapport à ça ». »

E10 : « Il y a le versant médical, je ne sais pas sur une pathologie qui fait qu'ils arrêtent leur travail et puis moi j'essaye toujours très tôt dans la prise en charge de dire « mais le travail il va falloir y réfléchir », en lien avec le médecin du travail et en lien avec le corps social pour pouvoir envisager la suite, oui »

E11 : « Ben je leur ai dit qu'on avait mis en place euh, sur notre euh..., dans notre cabinet, euh ..., une assistante sociale de la sécurité sociale qui était à même à répondre à toutes les questions administratives qui posaient problème et qui travaillaient surtout en collaboration avec nous »

Adressé par leur médecin

Pour les secrétaires, les patients sont orientés uniquement par leur médecin traitant.

E4 : « en général ils sont quand même plus orientés par le médecin, après il y a des gens avec le petit document qu'on avait fait qui posent des questions effectivement. »

E8 : « Alors c'est les médecins qui au décours d'une conversation pouvaient se rendre compte qu'il y avait des difficultés »

Peu d'orientation de la part des autres professionnels de santé

E8 : « on avait demandé aux inf. aussi d'orienter, parce qu'elles ont plus le temps de papoter, elles savent beaucoup de choses des patients, euh, souvent en sortie d'hospit, elles vont faire des soins et elles ont connaissance de choses parce qu'elles ont le temps de papoter avec les

gens en faisant le soin. Plus qu'au décours d'une consultation d'un quart d'heure auprès du médecin. A priori ça n'a pas très bien fonctionné ce type d'orientation là. C'était plus le médecin. »

Information par une affiche dans la salle d'attente

E4 : « on a fait une petite affiche donc quand ils voient, euh, l'affiche ils veulent des renseignements » ; « en général ils sont quand même plus orientés par le médecin, après il y a des gens avec le petit document qu'on avait fait qui posent des questions effectivement »

2.3. Modalités de prise de rendez vous

Auprès des secrétaires de la maison médicale

E1 : « Je renvoie vers le secrétariat. »

E2 : « donc on voit avec leur planning et puis je leurs dis de prendre bien rendez-vous, d'emmener bien leurs papiers »

E4 : « Moi : D'accord et puis du coup après c'est vous qui vous occupez de la prise de rendez-vous ?

T : Oui de la prise de rendez-vous. Oui, hum. »

E6 : « Oui voilà, et je les invite à prendre rendez-vous auprès de la secrétaire. Voire je les accompagne si je sens que la démarche est compliquée pour la personne. »

Auprès des assistantes sociales ou de leur secrétariat

E8 : « Ils ont pris soit leur rendez-vous directement parce qu'on donnait le numéro de téléphone »

E10 : « Euh, parfois je leur donne le numéro parce qu'ils sont autonomes, ils ont envie de gérer, c'est bien aussi qu'ils gèrent [...] on leur envoie un petit mail en leur disant voilà, tel patient nécessiterait de faire le point et c'est elles qui reprennent contact avec le patient et qui organise un rendez-vous quand lui ça l'arrange. »

E11 : « Il y en a qui ont pris seuls et il y en a d'autres c'est moi qui ai fait parce que je sais que, enfin je sais ..., je suspectais fortement, qu'ils ne le feraient pas. »

Par les médecins eux-mêmes

E7 : « C'est nous qui envoyons un mail, euh, en expliquant un petit peu la situation et en demandant aux assistantes sociales ou à leur secrétariat de recontacter la personne en donnant les coordonnées téléphoniques »

E8 : « soit on sait que ça allait poser problème donc on faisait le signalement entre guillemets aux assistantes sociales pour que les assistantes sociales contactent ces patients-là. »

E9 : « Non moi je les ai pris. Euh, en fait on s'est assez vite aperçu que le ratio, euh, personnes envoyées et prises de rendez-vous n'était pas trop trop bon donc euh. »

E10 : « Il y a des patients qui ont un petit peu de mal dans les démarches et c'est moi qui prends le rendez-vous »

E11 : « ... Il y en a qui ont pris seuls et il y en a d'autres c'est moi qui ai fait parce que je sais que, enfin je sais ..., je suspectais fortement, qu'ils ne le feraient pas »

3. Avantages pour les patients selon les professionnels

3.1. Sur le plan pratique

Proximité du domicile et lieu familial

E1 : « les gens sont satisfaits parce que déjà le fait qu'elles soient sur place »

E3 : « c'est idéal pour le patient de venir sur le même lieu, de ne pas aller dans un endroit type sécurité sociale »

E4 : « les gens sont contents, parce qu'ils sont sur le même lieu, ils n'ont pas à se déplacer à la Sécu, à faire des démarches »

E5 : « ils sont en général contents d'apprendre qu'il y a cette possibilité-là, que le fait que ce soit sur place dans des locaux qu'ils connaissent »

E7 : « Et puis je trouve que c'est assez bien apprécié des patients aussi ; de savoir que ça se passe ici, dans des murs qu'ils connaissent, plutôt que dans une structure ailleurs ; où nous on n'a jamais mis les pieds non plus, où on donne juste une adresse. »

E11 : « Les deux autres dont elle a géré euh, ben ils sont enchantés parce qu'ils sont venus dans un endroit quand même qu'ils connaissent, donc il n'y a pas de stress »

Facilitant

Pour de nombreux professionnels, le fait que les AS soient sur place et proposées par leur maison médicale fait que les patients y vont plus facilement.

E1 : « des patients qui nous disent « ben ouais effectivement il y aurait fallu aller à la caisse rue Denis Papin, voilà on n'y serait pas allé ». »

E5 : « je pense le fait que ce soit ici, ça peut aussi lever des fois la honte d'être obligé d'aller demander un geste social »

E6 : « Ben l'intérêt pour le patient il est réel. Euh, avoir un interlocuteur social dans les murs, ça facilite énormément. Il y a des patients qui n'iraient pas s'il fallait aller à la Sécu, ou faire la démarche d'aller voir une assistante sociale de secteur. »

E7 : « Et puis je trouve que c'est assez bien apprécié des patients aussi ; de savoir que ça se passe ici, dans des murs qu'ils connaissent, plutôt que dans une structure ailleurs ; où nous on n'a jamais mis les pieds non plus, où on donne juste une adresse. Euh ouais, donc c'est quelque chose qui facilite un petit peu »

E11 : « Donc le fait que ça soit ici c'est forcément extrêmement positif et facilitant »

Rapidité d'accès, délais de consultation court

E2 : « Alors moi je trouve que c'est un gain de temps, et puis leur donner une réponse qui est assez rapide quand même, car les délais ne sont pas si longs que ça hein, malgré tout »

E6 : « là c'est facile, les délais sont courts »

Satisfaction du résultat, retours positifs de la part des patients

E2 : « et puis elles prennent quand même je crois une heure à peu près, il me semble, donc sur une matinée c'est vite plein quand même mais ça va. Ils sont très satisfaits. »

E6 : « Alors les patients sont contents, j'ai des bons retours. »

E7 : « je trouve que c'est assez bien apprécié des patients aussi ; de savoir que ça se passe ici, dans des murs qu'ils connaissent, plutôt que dans une structure ailleurs »

E11 : « Donc les gens ils sont contents, pour certains on a appelé pour eux, ils ont juste à venir à l'heure où on leur a dit de venir et on va mettre en place quelque chose qui va, à priori, en tout cas dans la grande majorité des cas, euh, régler leur problème. »

4. Amélioration de la prise en charge des patients

E2 : « enfin je trouve ça a amélioré la prise en charge »

4.1. Débloquer des situations, apporter des solutions

E1 : « Ben c'est surtout qu'on ait un déblocage d'une situation » ; « Donc ça, ça nous ouvre une porte effectivement, pour effectivement, peut être accélérer un peu les choses, qu'il y ait des solutions proposées aux patients, pour qu'ils puissent s'en sortir et qu'on sorte un petit

peu de cette prolongation d'arrêt de travail parce que ce n'est pas non plus une fin en soit, on est d'accord. »

E9 : « mais déjà intéressant par les situations que ça a pu, sinon débloquent au moins éclairer et puis faire avancer les gens »

E10 : « Euh, et donc du coup c'est très rassurant d'avoir quelqu'un qu'on connaît à qui on peut poser des questions parce qu'on se croise en dehors de leur temps de travail sur les pauses déjeuner, ce genre de choses. [...] Elles nous donnent des solutions auxquelles on n'avait pas pensé, certaines qu'on ne connaissait même pas. »

4.2. Leur apporter les bonnes informations

E6 : « L'intérêt pour nous aussi, c'est confortable, oui pouvoir déléguer ces questions sur lesquelles on est mal formé, où on ne sait pas répondre à nos patients. »

E10 : « Et qui nous décharge d'un certain nombre de choses et puis en plus qui apporte des informations plus pertinentes au patient que ce que nous on pourrait apporter »

4.3. Accélérer les choses, anticiper les problèmes liés au travail

E1 : « nous on a des situations des fois qui traînent, des gens qui ne veulent pas aller voir l'assistante sociale, le médecin du travail, etc... donc ben on prolonge, on prolonge, on prolonge jusqu'au jour où ils vont être convoqué par le médecin conseil, pour une décision boum qui va tomber ; donc c'est bien d'anticiper un petit peu ces choses-là. »

E2 : « c'est un gain de temps »

E6 : « J'attendais la convocation du médecin de la Sécu éventuellement, voilà, ce qui est un peu tard. »

E9 : « Mais quand on sentait que ça allait vite s'enkyster, des fois au bout d'un mois ou trois semaines on sent que les choses ne vont pas aller simplement et voilà. C'est surtout la perspective que les choses allaient s'engluer je dirais, voilà. »

E10 : « Et pour pouvoir anticiper, ben il faut s'adresser tôt aux bonnes personnes et souvent les gens sont plutôt enthousiastes parce que ça les inquiète, donc le fait qu'on propose un interlocuteur qui saura donner des réponses et essaye d'envisager avec eux l'avenir, ils sont partant donc euh » ; « Euh, donc oui ça a changé ma pratique dans le sens où je sollicite clairement plus et où j'anticipe certainement plus les choses »

E11 : « quand il y a un problème aigu euh, ça permet d'accélérer les choses. »

5. Bénéfices dans la pratique professionnelle

5.1. Projet innovant et ressenti positif

E2 : « Super ! Moi je trouve ça génial » ; « et puis elles prennent quand même je crois une heure à peu près, il me semble, donc sur une matinée c'est vite plein quand même mais ça va. Ils sont très satisfaits. »

E4 : « dans l'ensemble, c'est très positif. »

E7 : « Ben notre ressenti global, nous on trouve que c'est quelque chose de bien, c'est un plus. »

E9 : « C'est très bien, c'est bénéfique, c'est indispensable de lier le social et le médical. On n'est pas formé à ça. C'est un métier, il faut des professionnels et il faut qu'ils aient un champ d'action large. »

E10 : « Euh, donc mon ressenti est très positif, quoi. »

E11 : « Donc je pense que vraiment on est à l'aube d'un vrai truc important, c'est faire venir le social dans nos maisons »

5.2. Changements de pratique au sein de la maison de santé ?

Pas de changement

Pour certains professionnels, cela n'a pas entraîné de changement dans leur pratique professionnelle.

E1 : « Ben non, je dirai la façon d'exercer de base, c'est toujours la même. Parce que voilà, on voit des gens qui viennent pour un problème ou plusieurs problèmes médicaux, le raisonnement médical est le même si vous voulez. Euh... ça ne va pas modifier mes prescriptions d'arrêt de travail par exemple. »

E2 : « Euh..., modifier non car je les adressais avant à la sécu, après c'était plus lourd parce que les patients rappelaient en disant qu'ils n'avaient pas de rendez-vous, ou que c'était mal pris. »

E3 : « C'était plus une attente qu'un changement pour moi. » (Infirmière)

E4 : « parce que c'est plutôt centré médecin donc du coup non, pas pour nous » (secrétaire)

En cours

Pour d'autres, cela nécessite un temps d'adaptation pour que cela entre de façon systématique dans les habitudes de travail.

E5 : « Oui dans le sens quand j'y pense, et non quand je n'y pense pas. (Rires). Donc c'est en cours. »

E8 : « Tout doux. Malheureusement ça met beaucoup de temps de changer les mentalités. Et comme ça fait 12ans qu'on ne fait pas de social, ça va prendre du temps à l'intégrer. Mais on a débuté quelque chose. »

Oui, prise en charge sociale plus intégrée

Et pour les derniers, cela leur permet de penser plus au social et de l'intégrer dans leur pratique.

E6 : « Ça m'a permis de voir que l'assistante sociale avait son rôle dans ces situations d'arrêt de maladie prolongé et du coup ça donne maintenant voilà, un accès à ce travailleur social et c'est vrai qu'avant ce n'était pas dans ma pratique, dans mes habitudes du tout » ; « Donc oui, si en fait, je réponds oui ça a changé ma pratique. Ouais »

E7 : « Ah ben clairement ! Si les indications sont celles que nos assistantes sociales acceptent de prendre, ben oui le premier interlocuteur c'est elles, donc oui » (médecin)

E9 : « Ben quand elles, ben oui, oui. Enfin façon d'exercer euh, c'est un grand mot. Mais disons que, euh, elles intervenaient dans un cadre très défini donc quand il y avait un arrêt de travail plus long, au bout d'un mois ou trois semaines, POUM tout de suite voilà, on pense plus vite »

E10 : « Euh oui, j'adresse certainement plus, plus facilement. Euh, parce que c'est accessible, parce qu'il y a un système qui est mis en place et que je sais comment le faire fonctionner alors qu'en dehors d'une assistante sociale venant dans notre structure et bien je ne savais pas forcément vers qui orienter le patient. » ; « Euh, donc oui ça a changé ma pratique dans le sens où je sollicite clairement plus et où j'anticipe certainement plus les choses »

E11 : « Par contre c'est clair que, je pense, que le côté social des prises en charge chroniques est beaucoup plus présent, on l'a beaucoup plus à l'esprit »

5.3. Nouvel outil à proposer au patient

E1 : « sur le principe en général on apporte quand même un plus par rapport au patient »

E3 : « permettre au patient de l'accompagner d'une façon bien plus globale »

E4 : « on apporte un service en plus aux gens, les gens sont contents »

E7 : « qui montre aussi que..., qu'on a une offre pas seulement sanitaire mais aussi un petit peu sociale donc, euh, ouais c'est un plus pour nous. » ; « Comme je disais pour moi c'est un plus, hein, c'est vrai qu'on n'est pas, euh, on n'a pas les connaissances, nous, suffisantes et voilà. Pour moi c'est une logique, hein, c'est même quelque chose qu'on aurait aimé pouvoir faire plus tôt »

E10 : « Euh, ça permet vraiment de prolonger nos consultations sur un aspect qui est très, très intéressant pour le patient. Donc je, ouais elles ont vraiment leur place avec nous, c'est sûr. »

5.4. Nécessaire pour une prise en charge globale, complémentarité dans la PEC des patients

E8 : « C'est tout l'intérêt de nos structures. C'est de la communication pour une prise en charge globale. Et quand on peut commencer à avoir du médical et du social qui se mélange c'est dans l'intérêt du patient donc s'il en est d'accord, c'est top ! »

E9 : « Enfin voilà, c'est un autre métier, c'est un métier de collaboration nécessaire. Et puis comme c'est un autre métier, ben on en a besoin et on a besoin qu'elles soient là peut-être différemment selon les régions, selon les quartiers selon tout ça. » ; « Donc, c'est un autre métier qui est complètement complémentaire et indissociable du soin. »

E10 : « Euh, ça permet vraiment de prolonger nos consultations sur un aspect qui est très, très intéressant pour le patient. Donc je, ouais elles ont vraiment leur place avec nous, c'est sûr. »

E10 : « et puis c'est quelqu'un, le travailleur social qui a tout à fait sa place dans une équipe pluridisciplinaire »

E11 : « Le positif c'est que c'est évident que les assistantes sociales, enfin le monde social a une place majeure à prendre en maison de santé »

5.5. Enrichissement, apprendre soi-même à mieux gérer la problématique sociale

E2 : « nous aussi on y comprend un peu plus »

E3 : « c'est apprendre à connaître le métier des autres, euh, apprendre à travailler en équipe bien évidemment »

E6 : « Ça m'a permis de voir que l'assistante sociale avait son rôle dans ces situations d'arrêt de maladie prolongé et du coup ça donne maintenant voilà, un accès à ce travailleur social et c'est vrai qu'avant ce n'était pas dans ma pratique, dans mes habitudes du tout. J'attendais la convocation du médecin de la Sécu éventuellement, voilà, ce qui est un peu tard. »

E9 : « Ben les avantages c'est qu'on n'est pas formé, vous comme nous et euh, on a zéro formation sur l'aide sociale et puis le soin, le soin il regroupe de plus en plus du médicosocial et du social »

E10 : « Alors c'est très intéressant, je trouve ça très, très enrichissant parce que le social déjà on n'y connaît pas grand-chose en tant que médecin généraliste même si on a des notions »

E10 « Nous ça nous fait nous remettre en question aussi parce qu'on n'est peut-être pas assez dynamique non plus pour le, se tenir au courant des droits sociaux de nos patients, de choses

voilà, qu'on ne connaît pas bien et sur lequel il faudrait qu'on travaille ou qu'on soit formé ou qu'on apprenne. »

E11 : « Et qu'on est toujours à la pêche d'informations sur le système, euh, sur le côté social des choses. Nous on sait des choses mais on n'en sait pas la moitié, ou en tout cas on ne les sait pas complètement ou on ne les sait pas comme il faut, on n'est pas de bon conseil du tout à nos patients. »

E11 : « Ben les bénéfiques c'est d'avoir quelqu'un qui peut nous aiguiller nous et surtout le patient mais nous aussi, sur le côté social que nous connaissons très très peu. »

5.6. Découverte d'un nouveau métier

E10 : « Euh comme avantage c'est aussi démystifier, parce que finalement l'assistante sociale on ne sait pas qui c'est. Pendant nos études on croise, oui des aides-soignantes, des kinés, des inf. mais le travailleur social c'est quelqu'un qui est vraiment pertinent dans la prise en charge du patient et c'est quelqu'un à qui on n'a jamais été confronté pendant nos études. »

E11 : « On s'ouvre à un monde encore une fois, alors je dis « on », peut être que les autres, enfin je sais que non, mais en tout cas que je n'ai pas mais que je pense que la plupart n'ont pas parce que on nous a formé à faire du médical et du médical et du médical, on commence à faire du préventif tant mieux mais du social on en est très très loin »

5.7. Aide à la prise en charge dans des situations où l'on se sent bloqué

E6 : « L'intérêt pour nous aussi, c'est confortable, oui pouvoir déléguer ces questions sur lesquelles on est mal formé, où on ne sait pas répondre à nos patients »

E10 : « Euh, et donc du coup c'est très rassurant d'avoir quelqu'un qu'on connaît à qui on peut poser des questions parce qu'on se croise en dehors de leur temps de travail sur les pauses déjeuner, ce genre de choses »

5.8. Gain de temps dans la pratique professionnelle

E7 : « ça nous évite à nous de passer un temps fou à faire des démarches que d'autres vont pouvoir faire de façon beaucoup plus efficace »

E10 : « qui permet d'aborder des choses sur lesquelles on n'est pas performant, pour lesquelles on n'a pas forcément de temps non plus »

E11 : « Alors quand je dis, ce n'est pas que je veux cloisonner « nous on fait du médical et elles, elles font du social » ; ce n'est pas du tout ça, mais malgré tout sur le peu de temps que l'on a par consultation, euh, c'est vrai que quand on voit quelqu'un, je ne sais pas moi, un patient qui a un cancer et qui est en arrêt de travail depuis longtemps et qu'on voit qui faudrait projeter, et bien on va parler du médical »

5.9. Créer un lien entre social et médical, uniformiser les approches et échanger sur les pratiques

E3 : « c'est essayer de créer du lien justement avec deux mondes complètement différents avec des approches complètement différentes que sont le médical et le médicosocial, voilà on est sur deux planètes différentes, on a pas du tout les mêmes approches donc ça s'est plutôt bien voilà de bosser ensemble »

E6 : « Ça m'a permis de voir que l'assistante sociale avait son rôle dans ces situations d'arrêt de maladie prolongé et du coup ça donne maintenant voilà, un accès à ce travailleur social et c'est vrai qu'avant ce n'était pas dans ma pratique, dans mes habitudes du tout »

E8 : « il faut quand même leur expliquer parce qu'elles ont une vision très CNAM donc un peu CNIL, un peu RGPD, euh, que ben notre mode de fonctionnement c'est vraiment l'ouverture. Et oui et on mélange du médical et du social » ; « C'est tout l'intérêt de nos structures. C'est de la communication pour une prise en charge globale. »

E10 : « Euh, le gros avantage c'est que ça s'articule, enfin c'est un prolongement de notre consultation, moi je le ressens vraiment comme ça, euh, qui permet d'aborder des choses sur lesquelles on n'est pas performant, pour lesquelles on n'a pas forcément de temps non plus »

E11 : « Et puis confronter les idées que nous avons, parce qu'on n'a pas du tout, du tout le même angle et la même vision des choses au départ, parce que nous on a une vision très médicale et elles, elles ont une vision très administrative et sociale et que la vérité est sûrement au milieu et que de partager ça nous permet de dire « ah ben lui je l'ai vu et elle l'a vu, pas de la même façon que moi, et elle a pas forcément tort, elle a pas forcément raison mais c'est sûrement un peu entre les deux ». »

5.10. Echanges de conseils dans les deux sens

E11 : « Non et puis pour elles c'est novateur aussi, parce qu'elles, elles se sentent, à priori, quand même seules dans leur travail donc d'être en groupe et d'avoir des médecins qui peuvent leur amener des informations, tout ça je pense que aussi pour elles c'est plutôt un truc intéressant » ; « que quelque part on est demandeur, elles sont demandeuses et que voilà, je vois vraiment pas ce qui pourrait ne pas marcher là-dedans parce qu'on y a tous intérêt et qu'on le sent bien. »

5.11. Créer de la collaboration avec les services sociaux à l'extérieur, utiliser de nouveaux outils

E2 : « et puis ça a amélioré je dirai, même l'échange quand elles travaillent, elles nous laissent leurs coordonnées, on les appelle à la caisse, enfin elles connaissent un peu... »

E8 : « à minima ça crée du lien [...] Et même par ce biais-là du coup avec elles on s'est mis à parler de la PFIDASS, dont moi j'entendais parler ou deux-trois médecins qui vont à des congrès entendaient parler mais les autres pas du tout. Donc ça nous a permis de nous ouvrir aussi à d'autres outils au niveau du social et peut être même à la Maison des Services, euh, qui est à Baume-les-Dames, avec les permanences CNAM, on va se rapprocher d'eux, pour qu'ils viennent nous expliquer quand il y a des permanences CNAM pour remettre à jour la carte vitale, quand il y a des permanences de cette assistante sociale CNAM, quand est-ce qu'il y a des permanences de l'assistante sociale du CCAS, qu'est ce qui existe ? Quels sont les outils sur lesquels ils peuvent s'appuyer au niveau social. Et ça a tissé un lien, un début de quelque chose qu'on n'avait pas chez nous au niveau social. »

E9 « Donc en fait s'ils ont besoin de dénouer des situations médico-sociales et on est pas du tout en lien avec les acteurs sociaux donc euh, si les acteurs sociaux viennent à nous c'est encore mieux quoi »

5.12. De probables bénéfices économiques

E3 : « Et je pense que ça serait un vrai plus, à la fois pour les organismes eux-mêmes, euh, économiquement parlant, Ben oui parce que plus vite on gère et plus on évite la dérive »

E11 : » Donc c'est une chance, on ne l'a fait que sur deux maisons donc ça coute quand même peut cher finalement à l'assurance maladie parce que voilà une demi-journée ce n'est pas... Surtout qu'en plus même si on trouve que ça ne marche pas forcément, enfin qu'on n'a pas encore atteint un taux d'activité suffisant, quand elles viennent elles travaillent donc le travail qu'elles font là, il n'est pas inutile, il sert vraiment, il aurait dû être fait, alors peut-être il aurait été surement fait plus tard donc forcément plus important donc ce qu'on fait ça reste extrêmement positif parce que le taf il est fait. »

6. Communication interprofessionnelle

6.1. Bons contacts inter professionnels

E9 : « En fait on avait, et ça c'était bien, assez de contacts entre le contact, le courrier qu'on avait fait, on le mettait soit dans la bannette de l'assistante sociale ou même de les appeler directement »

E10 : « Euh, alors le bénéfice c'est d'être en lien direct avec le travailleur social »

6.2. Par des échanges verbaux

6.2.1. Informels

E1 : « voilà nous on a un petit retour, un petit débrief avec les assistantes sociales, qui nous tiennent un petit peu au courant de ... »

E2 : « et puis il y a des échanges, mail, téléphone... »

E10 : « et il y a plusieurs midis où elles ont mangé avec nous. »

E10 « Euh, ça permet d'échanger de façon orale parfois sur certains dossiers et ça simplifie toujours la donne quand on est en contact... direct. »

E11 : « Et donc voilà il y a un vrai partage d'informations à table le midi, »

6.2.2. Au cours de réunions

E2 : « Après je crois qu'on a une réunion, alors je ne sais plus tous les combien avec elles, on fait une synthèse. »

E10 « Euh, malgré tout il y a eu plusieurs réunions où on a fait le point, et il y a plusieurs midis où elles ont mangé avec nous »

E11 : « ou en réunion parce qu'elles viennent à nos réunions une fois par mois à une réunion pluridisciplinaire et donc on arrive à faire le point »

6.3. Par des échanges écrits

6.3.1. Courrier d'adressage

E2 : « je fais un mot pour l'assistante sociale pour expliquer la situation d'un point de vue plus administratif, plus strict pour qu'elles y voient plus clair »

6.3.2. Compte rendu dans le dossier

E1 : « Alors je sais qu'elles notent quand même, effectivement elles mettent une petite note dans le dossier donc ça c'est très bien »

E2 : « et puis elles, elles me renvoient un message. » ; « On scanne dans le dossier du patient, comme ça, ça nous permet d'avoir un petit courrier de retour » ; « Non et puis par courriers interposés pour les dossiers patients... »

E6 : « elles nous font un petit compte rendu écrit, euh, qui est clair. »

E10 : « Chez nous, elles travaillent en ayant accès à une partie du dossier du patient donc euh, elles suivent, elles comprennent mieux je pense la pathologie, euh... que présente le patient et les difficultés qu'il peut avoir »

6.4. Intégration au sein de l'équipe

6.4.1. Bonne

E1 : « je pense que ça se passe bien, il n'y a pas de soucis. » « Ben écoutez, je pense qu'elles se sont pas mal intégrées. »

E3 : « En tous les cas l'idée de collaborer avec un travailleur social ça a été plutôt vu d'une façon très positive et accueillie, euh... avec plein de bienveillance »

E8 : « Euh, après le lien, enfin on est quand même une équipe ils sont cools, sympas, euh, tout ça, on crée facilement du lien »

E9 : « Oh, ça s'est bien passé. Elles sont venues, elles se sont présentées. Elles sont venues au café une fois ou deux, elles sont venues à plusieurs présenter le projet. [...] Elles se sont intégrées à hauteur de ce qu'elles sont venues »

E10 : « L'intégration se fait très bien, aussi bien sur le plan professionnel parce que ça s'emboîte, c'est vraiment le prolongement de nos consultations [...] Et puis d'un point de vue personnel, voilà, les assistantes sociales, de par leur formation et leur métier c'est des gens, des personnes ouvertes et qui sont curieuses. » ; « Euh, et qui du coup ont l'air d'être contentes d'être dans notre équipe, et nous on est content qu'elles soient là et ça se passe relationnellement et sur le plan personnel très, très bien aussi quoi. »

E11 : « Alors on est tombé sur des gens très ouverts donc ça m'a semblé facile, je pense qu'on est une équipe plutôt sympathique et ouverte donc il n'y avait pas de raison [...] donc on leur avait demandé dès le départ de manger avec nous le midi, justement pour créer un peu de lien »

E11 : « Et donc voilà il y a un vrai partage d'informations à table le midi, euh, ou en réunion parce qu'elles viennent à nos réunions une fois par mois à une réunion pluridisciplinaire et donc on arrive à faire le point »

6.4.2. Insuffisante

E3 « Donc il faudrait qu'elles soient plus présentes qu'on puisse effectivement travailler plus ensemble, qu'elles puissent venir aux réunions, qu'on puisse ..., être intégrées, quelle puisse être intégrées dans l'équipe de travail quoi, voilà »

E5 : « même si elles font entre guillemets pas partie de l'équipe, elles sont détachées, leur équipe c'est à la sécu, ce n'est pas chez nous » ; « Ben pas encore assez. Mais bon après c'est

certainement à nous de faire la démarche, c'est elles qui arrivent dans un terrain étranger et ce n'est pas facile »

6.4.3. Manque encore de lien, de convivialité, de relation

E1 « : Ouais des choses peut être un peu plus formelles si vous voulez, voilà de réunions, enfin réunions entre guillemets on ne va pas non plus être victime de la réunionite aigue mais qu'il y ait des choses plus organisées, voilà euh »

E3 : « après ça n'a pas été facile de se voir, je trouve, parce que les journées, les demi-journées où elles sont là en fait elles enchainent de la consultation, ce qui fait qu'on n'a pas le temps de créer en fait un lien, de papoter »

E4 : « enfin on a du mal à les voir parce que c'est vrai qu'elles arrivent, elles consultent et après elles repartent »

E5 : « Alors je pense que c'est de notre faute aussi mais on ne se voit pas encore assez, c'est-à-dire que moi j'arrive pas encore à savoir qui est qui » ; « c'est dommage qu'il n'y ait pas un peu plus de temps, on va dire, de convivialité, enfin le temps de prendre un café ensemble, de se connaître, de machin. Et ce n'est pas du travail mais après ça permet de travailler de manière plus fluide. »

E6 : « Par contre j'ai un peu une, euh, une, comment on pourrait dire, un manque dans le sens où on ne les connaît pas physiquement, on n'arrive pas à les croiser, je pense qu'elles sont prises par leurs rendez-vous, elles n'ont pas le temps, et nous par les nôtres. Euh, ça, ça me manque un petit peu, l'aspect vraiment convivial, euh, voilà, pouvoir mettre des visages » ; « Euh, pour moi faire équipe c'est, ça va, ça irait plus loin et notamment avec ces temps de rencontre, euh, de convivialité ou... même un échange informel, se croiser dans les couloirs, se dire bonjour, voilà... Euh, non je ne peux pas faire équipe avec des personnes dont je n'ai même plus tout à fait les visages en tête, les noms, euh... »

E8 : « elle aurait pu être plus importante, on en espérait plus, euh, parce que on avait instauré tous les lundis pour qu'elles soient une fois par mois à notre réunion pluri. Du coup comme elles ne viennent plus qu'une fois par mois, ça ne tombe pas forcément quand on a le lundi la pluri »

E9 : « Et puis pour être vraiment connues de tous et puis faire partie euh, ben il y aurait fallu qu'on les voit très souvent, très très régulièrement mais euh, après ce n'était pas non plus leur, euh, leur but ce n'était pas de faire partie d'une équipe à fond, enfin. »

E10 : « Alors chez nous ça ne fait pas très longtemps que c'est mis en place. Et jusqu'à présent il y a eu une équipe un petit peu tournante donc ça un petit peu difficile de créer beaucoup de lien avec nos collègues assistantes sociales. »

7. Points négatifs de l'expérimentation

7.1. Besoin d'un temps d'adaptation

E2 : « Alors après pour l'instant c'est tous les quinze jours, parce qu'au départ on voulait tous les jeudis matin, toutes les semaines. Tout compte fait il n'y a pas eu une demande suffisante, alors c'est par vagues »

E5 : « Et puis c'est une mise en place donc euh. Je pense qu'elles même elles ont plein de choses à dire. Et puis il faut aussi le temps que nous même on s'habitue à ce qu'il y ait des assistantes sociales, c'est-à-dire qu'on a fait autrement avant, donc nous même, enfin il y a des fois on se dit après « zut », j'ai oublié qu'il y avait des assistantes sociales. »

E8 : « Euh, ben c'est le départ, c'est toujours un tâtonnement, c'est toujours une nouvelle chose qu'on nous ajoute, en tout cas qu'on leurs ajoute à eux donc du coup ça oblige continuellement à dire « hey ! Vous n'oubliez pas on a, et elle vient là, euh, elle n'a que deux rendez-vous, vous êtes sûrs que vous n'avez pas des gens qui sont en difficultés parce que ... elle va encore annuler son truc si on ne met pas du monde quoi ? » et il y a quand même un réel intérêt »

E6 : « Et puis après, je n'ai pas tout le temps le réflexe assistante sociale, pas assez encore je pense. Il faut vraiment que je sois en difficulté pour proposer, peut-être que des fois ça me, ça mériterait d'y penser un peu en amont, de ne pas attendre d'être en difficulté. »

E10 : « C'est un projet qui est frais, qui est récent donc on n'a pas encore énormément de recul mais euh, j'espère vraiment qu'on va pouvoir le rendre pérenne et faire en sorte que ça se développe et qu'on tisse des liens. »

7.2. Champ d'action restreint,

7.2.1. Ne répondant pas aux besoins

E2 : « Après ce qui est un petit peu dommage, c'est que pour l'instant dans le cadre du travail elles nous proposaient uniquement par rapport au congé longue maladie, aux indemnités, retard de paiement d'indemnités journalières. Euh, par exemple ce qui serait bien c'est des personnes qui ont des problèmes avec leur CMU, avec les mutuelles complémentaires, qui ne sont pas à jour, qui ont du mal à faire les démarches »

E3 : « si on élargissait, moi j'envoie régulièrement d'autres patients à d'autres assistantes sociales, voilà. » ; « c'était trop trop ciblé pour moi. Voilà j'aurai besoin de, surtout dans mon travail à moi je ne rencontre pas forcément ce profil de patient, quoi, voilà donc euh. Du coup j'ai tiré guère de bénéfiques et très peu de mes patients ont pu bénéficier de cette prestation-là. »

E5 : « Donc là alors, après je ne pense pas qu'elles puissent y faire grand-chose mais il y a quand même cette accessibilité aux soins. » ; « il faudrait pouvoir si c'est possible ou pas d'élargir parce que dans ce qu'on rencontre nous au quotidien il n'y a pas que ça, quoi »

E6 : « il y a quand même pour moi la difficulté d'accès aux soins mais ça nos assistantes sociales elles ne s'en occupent pas » ; « Ou après des fois des personnes en isolement social, euh, notamment dans des contextes de pathologies psychiatriques, ou voilà des gens très repliés sur eux où tout est à faire, ils n'ont pas d'interlocuteurs, ils ont des problèmes à la fois financiers, euh, administratifs où là aussi ça peut m'arriver de solliciter une assistante sociale plutôt de secteur, voilà. Qui sont, déjà en général difficiles à contacter, ce n'est pas le bon horaire, c'est pas le bon jour, c'est pas le jour de permanence téléphonique... ça c'est assez fastidieux »

E7 : « Et puis peut être aussi pas forcément limiter ça à la reprise de l'emploi mais voilà, on a quand même pas mal de gens qui sont en difficultés, euh, sur des démarches administratives plus basiques, hein, comme renouveler une carte vitale, euh, un suivi de patients qui sont, euh, qui ne travaillent pas »

E8 : « je pense que le besoin serait plus sur de l'assistante sociale plus large, dans un sens plus large. »

E9 : « C'était restrictif parce que comme ça nous l'avait été ben, présenté et leurs champs d'action. » ; « Et puis après c'est restrictif parce qu'on aurait plein d'autres gens... et il y a beaucoup de gens qui sortaient du cadre de leur action quoi, donc, euh, il fallait être dans les bonnes cases voilà, pour en bénéficier »

E11 : « Et puis négatif, enfin je ne sais pas si on peut dire négatif mais euh, en tout cas frustrant plutôt que négatif c'est que le panel de ce qu'elles font, des actions qu'elles peuvent avoir aujourd'hui est à mon goût trop limité »

« Parce qu'en France c'est quand même très cloisonné et que là il y a un peu une frustration parce que nous on aimerait un peu une assistante sociale euh, je vais employer un terme un peu, euh ..., mais « couteau suisse » c'est-à-dire qui puisse nous servir à tout ce qui est social »

7.2.2. Déception, frustration

Certains sont mêmes déçus de l'expérience, avec un sentiment de frustration car ils avaient des attentes plus larges.

E3 : « Un peu frustrant, ceci dit. » ; « C'était plus une attente qu'un changement pour moi. »

E8 : « Je pense que les médecins avaient vu plus, beaucoup plus large sur les problèmes sociaux, très large et surtout sur une patientèle toutes caisses confondues »

E8 : « Finalement non parce qu'elles sont quand même très spécifiques et mon avis à moi c'est que la problématique et les besoins d'assistante sociale qu'on devrait avoir dans nos structures ce ne sont pas des assistantes sociales CNAM mais des assistantes sociales du

Conseil régional. Qui ne font pas que de la maladie, qui voient le social de manière générale et qui sauraient un peu tout faire, multiscartes. »

E11 : « Et l'aspect négatif, ben voilà, c'est ce que je disais tout à l'heure, la frustration de ne pas aller assez loin quoi »

7.2.3. Pour certains, champs d'actions restreint rend l'expérience moins rentable

E5 : « Et du coup, moi je me dis sur les patients que je vois, peut être que j'en n'envoie entre guillemets pas suffisamment pour aussi qu'il y ait un vrai intérêt à ce qu'il y ait une assistante sociale sur place mais que j'en aurais besoin mais pour d'autres sujets donc du coup, voilà, ça peut être des axes de travail. »

E8 : « on croyait qu'on allait avoir une file active de patients démente mais comme on s'est rendu compte que la cible était peut-être un peu bien plus petite que ce qu'on pensait au départ »

7.3. Population éligible trop restreinte

E1 : « c'est entre guillemets très cloisonné par rapport au régime, de sécu, donc voilà elles ne peuvent entre guillemets voir que le régime général » ; « C'est le seul point un petit peu négatif, c'est que ça... voilà, ça ne concerne pas l'ensemble de notre patientèle. C'est un petit peu dommage. »

E2 : « Après il faudrait qu'on ait avec les assistantes sociales des mutuelles complémentaires parce que là c'est que pour les gens du régime général. »

E7 : « Après, euh dans notre idée, dans un monde idéal, euh, on aurait aimé que ça soit un petit peu tous ressortissants, tous régimes »

E8 : « Je pense que les médecins avaient vu plus, beaucoup plus large sur les problèmes sociaux, très large et surtout sur une patientèle toutes caisses confondues »

E9 : « Après, euh, les besoins nous en assistante sociale et bien il concerne toutes les couches de la population avec des actifs, des non actifs et puis euh, des retraités »

7.4. Manque de disponibilité

E10 : « Euh, dans les inconvénients euh, c'est leur disponibilité. Alors dans le système qu'on a mis en place elles ne peuvent pas être là tout le temps donc c'est sur des créneaux, c'est défini euh, avec des contraintes horaires, avec des contraintes en termes de date et de planning. » ; « Et euh, parfois on aimerait pouvoir décrocher son téléphone et leur exposer un dossier et ce n'est pas possible parce qu'elles ne sont pas là. »

8. Modifications à apporter

8.1. Améliorer les échanges physiques, plus de convivialité

E1 : « et puis éventuellement qu'il y ait un peu plus de rencontres physiquement parlant avec les assistantes sociales »

E3 : « faire plus de types de prise en charge, euh, très vite il va y avoir une montée en charge et voilà. Donc il faudrait qu'elles soient plus présentes qu'on puisse effectivement travailler plus ensemble, qu'elles puissent venir aux réunions, qu'on puisse ..., être intégrées, quelle puisse être intégrées dans l'équipe de travail quoi, voilà. »

E4 : « Donc c'est vrai qu'on va essayer de faire des réunions un petit peu, au moins semestrielles pour qu'on puisse un petit peu débriefer avec elles. »

E5 : « et puis nous qu'on fasse un effort en termes de convivialité. Et puis qu'on se rencontre un petit peu plus » « Mais bon après il y a une réunion à la rentrée, je sais qu'il y a des choses qui sont prévues comme ça donc euh. »

E6 : « il y a des choses à améliorer, dont l'intégration dans l'équipe et notre relation » ; « Donc voilà, il manque ça, mais probablement que de notre côté on n'a pas su le proposer. Euh, c'est simple aussi pour moi de me mettre dans mon agenda un jeudi sur deux, « aller saluer l'assistante sociale », ce n'est pas compliqué, bon je ne l'ai pas fait... j'oublie... »

E6 : « et bien organiser un temps, euh, je ne sais pas, on commence tous à 8heures ou 8heures et demi, dire, euh, ouais 8heures et quart, 8 heures trente c'est café social ou je ne sais pas quoi »

E10 : « Euh, avoir des temps d'échanges aussi. Alors quand on a quelqu'un, des temps d'échanges formels ou informels aussi. Ça peut être des réunions ou des moments d'échanges où on parle de patients mais aussi des temps où on mange ensemble de façon informelle pour se connaître quoi. Et puis le lien moi je crois que beaucoup au lien humain qui permet après de faciliter et d'enrichir sa pratique et qu'il y ait des allers-retours quoi. »

Dans un entretien, une personne met en avant le roulement d'interlocutrices rendant plus compliqué le développement d'une convivialité.

E9 : « Euh, bon après elles ont tourné et maintenant ce ne sont plus les mêmes mais enfin voilà, il n'y a pas eu de problème particulier. »

8.2. Améliorer l'organisation

8.2.1. Importer leur outil de travail à la maison de santé

E4 : « comme c'est des assistantes sociale CARSAT elles n'ont pas accès à toutes les données sécu et du coup des fois c'est un peu compliqué »

8.2.2. Développer la prise de rendez vous

E5 : « je ne suis pas sûre que ce soit encore suffisamment visible pour qu'ils prennent leur rendez-vous tout seul »

8.2.3. Améliorer la coordination entre les professionnels et les outils proposés

E5 : « Enfin on est tous dans nos jobs respectifs, et des fois on se dit c'est dommage, il pourrait y avoir un petit peu plus de coordination »

E8 : « c'est une couche supplémentaire, était-ce bien utile de rajouter cette couche ? PAERPA, les assistantes sociales, et la PFIDASS, et, euh, voilà tout plein d'organismes. Si on pouvait avoir une seule même personne et qu'après elle diffuse... »

8.2.4. Adapter un logiciel d'échange avec protection du secret professionnel

E8 : « il faut quand même leur expliquer parce qu'elles ont une vision très CNAM donc un peu CNIL, un peu RGPD, euh, que ben notre mode de fonctionnement c'est vraiment l'ouverture. Et oui et on mélange du médical et du social et oui on est tous tenu au secret, que ce soit médical ou social et donc oui on peut se dire des choses. Si on n'est pas sûr de pouvoir le dire on se fait valider par la personne que « est-ce que vous acceptez que dans votre dossier je le note ? ou non ? ». »

8.2.5. Avoir plus de place et de créneaux à leur proposer au sein des MSP

E2 : « Ben je vous dis, plus de disponibilités de la caisse, de pouvoir avoir les locaux nécessaires pour pouvoir, qu'elles soient... Je dirai le top dans une future maison de santé, ça serait d'avoir une assistante sociale je dirai à temps plein et puis qu'elle puisse faire je dirai une coordination avec les caisses »

8.3. Elargir à tous les régimes

E1 : « Ouvrir aux autres régimes »

E11 : « Et voire même, mais alors je suis encore carrément dans le rêve, c'est qu'elles ne s'occupent pas que des gens de la CPAM mais de l'ensemble de la, des assurés »

8.4. Elargir les champs d'actions

E2 : « Donc euh, ça serait, quitte à avoir je ne sais pas moi, deux assistantes sociales ça serait le top ! Une assistante sociale de quartier et puis une assistante sociale de caisse quoi »

E3 : « c'est qu'on puisse avoir une assistante sociale [...] qui puisse faire tout. Je veux dire tout le panel de compétences qu'elles peuvent avoir » ; « il faudrait qu'on ait une assistante sociale en fait qui soit multi taches » ; « Voilà qu'il y ait une assistante sociale qui gère les sorties d'hôpital, qui fasse, enfin pff, les suivis de maintien à domicile, les réévaluations, les dossiers APA enfin, euh, oui voilà qui accompagne les gens qui sont en grandes difficultés financières, euh, pff la gestion des budgets de certains patients, les papiers administratifs, pff je ne sais pas, je ne sais même pas tout ce qu'elles savent faire moi. »

E4 : « Il faudrait écartier leur champ, pas uniquement centré sur les problèmes de travail, il faudrait aussi pouvoir faire les droits quoi »

E5 : « Et du coup, moi je me dis sur les patients que je vois, peut être que j'en n'envoie entre guillemets pas suffisamment pour aussi qu'il y ait un vrai intérêt à ce qu'il y ait une assistante sociale sur place mais que j'en aurais besoin mais pour d'autres sujets donc du coup, voilà, ça peut être des axes de travail. » ;

E5 : « et puis effectivement que ça s'ouvre peut-être sur d'autres domaines du social autres que purement travail, quoi. »

E7 : « c'est même quelque chose qu'on aurait aimé pouvoir faire plus tôt et qu'on aimerait même encore élargir à d'autres domaines que ceux qui sont proposés. »

E7 : « L'élargissement des indications principalement. »

E8 : « Je crois que leur rêve ce serait d'avoir cette fameuse personne qui est plus multicartes et pas toutes ces couches qui fait qu'à un moment donné ils ne savent plus vers qui envoyer et pourquoi. »

E9 : « Déjà, élargissement des compétences. Clairement, c'est ça. Enfin élargissement pas des compétences propres aux assistantes sociales, mais de leur champ d'action au sein des maisons de santé. Voilà, qu'elles puissent, euh, être l'équivalent qu'on puisse avoir l'action ..., Alors je ne sais pas si c'est souhaitable ou pas mais d'AS de CMS quoi, qu'on les ait sous la main » ; « Voilà, c'est la solution idéale si après le champ social investit de manière professionnelle le champ médical. »

E11 : « Euh, parce que et c'est évident qu'elles peuvent apporter beaucoup plus que ce qu'elles apportent aujourd'hui. » ; « j'espère que ça sera le cas à l'avenir de pouvoir être plus étendu »

E11 : « Parce qu'en France c'est quand même très cloisonné et que là il y a un peu une frustration parce que nous on aimerait un peu une assistante sociale euh, je vais employer un terme un peu, euh ..., mais « couteau suisse » c'est-à-dire qui puisse nous servir à tout ce qui est social »

E11 : « Ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est clairement augmenter euh, leur champ d'activité et j'ai bon espoir que ça se fasse. Euh, voilà à tous ce qu'une assistante sociale de sécurité sociale puisse offrir »

8.5. Poursuivre l'expérience

E1 : « puis éventuellement si pérenniser les choses [...] ça serait quand même bien qu'on parte sur quelque chose sur le long terme, on est bien d'accord. »

E4 « on apporte un service en plus aux gens, les gens sont contents donc euh, non franchement faudrait que ça puisse continuer »

8.6. Plus de disponibilité des AS

E2 : « il faudrait qu'on puisse avoir encore plus de créneaux, plus de disponibilités, c'est un travail d'équipe de toute façon. » ; « Je dirai le top dans une future maison de santé, ça serait d'avoir une assistante sociale je dirai à temps plein et puis qu'elle puisse faire je dirai une coordination avec les caisses et puis pouvoir arranger et voir de tout en chacun »

E3 : « je pense qu'il faudrait effectivement qu'il y ait une présence un peu plus importante »

E7 : « Et c'est vrai que s'il pouvait y avoir des indications plus larges on aurait une présence plus régulière, et voilà »

8.7. Amélioration de notre formation sociale

E2 : « parce que voilà au niveau administratif, hein, nous on n'est pas très bien lotis dans notre formation »

E10 : « Alors une piste dans la formation initiale, quand on est étudiant soit externe soit interne et qu'on nous fasse côtoyer des assistantes sociales, qu'on travaille sur des modules inter disciplinaires, pluridisciplinaires, euh, pour connaître leur métier, qu'elles elles connaissent le nôtre aussi »

4^{ème} partie : Discussion

1. Discussion de la méthode

Notre étude explore une démarche nouvelle dans les MSP en France : le travail en équipe avec une ASS de CARSAT au sein même de la MSP. Le sujet est traité à l'étranger mais pas en France ce qui en fait toute son originalité.

1.1. Biais de recrutement

Notre étude ciblait la totalité des professionnels des deux maisons de santé concernées, médicaux et paramédicaux. Les médecins ont répondu très favorablement au questionnaire, en revanche le personnel paramédical a très peu répondu.

Nous avons présenté notre projet lors de réunions organisées avant le démarrage de l'expérience puis j'ai ensuite contacté chaque MSP pour avoir des rendez-vous afin de réaliser les entretiens. En dehors des coordinatrices de chaque MSP et d'une infirmière ASALEE je n'ai pas pu interroger plus de personnels paramédicaux, donc 72% des réponses venaient des médecins. Les secrétaires ne se sentaient pas concernées et pensaient n'avoir « rien à me dire » et les infirmières également. Il serait donc intéressant de pousser les investigations et de connaître précisément les motifs de ce refus.

Pour les secrétaires, elles étaient intégrées de façon différente dans les deux MSP. A Besançon, ce sont elles qui s'occupaient de la prise de rendez-vous alors qu'à Baumes les Dames, les rendez-vous étaient pris directement avec les assistantes sociales. Nous pourrions chercher comment les intégrer d'avantage au processus de prise en charge. Comme elles ne détiennent pas les informations médicales concernant les patients elles ne peuvent pas orienter directement un patient vers les ASS, sauf demande directe des patients. En revanche il faudrait peut-être uniformiser les pratiques dans les deux MSP pour confier la mission de prise de rendez-vous après sollicitation du médecin.

En ce qui concerne les ASS, leur point de vue doit être évalué au sein d'une enquête interne à la CNAMTS.

D'autre part, notre étude s'est faite sur deux MSP avec des échantillons peu importants, il existe donc également un biais de recrutement dans ce sens. Même s'il s'agissait de deux MSP différentes, une en milieu urbain dans un quartier avec une population plutôt défavorisée et la seconde en milieu semi rural avec une population plus diversifiée, il serait intéressant pour compléter notre travail de débrouillage de faire une étude avec un plus gros échantillon et de façon interrégionale afin d'avoir un panel socioculturel plus riche.

1.2. Biais de l'interviewer et biais d'analyse

Comme toute étude qualitative menée grâce à des interrogatoires semi-dirigés, *nos a priori* et donc la façon de poser les questions et les relances ont une incidence sur le contenu des réponses des participants.

Ce biais est limité par l'utilisation d'un guide d'entretien déterminé en amont pour tous les entretiens mais parfois les relances ont été différentes selon les participants afin de guider au mieux vers le sujet étudié.

En ce qui concerne le biais lié à l'analyse des verbatims nous avons réalisé une lecture croisée de nos entretiens, ainsi chaque entretien a été analysé en verbatim deux fois avant rédaction des résultats.

1.3. Biais lié à la précocité de l'étude

Les entretiens ont été réalisés dans les six premiers mois de l'expérimentation puisqu'elle n'était initiée au départ que pour six mois. Ces entretiens sont donc plutôt précoces après la mise en place de cette collaboration, ce qui fait que les professionnels n'étaient encore pas habitués avec la pratique et n'avaient encore pas eu beaucoup de retour de leurs patients.

Il serait intéressant de renouveler l'enquête après plusieurs mois de collaboration afin de voir les améliorations et de voir avec plus de recul les bienfaits de cette association.

2. Discussions des résultats

2.1. Concernant l'orientation vers les ASS

La personne qui adressait le patient auprès des ASS étaient toujours des médecins, la plupart du temps le médecin traitant, qui connaît bien le patient, et parfois un autre médecin de la MSP.

Dans les entretiens des patients, on retrouve donc l'intervention du médecin, de l'ASS et parfois de la secrétaire pour la prise de rendez-vous. Dans la prise en charge du patient il ne semble donc pas y avoir de collaboration entre les ASS et les infirmières ou les ASS et les kinésithérapeutes par exemple.

Tout d'abord, nous pouvons nous imaginer que les infirmières ne sont pas confrontées très fréquemment aux personnes concernées par l'expérimentation. Pourtant les infirmières ont très bon contact avec leurs patients et interviennent souvent au domicile, elles seraient donc un bon outil pour sensibiliser les patients sur leur situation sociale et dépister les éventuelles problématiques sociales.

Nous pensons également que la présentation des actions des ASS n'a pas été réalisée de façon adaptée dès le départ et les infirmières ne se sont donc pas senties concernées par leurs actions.

Il faudrait reprendre avec toutes les personnes des MSP les actions des ASS afin de plus les impliquer et donc donner du sens à la démarche pour chaque intervenant dans le parcours de soin du patient.

Les kinésithérapeutes, quant à eux prennent fréquemment en charge des patients en arrêt de travail pour troubles musculosquelettiques, qui représentent en 2015 plus de 87 % des maladies professionnelles ayant entraîné un arrêt de travail ou une réparation financière en raison de séquelles. (33) Ils seraient donc aussi des intervenants importants dans la prise en charge précoce des arrêts de travail longue durée.

Donc l'idéal serait que chaque intervenant dans la maison de santé puisse détecter les sujets éligibles et les orienter vers cette nouvelle activité de la MSP.

Dans les données de la littérature il existe des scores de dépistage de la précarité, comme par exemple le score EPICES (34) créé en 1998. Il s'agit d'un score complexe qui comporte 11 questions définies par un groupe d'étude issu des Centres d'examen de santé (CES), du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy. Il s'agit de questions fermées et chaque question est pondérée d'un coefficient selon la réponse « oui » ou « non ». Ces points sont à ajouter ou retirer d'une constante identique à chaque personne. Un score inférieur à trente est considéré comme le seuil de précarité. (Annexe 4) Ce score est donc assez complexe et chronophage. Une utilisation simplifiée a été réalisée afin qu'elle soit utilisable plus facilement et plus rapidement par tout professionnel. Les questions sont pondérées par 0 ou 1 et le total des points supérieur ou égal à quatre est considéré comme un seuil de vulnérabilité sociale. (Annexe 5)

Depuis sa création, ce score a été expérimenté dans de nombreux domaines, à l'hôpital, aux urgences (35) et aussi évalué en médecine générale. (36) Il paraît être un bon outil pour le dépistage de masse tout en prenant en compte la globalité de la précarité sociale.

Ainsi il faudrait réaliser des travaux afin d'adapter ce score au dépistage de la précarité au travail ou en créer un nouveau qui soit utilisable par tout professionnel de la santé de façon rapide et efficace. Et ensuite réaliser une étude de faisabilité au sein de MPS de ce nouvel outil de dépistage afin d'orienter le plus rapidement possible les sujets en situation d'arrêt de travail longue durée voire même avant l'arrêt de travail.

2.2. Champs d'actions des travailleurs sociaux

Les missions des assistantes sociales de la CPAM (37) sont :

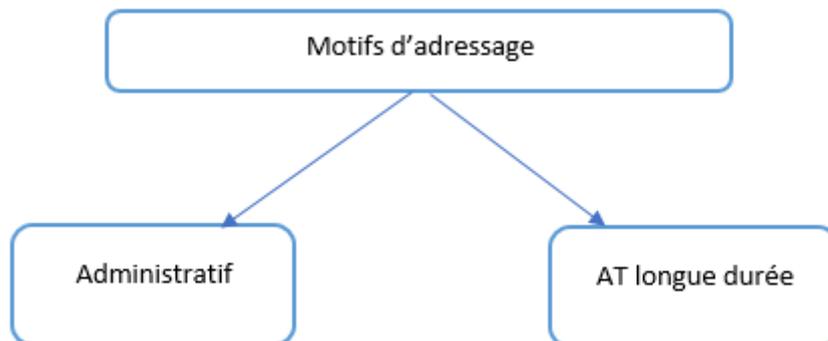
- Faciliter l'accès et le droit aux soins des personnes en situation de précarité
- Prévenir la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés
- Préserver l'autonomie des assurés malades, handicapés ou âgés.

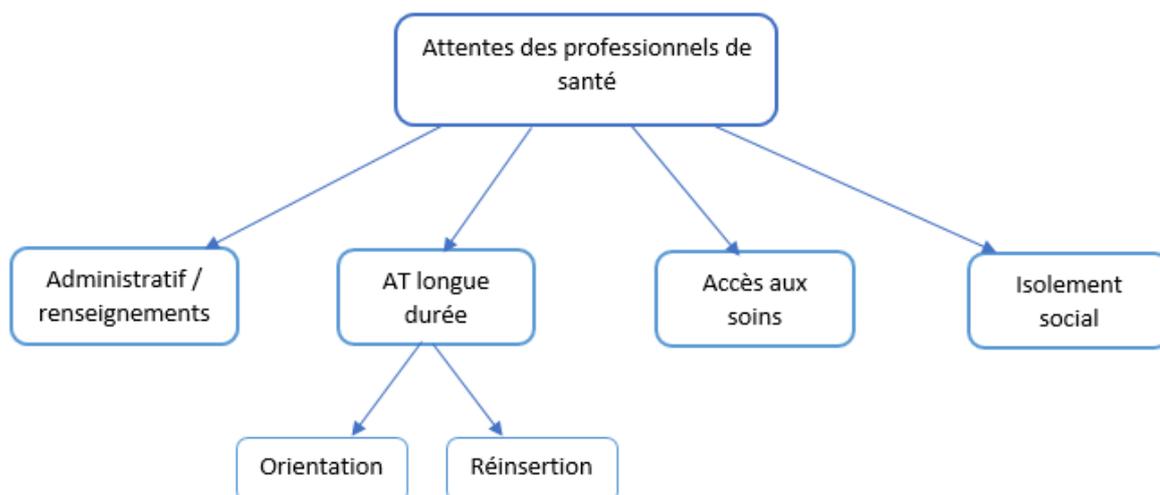
Dans notre expérimentation, les motifs étaient tous en rapport avec une problématique d'arrêt de travail de longue durée.

Dans ce cadre-là, d'après les résultats de ma collègue (38), et les miens, nous retrouvons une satisfaction globale pour les patients et les professionnels de santé. Ces derniers sont ravis de l'expérience avec le soulagement d'avoir une solution à apporter à leurs patients dans des situations complexes et de pouvoir faire avancer les choses plus rapidement. Cette expérimentation a permis de créer un lien entre le service social de l'Assurance maladie et les personnels de santé.

En revanche pour les professionnels de santé, on retrouve régulièrement un sentiment de déception quant aux champs d'actions et aux missions des ASS.

Ces schémas montrent la discordance entre les réels motifs d'adressage et les attentes que pouvaient avoir les professionnels de santé de cette expérimentation.





En effet, quand nous les questionnons sur les besoins en termes de problématique sociale, nous retrouvons beaucoup d'attentes au sujet de l'accès aux droits et de la précarité sociale.

Ce motif fait partie des missions des ASS de CARSAT, il serait donc intéressant d'échanger avec la CARSAT à ce sujet afin de voir les possibilités de réalisation au sein de la MSP.

La deuxième action dont les professionnels de santé sont demandeurs, et notamment une infirmière, est la problématique de maintien à domicile qui concerne plus les personnes âgées ou en situation de handicap. La problématique est que le champ du social est tellement large que les actions ne peuvent toutes être réalisées par les mêmes structures. Pour avoir un champ d'action aussi large que les besoins il faudrait avoir deux assistantes sociales au sein des MSP : les AS de la CARSAT pour tout ce qui concerne les problèmes d'accès aux soins et la prévention de la désinsertion professionnelle et une assistante sociale de secteur (du Conseil départemental) pour les problématiques de maintien à domicile et d'aide financière.

Après se pose la question : y-a-t-il besoin d'avoir un assistant de service social de secteur au sein d'une MSP ?

D'après les entretiens des patients de ma co-thésarde (38), nous constatons que certains patients ne souhaitaient pas que la personne qui gère leurs problèmes financiers se trouve au sein de la MSP.

De plus la problématique financière est traitée par les ASS qui travaillent au sein des CMS qui ont une bonne répartition territoriale et donc restent facilement accessibles pour les patients.

Nous constatons donc deux avis différents des deux partis, pour mieux répondre à cette question il faudrait réaliser deux études à plus large spectre concernant les besoins en termes d'assistance sociale, une auprès des professionnels et surtout une auprès des patients qui restent au centre de la prise en charge afin de savoir s'il serait utile pour eux d'avoir toutes les missions possibles d'une ASS dans la MSP.

2.3. Personnes cibles : le régime général uniquement ?

Un gros point négatif rapporté par les professionnels et probablement vécu par les patients hors régime général est la limite d'accès dû à la séparation de gestion des différents régimes de sécurité sociale.

Il y a même eu des erreurs d'orientation, un des médecins explique avoir orienté un patient vers les ASS de CARSAT alors qu'il dépendait du régime des fonctionnaires, l'ASS l'a bien sûr reçu et a tout de même pu donner des informations et des contacts pour aider cette personne.

En effet la sécurité sociale est encore divisée en plusieurs branches (39). Depuis déjà plusieurs années est discuté le regroupement des différents régimes sous le régime général (40). Depuis 2018, le Régime Etudiants de Sécurité Sociale (RESS) est supprimé et les étudiants sont rattachés à au Régime Général, il en est de même avec le Régime Social des Indépendants (RSI). Mais persiste toujours de façon indépendante le régime des fonctionnaires, le régime agricole, la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), et les régimes spécifiques pour les marins, les employés de la RATP, de la SNCF, des mines, d'EDF/GDF et de la Banque de France.

Il paraît actuellement difficile d'avoir des travailleurs sociaux de chaque régime au sein des MSP, mais cela reste une piste de travail à garder en tête. Il pourrait être envisagé d'avoir un travailleur social formé au fonctionnement des différents régimes qui aurait des contacts avec les différents organismes et qui ainsi pourrait venir en aide à tous les patients.

2.4. Lien entre la problématique sociale et la santé

La définition de la santé selon l'OMS (41) donne bien place au secteur social dans la santé. Depuis plusieurs années d'ailleurs, nous développons de plus en plus la prise en charge sociale en lien avec le médical pour une prise en charge globale, d'autant plus dans le secteur des MSP ou l'évolution tend à créer de plus en plus de pluriprofessionnalité.

Dans notre étude nous retrouvons deux points de vue à ce sujet. Du côté des professionnels de santé, le lien est évident et, pour eux, intégrer le social au médical permet une amélioration de la prise en charge des patients avec un globalité augmentée. La présence des ASS au sein de la MSP leur facilite les choses et leur font gagner du temps sur un sujet qu'ils ne maîtrisent pas totalement.

2.4.1. La situation sociale dans notre santé

De nombreuses situations montrent que notre situation sociale est un acteur important de notre santé.

Bien que nous soyons dans un pays avec une Assurance Maladie conséquente permettant un accès aux soins pour tous, la précarité est un frein à l'accès aux soins. D'après un travail de thèse réalisé en 2017 à la faculté de Rennes (42), les personnes en situation de précarité se définissaient comme étant en moins bonne santé que la population générale et que leur santé n'était pas une priorité. Les conditions de vie tel que le logement, l'emploi et l'alimentation passaient au premier plan. L'étude de Lelu D. (36) confirme ce fait avec un taux de renoncement aux soins plus important dans les populations précaires.

Un exemple très parlant est à propos des soins dentaires, bien qu'il soit prévu une prise en charge à 100% à partir de 2020 ; actuellement il reste à charge 23% sur les soins dentaires et 40% sur les actes prothétiques en moyenne avec de grandes disparités géographiques (43).

Le niveau de revenus définit également nos consommations en termes d'alimentation et d'activité sportive, qui nous le savons bien sont des facteurs de risques important pour de nombreuses pathologies.

Si nous regardons dans la littérature, de nombreuses études démontrent un lien significatif entre la situation sociale et différentes pathologies. Une méta analyse portée sur des cohortes internationales (44) démontrait un lien significatif entre l'insécurité de l'emploi et la survenue d'un diabète. Ou encore sur la santé mentale comme le montre une étude allemande (45), l'insécurité de l'emploi et le chômage seraient liés de façon significative à la dépression.

Le niveau socio culturel, qui intervient dans la compréhension de notre fonctionnement anatomique et physiologique, pourrait entraîner des retards, des refus ou des prises en charge complètement différentes face à une même pathologie. C'est ce que montre par exemple un travail de thèse réalisé à Paris en 2016 (46) où est mis en évidence un gradient social relatif au défaut de participation au dépistage des cancers gynécologiques chez la femme et qu'un soutien social était important pour favoriser la participation à ses dépistages.

Ce lien se fait dans les deux sens, puisque notre santé définit également notre vie sociale. Une étude réalisée en 2015 sur les déterminants de la consommation d'alcool chez les jeunes (47) illustre bien cette dualité : elle fait remarquer que les facteurs socio-démographiques présents dans l'enfance sont déterminants d'une consommation excessive chez l'adolescent ou l'adulte jeune et en retour que cette consommation excessive est un acteur majeur dans leur santé future et leur vie sociale et professionnelle.

Ainsi, le lien entre la santé et la problématique sociale paraît évident et ce dans un panel très large. Il paraît donc licite d'associer une prise en charge sociale à la prise en charge médicale.

Aux Etats-Unis, face au fait que les problèmes financiers engendrent des effets néfastes sur la santé chez la population pédiatrique, Bell et al (48) ont évalué les bénéfices des PMF, Partenariat Médico-Financiers. Ces PMF sont de nouvelles collaborations intersectorielles dans lesquelles les systèmes de santé et les organismes de services financiers travaillent en collaboration. Leur objectif est d'améliorer la santé en réduisant le stress financier des patients, principalement dans les communautés à faibles revenus. Avec cette étude ils arrivaient à la conclusion que ces PMF pourraient être un nouveau modèle de soins de santé en amont visant à promouvoir le bien-être financier et l'amélioration de la santé en synergie.

2.4.2. La santé au travail

Si on s'intéresse plus particulièrement à la santé au travail ; il existe en France un recensement des maladies professionnelles lorsque les conditions d'une activité professionnelle ont des répercussions sur la santé du travailleur. Elles sont répertoriées sur les tableaux de maladies professionnelles qui doivent répondre à des critères prédéfinis. (49) Les maladies ne répondant pas à tous les critères ou certaines maladies ne figurant pas sur ces tableaux peuvent tout de même être reconnues en maladie professionnelle par l'avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). (50) Cette reconnaissance permet une meilleure prise en charge pour les patients sur le plan des indemnités et de reclassement.

Mais le lien entre le travail et la santé dépasse bien ce cadre bien réglementaire de maladie professionnelle.

Un travail de thèse réalisé à Lyon en 2018 auprès de patients en arrêt de travail longue durée retrouvait l'idée que le travail pouvait avoir un rôle dans le bien-être mais être aussi un facteur de risque pour la santé physique et/ou psychique. (51) Elle remarquait que de nombreuses situations d'arrêt de travail s'enlisaient par manque de coordination du parcours de soin, avec en conséquence un risque de désinsertion sociale, de précarisation et même un risque plus augmenté de troubles mentaux.

Du côté des professionnels, une étude de 2014 relevait comme dans notre travail un manque de connaissances des acteurs et des dispositifs pour l'orientation des personnes en arrêt de travail afin de favoriser le maintien dans l'emploi. (52)

Deux situations plus complexes ressortaient plus fréquemment dans ce travail : les arrêts longue durée pour des pathologies ostéoarticulaires avec difficulté de reclassement professionnel du fait d'un âge plus avancé et les syndromes anxiodépressifs réactionnels à une détérioration des conditions de travail.

Ces situations de stress au travail sont un sujet d'actualité complexe. En 2009, un quart des arrêts maladie réalisés en médecine générale l'étaient pour une problématique de souffrance au travail, soit pour harcèlement, soit pour conflit au travail. Dans ces situations le médecin conseil estimait que 46% d'entre eux n'étaient pas justifiés. (53)

Un état des lieux réalisé auprès de médecins généralistes du Nord Pas de Calais retrouvait que l'arrêt de travail était prescrit avant la prescription de psychotropes et ce dans le but d'extraire le patient du milieu du travail et non pas parce que le patient était inapte à son poste. (54) Ces travaux faisaient tous deux remarquer que le lien entre les différents acteurs la prise en charge (médecin généraliste, médecin conseil, psychothérapeute) était insuffisant pour une prise en charge optimale.

Donc, cette expérimentation répondrait bien aux besoins constatés dans des travaux antérieurs. La présence d'une ASS de CARSAT au sein même de la MSP créé du lien avec le service social de la CPAM et permettrait, dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, un repérage précoce et une prise en charge plus adaptée et plus rapide.

La comparaison au niveau international sur le sujet n'est pas évidente. Du fait de la performance de la couverture médicosociale en France qui permet des arrêts de travail avec maintien de la rémunération, nous ne trouvons pas de bibliographie comparable au sujet de la prise en charge des arrêts de travail longue maladie.

2.5. Collaboration interprofessionnelle

Une thèse réalisée en Lorraine au sujet de la collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux mettait en évidence l'importance de dépister les personnes à risque de situations médico-sociales extrêmes et pour y parvenir, l'exercice commun semblait favoriser cette collaboration et ainsi une prise en charge commune plus précoce pour les patients. (55)

Dans nos recherches nous avons constaté que cette collaboration avec les ASS ne se fait pas au sein des MSP. Cette collaboration existe au sein des hôpitaux, dans les services de gériatrie ou pédiatrie par exemple. En ambulatoire on peut la rencontrer au sein des Centres Médico-Sociaux (CMS). J'ai donc profité, par le biais d'un stage en Protection Maternelle et Infantile (PMI), d'aller voir comment se passe cette association.

La PMI regroupe une équipe de médecins et infirmières puéricultrices dans le cadre de la prévention et le suivi des enfants de 0 à 6 ans. Les services de PMI se trouvent dans des CMS où travaillent également des travailleurs sociaux. La population rencontrée reste en majeure partie une population défavorisée et/ou immigrée.

Les patients qui y viennent ne sont pas forcément suivi sur les deux plans mais par le biais de locaux avec un secrétariat communs, ils ont la possibilité par eux-mêmes d'accéder aux deux selon leur besoins.

Aux patients consultants à la PMI et ayant des difficultés sur le plan social, des droits de sécurité sociale non ouverts, des problèmes financiers est proposée l'aide d'une ASS. Il peut également leur être proposé une Technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) dans le cadre de difficultés dans l'organisation familiale ou éducatif.

De plus les médecins et infirmières sont régulièrement en contact avec les ASS ; ils peuvent mutuellement sensibiliser un autre professionnel au sujet d'une famille, cela se fait par le biais d'échanges formels au cours de réunions appelées « synthèses » qui exposent des familles en situation complexe, ou par le biais d'échanges informels directs car travaillent dans les mêmes locaux.

J'ai pu constater que la collaboration et les informations transmises restent tout de même personne dépendante et équipe dépendante avec une problématique rencontrée fréquemment autour du secret médical.

Au Québec, comme nous l'avons vu en introduction, existent depuis les années soixante-dix les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui intégraient le volet social à la prise en charge médicale. Ce système basé sur le salariat n'a pas été développé de façon satisfaisante pour le gouvernement. Ainsi en 2002, une nouvelle politique basée sur les groupes de médecins de famille (GMF) associant au minimum des médecins, infirmières et personnel administratif se sont mieux développés.

Un équivalent a été développé en Ontario, avec plus de pluriprofessionnalité : les *family health team* (FHT). Ils regroupent des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, psychologues, etc. Ces deux types de services sont basés sur une gouvernance commune avec un mode de rémunération mixte (salariat et paiement à l'acte). (56)

Cela nous montre donc différents modes de gestion de la pluriprofessionnalité qui fonctionnent depuis plusieurs années, et ce pour le bien de la prise en charge des patients.

Ainsi nous pourrions imaginer une collaboration durable entre les travailleurs sociaux de CARSAT et les MSP, ou encore intégrer une travailleuse sociale au sein même d'une MSP.

2.6. Secret professionnel

Un questionnaire fréquemment rencontré concerne le respect du secret médical.

La loi Santé du 26 janvier 2016 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. (57)

L'article L1110-4 du code de la santé publique reprend donc les catégories de personnes concernées par le secret médical : « un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Cette loi permet donc un partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'un patient sous condition d'en informer le patient au préalable. « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que

ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

Dans notre étude le secret professionnel est donc bien respecté avec un échange des informations par le patient directement ou par courrier papier ou informatique avec accord du patient.

2.7. Pistes de réflexion

2.7.1. Tout d'abord sur le plan organisationnel

Les professionnels de santé rapportent un besoin de place, surtout rapporté au sein de la maison de santé de Besançon qui manque de bureaux pour pouvoir accueillir les ASS plus souvent.

De plus on peut facilement s'imaginer que pour les ASS ils seraient certainement plus agréable d'avoir un bureau dédié et qu'elles se sentiraient plus intégrées à la MSP. Et cela permettrait de fixer des plages horaires régulières pour que les patients et les professionnels ne s'y perdent pas.

2.7.2. Harmoniser les pratiques

- Sur le plan informatique

Les ASS utilisent au cabinet le logiciel commun de la MSP avec des restrictions d'accès afin de protéger le secret professionnel, ce qui leur permet d'accéder aux données administratives. En ce qui concerne les données médicales, ce sont soit les médecins qui font 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. L'utilisation de cet outil commun permet une traçabilité dans le dossier patient et un meilleur suivi.

En revanche l'outil de travail des ASS est un logiciel qui leur est propre et dont elles n'ont pas accès au sein des MSP ce qui limite leur travail sur place.

Avoir une ASS 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 PEC. Cela permet bien sûr d'initier les choses et ce plus rapidement mais en revanche les patients émettent une déception à devoir retourner à la CPAM pour la suite.

Il serait donc intéressant de voir avec la CNAM la possibilité d'une extension de leur outil de travail aux MSP afin de faciliter leur travail.

- Concernant la prise de rendez-vous et les moyens de contact

L'organisation est différente dans les deux MSP étudiées mais il me semble que dans les deux cas la présence des ASS 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 ASS ou de leurs secrétaires.

Il faudrait à mon avis donner un rôle plus important aux secrétaires des MSP pour cibler une plus grande population.

L'idéal, à terme, serait que les patients puissent même prendre seuls un rendez-vous quand ils en ont besoins sans passer par un médecin. Bien sûr cela demande plus d'information, il faudrait que les assistantes soient visibles sur internet dans la liste des professionnels de la maison de santé et augmenter le nombre d'affiches en salles d'attente.

2.7.3. Améliorer la collaboration interprofessionnelle

Le lien entre les différents professionnels de santé des MSP et les ASS est personnelle dépendant mais de nombreux entretiens relèvent un manque de communication et de convivialité.

La communication au cas par cas se fait bien par le biais d'échanges papier ou sur le dossier du patient.

Des réunions devaient être mises en place de façon trimestrielles pour échanger sur les pratiques ou certaines situations. Nous pourrions aussi, pour créer plus de convivialité et ainsi favoriser les échanges, mettre en place, comme le suggère un des interviewé, un « café social », c'est-à-dire prendre un quart d'heure deux fois par mois ou plus avant les consultations pour prendre un café en équipe et apprendre à se connaître.

2.7.4. Intégrer plus de professionnels

Mise à part les médecins généralistes, j'ai eu peu de réponse des autres professionnels de santé exerçant au sein de la MSP. Il est donc important de redéfinir leurs actions avec tous les professionnels de santé afin que tous puissent jouir de leur expérience et que plus de patients bénéficient d'une prise en charge optimale.

Pour aider à cela, développer un outil de dépistage de la précarité de type EPICES paraît être un bon moyen pour sensibiliser tout professionnel à la dimension sociale dans la prise en charge du patient.

2.7.5. Elargir le champ d'actions des ASS

Comme vu plus tôt, pour répondre aux attentes des différents professionnels, nous pourrions développer toutes les compétences des ASS de CARSAT sur place et ne pas se limiter au champ de précarité au travail.

De plus réfléchir sur l'intérêt et la faisabilité d'intégrer un travailleur social de secteur dans les MSP pour compléter la prise en charge sociale.

L'élargissement de la prise en charge à tous les régimes paraît par contre plus complexe dans l'immédiat.

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.

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 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'effectuer une 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 supposer des bénéfices telle que la diminution du coût des arrêts de travail longue durée.

Et enfin, comme détaillé dans nos discussions, il est important de développer les pistes d'amélioration 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 ;
- Harmoniser les pratiques et la communication interprofessionnelle ;
- Impliquer un plus grand nombre de professionnels avec par exemple un outil de dépistage de type EPICES.

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.

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

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation de la thèse :

Titre : Ressenti des professionnels de santé de la collaboration avec un assistant de service social au sein de deux maisons de santé pluriprofessionnelles de Franche-Comté

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 dans la maison de santé.

Présentation de l'interviewé :

Sexe :

Age :

Profession :

Depuis quelle année exercez-vous ? et dans cette maison de santé ?

Questionnaire :

1. Quelle catégorie de patient côtoyez-vous au sein de votre activité professionnelle qui selon vous pourraient avoir besoin de l'aide d'une assistante sociale ?

Un groupe d'âge particulier, une catégorie socio professionnelle ?

2. Comment avez-vous proposé à ces patients la consultation auprès des assistantes sociales ?

Ont-ils pris seuls leurs rendez-vous ou avec votre aide ?

3. Pour quel(s) motif(s) avez-vous dirigé des patients vers les assistantes sociales ?

4. Quel est votre ressenti global vis-à-vis de cette collaboration avec les assistantes sociales ?

5. Que pensez-vous de l'intégration de la ou des assistante(s) sociales au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ?

6. Quels sont, pour vous, les bénéfices ou inconvénients de cette collaboration ?

-pour votre pratique professionnelle ?

-dans la prise en charge des patients ?

7. Avez-vous changé votre façon d'exercer depuis cette collaboration ?

8. Quelles seraient pour vous les pistes pour améliorer cette collaboration ?

Annexe 2 : caractéristiques des professionnels interrogés

Entretien	Sexe	Lieu d'entretien	Durée d'entretien	Catégorie socioprofessionnelle	Ancienneté dans la MSP
1	Masculin	MSP Besançon	12 minutes	Médecin généraliste	2006
2	Féminin	MSP Besançon	10min 32sec	Médecin généraliste	2004
3	Féminin	MSP Besançon	9min 58sec	Infirmière ASALEE	2014
4	Féminin	MSP Besançon	5min 36sec	Secrétaire coordinatrice	1987
5	Féminin	MSP Besançon	15min 33sec	Médecin généraliste	2007
6	Féminin	MSP Besançon	11min 42sec	Médecin généraliste	2014
7	Masculin	MSP Baume-les-Dames	6min 23sec	Médecin généraliste	2006
8	Féminin	MSP Baume-les-Dames	12min 30sec	Coordinatrice	2005
9	Homme	MSP Baume-les-Dames	12 min 44sec	Médecin généraliste	2006
10	Homme	MSP Baume-les-Dames	12 min 56sec	Médecin généraliste	2012
11	Homme	MSP Baume-les-Dames	15min 11sec	Médecin généraliste	2005

Annexe 3 : Les entretiens

ENTRETIEN N°1 :

Moi : Donc, euh ..., 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, ma collègue fait le travail auprès des patients et moi vers les différents professionnels dans la maison de santé.

Voilà, donc premièrement je vais vous poser quelques petites questions pour vous présenter vous.

Donc vous êtes Médecin généraliste, depuis quelle année vous exercez ?

T : Alors avec remplacement ou sans remplacement ?

Moi : Avec remplacement.

T : Euh... Donc moi j'exerce depuis 2001, donc avec activité de remplacements exclusivement au départ et puis là moi je suis installé ici depuis 2006.

Moi : D'accord. Euh, du coup quelle catégorie de patients vous côtoyez dans votre activité professionnelle qui pourrait selon vous avoir besoin d'aide d'une assistante sociale ? une catégorie socio professionnelle particulière ? un groupe d'âge ?

T : Je ne pense pas qu'il y ait vraiment de catégorie particulière qui peut avoir accès aux assistantes sociale, on peut avoir des soucis effectivement dans la plupart des situations quelle que soit la catégorie socio professionnelle. C'est souvent, alors nous on fait souvent appel aux assistantes sociales quand il y a un problème lié au travail, surtout. Alors c'est sûr qu'effectivement quand on réfléchit on est surtout en difficultés par rapport aux salariés, à priori. Euh... en général on a quand même moins de difficultés avec les professions libérales ou indépendantes, c'est souvent quand il y a un problème de reprise de travail au sein d'une entreprise ou administration, etc. Donc on est plus sur, voilà sur les salariés mais après voilà euh, niveau catégorie socio professionnelle, je ne pense pas qu'il y ait véritablement de chose qui se dégage à priori, hein, moi d'après ce que j'ai... l'expérience, entre guillemets « la faible expérience » que j'ai avec les assistantes qui sont chez nous..., non non, je ne vois pas de profil particulier qui se dégage.

Moi : Hum... oui c'est un peu selon les besoins des patients... ?

T : C'est un peu, oui voilà c'est un peu le tout-venant effectivement. Bon après, on s'aperçoit malheureusement qu'on a de plus en plus de problèmes de conflits dans la plupart des administrations, alors ça ne touche plus que le privé, enfin voilà, ça touche un panel assez large malheureusement de gens donc ouais non non j'ai pas de profil particulier effectivement.

Moi : D'accord. Euh... du coup comment est-ce que vous avez proposé une consultation aux patients auprès des assistantes sociales ?

T : Et bien, c'est en général au cours d'une consultation classique quand ils viennent nous revoir justement à priori pour un problème de travail avec prolongation d'arrêt de travail. Bon souvent nous ce qui nous embête c'est quand effectivement on commence à avoir prolongation sur prolongation, quand ça commence un petit peu à trainer, euh... donc là on essaye de savoir un petit peu plus ce qui se passe derrière, il peut y avoir effectivement de gros problème de conflit au travail ou vraiment un poste de travail qui est vraiment inadapté par rapport à la situation du patient ou ... voilà. Donc il y a peut-être des choses à mettre en œuvre derrière au-delà de l'acte purement médical si vous voulez. Donc c'est là qu'en général moi j'enclenche la procédure, on va dire. C'est surtout effectivement par rapport à l'aspect administratif de l'arrêt de travail.

Moi : Et euh, du coup c'est eux qui prennent leur rendez-vous tout seul ou c'est vous ... ?

T : Oui. Alors en général je leur dis « voilà, on a une assistante sociale chez nous » ; alors déjà en général « ah bon, c'est bien », hein, le fait qu'elle soit sur place parce que euh... la partie patient je veux dire, va dégager ça, mais voilà je leur dit, je leurs explique, voilà, ce qu'elles peuvent leur apporter, et je leurs dit « A ce moment-là vous prenez rendez-vous, vous voyez avec la secrétaire ». Je renvoie vers le secrétariat.

Moi : D'accord. Euh... donc bon du coup vous avez déjà un peu répondu à la question, pour quel motif vous avez dirigé les patients vers les assistantes sociales ?

T : Oui c'est essentiellement les histoires de difficultés de reprise de travail.

Moi : Hum. Euh ... du coup quel est votre ressenti global par rapport à la collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Ben a priori on a plutôt des bons retours. Euh... les gens sont satisfaits parce que déjà le fait qu'elles soient sur place... Pareil, j'empêche sur la partie patients mais c'est vrai que nous on a ce retour-là, si vous voulez effectivement, des patients qui nous disent « ben ouais effectivement il y aurait fallu aller à la caisse rue Denis Papin, voilà on n'y serait pas allé ». « Attendre deux heures, trois heures, quatre heures » enfin bref... Donc le fait que ce soit sur place, ils connaissent nos locaux donc ça c'est quand même déjà pas mal. Et puis voilà nous on a un petit retour, un petit débrief avec les assistantes sociales, qui nous tiennent un petit peu au courant de ... Alors peut-être, ça serait peut-être le point à développer, améliorer, parce que je ne pense pas forcément assez, entre guillemets, par rapport à tous les gens qu'on peut leur envoyer on a des fois pas forcément le retour ou en tout cas pas tout de suite, donc ça serait peut-être ça éventuellement à améliorer on va dire.

Mais sinon, non non, elles nous apportent... Le fait je vous dit, qu'elles soient sur place c'est que les gens y aillent, ça déjà voilà, pour nous, c'est déjà un bon point. Euh... parce que sinon nous on a des situations des fois qui traînent, des gens qui ne veulent pas aller voir l'assistante sociale, le médecin du travail, etc... donc ben on prolonge, on prolonge, on prolonge jusqu'au jour où ils vont être convoqué par le médecin conseil, pour une décision boum qui va tomber ; donc c'est bien d'anticiper un petit peu ces choses-là. Donc voilà le fait vraiment qu'elles soient physiquement sur place ça c'est vraiment un gros plus.

Moi : Euh... Que pensez-vous de l'intégration au sein de l'équipe pluriprofessionnelle des assistantes sociales ?

T : Ben écoutez, je pense qu'elles se sont pas mal intégrées. Alors pareil je fais un petit peu écho à ce que j'ai déjà dit là il y a trente secondes je pense que ça serait peut-être bien qu'on les voit un peu plus. En tout cas, voilà qu'il y ait éventuellement un peu plus ...

Moi : plus de rencontres euh... ?

T : Ouais des choses peut être un peu plus formelles si vous voulez, voilà de réunions, enfin réunions entre guillemets on ne va pas non plus être victime de la réunionite aigue mais qu'il y ait des choses plus organisées, voilà euh ... Alors ça peut très bien être une secrétaire comme la coordinatrice, Florence qui organise ça : Voilà on fait un point avec docteur machin, docteur truc, voilà, tous les... je ne sais pas moi, une fois par mois, une fois tous les deux mois, il faut voir en fonction du volume de ce que ça représente. Il n'y a pas forcément grand-chose si vous voulez à dire mais au moins qu'on ait un petit débriefing. Alors je sais qu'elles notent quand même, effectivement elles mettent une petite note dans le dossier donc ça c'est très bien, parce que nous on peut quand même voir effectivement ce qu'elles en pensent, ce qui a été dit, fait. Mais je pense que ça n'empêche pas de... Voilà, la rencontre physiquement parlant, qu'on puisse en parler de vive voix. Mais voilà, hormis ça, non non, je pense que ça se passe bien, il n'y a pas de soucis.

Moi : Très bien. Euh donc pour vous quels sont les bénéfices pour votre pratique professionnelle ?

T : Ben c'est surtout qu'on ait un déblocage d'une situation. Ce que je vous dis, nous la difficulté qu'on a c'est que ben, on voit les gens qui reviennent « Ben faut me prolonger, faut me prolonger, faut me prolonger », donc il y a un moment donné, voilà... alors ça peut être tout à fait justifié je ne dis pas mais à un moment donné, voilà, on patauge un petit peu et on prolonge certes mais qu'est ce qu'on fait derrière quoi ? Donc ça, ça nous ouvre une porte effectivement, pour effectivement, peut être accélérer un peu les choses, qu'il y ait des solutions proposées aux patients, pour qu'ils puissent s'en sortir et qu'on sorte un petit peu de cette prolongation d'arrêt de travail parce que ce n'est pas non plus une fin en soit, on est d'accord. Donc ça c'est vraiment le gros point positif.

Moi : Et des inconvénients ?

T : Et ben inconvénients je n'en vois pas. Enfin franchement, voilà elles viennent sur place, donc les patients sont contents, nous on est content aussi parce que là ça débloque certaines situations donc euh... pff... honnêtement je ne vois pas.... Ah si le petit point éventuellement, petite remarque négative qu'on pourrait faire c'est que c'est entre guillemets très cloisonné par rapport au régime, de sécu, donc voilà elles ne peuvent entre guillemets voir que le régime général. Donc on aimerait éventuellement voir si ça pourrait être possible effectivement pour les autres régimes, MGEN, MNH... j'en passe et des meilleures... ou là des fois on a effectivement aussi quand même des difficultés. Alors après c'est pareil, c'est d'autres circuits, je sais plus, une question nationale on va partir sur un comité médical faire un certificat machin, etc. Mais à la limite ça serait peut-être bien si on pouvait imaginer le même système,

ça serait peut-être pas mal, voilà qu'on puisse avoir physiquement des assistantes sociales ou je ne sais comment ils appellent ça à l'éducation nationale mais qu'on puisse en discuter de vive voix. C'est vrai qu'on fait les certifs, ça part en comité médical, on ne sait pas trop ce qui se décide, donc voilà. C'est le seul point un petit peu négatif, c'est que ça... voilà, ça ne concerne pas l'ensemble de notre patientèle. C'est un petit peu dommage.

Moi : Et du coup est-ce que ça a changé votre façon d'exercer ?

T : Ben non, je dirai la façon d'exercer de base, c'est toujours la même. Parce que voilà, on voit des gens qui viennent pour un problème ou plusieurs problèmes médicaux, le raisonnement médical est le même si vous voulez. Euh... ça ne va pas modifier mes prescriptions d'arrêt de travail par exemple, voilà s'il y a un arrêt de travail qui est justifié, de toute façon dans l'urgence entre guillemets voilà on arrête. Par contre là encore c'est surtout sur la prolongation et donc le devenir du patient que là ça a changé les choses. Mais sur la pratique médicale pure en elle-même non ça n'apporte ..., non ça n'apporte pas de modification.

Moi : Et puis quelles seraient les pistes d'amélioration ? Vous m'avez dit les rencontres, élargir le champs ...

T : Ouvrir aux autres régimes et puis éventuellement qu'il y ait un peu plus de rencontres physiquement parlant avec les assistantes sociales. Je crois que c'est vraiment les deux pistes qu'on peut... puis éventuellement si pérenniser les choses. Parce que là on est que sur une expérimentation, donc voilà après si l'expérimentation s'arrête au bout de six mois ça serait un peu dommage vu que c'est quand même plutôt positif pour nous. Donc ça on espère que ça se pérennisera, après voilà tout est à définir, à quelle rythme ..., voilà, mais euh ça serait quand même bien qu'on parte sur quelque chose sur le long terme, on est bien d'accord.

Voilà, non non, au niveau amélioration à part ça je ne vois pas... je ne vois rien d'autre.

Moi : je n'ai plus de questions, vous n'avez pas d'autre remarque euh... ?

T : Ben écoutez non, ça fait un peu le tour de la problématique hein, non non, ce n'est pas mal. Non non je n'ai rien de plus à ajouter, après je vous dis hein, en espérant que ça se pérennise, on verra... après si la thèse est plutôt positive... On n'empiète pas sur les résultats mais vu ce que disent également les collègues je pense ça serait étonnant qu'on soit sur quelque chose de négatif donc euh... ça devrait être plutôt positif, donc très bien.

Moi : Oui, il n'y pas beaucoup de bibliographie mais dans ce qui a pu être fait un peu des fois ailleurs, il y a très peu de négatif qui en ressort, enfin c'est des problèmes d'organisation qui s'améliorent, s'adaptent.

T : D'accord, mais sur le principe en général on apporte quand même un plus par rapport au patient, donc il n'y a pas de raison que ce soit perçu comme négatif. Hein donc euh... très bien ! Parfait.

Moi : Bien, merci beaucoup.

ENTRETIEN N°2

Interview réalisée en présence d'une interne en stage auprès de ce médecin mais qui n'est pas intervenue dans la discussion.

Moi : Donc, euh ..., je crois qu'on s'était rencontré aussi, j'étais passé avec Léa, donc on fait une thèse

T : commune

Moi : Oui, pour évaluer le ressenti, elle du côté des patients et puis moi du côté des professionnels de la maison de santé donc de cette collaboration avec les assistantes sociales.

Donc euh, c'est un questionnaire anonymisé...

Euh... donc vous êtes médecin généraliste.

T : oui...

Moi : Vous exercez depuis quelle année ?

T : Depuis 2000.... Euh je réfléchis, je réfléchis, ça fait un petit moment, c'est 2004. Puisque j'ai eu ma thèse en 2003 voilà.

Moi : D'accord. Et puis dans cette maison de santé ?

T : Depuis 2004, depuis janvier 2004.

Moi : Bien

T : ça fait un petit moment déjà...

Moi : ça passe vite hein !

T : Hum, très vite !

Moi : Euh...Hum, alors est ce qu'il y a une... enfin quelle catégorie de patients vous côtoyez qui peuvent selon vous avoir besoin d'une assistante sociale ? une catégorie socio professionnelle particulière, un groupe d'âge particulier ?

T : Je dirai... euh... pff... que c'est des conditions socio... euh, pff... c'est en fonction je dirais du cas par cas, je n'ai pas de groupe plus particulier. Après c'est souvent des gens qui ont des boulots quand même assez difficiles, hein, qui nécessitent des arrêts de travail. Ces derniers temps on constate quand même pas mal de difficultés avec les employeurs, résultats ils se retrouvent dans des situations complexes qui nécessitent des arrêts longs donc au bout d'un moment il y a des soucis d'indemnités journalières qui arrivent donc c'est à ce moment-là qu'on sollicite les assistantes sociales parce que voilà au niveau administratif, hein, nous on n'est pas très bien lotis dans notre formation même quand on passe chez, à la sécurité sociale. Hein, on oublie vite, hein ?

Moi : oui et puis c'est une journée...

T : c'est une journée..., Donc voilà il y a ça, euh... Donc là depuis qu'il y a les assistantes sociales, voilà, c'est vachement pratique pour les patients du quartier, les gens consultent parce qu'il y a un délai quand même..., ils viennent plus facilement. Après quand les personnes ce n'est pas pour des histoires d'indemnités journalières je les renvoie des fois à l'assistante sociale soit de quartier, ou à l'assistante sociale directement à la Sécu pour d'autres problématiques que ça soit complémentaire, mutuelle qui ne fonctionne pas, enfin des choses comme ça. Donc voilà, ça reste au niveau de la catégorie de l'âge je dirai les gens qui travaillent quoi, ça peut varier de 30 jusqu'à 60, 62, 65 en fonction des... et puis quand même dans des conditions souvent des gens socioéconomiques un peu bas malgré tout, donc voilà. Est-ce que j'ai répondu à la question ?

Moi : Oui. Oui oui, très bien. Euh, comment est-ce que vous avez proposé aux patients la consultation ?

T : Comment ? Alors, pff..., comment je m'y prends ? Euh, je parle beaucoup avec les patients donc euh, je leur propose, enfin quand voilà, eux ils ont fait leurs démarches avant et que ça ne fonctionnait pas je leur dis voilà que ça fait peu de temps qu'on a une assistante sociale qui vient un jeudi tous les quinze jours, euh... donc on voit avec leur planning et puis je leurs dis de prendre bien rendez-vous, d'emmener bien leurs papiers. Généralement, ils viennent et puis je fais un mot pour l'assistante sociale pour expliquer la situation d'un point de vue plus administratif, plus strict pour qu'elles y voient plus clair parce que des fois les patients s'embarquent dans des explications plutôt médicales d'ailleurs, l'assistante sociale des fois elle est un peu perdue, elle nous renvoie. Donc voilà, et puis elles, elles me renvoient un message.

Moi : D'accord.

T : On scanne dans le dossier du patient, comme ça, ça nous permet d'avoir un petit courrier de retour, de savoir...

Moi : D'accord. Donc c'est eux qui prennent leur rendez-vous tous seuls ?

T : Oui, ils voient avec la secrétaire pour le planning. Alors après pour l'instant c'est tous les quinze jours, parce qu'au départ on voulait tous les jeudis matin, toutes les semaines. Tout compte fait il n'y a pas eu une demande suffisante, alors c'est par vagues, à mon avis ça va fonctionner comme ça donc là c'est tous les quinze jours et puis elles prennent quand même je crois une heure à peu près, il me semble, donc sur une matinée c'est vite plein quand même mais ça va. Ils sont très satisfaits.

Moi : Du coup pour quel motif vous avez dirigé les patients vers les assistantes sociales ?

T : Ben pour les problèmes d'indemnités journalières et sur des congés longue maladie en fait. Hum.

Moi : Quel est votre ressenti global par rapport à la collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Super ! Moi je trouve ça génial. Les patients aussi. Euh, c'est un gain de temps, c'est... nous aussi on y comprend un peu plus et puis ça a amélioré je dirai, même l'échange quand elles travaillent, elles nous laissent leurs coordonnées, on les appelle à la caisse, enfin elles

connaissent un peu... enfin je trouve ça a amélioré la prise en charge. Il faudrait qu'on ait plus de temps à leur ..., enfin de bureaux disponibles à leur laisser ici ça serait bien. Voilà ... Pour les prochaines maisons de santé, hein, c'est le but, de la thèse...

Moi : Oui c'est ça, c'est l'objectif... Euh, que pensez de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe de la maison de santé ?

T : Ça a été une idée... une très bonne idée. Je sais plus qui avait eu l'idée, mais enfin peu importe c'est une très très bonne idée. Au départ on se demandait si ça allait fonctionner, avec les patients. Après ce qui est un petit peu dommage, c'est que pour l'instant dans le cadre du travail elles nous proposaient uniquement par rapport au congé longue maladie, aux indemnités, retard de paiement d'indemnités journalières. Euh, par exemple ce qui serait bien c'est des personnes qui ont des problèmes avec leur CMU, avec les mutuelles complémentaires, qui ne sont pas à jour, qui ont du mal à faire les démarches, qu'on puisse leur euh, qu'elles viennent, enfin, aussi pour ça mais... après elles n'ont pas tout à disposition ici aussi, ce que je comprends donc euh... Mais je pense que ça se fera, ça va se faire avec le temps.

Moi : A développer ?

T : oui.

Moi : Euh, donc pour vous quels sont les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration ?

T : Il n'y a pas d'inconvénients, je ne vois pas d'inconvénients pour l'instant. Euh, et puis les bénéfices ben c'est ce que vous ai expliqué juste avant hein, donc euh. Ça a vraiment facilité euh... Après il faudrait qu'on ait avec les assistantes sociales des mutuelles complémentaires parce que là c'est que pour les gens du régime général. Il y eu une fois je me suis trompé, j'ai dû envoyer une patiente qui n'était pas du tout du régime général alors elle était très déçue parce que... mais elle l'a quand même orientée, c'était quand même... ce n'était pas négatif du tout. Et euh, donc non il faudrait qu'on puisse avoir encore plus de créneaux, plus de disponibilités, c'est un travail d'équipe de toute façon. Que du bénéfice.

Moi : Et du coup est-ce que ça a modifié votre façon d'exercer au quotidien, euh ... ?

T : On n'en a pas vu nous, beaucoup hein ? Pour l'instant, ces derniers temps. (*En s'adressant à son interne*). Euh..., modifier non car je les adressais avant à la sécu, après c'était plus lourd parce que les patients rappelaient en disant qu'ils n'avaient pas de rendez-vous, ou que c'était mal pris. Alors moi je trouve que c'est un gain de temps, et puis leur donner une réponse qui est assez rapide quand même, car les délais ne sont pas si longs que ça hein, malgré tout. Donc non c'est...

Moi : Bien. Et pour vous donc est ce qu'il y aurait des pistes pour améliorer le travail en équipe, la collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Ben je vous dis, plus de disponibilités de la caisse, de pouvoir avoir les locaux nécessaires pour pouvoir, qu'elles soient... Je dirai le top dans une future maison de santé, ça serait d'avoir

une assistante sociale je dirai à temps plein et puis qu'elle puisse faire je dirai une coordination avec les caisses et puis pouvoir arranger et voir de tout en chacun, ça serait super ça.

Après je crois qu'on a une réunion, alors je ne sais plus tous les combien avec elles, on fait une synthèse. Parce qu'elles sont venues se présenter, on a mis un petit peu le travail et les objectifs qu'on voulait mettre ensemble et euh, il me semble alors qu'on a tous les... par trimestre il me semble c'est par trimestre ouais, on a une re-rencontre avec l'ensemble de l'équipe d'ici et d'elles et puis il y a des échanges, mail, téléphone... Non et puis par courriers interposés pour les dossiers patients... Moi je n'ai rien de plus à dire hein.

Moi : Bien

T : Il faut juste qu'il y ait plus, voilà. Là nous est un peu embêté par les locaux, il nous manque un peu de place mais ça peut être pour l'avenir, pour monter des projets de maison de santé, ça serait bien oui.

Moi : Je pense que oui, c'est une bonne idée.

T : Une très bonne idée.

Moi : Alors même sur des choses après étendues, en dehors des problèmes de travail quoi ?

T : Oui exactement en dehors de la CPAM.

Moi : Enfin il y a déjà les assistantes sociales de secteur mais c'est vrai que quand elles sont sur place ça aide beaucoup aussi.

T : Mais c'est vrai qu'ici on n'est encore pas trop mal lotis on en a une vraiment à 200mètres là donc euh. Mais qui ont beaucoup de travail, on est dans un quartier qui est très mixé donc euh on a une population où il n'y a pas de soucis socioéconomiques et une autre population où c'est vraiment assez bas et euh elles sont très sollicitées quand même. Donc euh, ça serait, quitte à avoir je ne sais pas moi, deux assistantes sociales ça serait le top ! Une assistante sociale de quartier et puis une assistante sociale de caisse quoi. L'avenir on verra. Ça va évoluer comme ça à mon avis, je pense.

Moi : J'ai fini avec mes questions, est ce que vous avez un commentaire à ajouter ?

T : Non c'est une super idée de thèse. Et d'être à deux c'est sympa le concept, vous partager le travail, pour l'intégration des données, le partage, ça va être sympa.

Moi : oui et c'est stimulant de le faire à deux aussi. Et merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

ENTRETIEN N°3

Moi : Donc, nous sommes deux internes à travailler ensemble pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé, ma collègue fait le travail auprès des patients et moi vers les différents professionnels dans la maison de santé.

Donc vous, vous êtes infirmière ASALEE ?

T : Oui c'est ça.

Moi : Euh... vous exercez depuis quelle année ?

T : Ça fait 4 ans.

Moi : Que vous êtes au sein de la maison de santé ?

T : Oui.

Moi : Et du coup avant vous étiez infirmière euh ... ?

T : Ben j'étais la coordinatrice, chef de service en fait dans un organisme de... euh... une structure médico-sociale on va dire.

Moi : D'accord. Euh... Donc est-ce que dans votre activité professionnelle vous rencontrez une catégorie socioprofessionnelle particulière qui pour vous aurait besoin d'aide, enfin besoin d'un entretien avec une assistante sociale ?

T : Euh... oui je dirai une grande partie des patients que je vois. Oui

Moi : Est -ce qu'il y a une catégorie particulière, un groupe d'âge, une catégorie socio professionnelle ?

T : Non pas particulièrement, parce que ça peut être euh, si on reste sur les fonctions qui sont plutôt vaste en fait de l'assistante sociale, ici c'était très ciblé. Après sur la fonction purement assistante sociale franchement, je, voilà, je... tout le monde en aurait besoin, voilà quoi, enfin toutes les catégories, pas tout le monde en a besoin, voilà, mais dans toutes les catégories on pourrait avoir effectivement des besoins d'une assistante sociale. Ça voilà, je suis persuadée.

Moi : Euh, du coup comment avez-vous proposé à certains de vos patients des consultations auprès des assistantes sociales qui sont là à la maison de santé ?

T : Euh, ben en fait comme une solution, en fait... En fait dans la relation que j'ai avec le patient on essaye de créer alors bien sur une relation de confiance mais surtout moi, j'essaye de proposer en fait au patient tout un panel de pistes qui peuvent... de chemins, d'ouvertures, moi je ne sais pas comment dire, voilà, pour que lui puisse après, lui, venir puiser, genre couteau-Suisse, quoi, voilà. Il y a plein de trucs, « tac-tac-tac » et lui vient prendre ce dont il a besoin. Voilà et du coup, ben, l'assistante sociale elle fait partie en fait de ce couteau Suisse, (*rires*), voilà, qui peut permettre à accompagner le patient à résoudre une de ses problématiques en tous les cas pour atteindre un de ses objectifs à lui quoi, Voilà. Donc c'est, ... je le présente de cette façon-là, en fait simplement.

Moi : D'accord. Et du coup, c'est euh... voilà, vous leurs proposez euh, les choses et après c'est eux qui prennent leur rendez-vous s'ils en jugent avoir besoin ?

T : Oui, oui exactement.

Moi : D'accord. Euh, du coup, pour quel(s) motif(s) vous avez dirigé les patients vers les assistantes sociales ?

T : Alors ici, c'était tellement ciblé que en fait voilà c'est toujours par rapport à une problématique de travail, d'arrêt de travail, voilà, euh, donc c'était vraiment dans ce cadre-là, en fait. Donc euh, pff, si on élargissait, moi j'envoie régulièrement d'autres patients à d'autres assistantes sociales, voilà. Après l'accès il n'est pas aussi simple, parce qu'elles ne sont pas sur place. Voilà, après là j'étais obligée de rester collée au motif pour lesquelles elles étaient présentes.

Moi : Oui, bien sûr. Euh...

T : Un peu frustrant, ceci dit.

Moi : D'accord. (Rires)

Quel est votre ressenti global par rapport à la collaboration avec les assistantes sociales là au sein de la maison de santé ?

T : Euh, ben c'était plutôt positif. Euh, après ça n'a pas été facile de se voir, je trouve, parce que les journées, les demi-journées où elles sont là en fait elles enchainent de la consultation, ce qui fait qu'on n'a pas le temps de créer en fait un lien, de papoter comme nous entre professionnels où on est en permanence là, on a forcément des trous dans nos agendas, du coup on se retrouve, il y a des moments voilà, de convivialité, on fait « pia, pia pia », on fait connaissance vraiment quoi voilà. Et du coup on échange sur nos pratiques, sur nos besoins, sur euh... La honnêtement, voilà à part avoir bu une fois un café et papoté une fois avec une, c'est tout ce que j'ai pu faire quoi.

Moi : D'accord. Euh... donc pensez-vous que leur, euh... que pensez-vous de leur intégration au sein de l'équipe ? Ça rejoint du coup un peu la question précédente...

T : Oui, oui. Alors je ne sais pas, il faudrait plutôt voir avec elles ce qu'elles en ont pensé. Euh, nous ça a été assez simple, en fait de les... En tous les cas l'idée de collaborer avec un travailleur social ça a été plutôt vu d'une façon très positive et accueilli, euh... avec plein de bienveillance. Enfin voilà sans se dire « oh là là », enfin voilà il n'y a pas eu de ça du tout quoi, voilà. Pour nous ça a été facile, pour elles je ne sais pas. (Rires). Il faudra leur demander. (Rires).

Moi : Euh, du coup quels sont pour vous les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration ?

T : Ah, les bénéfices il y en a plein. Il y a plein de bénéfices parce que en fait c'est apprendre à connaître le métier des autres, euh, apprendre à travailler en équipe bien évidemment, du coup, euh, permettre au patient de l'accompagner d'une façon bien plus globale, ne pas se centrer uniquement sur une pathologie ou je ne sais pas quoi, voilà. Et on sait en plus que tant qu'on

n'a pas réglé le problème qui ronge la personne, ben voilà, elle ne va pas se concentrer sur ses problèmes de santé. Euh, voilà, c'est essayer de créer du lien justement avec deux mondes complètement différents avec des approches complètement différentes que sont le médical et le médicosocial, voilà on est sur deux planètes différentes, on a pas du tout les mêmes approches donc ça s'est plutôt bien voilà de bosser ensemble. A partir du moment où il y a du confort pour le patient et bien, c'est top. Et ça c'est un retour qui a été, voilà c'est vrai que c'est idéal pour le patient de venir sur le même lieu, de ne pas aller dans un endroit type sécurité sociale, voilà c'est « argh », ça fait un peu peur, là ils connaissent ici, c'est leur, euh, c'est un lieu dans lequel ils viennent avec assez de facilités donc c'est bien.

Euh, du négatif, qu'est-ce que je pourrais dire de négatif, et bien voilà, que malheureusement il faut bien expérimenter, il faut bien commencer sur quelque chose, c'était trop trop ciblé pour moi. Voilà j'aurai besoin de, surtout dans mon travail à moi je ne rencontre pas forcément ce profil de patient, quoi, voilà donc euh. Du coup j'ai tiré guère de bénéfices et très peu de mes patients ont pu bénéficier de cette prestation-là. Donc voilà je trouve ça dommage. Et puis je pense qu'il faudrait effectivement qu'il y ait une présence un peu plus importante, même si effectivement il n'y a pas de rentabilité au démarrage, quoi que, voilà, si elles sont ouvertes à faire plus de types de prise en charge, euh, très vite il va y avoir une montée en charge et voilà. Donc il faudrait qu'elles soient plus présentes qu'on puisse effectivement travailler plus ensemble, qu'elles puissent venir aux réunions, qu'on puisse ..., être intégrées, quelle puisse être intégrées dans l'équipe de travail quoi, voilà. Ce qui n'est pas le cas mais bon on est sur une expérimentation, voilà.

Moi : il faut commencer par quelque part.

T : Exactement, exactement.

Moi : Euh, du coup est ce que ça a changé votre façon d'exercer, le fait de faire les choses depuis quelles sont là ?

T : Objectivement, honnêtement non. Parce que, parce que ben moi ça fait longtemps que je travaillais dans le, avec le médicosocial voilà, j'ai toujours collaboré, voilà, enfin toujours non mais voilà, dans le job avant je bossais avec des assistantes sociales, euh, j'avais dans mes équipes des assistantes sociales donc les travailleurs sociaux c'était mon cœur de métier quoi, donc du coup j'étais même plus trop infirmière, j'étais plutôt, voilà, je gérais plutôt des...euh, ouais, des assistantes sociales enfin voilà, donc du coup, ouais non ça m'a pas changé. C'était plus une attente qu'un changement pour moi.

Moi : D'accord. Et du coup est ce que... on en a déjà un petit peu parlé mais les pistes pour améliorer la collaboration ?

T : Ben oui, c'est ça en fait, c'est qu'on puisse avoir une assistante sociale avec une temps de travail qui soit un vrai temps de travail, euh... et puis qui puisse faire tout. Je veux dire tout le panel de compétences qu'elles peuvent avoir, je ne sais pas moi sur euh, pff, enfin tout, sur le maintien à domicile on a besoin d'une assistante sociale, pour les gamins, sur euh. Enfin voilà je veux dire tout ce qu'une assistante sociale peut faire, il faudrait qu'on ait une assistante sociale en fait qui soit multi taches, (rires), je ne sais pas comment on dit moi. Euh, voilà qui

puisse tout faire et qui soit là vraiment de façon intégrée à l'équipe, ça, ce serait le top. Voilà qu'il y ait une assistante sociale qui gère les sorties d'hôpital, qui fasse, enfin pff, les suivis de maintien à domicile, les réévaluations, les dossiers APA enfin, euh, oui voilà qui accompagne les gens qui sont en grandes difficultés financières, euh, pff la gestion des budgets de certains patients, les papiers administratifs, pff je ne sais pas, je ne sais même pas tout ce qu'elles savent faire moi. (*Rires*). Mais c'est déjà pas mal. Voilà, donc l'idéal ce serait ça quoi en fait. Si on pouvait améliorer ce serait qu'on ait une assistante sociale sur un plus gros temps de travail permanent, intégré à l'équipe, voilà détachée après s'il veulent de la sécu après peu importe mais voilà. Oui, oui. Et je pense que ça serait un vrai plus, à la fois pour les organismes eux-mêmes, euh, économiquement parlant, Ben oui parce que plus vite on gère et plus on évite la dérive et la... Voilà, euh donc euh, donc ça sera positif de toute façon pour tout le monde, quoi.

Moi : hum

T : Voilà quoi.

Moi : Ben merci, j'ai fini avec mes questions, est-ce que vous avez d'autres remarques ?

T : ben non. Non, non.

Moi : Tout est dit ?

T : Oui tout est dit.

Moi : Bien, et bien merci beaucoup d'avoir pris un peu de temps pour répondre à mes questions.

T : Ben je vous en prie.

ENTRETIEN N°4

Moi : Voilà donc, je me présente, suis Marion Simonin, je suis interne et je réalise une thèse avec ma collègue Léa donc pour évaluer le ressenti, donc elle, elle fait du côté des patients et puis moi du côté des professionnels de la maison de santé, de la collaboration avec les assistantes sociale de la CPAM.

Donc euh, vous du coup vous êtes infirmière coordinatrice ?

T : Non, secrétaire coordinatrice.

Moi : Euh secrétaire coordinatrice, pardon. Euh, vous exercez depuis quand au sein de la maison de santé ?

T : Ici, depuis 87.

Moi : Donc vous étiez là au début ?

T : Hum. Oui même, euh, oui, oui, elle a ouvert même en 78 donc je suis encore arrivée en cours de route, oui 87 ouais.

Moi : Euh, donc du coup vous est-ce que vous côtoyez une catégorie de patients, une catégorie socioprofessionnelle particulière ou un groupe d'âge particulier qui pour vous a besoin d'un entretien avec l'assistante sociale ?

T : Ben oui, enfin, les patients en général qui viennent en rendez-vous, hein donc euh, quand ils voient, on a fait une petite affiche donc quand ils voient, euh, l'affiche ils veulent des renseignements donc euh, souvent des gens en arrêt de travail, des gens un peu en difficultés dans leur travail. Donc oui, oui on les côtoie bien à l'accueil hein surtout.

Moi : Hum, d'accord. Euh, du coup comment vous avez proposé la consultation aux patients ? C'est plutôt eux qui vous demandent ou ... ?

T : Alors, en général ils sont quand même plus orientés par le médecin, après il y a des gens avec le petit document qu'on avait fait qui posent des questions effectivement. Ce n'est pas la majorité des cas en général ils sont plutôt envoyés par le médecin, hum.

Moi : D'accord et puis du coup après c'est vous qui vous occupez de la prise de rendez-vous ?

T : Oui de la prise de rendez-vous. Oui, hum.

Moi : D'accord. Euh, donc après pour quel motif il y a des prises de rendez-vous pour les patients ?

T : Alors on ne le sait pas forcément comme ils sont plutôt orientés par le médecin, en fait, euh, on n'a pas forcément le motif. Après si vraiment voilà quand les gens ont vu le document et qu'ils veulent des renseignements ils nous disent pourquoi ils viennent mais en général ce n'est pas la majorité des cas.

Moi : Euh, du coup vous quel est votre ressenti global par rapport à la collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Bien. Euh, bien, en fait ça passe bien, les gens sont contents, parce qu'ils sont sur le même lieu, ils n'ont pas à se déplacer à la Sécu, à faire des démarches, euh, on sait que c'est un peu compliqué des fois de faire le pas d'aller, donc du coup ils sont sur place, ils sont contents. Enfin, moi dans..., tous les retours que j'ai les gens sont... c'est positif hein. Ils sont contents de rester dans le, enfin voilà sur le lieu où le médecin est, l'orientation est faite ici donc c'est très bien. Ouais.

Moi : D'accord. Et du coup qu'est-ce que vous pensez de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe de la maison de santé ?

T : Ben ça s'est plutôt bien passé. En plus elles sont vraiment top. Donc euh, non ça se passe bien. On les voit, enfin on a du mal à les voir parce que c'est vrai qu'elles arrivent, elles consultent et après elles repartent. Donc c'est vrai qu'on va essayer de faire des réunions un petit peu, au moins semestrielles pour qu'on puisse un petit peu débriefer avec elles. Mais non, dans l'ensemble ça se passe plutôt bien.

Moi : D'accord. Euh, du coup quels sont pour vous les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration ? Pour les patients ? Pour vous dans la maison de santé ?

T : Moi je vois que du bénéfice, je ne vois pas d'inconvénients. Euh, on apporte un service en plus aux gens, les gens sont contents donc euh, non franchement faudrait que ça puisse continuer. J'espère, comme c'est expérimental on verra.

Moi : Du coup est-ce que vous avez remarqué un changement des façons de faire vous sur le côté secrétariat ?

T : Non, parce que c'est plutôt centré médecin donc du coup non, pas pour nous.

Moi : Et du coup, vous est-ce que vous voyez des pistes pour améliorer cette collaboration ?

T : Il faudrait élargir leur champ, pas uniquement centré sur les problèmes de travail, il faudrait aussi pouvoir faire les droits quoi. Mais bon ce n'est pas les mêmes assistantes sociales mais ça serait bien d'avoir une assistante sociale dédiée aussi à ça quoi.

Oui ça, ça serait le positif.

Moi : Bien. Voilà, j'ai fini avec mes questions.

T : D'accord.

Moi : Est que vous avez des commentaires autres à ajouter ?

T : Euh, non rien de particulier.

Moi : Donc plutôt du positif.

T : Moi je trouve, ouais, ouais, que du positif.

Moi : Après on ne s'attendait pas beaucoup à avoir du négatif, après c'est sur les termes d'organisation effectivement de peut-être plus de temps, euh...

T : Oui. Après ce qui est dommage c'est qu'elles n'ont pas, comme c'est des assistantes sociale CARSAT elles n'ont pas accès à toutes les données sécu et du coup des fois c'est un peu compliqué. Mais bon non, dans l'ensemble, c'est très positif.

Moi : Bien, Merci beaucoup de m'avoir accordé quelques minutes.

ENTRETIEN N°5

Moi : Donc, nous sommes deux internes à travailler ensemble pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé, ma collègue fait le travail auprès des patients et moi vers les différents professionnels dans la maison de santé. C'est un questionnaire anonymisé donc vous pouvez dire ce que vous voulez.

Voilà, donc vous êtes médecin généraliste, depuis quelle année vous exercez ?

T : Euh, 2007.

Moi : 2007, dans cette maison de santé du coup ?

T : Euh, ici ? Alors ici depuis dix ans, donc du coup, pas loin, euh... 2008 alors dans ces cas-là, euh, oui ça doit être ça approximativement.

Moi : Euh, du coup quelle catégorie de patients vous côtoyez au sein de votre activité professionnelle qui pour vous pourrait avoir besoin de l'aide de l'assistante sociale ? Est-ce qu'il y a une catégorie d'âge ? Une catégorie socio professionnelle ?

T : Alors, je crois qu'on a pris l'habitude, euh, depuis qu'elles sont là de leur envoyer nos patients qui sont en situation de difficultés par rapport au travail. Ça en tout cas je commence à avoir bien le..., enfin, l'automatisme, voilà, arrêt de travail qui se prolonge, situations difficiles, etc., et de les envoyer chez l'assistante sociale. Après euh, là dans les cas que j'ai vu ces derniers jours, où je me dis que c'est plutôt le problème social qui est en première ligne, il y a le problème de l'accessibilité aux soins. Donc là typiquement c'était un monsieur âgé qui a besoin de se faire opérer au niveau des yeux mais à Besançon on arrive plus à trouver d'ophtalmo et en tout cas dans des délais, euh, convenables, et du coup il y avait la problématique de Dijon, ok on avait les rendez-vous mais du, de la prise en charge des frais de transport alors que ce n'est pas, enfin soit ils ne sont pas bénéficiaires de l'ALD, soit ce n'est pas en rapport avec l'ALD. Donc là alors, après je ne pense pas qu'elles puissent y faire grand-chose mais il y a quand même cette accessibilité aux soins. Et puis là ce matin, j'avais une jeune femme, avec un état dentaire absolument catastrophique, qui gêne tout son quotidien, euh, professionnel, euh, personnel, etc., et euh..., ben elle n'a pas les moyens de régler les devis des dentistes, euh, voilà. Alors je ne sais pas du coup si en passant par les assistantes sociales il y a des fonds qui peuvent être trouvés, s'il y a des choses qui peuvent être proposées aux patients et du coup surtout sur l'accessibilité aux soins, finalement et pas uniquement le travail je dirai. Mais sinon il n'y a pas d'autre, euh..., mais pour l'instant elles ne voulaient pas me semble-t-il, moi j'avais compris ça, qu'elles ne voulaient pas s'occuper de cette prise en charge là. C'est bien ce que tu avais compris aussi toi ?

Moi : Oui, pour le moment c'est effectivement très axé euh ...

T : Travail, travail, et du coup j'ai envie de dire il faudrait pouvoir si c'est possible ou pas d'élargir parce que dans ce qu'on rencontre nous au quotidien il n'y a pas que ça, quoi. Et du coup, moi je me dis sur les patients que je vois, peut être que j'en n'envoie entre guillemets pas suffisamment pour aussi qu'il y ait un vrai intérêt à ce qu'il y ait une assistante sociale sur

place mais que j'en aurais besoin mais pour d'autres sujets donc du coup, voilà, ça peut être des axes de travail. Après je ne sais pas pourquoi elles ne voulaient pas se lancer là-dedans, euh.

Moi : Alors c'est parce qu'il y a problème qu'ils n'avaient pas leur, euh, tous leurs logiciels pour débloquent tout ça.

T : Oui voilà, on se dit ils n'ont peut-être pas accès aux remboursements, etc. Après qu'elles ne se transforment pas en bureau des plaintes sur, euh, « j'ai pas été remboursé correctement de ma dernière radio », euh, on est d'accord. Et sur des problèmes vraiment lourds, de prise en charge lourde, on se dit bon, ben... voilà.

Moi : Euh, comment avez-vous proposé à vos patients la consultation auprès des assistantes sociales ? ... Est-ce que c'est venu au cours d'une consultation, ils ont pris leur rendez-vous tout seul ?

T : Non, non je ne pense pas qu'ils prennent encore leur rendez-vous tous seuls je ne suis pas sûre que ce soit encore suffisamment visible pour qu'ils prennent leur rendez-vous tout seul. Donc non c'est plutôt moi qui leur propose quand on sent que la situation va être difficile quoi. Alors après c'est sûr qu'ils sont en général contents d'apprendre qu'il y a cette possibilité-là, que le fait que ce soit sur place dans des locaux qu'ils connaissent, euh, ça je pense qu'on est à l'unanimité, enfin.

Moi : Oui. C'est ce qui ressort beaucoup... Euh du coup pour quel motif vous les avez dirigés vers les assistantes sociales ?

T : Donc c'était pour les arrêts de travail, on va dire, oui.

Moi : Quel est votre ...

T : Mais tu vois par exemple dans les autres choses qui me viennent en tête, euh, hier j'ai eu une consultation d'une dame, euh, qui était vraiment en grande difficulté financière, et qui n'avait pas fait les demandes, tu vois, ni de CMU, ni d'ACS, etc. Bon on leur fait le tiers payant, elle ne m'a pas réglé la part mutuelle tant pis, mais on se dit que en même temps, ben si elle bénéficiait des..., d'une prise en charge convenable ; et des fois, euh, je pense le fait que ce soit ici, ça peut aussi lever des fois la honte d'être obligé d'aller demander un geste social, etc. Enfin, voilà, ou ce n'est pas évident.

Moi : Euh, quel est votre ressenti global par rapport à la collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Alors je pense que c'est de notre faute aussi mais on ne se voit pas encore assez, c'est-à-dire que moi j'arrive pas encore à savoir qui est qui, ce qui est un peu problématique quand même. Euh, je ne suis pas sûre qu'elles-mêmes sachent dans l'autre sens, d'autant plus qu'on est nombreux, donc euh. Après c'est toujours comme ça, enfin, on a des quotidiens super chargés, tout le monde court, etc., et c'est dommage qu'il n'y ait pas un peu plus de temps, on va dire, de convivialité, enfin le temps de prendre un café ensemble, de se connaître, de machin. Et ce n'est pas du travail mais après ça permet de travailler de manière plus fluide. Moi je ne suis jamais trop quand elles sont là, quand elles ne sont pas là, euh, on ne sait jamais

si elles sont vraiment submergées ou s'il y a un peu de temps, ou... enfin. Alors après ça, cette problématique on l'a avec elles, mais on l'a avec tout le monde, on l'a avec le kiné, on l'a avec les infirmières, on l'a avec psychologue, enfin voilà et entre nous. Enfin on est tous dans nos jobs respectifs, et des fois on se dit c'est dommage, il pourrait y avoir un petit peu plus de coordination mais le problème c'est toujours pareil : tu le fais quand ? Comment ? Voilà donc je trouve qu'on ne se connaît pas encore assez pour être, euh, pour partager quand même des locaux communs, donc c'est un peu dommage. Donc même si elles font entre guillemets pas partie de l'équipe, elles sont détachées, leur équipe c'est à la sécu, ce n'est pas chez nous. Mais enfin malgré tout on se dit on pourrait prendre un café de temps en temps ensemble, des fois c'est des trucs informels. Mais bon après il y a une réunion à la rentrée, je sais qu'il y a des choses qui sont prévues comme ça donc euh. Et puis c'est une mise en place donc euh. Je pense qu'elles même elles ont plein de choses à dire. Et puis il faut aussi le temps que nous même on s'habitue à ce qu'il y ait des assistantes sociales, c'est-à-dire qu'on a fait autrement avant, donc nous même, enfin il y a des fois on se dit après « zut », j'ai oublié qu'il y avait des assistantes sociales. Je veux dire il faut un certain temps avant d'y penser de manière automatique et certainement que nous on loupe des occasions régulièrement mais bon ça, ça viendra il faut qu'on prenne l'habitude aussi. Voilà.

Moi : Oui. Euh, bon du coup que pensez-vous de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ? Voilà ça recoupe un peu, enfin vous avez déjà répondu.

T : Ben pas encore assez. Mais bon après c'est certainement à nous de faire la démarche, c'est elles qui arrivent dans un terrain étranger et ce n'est pas facile. C'est à nous d'être accueillant, enfin. Donc c'est plutôt nous qui pêchons, des fois moi je me rends compte qu'elles sont là au moment où elles partent en fait. Alors qu'on est deux bureaux euh... Donc du coup tu t'es à peine dit bonjour, enfin, tu ne t'es même pas dit bonjour que bon tu te dis que c'est un peu dommage, ça fait un peu, euh... Elle pourrait nous le reprocher sur le manque d'accueil. Enfin, ce ne serait pas illégitime, je pense. (Rires).

Moi : Bien. Du coup quels sont pour vous les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration ? Pour votre pratique ? Pour la prise en charge des patients ?

T : Ben les bénéfices on en a déjà parlé. Après euh, c'est ..., les inconvénients c'est juste qu'il faut de nouvelles habitudes, il faut que ce soit plus fluide et puis effectivement que ça s'ouvre peut-être sur d'autres domaines du social autres que purement travail, quoi. Voilà. Après dans la mesure du possible.

Moi : Bien sûr. Avez-vous changé votre façon d'exercer depuis qu'il y a cette collaboration qui est là ?

T : Oui dans le sens quand j'y pense, et non quand je n'y pense pas. (Rires). Donc c'est en cours.

Moi : Processus en cours de changement ?

T : voilà. Mais comme tout changement.

Moi : Et puis donc quelles seraient pour vous les pistes d'amélioration de la collaboration ?
Donc il y a l'élargissement des champs d'application...

T : Oui. Euh, voilà de ce qu'elles peuvent nous proposer et puis nous qu'on fasse un effort en termes de convivialité. Et puis qu'on se rencontre un petit peu plus, voilà. Euh, pff..., après, euh, non je ne sais pas, je n'ai pas trop d'autre idée là tu vois.

Moi : Mais c'est déjà bien. Voilà moi j'en ai fini avec mes questions est ce que vous avez d'autres commentaires à faire ?

T : Ben non.

[Discussion sur l'organisation de la thèse et la problématique d'accessibilité aux soins de 9min 30 à 15 minutes 30]

Moi : Merci beaucoup.

ENTRETIEN N°6

Moi : Euh, donc on fait une thèse avec Léa ma co-interne sur l'évaluation de la mise en place des assistantes sociales, ici dans la maison de santé et celle Baume-les-Dames. Donc Léa fait le travail sur l'évaluation côté patient et puis moi sur le côté des professionnels de la maison de santé.

T : D'accord.

Moi : Voilà, donc c'est juste quelques questions sur le ressenti de la collaboration, et tout ça. Voilà, de voir un petit comment vous trouvez tout ça. Donc je nous enregistre, c'est anonyme, vous avez le droit de dire ce que vous voulez. (Rires).

T : D'accord.

Moi : Euh..., Voilà, donc déjà merci de m'accorder quelques minutes. Euh, vous êtes médecin généraliste. Du coup depuis quelle année vous exercez ?

T : Euh, j'ai passé ma thèse et je me suis installée en 2014.

Moi : Et du coup directement installée ici ?

T : Oui directement, c'est ça. J'ai remplacé un mois ou deux, voilà le temps de finir ma thèse et puis oui je me suis installée très rapidement.

Moi : D'accord. Euh..., quelle catégorie de patients vous côtoyez dans votre activité professionnelle qui selon vous pourrait avoir besoin de l'aide d'une assistante sociale ?

T : Euh, alors moi les situations sociales qui me posent le plus de problèmes c'est les arrêts maladie prolongés pour lesquels on n'a pas d'issue, on voit que voilà, qu'on n'en voit pas le bout. Euh, il y a quand même pour moi la difficulté d'accès aux soins mais ça nos assistantes sociales elles ne s'en occupent pas mais euh, voilà, régulièrement des gens qui n'ont pas de Sécu, pas de mutuelle. Et maintenant pour lesquels je travaille bien avec la PASS à l'hôpital, donc ça, ça me pose moins problème. Oui sur le plan social c'est surtout ces deux difficultés là. Ou après des fois des personnes en isolement social, euh, notamment dans des contextes de pathologies psychiatriques, ou voilà des gens très repliés sur eux où tout est à faire, ils n'ont pas d'interlocuteurs, ils ont des problèmes à la fois financiers, euh, administratifs où là aussi ça peut m'arriver de solliciter une assistante sociale plutôt de secteur, voilà. Qui sont, déjà en général difficiles à contacter, ce n'est pas le bon horaire, ce n'est pas le bon jour, ce n'est pas le jour de permanence téléphonique... ça c'est assez fastidieux. Voilà. Donc oui je pense c'est ça les demandes.

Moi : Euh, comment avez-vous proposé, euh, à ses patients la consultation auprès des assistantes sociales ?

T : Euh, donc là on parle de l'assistante sociale chez nous ?

Moi : Oui.

T : Euh, alors j'ai dit qu'on avait la chance maintenant d'accueillir dans nos murs des assistantes sociales, euh, donc qui s'occupent spécifiquement de la question des arrêts de maladie prolongés, des difficultés de retour à l'emploi. Que ce sont des consultations gratuites. Euh, et voilà je les incite à consulter ces personnes et je leur dis à chaque fois « moi je ne transmets pas d'information médicale et elles n'auront pas accès au dossier et c'est vous qui déciderez les informations à leur communiquer ». Voilà.

Moi : D'accord. Et puis après du coup si, ils vont prendre leur rendez-vous vers la secrétaire ?

T : Oui voilà, et je les invite à prendre rendez-vous auprès de la secrétaire. Voire je les accompagne si je sens que la démarche est compliquée pour la personne. Mais le plus souvent c'est des patients qui adhèrent, qui ont bien compris, qui sont plutôt intéressés, là je n'accompagne pas.

Moi : D'accord, euh, donc pour quel motif vous les dirigez vers les assistantes sociales ? On y a déjà un peu répondu avec la première question.

T : Oui, euh ben alors surtout arrêt de maladie prolongé. J'ai aussi une patiente qui me posait des questions très précises sur son invalidité, euh, 2^{ème} catégorie, est-ce que ça lui permettait une prise en charge totale de ses soins, de ses transports, de... ? Alors je me suis dit je n'y connais rien, je ne sais pas répondre, donc on a la chance d'avoir ses personnes là. Et puis, euh, cette personne aussi en invalidité allait être en retraite, elle ne savait pas ce qu'elle allait toucher pour sa retraite, enfin, voilà. Donc c'est le seul motif peut être hors arrêt de travail prolongé. Euh, oui je pense que c'est le seul.

Moi : D'accord. Euh quel est votre ressenti global de cette collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Alors les patients sont contents, j'ai des bons retours. Euh, elles nous font un petit compte rendu écrit, euh, qui est clair. Il y a une fois il y avait eu des termes très techniques et j'avoue que je n'ai pas tout compris. (Rires). Euh, j'étais en difficultés pour réexpliquer au patient qui n'avait pas tout compris non plus. Euh mais voilà, un cas isolé, sinon vraiment d'habitude ce retour écrit il est bien fait, il est systématique. Par contre j'ai un peu une, euh, une, comment on pourrait dire, un manque dans le sens où on ne les connaît pas physiquement, on n'arrive pas à les croiser, je pense qu'elles sont prises par leurs rendez-vous, elles n'ont pas le temps, et nous par les nôtres. Euh, ça, ça me manque un petit peu, l'aspect vraiment convivial, euh, voilà, pouvoir mettre des visages, euh. Oui, ça je trouve ça un peu dommage qu'on n'ait pas réussi à le mettre en place.

Moi : D'accord. Euh, que pensez-vous de leur intégration au sein de m'équipe pluriprofessionnelle dans la maison de santé ?

T : Ben du coup ce n'est pas total. Euh, pour moi faire équipe c'est, ça va, ça irait plus loin et notamment avec ces temps de rencontre, euh, de convivialité ou... même un échange informel, se croiser dans les couloirs, se dire bonjour, voilà... Euh, non je ne peux pas faire équipe avec des personnes dont je n'ai même plus tout à fait les visages en tête, les noms, euh... Donc voilà, il manque ça, mais probablement que de notre côté on n'a pas su le proposer. Euh, c'est simple aussi pour moi de me mettre dans mon agenda un jeudi sur deux,

« aller saluer l'assistante sociale », ce n'est pas compliqué, bon je ne l'ai pas fait... j'oublie... Voilà. Et puis après, je n'ai pas tout le temps le réflexe assistante sociale, pas assez encore je pense. On est beaucoup sollicité, il faut penser à adresser aux infirmières AZALEE, faut penser à adresser à l'éducateur sportif quand il était là, faut penser à mille choses en fait, tout le temps. Si vous êtes à jour de votre mammo, de votre frottis, de votre test hémocult, voilà et du coup des fois je me dis mince il y a des trucs, euh, je n'y pense pas assez. Il faut vraiment que je sois en difficulté pour proposer, peut-être que des fois ça me, ça mériterait d'y penser un peu en amont, de ne pas attendre d'être en difficulté.

Moi : Oui après il faut le temps que ça se mette en place aussi. D'avoir plus les réflexes...

T : C'est ça.

Moi : Euh, pour vous quels sont les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration ?

T : Ben l'intérêt pour le patient il est réel. Euh, avoir un interlocuteur social dans les murs, ça facilite énormément. Il y a des patients qui n'iraient pas s'il fallait aller à la Sécu, ou faire la démarche d'aller voir une assistante sociale de secteur. Ça peut paraître compliqué, là c'est facile, les délais sont courts. Donc l'intérêt pour le patient il est important. L'intérêt pour nous aussi, c'est confortable, oui pouvoir déléguer ces questions sur lesquelles on est mal formé, où on ne sait pas répondre à nos patients. Euh, après est-ce qu'il y a des inconvénients ? Euh, non. Alors je ne vois pas d'inconvénients, il y a des choses à améliorer, dont l'intégration dans l'équipe et notre relation.

Moi : Est-ce que ça a changé pour vous votre façon d'exercer au quotidien ?

T : Oh non je n'irai quand même pas jusque-là. Finalement, peut être que je, ces patients là avant ben j'aurai prolongé les arrêts. J'adresse au médecin du travail assez facilement quand je vois que ça dure. Je n'avais pas le réflexe assistante sociale, donc en ça, oui quand même. Ça m'a permis de voir que l'assistante sociale avait son rôle dans ces situations d'arrêt de maladie prolongé et du coup ça donne maintenant voilà, un accès à ce travailleur social et c'est vrai qu'avant ce n'était pas dans ma pratique, dans mes habitudes du tout. J'attendais la convocation du médecin de la Sécu éventuellement, voilà, ce qui est un peu tard. Donc oui, si en fait, je réponds oui ça a changé ma pratique. Ouais

Moi : Et puis donc quelles seraient pour vous les pistes d'amélioration pour la collaboration ?

T : Euh, et bien organiser un temps, euh, je ne sais pas, on commence tous à 8 heures ou 8 heures et demi, dire, euh, ouais 8 heures et quart, 8 heures trente c'est café social ou je ne sais pas quoi. Euh, qu'on se retrouve, qu'on se dise bonjour, qu'on... « tiens j'avais une question justement... », euh, voilà. Peut-être pas tous les jeudis où elles sont présentes mais une fois de temps en temps. Ou une réunion par trimestre, ou...

Moi : Alors ça, ça doit être prévu normalement d'organiser la réunion par trimestre, mais euh...

T : D'accord.

Moi : Euh, après c'est vrai qu'elles sont là pour une expérimentation six mois donc à voir si ça continue, euh, par la suite.

T : Oui si ça se concrétise, voilà, là on manque du lien, euh justement social (rires) purement entre nous, relationnel. Voilà.

Moi : J'ai fini pour mes questions est-ce que vous avez des commentaires ?

T : Super. Je n'ai pas dû dire grand-chose de nouveau.

Moi : Non, ben après c'est bien aussi la façon, enfin voilà différents points de vus. Après c'est vrai que j'ai souvent les mêmes choses qui ressortent.

ENTRETIEN N°7

Moi : Donc, nous sommes deux internes à travailler ensemble pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé, ma collègue fait le travail auprès des patients et moi vers les différents professionnels dans la maison de santé

Euh, voilà donc c'est un questionnaire anonymisé. Donc vous êtes médecin généraliste au sein de cette maison de santé. Depuis quelle année vous exercez ?

T : 2006.

Moi : D'accord. Et puis dans cette maison de santé depuis, euh, enfin vous avez commencé ici ?

T : Oui enfin, euh, j'avais fait des remplacements pendant 6-7 ans avant.

Moi : Oui, d'accord. Euh est-ce qu'il y a une catégorie de patients que vous côtoyez au sein de votre activité professionnelle qui pour vous peut avoir besoin de l'assistante sociale ? Enfin un groupe d'âge, ne catégorie socio professionnelle particulière ou ... ?

T : Non. Non, non enfin on a compris que le public qui était concerné c'est déjà, euh, des ressortissants du régime général, en activité ou en tout cas en arrêt de travail par rapport à leur activité. Voilà, c'est... voilà, c'est cette population là qu'on cible mais après ça peut être vaste quand même quoi.

Moi : D'accord. Comment vous avez proposé à ces patients la consultation auprès des assistantes sociales ?

T : Ben en leur expliquant que, ... que nous notre métier c'est surtout quelque chose d'assez médical, que tout ce qui est formalités administratives on n'est pas forcément les meilleurs interlocuteurs pour ça et qu'on a la chance dans notre établissement d'avoir quelqu'un qui tient une permanence pour ça, hein, dont c'est le métier. Et que voilà, elles connaissent ; les assistantes sociales connaissent des choses, des rouages, des formalités, des démarches que nous on n'est pas forcément, euh... qu'on n'a pas forcément nous, euh ..., la capacité d'expliquer aussi bien qu'elles quoi, donc euh. Voilà, un petit peu le topo que je leurs tiens.

Moi : Et du coup c'est eux qui prennent leur rendez-vous tous seuls ?

T : Euh, non. C'est nous qui envoyons un mail, euh, en expliquant un petit peu la situation et en demandant aux assistantes sociales ou à leur secrétariat de recontacter la personne en donnant les coordonnées téléphoniques, ouais.

Moi : D'accord. Euh, donc du coup pour quel motif vous avez dirigé les patients vers les assistantes sociales ?

T : Des arrêts de travail dont on supposait qu'ils n'allaient pas durer juste trois ou cinq jours. Ou voilà, soit au premier renouvellement, soit quand on sait que vraiment il y a un arrêt assez long dès le départ. Moi c'est comme ça que j'ai fait appel à chaque fois, toujours dans ces situations-là.

Moi : Hum. Euh, quel est votre ressenti global par rapport à cette collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Ben notre ressenti global, nous on trouve que c'est quelque chose de bien, c'est un plus. Ça a pu nous servir dans certaines situations. Après, euh dans notre idée, dans un monde idéal, euh, on aurait aimé que ça soit un petit peu tous ressortissants, tous régimes, hein. Ça c'est vrai que c'est quelque chose qui peut nous limiter. Et puis peut être aussi pas forcément limiter ça à la reprise de l'emploi mais voilà, on a quand même pas mal de gens qui sont en difficultés, euh, sur des démarches administratives plus basiques, hein, comme renouveler une carte vitale, euh, un suivi de patients qui sont, euh, qui ne travaillent pas. C'est vrai que, on aurait aimé, euh, je pense que notre population aurait été plus vaste si on avait pu adresser des patients comme ça. Mais on a compris que ce n'était pas forcément, euh... les patients ciblés quoi. Donc là on continue à faire autrement avec ces patients-là.

Moi : Bien. Euh, que pensez-vous de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe pluriprofessionnelle dans la maison ?

T : Comme je disais pour moi c'est un plus, hein, c'est vrai qu'on n'est pas, euh, on n'a pas les connaissances, nous, suffisantes et voilà. Pour moi c'est une logique, hein, c'est même quelque chose qu'on aurait aimé pouvoir faire plus tôt et qu'on aimerait même encore élargir à d'autres domaines que ceux qui sont proposés.

Moi : Euh, donc pour vous quels sont les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration ? Pour votre pratique ? Pour la prise en charge des patients ?

T : Ben, le bénéfice c'est que ça nous évite à nous de passer un temps fou à faire des démarches que d'autres vont pouvoir faire de façon beaucoup plus efficace. Euh, et puis les inconvénients c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est peut-être les indications à peine trop étroites par rapport à des situations sociales qui, qu'on ne sait pas forcément gérer, euh, voilà. Donc, on a d'autres possibilités notamment avec la PFIDASS, avec l'ARESPA où on continue d'adresser nos patients pour les situations qui sortent un petit peu du cadre qui est fixé dans cette collaboration-là.

Moi : D'accord. Du coup avez-vous changé votre façon d'exercer depuis qu'elles sont là les assistantes sociales ?

T : Ah ben clairement ! Si les indications sont celles que nos assistantes sociales acceptent de prendre, ben oui le premier interlocuteur c'est elles, donc oui. C'est vrai que c'est quelque chose de nouveau. Et puis je trouve que c'est assez bien apprécié des patients aussi ; de savoir que ça se passe ici, dans des murs qu'ils connaissent, plutôt que dans une structure ailleurs ; où nous on n'a jamais mis les pieds non plus, où on donne juste une adresse. Euh ouais, donc c'est quelque chose qui facilite un petit peu, qui montre aussi que..., qu'on a une offre pas seulement sanitaire mais aussi un petit peu sociale donc, euh, ouais c'est un plus pour nous.

Moi : Bien. Et du coup pour vous quelles seraient les pistes pour améliorer cette collaboration ?

T : L'élargissement des indications principalement. Et je pense qu'on aurait certainement beaucoup plus de facilités parce qu'au niveau, du, heu ..., de la fréquence des consultations, c'est vrai qu'on n'a pas alimenté autant qu'on, que ce qu'on pouvait espérer avec des indications plus larges. Et c'est vrai que s'il pouvait y avoir des indications plus larges on aurait une présence plus régulière, et voilà. Après je pense que c'est une sorte d'engrenage quoi. Hum.

Moi : Très bien. J'ai fini avec mes questions, si vous avez d'autres commentaires à faire.

T : Non. Bon courage.

Moi : C'est parfait. Merci.

ENTRETIEN N°8

Moi : Donc, du coup, euh, c'est pour notre thèse, avec ma collègue Léa qui, euh, interroge les patients et puis moi qui interroge donc les professionnels de la maison de santé pour voir votre ressenti par rapport, euh, à la collaboration avec les assistantes sociales. Donc c'est un questionnaire anonymisé. Donc vous vous êtes coordinatrice de la maison de santé ?

T : Oui.

Moi : Euh, depuis quand vous exercez du coup ?

T : Euh, 13ans, 12 ans, 13 ans !

Moi : Donc depuis l'ouverture de...

T : Quasi. Cinq-six mois après.

Moi : D'accord. Euh, Du coup quelle catégorie de patients vous côtoyez ou vous voyez qui selon vous peuvent avoir besoin de l'aide de l'assistante sociale ? Est-ce qu'il y a un groupe d'âge particulier ? Une catégorie socio professionnelle qui ressort ?

T : Alors moi je les côtoie très peu parce que je suis au-dessus dans ma tour. Mais, euh..., comme j'ai bien orienté pour qu'on oriente bien les gens, j'ai bien discuté avec les assistantes sociales. Donc on orientait les personnes dépendantes de la CPAM, principalement les personnes qui avaient des soucis liés à un arrêt maladie, plutôt longue durée avant que ça ne soit trop longue durée. Mais que des gens qui potentiellement pouvaient être en difficultés avec la Sécu qui ne verse pas les montants, pas les bons montants ou qui avaient des soucis avec la prévoyance qui est censée compléter tout ça, et le temps que tout ça se fasse qu'ils ne se retrouvent pas en difficultés financières. A 98% je pense que les orientations c'était de ce genre-là. Même s'il y a pu y avoir quelques petites orientations au départ où on ne s'est pas compris sur euh... C'était voilà, on a bien réorienté en réunion pluridisciplinaire, on a bien réorienté en staff de médecins, qui sont les principales personnes qui orientent, sur, euh ..., il fallait vraiment que ça dépende du régime général et il fallait forcément donc du coup que ce soit des gens qui travaillent, c'était pas des étudiants qui dépendaient pas de la CPAM et c'était pas des gens qui dépendaient de la MSA, ni des profs de la MGEN. Et que c'était bien très CPAM. Et pour des problèmes sociaux induits par des problèmes de maladie et principalement des arrêts maladie. Voilà.

Moi : Bien. Euh, du coup comment vous avez proposé aux patients la consultation auprès des assistantes sociales ?

T : Alors c'est les médecins qui au décours d'une conversation pouvaient se rendre compte qu'il y avait des difficultés. Parce que souvent les gens le disent au médecin, qu'il va y avoir une difficulté financière, « je n'ai pas reçu » ; « est-ce vous êtes sûr que vous avez bien envoyé mon truc parce que moi l'arrêt machin truc je n'ai toujours pas été prise en charge ? » ; « mon patron me dit que... ». C'est surtout quand il n'y pas de subrogation de la part de l'employeur que ça pose problème. Parce qu'après ils ne sentent pas forcément, quand ça s'éternise

et puis qu'il n'y a plus de subrogation là les patients s'en soucient. Mais souvent ils ne s'en soucient pas forcément au départ. Donc voilà c'est plutôt les médecins qui ont orienté, on avait demandé aux inf. aussi d'orienter, parce qu'elles ont plus le temps de papoter, elles savent beaucoup de choses des patients, euh, souvent en sortie d'hospit, elles vont faire des soins et elles ont connaissance de choses parce qu'elles ont le temps de papoter avec les gens en faisant le soin. Plus qu'au décours d'une consultation d'un quart d'heure auprès du médecin. A priori ça n'a pas très bien fonctionné ce type d'orientation là. C'était plus le médecin.

Moi : Hum. Donc du coup ils ont pris leur rendez-vous, euh, seuls ou par le biais des assistantes sociales ?

T : C'est ça. Ils ont pris soit leur rendez-vous directement parce qu'on donnait le numéro de téléphone comme je vous l'ai expliqué tout à l'heure, c'était ceux qui..., on savait qu'ils allaient le faire parce qu'ils ont compris l'intérêt. Ceux qui ont du mal à plus se prendre en charge ou qui n'ont pas compris l'intérêt ou qui allaient avoir même des difficultés ne serait-ce qu'à appeler, hein, parce qu'on a des gens aussi qui vont dans des cabines téléphoniques, hein, pour prendre les rendez-vous on le sait, quand ils nous appellent nous on voit bien qu'ils appellent d'une cabine. Donc voilà c'était plutôt dépendant de ça, soit les gens appelaient eux-mêmes, soit on sait que ça allait poser problème donc on faisait le signalement entre guillemets aux assistantes sociales pour que les assistantes sociales contactent ces patients-là. Et venaient, venaient pas ! Elles ont eu quelques lapins.

Moi : Ça, comme partout.

T : C'est des choses qui arrivent...

Moi : Euh, donc pour quel motif avez-vous dirigé les patients vers les assistantes sociales ?

T : Euh, risque de problèmes financiers lié à des indemnités non versées... en arrêt maladie. Je pense, c'est le principal.

Moi : Euh, quel est votre ressenti global par rapport à cette collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Alors là ça va être mon ressenti de coordinatrice et toujours un peu personnel parce que j'ai du mal à dissocier la personne de, euh, la professionnelle. Euh, hum..., je pense que le besoin serait plus sur de l'assistante sociale plus large, dans un sens plus large. Et que quand ils se sont enthousiasmés pour ce projet-là, euh, il y avait un réel enthousiasme, parce que on a des problèmes ; même si on est Baume-les-Dames, on a un berceau assez privilégié mais des problèmes sociaux il y en a partout ; on n'est pas en zone défavorisée mais euh, il y a quand même des problématiques. Je pense que les médecins avaient vu plus, beaucoup plus large sur les problèmes sociaux, très large et surtout sur une patientèle toutes caisses confondues, voire même pas de caisse, pas de rien du tout. Donc ils avaient fait un petit mixte entre assistante sociale CARSAT- CNAM, assistante sociale de manière générale sur des problème de maladie, PFIDASS, si vous connaissez la PFIDAS, euh..., pour eux ils pensaient que ça, que la renonciation aux soins allait passer aussi par ces assistantes sociales là. Finalement non parce qu'elles sont quand même très spécifiques et mon avis à moi c'est que la problématique

et les besoins d'assistante sociale qu'on devrait avoir dans nos structures ce ne sont pas des assistantes sociales CNAM mais des assistantes sociales du Conseil régional. Qui ne font pas que de la maladie, qui voient le social de manière générale et qui sauraient un peu tout faire, multiscartes.

Moi : Hum, hum.

T : C'est mon avis personnel je le partage.

Moi : Bien. Euh, que pensez de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe ?

T : Bien, elle aurait pu être plus importante, on en espérait plus, euh, parce que on avait instauré tous les lundis pour qu'elles soient une fois par mois à notre réunion pluri. Du coup comme elles ne viennent plus qu'une fois par mois, ça ne tombe pas forcément quand on a le lundi la pluri. La réunion pluri mensuelle donc on en a une le lundi par mois et un autre jeudi dans le mois. Donc comme elles venaient le lundi ça faisait au moins une fois par mois, donc du coup le lien se fait un petit peu moins. Euh, bien quand même, parce que là je pense que ça va être mieux parce qu'on en a plus qu'une, et c'est toujours mieux quand il n'y a qu'une personne parce qu'on prend l'habitude de voir ce visage, d'avoir ce nom, d'avoir ce contact-là. Quand on en a plein on ne sait pas laquelle va venir, machin du coup on se perd un peu. Donc le principe que ça soit toujours la même et qu'en plus ça soit la même qui fonctionne sur une autre permanence sur Baume-les-Dames les mardis, c'est encore mieux, je pense. Euh, après le lien, enfin on est quand même une équipe ils sont cools, sympas, euh, tout ça, on crée facilement du lien. Euh, il faut quand même leur expliquer parce qu'elles ont une vision très CNAM donc un peu CNIL, un peu RGPD, euh, que ben notre mode de fonctionnement c'est vraiment l'ouverture. Et oui et on mélange du médical et du social et oui on est tous tenu au secret, que ce soit médical ou social et donc oui on peut se dire des choses. Si on n'est pas sûr de pouvoir le dire on se fait valider par la personne que « est-ce que vous acceptez que dans votre dossier je le note ? ou non ? ». Mais si la personne est d'accord c'est quand même cool. C'est tout l'intérêt de nos structures. C'est de la communication pour une prise en charge globale. Et quand on peut commencer à avoir du médical et du social qui se mélange c'est dans l'intérêt du patient donc s'il en est d'accord, c'est top ! Elles n'ont pas encore cet automatisme-là. Que nos vieilles équipes de maison de santé, comme Besançon aussi, on a beaucoup.

Moi : Quels sont pour vous les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration ? pour votre pratique ? Pour la prise en charge des patients ?

T : Alors, le bénéfice à minima, ça ne servira pas à rien même si on estime que l'expérimentation ne va pas plus loin parce que justement on croyait qu'on allait avoir une file active de patients démente mais comme on s'est rendu compte que la cible était peut-être un peu bien plus petite que ce qu'on pensait au départ, euh, à minima ça crée du lien. Et ça permet de ne serait-ce que faire prendre conscience que les assistantes sociales de la CNAM viennent à Baume-les-Dames les mardis, même si elles venaient chez nous les lundis, mais dans le pire des cas si ça ne se fait plus on sait que Linda sera là les mardis et on sait que c'est Linda et on la connaît. On a créé du lien, pour moi à minima c'est bénéfique. Et même par ce biais-là du coup avec elles on s'est mis à parler de la PFIDASS, dont moi j'entendais parler ou

deux-trois médecins qui vont à des congrès entendaient parler mais les autres pas du tout. Donc ça nous a permis de nous ouvrir aussi à d'autres outils au niveau du social et peut être même à la Maison des Services, euh, qui est à Baume-les-Dames, avec les permanences CNAM, on va se rapprocher d'eux, pour qu'ils viennent nous expliquer quand il y a des permanences CNAM pour remettre à jour la carte vitale, quand il y a des permanences de cette assistante sociale CNAM, quand est-ce qu'il y a des permanences de l'assistante sociale du CCAS, qu'est ce qui existe ? Quels sont les outils sur lesquels ils peuvent s'appuyer au niveau social. Et ça a tissé un lien, un début de quelque chose qu'on n'avait pas chez nous au niveau social. Donc ça aura au moins ce mérite-là.

Moi : Et puis les inconvénients de la collaboration ?

T : Euh, ben c'est le départ, c'est toujours un tâtonnement, c'est toujours une nouvelle chose qu'on nous ajoute, en tout cas qu'on leurs ajoute à eux donc du coup ça oblige continuellement à dire « hey ! Vous n'oubliez pas on a, et elle vient là, euh, elle n'a que deux rendez-vous, vous êtes sûrs que vous n'avez pas des gens qui sont en difficultés parce que ... elle va encore annuler son truc si on ne met pas du monde quoi ? » et il y a quand même un réel intérêt. Je pense que c'est une couche supplémentaire et ce n'est pas simple. A la fois c'est bien parce que ça leur permet d'avoir des outils sur lesquels ils s'appuient et ils se sentiront moins débordés quand ils auront l'habitude de s'appuyer sur l'existant, à la fois, pour moi puisqu'elles venaient déjà le mardi, sur Baume, c'est une couche supplémentaire, était-ce bien utile de rajouter cette couche ? PAERPA, les assistantes sociales, et la PFIDASS, et, euh, voilà tout plein d'organismes. Si on pouvait avoir une seule même personne et qu'après elle diffuse... C'est en cours, hein, d'étude. A force qu'on le dise dans les congrès. Peut-être qu'un jour on aura une personne qui saura aiguiller les gens, enfin les recevoir et dire « toi tu vas aller là », « toi tu vas aller là » pour pas que ce soit le docteur qui fasse et de la prévention, et du guidage social et du chronique. On y vient.

Moi : Du coup est ce que ça a changé la façon d'exercer dans la maison de santé cette collaboration ?

T : Tout doux. Malheureusement ça met beaucoup de temps de changer les mentalités. Et comme ça fait 12ans qu'on ne fait pas de social, ça va prendre du temps à l'intégrer. Mais on a débuté quelque chose.

Moi : Et puis quelles seraient pour vous les pistes pour améliorer cette collaboration ?

T : Je crois que leur rêve ce serait d'avoir cette fameuse personne qui est plus multicartes et pas toutes ces couches qui fait qu'à un moment donné ils ne savent plus vers qui envoyer et pourquoi. Et qui, euh, malgré leurs bonnes intentions de prendre le patient dans leur globalité se retrouvent à dire « Et moi j'ai un quart d'heure, je vais faire mon chronique, hein parce que... (tapote sur sa montre), j'ai un quart d'heure, et c'est pas mon métier que de faire du social. ». Donc si on avait moins de couches, ça serait mieux. Il faut arrêter de mettre plein de choses dans le quart d'heure du docteur. C'est mon avis pourtant je ne suis pas docteur mais je pense qu'on leur en demande beaucoup. Même si en plus je suis hyper exigeante parce que je trouve qu'ils n'en font jamais assez.

Moi : Hum. J'ai fini avec mes questions, est-ce qu'il y a un commentaire, quelque chose en plus ?

T : Non je crois que j'ai dit je pense un peu le sentiment de certains de l'équipe, beaucoup le mien, ça reste quand même beaucoup le mien donc je ne vois pas de choses à rajouter.

Moi : Bien. Ben merci.

ENTRETIEN N°9

Moi : Donc, nous sommes deux internes à travailler ensemble pour évaluer le ressenti de l'intégration d'une assistante sociale au sein de votre maison de santé, ma collègue fait le travail auprès des patients et moi vers les différents professionnels dans la maison de santé

Donc, voilà, j'ai un petit questionnaire qui dure une dizaine de minutes, enfin ça dépend si vous êtes bavard ou pas. Euh, et puis euh, voilà donc c'est un questionnaire anonymisé. Donc vous, vous êtes médecin généraliste, euh, depuis quand vous exercez ?

T : Euh ..., question piège à chaque fois je suis obligé de réfléchir. 2004. Oui. Oui, je confirme.

(Rires)

Moi : Et puis dans cette maison de santé ?

T : Ici 2006, ouais, 2006, Octobre 2006.

Moi : D'accord. Euh du coup quelle catégorie de patients vous côtoyez dans votre activité qui pour vous pourrait avoir besoin de l'aide d'une assistante sociale ? Est-ce qu'il y a un groupe d'âge qui ressort ? Une catégorie socio-professionnelle ?

T : Est-ce que ça fait référence aux patients qu'on devait envoyer ? Parce que ceux-là du coup c'était des salariés donc en activité. Ou bien est-ce que la question elle est sur, euh ..., le fait qu'on aurait des gens à envoyer à l'assistante sociale, euh, quel que soit leur statut ?

Moi : Après ben, oui quel que soit leur statut et puis du coup ici.

T : Ben l'orientation là, qui nous avait été proposée ici, c'est sur des gens, euh, c'est assez spécifique, c'est des gens en arrêt de travail donc dans la phase d'activité professionnelle donc ça veut dire que ce sont des gens actifs. Après, euh, les besoins nous en assistante sociale et bien il concerne toutes les couches de la population avec des actifs, des non actifs et puis euh, des retraités. Enfin voilà, si, les besoins en réel ils sont à tous les niveaux, euh et puis là bon ça concernait spécifiquement les gens actifs, en activité professionnelle, quoi voilà.

Moi : Ok. Euh, comment avez-vous proposé aux patients la consultation auprès des assistantes sociales ?

T : Hum..., à l'occasion d'une difficulté ou d'une situation qui était déjà connue depuis, euh, souvent ce n'est pas une situation nouvelle, ce sont des choses qui entraînaient un petit peu et puis souvent on les revoyait au bout de la 2^{ème} ou 3^{ème} fois qu'on abordait les choses et puis on leurs dit, on avait l'impression d'un... des fois un peu d'un cul de sac, des situations cul de sac, quoi. Ou alors soit je suis en arrêt et puis je ne suis pas prêt d'y retourner parce que j'ai telle pathologie, soit ça va plus du tout avec l'employeur, soit, voilà. Ou on palpait des réticences avec le boulot concerné, euh, ou enfin voilà, des situations pas très claires pour nous. On faisait part un peu de cette situation au patient. Enfin moi c'est comme ça que je fais. Je lui dis « il y a des choses qui me semblent un petit peu pas cadrées, est-ce que vous connaissez tous vos droits par rapport à cet arrêt ? ça fait deux mois que vous y êtes ». Et en

questionnant les patients on s'apercevait vite que, eux, ils étaient des fois un petit peu, euh, ils allaient d'arrêt en arrêt mais ils ne connaissaient pas trop les tenants et les aboutissants. Donc c'est une façon après d'enchaîner sur ben « Est-ce que ça vous intéresserait d'avoir un accompagnement ? ». On prononçait le mot plutôt de cette manière, euh, sur « la manière d'avoir des renseignements sur vos droits et vos devoirs et puis d'envisager un peu la suite et puis de vous aider à avancer par rapport à ça ». Parce que les gens sont rarement en situation de confort quand ils sont en en arrêt long de toute façon. Même si, voilà, euh, il y a des fois toutes les situations mais c'est rarement des situations super bien vécues, euh, par la personne.

Moi : Du coup c'est eux qui prennent, qui ont pris seuls leur rendez-vous ou c'est vous qui les avez guidés... ?

T : Non moi je les ai pris. Euh, en fait on s'est assez vite aperçu que le ratio, euh, personnes envoyées et prises de rendez-vous n'était pas trop trop bon donc euh. En fait on avait, et ça c'était bien, assez de contacts entre le contact, le courrier qu'on avait fait, on le mettait soit dans la bannette de l'assistante sociale ou même de les appeler directement. Moi j'ai pris peut-être sur un ou deux mais les autres j'ai appelé directement, voilà, ça s'est fait plutôt comme ça.

Moi : D'accord. Euh, ...

T : Mais ça a pu se faire comme ça parce qu'il y avait une palette de numéros et de liens accessibles quoi.

Moi : Euh, pour quel motif du coup avez-vous dirigé les patients vers les assistantes sociales ?

T : C'est-à-dire ?

Moi : Quelle était la raison pour laquelle vous leurs avez dit ben il faudrait là aller voir l'assistante sociale, euh ?

T : Ben quand je les sentais englués, je vous disais tout à l'heure les situations un peu de cul de sac. C'est-à-dire on est dans un truc qui n'est pas clair. Euh, je ne percevais pas toujours vraiment le motif réel de l'arrêt. On a que la version, bien sûr, du patient, enfin voilà, mais il me semblait qu'il y avait quelque chose des fois quand les choses traînaient un peu et que les conditions d'un retour n'étaient pas très claires, euh, ni pour moi et des fois ni pour le patient. Et quand on sentait que les choses allaient vite s'engluer et qu'on n'allait pas sortir facilement. Quelqu'un qui est en arrêt depuis deux mois, voilà et qui est pressé de rebosser et qui se sent bien dans sa boîte, et puis qu'il n'y avait pas de raison forcément, sauf une question particulière. Mais quand on sentait que ça allait vite s'enkyster, des fois au bout d'un mois ou trois semaines on sent que les choses ne vont pas aller simplement et voilà. C'est surtout la perspective que les choses allaient s'engluer je dirais, voilà.

Moi : D'accord. Euh, quel est votre ressenti global par rapport à cette collaboration vous avec les assistantes sociales ?

T : Ben c'est... restrictif mais c'est euh... C'était restrictif parce que comme ça nous l'avait été ben, présenté et leurs champs d'action. Et... alors restrictif mais déjà intéressant par les

situations que ça a pu, sinon débloquent au moins éclairer et puis faire avancer les gens. Après c'est difficile de mesurer jusqu'à dans quelle mesure, euh, leur action a été bénéfique. Mais je pense ça a participé au cheminement et à la prise de décision de gens tant pour partir de la boîte que pour se remettre à bosser, tout ça quoi. Et puis après c'est restrictif parce qu'on aurait plein d'autres gens... et il y a beaucoup de gens qui sortaient du cadre de leur action quoi, donc, euh, il fallait être dans les bonnes cases voilà, pour en bénéficier. Ce matin j'ai vu deux personnes, trois personnes qui auraient besoin d'une assistante sociale, et puis quand on propose le CMS « oui mais j'y suis déjà allé » ou enfin voilà. Ça aurait pu, ça pourrait être une opportunité ici de dépatouiller tous leurs papiers, tout ça avec une assistante sociale qui aurait un éventail plus large d'actions.

Moi : D'accord. Que pensez-vous de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ?

T : Oh, ça s'est bien passé. Elles sont venues, elles se sont présentées. Elles sont venues au café une fois ou deux, elles sont venues à plusieurs présenter le projet. Euh, bon après elles ont tourné et maintenant ce ne sont plus les mêmes mais enfin voilà, il n'y a pas eu de problème particulier. Elles se sont intégrées à hauteur de ce qu'elles sont venues. C'est-à-dire elles ne venaient pas non plus trop souvent, euh, elles étaient accessibles, on les a vues une fois, euh, oui une ou deux fois. Voilà, ça s'est bien passé. Il n'y a pas eu de souci particulier. Et puis pour être vraiment connues de tous et puis faire partie euh, ben il y aurait fallu qu'on les voit très souvent, très très régulièrement mais euh, après ce n'était pas non plus leur, euh, leur but ce n'était pas de faire partie d'une équipe à fond, enfin. C'était d'être joignables et d'être là, donc euh... Voilà.

Moi : Ok. Pour vous quels sont les bénéfices ou les inconvénients donc pour votre pratique professionnelle ? Pour la prise en charge des patients ?

T : De ?

Moi : Ben du coup de la collaboration avec les assistantes sociales, qu'elles soient ici.

T : Ben les assistantes sociales, c'est ... Ben les avantages c'est qu'on n'est pas formé, vous comme nous et euh, on a zéro formation sur l'aide sociale et puis le soin, le soin il regroupe de plus en plus du médicosocial et du social et le social avec nos formations hospitalières et puis l'hospitalo... enfin le centré sur l'hôpital, la formation centrée hospitalière ben on a pas du tout d'abord là-dessus. Donc ben on n'est pas capable, on ne sait pas, on n'a pas les... Enfin voilà, c'est un autre métier, c'est un métier de collaboration nécessaire. Et puis comme c'est un autre métier, ben on en a besoin et on a besoin qu'elles soient là peut-être différemment selon les régions, selon les quartiers selon tout ça. Et puis il y a des spécificités, là semi rural ce n'est pas l'urbain, ce n'est pas euh..., enfin les banlieues non plus, euh parisiennes j'imagine. Enfin voilà il y a des spécificités au semi rural, donc on a besoin même si on connaît les gens, ben on ne connaît pas tout, quoi. Donc, c'est un autre métier qui est complètement complémentaire et indissociable du soin. Qu'apparaît comme ça quoi. Ce n'est pas les anti-dépresseurs des fois qui font aller mieux les gens, c'est qu'ils soient au moins clarifiés sur le plan social et ça apparaît clairement que les médecins ils doivent travailler en ayant des liens et quelqu'un à appeler sur le téléphone pour dire « il y a un truc qui ne va pas dans cette

famille », ou « il y a un truc qui bloque il faut avoir votre avis là-dessus, quitte à ce qu'on se voit, ensemble et puis voilà. Ça devient, en fin dans la notion de soin aujourd'hui c'est indissociable, c'est complètement indissociable.

Moi : Avez-vous changé votre façon d'exercer depuis qu'il y a cette collaboration ?

T : Ben quand elles, ben oui, oui. Enfin façon d'exercer euh, c'est un grand mot. Mais disons que, euh, elles intervenaient dans un cadre très défini donc quand il y avait un arrêt de travail plus long, au bout d'un mois ou trois semaines, POUM tout de suite voilà, on pense plus vite. Voilà ça change en ça, voilà, un arrêt travail, tac on adressait plus facilement. Après ça ne change pas la relation aux gens, ça ne change pas la façon d'exercer, ça ne révolutionne pas. Mais simplement on associait arrêt de travail long tout de suite à assistante sociale.

Moi : Et pour vous quelles seraient les pistes pour améliorer cette collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Déjà, élargissement des compétences. Clairement, c'est ça. Enfin élargissement pas des compétences propres aux assistantes sociales, mais de leur champ d'action au sein des maisons de santé. Voilà, qu'elles puissent, euh, être l'équivalent qu'on puisse avoir l'action, ... Alors je ne sais pas si c'est souhaitable ou pas mais d'AS de CMS quoi, qu'on les ait sous la main. Euh et puis qu'on puisse adresser des gens en leur expliquant, voilà. Le CMS on est très éloigné, on a aucun lien avec le CMS. Je ne sais pas si les autres centres de santé, ou ... Mais on a aucun lien quoi. Enfin on n'a pas... j'appelle je suis obligé d'avoir le numéro internet, on appelle on ne sait pas sur qui on tombe, sur des secrétaires, les assistantes sociales elles doivent tourner, il y en a peut-être qui sont là, il y en a peut-être, euh, on ne sait pas qui est responsable de CMS, je ne sais même pas s'il y a un responsable de CMS. On ne sait pas comment ça marche, on ne connaît pas. Don euh, et puis même si on nous l'a dit il y a cinq ans et moi je ne m'en souviens plus. (Rires). Donc en fait s'ils ont besoin de dénouer des situations médico-sociales et on est pas du tout en lien avec les acteurs sociaux donc euh, si les acteurs sociaux viennent à nous c'est encore mieux quoi. Comme on est feignant et qu'on n'a pas le temps d'aller vers eux, et puis que les horaires ne correspondent pas et que ça prend du temps, et puis qu'il faut... Voilà c'est la solution idéale si quelqu'un peut venir tranquillement, on fait courrier, on explique et puis après on se cause. Voilà, c'est la solution idéale si après le champ social investit de manière professionnelle le champ médical.

Moi : Bien. J'ai fini avec mes questions, est-ce que vous avez d'autres remarques à faire ?

T : Non de toute façon c'est euh, c'est ce que diront les autres enfin je pense. Euh, globalement quand on en parlait c'est ce qui ressortait. C'est très bien, c'est bénéfique, c'est indispensable de lier le social et le médical. On n'est pas formé à ça. C'est un métier, il faut des professionnels et il faut qu'ils aient un champ d'action large.

Moi : Bien. Merci.

ENTRETIEN N°10

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, ma collègue fait le travail auprès des patients et moi vers les différents professionnels dans la maison de santé. Voilà, ben donc merci de prendre quelques minutes pour répondre, ça ne dure pas très longtemps.

T : C'est normal. Ouais.

Moi : Euh, donc vous êtes médecin généraliste, euh... depuis quand ?

T : Euh, j'ai fini mes études en 2003 et puis, nan 2008 pardon. Euh..., et puis j'ai passé ma thèse en 2011, euh... Voilà, je suis installé, euh, depuis euh, 2012, enfin voilà.

Moi : Ici du coup, directement ?

T : Oui ! Oui j'ai remplacé euh, tout le temps que je pouvais remplacer donc les 3 ans post thèse, enfin jusqu'à la thèse et puis après un petit peu et puis je me suis installé direct ouais.

Moi : Du coup quelle catégorie de patients vous côtoyez dans votre activité professionnelle qui pour vous pourraient avoir besoin d'une assistante sociale ? Est-ce qu'il un groupe d'âge particulier ? Une catégorie socio professionnelle ?

T : Euh, groupe d'âge oui, c'est plutôt les actifs finalement qui nécessitent euh, une prise en charge, enfin selon ma patientèle, qui nécessitent une prise en charge par une assistante sociale. Des gens qui ont vraiment des problèmes au travail avec des arrêts vraiment prolongés, de très longue durée avec derrière une éventuelle reconversion parce qu'ils sont plus adaptés au poste d'avant. C'est vraiment en majorité sur ce type de dossiers que j'ai besoin de l'aide d'une assistante sociale. Euh, après sur d'autres problématiques sur l'accès aux soins, euh, il y a des gens qui ne peuvent pas s'offrir de soins dentaires, ce genre de choses, voilà. Là on est ..., on sollicite. Et puis après ça peut arriver pour d'autres patients, euh, des gens qui sont fragiles socialement ; mais alors là plutôt de tous âges et qui ont besoin qu'on mette en place une CMU et qui ne savent pas trop se dépatouiller avec tout ça. Ou des gens qui ont des questions, je ne sais pas d'invalidité, ce genre de choses. Mais le gros des patients que moi j'oriente c'est des patients qui sont actifs et qui ont un problème d'arrêt de travail prolongé avec des difficultés liées à ce travail, liées à la reprise de ce travail.

Moi : Ok. Du coup comment avez-vous proposé euh, à ces patients la consultation auprès des assistantes sociales ?

T : Comment je la propose ?

Moi : Oui.

T : Euh ben il y a forcément un moment, au bout d'un certain temps où on se rend compte que ça va poser soucis. Sur ces arrêts de longue durée et euh, je dis très clairement et très simplement au patient quoi, il faut que socialement on sache anticiper les choses et plus on

anticipe plus c'est simple. Et pour pouvoir anticiper, ben il faut s'adresser tôt aux bonnes personnes et souvent les gens sont plutôt enthousiastes parce que ça les inquiètes, donc le fait qu'on propose un interlocuteur qui saura donner des réponses et essaye d'envisager avec eux l'avenir, ils sont partant donc euh. Donc ça vient naturellement. Il y a le versant médical, je ne sais pas sur une pathologie qui fait qu'ils arrêtent leur travail et puis moi j'essaye toujours très tôt dans la prise en charge de dire « mais le travail il va falloir y réfléchir », en lien avec le médecin du travail et en lien avec le corps social pour pouvoir envisager la suite, oui.

Moi : Et du coup c'est eux qui prennent leur rendez-vous seuls ou c'est vous qui les avez guidés, euh... ?

T : Euh, ça dépend des patients. Il y a des patients qui ont un petit peu de mal dans les démarches et c'est moi qui prends le rendez-vous. Euh, parfois je leur donne le numéro parce qu'ils sont autonomes, ils ont envie de gérer, c'est bien aussi qu'ils gèrent. Euh, après dans notre système avec les assistantes sociales qui interviennent chez nous, on a établi une façon de faire : on leur envoie un petit mail en leur disant voilà, tel patient nécessiterait de faire le point et c'est elles qui reprennent contact avec le patient et qui organise un rendez-vous quand lui ça l'arrange.

Moi : Ok. Euh, pour quel motif vous les avez dirigés vers les assistantes sociales ces patients ?

T : Ben l'essentiel, je l'ai déjà dit c'est des gens dont on se dit qu'ils vont avoir du mal à reprendre leur travail après un arrêt de longue durée ou qui sont en cours d'un arrêt de longue durée et pour lesquels il faut anticiper la suite, la reprise. C'est vraiment ça le motif principal des patients que moi j'ai adressé.

Moi : Euh, quel est votre ressenti global par rapport à la collaboration avec ces assistantes sociales ?

T : Alors c'est très intéressant, je trouve ça très, très enrichissant parce que le social déjà on n'y connaît pas grand-chose en tant que médecin généraliste même si on a des notions. Les gens sont persuadés qu'on sait tout sur tout ce qui est social et c'est faux. Euh, et donc du coup c'est très rassurant d'avoir quelqu'un qu'on connaît à qui on peut poser des questions parce qu'on se croise en dehors de leur temps de travail sur les pauses déjeuner, ce genre de choses. Euh, donc mon ressenti est très positif, quoi. Elles nous donnent des solutions auxquelles on n'avait pas pensé, certaines qu'on ne connaissait même pas. Euh, ça permet vraiment de prolonger nos consultations sur un aspect qui est très, très intéressant pour le patient. Donc je, ouais elles ont vraiment leur place avec nous, c'est sûr.

Moi : Euh, que pensez-vous de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ?

T : Alors chez nous ça ne fait pas très longtemps que c'est mis en place. Et jusqu'à présent il y a eu une équipe un petit peu tournante donc ça été un petit peu difficile de créer beaucoup de lien avec nos collègues assistantes sociales. Euh, malgré tout il y a eu plusieurs réunions où on a fait le point, et il y a plusieurs midis où elles ont mangé avec nous. L'intégration se fait très bien, aussi bien sur le plan professionnel parce que ça s'emboîte, c'est vraiment le prolongement de nos consultations, un versant qui leur est propre et qui rend vraiment

service au patient et qui est très pertinent. Et qui nous décharge d'un certain nombre de choses et puis en plus qui apporte des informations plus pertinentes au patient que ce que nous on pourrait apporter. Et puis d'un point de vue personnel, voilà, les assistantes sociales, de par leur formation et leur métier c'est des gens, des personnes ouvertes et qui sont curieuses. Je mets au féminin parce que c'est que des femmes dans nos interlocutrices. Euh, et qui du coup ont l'air d'être contentes d'être dans notre équipe, et nous on est content qu'elles soient là et ça se passe relationnellement et sur le plan personnel très, très bien aussi quoi. Donc euh, ouais, bien.

Moi : Du coup quels sont pour vous les bénéfices ou les inconvénients de cette collaboration pour votre pratique professionnelle ? Pour la prise en charge des patients ?

T : Euh, alors le bénéfice c'est d'être en lien direct avec le travailleur social. Euh, qui a accès à plein d'informations, qu'on peut lui transmettre assez directement. Chez nous, elles travaillent en ayant accès à une partie du dossier du patient donc euh, elles suivent, elles comprennent mieux je pense la pathologie, euh... que présente le patient et les difficultés qu'il peut avoir. Euh, ça permet d'échanger de façon orale parfois sur certains dossiers et ça simplifie toujours la donne quand on est en contact... direct. Euh, le gros avantage c'est que ça s'articule, enfin c'est un prolongement de notre consultation, moi je le ressens vraiment comme ça, euh, qui permet d'aborder des choses sur lesquelles on n'est pas performant, pour lesquelles on n'a pas forcément de temps non plus. Euh, qu'est-ce que ça a comme autre avantage ? Nous ça nous fait nous remettre en question aussi parce qu'on n'est peut-être pas assez dynamique non plus pour le, se tenir au courant des droits sociaux de nos patients, de choses voilà, qu'on ne connaît pas bien et sur lequel il faudrait qu'on travaille ou qu'on soit formé ou qu'on apprenne. Euh comme avantage c'est aussi démystifier, parce que finalement l'assistante sociale on ne sait pas qui c'est. Pendant nos études on croise, oui des aides-soignantes, des kinés, des inf. mais le travailleur social c'est quelqu'un qui est vraiment pertinent dans la prise en charge du patient et c'est quelqu'un à qui on n'a jamais été confronté pendant nos études. Et donc ça m'a permis moi, de découvrir leur profession, leur champ d'action, les limites de leur champ d'action, euh et voilà, c'est toujours enrichissant pour notre pratique. Euh, dans les inconvénients euh, c'est leur disponibilité. Alors dans le système qu'on a mis en place elles ne peuvent pas être là tout le temps donc c'est sur des créneaux, c'est défini euh, avec des contraintes horaires, avec des contraintes en termes de date et de planning. Et euh, parfois on aimerait pouvoir décrocher son téléphone et leur exposer un dossier et ce n'est pas possible parce qu'elles ne sont pas là. Euh, alors ça c'est plus organisationnel c'est pas lié à leur venue. Euh, enfin, je vois ... en pratique je ne vois pas d'inconvénient moi en fait à leur venue. Bien au contraire c'est découvrir un métier, et puis c'est quelqu'un, le travailleur social qui a tout à fait sa place dans une équipe pluridisciplinaire. Vraiment, enfin plus le temps passe, plus le système chez nous se rode et plus on se dit que c'est intéressant et pertinent.

Moi : Est-ce que vous avez changé votre façon d'exercer depuis qu'il y a cette collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Euh oui, j'adresse certainement plus, plus facilement. Euh, parce que c'est accessible, parce qu'il y a un système qui est mis en place et que je sais comment le faire fonctionner alors qu'en

dehors d'une assistante sociale venant dans notre structure et bien je ne savais pas forcément vers qui orienter le patient. On connaît mal les structures qu'il peut y avoir en ville ou à la Sécu. Moi j'adressais beaucoup aux assistantes sociales de la sécu finalement mais euh, ça veut dire que le patient doit se déplacer, enfin c'est beaucoup moins souple. Euh, donc oui ça a changé ma pratique dans le sens où je sollicite clairement plus et où j'anticipe certainement plus les choses parce que ce qu'elles nous disent aussi beaucoup c'est que souvent on les sollicite trop tard dans les histoires de vie des patients et que plus on travaille en amont, plus c'est facile pour le patient. Donc euh, oui. Voilà, je sollicite plus et plus tôt.

Moi : Ok. Euh, quelles seraient pour vous les pistes pour améliorer cette collaboration ?

T : Alors une piste dans la formation initiale, quand on est étudiant soit externe soit interne et qu'on nous fasse côtoyer des assistantes sociales, qu'on travaille sur des modules inter disciplinaires, pluridisciplinaires, euh, pour connaître leur métier, qu'elles elles connaissent le nôtre aussi. Alors elles ont peut-être plus d'idées de notre métier parce qu'elles sont patientes, elles se rendent peut-être plus compte, euh ..., de ce que c'est qu'un médecin. Euh, mais je pense qu'on nous cloisonne trop dans notre bulle de médecin. Alors on a des contacts forcément avec les infirmières, les kinés, les aides-soignantes à l'hôpital mais on a très peu de contact avec les assistantes sociales et ça serait intéressant de la mettre en place dès la formation initiale. Ça j'en suis persuadé. C'était quoi la question ?

Moi : C'était quelles étaient les pistes pour améliorer ?

T : Ah. Pour améliorer ? Euh, avoir des temps d'échanges aussi. Alors quand on a quelqu'un, des temps d'échanges formels ou informels aussi. Ça peut être des réunions ou des moments d'échanges où on parle de patients mais aussi des temps où on mange ensemble de façon informelle pour se connaître quoi. Et puis le lien moi je crois que beaucoup au lien humain qui permet après de faciliter et d'enrichir sa pratique et qu'il y ait des allers-retours quoi.

Moi : Bien. J'ai terminé avec mes questions. Si vous avez une remarque ou autre chose à dire ?

T : C'est un projet qui est frais, qui est récent donc on n'a pas encore énormément de recul mais euh, j'espère vraiment qu'on va pouvoir le rendre pérenne et faire en sorte que ça se développe et qu'on tisse des liens. Parce que voilà plus le temps passe et plus j'en vois la pertinence. Voilà.

Moi : Bien. Merci

T : De rien.

ENTRETIEN N°11

Moi : Donc, moi je suis Marion SIMONIN, donc on est deux internes à faire, euh, la thèse sur l'évaluation de la mise en place des assistantes sociales, elle qui fait la partie patients et moi la partie des professionnels de santé. Euh, donc questionnaire anonymisé. Euh, donc, vous, vous êtes médecin généraliste, vous exercez depuis quand ?

T : 13 ans.

Moi : Et du coup installé ici euh ?

T : Oui. On a monté la maison avec mon associé et je n'ai, enfin j'ai remplacé mais sinon je n'ai été installé qu'ici.

Moi : Très bien. Euh, du coup quelle catégorie de patients vous côtoyez dans votre activité professionnelle qui pour vous peut avoir besoin de l'aide de l'assistante sociale ? Est-ce qu'il y a une catégorie d'âge particulier ? Une catégorie socio professionnelle ?

T : Alors même si je suis à l'origine de la mise en place de ce, euh..., de cette expérience, je ne suis pas un très bon client parce que moi je ne fais quasiment que de la pédiatrie.

Moi : D'accord.

T : Donc, euh ..., j'en vois peu parce que j'ai peu de gens à même d'y aller. Euh, et les patients que j'ai envoyés jusque-là parce qu'il y en a quand même eu quelques-uns, euh, c'est des arrêts de travail avec des, comment, des gens on sait qu'ils ne pourront pas reprendre et qui auront besoin de formation pour une ré orientation, des gens qui avaient des problèmes de non-paiement de leur IJ, en tout cas qui ne s'y retrouvaient pas et qui ne comprenaient pas grand-chose et puis que nous on ne sait pas grand-chose non plus, donc voilà. Plutôt ce genre de choses.

Moi : D'accord.

T : Mais c'est vrai que j'ai peu de monde à envoyer.

Moi : Bien. Euh, comment avez-vous proposé à ces patients la consultation auprès des assistantes sociales ?

T : Ben je leur ai dit qu'on avait mis en place euh, sur notre euh..., dans notre cabinet, euh ..., une assistante sociale de la sécurité sociale qui était à même à répondre à toutes les questions administratives qui posaient problème et qui travaillaient surtout en collaboration avec nous ; c'est à dire avec un échange et que si, il ou elle en était d'accord on échangerait là-dessus pour essayer de trouver les solutions les plus appropriées et les plus rapides possibles pour eux.

Moi : Ok. Est-ce qu'ils ont pris seuls leur rendez-vous ou vous les avez aidés ?

T : Alors je ne dirai pas aider, c'est-à-dire que c'est... Il y en a qui ont pris seuls et il y en a d'autres c'est moi qui ai fait parce que je sais que, enfin je sais ..., je suspectais fortement, qu'ils ne le feraient pas et qu'il y avait, euh sans dire urgence vitale mais enfin qu'il y avait,

euh ..., si on pouvait avancer un peu les choses euh, ça gagnerait du temps et une fois qu'on a pris rendez-vous, ben ils y viennent quand même en général. Mais euh parce que le premier que j'ai dû envoyer, j'ai dit il faut et au bout de quinze jours-trois semaines il n'avait toujours pas appelé et puis l'arrêt de travail continuait et puis rien ne se passait, donc je me suis dit : ben voilà ce n'était pas compliqué de leur passer l'info et puis d'appeler, soit pour elles, soit quand je les voyais le lundi matin leur dire ben tient il y a monsieur machin, voilà. Alors ce n'est pas forcément bien parce que ce n'est pas rendre à nos patients forcément un service mais enfin quand il y a un problème aigu euh, ça permet d'accélérer les choses.

Moi : Euh du coup pour quel motif vous les avez dirigés vers les assistantes sociales ?

T : Ben donc ce que je disais tout à l'heure, euh ..., arrêt de travail d'un patient qui manifestement ne pourrait pas reprendre pour une cause très médicale parce qu'il faisait un métier, euh, il était charpentier ou couvreur sur un toit et euh, c'est clairement, ce n'est encore pas réglé d'ailleurs, clairement il n'aurait pas la possibilité de reprendre dans son métier donc voilà je l'ai envoyé, je pense qu'on parlera des résultats après, euh, je lui ai envoyé. J'ai envoyé un monsieur qui avait euh, il avait un gros problème de récupérer l'argent et qui était finalement dans le rouge et que voilà ça se passait mal, mais c'était juste à priori lui qui n'avait pas fait les bonnes déclarations, comme souvent mais ça a permis de débloquer assez rapidement, voilà.

Moi : Ok. Quel est votre ressenti global de cette collaboration avec les assistantes sociales ?

T : Positif et du négatif. Le positif c'est que c'est évident que les assistantes sociales, enfin le monde social a une place majeure à prendre en maison de santé, ce qui est peu le cas aujourd'hui parce que nos maisons de santé sont quand même libérales pour l'énorme majorité, je ne parle pas des centres de santé mais nos maisons de santé. Et qu'on est toujours à la pêche d'informations sur le système, euh, sur le côté social des choses. Nous on sait des choses mais on n'en sait pas la moitié, ou en tout cas on ne les sait pas complètement ou on ne les sait pas comme il faut, on n'est pas de bon conseil du tout à nos patients. Et puis confronter les idées que nous avons, parce qu'on n'a pas du tout, du tout le même angle et la même vision des choses au départ, parce que nous on a une vision très médicale et elles, elles ont une vision très administrative et sociale et que la vérité est sûrement au milieu et que de partager ça nous permet de dire « ah ben lui je l'ai vu et elle l'a vu, pas de la même façon que moi, et elle a pas forcément tort, elle a pas forcément raison mais c'est sûrement un peu entre les deux. Donc ça permet de faire avancer les choses. Et puis négatif, enfin je ne sais pas si on peut dire négatif mais euh, en tout cas frustrant plutôt que négatif c'est que le panel de ce qu'elles font, des actions qu'elles peuvent avoir aujourd'hui est à mon goût trop limité, on en a parlé avec les autorités et le directeur de la CPAM et le directeur régional de la CNAM Mr Revel qu'on a vu d'ailleurs la semaine dernière. Euh, parce que et c'est évident qu'elles peuvent apporter beaucoup plus que ce qu'elles apportent aujourd'hui. Voilà. Mais on sent bien aussi qu'il y a un cloisonnement dans le... c'est, voilà, il y a un côté administratif qui fait qu'elles ont telle mission, ce qu'elles font très bien et ce qu'elles font ici au jour d'aujourd'hui et que ça ne sera pas forcément facile mais j'espère que ça sera le cas à l'avenir de pouvoir être plus étendu. Mais même si elles étaient étendues sur tout ce qui est assurance maladie, ce n'est jamais elles qui... elles ne seront pas non plus les assistantes sociales du

conseil général. Parce qu'en France c'est quand même très cloisonné et que là il y a un peu une frustration parce que nous on aimerait un peu une assistante sociale euh, je vais employer un terme un peu, euh ..., mais « couteau suisse » c'est-à-dire qui puisse nous servir à tout ce qui est social, et en particulier, moi j'avais la vision des gens qui euh ..., par exemple des toxicomanes qui n'ont pas de droits, qui n'ont pas de formation, qui sont au fond du trou et qui voilà. Alors nous on les soutient médicalement mais on sent bien qu'on est très très très insuffisants là-dessus et que je pense qu'il y aurait un travail extraordinaire à faire. Alors c'est pas les seuls mais c'est vrai que c'est finalement, c'est un peu stigmatisé mais c'est quand même ceux qui ont sûrement le plus besoin de nous. De pouvoir travailler avec le milieu social, probablement aussi le milieu psycho, les psychologues aussi mais enfin, ça c'est l'avenir parce que la FEMASAC a un projet là-dessus dans peu de temps qui se mettra en place, euh... pour aider un peu plus ces gens-là, quoi. Donc je pense que vraiment on est à l'aube d'un vrai truc important, c'est faire venir le social dans nos maisons et puis un petit côté frustration, c'est, je pense qu'on pourrait aller beaucoup plus loin.

Moi : Euh, que pensez-vous de l'intégration des assistantes sociales au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ?

T : Alors nous, euh ... Alors on est tombé sur des gens très ouverts donc ça m'a semblé facile, je pense qu'on est une équipe plutôt sympathique et ouverte donc il n'y avait pas de raison. Elles viennent tous les lundis, enfin elles venaient tous les lundis, maintenant c'est un peu espacé, mais le lundi, et donc on leur avait demandé dès le départ de manger avec nous le midi, justement pour créer un peu de lien. Parce que si c'était pour venir juste dans un bureau dans nos locaux pour repartir sans se voir, euh, elles étaient aussi bien où elles étaient avant donc c'était pas du tout leur souhait, c'était pas du tout le nôtre donc là-dessus on était complètement d'accord. Et donc voilà il y a un vrai partage d'informations à table le midi, euh, ou en réunion parce qu'elles viennent à nos réunions une fois par mois à une réunion pluridisciplinaire et donc on arrive à faire le point. Enfin pour ma part et j'ai l'impression qu'elles sont plutôt contentes aussi, donc non ça il n'y a vraiment aucun souci. Non et puis pour elles c'est novateur aussi, parce qu'elles, elles se sentent, à priori, quand même seules dans leur travail donc d'être en groupe et d'avoir des médecins qui peuvent leur amener des informations, tout ça je pense que aussi pour elles c'est plutôt un truc intéressant.

Moi : Du coup quels sont pour vous, vous l'avez déjà un peu dit, les bénéfices et les inconvénients de cette collaboration ? Donc pour votre pratique professionnelle à vous ? Pour la prise en charge des patients ?

T : Ben les bénéfices c'est d'avoir quelqu'un qui peut nous aiguiller nous et surtout le patient mais nous aussi, sur le côté social que nous connaissons très très peu. Euh..., et donc voilà on sent que ça va de soit en fait, que quelque part on est demandeur, elles sont demandeuses et que voilà, je ne vois vraiment pas ce qui pourrait ne pas marcher là-dedans parce qu'on y a tous intérêt et qu'on le sent bien. Et l'aspect négatif, ben voilà, c'est ce que je disais tout à l'heure, la frustration de ne pas aller assez loin quoi. Enfin pas aller assez loin : sur les cas qu'on leur envoie elles vont jusqu'au bout et elles font super bien le taf mais pas assez loin sur le nombre de choses qu'on pourrait leur envoyer, c'est vraiment là-dessus. Par contre sur les cas

qu'on leur envoie elles gèrent le truc euh, voilà c'est nickel quoi, c'est vraiment on peut faire plus à mon avis.

Moi : Et du coup je ne sais pas si vous avez eu des retours des patients, euh ?

T : Ah ben là en l'occurrence celui qui doit changer de boulot, euh, ce n'est pas terminé, c'est en cours. Les deux autres dont elle a géré euh, ben ils sont enchantés parce qu'ils sont venus dans un endroit quand même qu'ils connaissent, donc il n'y a pas de stress. Parce que ça joue aussi quand il faut aller à la CPAM rue Denis Papin, euh, déjà l'entrée même quand vous connaissez c'est compliqué, c'est un stress, il faut prendre des numéros, enfin ce n'est pas compliqué mais c'est forcément stressant parce que c'est quand même, on leur envoie quand même des gens qui sont malades, on ne leur envoie pas des gens qui sont super bien et qui vont réclamer une petite aide, ou un machin ; on leur envoie des gens qui ne vont pas bien donc c'est compliqué. Donc le fait que ça soit ici c'est forcément extrêmement positif et facilitant. Donc les gens ils sont contents, pour certains on a appelé pour eux, ils ont juste à venir à l'heure où on leur a dit de venir et on va mettre en place quelque chose qui va, à priori, en tout cas dans la grande majorité des cas, euh, régler leur problème. Donc ça serait quand même un peu étonnant que ça ne leurs plaise pas.

Moi : Euh, du coup est ce que vous avez changé votre façon d'exercer depuis qu'il y a cette collaboration ?

T : Non. Non parce que c'est ... il n'y a pas assez de patients, euh... qui en bénéficient, enfin pour ma part parce que, encore une fois je n'ai pas une clientèle pour qui je leur envoie beaucoup de monde, on ne peut pas dire que ça a changé. Par contre c'est clair que, je pense, que le côté social des prises en charge chroniques est beaucoup plus présent, on l'a beaucoup plus à l'esprit. Parce que même si on ne leur envoie pas, on se dit « Ah ben tient ça ou aurait pu faire ça », et donc on l'a beaucoup plus à l'esprit. On s'ouvre à un monde encore une fois, alors je dis « on », peut être que les autres, enfin je sais que non, mais en tout cas que je n'ai pas mais que je pense que la plupart n'ont pas parce que on nous a formé à faire du médical et du médical et du médical, on commence à faire du préventif tant mieux mais du social on en est très très loin. Alors après il y a sûrement quelques passionnés qui en font mais je ne pense pas que ce soit la majorité. Alors quand je dis, ce n'est pas que je veux cloisonner « nous on fait du médical et elles, elles font du social » ; ce n'est pas du tout ça, mais malgré tout sur le peu de temps que l'on a par consultation, euh, c'est vrai que quand on voit quelqu'un, je ne sais pas moi, un patient qui a un cancer et qui est en arrêt de travail depuis longtemps et qu'on voit qui faudrait projeter, et bien on va parler du médical, des nausées après la chimio plus qu'on va parler « et comment ça va ? Est-ce financièrement euh ? » ; même si ça nous arrive de le faire bien sûr mais enfin en tout cas je n'ai pas l'impression que ça fait partie des gènes qu'on nous a... de nos gènes ou dans notre formation qu'on ait dit ; euh... On voit bien la cancérologie, ils sont formidables pour le côté médical mais ce n'est pas non plus leur priorité même si ça devrait sûrement l'être et on devrait faire attention. Donc je pense qu'en ça, ça a modifié dans le sens qu'on l'a plus à l'esprit. De dire que ça a changé ma façon de travailler ça serait un petit peu exagéré.

Moi : Bien. Et du coup pour vous quelles seraient les pistes pour améliorer cette collaboration ?

T : Ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est clairement augmenter euh, leur champ d'activité et j'ai bon espoir que ça se fasse. Euh, voilà à tous ce qu'une assistante sociale de sécurité sociale puisse offrir. Et voire même, mais alors je suis encore carrément dans le rêve, c'est qu'elles ne s'occupent pas que des gens de la CPAM mais de l'ensemble de la, des assurés. Parce que c'est quand même dingue qu'on ait le droit à des trucs, en France trucs parce qu'on est à la CPAM et pas parce qu'on est dans une autre ou vice versa parce que ça arrive aussi que ce soit parce qu'on est à la CPAM qu'on n'ait pas le droit alors que la MGEN ou la MSA va avoir le droit. Donc ça c'est quand même un truc de dingue. Donc c'est ça l'idéal, ça serait d'augmenter le champ d'activité et prendre l'ensemble des assurés. Mais il faut vivre euh, d'optimisme et on y arrivera.

Moi : Il n'y a pas de raison.

T : Non pis on a des partenaires et ça c'est très important, je pense que dans la thèse il faudra aussi qu'il y ait un moment, enfin je suppose, ça ne me regarde pas je ne suis pas le directeur mais je pense que c'est quand même important de dire que sur le Doubs et c'est loin, loin, loin d'être le cas ailleurs, on a un directeur de CPAM et une équipe qui travaille avec lui qui est très ouvert et qui nous permet d'avoir tous ces projets en disant « Go on y va, et on évalue » ; ce que vous faites avec votre thèse, et puis on corrige ce qu'il faut corriger si il y a à corriger mais on est dans une période quand même extraordinaire pour ça, c'est que quand on a une bonne idée on peut y aller. Et donc ça c'est une grande chance et je pense qu'il faut le dire, il faut l'écrire parce que nos collègues n'en n'ont pas assez conscience à mon avis. Voilà.

Moi : J'ai fini avec mes questions.

T : C'est pas mal.

Moi : Est-ce que vous avez d'autres commentaires, remarques ?

T : Non. En même temps ce que je dis là c'est que j'ai dit à Nicolas Revel, euh, vendredi et à Lilian Vachon qui est le directeur de la CPAM du Doubs en disant voilà c'est formidable mais il faut aller plus loin. Donc c'est une chance, on ne l'a fait que sur deux maisons donc ça coute quand même peut cher finalement à l'assurance maladie parce que voilà une demi-journée c'est pas... Surtout qu'en plus même si on trouve que ça ne marche pas forcément, enfin qu'on n'a pas encore atteint un taux d'activité suffisant, quand elles viennent elles travaillent donc le travail qu'elles font là, il n'est pas inutile, il sert vraiment, il aurait dû être fait, alors peut-être il aurait été sûrement fait plus tard donc forcément plus important donc ce qu'on fait ça reste extrêmement positif parce que le taf il est fait. La frustration elle est qu'on peut en faire plus. Voilà.

Moi : Bien, merci.

T : Et bien écoute je t'en prie. Bon courage.

Annexe 4 : score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ¹ ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
constante		75,14	

Annexe 5 : Score EPICES simplifié

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	1	0
2	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	1	0
3	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?	0	1
4	Vivez-vous en couple ?	0	1
5	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	0	1
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	0	1
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	0	1
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	0	1
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	0	1
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	0	1
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	0	1
≥ 4 réponses précaires/défavorables (codées 1) = Situation de vulnérabilité sociale			

Bibliographie

1. Netgen. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 19 nov 2019]. 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. à la 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. Code de la santé publique.
5. Lexique [Internet]. AVECSanté. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/definitions-et-legislations/lexique/>
6. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
7. Charte D'Ottawa (21 novembre 1986 - première Conférence internationale pour la promotion de la santé.
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]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/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. 2017-877 mai 6, 2017.
14. Dauphin S. Le travail social : de quoi parle-t-on ? Informations sociales. 2009;152(2):8-10.

15. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Assistant social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/assistant-social>
16. Assistante sociale / Assistant social : métier, études, diplômes, salaire, formation | CIDJ [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cidj.com/metiers/assistante-sociale-assistant-social>
17. Agénie 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 - Édition 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/minima-sociaux-et-prestations-sociales-menages-aux-revenus-modestes-et-12002>
19. Von Lennep F. Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? - Ministère des Solidarités et de la Santé. DRESS [Internet]. mars 2016 [cité 19 nov 2019]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prestations-sociales-les-personnes-eligibles-sont-elles-les-mieux-informees>
20. Boul J-P. Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
21. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):679-90.
22. Lenchantin J, Guerin G, Dalvard D. Questionnaire national des Etats Généraux du Travail Social. 2014 sept.
23. Jeanmaire T, 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, Aid to quality approach in French multidisciplinary health houses through a patients satisfaction assessment. *Santé Publique*. 1 oct 2009;21(hs1):91-101.
24. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, Abstract. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):231-60.
25. Somasse E, Heymans I. Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises. Année 2012.
26. Guide d'intégration des professionnels en GMF : Travailleur social. Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux . Québec. [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>
27. Bourgueil Y, Marek 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, Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of

- Ontario and Quebec: what are the lessons for France ? Santé Publique. 1 oct 2009;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. déc 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. Mucchielli PP et A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
 31. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? | CNIL [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>
 32. 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.
 33. Comprendre les troubles musculo-squelettiques [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>
 34. 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.
 35. Del Giudice F. Précarité: étude sur la mise en place du score EPICES® en routine aux urgences [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2010.
 36. Lélou D. Incidence de la précarité sur la consommation de soins primaires: enquête dans un cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.
 37. Carsat BFC - Présentation [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.carsat-bfc.fr/pr%C3%A9sentation.html>
 38. JEANNEROT L. Ressenti des patients ayant bénéficié des services d'une assistante sociale de la CPAM au sein d'une maison de santé. Thèse de doctorat, Faculté de Médecin de Besançon. 2020;
 39. À quel organisme de sécurité sociale est-on rattaché pour l'assurance maladie ? [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F648>
 40. Les grandes dates [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>
 41. Constitution [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
 42. Bonheure A. Les priorités de santé des personnes en situation de précarité: une étude qualitative auprès de résidents de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et d'usagers d'accueil de jour [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.

43. Renforcer la qualité des soins dentaires [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/renforcer-qualite-soins-dentaires>
44. Ferrie JE, Virtanen M, Jokela M, Madsen IEH, Heikkilä K, Alfredsson L, et al. Job insecurity and risk of diabetes: a meta-analysis of individual participant data. *CMAJ*. 6 déc 2016;188(17-18):E447-55.
45. Effects of Lifetime Unemployment Experience and Job Insecurity on Two-Year Risk of Physician-Diagnosed Incident Depression in the German Working Po... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28800069>
46. Rondet C. Déterminants socio-territoriaux de l'absence ou du retard de participation aux dépistages des cancers féminins. Impact de l'origine migratoire et du lien social. Une étude en population générale à partir des données de la cohorte SIRS [Thèse de doctorat]. [Paris ; 1971-2017, France]: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
47. Yaogo A. Déterminants sociaux des trajectoires de consommation d'alcool chez les jeunes dans la cohorte TEMPO [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris-Sud; 2015.
48. Bell ON, Hole MK, Johnson K, Marcil LE, Solomon BS, Schickedanz A. Medical-Financial Partnerships: Cross-Sector Collaborations Between Medical and Financial Services to Improve Health. *Acad Pediatr*. 13 oct 2019;
49. Tableaux des maladies professionnelles - Publications et outils - INRS [Internet]. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>
50. Maladie professionnelle [Internet]. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accident-du-travail-et-maladie-professionnelle/mp/maladies-professionnelles>
51. Cardis J. Expérience vécue des patients en arrêt de travail de longue durée: une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
52. Ruello N. De l'arrêt de travail de longue durée vers la reprise du travail: difficultés et pratiques : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
53. Gbohounon A. Souffrance liée au travail et arrêt maladie: une étude prospective [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2009.
54. Latour P. État des lieux des pratiques des médecins généralistes du Nord-Pas-de- Calais face à la souffrance morale de leurs patients, liée au travail [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
55. Schwartz C. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux: représentations et attentes des patients sur l'interprofessionnalité médico-sociale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2018.
56. Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. 1 déc 2011;Vol. 42(2):101-9.

57. Article L1110-4 du code de la santé publique | SECRETPRO [Internet]. Disponible sur: <https://secretpro.fr/secret-professionnel/fiches-legislation-commentee/code-sante-publique/article-1110-4>

Table des matières

Remerciements	9
Sommaire	15
Liste des Abréviations.....	17
Introduction.....	19
Première partie : Données de la littérature et problématiques	21
1. Le concept de santé :	21
1.1. Définition :	21
1.2. Les déterminants de la santé :	21
2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) :	23
2.1. Définitions :	23
2.2. Pluriprofessionnalité :	24
2.3. Etat des lieux :	25
3. Les travailleurs sociaux :	26
3.1. Définition :	26
3.2. Champs d'action du travailleur social :	27
3.3. Assistant social de la CPAM :	29
4. Etat des lieux du travail social en soins primaires : que ce passe-t-il en France et à l'étranger ? 30	
4.1. A l'échelle nationale :	30
4.2. A l'échelle internationale :	31
5. Nouvelles perspectives :	32
6. Nos objectifs :	33
2 ^{ème} Partie : Matériel et Méthode	35
1. Choix de la méthode.....	35
2. Constitution de l'échantillon	35
3. Guide d'entretien (Annexe 1).....	36
4. Cadre légal des entretiens.....	36
5. Réalisation des entretiens et retranscription (32)	37
6. Analyse des données	37
3 ^{ème} partie : résultats	39
1. Besoins des professionnels en termes d'aides sociales	39
1.1. Des besoins très étendus.....	39
1.2. Dans les problématiques liées à l'arrêt de travail longue durée.....	39
Face à un problème administratif et non plus médical.....	40

Face à un problème d'indemnisations	40
Devant des situations bloquées	40
1.3. Nécessité de changement de corps de métier, difficultés de reprise de travail.....	40
1.4. Besoin de renseignements divers sur le plan social.....	41
1.5. Devant la problématique d'accès aux soins	41
1.6. Pour les personnes en fragilité sociale, isolement.....	42
2. Méthode d'adressage pour l'expérimentation	42
2.1. Catégorie de patients concernés selon les professionnels	42
Pas de catégorie particulière, situations très variables.....	42
Les personnes actives.....	42
Les secteurs des salariés, entreprises et secteurs administratifs.....	43
Les personnes ayant un « travail difficile »	43
Les bénéficiaires du régime général.....	43
La catégorie socioprofessionnelle basse	43
2.2. Méthode d'adressage.....	43
Entretien proposé au cours d'une consultation chez médecin traitant.....	43
Adressé par leur médecin.....	44
Peu d'orientation de la part des autres professionnels de santé	44
Information par une affiche dans la salle d'attente	45
2.3. Modalités de prise de rendez vous	45
Auprès des secrétaires de la maison médicale	45
Auprès des assistantes sociales ou de leur secrétariat	45
Par les médecins eux-mêmes	45
3. Avantages pour les patients selon les professionnels.....	46
3.1. Sur le plan pratique	46
Proximité du domicile et lieu familial	46
Facilitant	46
Rapidité d'accès, délais de consultation court.....	47
Satisfaction du résultat, retours positifs de la part des patients	47
4. Amélioration de la prise en charge des patients.....	47
4.1. Débloquent des situations, apporter des solutions	47
4.2. Leur apporter les bonnes informations.....	48
4.3. Accélérer les choses, anticiper les problèmes liés au travail	48
5. Bénéfices dans la pratique professionnelle.....	49
5.1. Projet innovant et ressenti positif.....	49
5.2. Changements de pratique au sein de la maison de santé ?.....	49

Pas de changement	49
En cours	49
Oui, prise en charge sociale plus intégrée.....	50
5.3. Nouvel outil à proposer au patient	50
5.4. Nécessaire pour une prise en charge globale, complémentarité dans la PEC des patients	51
5.5. Enrichissement, apprendre soi-même à mieux gérer la problématique sociale	51
5.6. Découverte d'un nouveau métier	52
5.7. Aide à la prise en charge dans des situations où l'on se sent bloqué	52
5.8. Gain de temps dans la pratique professionnelle.....	52
5.9. Créer un lien entre social et médical, uniformiser les approches et échanger sur les pratiques.....	53
5.10. Echanges de conseils dans les deux sens	53
5.11. Créer de la collaboration avec les services sociaux à l'extérieur, utiliser de nouveaux outils	53
5.12. De probables bénéfices économiques	54
6. Communication interprofessionnelle.....	54
6.1. Bons contacts inter professionnels	54
6.2. Par des échanges verbaux	55
6.2.1. Informels.....	55
6.2.2. Au cours de réunions.....	55
6.3. Par des échanges écrits	55
6.3.1. Courrier d'adressage	55
6.3.2. Compte rendu dans le dossier	55
6.4. Intégration au sein de l'équipe.....	56
6.4.1. Bonne.....	56
6.4.2. Insuffisante	56
6.4.3. Manque encore de lien, de convivialité, de relation.....	57
7. Points négatifs de l'expérimentation	58
7.1. Besoin d'un temps d'adaptation	58
7.2. Champ d'action restreint,.....	58
7.2.1. Ne répondant pas aux besoins	58
7.2.2. Déception, frustration	59
7.2.3. Pour certains, champs d'actions restreint rend l'expérience moins rentable	60
7.3. Population éligible trop restreinte	60
7.4. Manque de disponibilité.....	60
8. Modifications à apporter.....	61

8.1.	Améliorer les échanges physiques, plus de convivialité	61
8.2.	Améliorer l'organisation.....	62
8.2.1.	Importer leur outil de travail à la maison de santé.....	62
8.2.2.	Développer la prise de rendez vous	62
8.2.3.	Améliorer la coordination entre les professionnels et les outils proposés.....	62
8.2.4.	Adapter un logiciel d'échange avec protection du secret professionnel.....	62
8.2.5.	Avoir plus de place et de créneaux à leur proposer au sein des MSP.....	62
8.3.	Elargir à tous les régimes.....	62
8.4.	Elargir les champs d'actions	63
8.5.	Poursuivre l'expérience.....	64
8.6.	Plus de disponibilité des AS.....	64
8.7.	Amélioration de notre formation sociale.....	64
4 ^{ème}	partie : Discussion.....	65
1.	Discussion de la méthode.....	65
1.1.	Biais de recrutement	65
1.2.	Biais de l'interviewer et biais d'analyse	66
1.3.	Biais lié à la précocité de l'étude	66
2.	Discussions des résultats.....	66
2.1.	Concernant l'orientation vers les ASS	66
2.2.	Champs d'actions des travailleurs sociaux.....	68
2.3.	Personnes cibles : le régime général uniquement ?.....	70
2.4.	Lien entre la problématique sociale et la santé	70
2.4.1.	La situation sociale dans notre santé	71
2.4.2.	La santé au travail.....	72
2.5.	Collaboration interprofessionnelle.....	73
2.6.	Secret professionnel.....	74
2.7.	Pistes de réflexion	75
2.7.1.	Tout d'abord sur le plan organisationnel	75
2.7.3.	Améliorer la collaboration interprofessionnelle	76
2.7.4.	Intégrer plus de professionnels.....	76
2.7.5.	Elargir le champ d'actions des ASS.....	77
	Conclusion	79
	Annexes	81
	Annexe 1 : Guide d'entretien	81
	Annexe 2 : caractéristiques des professionnels interrogés.....	83
	Annexe 3 : Les entretiens	84

ENTRETIEN N°1 :	84
ENTRETIEN N°2	88
ENTRETIEN N°3	92
ENTRETIEN N°4	96
ENTRETIEN N°5	99
ENTRETIEN N°6	103
ENTRETIEN N°7	107
ENTRETIEN N°8	110
ENTRETIEN N°9	115
ENTRETIEN N°10	119
ENTRETIEN N°11	123
Annexe 4 : score EPICES	128
Annexe 5 : Score EPICES simplifié	129
Bibliographie.....	130
Table des matières	135

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Présentée par : Mme SIMONIN Marion

Né(e) le : 08/02/1991

à : MONTBELIARD

Et ayant pour titre : *Ressenti des professionnels de santé de la collaboration avec un assistant de service social au sein de deux maisons de santé pluriprofessionnelles de Franche-Comté*

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,



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

