

Centre de Ressources pour la Coordination des Mini-Réseaux de Proximité : description détaillée d'un mode de fonctionnement innovant dans la prise en charge des patients complexes en médecine générale

Marine Monet

▶ **To cite this version:**

Marine Monet. Centre de Ressources pour la Coordination des Mini-Réseaux de Proximité : description détaillée d'un mode de fonctionnement innovant dans la prise en charge des patients complexes en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01114695

HAL Id: dumas-01114695

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01114695

Submitted on 9 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014 N° 82

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Centre de Ressources pour la Coordination des Mini-Réseaux de Proximité : description détaillée d'un mode de fonctionnement innovant dans la prise en charge des patients complexes en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 11 septembre 2014

Par

MONET, Marine

Née le 15 août 1984 à Albertville

Dirigée par M. Le Docteur Grunberg, Philippe

Jury :
M. Le Professeur Jaury, Philippe PU-PH ..... Président

M. Le Professeur Dhonneur, Gilles PU-PH

M. Le Professeur Ray, Patrick PU-PH

M. Le Docteur Mounier, Roman PH

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

Sommaire

Sommaire 2

Listes des figures 6

Remerciements 7

Lexique des abréviations 9

Introduction 11

Etat des lieux : 12

1. Les réseaux de soins coordonnés 12

1.1. Définitions 12

1.2. Historique 13

1.2.1. De la Tuberculose aux années 1960 13

1.2.2. Années 1970-1980 14

1.2.3. Années 1980 : VIH 14

1.2.4. 1996 : réseaux de soins expérimentaux 15

1.2.5. 1997 et 1999 17

1.2.6. 4 mars 2002 18

1.2.7. Reconversion dans le social 18

1.3. Dérivés 20

1.3.1. Microstructures 20

1.3.2. Maisons médicales de santés 20

1.3.3. Infirmières ASALEE 21

1.3.4. Groupe de Médecins de Famille[18] 22

1.3.5. Centre de ressources pour la Coordination des MRP (CRC/MRP) 23

1.4. Fonctionnement du CRC/MRP 25

1.4.1. Coordination 25

1.4.2. Les Coursiers Sanitaires et Sociaux 26

1.4.2. 1. Formation 26

1.4.2. 2. Tâches 26

1.4.3. Réunion concertation multidisciplinaire (RCP) 28

1.4.3. 1. RCP 28

1.4.3. 2. RCP2 [21] 28

1.5. Application concrète 29

1.5.1. Problématique financière 29

1.5.2. Problématique géographique 30

1.5.3. Problématique humaine 31

1.5.4. Etat actuel 32

1.6. Place de cette étude 33

Matériel et méthodes 34

1. Echantillonnage 34

2. Recueil de données 35

Résultats 37

1. Généralités 37

3. Lien entre le médecin généraliste et le CRC/MRP 39

3.1. Prise de contact avec le CRC/MRP 39

3.1.1. Par un confrère 39

3.1.2. Par une brochure 40

3.1.3. Par un entretien avec un CSS au cabinet du médecin 40
3.1.4. Prise de contact mais incompréhension du fonctionnement 41
3.1.5. Par la co-fondatrice du CRC/MRP : Sibel Bilal 41
3.2. Situations cliniques motivant l'inclusion de patients dans le CRC/MRP 42
3.2.1. Difficultés administratives 42
3.2.1. 1. Démarches d'ordre législatif 42
3.2.1. 2. Difficultés financières 43
3.2.1. 3. Difficultés d'accès au logement 43
3.2.2. Problèmes sociaux 44
3.2.2. 1. Problèmes de couverture sociale 44
3.2.2. 2. Dysfonctionnement du service social 45
3.2.2. 3. Situations conflictuelles familiales 46
3.2.2. 4. Problèmes médico-psychologiques 47
3.2.2. 5. Une situation extrême 48
4. Perception du CRC/MRP par le médecin généraliste 50
4.1. Un réseau social 50
4.1.1. Une prise en charge médico-sociale 50
4.1.2. Une prise en charge socio-administrative 51
4.1.3. Une prise en charge globale : médicale, sociale et administrative 52
4.2. Une prise en charge élargie sur tous les plans 52
4.2.1. Dans l'espace : mobilité 53
4.2.2. Dans le temps : disponibilité 54
4.2.3. Sur le plan humain : 55
4.3. Un réseau qui comble un vide dans la prise en charge sociale 55
4.3.1. Un réseau pour pallier au travail bénévole du médecin traitant 55
4.3.2. Une prise en charge complémentaire aux réseaux coordonnés 56
4.3.3. Un réseau en lien avec le médecin traitant 57
5. Apport du CRC/MRP au médecin généraliste 57
5.1. Résultats complets ou partiels 57
5.1.1. Résolution de problèmes 57
5.1.2. Déblocage d'une situation 58
5.1.3. Accompagnement des patients 59
5.2. Une prise en charge globale du patient 60
5.2.1. Un soutien social, administratif et humain 60
5.2.2. Un soutien moral et psychologique 61
5.2.3. Des patients satisfaits 61
5.3. Un confort pour les médecins 61
5.3.1. Un soutien pour les médecins 62
5.3.2. Des médecins apaisés 62
5.3.3. Une meilleure relation médecin/patient 62
6. Modifications de la pratique du médecin généraliste par l'utilisation du CRC/MRP 63
6.1. Une amélioration des conditions de travail 63
6.1.1. Un gain de temps pour le médecin 63
6.1.2. Un exercice plus serein 64
6.2. Une amélioration de la prise en charge médicale 65
6.2.1. Un meilleur accès aux soins 65
6.2.2. Une prise en charge médicale cohérente 66
6.3. Une amélioration de la relation médecin/patient 66
6.3.1. Une relation de confiance entre les patients et leur médecin traitant 66
6.3.2. Une relation médecin/patient plus approfondie 67
7. Perception du CSS à travers le ressenti du médecin généraliste 67
7.1. Qualités du CSS 67

7.1.1. Efficacité 68
7.1.2. Disponibilité 68
7.1.3. Mobilité 69
7.1.4. Tolérance 70
7.2. Formation au métier de CSS 70
7.2.1. Formation sociale 70
7.2.2. Formation d'introduction à la psychologie 71
7.2.3. Formation à la relation thérapeutique 71
7.2.4. Méconnaissance de la formation 72
8. Futur du CRC/MRP 73
8.1. Un concept généralisable 73
8.1.1. A toute la France 73
8.1.2. Aux zones de précarité 73
8.1.3. Militer pour faire connaître le concept 74
8.2. Modalités de financement du CRC/MRP d'après les médecins utilisateurs 74
8.2.1. Financement par l'assurance maladie/les mutuelles 74
8.2.2. Financement par les pouvoirs publics 75
8.2.3. Cotisation par les médecins utilisateurs 75
Discussion 78
1. Discussion des résultats 78
1.1. Compréhension initiale imprécise du CRC/MRP par les médecins 78
1.2. Motifs d'inclusion : des situations complexes 79
1.3. Le CRC/MRP : un réseau social polyvalent pour le médecin généraliste 80
1.4. Prévention de la précarisation des patients 82
1.5. Prévention du "Burn-Out" des médecins 83
1.6. Les CSS : une profession émergente 84
1.7. Un concept à généraliser 85
2. Discussion sur la méthode 88
2.1. Points faibles 88
2.1.1. Echantillonnage 88
2.1.2. Modélisation du guide de questions 89
2.1.3. Une expérience limitée de la recherche qualitative 90
2.2. Points forts 90
2.2.1. Contexte et sujet de l'étude 90
2.2.2. Pertinence de l'analyse qualitative 91
3. Ouvertures 92
3.1. Formation sociale du médecin généraliste 92
3.2. "Burn-out" du CSS 92
3.3. Formation à la recherche qualitative 93
Conclusion 94
Bibliographie 96
Annexes 103
1. Annexe 1 : Guide de questions 103
2. Annexe 2 : Enquête de satisfaction auprès des patients inclus 107
3. Annexe 2bis : Enquête de satisfaction auprès des professionnels 111
4. Annexe 4 : Entretiens : 113
4.1. Entretien semi-dirigé n°1 113
4.2. Entretien semi-dirigé n°2 119
4.3. Entretien semi-dirigé n°3 129

4.4. Entretien semi-dirigé n°4 _____ 136
4.5. Entretien semi-dirigé n°5 _____ 142
4.6. Entretien semi-dirigé n°6 _____ 149
4.7. Entretien semi-dirigé 7 _____ 160
4.8. Entretien semi-dirigé n°8 _____ 167
4.9. Entretien semi-dirigé n°9 _____ 172
4.10. Entretien semi-dirigé n°10 _____ 183
Serment Hippocrate _____ 189

Listes des figures

Figure 1 : Pierre Larcher "La santé en réseaux, objectifs et stratégie dans une collaboration "ville-hôpital" [12] 17

Figure 2 : Budget et sources de financement prévisionnels sur trois ans CRC/MRP, 7 juin 2007 Sibel Bilal 30

Figure 3 : Zones d'intervention du CRC/MRP dans le 93, avril 2014 31

Remerciements

A mon directeur de thèse, Dr Philippe Grunberg, pour m'avoir proposé ce sujet passionnant et m'avoir encadrée avec compréhension. Merci de m'avoir guidée et accompagnée pour mes premiers pas en tant que médecin généraliste.

Au Pr Philippe Jaury, pour avoir accepté de présider cette thèse.

Aux membres du jury, pour leur disponibilité et réactivité extraordinaires. Merci d'avoir accepté de participer à l'analyse de ce sujet de médecine générale.

A Sibel, Ozgur, Sarah et toute l'équipe du Centre de Ressources pour Mini-Réseaux de Proximité, pour m'avoir soutenue dans cette étude.

Aux médecins généralistes interrogés, sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

A toutes mes rencontres, lors de mes nombreux stages ; Chefs, internes, externes, infirmiers, aide-soignants, ambulanciers, cadres, brancardiers, et ceux que j'oublie. C'est vous qui nous transformez en médecin.

A mes correctrices acharnées, pour leur soutien sans faille et jusqu'au bout de la nuit :

Monica, merci de croire si fort en moi sans jamais douter, et cela depuis le début de ces longues études. Tu es la marraine rêvée.

Eugénie, ma petite soeur, dont je suis si fière. Merci pour tous ces merveilleux moments que nous partageons. J'apprends tant de choses à tes côtés.

Céline, merci de m'avoir aidée à comprendre, apprendre et réaliser l'analyse qualitative de cette étude. Je suis profondément heureuse de partager avec toi le métier d'urgentiste, en plus d'une belle amitié.

Esther, merci d'avoir été présente pour m'aider à construire mon plan, pour les entretiens et pour tant de choses encore. Je suis si chanceuse de t'avoir comme amie.

Fred et Flo, merci d'avoir été si disponibles et si réactives. Vous m'avez fait un beau cadeau. Merci Emeline pour les entretiens.

A Maman, merci pour ta patience et ton soutien depuis toujours et tout au long de mes études. C'est grâce à toi que j'ai pu devenir médecin, et je t'en serai éternellement reconnaissante.

A Papa, pour m'avoir toujours témoigné ta plus grande fierté.

A Clément, mon frère adoré, dont je suis si fière. Merci de m'avoir fait confiance au point de suivre mon chemin. Tu es déjà un excellent médecin.

A Granny et Papy, mes merveilleux grand-parents. Merci pour votre amour.

A Jennifer, ma "soeur de coeur", qui m'accompagne depuis l'adolescence. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis. Merci d'avoir toujours essayé de comprendre ce que signifiait la médecine pour moi et de continuer à le faire.

A Grégoire, Kholoud, Mathieu et Alex. De fabuleuses personnes et d'excellents médecins, que j'ai la chance d'avoir comme amis.

A Raphi, Mathilde, Richard et Coumba, ami(e)s et "co-internes de choc". Vous avez été des collègues de travail formidables, et m'avez aidée à surmonter des moments difficiles, avec une énergie et une passion de la médecine commune.

A Flore, Anaîs et Charlotte, pour ces années d'externat partagées et votre soutien l'année de l'ECN. Merci pour votre amitié.

Lexique des abréviations

- AAH : Allocation aux adultes handicapés
- ANGREHC : Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Étude de l'Hépatite C
- AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS : Agences Régionales de Santé
- ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
- CAE : Contrats d'Aide à l'Emploi
- CLSC : Centres Locaux de Services Communautaires
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
- CNR : Coordination Nationale des Réseaux
- COFRES : Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux de Soins
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRC/MRP : Centre de Ressources pour la Coordination des Mini-Réseaux de Proximité
- CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CSS : Coursiers Sanitaires et Sociaux
- CSST : Centres de soins spécialisés aux toxicomanes
- DGS : Direction Générale de la Santé
- DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRDR : Dotations Régionales de Développement des Réseaux
- DU : Diplôme universitaire
- FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
- FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
- FIQSV : Fonds d'intervention pour la Qualité des Soins de Ville
- FIR : Fonds d'Intervention Régional
- GMF : Groupe de Médecins de Famille
- HAD : Hospitalisation à domicile
- HAD : Hospitalisation à Domicile

- HED : Hospitalisation Externe à Domicile
- HMO : Health Maintenance Organization
- MSA : Mutualité Sociale Agricole
- MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles
- ONDAM : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
- RCP : Réunion concertation multidisciplinaire
- RSC : Réseaux de Soins Coordonnés
- SAD : Services d'Aide à Domicile
- SNMG : Syndicat National des Médecins de Groupe
- SPCI : Santé Promotion Conseil Insertion
- UDVI : Usagers de Drogues Intraveineuses
- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- ZFU : Zones franches urbaines
- ZRU : Zones de redynamisation urbaine
- ZUS : Zones urbaines sensibles

Introduction

Le 21 janvier 2013, un ordre de mission[1] est élaboré à l'attention de Madame Archimbaud, sénatrice de Seine-Saint-Denis, lors d'un comité interministériel sur la lutte contre les exclusions, lui demandant d'établir un rapport sur les raisons du non-recours aux droits sanitaires et de santé par les personnes malades.

Ce rapport édité en septembre 2013, expose 40 propositions pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis. Elles appellent à une extension du "choc de simplification" aux procédures administratives qui concernent nos concitoyens les plus en difficulté, à des changements dans les cultures et les pratiques professionnelles et à la limitation des effets de seuil par l'élargissement de certains droits.

Ainsi, dans ce rapport, le Centre de Ressources pour la Coordination des Mini-Réseaux de Proximité (CRC/MRP), structure associative expérimentale dans les départements de la Seine-Saint-Denis (93) et de Paris (75), est décrit comme une expérience innovante qui se doit d'être soutenue par le gouvernement dans la lutte pour la réduction des inégalités sociales de santé. La description des Coursiers Sanitaires et Sociaux (CSS), reprise depuis un article paru en janvier 2012 dans le Quotidien du Médecin, est celle de "fées sociales au chevet des patients et des médecins "[2], un nouveau métier à mettre en valeur.

Ce travail va s'attacher dans un premier temps, à replacer le CRC/MRP dans une trame historique et à décrire son fonctionnement pratique et financier, ainsi que la profession originale et émergente de CSS.

Dans un deuxième temps, cette description s'appuiera sur une analyse qualitative auprès des médecins généralistes utilisateurs de ce service, visant à préciser leur ressenti face au CRC/MRP.

L'objectif est d'illustrer cette structure expérimentale qu'est le CRC/MRP.

Etat des lieux :

1. Les réseaux de soins coordonnés

1.1. Définitions

Un **réseau de santé** ou **réseau médical** a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires[3].

L'**accès aux soins** peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles ou autres, lors de l'utilisation de ces services[4].

La **précarité** est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible[5].

La **médecine générale** est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe

particulier. Le médecin généraliste (omnipraticien ou médecin de famille) est donc souvent consulté pour diagnostiquer les symptômes avant de traiter la maladie ou de référer le patient à un spécialiste. Le médecin généraliste exerce au sein d'une structure de soin primaire, c'est-à-dire de premier recours. En France, le mode d'exercice le plus fréquent de la médecine générale est la médecine libérale. Le médecin généraliste y est rémunéré au nombre d'actes effectués. Certains médecins généralistes libéraux exercent aussi une ou plusieurs journées par semaine dans une structure autre que leur cabinet : hôpital, maison de retraite, centre de planning familial, centre de protection maternelle et infantile...

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[6].

1.2. Historique

1.2.1. De la Tuberculose aux années 1960

De 1914 à 1945, il s'agit avec la tuberculose, de la première expérience française en matière de réseau. En effet, jusqu'à l'apparition du traitement par Streptomycine, cette maladie est un fléau sans traitement curatif, et une collaboration s'instaure entre l'hôpital, les sanatoriums, les dispensaires et les infirmières qui assurent un rôle de prévention et d'éducation renforcé.

L'histoire des réseaux de soins rejoint ensuite celle de l'HAD (Hospitalisation à domicile)[7] avec sa création en 1960 dans le cadre de la prise en charge des patients cancéreux. Une convention est signée entre Santé service, issu de l'Institut Gustave Roussy, l'HAD de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), qui concerne les acteurs suivants regroupés autour du patient : médecin hospitalier, médecin traitant, assistante sociale, infirmière, aide-soignant et aide-ménagère.

1.2.2. Années 1970-1980

A la fin des années 70 et au début des années 80, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) organisent le projet pilote de centre de santé intégré de Saint-Nazaire[8].

Au même moment, le Syndicat National des Médecins de Groupe (SNMG) propose son concept de "développement sanitaire" qui s'appuie sur une démarche de soins globalisés à domicile. A partir de cette expérience se construit le premier réseau de professionnels de santé libéraux : Lubersac Santé, qui propose le concept d'Hospitalisation Externe à Domicile (HED).

En 1985, Robert Launois, économiste de la santé, fait un parallèle entre Health Maintenance Organization (HMO) aux Etats-Unis et Réseaux de Soins Coordonnés (RSC) et propose leur développement en vue de rationaliser le secteur de la santé.

1.2.3. Années 1980 : VIH

Enfin, l'apparition du SIDA au début des années 80, bouleverse le contexte sanitaire et social, et conduit à l'organisation des médecins de tout le territoire en réseaux locaux pour accompagner des patients jeunes dans le cadre d'une prise en charge coordonnée : c'est le début des réseaux "ville-hôpital".

La circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991 précise la mise en place de ces réseaux "ville-hôpital" dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infections à VIH.

Une deuxième circulaire en 1993 vient appuyer ce concept émergent de réseaux "ville-hôpital" en précisant qu'il s'agit de réaliser l'interface entre les médecins et les centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes[9].

1.2.4. 1996 : réseaux de soins expérimentaux

Les réseaux sont difficilement dénombrables et en **1996, leur nombre est estimé à 500.**

A ce moment, deux ordonnances dites "ordonnances Juppé" introduisent parallèlement du côté hospitalier et de la médecine de ville, le concept d'une organisation des soins en réseau :

-*ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996* portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée : encourage la constitution des réseaux de santé pour "assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient."

-*ordonnance n°96-945 du 24 avril 1996* du côté de l'assurance maladie : introduit conjointement aux côtés des filières de soins "des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques."

Cette ordonnance ouvre la possibilité de créer des réseaux expérimentaux ambulatoires.

Si le principe d'un large accès à l'expérimentation est posé par les ordonnances, il est contrebalancé par une procédure rigoureuse : l'instruction des dossiers demandant des dérogations au code de la sécurité sociale relève de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) et du Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux de Soins (COFRES) dite "commission Soubie" en concertation avec

l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), sollicitée pour un avis d'opportunité sur le projet en tenant compte des priorités de santé régionales, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) (si le réseau inclut un hôpital) et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Ces 3 dernières instances (DRASS, ARH, URCAM) sont intégrées par la suite aux Agences Régionales de Santé (ARS)[10].

L'historique des réseaux raconte nos difficultés en France à passer d'un système basé sur la prise en charge des pathologies et des grands problèmes de santé publique à une conception de prise en charge globale.

Bien avant les ordonnances de 1996, des réseaux existent, leur institutionnalisation nécessite une insertion dans un ensemble cohérent sur des bases organisationnelles et juridiques. Il faut que soient facilitées les relations entre les professionnels initiateurs de réseaux et les gestionnaires institutionnels.

Il se pose alors le problème de cohérence qui émerge des évolutions spécifiques des différentes activités, libérales, hospitalières et des difficultés d'insertion de la santé publique dans une perspective globale. L'instauration de réseaux doit se traduire par une recomposition de l'offre de soins et l'hôpital doit s'orienter dans une problématique d'ouverture. Il est indispensable à ce propos de développer des instruments de coopération et de mise en réseau.

Par ailleurs, la coexistence de ces deux mécanismes de réseaux (réseaux de soins du Code de la Santé Publique ou réseaux "ville-hôpital" et réseaux de soins expérimentaux du Code de la Sécurité Sociale) appelle un rapprochement de leurs références juridiques et de leurs modes de fonctionnement[11].

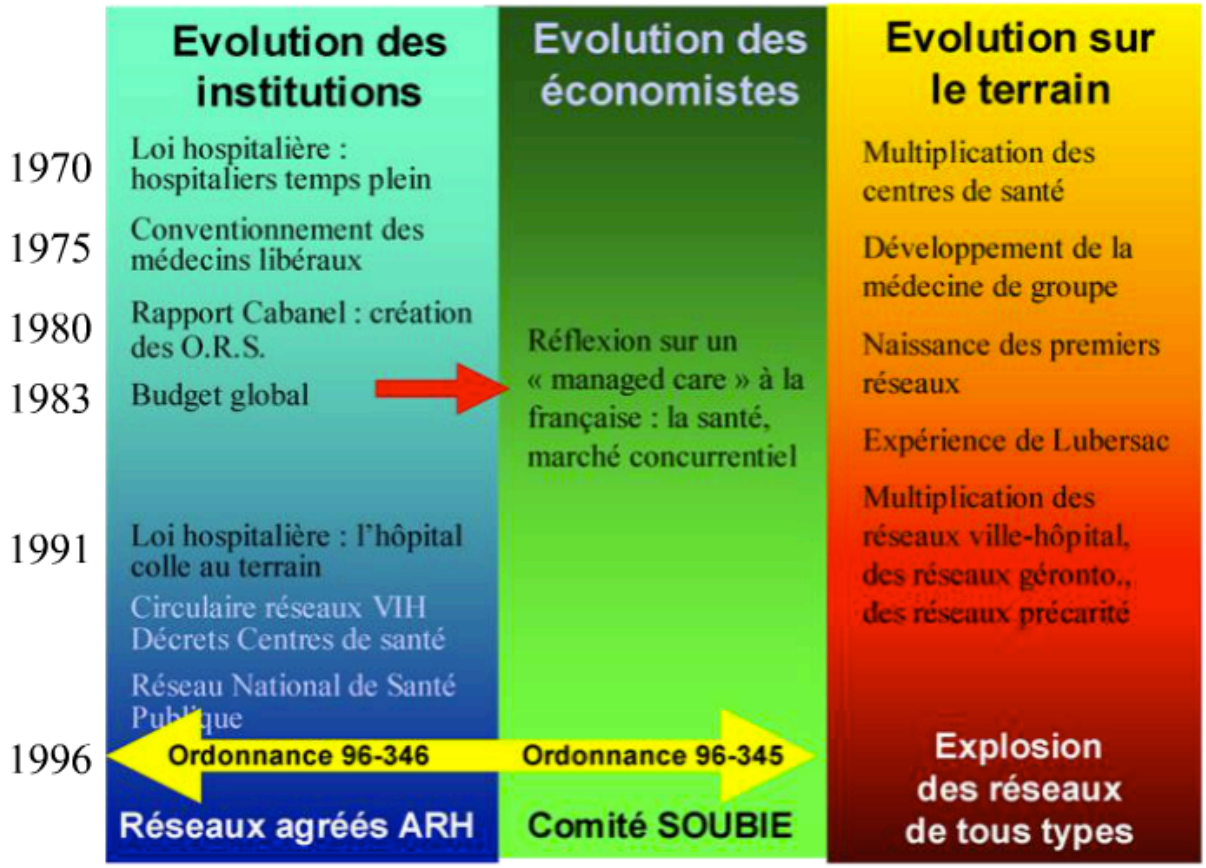


Figure 1 : Pierre Larcher "La santé en réseaux, objectifs et stratégie dans une collaboration "ville-hôpital" [12]

1.2.5. 1997 et 1999

Dès 1997, les réseaux se fédèrent en Coordination Nationale des Réseaux (CNR).

La circulaire du 25 septembre 1999 précise les instructions pour les demandes de financement des réseaux par des crédits de l'état et leurs modalités de mise en oeuvre et donne une typologie des réseaux de santé.

A ce stade, les réseaux peuvent être financés de la manière suivante : d'une part, pour leur fonctionnement par le FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville), créé en 1998[13], et d'autre part, pour les nouveaux actes de prise en charge coordonnée, par les actes dérogatoires issus des "ordonnances Juppé".

1.2.6. 4 mars 2002

Définition du réseau par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades :

"Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations. Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organismes à vocation sanitaires et sociales, ainsi qu'avec des représentants des usagers"[14].

À partir de 2002 se crée une nouvelle architecture de références : *la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 par son article 36* modifie le code de la Sécurité Sociale et crée au sein de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), une Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) et sa déclinaison en Dotations Régionales de Développement des Réseaux (DRDR). Cette dotation est parfois appelée " 5^{e} enveloppe de l'ONDAM".

1.2.7. Reconversion dans le social

Avec l'apparition de la trithérapie dans le cadre du VIH, la problématique change. Certains réseaux se recyclent et s'engagent dans une politique de réduction des risques, adressée aux Usagers de Drogues Intraveineuses (UDVI), propagateurs de l'épidémie de SIDA.

On y retrouve les réseaux suivants : *Réseau Toxicomanie MG* à Strasbourg, *Réseau Rive Gauche* à Paris, *Option Vie* à Nice.

La structure des réseaux de soins coordonnés ou réseaux de santé se modifie alors pour s'adapter aux besoins des plus précaires et pour encadrer du mieux possible le travail du médecin généraliste.

Une circulaire écrite en 1995[15] décrit déjà l'importance de mettre en place des réseaux de santé de proximité, afin d'offrir des réponses adaptées en matière d'accès à la santé et aux soins et d'assurer un suivi social ; d'élaborer une démarche de santé publique territorialisée où chaque acteur trouve sa place (usagers, professionnels, collectivités territoriales, institutions publiques et parapubliques).

Les actions entreprises visent donc à adapter les dispositifs médicaux et sociaux aux besoins des publics défavorisés, et à leur offrir des lieux d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins. Elles tendent à articuler entre elles les institutions ayant en charge l'ouverture des droits sociaux et les ressources sanitaires et sociales : professionnels d'exercice libéral, hôpitaux, centre de santé, P.M.I., santé scolaire, C.P.A.M., centres d'examen de santé, circonscriptions d'action sociale, C.H.R.S. (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), C.M.P.P. (Centre Médico Psychologique et Pédagogique*)*, secteurs de psychiatrie qui impliqueront en particulier l'extrahospitalier (C.M.P. équipes de visites à domicile, associations) par la mise à disposition de personnes qualifiées et la mise au point de système d'information,.

Les ordonnances Juppé en 1996, offrant un cadre aux réseaux de soins expérimentaux, des structures dérivées des réseaux de soins voient le jour.

1.3. Dérivés

1.3.1. Microstructures

Le Réseau des Microstructures d'Alsace (RMS)[1] a été constitué en juillet 2003. Depuis lors, il n'a cessé de se développer dans sa région. À ce jour, il compte **17 microstructures.**

Le principe d'une microstructure est simple : il est constitué, au sein d'un cabinet de médecine générale, d'une équipe de soins pour des personnes présentant une ou plusieurs addictions, et qui nécessitent des soins en ce sens. Cette équipe est composée du médecin généraliste, d'un travailleur social et d'un psychologue présents régulièrement au cabinet. Ces différents intervenants se réunissent en réunions de synthèse, afin d'élaborer la stratégie thérapeutique propre à chaque patient.

Il s'agit ici d'organiser un réseau autour du patient, au sein du cabinet de médecin généraliste, qui est spécialisé dans la prise en charge multidisciplinaire médico-psycho-sociale en addictologie.

En 2013, le réseau a suivi 1 146 patients, dont 65% d'hommes. 790 patients ont signé un document d'adhésion au réseau.

1.3.2. Maisons médicales de santés

Les maisons de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures pluriprofessionnelles[16] dotées de personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur

[1] Disponible sur internet :http://www.ithaque-asso.fr/reseau-de-microstructures/rms-alsace

exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. Ce mode de fonctionnement et d'installation est en plein essor en France.

En janvier 2012, **235** maisons en fonctionnement étaient recencées, situées le plus souvent en milieu rural (à 80%) et fin 2013, il existait déjà plus de **400** maisons et pôles de santé en France. Les chiffres officiels de l'Observatoire des Maisons de santé du Ministère de la Santé, dressent une perspective de plus de 500 maisons de santé fin 2014.

1.3.3. Infirmières ASALEE

L'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) est une expérimentation de coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique.

Elle voit le jour dans le département de Poitou-Charentes dès 2004. L'objectif de l'expérimentation est l'amélioration de la qualité des soins par la délégation aux infirmières des consultations d'éducation à la santé concernant le diabète, l'hypertension artérielle ; des consultations de dépistage des troubles cognitifs après 75 ans ; les facteurs de risques cardio vasculaires. Les infirmières assistent également le médecin pour le dépistage de certains cancers (sein, col, colon) et pour le dépistage des troubles cognitifs.

115 infirmiers et plus de 300 médecins généralistes ont été inclus dans le module 3 en 2012.

En 2014, une deuxième vague de déploiement est prévue, qui permettra de financer **100 équivalents-temps infirmiers** supplémentaires[17].

1.3.4. Groupe de Médecins de Famille[18]

Dès le début des années 1970, le gouvernement québécois a lancé un projet de réforme ambitieux en créant les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), des organisations de soins primaires entièrement publiques, tant sur le plan de la source de financement, de l'infrastructure et des ressources, que celui de la gouvernance. Le modèle des CLSC est particulièrement novateur sur le plan de la gouvernance puisqu'il œuvre sous la responsabilité hiérarchique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, mais également parce qu'il intégrait le volet social à l'offre de services de santé.

Différents professionnels travaillent au sein des CLSC : médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes et psychologues. Les CLSC offrent des services cliniques préventifs et curatifs, de même que des services d'assistance comme le maintien à domicile.

Constatant l'échec relatif des CLSC à attirer suffisamment de médecins et les limites au mode actuel d'organisation des soins primaires, la *Commission Clair* proposait en 2000 un nouveau modèle organisationnel de soins primaires, les Groupes de Médecins de Famille (GMF).

Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique. En moyenne, un GMF dessert une clientèle d'environ 15000 personnes. Il regroupe environ dix médecins, deux infirmières ainsi que deux personnes affectées au travail administratif. Les services y sont offerts du lundi au vendredi, selon un mode sur rendez-vous et sans rendez-vous. Les samedis, dimanches et jours fériés, un niveau minimal de services est offert sans rendez-vous. Une garde téléphonique, 24 heures sur 24 et sept jours sur

sept, est assurée par un médecin en dehors des heures d'ouverture du GMF pour les personnes inscrites qui répondent à divers critères de vulnérabilité (personnes âgées, maladies chroniques).

En mars **2012**, il y avait **239 GMF** dans la province de Québec avec 3 657 médecins de famille (55 %) offrant des services à 2 895 639 patients inscrits (36 %) (MSSS 2012) [19].

1.3.5. Centre de ressources pour la Coordination des MRP (CRC/MRP)

La conception du métier de Coursier Sanitaire et Social (CSS), au coeur du CRC/MRP, est l'aboutissement de plusieurs années de recherches et d'expérimentations menées par Sibel Bilal[20] depuis 1986, alors qu'elle travaillait à *Médecins du Monde* et participait à la création de la Mission France[2].

En 1991, cette dernière est lauréate sous l'égide de la Fondation de France[3] pour l'innovation du concept de "spécialiste à la polyvalence" comme métier régulant le suivi des personnes malades. C'est le début de la conceptualisation du "Coursier Sanitaire et Social".

Par la suite, entre 1993 et 1995, dans le cadre d'une recherche-action financée par la *Fondation de France*, un programme expérimental *"Santé Cité"* est mis en place. L'objectif est d'étudier comment accéder à un public en situation de fragilité, par le biais du médecin généraliste. Pour cela, trois assistantes sociales ont tenus des permanences au sein de trois cabinets médicaux (Marseille: quartier Solidarité, Bagneux, Vitry-sur-Seine: Cité Balzac).

---

[2] Disponible sur internet : http://www.medecinsdumonde.org/En-France

[3] Disponible sur internet : http://www.fondationdefrance.org/La-Fondation-de-France/Notre-histoire

Les résultats de cette recherche ont confirmés que le médecin généraliste est une personne de confiance à qui les patients font part de "leurs différents malaises" et qu'un grand nombre d'entre eux n'est pas ou plus suivi par des travailleurs sociaux. Par ailleurs, il a aussi été confirmé que l'accès aux soins/droits communs, est directement lié au contexte de vulnérabilité du patient, qu'il s'agisse de sa situation financière, administrative, sociale ou psychique.

Ces problématiques sociales (expulsion du logement, indemnités journalières non perçues, reconnaissance d'un handicap, perte d'emploi, etc.) ne peuvent être résolues par le médecin. Non formés pour cela, certains prennent du temps sur leur consultation médicale afin d'aider leurs patients, mais ils n'ont cependant ni les compétences, ni le temps pour cela. Ils expriment le besoin de lien avec les services sociaux, mais se plaignent de l'impossibilité de les joindre dans l'urgence. De plus, certains patients ont des réticences envers ces institutions.

Parfois, ils ne peuvent effectuer seuls les démarches pour accéder ou maintenir leurs droits, que ce soit par manque d'information, de disponibilité ou d'autonomie.

Les différents services ne sont pas forcément connus ou parfois difficiles d'accès pour les personnes en situation de crise sanitaire et sociale. Immobilisées par la maladie, fatiguées ou dépassées, elles n'ont pas toujours la force d'effectuer les démarches nécessaires.

Dans ce contexte, le métier de "Coursier Sanitaire et Social" a été créé et expérimenté entre 1996 et 2001 au sein de l'association *Santé Promotion Conseil Insertion* (SPCI), dirigée par Sibel Bilal.

Puis, ce concept est repris par les médecins de l'association de l'ANGREHC (Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Étude de l'Hépatite C). Ils s'appuient sur le même constat de l'inégalité des chances de toute une

catégorie de la population face à l'infection par le virus de l'hépatite C, et décident de mettre en place un "Centre de Ressources"[21] comme dispositif d'accompagnement et de suivi adapté aux besoins des personnes en situation de crises et/ou en voie de précarisation.

Les médecins généralistes de l'ANGREHC et Madame Sibel Bilal, en partenariat avec des médecins des réseaux locaux, avec le soutien de la DGS (Direction Générale de la Santé) et du FAQSV national ont effectué une étude d'opportunité et de faisabilité au cours des années 2005 – 2006. Ils ont alors constaté que généralement les médecins généralistes disposent d'un mini-réseau de proximité par affinité (la majorité a déclaré avoir un pharmacien, un psychologue et un gastro-entérologue de proximité).

Ce concept expérimental a ainsi pu être mis en place sous l'appellation de "Centre de Ressources pour la Coordination des mini-réseaux de proximité (CRC/MRP) en Seine-Saint-Denis" *Association Loi 1901*, à partir de 2008 et sous la direction de deux médecins généralistes de l' ANGREHC, accompagnés de la conceptrice du projet Madame Sibel Bilal.

1.4. Fonctionnement du CRC/MRP

1.4.1. Coordination

Le secrétariat de coordination est assuré à tour de rôle par les coursiers sanitaires et sociaux. Il dispose d'un standard téléphonique et de téléphones portables.

Ses horaires d'ouverture sont alignés sur les horaires d'exercice des médecins libéraux (9h à 19h).

Ils disposent des outils suivants : cahier des appels téléphoniques avec des indicateurs (nom, et question de l'appelant, ainsi que réponse apportée par le

centre), un agenda électronique, un annuaire des réseaux préexistants, un guide pratique social (guide social des médecins), des référents sociaux notamment l'éducateur du CSST, le service social de l'hôpital et l'assistante sociale du réseau " Aulnay 93 ", et d'un appui technique à l'accompagnement du projet par " A Ta Santé Service".

1.4.2. Les Coursiers Sanitaires et Sociaux

1.4.2. 1. Formation

Il n'existe pas de qualification particulière pour les CSS, laquelle devra pour la suite être acquise par le biais de l'action sur terrain et des formations préalables.

N'ayant pas eu initialement, de budget spécifique pour leurs formations comme prévu dans la première demande, ces formations ont été assurées par Madame Sibel Bilal et son équipe d'une part, mais aussi, à travers les réunions d'Intervision en présence du docteur Aknine, médecin généraliste, président de l'association eu moment de sa création.

En 2008, lors de la mise en place du centre de ressources, il est décidé d'embaucher des CAE (Contrats d'Aide à l'Emploi) pour des raisons financières et pratiques.

Le recrutement des CSS a été effectué également par une pratique du "bouche à oreille" auprès de personnes n'ayant pas forcément une formation spécifique dans le domaine social et sanitaire mais montrant toutes un fort intérêt pour le social.

1.4.2. 2. Tâches

Le Coursier Sanitaire et Social est chargé de trois tâches :

Au début de la mise en place du centre de ressources, il fait les visites auprès des

cabinets des généralistes pour présenter le centre de ressources, ses prestations et ses modalités d'accès.

Le Coursier Sanitaire et Social est le référent du médecin pour les tâches de coordination du parcours de soins.

Il est aussi le référent du patient comme aide supplémentaire et complémentaire si l'entourage est défaillant et/ou si le patient estime qu'une assistance est nécessaire (intermédiation ou aide pour les démarches socio-administratives, etc.).

Il intervient auprès du patient et/ou auprès de son entourage dans l'accompagnement des démarches ainsi que dans l'organisation des RCP si le patient ou le médecin ou le CSS estiment qu'elle est nécessaire.

Son intervention débute au moment où le médecin traitant ou le patient exprime une demande :

- ✓ il est en situation de crise ;
- ✓ il a des difficultés d'accès au dépistage, circuit de soins ;
- ✓ pour tout autre problème social, psychique faisant handicap à sa trajectoire de soins.

L'intervention auprès des institutions et/ou des associations se fait au profit du patient.

En plus de son rôle d'accompagnement individuel, le CSS est chargé de la logistique nécessaire au parcours coordonné des soins du patient. En effet, au cours de la maladie, circuler dans les offres graduées des soins est compliqué pour le patient et son entourage. Par exemple, les passages à une HAD ou SAD ou la sortie de l'hôpital ne sont pas organisés dans le temps et la rupture des soins n'est pas rare. C'est pour cette raison que les CSS assurent la logistique au

cours du parcours coordonné des soins des patients.

Le CSS dispose d'un dossier diagnostic socio-sanitaire préalablement codé (dossier patient), d'une fiche de mission et d'une fiche de transmission.

1.4.3. Réunion concertation multidisciplinaire (RCP)

1.4.3. 1. RCP

C'est une réunion entre les différents intervenants dans la prise en charge de malades en situation de crise nommés par le patient et/ou son entourage permettant une harmonisation des décisions d'une part en s'appuyant sur le contexte environnemental (social, économique, psychologique, relationnel) des personnes malades ainsi que sur des référentiels de pratiques à l'issue des conférences de consensus, recommandation HAS, guide des alertes socio-sanitaires du réseau lui-même.

Ce qui la différencie des réseaux coordonnés habituels, c'est que le choix des participants à ces réunions est fait par le patient lui-même et son médecin traitant, préservant ainsi la responsabilité individuelle des thérapeutes et les libres choix du patient.

Cette réunion se tourne plutôt vers les professionnels de soins de ville mais, il est évident que les spécialistes sont invités si nécessaire.

1.4.3. 2. RCP2 [21]

L'ensemble des intervenants des RCP se réunit **avec le patient** avec pour objectif à la fois une alliance thérapeutique, et un effort d'harmonisation des décisions en s'appuyant sur le contexte environnemental (social, économique, psychologique, relationnel) des personnes malades et sur des référentiels de pratiques issues des

conférences de consensus, des recommandations de la HAS et du guide social des médecins**.**

1.5. Application concrète

1.5.1. Problématique financière

Financée en majeure partie par l'Agence Régionale de Santé (ARS), le CRC/MRP bénéficie des subventions allouées dans le cadre du plan FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) qui a pour objectif la promotion et l'amélioration des soins, en augmentant l'efficacité des collaborations entre professionnels de la santé.

Le projet initial a été déposé pour 3 ans en juin 2007, avec un budget moyen annuel prévisionnel de **458 496 euros/an** (Figure 2)[21]. *La commission FIQSV* (*Fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville*) *du 28 février 2008* a attribué un budget de **100 000 euros/an**[22].

L'expérimentation s'est arrêtée après 12 mois, en février 2009.
Puis, l'activité du CRC/MRP a redémarrée en juin 2010 avec le même montant de subvention FIQSV (devenu FIR (Fonds d'Intervention Régional)), soit **100 000 euros/an**[23].
Pour la période de janvier 2012 à décembre 2012, le CRC/MRP a reçu une subvention allouée par l'ARS sur le FIR, réévaluée à 120 000 euros et un cofinancement d'un montant de 2752 euros. En novembre 2012, une rallonge de 40 000 euros a été ajoutée par l'ARS, pour faire face aux frais de réalisation d'une étude pour l'élargissement de l'offre sur d'autres communes (Romainville/Noisy le Sec et le XIXème arrondissement de Paris, identifiés comme zones déficitaires).
Au total, le CRC/MPR a disposé en 2012 d'un budget total de **162 752 euros**[23].

	Année 1		Année 2		Année 3	
Sources de financement	Montant	%	Montant	%	Montant	%
FAQSV/FIQCS	149 800	37	192 000	43	183 307	35
GRSP[4]	92 960	23	23 831	5	23 831	5
Aides départementales Emplois aidés	24 250	6	24 250	5	24 250	5
Aides régionales Emplois aidés	90 790	22	110 719	25	112 500	22
Fonds formation Conseil régional	12 000	3	0	0	0	0
Autres Fonds formations	10 000	2	10 000	2	0	0
Participation hôpital	13 800	3	13 800	3	13 800	3
Prestations payantes	13 200	3	76 200	17	160 200	31
TOTAL DU BUDGET	406 800	100	450 800	100	517 888	100

Figure 2 : Budget et sources de financement prévisionnels sur trois ans CRC/MRP
7 juin 2007 Sibel Bilal[21]

1.5.2. Problématique géographique

En 2008, le CRC/MRP et ses CSS s'installent et débutent leurs actions en Seine-Saint-Denis (93). Initialement, le bureau se situe au Chenay-Gagny, et le service est proposé essentiellement à Gagny, Sevran et Aulnay.

En 2010, après réattribution de fonds, l'action reprend dans les mêmes lieux jusqu'en septembre 2011, où le bureau déménage dans le Xième arrondissement à Paris, pour des raisons d'organisation et d'accessibilité.

Le CRC/MRP continue à prendre en charge des patients du 93, mais son rayon d'action s'est élargi, puisqu'il travaille avec des cabinets de médecine générale à

[4] Groupement régional de santé publique, sous la direction du préfet.

Paris. Aujourd'hui, son rayon action s'étend aux autres communes de Seine-Saint-Denis (Figure 3) et intervient aussi auprès de médecins installés à Paris, qui étaient utilisateurs du service lorsqu'il était proposé par SPCI (1996-2001), et d'autres rencontrés par le biais de leurs confrères de la Seine-Saint-Denis.

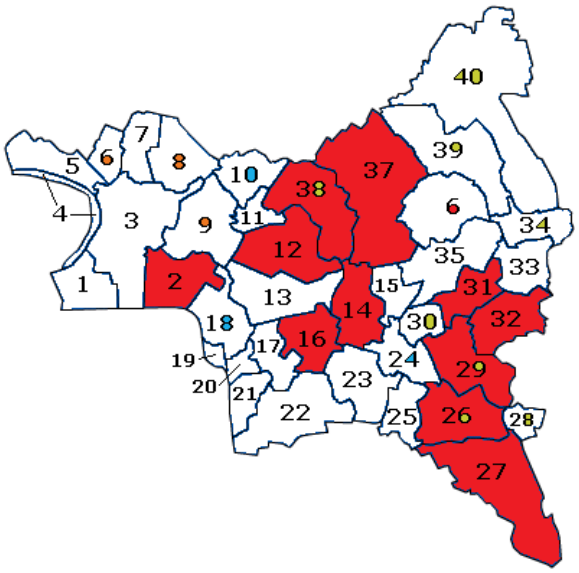


Figure 3 : Zones d'intervention du CRC/MRP dans le 93, avril 2014[24]

1.5.3. Problématique humaine

Les deux médecins généralistes qui ont porté le projet sont respectivement, Président et Trésorier de l'association. Ils sont tous les deux membres de l'ANGREHC et exercent en cabinet de Ville à Gagny.

Le Président fait des permanences médicales à " Emergence", qui est une unité spéciale en addictologie et le Trésorier, au CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) du groupe hospitalier intercommunal-le Raincy-Montfermeil.

Ils sont tous les deux par ailleurs, enseignants à la faculté de Bobigny.

En 2008, le CRC/MRP voit le jour avec quatre salariés et le soutien d'une stagiaire de 3ème année en Ecole d'Assistant Social, qui complète l'équipe.

Au moment de la suspension de l'activité en février 2009, 7 CSS constituaient l'équipe du CRC/MRP.

En 2010, l'ancienne stagiaire, ayant obtenu son diplôme d'assistante sociale des services, est embauchée comme coordinatrice et un emploi à temps partiel pour le secrétariat est créé.

En janvier 2011, un nouveau CSS est embauché, directement opérationnel du fait de son expérience passée à SPCI, et trois stagiaires en école d'assistant social rejoignent le CRC, pour des durées de six et quatre mois.

Après le déménagement des bureaux à Paris en septembre 2011, deux stagiaires en école d'assistant social des services intègrent l'équipe, l'une pour quatre mois, l'autre pour six.

Entre mars et septembre 2012 et suite au départ des stagiaires, les deux principaux CSS supportent toute la charge de travail. Il apparaît alors une problématique majeure d'épuisement humain, qui ralentit l'activité du CRC.

Puis en novembre 2012, un nouveau coursier, ancien stagiaire au sein de l'association, est embauché ainsi qu'une secrétaire à mi-temps.

Depuis le renforcement de l'équipe a été possible, grâce à un apport supplémentaire des financeurs et grâce aux emplois aidés.

Ce qui permet aujourd'hui au CRC/MRP de fonctionner en répondant aux inclusions des médecins généralistes, et de continuer à se développer en contactant de nouveaux médecins, en diffusant les informations et en créant de nouveaux partenariats.

1.5.4. Etat actuel

Le CRC/MRP dénombre début 2014, **493 patients** inclus depuis le début de l'expérience avec **72 médecins généralistes** utilisateurs du service.

Il travaille en lien avec **189** associations, hôpitaux, institutions et réseaux.

La zone d'action géographique s'est étendue à **11 communes** sur 40 en Seine-Saint-Denis (93), élargie aux **XIIIème, XVIIIème, XIXème et XXème** arrondissements de Paris.

L'équipe du CRC/MRP regroupe à ce jour **4 CSS** correspondant à 3 ETP.

En 2013, les subventions accordées par l'ARS au titre de FIR se sont élevées à **220 000 euros**[24] selon une convention signée en juillet 2013, et valable jusqu'en décembre 2014. Les objectifs quantitatifs décrits par cette convention ont été atteints et correspondaient à **55 médecins utilisateurs et 480 patients** inclus jusqu'en 2013.

1.6. Place de cette étude

Nous avons décrit, dans cette première partie, le contexte ayant permis la conception et la mise en place du CRC/MRP, qui s'inscrit de manière cohérente dans la problématique actuelle de prise en charge des inégalités d'accès aux soins. Nous avons compris de la même manière, que ce concept expérimental mis en place en 2008, possède un fonctionnement absolument original.

C'est une structure en cours de développement pour laquelle les soutiens financiers restent encore incertains. Ainsi, il semble intéressant de s'attacher à décrire plus précisément le CRC/MRP, afin d'en améliorer sa compréhension et sa définition, et de le rendre évaluable.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé notre étude entre octobre et décembre 2013, à partir d'entretiens semi-dirigés individuels, avec les médecins généralistes utilisateurs du centre de ressources pour mini-réseau de proximité.

1. Echantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé à partir de la liste des médecins utilisateurs, fourni par la coordinatrice du Centre de ressources, contenant les coordonnées complètes ou partielles des médecins, ayant inclus au moins un patient depuis la création de la structure en 2008.

La sélection initiale des médecins s'est faite en fonction du nombre de patients inclus, issu d'une autre liste, fournie également par la coordination du Centre de Ressources et mise à jour pour le mois d'octobre 2013.

En première intention, ont été sélectionnés un groupe de 5 médecins ayant inclus de 1 à 5 patients, et un autre groupe de 5 médecins ayant inclus plus de 5 patients.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : les médecins co-fondateurs du Centre de ressources, les médecins, ayant réalisés l'encadrement de mon stage de médecine ambulatoire de niveau 1, le médecin responsable de l'évaluation de mon sujet de thèse, professeur associé à la faculté de médecine de Paris Descartes et les médecins pour lesquels les coordonnées étaient erronées ou partielles, ne permettant pas de prendre contact avec eux, malgré une recherche sur le site internet "Les pages jaunes"[5].

[5] Recherche Annuaire Pages jaunes. Disponible sur internet : http://www.pagesjaunes.fr

Un courrier électronique a été envoyé par docteur Philippe Grunberg, en qualité de directeur de thèse, à tous les médecins utilisateurs, dont l'adresse mail était connue, afin de les informer de la réalisation de cette étude et de son sujet, et ainsi les prévenir que nous pouvions être amenés à les contacter pour réaliser un entretien.

De la même manière, nous avons envoyé un deuxième courrier électronique, relu au préalable et validé par la coordinatrice du CRC/MRP, aux mêmes adresses mails, afin de présenter le sujet de cette thèse.

Par la suite, les 10 médecins sélectionnés initialement ont été contactés par téléphone, pour convenir d'une date et d'un lieu.

En cas d'échec d'inclusion des médecins sélectionnés en première intention, les médecins contactés en deuxième intention, étaient sélectionnés dans l'ordre numérique d'apparition sur la liste, sans discrimination par le nombre de patient inclus, et jusqu'à saturation des données.

2. Recueil de données

Pour le recueil des données, nous avons mené des entretiens semi-dirigés avec un guide de questions (annexe 1) établi au préalable, selon le rapport d'activité du CRC/MRP en 2012 et selon le questionnaire de satisfaction à l'attention des usagers, réalisés en 2012 par la coordination du CRC/MRP (annexe 2).

La majorité des entretiens a eu lieu au cabinet du médecin généraliste aux heures de consultations. Trois entretiens ont été réalisés dans un lieu public, (un café ou un restaurant), facilement accessible depuis le cabinet du médecin. Deux entretiens ont été faits par téléphone, alors que le médecin était à son

cabinet à des horaires hors consultation. Enfin un entretien a été conduit à la faculté de médecine dans le bureau du médecin.

Tous les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone SONY V.O.R M-740V et retranscrits par verbatim afin de procéder à leur analyse.

Les données ont été analysées selon une analyse thématique du contenu[25].

Après avoir retranscrit et fait une lecture du matériel à plusieurs reprises afin d'avoir une compréhension plus approfondie, nous avons procédé au codage.

Nous avons identifié des unités de signification et nous les avons regroupé en catégories jusqu'à l'identification des thèmes.

L'organisation finale des thèmes a émergé avec la saturation des données, moment où l'analyse de nouvelles données n'apporte plus aucuns éléments nouveaux[26].

Résultats

1. Généralités

Dix médecins ont été sélectionnés pour notre étude, dont 6 femmes et 4 hommes.

Notre entretien débute par quelques questions d'ordre épidémiologiques, demandant au médecin généraliste de préciser son année de naissance, l'année de son installation en médecine libérale et enfin de détailler les formations complémentaires qu'il a pu suivre, et qui peuvent modifier sa pratique quotidienne de médecine générale.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

- ✓ La moyenne d'âge des médecins interrogés est de **50 ans**.
- ✓ Ils exercent depuis en moyenne depuis **25 ans** en cabinet de médecine libérale.
- ✓ Huit médecins sur dix travaillent dans un cabinet de groupe, constitué de l'association de deux à cinq médecins généralistes. Trois de ces huit médecins font partie d'une maison de santé pluri professionnelle (MSP), qui est une association libérale entre quatre médecins généralistes et deux infirmiers. Un médecin précise qu'il a toujours partagé son activité entre une pratique libérale et salariée dans un centre de santé.

La plupart des médecins rapportent une formation complémentaire à la formation de médecin générale :

- ✓ Gynécologie-obstétrique : Trois médecins sur dix possèdent un Diplôme universitaire (DU) de gynécologie-obstétrique, dont un médecin réalisant une vacation hebdomadaire dans un planning

familial. Un médecin a été formé à l'IVG médicamenteuse en médecine libérale par une formation ponctuelle. Un autre médecin a le DU de régulation des naissances.

- ✓ Gériatrie : Un médecin possède le DU de gériatrie et de soins palliatifs. Un autre médecin décrit une pratique axée sur la gériatrie et les soins palliatifs, avec un poste de coordinateur au sein d'un réseau de soins palliatifs, sans avoir suivi au préalable de formation particulière.
- ✓ Addictologie : Deux médecins sur dix ont une pratique importante en addictologie. Aucun n'a de diplôme concernant cette discipline, mais un d'entre eux précise avoir toujours eu une pratique mixte libérale/salariée avec un temps salarié dans des structures de prise en charge d'addictologie : CSAPA, ECIMUD, CAARUD.
- ✓ Médecine du sport : Un médecin a un diplôme de médecine du sport, mais précise qu'il n'a jamais réellement favorisé de pratique médicale orientée dans ce sens là.
- ✓ Médecine du travail : l'un d'entre eux a été médecin du travail, avant de se reconvertir et de s'installer en médecine générale libérale.
- ✓ Santé publique : Un médecin possède un diplôme de statistiques appliquées à la médecine, le SESARM.
- ✓ Médecine humanitaire : Un médecin décrit avoir réalisé une mission en Amérique du sud avec "Médecins du monde".

3. Lien entre le médecin généraliste et le CRC/MRP

3.1. Prise de contact avec le CRC/MRP

3.1.1. Par un confrère

La majeure partie des médecins utilisateurs du CRC/MRP a appris l'existence de cette structure par un confrère ou collègue. Un médecin précise que c'est son interne, qui lui en a parlé, alors qu'il avait oublié l'existence de ce réseau.

> " *C'est ma collègue qui m'en a parlé, au départ, mais je n'avais pas très bien compris*. "(Entretien 1, L17-18)

> "*Je me souviens que j'ai inclus ma première patiente et que cela n'a pas fonctionné, du fait de ses problèmes, et ensuite je ne l'ai plus utilisé, car il me semble qu'il n'a plus été subventionné. Après cette période d'arrêt, j'en ai réentendu parler par le biais de mon interne, et j'ai inclus deux personnes dans le réseau*." (Entretien 4, L 26-29)

Trois médecins expliquent qu'ils ont pris connaissance de l'existence du CRC/MRP, par un confrère lors d'une formation de médecine générale.

> " *C'est une formation à la FFTJ, où j'ai rencontré une consoeur, avec qui j'ai fait mes études, médecin généraliste aussi, installée dans le 93 et responsable de la maison médicale d'Aulnay... Vous devez la connaître*." (Entretien 5, L 14-16)

> " *La toute première fois, mais j'en avais vraiment juste entendu parler, c'était à une réunion de MG-France sur les inégalités sociales de santé, où il y a quelqu'un qui a parlé de ce mini-réseau, et où des questions ont été posées. Donc c'est la première fois dont j'en ai entendu parlé, sans très bien comprendre ce que c'était.*" (Entretien 7, L 23-27)

3.1.2. Par une brochure

Plusieurs médecins citent la brochure comme moyen de diffusion de l'existence du CRC/MRP.

" *C'était la plaquette*." (Entretien 1, L 21)

" *Il me semble que j'avais eu une présentation à mon cabinet... il y a longtemps. Et je crois qu'elles m'avaient laissé une brochure avec leurs coordonnées*." (Entretien 8, L 36-37)

" *Une plaquette, oui, je crois que c'est ça qui m'a présenté le fonctionnement du mini-réseau... son utilité, ses buts et comment on pouvait fonctionner avec les médecins généralistes.*" (Entretien 9, L 66-67)

3.1.3. Par un entretien avec un CSS au cabinet du médecin

Certains médecins se rappellent et évoquent un entretien de présentation du CRC/MRP par les CSS à leur cabinet.

" *Elle m'a juste parlé du réseau et elle m'a donné les coordonnées. Donc j'ai appelé, et je suis tombée sur Sarah, que j'ai rencontré au cabinet très rapidement*." (Entretien 5, L 21-22)

" *Il me semble que j'avais eu une présentation à mon cabinet... il y a longtemps. Et je crois qu'elles m'avaient laissé une brochure avec leurs coordonnées.*" (Entretien 8, L 36-37)

" *En fait, Philippe m'en a parlé de manière informelle et puis il m'a dit, je vais t'envoyer Sarah, qui va t'expliquer comment tout cela se passe*." (Entretien 9, L 69-70)

3.1.4. Prise de contact mais incompréhension du fonctionnement

Les médecins interrogés décrivent, lors de leur première rencontre avec la structure une forme d'incompréhension de son fonctionnement.

" *C'est ma collègue qui m'en a parlé, au départ, mais je n'avais pas très bien compris*."(Entretien 1, L17-18)

" *La toute première fois, mais vraiment juste entendu parler, c'était à une réunion de MG-France sur les inégalités sociales de santé, où il y a quelqu'un qui a parlé de ce mini-réseau, et où des questions ont été posées. Donc c'est la première fois dont j'en ai entendu parlé, sans très bien comprendre ce que c'était.*" (Entretien 7, L 23-27)

" *Mais je ne dois pas avoir compris vraiment le fonctionnement de ce réseau. Il faudrait peut-être me le réexpliquer*." (Entretien 8, L 67-68)

3.1.5. Par la co-fondatrice du CRC/MRP : Sibel Bilal

Deux médecins sur dix se réfèrent directement à Madame Sibel Bilal, pour évoquer leur première rencontre avec le CRC/MRP.

"*Alors, j'ai été au courant des Coursiers Sociaux depuis longtemps, quand elle était au réseau "Rive Gauche" et puis je l'ai re rencontrée, ...c'était il y a deux ans, Sibel, et elle m'a parlé de ce qu'elle faisait sur la banlieue nord et elle m'a dit qu'éventuellement, je pouvais faire appel au centre de ressources. Qu'elle pouvait aussi travailler sur Paris.*" (Entretien 3, L 43-46)

" *C'est toujours Sibel que je croise à Paris, qui m'annonce son nouveau projet ... il y a quelques années*." (Entretien 10, L 27-28)

3.2. Situations cliniques motivant l'inclusion de patients dans le CRC/MRP

3.2.1. Difficultés administratives

Neuf médecins sur dix évoquent un problème d'ordre administratif, pour expliquer l'inclusion de patients dans le CR/MRP.

3.2.1. 1. Démarches d'ordre législatif

Les médecins précisent qu'il peut s'agir de démarches législatives, qu'ils ne savent pas faire et qui prennent du temps, et pour lesquelles ils ont fait appel au CRC/MRP.

A plusieurs reprises, les médecins citent l'exemple de la demande de régularisation pour un patient en situation illégale.

> "*Une fois décidée, le réseau la suivait depuis le début, j'ai recontacté le réseau, et elle a été mise sous protection judiciaire au tribunal de Bobigny, cela lui a permis d'être régularisée dans les 3-4 jours avec un titre de séjour, et après elle pouvait porter plainte au commissariat et ensuite déménager sur Paris. […] Ils ont beaucoup plus de connaissances administratives et législatives, que nous médecins nous ne connaissons pas suffisamment, et surtout ils nous manquent du temps pour s'en occuper. […] Mais le mini-réseau a tout fait, je ne sais pas faire les démarches, même avec toutes les informations, il faut savoir remplir correctement et rapidement les papiers, c'était vraiment intéressant d'un point de vue global, législatif, administratif, et tout cela est long à faire*." (Entretien 4, L41-84)

" *[…] Un patient, sans papier, qui a été aidé dans toutes ses démarches surtout administratives. […] C'est exact, dès que je vois que mes patients ont un problème autre que médical (souvent c'est organisationnel, administratif et/ou financier), j'appelle le réseau*." (Entretien 1, L 35-41)

3.2.1. 2. Difficultés financières

D'autre part, les médecins appellent aussi le CRC/MRP pour des patients qui se plaignent de problèmes financiers sévères.

"*Enfin, les gens qui n'ont pas d'argent du tout. C'est à dire, pas d'argent, mais même pas la CMU. D'ailleurs souvent, on ne leur demande pas de payer les 6,90€, le tiers-payant, parce que c'est trop pour eux. Dans ce cas-là, l'inclure dans le MRP est un vrai avantage*." (Entretien 7, L 85-87)

Les médecins précisent quelquefois que les problèmes financiers sont en lien avec un conflit avec l'employeur.

" *Hier, j'ai appelé pour une autre patiente qui n'est plus payée par son employeur depuis quatre ans, interdit bancaire, problèmes de garde d'enfants*." (Entretien 1, L 37-38)

" *[…] et ils sont venus avec le beau frère qui venait de se faire virer de son boulot, à cause d'arrêt de travail non justifié alors qu'il avait bien donné les papiers en temps voulu."* (Entretien 6, L 56-63)

3.2.1. 3. Difficultés d'accès au logement

Parmi ces difficultés administratives, il est rapporté par plusieurs médecins des difficultés d'accès à un logement adapté, qui motivent l'inclusion dans le centre de ressources.

"*C'était une patiente de 53 ans, avec des problèmes de santé graves. Elle est devenue tétraplégique avec un maintien à domicile très compliqué (perte de salaire, problèmes financiers, beaucoup de problèmes de gestion, personne pour s'en occuper).*" (Entretien 1, L26-28)

" *L'exemple le plus étonnant, c'est un patient pour lequel on fait un suivi avec le CRC/MRP, un patient sans domicile et que le mini-réseau n'a jamais vu, et jamais eu besoin de voir pour lui apporter un soutien*." (Entretien 6, L 78-79)

"*Oui enfin bon, ... là j'ai en tête une patiente, qui a de grosses difficultés, qui ne vit pas chez elle... je peux bien vous la décrire. Mais elle, ça fait quoi, ça fait bien...2 ans que je l'ai envoyée sur le mini-réseau. […] En fait, elle était quasiment à la rue, mais elle a réussi à se loger chez une amie à Gagny. Donc, elle est chez quelqu'un, elle n'habite pas chez elle mais elle est chez quelqu'un, avec tout ce que ça implique, quand on loge quelqu'un chez soi et elle ne peut pas y loger ses filles. […]*" (Entretien 9, L 76-88)

3.2.2. Problèmes sociaux

D'autre part, les raisons qui poussent plus de la moitié les médecins utilisateurs à faire appel au CR/MRP, sont des difficultés sociales chez leurs patients.

3.2.2. 1. Problèmes de couverture sociale

Parmi toutes les difficultés sociales, l'absence de couverture sociale est une problématique redondante.

"*Oui, c'était pour un accompagnement...alors je ne sais plus...alors c'était pour la sécu. Voilà à deux ou trois reprises. Oui, pour la sécu. Et le fait*

d'être accompagné et par des personnes qui ont des connaissances dans ce domaine là, c'est vrai que ça facilite les choses." (Entretien 3, L 56-58)

"*C'est un jeune homme, qui a une hépatite auto-immune, et qui n'avait plus la sécu. Et donc, c'est dramatique, parce que la pharmacie nous prévient, qu'elle ne peut plus délivrer l'immunosuppresseur, et voilà, et je ne sais pas quoi faire... et c'est un des premiers patients inclus. Voilà, je ressors son dossier. Refus de paiement. Je suis en train de regarder dans mon dossier. En 2009, il me dit qu'il ne prend plus de traitement depuis 2 mois. Cytolyse hépatique. Il est encore mineur. Je le remets sous traitement en 2010. Puis, en 2010, aucun suivi depuis janvier. Je ne me souviens plus du moment où je réalise qu'il n'a plus de sécu. Je suis en train de chercher. […]*

Voilà, le 21/04/2011, refus de la sécu. Je suis alertée parce que la sécu refuse de payer nos consultations, puisque nous travaillions en tiers-payant. […] Téléphone aux coursiers. " (Entretien 5, L 31-56)

3.2.2. 2. Dysfonctionnement du service social

Deux médecins précisent qu'il peut s'agir d'un dysfonctionnement du service social de secteur, qui conduit à des blocages ou des conflits entre assistantes sociales et patients.

"[…] Il me semble qu'il y a un problème de sécu aussi. Comment je suis au courant? Parce qu'avec le tiers payant, nous recevons les refus de paiement de la sécu.... mais sans doute, qu'elle n'a pas dû répondre à un courrier, je l'envoie voir les assistantes sociales, mais d'abord, les assistantes sociales sont difficilement joignables, et deuxième reproche à l'assistante sociale, mais elle est nouvelle, donc voilà, mais elle ne me rappelle pas pour me donner des nouvelles. Et c'est là que ça bloque. Donc

ça dure, ça dure, ça dure et il n'y a toujours pas de sécu. Ce qu'il y a de différent avec les coursiers, c'est d'abord qu'ils me tiennent au courant, et puis ils vont voir les patients, ils ne lâchent pas le morceau. Ils disent pas, tant pis, elle a raté son RDV alors tant pis pour elle." (Entretien 5, L 117-127)

" *Oui, c'est ça. Mais souvent les gens qui n'ont pas de couverture sociale du tout, cela devient souvent vite une situation d'urgence. Ils ont déjà une assistante sociale, quand ils viennent comme cela, et parfois cela se passe mal avec l'assistante sociale."* (Entretien 7, L 103-105)

3.2.2. 3. Situations conflictuelles familiales

Quelquefois, les patients confient des difficultés ou mésententes au sein de leur famille et/ou de leur couple.

"*[…] et son mari est devenu violent. Elle a dû habiter chez sa belle-mère, elle devait effectuer toutes les taches ménagères, elle n'avait plus le droit de sortir, elle est devenue très dépendante de son mari, son enfant s'est fait remarquer à l'école, ce qui a décidé la patiente à partir du domicile familial. Une fois décidée, le réseau la suivait depuis le début, j'ai recontacté le réseau, et elle a été mise sous protection judiciaire au tribunal de Bobigny, cela lui a permis d'être régularisée dans les 3-4 jours avec un titre de séjour, et après elle pouvait porter plainte au commissariat et ensuite déménager sur Paris. C'est pour cela que je n'ai plus de nouvelles.* " (Entretien 4, L 36-45)

" *Oui ça me rappelle, une histoire d'un couple un peu compliqué, où la dame 40-50 ans s'est remariée avec un monsieur qui avait un problème d'alcool et qui a rapidement été violent avec elle, et donc elle a été suivie*

par le secteur social, c'était bien mais ils restaient en couple et les choses n'avaient pas avancés malgré leur présence.[…] Et après, elle n'allait pas bien, et je me rappelle que le mini–réseau est intervenu, j'ai été assez étonné. Je leur ai expliqué la situation remplie de violence, de harcèlement et comme ça en 1 mois, elle est partie du domicile, elle est allée en province, alors qu'il y avait eu des années de violence, et maintenant, je sais qu'elle est restée en province et qu'elle n'est pas revenue à son domicile." (Entretien 6, L191-202)

3.2.2. 4. Problèmes médico-psychologiques

D'une part, les situations cliniques socialement difiiciles décrites par les médecins se réfèrent souvent à des patients présentant aussi des pathologies médicales et psychiatriques.

"*[…] C'est que les patients peuvent être accompagnés, que quelqu'un peut aller chercher la patiente à son domicile, et dans ces cas-là souvent, les gens ont du mal à se mobiliser, à faire la démarche, mais s'il y a quelqu'un qui vient les chercher, ça aide à surmonter l'angoisse, à sortir et à se déplacer loin*."(Entretien 3, L67-70)

" *Comme je vous disais, c'est le soutien au médecin généraliste pour la prise en charge du patient complexe dans sa globalité. Pas question d'inclure le patient instable, fragilisé par ses nombreuses pathologies psychiatriques et sociales dans une structure rigide. Il s'agit de l'accompagner sur son propre chemin*." (Entretien 1à, L 44-47)

"Un patient étrange, qui malgré dix dossiers de demande, n'arrivait pas à avoir l'AME." (Entretien 1, L 33)

D'autre part, les pathologies médicales sont souvent des maladies graves et/ou chroniques.

" *C'était une patiente de 53 ans, avec des problèmes de santé graves. Elle est devenue tétraplégique avec un maintien à domicile très compliqué (perte de salaire, problèmes financiers, beaucoup de problèmes de gestion, personne pour s'en occuper)." (*Entretien 1, L24-26*)*

"C'est un jeune homme, qui a une hépatite auto-immune, et qui n'avait plus la sécu. Et donc, c'est dramatique, parce que la pharmacie nous prévient, qu'elle ne peut plus délivrer l'immunosuppresseur, et voilà, et je ne sais pas quoi faire[…]" (Entretien 5, L 31-36)

" *Je leur ai téléphoné car ce patient sans domicile n'avait pas de téléphone portable, et il me vient me voir ponctuellement sans rendez- vous, donc comment on fait pour voir ce patient, qui doit être tout le temps être hospitalisé pour son syndrome d'apnée du sommeil sévère, il est appareillé tous les jours mais il vit dans la rue. Il a 11 ou 12 certificats de médecins qui expliquent qu'il ne peut pas vivre dans la rue, comment on fait ? […]*

La première fois, ce monsieur je l'ai vu une heure et demi pour faire du social, pour régler ces papiers. La première fois pour éclaircir la situations faire le point au niveau médical, puis la deuxième fois, j'ai vu tous ces certificats, et j'ai fait appel au mini réseau, j'avais une heure de retard dans mes consultations, SOS mini réseau…" (Entretien 6, L 79-97)

3.2.2. 5. Une situation extrême

Finalement, les raisons cliniques qui motivent l'inclusion de patients dans le CRC/MRP correspondent à l'accumulation de facteurs de vulnérabilité, décrits jusqu'à présent, qui définissent une situation extrême, comme une situation de

crise. Souvent, ces situations cliniques extrêmes sont chronophages pour le médecin généraliste.

> *"Là c'est un cas extrême, mais pour des patients qui sont dans des situations sociales catastrophiques, on sait qu'on a un appui social, on sait qu'on peut faire un travail plus médical, et de faire un point sur leur santé. La première fois, ce monsieur je l'ai vu une heure et demi pour faire du social, pour régler ces papiers. La première fois pour éclaircir la situations faire le point au niveau médical, puis la deuxième fois, j'ai vu tous ces certificats, et j'ai fait appel au mini réseau, j'avais une heure de retard dans mes consultations, SOS mini réseau…*" (Entretien 6, L 91-97)

Le médecin, dans certaines situations, se trouve démuni pour organiser la prise en charge.

> " *C'est un jeune homme, qui a une hépatite auto-immune, et qui n'avait plus la sécu. Et donc, c'est dramatique, parce que la pharmacie nous prévient, qu'elle ne peut plus délivrer l'immuno-suppresseur, et voilà, et je ne sais pas quoi faire... et c'est un des premiers patients inclus*." (Entretien 5, L 32-36)

> " *Et, sinon, les gens pour lesquels on est démunis. On n'arrive à traiter que le problème urgent, alors que l'on sait que c'est la problématique sociale sous-jacente, qu'il faudrait arriver à aborder. Pour ceux-là, c'est important de les inclure dans le réseau*." (Entretien 7, L 82-84)

Au final, ces situations extrêmes correspondent d'après les médecins utilisateurs à l'accumulation de difficultés psycho-socio-médicales et administratives.

> " *Il s'agit de soutenir le médecin généraliste dans la prise en charge du patient complexe. Le patient qui accumule les problèmes tant sur un plan*

socio-administratif avec toutes les histoires d'immigration et de couverture sociale, que sur le plan médical et psychiatrique." (Entretien 10, L 36-39)

" *C'est quelqu'un qui a un problème de santé, qu'il a du mal à régler, parce qu'il y a aussi un problème social et un problème affectif. Ici, elle était très affectée par le problème de ses filles, de ne pas pouvoir les voir... Il y en a une, qui se balade un peu dans la nature, donc c'est très très angoissant pour elle, donc, c'est un petit peu un tout. Disons que quand il y a un problème, les gens arrivent à le régler mais quand il y a 2 ou 3 ou plusieurs problèmes comme cela qui s'accumulent, ils perdent un peu les pédales*." (Entretien 9, L111-116)

4. Perception du CRC/MRP par le médecin généraliste

4.1. Un réseau social

Plus de la moitié des médecins utilise le terme de réseau social pour décrire le CRC/MRP.

"*[…] Et souvent, même, s'ils étaient âgés, le problème n'était pas médical mais plutôt social. Et l'assistante sociale est très difficile à contacter et là il y a une coordination grâce au réseau qui a permis de mettre en relation avec l'assistante sociale et qui n'existe pas dans d'autre réseau." (*Entretien 1, L 43-48)

4.1.1. Une prise en charge médico-sociale

Certains médecins précisent que la prise en charge du CRC/MRP est médico-sociale.

" *C'est pas du médical, c'est du social... Mais je pense que le social rentre dans la fonction du médecin, c'est à dire que le médecin a trois fonctions :*

guérir la maladie, prendre en charge les problèmes psychologiques et prendre en charge les problèmes sociaux. Donc pour les problèmes sociaux, il y a le MRP, accessoirement pour les problèmes médicaux, c'est vrai, parce qu'on fait appel à eux, pour accompagner des patients dans tel ou tel service pour une consultation, parce qu'on sait que ces patients sont tellement fragilisés, qu'ils vont pas y aller tous seuls, ou qu'ils vont louper leurs RDV, alors on les encadre un petit peu. […] " (Entretien 9, L 148-151)

4.1.2. Une prise en charge socio-administrative

De la même manière, une partie des médecins précise que la prise en charge sociale est axée vers la résolution de problématiques administratives.

" *Ils ont beaucoup plus de connaissances administratives et législatives, que nous médecins, nous ne connaissons pas suffisamment, et surtout ils nous manquent du temps pour s'en occuper.*

- donc vous le définissez comme un réseau socio-administratif?

- Dr : oui c'est ça." (Entretien 4, L 69-71)

"- *Si je résume ce que vous me dites, le Mini-réseau, c'est un réseau de 2ème ligne, de soutien administratif d'ordre médico-socio-psychologique chez des patients présentant des sociopathies liées à leurs pathologies psychiatriques.*

Le réseau est un réel besoin du médecin généraliste, qui ne peut être remplacé par un autre réseau ou le travail des assistantes sociales et qu'il vous permet de prendre en charge le patient dans sa globalité, ce qui est le travail du médecin généraliste.

Vous êtes d'accord avec mon résumé?"

- Dr : Tout à fait, c'est ça. C'est un problème de globalité, continuité." (Entretien 10, L 167-174)

4.1.3. Une prise en charge globale : médicale, sociale et administrative

Trois médecins rattachent l'action de ce réseau social à une prise en charge du patient dans sa globalité, intégrant les prises en charge médicale, sociale et administrative.

" *Comme je vous disais, c'est le soutien au médecin généraliste pour la prise en charge du patient complexe dans sa globalité. Pas question d'inclure le patient instable, fragilisé par ses nombreuses pathologies psychiatriques et sociales dans une structure rigide. Il s'agit de l'accompagner sur son propre chemin*." (Entetien 10, L 44-47)

"*Alors, c'est vrai que je n'ai pas de définition très précise, parce que c'est un petit peu flou dans ma tête. Mais j'ai l'impression que les CSS permettent de faire énormément de choses, c'est-à-dire d'accompagner les patients qui en ont besoin, qui sont perdus, voilà. Cela permet de les accompagner, cela permet de les aider sur le plan social, sur le plan administratif et aussi sur le plan médical, puisqu'ils peuvent accompagner par exemple, les patients à leurs RDV médicaux... Il s'agit de les aider à gérer leur vie, en fait.* (Entretien 7, L 127-135)

4.2. <u>Une prise en charge élargie sur tous les plans</u>

La moitié des médecins déclarent que le CRC/MRP ne pose pas de limite à sa prise en charge.

" *Il existe des réseaux évidemment qui viennent à domicile mais avec le MRP c'est beaucoup plus large. Ils ont été à la préfecture, à 5h du mat... Il n'y a pas de limites, tout ce dont le patient a besoin sera fait dans la mesure du possible. Pas de liste limitée, ils évaluent les besoins et s'en occupent entièrement*." (Entretien 1, L 64-67)

Ainsi, le centre de ressources propose, d'après les médecins utilisateurs, une prise en charge élargie sur tous les plans : dans l'espace, dans le temps et sur le plan humain.

4.2.1. Dans l'espace : mobilité

Le CRC/MRP est mobile, intervient au domicile des patients si nécessaire ou effectue un accompagnement physique.

"*Enfin c'est complémentaire, en l'occurrence le CR essaie à chaque fois d'évaluer la cause initiale du problème et de mettre le patient plus facilement en contact avec les autres réseaux et les autres acteurs concernés. C'est vraiment une prise en charge élargie avec une évaluation à domicile, une réévaluation, un échange avec le médecin traitant. […] Dans le temps et dans l'espace, il vient rapidement et à domicile. Par exemple pour la patiente tétraplégique, à un moment il fallait un papier pour son travail, le réseau avait été chercher la feuille au centre de rééducation puis jusqu'au cabinet pour que je puisse la signer et la rapporter à la mairie*." (Entretien 1, L 51-61)

" *Eh bien, cette patiente avait besoin d'un accompagnement physique.[…] Oui, c'est ça qui est intéressant. C'est que les patients peuvent être accompagnés, que quelqu'un peut aller chercher la patiente à son domicile, et dans ces cas-là souvent, les gens ont du mal à se mobiliser, à faire la*

démarche, mais s'il y a quelqu'un qui vient les chercher, ça aide à surmonter l'angoisse, à sortir et à se déplacer loin. C'était le fait qu'il soit mobile. […] Le fait aussi qu'ils aient des connaissances sociales, qui a son intérêt aussi. Mais le principal intérêt c'était surtout l'accompagnement physique." (Entretien 3, L 67-74)

" *Alors ayant de bonnes relations avec le service social, on cherchait des solutions. Mais là, j'ai un plus énorme avec les coursiers, c'est le domicile*." (Entretien 5, L 176-177)

4.2.2. Dans le temps : disponibilité

Le CRC/MRP est disponible pour les médecins généralistes.

" […] Elles (CSS) sont moins surchargées, elles sont joignables en permanence et elles ne refusent aucune prise en charge, contrairement à une assistante sociale à propos d'un problème de sécu, elle va me dire ce n'est pas moi c'est la sécu, et également il n'y a pas de sélection de secteur ça nous permet de débloquer plus rapidement une situation. " (Entretien 2, L 116-119)

" *Alors, j'en ai entendu parler par un médecin installé à Gagny, […] Voilà, je dois dire que je n'y ai pas cru au début parce que ça paraissait trop facile, je me demandais ce que c'était….[…] C'est-à-dire, avoir accès à une assistance sociale comme ça dans la journée, pour moi c'était un ovni je ne comprenais pas, le fait qu'il était mobile, c'était innovant.*" (Entretien 6, L 20-26)

*[…] Oui coordination, évaluation et disponibilité" (*Entretien 1, L 55-61)

4.2.3. Sur le plan humain :

Le CRC/MRP réalise aussi un accompagnement humain.

" *Mais j'ai l'impression que les CSS permettent de faire énormément de choses, c'est-à-dire d'accompagner les patients qui en ont besoin, qui sont perdus, voilà. […] Il s'agit de les aider à gérer leur vie, en fait. Et que c'est une prise en charge complémentaire, c'est à dire, cela ne remplace rien, mais cela vient compléter une partie de ce qu'il manque à ces patients en matière d'adaptation à la société*." (Entretien 7, L 128-134)

" *Les patients sont comme des enfants qu'il faut prendre en charge. Et le CRC /MRP avec ses CSS assure cette fonction auprès du médecin et à sa demande. […] Comme je vous disais, c'est le soutien au médecin généraliste pour la prise en charge du patient complexe dans sa globalité. Pas question d'inclure le patient instable, fragilisé par ses nombreuses pathologies psychiatriques et sociales dans une structure rigide. Il s'agit de l'accompagner sur son propre chemin*." (Entretien 10, L 128-134)

4.3. Un réseau qui comble un vide dans la prise en charge sociale

4.3.1. Un réseau pour pallier au travail bénévole du médecin traitant

Certains médecins expliquent que le CRC/MRP effectue des tâches d'ordre social que le médecin réalise par ailleurs bénévolement, et de cette manière le réseau vient combler un manque dans l'organisation du système de soins.

" *Nous, on n'a fait que du social, de l'administratif avec le MRP ou je ne connais pas le reste de leurs compétences, car s'ils sont aussi efficaces, je suis ravie. Nous, on avait un travail énorme, que l'on faisait de manière totalement bénévole qui a pu être complètement pallié par les médiateurs*

sociaux, mais après je ne connais pas le reste du réseau. […] C'est moi qui le faisais, quand il y avait un CMU de bloqué et qu'on n'y arrivait pas, on appelait la sécurité sociale, on faisait des lettres, on demandait pourquoi, c'était monstrueux. Au point qu'un jour, Sarah m'a eu au téléphone et m'a dit « vous m'avez appelé à propos de telle situation mais vous avez déjà tout fait » mais je voulais qu'elle prenne la suite en charge. Mais parfois on ne peut plus, ça nous aide également, les patients, et les médecins. " (Entretien 2, L 68-79)

" *Alors...j'ai l'impression que c'est des gens qui ont vu le manque qu'il y avait dans la société et dans les prises en charges.... et qui ont décidé de combler ce manque. Donc, ils ont décidé de mettre des gens là, qui doivent être là pour les patients, gratuitement pour les patients, afin d'avoir une aide humaine à portée de main*." (Entretien 7, L 142-145)

4.3.2. Une prise en charge complémentaire aux réseaux coordonnés

Deux médecins interrogés voient le CRC/MRP comme un réseau complémentaire aux réseaux habituels.

"*Alors les réseaux dans le secteur, c'est surtout pour les personnes âgées et les soins palliatifs, et ce n'est pas le cas des patients que j'ai inclus. Ils ne sont ni âgés, ni en soins palliatifs. Et souvent, même, s'ils étaient âgés, le problème n'était pas médical mais plutôt social. […] Enfin c'est complémentaire, en l'occurrence le CRC/MRP essaie à chaque fois d'évaluer la cause initial du problème et de mettre le patient plus facilement en contact avec les autres réseaux et les autres acteurs concernés. C'est vraiment une prise en charge élargie avec une évaluation à domicile, une réévaluation, un échange avec le médecin traitant*." (Entretien 1, L 43-54)

"*Moi, je m'en sers de manière très ponctuelle. Finalement, c'est du second recours. On peut voir cela comme ça*." (Entretien 10, L 155-156)

4.3.3. Un réseau en lien avec le médecin traitant

Plusieurs médecins expliquent que le réseau ne se substitue pas au médecin généraliste. Il communique avec lui et tient le médecin au courant des démarches réalisées et des résultats.

" *C'est vraiment une prise en charge élargie avec une évaluation à domicile, une réévaluation, un échange avec le médecin traitant*." Entretien 1, L53-54

" *[…] Je l'envoie voir les assistantes sociales, mais d'abord, les assistantes sociales sont difficilement joignables, et deuxième reproche à l'assistante sociale, mais elle est nouvelle, donc voilà, mais elle ne me rappelle pas pour me donner des nouvelles. Et c'est là que ça bloque. Donc ça dure, ça dure, ça dure et il n'y a toujours pas de sécu. Ce qu'il y a de différent avec les coursiers, c'est d'abord qu'ils me tiennent au courant […] " (*Entretien 5, L 117-127)

5. Apport du CRC/MRP au médecin généraliste

5.1. Résultats complets ou partiels

5.1.1. Résolution de problèmes

La moitié des médecins parlent de bons résultats, qu'ils soient complets ou partiels, avec l'intervention du CRC/MRP.

" *La plupart du temps, tous les problèmes ont pu être gérés, ça a changé complètement les choses pour ma première patiente et pas mal de choses pour les autres. Quand c'était un problème ponctuel comme la mise en place d'une AME, c'est réglé très rapidement*." (Entretien 1, L 76-79)

" *Sur une patiente, cela a été super bien géré, avec un résultat complet, et une résolution de tous ses problèmes, mais suite à un déménagement je n'ai plus eu de nouvelles de cette patiente. Je pense qu'elle va bien*." (Entretien 4, L 31-33)

" *Oui, alors il y a des résultats directs pour eux, pour le patient, pour la situation sociale, mais même si je n'ai pas de résultat concret, au moins je sais moi, j'ai intégré l'idée qu'il se prépare quelque chose, qu'il y a une structure réactive qui vient en appui et qui va me permettre à moi de continuer à faire mon travail de médecin, en sachant que comme je sais qu'il y a un suivi social en parallèle, je peux continuer à faire des propositions médicales qui vont avoir une cohérence au bout d'un moment*. *[…] Ce patient là, je n'aurais pas eu la réponse comme ça, je ne vois pas à qui j'aurais pu téléphoner…. J'aurais appelé le secteur social, je n'aurais pas eu ces réponses là… on est dans l'accès avec une réponse immédiate dans le mini réseau."* (Entretien 6, L 68-103)

5.1.2. Déblocage d'une situation

Pour plusieurs médecins, le CRC/MRP est capable de débloquer des situations complexes.

" *Je ne sais pas, mais il y a des situations que je n'arrive pas à débloquer par le circuit normal de mes assistantes sociales de secteur. […] Le MRP va sur place, il se met .... je cherche le bon terme...à la portée des patients. C'est-à-dire, il ne répond pas : le patient n'est pas venu à son RDV. Je ne sais pas comment ils font, ils se déplacent, ils téléphonent, ils donnent un rdv... Parce qu'on a affaire à des personnes extrêmement fragilisées et qui*

*sont éjectées du circuit normal. Ils comprennent pas qu'il y a un papier à remplir."(*Entretien 5, L 108-115)

"*[…] sinon dans l'ensemble, ça a aidé à passer un cap*." (Entretien 6, L 348-349)

"*Alors, je reviens toujours à cette famille comme exemple, je pense que ça a été une réelle aide. Alors après, il y a plusieurs acteurs sociaux, qui sont autour de cette famille. Mais le fait d'avoir eu des CSS a été une réelle aide, parce que ça les a fait avancer d'un pas, cela ne les a pas sorti entièrement de la situation problématique dans laquelle ils étaient, mais cela leur donne une porte de sortie. […] Cela a mis du temps, mais on peut dire que la situation est en train de se débloquer et c'est en partie grâce au CSS, qui est intervenu*." (Entretien 7, L 164-171)

5.1.3. Accompagnement des patients

Par ailleurs, l'accompagnement humain des patients par le réseau est considéré comme un apport important par deux médecins.

" *Par exemple, un patient dont le problème n'est pas résolu (demande d'asile), mais il a été mis en relation avec différentes structures et puis même si les choses ne peuvent plus évoluer je suis sûre que cette prise en charge apporte au moins un soutien moral à cette patiente ce qui lui permet de continuer à avancer. Il y a toujours des choses en plus au-delà des choses pratiques. Il y a aussi un accompagnement de la personne qui est énorme même si le problème n'est pas résolu. C'est très important cet accompagnement, de vérifier que tout a bien été fait. Et cela me permet de savoir où ils en sont*." (Entretien 1, L 80-86)

" Et il y a, bien sûr, pleins de patients pour lesquels le médical est très lié au social. Donc c'est quasiment une aide médicale, qu'ils leur apportent. Et aussi, par rapport à ce que j'ai vécu là, il y a une forme d'accompagnement très fort au niveau humain. Une dimension humaine qui joue énormément."(Entretien 7, L 136-139)

5.2. Une prise en charge globale du patient

5.2.1. Un soutien social, administratif et humain

Les médecins utilisateurs décrivent un accompagnement global du patient sur les plans social, administratif, médical et humain.

*" […] Mais j'ai l'impression que les CSS permettent de faire énormément de choses, c'est-à-dire d'accompagner les patients qui en ont besoin, qui sont perdus, voilà. Cela permet de les accompagner, cela permet de les aider sur le plan social, sur le plan administratif et aussi sur le plan médical, puisqu'ils peuvent accompagner par exemple, les patients à leurs RDV médicaux...Il s'agit de les aider à gérer leur vie, en fait. Et que c'est une prise en charge complémentaire, c'est à dire, cela ne remplace rien, mais cela vient compléter une partie de ce qu'il manque à ces patients en matière d'adaptation à la société." (*Entretien 7, L 127-134)

" *Cela ne change pas vraiment ma relation avec le patient mais surtout le travail médical. On travaille dans de meilleures conditions, les patients se sentent plus en confiance envers moi, ils sentent une prise en charge globale et ils se rendent compte que leurs médecins sont capables de trouver les bons interlocuteurs. Une fois que médicalement je ne peux plus rien faire, cela permet aussi d'améliorer le reste*." (Entretien 1, L 105-109)

5.2.2. Un soutien moral et psychologique

Le soutien psychologique ou moral, dont parlent certains médecins est apporté par l'accompagnement bienveillant que réalisent les CSS.

> *" Certains hallucinent sur cette façon de faire, que quelqu'un veille sur eux, soit gentil, bienveillant grâce à cet accompagnement que l'on retrouve moins chez l'assistante sociale, ce soutien continu."* (Entretien 1, L 92-94)

> *" Donc les contacts avec Sarah ou Ozgur, elle voyait qu'on s'occupait d'elle, donc elle était contente, et cela l'a aidé psychologiquement. Même si on a pas de gros résultats, des petits résultats aident sur le plan psychologique, et ainsi elle pouvait mieux gérer son problème de santé, aller chez le Kiné quand elle devait y aller... euh, etc."* (Entretien 9, L 182-185)

5.2.3. Des patients satisfaits

Trois médecins décrivent des patients heureux dans le cadre de cette prise en charge globale de leurs difficultés et l'accompagnement humain, mis en place par le CRC/MRP.

> " *Les patients sont très heureux*" (Entretien 1, L 96)

> "*... voilà, elle avait l'air contente, en tous cas, donc je pense qu'elle se sent beaucoup mieux depuis un an*." (Entretien 9, L 190-191)

5.3. <u>Un confort pour les médecins</u>

D'autre part, le travail avec le CRC/MRP correspond aussi à une forme de confort pour le médecin généraliste, que nous pouvons préciser de la manière suivante :

5.3.1. Un soutien pour les médecins

Le réseau apporte un soutien aux médecins, en les déchargeant de certains problèmes.

" *Si je peux le laisser faire, c'est mieux pour me faire gagner du temps, cela me décharge beaucoup*." (Entretien 4, L 93-94)

" *Oui, alors il y a des résultats directs pour eux, pour le patient, pour la situation sociale, mais même si je n'ai pas de résultat concret, au moins je sais moi, j'ai intégré l'idée qu'il se prépare quelque chose, qu'il y a une structure réactive qui vient en appui et qui va me permettre à moi de continuer à faire mon travail de médecin, en sachant que comme je sais qu'il y a un suivi social en parallèle, je peux continuer à faire des propositions médicales qui vont avoir une cohérence au bout d'un moment.*" (Entretien 6, L 68-73)

5.3.2. Des médecins apaisés

Les médecins soutenus par les actions du CRC/MRP, se sentent rassurés.

" *C'est sûr, pour moi c'est juste magique, il y a plein de situations que je ne savais pas gérer. Mais je me sens rassurée et dès que je pense qu'il est nécessaire de les appeler, je les contacte*." (Entretien 1, L 100-102)

" *Ça modifie quelque chose chez les patients qui eux sont dans l'espoir que tout n'est pas perdu pour eux, et puis chez moi aussi*." (Entretien 6, L 76-77)

5.3.3. Une meilleure relation médecin/patient

De même, deux médecins parlent d'une meilleure relation avec les patients, grâce au CRC/MRP.

" *Oui, j'ai moins peur de rentrer dans les détails et les soucis des gens. Si on a rien à leur proposer, on ne peut que être triste pour eux, on se sent mal à l'aise et sans réponse. Alors que grâce au réseau, quoi qu'ils me disent, je serai en mesure de leur donner une réponse constructive*." (Entretien 1, L 120-123)

" *Les gens sont très reconnaissants. Envers moi, pour avoir fait la connexion, envers les coursiers aussi je pense mais ils me le disent moins.*

-M : mais cela doit changer vos relations avec les patients j'imagine?

-DR : OUI " (Entretien 6, L 278-286)

6. Modifications de la pratique du médecin généraliste par l'utilisation du CRC/MRP

Neuf médecins utilisateurs ont observé des modifications de leur pratique médicale, avec l'inclusion de patients dans le CRC/MRP.

6.1. Une amélioration des conditions de travail

Plus de la moitié des médecins interrogés déclarent travailler dans de meilleures conditions.

6.1.1. Un gain de temps pour le médecin

En effet, les actions du CRC/MRP permettent au médecin de libérer du temps pour s'occuper de la problématique médicale.

" DR -*Donc dans l'absolu, c'est important de savoir qu'il existe quelqu'un pour nous aider à régler le problème administratif et nous, nous permettre de répondre au mieux au côté médical.*

MM -*D'accord, donc c'est en ce sens là qu'on peut dire que le mini réseau modifie ta pratique* ?

DR -*oui et accessoirement cela nous rend beaucoup plus efficace car en plus de nous dégager du temps, cela nous permet de faire l'ensemble des examens que l'on voulait faire. […] Cela me permet de me dégager du temps sur autre chose. C'était tellement difficile que je ne pouvais pas m'occuper de ça.*

Ça améliore le niveau médical aussi parce que demander un examen complémentaire quand ils n'ont pas d'argent c'est impossible, donc ça aide à améliorer la santé du patient et moi ça me dégage du temps aussi. " (Entretien 2, L 87-104)

" DR -*Ce n'est pas seulement administratif, il y a quand même le médical à prendre en compte pour chaque patient.*

MM -*La question est de savoir si en vous soulageant d'une partie de ce travail social, est-ce que cela modifierait votre pratique médical?*

DR -*Si je peux le laisser faire, c'est mieux pour me faire gagner du temps, cela me décharge beaucoup." (*Entretien 4, L 89-94)

6.1.2. Un exercice plus serein

Les médecins interrogés décrivent des conditions d'exercice plus sécurisantes/confortables avec le soutien du CRC/MRP.

" *C'est un soutien énorme. Ca change pour ma pratique, j'ai une sécurité... là, je suis en train de penser à une dame […]. Là j'ai confiance, que le dossier est en de bonnes mains, et que l'on va pas laisser tomber. Si jamais cela ne se débloque pas, on va me rappeler. […] Je n'ai pas besoin de l'avoir perpétuellement en tête, je sais que quelqu'un s'occupe de ce problème. Parce que le problème avec les patients fragiles, qui n'ont plus la sécu, plus la CMU, ils viennent plus nous voir. Donc cela me demande à moi, de me dire... Me X, cela fait longtemps que je ne l'ai pas vue, et la dernière fois que je l'ai vue, elle me disait qu'elle n'avait plus la*

sécu, et il faut que je pense à l'appeler. Et ça, c'est épuisant dans mon quotidien. Et moi, je suis là pour faire de la médecine et je vois les patients quand ils viennent me voir. Et l'intérêt des coursiers sociaux, c'est qu'avec ma patiente, je sais qu'ils ne vont pas la lâcher. Et je n'ai pas besoin moi, de me dire, il faut que je la rappelle." (Entretien 5, L 205-212)

6.2. Une amélioration de la prise en charge médicale

La moitié des médecins interrogés définit une meilleure prise en charge médicale grâce au CRC/MRP.

6.2.1. Un meilleur accès aux soins

D'une part, deux médecins précisent que le travail du CRC/MRP permet une amélioration de l'accès aux soins.

"*Oui et accessoirement cela nous rend beaucoup plus efficace car en plus de nous dégager du temps, cela nous permet de faire l'ensemble des examens que l'on voulait faire notamment d'hospitaliser la dame, ou d'obtenir un CMU et donc cela me permet de faire les examens, ou ils règlent certains problèmes et je peux me poser la question de savoir pourquoi cette mère est morte à 41 ans, et de se demander si la grand-mère est morte à 40 ans et de savoir si la fille va mourir au même âge ? […] Ça améliore le niveau médical aussi parce que demander un examen complémentaire quand ils n'ont pas d'argent c'est impossible, donc ça aide à améliorer la santé du patient et moi ça me dégage du temps aussi. […] C'est une amélioration pour le patient au niveau de sa santé*." (Entretien 2, L 99-105)

" *Voila, pour montrer que si on a ce réseau, on peut faire des choses qu'on n'imagine pas en fait. Et il le faut, car on a de plus en plus de problèmes avec l'accès aux soins…* " (Entretien 6, L 161-162

6.2.2. Une prise en charge médicale cohérente

D'autre part, le centre de ressources permet aussi d'améliorer la cohérence de la prise en charge médicale.

" *Oui, alors il y a des résultats directs pour eux, pour le patient, pour la situation sociale, mais même si je n'ai pas de résultat concret, au moins je sais moi, j'ai intégré l'idée, qu'il se prépare quelque chose, qu'il y a une structure réactive qui vient en appui et qui va me permettre à moi de continuer à faire mon travail de médecin, en sachant que, comme je sais qu'il y a un suivi social en parallèle, je peux continuer à faire des propositions médicales qui vont avoir une cohérence au bout d'un moment*." (Entretien 6, L 68-73)

" *Oui, j'ai moins peur de rentrer dans les détails et les soucis des gens. Si on a rien à leur proposer, on ne peut que être triste pour eux, on se sent mal à l'aise et sans réponse. Alors que grâce au réseau, quoi qu'ils me disent, je serai en mesure de leur donner une réponse constructive*." (Entretien 1, L 120-123)

"Comme je vous disais, c'est le soutien au médecin généraliste pour la prise en charge du patient complexe dans sa globalité. Pas question d'inclure le patient instable, fragilisé par ses nombreuses pathologies psychiatriques et sociales dans une structure rigide. Il s'agit de l'accompagner sur son propre chemin." (Entretien 10, L 44-47)

6.3. Une amélioration de la relation médecin/patient

Enfin, les médecins utilisateurs expliquent que le réseau permet une meilleure relation médecin/patient.

6.3.1. Une relation de confiance entre les patients et leur médecin traitant

Trois médecins parlent d'une relation de confiance entre médecin et patients.

" *On travaille dans de meilleures conditions, les patients se sentent plus en confiance envers moi, ils sentent une prise en charge globale et ils se rendent compte que leurs médecins sont capables de trouver les bons interlocuteurs. Une fois que médicalement je ne peux plus rien faire, cela permet aussi d'améliorer le reste*." (Entretien 1, L 106-109)

" *Oui, oui, bien sûr, d'accéder au patient. […] Oui, le MRP permet d'avoir une relation de confiance encore plus nette. Mutuelle. A partir du moment où ils ont confiance en moi, moi je vais avoir plus confiance en eux quand je leur dis, "faites-ci, faites-ça, faites une prise de sang..." je pense qu'il y a un meilleur retour là-dessus aussi."* (Entretien 9, 218-228)

6.3.2. Une relation médecin/patient plus approfondie

Un médecin précise que le soutien du CRC/MRP lui permet d'approfondir sa relation médecin/patient.

"*Oui, j'ai moins peur de rentrer dans les détails et les soucis des gens. Si on a rien à leur proposer, on ne peut que être triste pour eux, on se sent mal à l'aise et sans réponse. Alors que grâce au réseau, quoi qu'ils me disent, je serai en mesure de leur donner une réponse constructive*." (Entretien 1, L 120-123)

7. Perception du CSS à travers le ressenti du médecin généraliste

7.1. Qualités du CSS

Afin de dessiner un portrait des CCS, nous avons tout d'abord demandé aux médecins de décrire leur ressenti par rapport aux CSS et aux qualités de ces derniers.

7.1.1. Efficacité

Trois médecins les décrivent comme efficaces.

" *Je sais que c'est juste un coursier social, mais je ne connais pas leur formation, je n'ai pas eu le temps de me renseigner, j'ai vu qu'ils étaient efficaces, et motivés donc je me suis arrêtée là.*" (Entretien 4, L 128-129)

" Ils sont discrets, efficaces." (Entretien 6, L 317)

7.1.2. Disponibilité

De la même manière, trois autres médecins les définissent selon leur disponibilité.

" *Donc, je suis un peu confuse peut-être, mais qu'est ce que j'ai de plus avec les coursiers, c'est que j'ai leurs numéros de portable, les AS je n'ai pas leurs portables, les anciennes j'avais réussi à avoir leurs portables, mais les nouvelles pas encore.*

Donc, je vais appeler un fixe, et j'ai une demi-heure de disque et au bout de une demi-heure de disque, on va me dire qu'il faut rappeler. Donc, je laisse un message aux coursiers, disant que Madame X n'a toujours pas sa sécu. Elles me rappellent, elles me laissent un message. Pour me dire, ben voilà c'est ça." (Entretien 5, L 158-164)

" *C'est un accompagnant ponctuel pour une tâche ponctuelle. Disponibilité, accueil et ... je sais pas, ponctualité. Tolérance. Cela fait beaucoup de choses comme critères de sélection*." (Entretien 10, L 68-71)

" *Et on se demandait qui pouvait l'accompagner dans sa famille. Et le coursier présent, s'est proposé pour l'accompagner lui. Et j'ai été très surprise, je ne m'attendais pas à cela, je ne savais pas que cela allait*

jusque-là ses fonctions. Mais quand il l'a proposé, cela paraissait logique, parce que ça allait l'aider socialement.

- Oui, donc on peut parler de disponibilité et mobilité des CSS. C'est bien cela?

- Oui, tout à fait." (Entretien 7, L 154-161)

" *Et que cette disponibilité qu'ils ont, chez des patients très fragiles, leur permet d'accepter qu'un patient ne soit pas à l'heure. Je pense que les AS sont tellement submergées, qu'elles ne peuvent pas accepter cela*." (Entretien 5, L 247-249)

7.1.3. Mobilité

Deux médecins font référence à leur mobilité.

"*J'ai apprécié qu'ils ne se soient pas limités, j'aime bien la souplesse intellectuelle, ça change beaucoup de chose d'avoir quelqu'un de réactif et qu'ils viennent à domicile. […] Cette dame, elle a des gros problèmes orthopédiques, elle vient me voir en ambulance c'est vrai que le fait de pouvoir aller à domicile, permet d'apprendre pleins de choses*." (Entretien 6, L 137-142)

" *Et le coursier présent, s'est proposé pour l'accompagner lui. Et j'ai été très surprise, je ne m'attendais pas à cela, je ne savais pas que cela allait jusque-là ses fonctions. Mais quand il l'a proposé, cela paraissait logique, parce que ça allait l'aider socialement. […]*

-D'accord. et donc en fait, vous définissiez les CSS comme mobiles et disponibles?"

-Exactement " (Entretien 7, L 158-216)

7.1.4. Tolérance

Enfin, deux médecins parlent de tolérance ou de souplesse intellectuelle.

> " *J'ai apprécié qu'ils ne se soient pas limités, j'aime bien la souplesse intellectuelle" (*Entretien 6, L 137*)*
>
> *C'est un accompagnant ponctuel pour une tâche ponctuelle. Disponibilité, accueil et ... je sais pas, ponctualité. Tolérance. Cela fait beaucoup de choses comme critères de sélection*." (Entretien 10, L 68-71)

7.2. Formation au métier de CSS

D'autre part, nous avons demandé aux médecins interrogés de réfléchir sur la formation adaptée aux CSS.

7.2.1. Formation sociale

Plus de la moitié des médecins a estimé nécessaire une formation sur le plan social.

> *" Alors, je pense qu'ils doivent avoir.... Voilà, résoudre les problèmes sociaux, c'est extrêmement compliqué, ou alors il faut avoir une certaine connaissance des "ficelles" que l'on peut tirer. Alors, il faut qu'il y ait cette formation qui doit être dispensée. Mais de quelle manière? Je ne sais pas. Par quelle école, université, ou une formation interne? […] Mais cela ne me choquerait pas que ce soit une formation interne, à condition d'avoir les connaissances adaptées. Il faudrait déjà qu'il y ait ces connaissances sociales là. Et surtout cela. Et après, des gens qui sont motivés et investis dans le social. Mais pour la formation, je pense que c'est une formation d'ordre social, comme une assistante sociale, qu'il faut. Même si c'est une formation interne*." (Entretien 7, L 218-227)

" *Pour moi, il faut une formation spécialisée du fait de la partie administrative et médicale. Il s'agit d'un contexte particulier, d'une nouvelle profession qui est inconnue et qui nécessite une formation élargie avec une bonne volonté, et des qualités dans le domaine du social, de l'administratif, du médical, de l'humain. Cela nécessite aussi une certaine pratique sur le terrain pour coordonner et faire fonctionner le réseau. C'est une formation qu'il faudrait encore plus développer*." (Entretien 1, L 126-131)

7.2.2. Formation d'introduction à la psychologie

Trois médecins parlent d'une formation d'introduction en psychologie.

" *Pour leur formation, il faut quand même avoir des formations en psycho, parce que, il y a très souvent un mélange des deux. Soit à cause de leurs problèmes psychologiques, ils se sont désocialisés, ou que suite à un accident de la vie, ils se retrouvent dans des situations de grosses déprimes*." (Entretien 6, L 163-166)

"*Et puis, la dernière chose, c'est d'avoir une vraie connaissance du domaine social, et c'est mieux que d'apprendre sur le tas, c'est compliqué, il faut des années et il y a encore pleins de choses que je ne connais pas ou que je ne comprends pas. […]* " (Entretien 2, L 183-188)

7.2.3. Formation à la relation thérapeutique

Les CSS devraient, d'après certains médecins interrogés, être formés à cette sorte de communication particulière qu'est la relation thérapeutique.

" *Et je me suis demandé s'ils étaient préparés à cela. Ils pensent se retrouver face à des gens qui peuvent mettre en échec la démarche, alors qu'ils s'investissent rapidement. Alors est ce qu'ils sont préparés à des*

retours de flammes? Les assistantes sociales de quartiers savent bien que leurs démarches peuvent échouer. […]

-Donc, il faut que ce soit des personnes qui soient sensibilisées aux pathologies psychiatriques et aussi à la communication, je ne sais pas comment dire, aux complications relationnelles,

-A la relation thérapeutique." (Entretien 6, L 175-184)

" *La personne du mini-réseau doit se mettre en tête que tout problème peut être existant, qu'il ne faut se moquer de rien et que même un mini problème de leur point de vue est énorme pour cette personne. Il faut arriver sans aucun jugement de personne, sans rien et toujours essayer d'être délicat dans les questionnements. Si on veut faire du social, il faut accepter de voir la misère et accepter que leurs problèmes soient différents des nôtres*." (Entretien 2, L 170-175)

7.2.4. Méconnaissance de la formation

Trois médecins expriment une méconnaissance de la formation des CSS ou de ce qu'elle pourrait être.

" *Je n'ai pas tellement d'idée, je ne m'y connais pas tellement. Je réfléchis à votre question*." (Entretien 5, L 239)

" *Je sais que c'est juste un coursier social, mais je ne connais pas leur formation, je n'ai pas eu le temps de me renseigner, j'ai vu qu'ils étaient efficaces, et motivés donc je me suis arrêtée là. Comme je n'ai pas été vraiment en contact avec eux, je ne peux vous en dire plus*." (Entretien 8, L 148-152)

8. Futur du CRC/MRP

8.1. Un concept généralisable

8.1.1. A toute la France

La majeure partie des médecins interrogés pense qu'il faut généraliser le concept de CRC/MRP sur le plan national.

" *Evidemment, il faut généraliser le concept, le mettre en place partout. Si tous les médecins sont au courant, ça ne peut que marcher. Les problèmes actuellement sont le manque d'information à ce sujet et également le manque de moyens attribués. Cela pourrait changer la vie à de nombreux patients, familles, et professionnels de santé. C'est révolutionnaire*." (Entretien 1, L 147-151)

"*Je ne peux pas dire non, évidemment que c'est oui. […] Le problème c'est qu'en face il faut que le médecin le connaisse, et donc moi je ne le connais que depuis 6 mois, alors que je suis installée depuis 5 ans*." (Entretien 2, L 197-200)

8.1.2. Aux zones de précarité

Trois médecins précisent que la généralisation du concept doit se faire surtout dans les zones isolées ou à risque.

" *Parce qu'il y a des gens qui sont isolés et qui ont du mal à se mobiliser, et qui ont besoin d'être accompagnés pour se mobiliser... ça c'est sûr.*

Ensuite, si les gens ont une profession d'assistant social, cela peut aider parce que cela va plus vite. On sait mieux vers quoi aller. […] Je n'en sais rien. Je suis incapable de vous dire. Je connais le milieu que je connais. Je n'ai fait que des remplacements en province. Mais j'imagine que l'isolement

*existe partout et que donc on aurait besoin de ce système partout." (*Entretien 3, L 194-201)

" *Oui, bien sûr. Surtout, dans les régions à risque. A risque de problèmes sociaux. Oui, bien sûr*." (Entretien 9, L 299-301)

8.1.3. Militer pour faire connaître le concept

Deux médecins expliquent qu'il faut militer pour faire connaître ce concept à leurs confrères.

" *Oui, mais nous on n'arrête pas d'en parler autour de nous, des médiateurs de Saint-Denis, on donne des photocopies, on est hyper militant dans notre domaine, c'est la deuxième fois que je me fais interviewer sur le sujet donc ce n'est pas rien*." (Entretien 2, L 262-264)

" *Des coursiers, sociaux qui ont cette souplesse la, il faut que ce soit reconnu, il ne faut pas attendre la cotisation d'un médecin*." (Entretien 6, L 256-257)

8.2. Modalités de financement du CRC/MRP d'après les médecins utilisateurs

Nous avons demandé aux médecins d'exprimer leurs avis quant au financement du CRC/MRP.

8.2.1. Financement par l'assurance maladie/les mutuelles

Quatre médecins citent un financement possible par l'assurance maladie ou les mutuelles.

" *Moi je pense du coté de la CPAM, que Monsieur ROUSSEAU à la CPAM Paris, il décrocherait quelque chose*." (Entretien 2, L 271-272)

" *Je pense que ceux qui peuvent en tirer le plus profil, c'est les caisses de l'Assurance maladie, parce qu'on gagne du temps de consultation, et donc elles ont un rôle à jouer..."* (Entretien 6, L 238-239)

"MM -*Qui doit donc financer ce type de structure*?

DR -*La sécurité sociale. Si on pense que c'est une sociopathie, une pathologie, alors ce doit être les aides sociales qui doivent payer. Ou l'ARS."* (Entretien 10, L 139-141)

8.2.2. Financement par les pouvoirs publics

De même, quatre médecins expriment le fait de financer le CRC/MRP par les pouvoirs publics.

*" Les deux, mais je pense qu'il est important que les financements viennent également des pouvoirs publics." (*Entretien 1, L 162-163)

" *Le conseil régional aussi, il y a plein d'argent. De toute façon, ça ne peut être que la Mairie de Paris, conseil régional, ARS ou CPAM, donc on peut trouver le bon intervenant*." (Entretien 2, L 275-280)

" *Eh bien, c'est du domaine de l'ARS. Puisque cela centralise tout*." (Entretien 10, L 131)

8.2.3. Cotisation par les médecins utilisateurs

Par ailleurs, les médecins sont tous partagés sur le financement du CRC/MRP par une cotisation des médecins utilisateurs.

Quatre médecins déclarent possible d'envisager une cotisation par les médecins, mais sous certaines conditions.

" *Oui, je pense l'envisager. Les subventions sont nécessaires mais en y réfléchissant, je pense que cela permettrait de faire des économies à tout le monde. Et puis nous ne sommes pas formés, pas compétents, pour tous les problèmes, donc nous prenons du temps avec une mauvaise productivité. On peut prendre les problèmes en amont, beaucoup plus précocement et éviter des épisodes de crises, et ainsi faire des économies, et donc financer ce concept*." (Entretien 1, L155-159)

" *Volontairement non, impossible. […] Alors qu'il y ait un acte symbolique d'adhésion au mini-réseau de la part d'un médecin qui l'utilise, je ne suis pas opposé à cette idée, c'est-à-dire une demande sur l'année, une adhésion, d'accord. […] Symboliquement, on manifeste que l'on veut faire parti de ce fonctionnement, après quand on est un médecin avec des patients qui ont des problèmes sociaux, il faut plus de temps, et de disponibilité, je sais qu'il y a des médecins qui vont dire, on ne va pas payer le mini-réseau, nous on va prendre le temps. Je pense que ceux qui peuvent en tirer le plus profil, c'est les caisses de l'assurance maladie, parce qu'on gagne du temps de consultation, et donc elles ont un rôle à jouer...Moi je suis prêt à cotiser mais je pense que pour tous les médecins ce n'est pas…*" (Entretien 6, L 228-240)

" *Oui, si ce ne sont pas des sommes importantes, mais l'idée en elle-même ne me gêne pas*." (Entretien 4, L 174)

Quatre autres médecins expliquent qu'il est difficile d'envisager une cotisation par eux-mêmes.

" *Parce que je ne suis pas sûr que les médecins soient prêts à payer sur une consultation qui n'est déjà pas grassement payée, le prix du financement*

d'une telle structure... Mais par contre, que le financement passe par de nouvelles structures comme les maisons de santé, oui..., pourquoi pas." (Entretien 3, L 236-239)

" DR -*Non, pourquoi est-ce que je paierais? Le médecin*? *[…]*

MM -*Qui doit donc financer ce type de structure*?

DR -*La sécurité sociale. Si on pense que c'est une sociopathie, une pathologie, alors ce doit être les aides sociales qui doivent payer. Ou l'ARS. Je vois pas pourquoi ce serait le généraliste qui paierait cela. Les généralistes vous disent qu'ils sont prêts à payer?*

MM -*Cela pourrait être considéré comme un service rendu au médecin généraliste pour travailler dans de meilleures conditions.*

DR -*Les médecins généralistes ont l'habitude d'obtenir ce genre de services de manière gratuite*." (Entretien 10, L 134-147)

Discussion

1. Discussion des résultats

1.1. Compréhension initiale imprécise du CRC/MRP par les médecins

Nos premiers résultats permettent d'illustrer la perception initiale du CRC/MRP par les médecins généralistes. Nous apprenons que la majorité des médecins a obtenu les coordonnées du Centre de Ressources par un confrère. Certains citent aussi la brochure ou l'entretien avec un CSS à leur cabinet.

Deux points sont intéressants dans ces premiers résultats : d'une part, les médecins décrivent une forme d'incompréhension du fonctionnement de la structure au décours du premier contact.

D'autre part, le nom de la conceptrice du CRC/MRP fait partie intégrante de la perception initiale du CRC/MRP.

Or l'information initiale des médecins généralistes sur le fonctionnement de la structure est une tâche inclue dans les compétences du CSS. Et cette démarche a été formalisée : les CSS démarchent les cabinets de médecins généralistes et se rendent sur le lieu de travail des médecins pour leur fournir une présentation détaillée du fonctionnement et des possibilités du Centre de Ressources, ainsi que pour leur transmettre la brochure avec les coordonnées[27].

Mais comme nous objectivons avec cette étude une compréhension incomplète des explications données initialement, nous nous interrogeons sur la nécessité de réfléchir à d'autres formes de transmission de l'information, qui puissent avoir plus d'impact sur les médecins généralistes et générer moins d'imprécision.

Les médecins utilisateurs citent facilement le nom de Madame Sibel Bilal dans nos entretiens, et nous pouvons l'expliquer parce que cette dernière est considérée comme le pilier de ce système expérimental. Assistante sociale de formation, Madame Sibel Bilal a, de plus, une longue expérience des problématiques d'inégalités de santé et d'accès aux soins.

" *Alors, j'ai été au courant des coursiers sociaux depuis longtemps, quand elle était au réseau "Rive Gauche" et puis je l'ai rencontrée à nouveau, ...c'était il y a deux ans, Sibel." (*Entretien 3, L42-43*)*

Cependant, nous pouvons nous demander comment ce lien si fort a pu persister alors que la création du CRC/MRP s'est faite en 2008, et quelles sont les implications pour le développement de la structure, d'un investissement aussi absolu d'une seule personne? Nous avons peu d'éléments pour nourrir une réflexion à ce sujet.

1.2. Motifs d'inclusion : des situations complexes

Les médecins utilisateurs font d'une part appel au CRC/MRP pour des patients avec des difficultés administratives, qui se déclinent en démarches législatives, difficultés financières en lien ou non avec un conflit avec l'employeur et difficultés d'accès au logement.

Les patients inclus, le sont d'autre part pour des problèmes sociaux, qui peuvent avoir un lien avec un problème de couverture sociale, un dysfonctionnement du système social, une situation conflictuelle au sein de la famille/couple des patients ou des problèmes socio-médico-psychologiques.

Nous pouvons donc considérer que ce sont essentiellement des raisons socio-administratives qui motivent l'inclusion de patients dans le CRC/MRP par les médecins généralistes. Nous pouvons y apporter une précision supplémentaire

puisque les médecins nous parlent des situations extrêmes qu'ils ont à gérer, et qui correspondent à l'accumulation de facteurs de vulnérabilité chez un même patient. Nous pouvons en déduire qu'une situation de crise chez un patient, est une raison supplémentaire pour l'inclusion dans le CRC/MRP. Et nous pouvons définir une situation de crise à partir des caractéristiques suivantes, énoncées par les médecins interrogés : c'est une situation chronophage pour le médecin, face à laquelle ce dernier se trouve démuni, avec accumulation de difficultés psycho-socio-administratives.

Cette description rejoint le terme de patient ou situation complexe, qui a permis de définir le champ d'action initial de cette structure. Sibel Bilal, en 2007[6], présente le concept innovant de CRC/MRP comme un dispositif d'accompagnement et de suivi adapté aux besoins des personnes en situation de crises et/ou en voie de précarisation.

Ainsi, nous nous rendons compte que les médecins interrogés adhèrent pleinement au concept de cette structure, qui s'adresse aux médecins généralistes pour la prise en charge de patients complexes.

1.3. Le CRC/MRP : un réseau social polyvalent pour le médecin généraliste

La perception des médecins généralistes du CRC/MRP est celle d'un réseau essentiellement social qui assure une prise en charge globale tant médico-sociale que socio-administrative. Cette prise en charge des patients dans leur globalité, repousse des limites spatiales, temporelles et humaines. Le patient complexe en crise est accompagné selon ses besoins, puisqu'il s'agit d'un réseau mobile, qui

[6] Sibel Bilal. Présentation FAQSVIDF Juin 2007.

peut intervenir à domicile ou partout ailleurs, et qui est plus disponible que le service social de secteur, à la disposition du médecin généraliste.

> *"C'est-à-dire, avoir accès à une assistance sociale comme ça dans la journée, pour moi c'était un ovni je ne comprenais pas, le fait qu'il était mobile, c'était innovant.*" (Entretien 6, L 23-26)

Les médecins perçoivent le CRC/MRP comme une structure qui vient combler un vide dans la prise en charge sociale habituelle.

Cette réponse à une déficience du système de santé permet de pallier au travail bénévole du médecin traitant. En effet, le vide existant dans la prise en charge sociale d'un patient en général, est spontanément rempli par le médecin traitant. Il s'y trouve confronté pendant ses consultations médicales, et s'il ne s'en occupe pas en essayant de régler les problèmes socio-administratifs qui se greffent autour du problème médical, il ne peut pas proposer de prise en charge médicale cohérente. C'est cette problématique que décrit un médecin généraliste installé en Seine-Saint-Denis dans un article en octobre 2011 publié sur son blog : *Journal de bord d'une jeune médecin généraliste de Seine-Saint-Denis*[7].

Nos résultats montrent que le CRC/MRP peut remédier aux dysfonctionnements du système de santé français actuel, par sa structure particulièrement souple et polyvalente. Le Centre de Ressources est complémentaire aux réseaux de soins habituels, et travaille en lien avec le médecin traitant, dans une relation basée sur la communication.

> *Ce qu'il y a de différent avec les coursiers, c'est d'abord qu'ils me tiennent au courant […] " (*Entretien 5, L 127)

[7] Disponible sur internet : http://www.docteurmilie.fr

Comme son nom l'indique, le CRC/MRP assure la coordination des mini-réseaux de proximité du patient pris en charge, à la demande de son médecin généraliste.

1.4. Prévention de la précarisation des patients

Notre étude montre ensuite que les résultats du CRC/MRP sont significatifs pour les médecins, puisqu'ils permettent de résoudre des problèmes de manière complète ou partielle. Il s'agit d'un réseau capable de débloquer une situation complexe, et ainsi d'intervenir de manière ponctuelle en deuxième intention, lorsque les premiers interlocuteurs au niveau du système social de secteur ou autre, n'ont rien changé.

Les médecins décrivent aussi l'accompagnement humain des patients comme un apport majeur du CRC/MRP.

> " *Par exemple, un patient dont le problème n'est pas résolu (demande d'asile), mais il a été mis en relation avec différentes structures et puis même si les choses ne peuvent plus évoluer, je suis sûre que cette prise en charge apporte au moins un soutien moral à cette patiente ce qui lui permet de continuer à avancer. Il y a toujours des choses en plus au-delà des choses pratiques. Il y a aussi un accompagnement de la personne qui est énorme même si le problème n'est pas résolu. C'est très important cet accompagnement, de vérifier que tout a bien été fait. Et cela me permet de savoir où ils en sont*." (Entretien 1, L 80-86)

Ces résultats rejoignent ceux obtenus lors d'expérimentations menées dans les années 90, au sein de l'entreprise "S&P conseil"[8] auprès de 2700 personnes demandeuses de soutien. Il est primordial de prévenir la lente dégringolade des patients fragilisés par l'accumulation de facteurs de vulnérabilité. Le déblocage de

[8] SARL S&P conseil, Direction Sibel BIlal de la Selle. 1991-2001

ces situations urgentes, permet la prévention de la précarisation de la couche moyenne de la population.

1.5. Prévention du "Burn-Out" des médecins

Cette étude montre aussi que le CRC/MRP apporte aux médecins utilisateurs un confort dans leur pratique. Interrogés sur les modifications de leur exercice par cette structure, ces derniers expriment le sentiment de travailler dans de meilleures conditions. Cela se traduit plus précisément par un gain de temps et un exercice plus serein.

"*C'est un soutien énorme. Ca change pour ma pratique, j'ai une sécurité..."* (Entretien 5, L 205)

Les médecins déclarent aussi ressentir une amélioration de leur prise en charge, par l'accès aux soins de leurs patients facilité, d'où découle une prise en charge médicale plus cohérente.

Un point important est également la perception d'une meilleure relation envers les patients, qui passe par l'installation d'une relation de confiance, approfondie plus facilement.

Ces modifications sont intéressantes à mettre en lien avec le phénomène de "Burn-out" et ses hypothèses étiologiques décrites dans l'étude belge réalisée par le service de Psychiatrie et le laboratoire de Psychologie Médicale du C.H.U. de Brugmann, sous la direction de H. Dagrada en 2011[28].

En effet, cette méta-analyse rappelle que le stress chronique est un facteur favorisant l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Le stress ressenti par l'individu au travail est lié au déséquilibre entre les demandes psychologiques du travail et le besoin d'autonomie décisionnelle de

l'individu pour pouvoir y répondre. Parmi ces demandes, on peut retenir plus particulièrement l'organisation du travail imposé à l'individu qui représente un stress par l'effraction de son psychisme par la volonté d'un autre.

Dans cette étude citée ci-dessus, les causes exogènes de "Burn-out" citées, sont une surcharge de travail ou la multiplication des tâches à réaliser pendant une consultation, la rencontre émotionnelle avec le patient, la notion de devoir du médecin généraliste envers son patient, la dévalorisation du statut de médecin et le déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Notons que la problématique du "Burn-out" est un problème de santé publique, puisqu'elle touche 43% des médecins européens.

Nous pouvons considérer ici que le travail du CRC/MRP modifie la pratique des médecins utilisateurs en diminuant de manière générale le stress global, qu'il leur est imposé. Le réseau fait gagner du temps au médecin, pallie au travail social bénévole et favorise la confiance du patient envers son médecin. Nous pouvons en déduire que le CRC/MRP agit auprès des médecins utilisateurs en prévention de l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel.

1.6. Les CSS : une profession émergente

Nous avons aussi effectué une analyse du ressenti des médecins envers les CSS, leurs qualités et la formation dont ils devraient bénéficier.

Les qualités majeures citées par les médecins généralistes sont leur efficacité, leur mobilité, leur disponibilité et leur tolérance. Ils sont disponibles pour intervenir à la demande du médecin, et possèdent une souplesse intellectuelle suffisante pour s'adapter aux situations et patients complexes et compliqués. Ainsi, ce doit être des personnes flexibles, patientes mais déterminées.

Nous avons posé aux médecins la question de leur formation. En effet, jusqu'à présent, les CSS ont été recrutés sur des critères humains essentiellement et par le "bouche-à-oreille", et formés par la suite de manière continue en interne. Cependant, si ce concept, actuellement expérimental, doit être généralisé, nous devons pouvoir préciser l'expérience et la formation nécessaires à ce type de profession.

Les médecins pensent que les CSS doivent avoir une formation d'ordre social, à laquelle s'ajoute une introduction à la psychologie et/ou une formation à la relation thérapeutique.

Des formations internes ont été réalisées pour former les CSS à leurs fonctions et objectifs. La plupart ont été dirigées par la fondatrice du projet, Sibel Bilal, elle-même, avec le soutien du Président et du Trésorier du réseau, eux-mêmes médecins.

1.7. Un concept à généraliser

Nous avons obtenu un avis favorable des médecins utilisateurs, à la généralisation du concept de CRC/MRP. Il se pose alors la question pour les médecins de déterminer des zones à risque ou à fort taux de précarité, dans lesquelles l'installation du réseau serait primordiale. La loi du 14 novembre 1996[9] de mise en œuvre du pacte de relance de la politique de la ville distingue trois niveaux d'intervention définissant ainsi des zones urbaines de précarité croissante : les zones urbaines sensibles (ZUS) , les zones de redynamisation urbaine (ZRU) et les zones franches urbaines (ZFU). Les trois niveaux d'intervention ZUS, ZRU et ZFU, caractérisés par des dispositifs d'ordre fiscal et social d'importance croissante, visent à répondre à des degrés différents de

[9] Disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000196404

difficultés rencontrées dans ces quartiers. De manière plus générale, le territoire français présente un clivage nord-sud d'après le rapport de l'INSEE sur la typologie de la précarité en 2011[29], avec les situations de pauvreté des moins de 65 ans les plus intenses à l'extrême nord et à l'extrême sud. Au nord de la France et en Seine-Saint-Denis, la pauvreté concerne davantage les familles avec enfants et les jeunes de moins de 20 ans. Parmi les départements à niveau de vie le plus élevé, situés principalement en Île-de-France et dans la région lyonnaise, la pauvreté est moins présente, sauf à Paris qui se singularise par une intensité de la pauvreté élevée. Géographiquement, à l'opposé, les départements du pourtour méditerranéen sont également touchés par la pauvreté et le chômage de longue durée. Et dans les départements du pourtour du Massif central, c'est surtout la pauvreté des personnes âgées qui domine, combinée à une fréquence plus forte des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Nous pouvons ainsi imaginer que le CRC/MRP s'implante d'abord au niveau des ZUS, et des départements les plus touchés par la précarité.

Par ailleurs, les médecins pensent que le Centre de Ressources doit être financé, soit par les pouvoirs publics/l'ARS, soit par l'assurance maladie ou les mutuelles.

Le ressenti est plutôt partagé à la mise en place d'une cotisation par les médecins généralistes. Plusieurs médecins, très investis dans le CRC/MRP, seraient favorables à cette cotisation sans s'en réjouir outre-mesure, mais ils semblent certains que leurs confrères ne voudront même pas l'envisager.

> " *Les médecins généralistes ont l'habitude d'obtenir ce genre de services de manière gratuite*." (Entretien 10, L 147)

Nous nous demandons quel est le frein à un soutien individuel du CRC/MRP, alors que tous les médecins ont estimé intéressant, voire indispensable son existence.

Les médecins sont prêts à effectuer des tâches socio-administratives lourdes et chronophages, pour lesquels ils n'ont pas été formés, mais l'idée de financer un organisme pour qu'il vienne les soulager et leur libérer du temps, ne semble pas recevable.

Ils semblent s'accorder sur l'idée suivante : le CRC/MRP en tant que réseau social, doit être pris en charge par l'état français.

> *"Quand tu donnes 17 000 euros à la CPAM, et que tu entends qu'il n'y a plus d'argent et tu te demandes pour qui tu les as versés, ma mère est médecin à la retraite donc heureusement je me dis que j'ai versé pour elle mais c'est un peu rageant. Donc est-ce que je verserai ?… ça dépend des sommes…. Est-ce que je verserai de l'argent pour que mes patients soient mieux pris en charge ?"* (Entretien 2, L 301-305)

Nous pouvons nous interroger sur les raisons de ce comportement et penser qu'elles sont certainement d'ordre économique ou idéologique. Les médecins ne veulent pas régler de cotisation pour financer le CRC/MRP, parce qu'ils ne gagnent pas suffisamment d'argent, pour se le permettre? Les médecins ne peuvent envisager d'accepter de financer une structure d'aide sociale, parce qu'il s'agit de la responsabilité de l'état français?

Nous pensons qu'il aurait été intéressant d'approfondir l'entretien semi-dirigé à ce sujet, afin d'en dégager des pistes de réflexions supplémentaires.

2. Discussion sur la méthode

2.1. Points faibles

2.1.1. Echantillonnage

Notre étude présente tout d'abord un biais de sélection. En effet, l'échantillonnage s'est fait initialement par le choix de 5 médecins utilisateurs du système, ayant inclus plus de 5 patients et 5 médecins ayant inclus de 1 à 5 patients. Nous n'avons pas considéré d'autre critère d'inclusion des médecins. Hors, il aurait été intéressant d'approfondir l'analyse des caractéristiques des médecins utilisateurs, afin d'affiner la sélection dans le but d'obtenir un échantillon plus représentatif de la population globale des médecins généralistes.

Finalement l'échantillon est constitué de 6 femmes et de 4 hommes. La moyenne d'âge est de 50 ans, et la moyenne d'exercice de 25 ans. Ce qui est proche des statistiques établies par la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France), à partir du registre des cotisants, qui retrouve au 1er Juillet 2010, une moyenne d'âge des médecins généralistes à 51,80 ans, avec un pourcentage de 46% de femmes[30].

8 médecins sur 10 travaillent dans un cabinet de groupe. Or, selon les enquêtes "Baromètre santé médecins généralistes"[31] de 1998, 2003 et 2009, l'Inpes et l'Irdes déclarent 54% de médecins généralistes, installés en cabinet de groupe.

De plus, nous notons que la sélection initiale des médecins interrogés s'est faite depuis une liste des utilisateurs du réseau, soumise par la coordination du CRC/MRP à l'initiation de cette étude, mais qui s'est avérée par la suite ne pas être à jour. Nous nous sommes demandés, quelles pouvaient être les raisons de cette imprécision. Nous avons relié cela à l'arrêt transitoire de fonctionnement de

la structure entre février 2009 et juin 2010, qui a pu contribuer à la perte de certaines données.

2.1.2. Modélisation du guide de questions

Nous avons réalisé l'analyse qualitative du ressenti des médecins généralistes utilisateurs du CRC/MRP à partir d'entretiens semi-dirigés individuels, selon un guide de questions établies au préalable. L'établissement de ce guide a été réalisé à partir du rapport d'activité 2012 du centre de ressources, et s'est inspiré du questionnaire de satisfaction à l'attention des usagers réalisés en 2012.

Il s'est donc s'agit de créer un questionnaire d'analyse qualitatif à partir de données et questions quantitatives. Cette démarche imparfaite n'a pas facilité la réalisation des entretiens qualitatifs. Nous nous sommes attachés à construire des questions ouvertes et faisant appel au ressenti des médecins interrogés. Mais, les questions posées se sont avérées être trop nombreuses et de fait, les réponses obtenues sont apparues redondantes lors de l'analyse.

Ainsi, les réponses des médecins à la question : " Que vous apporte le MRP dans votre pratique quotidienne? " sont très proches des réponses à la question :"Dans quel domaine le MRP modifie votre pratique? Comment définirez-vous ces modifications?" (cf. Annexe 1). Cependant, nous nous sommes efforcés autant que possible de saisir les variations minimes de thèmes dans les réponses faites par les médecins interrogés.

Les résultats de la dernière question du guide de questions : " Comment décrieriez-vous en quelques mots votre ressenti face au MRP?" n'ont pas pu être considérés, puisqu'ils étaient trop répétitifs par rapport aux thèmes des questions précédentes avec des "verbatim" approchants. Or, cette question était formulée de manière tout à fait intéressante.

2.1.3. Une expérience limitée de la recherche qualitative

Nous avons voulu réaliser une étude de forme qualitative, parce que cette méthode convenait mieux à l'analyse du ressenti des utilisateurs du CRC/MRP.

Mais, il faut admettre que nos connaissances dans ce domaine de recherche se limitent à des connaissances théoriques[32, 26, 25] et bibliographiques. Or, la qualité d'une recherche qualitative est directement liée à l'expérience personnelle de l'enquêteur dans ce domaine. L'interrogatoire a pu certaines fois ne pas répondre strictement aux critères des entretiens qualitatifs ; Néanmoins, notre analyse des données a strictement suivi les recommandations théoriques des experts de l'analyse qualitative[32].

2.2. Points forts

2.2.1. Contexte et sujet de l'étude

Notre étude est la première à décrire la perception par les médecins utilisateurs du CRC/MRP. Son intérêt est d'illustrer le lien des médecins utilisateurs avec ce réseau après avoir replacé le réseau dans son contexte idéologique et historique, dans l'objectif de permettre sa description. Ainsi, nous pouvons envisager qu'une étude prochaine s'attache à l'évaluer par rapport à une structure dérivée des réseaux de soins.

Les études réalisées au préalable sur le CRC/MRP ont été une enquête de satisfaction menée par la coordination du centre de ressources en 2010 auprès des usagers et des médecins, ainsi que des rapports annuels d'activité.

De plus, nous savons que ce concept de CRC/MRP est au coeur de la problématique actuelle de santé publique. Rappelons que Madame Marisol Touraine, actuelle ministre de la santé et des affaires sociales a pour but dans son

plan intitulé "pacte territoire santé"[33], de lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins. Ainsi, cette étude illustre une structure expérimentale qui a toute sa place dans les modifications actuelles du système de santé français et l'amélioration de l'accès aux soins.

2.2.2. Pertinence de l'analyse qualitative

Le format qualitatif de notre étude est adapté à son objectif, puisque nous avons fait appel à la perception des médecins utilisateurs pour illustrer de manière plus précise cette structure innovante. Nous nous sommes rendus compte qu'il existe une forme d'incompréhension du fonctionnement du CRC/MRP par les médecins utilisateurs eux-mêmes.

> " *C'est ma collègue qui m'en a parlé, au départ, mais je n'avais pas très bien compris*." (Entretien 1, L17-18)

> "*Mais je ne dois pas avoir compris vraiment le fonctionnement de ce réseau. Il faudrait peut-être me le réexpliquer*." (Entretien 8, L 67-68)

De cette manière, le fait d'analyser le ressenti des médecins a permis d'une part de saisir cette notion d'incompréhension, et d'autre part de contourner le manque de précision des réponses des médecins interrogés au sujet du CRC/MRP. En effet, le format qualitatif permet de réaliser l'analyse d'un thème à partir de la perception qu'en ont les sujets interrogés.

De plus, le format éphémère de cette structure rend difficile la mise en place d'une étude quantitative auprès des patients usagers, qui aurait été une autre manière d'illustrer le focntionnement du CRC/MRP. L'objectif est de soutenir à un instant précis de sa vie un patient fragilisé par une accumulation de facteurs de risque de précarité. Une fois la situation débloquée, le patient n'a aucune raison d'entretenir

une relation avec le Centre de Ressources. Et, il est donc compliqué de réaliser une étude rétrospective.

3. Ouvertures

3.1. Formation sociale du médecin généraliste

Nous pouvons nous demander de quelle formation le médecin utilisateur du CRC/MRP devrait bénéficier pour collaborer de la meilleure manière avec la coordination du réseau et les CSS. Les médecins ne suivent aucune formation dans le domaine social pendant leurs études. Toute connaissance est tirée de leur expérience propre en tant que soignant. Nous pouvons imaginer qu'un médecin formé aux bases socio-administratives pourrait prendre en charge de manière plus efficace les patients complexes. De même, le médecin formé aurait plus de facilités pour détecter la situation d'urgence sociale, demandant une prise en charge immédiate par le CRC/MRP. En Suisse, la faculté de médecine de Lausanne, dispense un module de médecine communautaire et de sciences humaines de la première à la troisième année de médecine, intitulé Médecine: Individu-Communauté-Société [10]. La formation se termine par un projet de recherche sur un thème de santé publique, sous forme d'enquête : *immersion communautaire en médecine.* Nous pourrions imaginer intégrer un module similaire dans la formation théorique et pratique de troisième cycle de médecine générale.

3.2. "Burn-out" du CSS

Nous avons vu que nous pouvons considérer le CRC/MRP comme une protection contre le syndrome de "Burn-out", qui est un problème de santé publique actuel.

[10] Disponible sur internet : http://www.chuv.ch

Seulement, l'expérience au sein du réseau l'a montrée, les travailleurs sociaux et plus particulièrement ici, les CSS sont aussi sujets à l'épuisement professionnel. Les charges de travail décuplées, la sensation de responsabilité ou de devoir envers les patients fragilisés et les situations urgentes, font de cette profession émergente, une profession à risque de développer un "Burn-out", de la même manière que les médecins. Nous devons prendre en considération l'organisation du fonctionnement futur du CRC/MRP en tenant compte de ce risque, et intégrer une formation sur ce sujet dans l'apprentissage des CSS.

3.3. Formation à la recherche qualitative

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative pour des raisons méthodologiques, or cette méthodologie s'est avérée être adaptée au format de l'étude. La recherche en médecine générale a emprunté cette méthode aux sciences sociales. Cependant, la formation à la recherche qualitative était jusqu'à présent, inexistante pendant la formation de médecine générale.

Depuis 2011, certains départements de Médecine Générale, comme Strasbourg[34] par exemple, propose des formations optionnelles en recherche qualitative. Nous pensons qu'il serait judicieux d'intégrer une formation obligatoire à l'analyse qualitative pendant l'internat de médecine générale, afin de forger notre expérience dans ce domaine particulier, qui demande une certaine forme d'adaptation, pour des médecins marqués au fer rouge de la recherche quantitative.

Nous pensons que cette évolution accompagne l'essor de la recherche en médecine générale.

Conclusion

La médecine générale est une spécialité médicale, actuellement bouleversée par des changements importants, liés à son mode de fonctionnement, à ses interactions avec les autres acteurs du système de santé et aux inégalités d'accès aux soins. Cette étude s'attache à décrire la structure expérimentale qu'est le CRC/MRP, ancrée par son concept-même, dans la problématique du système de santé actuel.

Le contexte historique de sa conceptualisation et sa mise en place en 2008, permet de comprendre cette structure comme un lien social ponctuel entre le médecin généraliste et la société, pour le patient fragilisé. Les Coursiers Sociaux et Sanitaires coordonnent leur prise en charge à partir du Centre de Ressources, afin d'assurer l'accompagnement du patient, lui-même inclus à la demande du médecin.

Les médecins généralistes interrogés expriment leur intérêt pour ce réseau innovant, qui vient apporter son soutien aux patients présentant des difficultés administratives et sociales. De leur ressenti en tant qu'utilisateur, apparaît la description du CRC/MRP comme un réseau social à la prise en charge élargie, qui vient combler un vide dans le système de santé. Les résultats apportés aux utilisateurs sont positifs, puisque le centre de ressources permet d'assurer la prise en charge globale des patients, tout en préservant un certain confort aux médecins. De plus, lors de cette étude, des modifications de la pratique quotidienne des médecins utilisateurs sont explicitées. Ces derniers expriment en effet, le sentiment d'améliorer leurs conditions de travail ainsi que la prise en charge médicale et la relation médecin/patient.

D'autre part, les CSS sont décrits comme efficaces, disponibles et mobiles. La majeure partie des médecins s'accorde à penser qu'une formation sociale est nécessaire aux coursiers. Une minorité propose une formation d'introduction à la psychologie ou une formation à la relation thérapeutique. Cependant, quelques médecins avouent une méconnaissance du statut des CSS.

La majorité des médecins interrogés semble d'accord pour généraliser le concept, alors que certains pensent que l'intérêt du CRC/MRP réside surtout dans les zones de précarité. Enfin, les médecins expriment des idées différentes et un sentiment partagé sur les modalités de financement de cette structure.

Au final, d'après les médecins utilisateurs, le CRC/MRP est un concept intéressant, ainsi qu'une structure alliant disponibilité et mobilité grâce aux CSS pour réaliser un travail social indispensable.

Cette structure innovante peut être considérée comme un tableau du système de santé actuel. Cette étude pose alors la question de la formation des médecins généralistes sur le plan social, et décrit une profession émergente dans le cadre d'un concept à généraliser sur le plan national, aux zones de forte précarité.

D'autres points méritent d'être approfondis, tels que l'impact d'une telle structure sur le "Burn-out" des médecins généralistes ou au contraire, comment étendre ce concept sans favoriser le "Burn-out "des CSS.

Bibliographie

1- Mme Aline ARCHIMBAUD, Sénatrice de Seine-Saint-Denis. *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité.*

Rapport au Premier ministre. Septembre 2013.

Disponible sur internet :

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf (Page consultée le 10 octobre 2013)

2- Le Quotidien du médecin. *Des coursiers très spéciaux, une fée sociale au chevet des patients… et des médecins.* 31/01/2012.

Disponible sur internet :

http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/questions-de-societe/une-fee-sociale-au-chevet-patients-et-des-medecins (Page consultée le 10 octobre 2013)

3- Article 84 : *Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*

Disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&fastPos=6&fastReqId=684977691&oldAction=rechTexte (Page consultée le 18 janvier 2013)

4- OMS, comité régional de l'Europe, cinquante-huitième session, Tbilissi (Géorgie), *EUR/RC58/9*, 15-18 septembre 2008.

Disponible sur internet :

http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-eighth-session/documentation/eurrc589

(Page consultée le 18 janvier 2013)

5- Joseph Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Paris, Journal officiel, 1987, p 6. présenté au Conseil économique et social français les 10 et 11 février 1987.

DIsponible sur internet : http://www.joseph-wresinski.org/Grande-pauvrete-et-precarite.html (Page consultée le 18 janvier 2013)

6- *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°. 2, p. 100, Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948. Disponible sur internet :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88278/1/Official_record2_fre.pdf?ua=1

(Page consultée le 20 janvier 2013)

7- Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), fédération représentant l'HAD qui regroupe des établissements publics et privés (lucratifs et associatifs). Disponible sur internet :

http ://www.fnehad.fr/ (Page consultée le 6 mai 2013)

8- Jean-Pol Durand, Revue *Réseaux, santé & territoire*, no 31, 2010, Éditions de Santé. Disponible sur internet :

http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-pourquoi-comment-/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-histoire/79-maisons-de-sante-une-histoire-pas-si-neuve- (Page consultée le 30 septembre 2013)

9- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. P. Douste-Blazy. Circulaire DGS/SP n° 72 : *relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue.* 19/11/93.

10- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite "*Hôpital, patients, santé et territoire"* (HPST).

11- J. M. Vinas ; P. Larcher ; M. Duriez. *Réseaux de santé et filières de soins ; Le patient au centre des préoccupations.* Actualité et dossier en santé publique. N° 24 – septembre 1998. pp. 12-52.

12- P.Larcher. *La santé en réseau, Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital.* Ed Elsevier Masson. 18/05/01.

13- Loi n° 98-1194 : *Financement de la Sécurité Sociale pour 1999*, article 25. 23 décembre 1998.

14- Art. 6321-1 du code de la Santé Publique.

15- Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 : *relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.* 21 mars 1995.

16- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé/ DGOS PF3 & USID. *Les maisons de santé*. 4 décembre 2012. Disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html (Page consultée le 18 octobre 2013)

17-Agence régionale de la santé. *Le protocole de coopération "ASALEE".*
Page web : http://www.ars.sante.fr/Le-protocole-de-cooperation-A.154441.0.html
(Page consultée le 19 janvier 2014)

18- Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. *Limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires.*
Family medicine group implemented in Québec: potential and limits to improve healthcare performance. Prat Organ Soins. 2011;42(2):101-109

19-Erin Strumpf, Mehdi Ammi, Mamadou Diop. *Effet des groupes de médecine de famille (GMF) sur l'utilisation des services de santé et les coûts qui y sont associés.* Conférence GRÉAS 1.24 octobre 2013.

20- Sibel Bilal, Assistante sociale de formation. Militante pour les droits sociaux et l'accès aux soins en France des personnes défavorisées.
Co-fondatrice "*A Ta Santé Services*" 2014-2008.
Auteur du *Guide social des medecins*. Spci/positive action (glaxo welcome).1997.
atasanteservices@free.fr

21- Sibel Bilal. *Création d'un centre de ressources : Service de santé polyvalent. Action innovante.* 7 Juin 2007.

22- Sibel Bilal. *Rapport final: Centre de ressources pour les mini-réseaux de proximité*. 2 novembre 2009.

23- Sibel Bilal. *Bilan activité CRC/MRP 2012*. Novembre 2012.

24- P.Grunberg. *Centre de ressources pour mini-réseaux de proximité*. Congrès de la Médecine Générale. 4 avril 2014. Paris. Disponible sur internet : http://www.congresmg.fr/presentations-2014/vendredi/01-grumberg/index.html (Page consultée le 19 juin 2014)

25- Leech NL, Onwuegbuzie AJ. *Qualitative Data Analysis: A Compendium of Techniques and a Framework for Selection for School Psychology Research and Beyond*. School Psychology Quarterly. 2008.Vol.23 , No4, 587-604

26- Morse J M. *The significance of saturation*. Qual Health Res. 1995;(5):147–9.

27- Sibel Bilal. *Dossier présentation FAQSVIDF : Création d'un centre de ressources : Service de santé polyvalent. Action innovante.* 7 juin 2007. P. 26. (Intervention du CSS).

28- H. Dagrada, P. Verbanck et C. Kornreich. Service de Psychiatrie et Laboratoire de Psychologie Médicale, C.H.U. Brugmann
Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. Rev Med Brux 2011 ; 32 : 407-12. Disponible sur internet :

http://www.amub.be/rmb/download_pdf.php?article=752&filename=RMB32N4.BurnOutMedGen.pdf (Page consultée le 15 mai 2014)

29-INSEE. Pierre Chaillot et Danièle Lavenseau, Service Études et Diffusion Paule Laidebeur, Conseil Général du Nord. *Connaître pour agir : des indicateurs au service des politiques sociales*. Juin 2011. Pages de Profils n°92. Disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=17512&page=pages_de_profils/P11_92/P11_92.htm#carte1 (Page consultée le 10 octobre 2013)

30-CARMF. Statistiques de cotisants. 1er juillet 2010. http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm (Page consultée le 18 novembre 2013)

31- François Baudiera, Yann Bourgueilb, Isabelle Evrardc, Arnaud Gautierd, Philippe Le Furb, Julien Mousquès. *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.* Questions d'économie de la santé. N° 157. Septembre 2010. http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf

32- Nicole Sibelet, Mutel M, Arragon P, Luye M, Pollet S, 2011. *L'entretien semi-directif en sciences humaines*. Formation à distance disponible en ligne sur : https://enquetes-cirad.iamm.fr/

33- Discours de Marisol Touraine. *Lancement du "Pacte Territoire-Santé"*. Ministère des affaires sociales et de la santé. Jeudi 13 décembre 2012. Disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/lancement-du-pacte-territoire,15465.html (Page consultée le 10 mai 2014)

34-Faculté de médecine de Strasbourg, département de médecine générale http://med.unistra.fr/eng/Formation/3eme-cycle/D.E.S/DES-de-Medecine-Generale/Calendrier-des-formations-optionnelles

Annexes

1. Annexe 1 : Guide de questions

Introduction :

Madame, Monsieur, Docteur, vous avez accepté de vous entretenir avec moi au sujet de ma thèse qui porte sur la description d'un réseau de soin original et expérimental : le Mini-réseau de proximité, dont vous êtes utilisateur en tant que médecin généraliste.

Tout d'abord, merci de m'accueillir et de libérer un peu de votre temps.

Nous allons procéder à un entretien de forme qualitative, semi-dirigé. Vous pouvez à tout moment intervenir pour ajouter une idée, une précision, une remarque ou reformuler une partie de vos réponses.

Avec votre accord, je vais procéder à l'enregistrement de notre discussion, afin de me permettre de retranscrire le texte complet et précis de notre entretien.

Profil :

-Age, sexe, formation, année d'installation

Question 1 : Lien avec le CRC/MRP

-De quelle manière avez-vous entendu parler du MRP la 1ière fois?

-Vous souvenez-vous de votre premier patient inclus? Contexte inclusion? Profil du patient? Pathologie(s)?

-Pouvez-vous de manière générale, décrire les raisons, qui ont motivées l'inclusion de patients dans le MRP?

-Pourquoi le MRP pour ce(s) patient(s) précédemment cité(s), et non pas un autre réseau de soin coordonné?

Question 2 : Perception du CRC/MRP

-Comment définissez-vous le MRP par rapport aux réseaux de soins habituels?

-Quelle est votre représentation personnelle du MRP?

-Quels caractéristiques originales du MRP? (d'après vous)

-Avez-vous déjà expérimenté auparavant ce type de réseau?

Question 3 : Travail personnel avec MRP

-Qu'est ce que le MRP vous a apporté pour les patients que vous avez inclus?

-Quels résultats?

-Que vous apporte le MRP dans votre pratique quotidienne?

-Dans quel domaine le MRP modifie votre pratique?

Question 4 : Définition CSS

-Quelle définition?

-Quelle formation?

-Comment mettre ce métier en valeur?

Question 5 : Améliorations du MRP

-Aimeriez-vous apporter des modifications au fonctionnement du MRP? De quelle manière?

-D'après vous, doit-on étendre le fonctionnement du MRP à d'autres zones, voire étendre son installation à un plan départemental? national?

-Que pensez-vous de financer le MRP par une cotisation annuelle/mensuelle des médecins généralistes utilisateurs?

Conclusion :

- Comment décririeriez-vous en qq mots votre ressenti face au MRP?

NB : reformuler les réponses à chaque fin de paragraphe!

Madame, Monsieur, Docteur,

Merci infiniment de m'avoir accordé le temps de cet entretien, merci pour votre participation et vos réponses.

2. Annexe 2 : Enquête de satisfaction auprès des patients inclus

□ **Homme** □ **Femme** *N° de dossier*(Ne pas remplir):/__/__/__/__/

Q1 : Comment avez-vous connu le dispositif du Centre de Ressources (CR) ?

o Par votre médecin o Par un organisme

Lequel :……. o Par votre entourage

Qui :…….. o Autre : précisez :

Q2 : Depuis quand connaissez-vous le Centre de Ressources ?

o Moins d'un mois o Moins de 6 mois o Plus de 6 mois o Date précise :

Q3 : Combien de fois avez-vous fait appel au CR ?

o 1 fois o 2 fois o 3 fois o Plus de 3 fois

Q4 : Pour quels types de raisons ou problèmes avez-vous fait appel au CR ?

o Problème d'ordre social :

o Demande de logement :

o Besoin d'accompagnement dans vos démarches

o Pour obtenir des renseignements (préciser la nature des renseignements) :

o Autres :

Q5 : Quels types de démarches le CR a-t-elle effectués pour vous ?

o Orientations o Accompagnements o Montage de dossier o Autres :

Q6 : Le CR a-t-il répondu à vos attentes ?

o Oui o Non

Pourquoi :……. o Ne sait pas

Q7 : Le CR a-t-il contribué à une amélioration de votre situation ?

o Oui o Non o Ne sait pas

Q7 bis : Nature de l'amélioration *(si vous avez répondu oui à la question n°7)*

o Amélioration financière o Amélioration de votre situation sociale et administrative o Autres :

Q8 : Pensez-vous que sans le CR votre situation n'aurait pas été débloquée ?

o Oui o Non o Ne sait pas

Q9 : Avez-vous trouvé les services du CR ?

o Très efficace o Plutôt Efficace o Neutre o Plutôt non efficace o Pas du tout efficace

Q10 : Avez-vous bénéficié d'accompagnements ?

o Oui o Non o Ne sait pas

Si vous avez répondu « oui » à la question 10, répondez aux questions 11, 12, 13, 14 ; sinon passez directement à la question 15.

Q11 : Combien d'accompagnements avez-vous sollicité ?

o 1 acc. o 2 acc. o 3 acc. o Plus de 3 acc.

Q12 : Les accompagnements se sont-ils bien déroulés ?

o Très bien o Plutôt bien o Neutre o Plutôt mal o Très mal

Q13 : Comment avez-vous trouvé les Coursiers Sanitaires et Sociaux (CSS)?*(barrez les adjectifs qui ne vous conviennent pas).*

Aimables, agréables, tolérants, patients, attentionnés, désagréables, désintéressés, vulgaires, pressés, intolérants, polis, compréhensibles, incompétents, irresponsables.

Q14 : Avez-vous eu des problèmes avec ces CSS ?

o Oui, lesquels : o Non o Ne sait pas

Q15 : Avez-vous des critiques à soulever au sujet des services du CR ?

o Oui, lesquels : o Non o Ne sait pas

Q16 : Feriez-vous encore appel au CR ?

o Oui o Non

Q17 : Avez-vous recommandé le CR à votre entourage ?

o Oui, à qui : o Non

Q18 : Seriez-vous prêts à payer les prestations rendues par le CR ?

o Oui o Non, pourquoi : o Ne sait pas

Si oui, préciser le montant que vous seriez prêt à payer pour les prestations suivantes :

o Orientations :

o Accompagnements :

o Montage de dossier :

Si non, qui devrait, à votre avis, payer ces prestations :

o Le médecin

o Votre mutuelle ou votre assurance

o Un organisme social, lequel :

o Autre :

3. Annexe 2bis : Enquête de satisfaction auprès des professionnels

□ **Homme** □ **Femme** *N° de dossier*(Ne pas remplir):/__/__/__/__/

Tampon ou Nom : _____ **prénom** : _____ **N° de téléphone** :_____

Q1 : Comment avez-vous connu le dispositif Centre de Ressources (CR) ?

o Par un confrère o Par un réseau lequel : o Autres : précisez

Q2 : Depuis quand connaissez-vous le CR ?

o Moins d'un mois o Moins de 6 mois o Plus de 6 mois o Date précise :

Q3 : Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez fait appel aux prestations du CR ?

Q4 : Avez-vous recommandé les services du CR auprès de vos confrères ?

o Oui o Non o Ne sais pas

Q5: Les prestations offertes par le CR ont-elles répondu à vos attentes ?

o Oui o Non o Ne sais pas

Q6 : Les avez-vous trouvés ?

□ Très efficace □ Plutôt Efficace □ neutre □ plutôt non efficace □ Pas du tout efficace

Q7 : Pensez-vous qu'elles ont ou auront un impact positif sur l'efficacité de vos traitements (continuité des soins) ?

o Oui o Non o Ne sait pas

Q8: Selon vous, votre clientèle a-t-elle trouvé les services du CR ?

□ Très satisfaisants □Plutôt satisfaisants □ neutre □ plutôt non satisfaisants □Pas du tout satisfaisants

Q9 : Quelles sont leurs limites ?

Q10: L'intervention du CR vous a-t-elle permis ou permettra-t-elle une fidélisation de certains de vos patients ?

o Oui o Non o Ne sais pas

Q11: L'intervention du CR vous a-t-elle permis de récupérer des consultations (dettes)?

o Oui o Non o Ne sais pas

Q12 L'intervention du CR vous a-t-elle fait ou vous fera-t-elle gagner du temps?

o Oui o Non o Ne sais pas

Q13: *Le* CR contribue-t-il selon vous à une amélioration de la démarche de prévention sociale?

o Oui o Non o Ne sais pas

Q14: Quelles sont vos suggestions afin d'améliorer la qualité des services proposés par le CR ?

4. Annexe 4 : Entretiens :

4.1. Entretien semi-dirigé n°1

« *Marine Monet (MM)* – Nous allons réaliser un entretien semi-dirigé dans le cadre de cette thèse qui est une thèse descriptive du mini réseau de proximité, et dans l'objectif que ce réseau puisse être évalué, à partir de cette description. Une des branches est l'entretien avec les médecins généralistes utilisateurs de ce réseau.

Pour commencer, quelques données épidémiologiques, quelle est votre année de naissance?

Docteur (DR) – 1981.

MM – Quelle est votre date d'installation?

DR – 2011, dans le cabinet actuel, dont je suis collaboratrice.

MM – Au niveau de votre formation, vous êtes médecin généraliste, est-ce que vous avez d'autres spécialités ? Sous spécialités ? DU ?

DR - J'ai un DU de gynécologie.

MM – Pour en revenir, au centre de ressources (CR) pour Mini-réseau de proximité (MRP), est-ce que vous vous souvenez dans quel contexte, vous en avez entendu parler la première fois?

DR – C'est ma collègue qui m'en a parlé, au départ, mais je n'avais pas très bien compris. Quand j'ai eu un problème, elle m'a donné les documents.

MM – Donc, c'est un des médecins du cabinet qui vous en a parlé. Mais vous parlez d'un document?

DR - C'était la plaquette.

MM - Est-ce que vous vous souvenez du premier patient inclus? Et du contexte général d'inclusion?

DR – C'était une patiente de 53 ans, avec des problèmes de santé graves. Elle est devenue tétraplégique avec un maintien à domicile très compliqué (perte de salaire, problèmes financiers, beaucoup de problèmes de gestion, personne pour s'en occuper).

MM - Vous souvenez-vous du nombre de patients que vous avez inclus depuis 2011 ?

DR – J'ai inclus six patients.

MM - Et la première patiente, dont vous venez de me parler, c'était quand ?

DR - Début 2011.

MM – Pour les autres cas, est-ce qu'il y a des raisons qui vous ont poussées à inclure des patients dans ce réseau ?

DR – Un patient étrange, qui malgré dix dossiers de demande, n'arrivait pas à avoir l'AME. Donc, dès qu'il avait des problèmes de santé, il devait de l'argent.

- Une patiente âgée, seule à domicile, sans téléphone, qui avait des problèmes financiers.

- Un patient, sans papier, qui a été aidé dans toutes ses démarches surtout administratives.

- Hier, j'ai appelé pour une autre patiente qui n'est plus payée par son employeur depuis quatre ans, interdit bancaire, problèmes de garde d'enfants.

MM – Chez tous ces patients, on retrouve un problème financier et administratif ?

DR – C'est exact, dès que je vois que mes patients ont un problème autre que médical (souvent c'est organisationnel, administratif et/ou financier), j'appelle le réseau.

MM – Pourquoi le CR pour MRP et pas un autre réseau ?

DR –Alors les réseaux dans le secteur, c'est surtout pour les personnes âgées et les soins palliatifs, et ce n'est pas le cas des patients que j'ai inclus. Ils ne sont ni âgés, ni en soins palliatifs. Et souvent, même, s'ils étaient âgés, le problème n'était pas médical mais plutôt social. Et l'assistante sociale est très difficile à contacter et là il y a une coordination grâce au réseau qui a permis de mettre en relation avec l'assistante sociale et qui n'existe pas dans d'autre réseau.

MM – D'accord, donc il s'agit d'un réseau qui comble des besoins que les autres réseaux ne couvrent pas du tout?

DR – Enfin c'est complémentaire, en l'occurrence le CR essaie à chaque fois d'évaluer la cause initiale du problème et de mettre le patient plus facilement en contact avec les autres réseaux et les autres acteurs concernés. C'est vraiment une prise en charge élargie avec une évaluation à domicile, une réévaluation, un échange avec le médecin traitant.

MM – Une vraie coordination, d'après vous ?

DR - Oui coordination, évaluation et disponibilité

M - Qu'est ce que vous entendez par disponibilité, disponibilité dans le temps ?

DR- Dans le temps et dans l'espace, il vient rapidement et à domicile. Par exemple pour la patiente tétraplégique, à un moment il fallait un papier pour son travail, le réseau avait été chercher la feuille au centre de rééducation puis jusqu'au cabinet pour que je puisse la signer et la rapporter à la mairie.

MM- Une disponibilité dans le temps qui couvre toutes les pathologies et en plus, une disponibilité dans l'espace que l'on ne retrouve pas avec une assistante sociale?

DR- Il existe des réseaux évidemment qui viennent à domicile mais avec le MRP c'est beaucoup plus large. Ils ont été à la préfecture, à 5h du mat...

Il n'y a pas de limites, tout ce dont le patient a besoin sera fait dans la mesure du possible. Pas de liste limitée, ils évaluent les besoins et s'en occupent entièrement.

MM - Vous avez déjà entendu parler d'un autre type de réseau avec le même fonctionnement ?

DR - Je sais qu'il en existe dans d'autres régions, j'en ai entendu parler en province avec des principes similaires.

MM - Et avant, pendant vos études, vous en aviez déjà vu ou entendu parler ?

DR - Non, je n'ai pas entendu parler d'une chose comme ça.

MM- Vous avez inclus des patients, vous pouvez me dire quels ont été les résultats et si les problèmes ont pu être résolus entièrement ou partiellement ?

DR - La plupart du temps, tous les problèmes ont pu être gérés, ça a changé complètement les choses pour ma première patiente et pas mal de choses pour les autres.

Quand c'était un problème ponctuel comme la mise en place d'une AME, c'est réglé très rapidement.

Par exemple, un patient dont le problème n'est pas résolu (demande d'asile), mais il a été mis en relation avec différentes structures et puis même si les choses ne peuvent plus évoluer, je suis sûre que cette prise en charge apporte au moins un soutien moral à cette patiente ce qui lui permet de continuer à avancer. Il y a toujours des choses en plus au-delà des choses pratiques, il y a aussi un accompagnement de la personne qui est énorme même si le problème n'est pas résolu. C'est très important cet accompagnement, de vérifier que tout a bien été fait. Et cela me permet de savoir où ils en sont.

Par exemple, j'avais une patiente sous tutelle que se plaignait de ne pas recevoir assez d'argent de la part de sa curatelle. Ils se sont renseignés, ont vu qu'elle faisait de son mieux, que tout était bien, et il me mette au courant, je peux donc dire à la patiente que tout va bien.

MM- Donc au final, les problèmes ne sont pas forcément résolus mais gérés. Et c'est en apportant un soutien aux patients qu'ils se sentent considérés.

DR- Oui. Certains hallucinent sur cette façon de faire, que quelqu'un veille sur eux, soit gentil, bienveillant grâce à cet accompagnement que l'on retrouve moins chez l'assistante sociale, ce soutien continu.

MM- Avez-vous eu des retours ?

DR - Les patients sont très heureux et moi je sais qu'ils sont entre de bonnes mains, et au niveau pratique c'est très confortable. Après cinq minutes d'explications de la situation, je sens que je peux m'appuyer sur ce réseau pour m'aider à résoudre les problèmes de mes patients.

MM- Donc, il s'agit aussi d'un soutien pour vous ?

DR- C'est sûr, pour moi c'est juste magique, il y a plein de situations que je ne savais pas gérer. Mais je me sens rassurée et dès que je pense qu'il est nécessaire de les appeler, je les contacte.

MM- Est ce que vous avez l'impression que le fait que les patients soient considérés, et que vous soyez soutenue, peut modifier la relation médecin-malade ?

DR- Cela ne change pas vraiment ma relation avec le patient mais surtout le travail médical. On travaille dans de meilleures conditions, les patients se sentent plus en confiance envers moi, ils sentent une prise en charge globale et ils se rendent compte que leurs médecins sont capables de trouver les bons interlocuteurs. Une fois que, médicalement je ne peux plus rien faire, cela permet aussi d'améliorer le reste.

MM- Dans votre travail, on peut dire que cela aide votre travail médical?

DR- Oui.

MM- Et également, cela apporte un certain confort vis à vis des patients que vous ne pouvez pas aider?

DR- oui, au départ ils viennent nous voir pour un problème purement médical, puis en les faisant parler, ils racontent tous leurs problèmes autour. Ceux-ci sont difficiles à résoudre et au départ comme on ne sait pas les gérer, on préfère ne parler que du problème matériel mais grâce au réseau, tout est pris en compte.

MM - C'est intéressant, donc en connaissant le réseau, vous seriez moins angoissée pour leur parler de leurs problèmes privés?

DR- Oui, j'ai moins peur de rentrer dans les détails et les soucis des gens. Si on a rien à leur proposer, on ne peut que être triste pour eux, on se sent mal à l'aise et sans réponse. Alors que grâce au réseau, quoi qu'ils me disent, je serai en mesure de leur donner une réponse constructive.

MM- C'est un confort dans votre travail. Alors, je voulais savoir à propos des personnes qui travaille dans le réseau, est ce que vous vous êtes posée la question sur leur formation ?

DR- Pour moi, il faut une formation spécialisée du fait de la partie administrative et médicale. Il s'agit d'un contexte particulier, d'une nouvelle profession qui est inconnue et qui nécessite une formation élargie avec une bonne volonté, et des qualités dans le domaine du social, de l'administratif, du médical, de l'humain. Cela nécessite aussi une certaine pratique sur le terrain pour coordonner et faire fonctionner le réseau. C'est une formation qu'il faudrait encore plus développer.

MM- Après avoir utilisé le service, voudriez-vous lui apporter des modifications?

DR - Non, c'est parfait pour le moment, je n'ai pas utilisé tout ce qui existait dans le réseau. Je sais par expérience, qu'il est possible d'apporter une aide financière à un patient qui doit consulter un psychologue et qu'il existe aussi les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP).

MM- Comment avez-vous entendu parler de ces RCP?

DR- Je l'avais vu sur la plaquette et j'en ai discuté avec Sibel qui m'a également défini tous les autres concepts et prises en charges possibles.

MM- Ces RCP vous paraissent-ils intéressants ?

DR- Oui, je n'ai pas encore participé, mais c'est très intéressant.

MM- Qu'y a-t-il d'original dans ce concept de RCP par rapport aux autres réseaux ?

DR- Le concept ici me parait original, le patient est au centre de la prise en charge, de la discussion, et c'est le CR pour MRP qui organise de manière flexible cette réunion. La particularité aussi est cette action de proximité qui implique l'action autour du patient.

MM- Pensez-vous qu'il faille étendre cette structure aux autres régions ?

DR- Evidemment, il faut généraliser le concept, le mettre en place partout. Si tous les médecins sont au courant, ça ne peut que marcher. Les problèmes actuels sont le manque d'information à ce sujet et également le manque de moyens attribués. Cela pourrait changer la vie à de nombreux patients, familles, et professionnels de santé. C'est révolutionnaire.

MM- À propos des subventions, il faudrait qu'il y en ait plus mais cela n'arrive que si le réseau fait ses preuves, donc c'est un cercle vicieux. Comme solution alternative, seriez-vous prête à cotiser au mois, à l'année pour pouvoir mettre en place ce réseau?

DR- Oui, je pense l'envisager. Les subventions sont nécessaires mais en y réfléchissant je pense que cela permettrait de faire des économies à tout le monde. Et puis nous ne sommes pas formés, pas compétents, pour tous les problèmes donc nous prenons du temps avec une mauvaise productivité. On peut prendre les problèmes en amont, beaucoup plus précocement et éviter des épisodes de crises, et ainsi faire des économies.

MM- Vous le feriez parce que cela vous permettrez d'avoir un meilleur confort, comme vous le disiez tout à l'heure, ou parce que ça vous ferait gagner du temps et de l'argent ?

DR- Les deux, mais je pense qu'il est important que les financements viennent également des pouvoirs publics.

MM – En quelques mots, quel est votre ressenti par rapport au MRP, en résumant?

DR – C'est un concept révolutionnaire, très simple, évident et on se demande pourquoi cela n'est pas déjà généralisé. Il faut le promouvoir, l'étendre ; et à titre personnel, en le découvrant au moment de mon installation, cela m'a permis que tout se passe bien : médecin heureux. Une aide dans mon installation, je ne me suis pas sentie accablée par tous ces problèmes annexes très importants et très fréquents dans le 93. Et au contraire, c'est un plaisir, cela permet d'améliorer mon travail.

MM – En résumé, c'est un confort au travail que les patients soient pris en charge de manière globale par des personnes compétentes, qu'ils soient satisfaits, et que vous puissiez vous occuper de votre travail de médecin. Vous seriez prête à le soutenir par le développement et à cotiser mais en espérant un financement public.

D'autres choses à rajouter?

DR – Le travail, maintenant, c'est de le développer, le promouvoir pour que tout le monde ait la chance d'en profiter.

180 *M* – Vous en avez parlé à d'autres ?

181 *DR* – Des amis.

182 *MM*- Merci pour votre temps et vos réponses. »

4.2. Entretien semi-dirigé n°2

« *Marine Monet (MM)* — L'objectif de mon entretien dans le cadre de ma thèse est de décrire le mini-réseau de proximité ou centre de ressources, et d'effectuer une étude qualitative qui va se baser sur l'entretien avec les médecins utilisateurs de ce service. Voilà pour commencer, pouvez-vous me donner votre année de naissance ?

Docteur (DR) —1978

MM — Et votre année d'installation ?

DR —2008

MM —C'était dans le cabinet qui a déménagé récemment ?

DR — Oui

MM — C'est un cabinet en association ?

DR —Au départ, j'étais en association avec un médecin généraliste et actuellement je suis associée avec 4 médecins généralistes et 2 infirmiers, au sein d'une association.

MM — D'accord très bien… en plus de votre diplôme de généraliste, est ce que vous avez fait d'autres formations, des DU, des choses qui pour vous, ont modifié la pratique médicale ?

DR — l'IVG médicamenteuse

MM —c'est un DU ?

DR — Non, c'est un diplôme reçu suite en une à deux journée de formation et avec une convention avec un hôpital pour pouvoir faire des IVG médicamenteuses, c'est une partie de ma pratique et donc il faut cette convention pour pouvoir le faire. Sinon, je n'ai pas fait de DU, je fais beaucoup de weekend de formations complémentaires mais ce ne sont pas des DU.

MM — D'accord, est ce que le fait d'avoir cette convention, a modifié le nombre de jeunes femmes dans votre cabinet, est ce que vous faites plus de gynécologie ?

DR — Non, le fait de faire des IVG m'a permis de dire et d'accentuer le fait qu'il fallait faire attention à la contraception des femmes, je me suis rendue compte que dans ma patientèle, il n'y avait pratiquement pas d'IVG, mais au contraire dans la patientèle extérieure, les IVG étaient beaucoup plus présentes, et en creusant un peu, je me suis aperçue que leur médecin généraliste n'avait jamais abordé la notion de contraception, ni de frottis, mais en effet, cela a modifié ma prise en charge des femmes, car je me suis aperçue que c'était très important d'avoir des propositions très larges, pour prendre en charge tout type de patient.

MM —Est-ce que cela vous a sensibilisé à ce problème de la contraception ?

DR — Ca a confirmé mes désirs de faire de la contraception.

MM — Pour en revenir à ma thèse, pour le MRP ou centre de ressources, est ce que vous vous souvenez du moment où vous en avez entendu parler la première fois?

DR — Alors c'est Mady un jour qui m'a dit : « j'ai découvert un truc incroyable, on va les rencontrer ce midi pour manger », donc une fois qu'ils nous ont tout expliqués, ils me disent qu'ils sont dans le 93, et je leur demande s'ils sont également sur Paris, ils nous répondent que oui et du coup on n'avait pas mal de boulot à leur proposer et ils étaient super ravis. Le déjeuner c'était avec Ozgur et Sarah, et depuis ce jour là on n'arrête pas de les utiliser, 4 ou 5 fois par semaine.

Je pense à une jeune fille qui a perdu sa mère de manière brutale, tout le monde est choqué, le problème est que la maison est au nom de la mère, tous les papiers, ils n'avaient pas l'argent pour payer l'incinération, tout était problématique, c'est la mère qui faisait le suivi pour ces deux autres filles qui avaient une maladie chronique et personne ne connaissait les différents rendez-vous programmés, j'ai essayé de les aider à ce niveau mais pour le reste, Sarah est intervenue et elle nous a tout géré.

Pour le moment, je travaille plutôt avec Sarah et mon collègue avec Ozgur, mais tous les jours on parle d'appeler le mini réseau.

MM — Donc vous pouvez me dire environ le nombre de patients que vous avez inclus ?

DR — Entre 5 et 10 depuis mars 2013, c'est seulement depuis cette année que j'utilise le réseau, ça fait 7 mois environ.

MM — Et dans quel contexte vous faites appel à eux de manière générale ?

DR — Alors de manière générale, ce n'est pas sur une prise en charge chronique, c'est sur une prise en charge très ponctuelle, aiguë, où j'ai un point de rupture, un problème très précis à régler, et elles vont me gérer ça.

La dernière fois, j'ai appelé les médiateurs sociaux, parce que j'avais une patiente qui avait une maladie très grave, qu'on ne comprend pas, que l'on n'arrive pas à hospitaliser car tant que sa fille ne va pas dans un pensionnat où l'on fait de l'équitation, je ne rentre pas en hospitalisation, et donc là, j'ai appelé Sarah et Oscur qui sont sur le coup, et il y a une chance de la faire rentrer en janvier ce qui est énorme. A chaque fois, je leur présente toujours de cette manière, je leur dis que ce n'est pas un suivi au long cours, c'est de régler le problème sur lequel je pointe et c'est moi qui les appelle c'est à ma demande et après ils vont faire du suivi sur ce problème là, mais ils ne vont pas résoudre tous les problèmes sociaux. »

MM — et comment vous définiriez le mini-réseau, vous parlez de choses sociales, administratives …

DR — Nous, on ne fait que du social, administratif, où je ne connais pas le reste de leur compétence, car s'ils sont aussi efficaces, je suis ravie. Nous, on avait un travail énorme, que l'on faisait de manière totalement bénévole qui a pu être complètement pallié par les médiateurs sociaux, mais après je ne connais pas le reste du réseau.

MM — vous avez parlé d'un travail bénévole, c'est à dire que tu faisais tout ce travail en plus du travail du médecin ?

DR — C'est moi qui le faisais, quand il y avait un CMU de bloqué et qu'on n'y arrivait pas, on appelait la sécurité sociale, on faisait des lettres, on demandait pourquoi, c'était monstrueux. Au point qu'un jour, Sarah m'a eu au téléphone et m'a dit « vous m'avez appelé à propos de telle situation mais vous avez déjà tout fait » mais je voulais qu'elle prenne la suite en charge. Mais parfois on ne peut plus, ça nous aide également, les patients, et les médecins.

MM — Donc c'est le prolongement d'un travail social que vous faisiez avant, et qui vous libère du temps pour faire quelque chose de plus médical.

DR — Tout simplement, on peut le dire comme ça, j'ai pas mal de consultations où on était perdu dans les problèmes sociaux et en fait on oubliait qu'ils avaient un diabète ou une hypertension et de temps en temps ça ressortait, mais tout le temps, il y avait un problème d'argent qui était toujours plus aigüe que le côté médical, le problème est quand on gère un an de problèmes sociaux et qu'on oublie de traiter l'HTA, on est plutôt dans la faute médicale. Donc dans l'absolu, c'est important de savoir qu'il existe quelqu'un pour nous aider à régler le problème administratif et nous, nous permettre de répondre au mieux au côté médical.

MM — D'accord, donc c'est en ce sens là qu'on peut dire que le mini réseau modifie ta pratique ?

DR —Oui

M — D'accord …

DR — Oui et accessoirement cela nous rend beaucoup plus efficace car en plus de nous dégager du temps, cela nous permet de faire l'ensemble des examens que l'on voulait faire notamment d'hospitaliser la dame, ou d'obtenir un CMU et donc cela me permet de faire les examens, où ils règlent certains problèmes et je peux me poser la question de savoir pourquoi cette mère est morte à 41 ans, et de se demander si la grand-mère est morte à 40 ans et de savoir si la fille va mourir au même âge ?

Cela me permet de me dégager du temps sur autre chose. C'était tellement difficile que je ne pouvais pas m'occuper de ça.

Ça améliore le niveau médical aussi parce que demander un examen complémentaire quand ils n'ont pas d'argent c'est impossible, donc ça aide à améliorer la santé du patient et moi ça me dégage du temps aussi.

MM — D'accord donc c'est un confort pour la médecine en même temps.

DR — C'est une amélioration pour le patient au niveau de sa santé.

MM — D'accord ok, est ce que avant ça, vous avez utilisé d'autres choses, d'autres réseaux qui permettaient de faire le travail ?

DR — Pour aller jusqu'aux extrêmes, les assistantes sociales du secteur celles de la CRAMIF, ou celles des caisses particulières, mais elles sont peu nombreuses, elles sont épuisées et le territoire est très vaste. Pour le moment, on a l'impression d'avoir la perle noire, qui n'est pas encore surchargée mais que ça ne devrait plus tarder, mais dans l'absolu, je pense que s'ils continuent à être aussi efficaces et tout, il faudra embaucher, car on a tellement de nécessité qu'on serait capable de devoir avoir un plein temps juste pour nous.

MM — Est ce que c'est le fait qu'elles soient moins surchargées qui en font des travailleuses plus intéressantes ou est ce qu'elles ont des particularités ?

DR — Elles sont moins surchargées, elles sont joignables en permanence et elles ne refusent aucune prise en charge, contrairement à une assistante sociale à propos d'un problème de sécu, elle va me dire ce n'est pas moi c'est la sécu, et également il n'y a pas de sélection de secteur ça nous permet de débloquer plus rapidement une situation.

MM — D'accord, leur disponibilité et la globalité de leur prise en charge sociale.

DR — Plutôt leur pluralité, mais pas leur globalité, car je soutiens le fait qu'il n'y pas de prise en charge globale

MM — Oui c'était plutôt dans le sens globalité dans le sens social c'est vrai que c'est plutôt pour vous une pluralité sociale.

DR — C'est-à-dire que je pose une question, elles répondent en élargissant la question mais elles ne vont pas répondre à une autre question. Et ça je le dis toujours au patient, je les engage sur un problème très ponctuel vous n'arrivez pas à payer votre prothèse dentaire, comment peut-on dégager des aides, mais ils ne vont pas regarder le reste.

MM —D'accord, parce qu'une des particularités des conseils sociaux c'est de pouvoir être engagée pour faire un bilan, la fonction de bilan elle existe dans les fonctions du MRP.

DR — Cela ne m'étonne pas, et j'ai l'impression qu'elles le font car à chaque fois que je les appelle, j'ai l'impression qu'elle commence par un bilan mais en attendant, elles font ce que je leur demande mais elles font un bilan avec des questions très systématiques, c'est très claire dans leur tête, elles ne s'y perdent pas, elles comprennent tout et c'est pas donné à tout le monde, même nous après le temps d'études et de pratique, on ne comprend pas tout.

MM— Donc vous trouvez que leur *modus operandi* est adapté et qu'il fonctionne ?

DR —Ah oui complètement.

MM — D'accord et le fait que vous les engagez à propos d'un seul problème et qu'elles l'élargissent pour faire le bilan, ça n'a jamais posé problème ?

DR — Non au contraire, je souhaite toujours, et c'est ce qu'elles font et j'espère qu'elles continueront de le faire.

Et le problème c'est la coordination des soins, sociaux et administrations qui posent problème actuellement, on a des personnes qui sont très pointues dans le domaine, partout,

mais ce problème de coordination est énorme et donc elles ont toujours une facilité à nous appeler, tout en étant toujours délicates sur la façon de faire, très rapides, très efficaces, elles nous donnent la solution, on la note dans le dossier, elles savent que notre temps et leurs temps sont précieux et c'est très efficace et c'est très agréable.

MM — elles vont droit au but.

DR — Oui et c'est nécessaire, c'est parfait. On peut les joindre aussi bien par mail, par SMS, c'est très bien.

MM —Ca tombe parfaitement bien, car je voulais savoir si vous aviez un avis sur la formation qu'elles devraient avoir ?

DR — Quels sont les critères pour embaucher d'autres gens ?

MM — Oui c'est ça, si elles doivent avoir une formation particulière, une personnalité, leurs compétences…

DR — Je pense qu'elles doivent être surtout dans le social, qu'elles aient une sensibilité, par exemple, on est un cabinet qui prône le fait que l'on veuille diminuer les inégalités sociales de santé, on veut au maximum permettre une meilleure accessibilité aux soins pour tous, c'est pas donné, on veut absolument faire ça.

On a un secrétariat à distance, je sais c'est mieux s'il est sur place c'est prouvé pour les inégalités, enfin on le pense, mais il faut surtout des finances et on n'en a pas encore … Une dame appelle pour prendre rendez vous, elle a du forfait, elle parle français et on arrive à comprendre ce qu'elle dit, on lui dit : « très bien vous avez rendez vous vendredi prochain à 11h », on lui demande son nom, elle donne son nom, on lui demande de l'épeler et elle répond que non, elle n'a pas fait d'études et qu'elle ne peut pas nous l'épeler et elle raccroche. On s'est planté, on n'aurait pas dû demander de l'épeler, en en même temps en face notre secrétaire n'a surement pas voulu faire mal, elle voulait juste bien écrire le nom, mais en effet on n'aurait pas du poser la question de cette manière là. L'épeler c'est presque agressif pour quelqu'un qui est analphabète, et en fait c'est ça, savoir ressentir que les personnes en face sont dans une autre dimension, la personne du mini-réseau doit se mettre en tête que tout problème peut être existant, qu'il ne faut se moquer de rien et que même un mini problème de leur point de vue est énorme pour cette personne. Il faut arriver sans aucun jugement de personne, sans rien et toujours essayer d'être délicat dans les questionnements. Si on veut faire du social, il faut accepter de voir la misère et accepter que leurs problèmes soient différents des nôtres.

La deuxième, c'est en effet que c'est un don de soi, c'est comme la médecine, on bosse tard le soir, le weekend, on est joignable tout le temps, quand je suis sur un soin palliatif en fin de vie, je vais le voir tous les jours et c'est obligatoire. Et dans le social, c'est un peu pareil, maintenant il faut bosser dans une équipe pour éviter le burn-out. C'est un problème pour tout le monde, on est incapable de dire non devant quelqu'un qui va mal et eux aussi, et comme nous il faut qu'ils apprennent à dire non, donc la question est de hiérarchiser les problèmes pour faire cela petit à petit.

Et puis, la dernière chose, c'est d'avoir une vraie connaissance du domaine social, et c'est mieux que d'apprendre sur le tas, c'est compliqué, il faut des années et il y a encore pleins

de choses que je ne connais pas ou que je ne comprends pas. Je sens parmi elles la soif d'apprendre, et j'accepte qu'elles ne connaissent pas tout par cœur c'est impossible, l'important c'est d'accepter de ne pas savoir et d'aller chercher la réponse et si elles le font c'est merveilleux, ce sont les bonnes personnes.

MM — Donc pour résumer, le mieux c'est qu'elles soient issues d'une formation sociale, quelque qu'elle soit, finalement, peu importe le nombre d'années d'études mais qu'il y ait une base sociale, qu'elles aient développé une sensibilité socio-psychologique en fait et qu'elles soient capables d'évoluer en équipe, vous me disiez aussi le fait d'avoir une sensibilité avec les médecins, c'est important.

Si on continue un petit peu, d'après vous le MRP a un intérêt, est ce que vous pensez qu'il faudrait pouvoir étendre son fonctionnement au niveau national, proposer ce service aux médecins généralistes ?

DR — Je ne peux pas dire non, évidemment que c'est oui. Et ils ont raison de demander que l'appel se fasse à l'initiative du médecin. Le problème c'est qu'en face il faut que le médecin connaisse le centre de ressources, et donc moi je ne le connais que depuis 6 mois, alors que je suis installée depuis 5 ans. On a quand même une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique généralisée qui est payée par le conseil régional du Poitou-Charentes donc tout est possible mais en attendant, oui il le faut, il y a une vraie formation, je crois que le problème ne vient pas de la généralisation du mini-réseau mais le problème vient réellement de l'appel du médecin, on n'est pas formé pour ça, faut être militant, il faut vouloir prendre le patient plus dans sa prise en charge. Combien de médecins se posent la question devant une prescription, si le patient peut ou pas le faire ?

Et donc pour que tout le monde se pose la question, je pense qu'il faut les attirer par la rémunération, et c'est seulement grâce à cela qu'ils vont réagir, et c'est malheureux.

MM — Donc il faudrait que ce service leur apporte une aide financière pour qu'ils soient amenés à l'utiliser ?

DR — Oui ou alors leur enlever un quota financier s'ils ne l'utilisent pas »

MM — d'accord

DR — Je pense qu'actuellement, on ne peut pas diminuer mais on ne peut que l'augmenter, et que l'on puisse valoriser des médecins qui font du social, ça serait bien honnêtement. On n'est plus vers une valorisation ces derniers temps, par exemple pour le secteur 1, du tiers payant, même s'il existe encore un lobbying médical énorme du secteur 2 qui tente de faire passer les maisons de santé en secteur 2, ce qui est incompréhensible, c'est pas logique, une maison de santé doit être en secteur 1 c'est la définition, ils ont réussi à faire changer la définition. Mais ça avance…

MM — Ce que Sibel décrivait c'est que, comme le réseau résout des problèmes de prise en charge sociale, de couverture sociale, est ce que ce serait une manière d'insister sur l'utilisation du réseau par le médecin généraliste.

DR — Non pour moi, c'est une mauvaise problématique, car si on est dans le social mais un peu filou, c'est-à-dire je le fais revenir 2 fois plus, une fois pour le social l'autre pour le médical, ce n'est pas bien.

MM — Mais s'il n'a pas de couverture médicale, et qu'il ne récupère pas l'argent des consultations ?

DR — Oui mais c'est jamais le cas directement, et puis des médecins qui vont faire revenir les personnes pour des problèmes sociaux, on n'est seulement à 20 % des médecins, et ces médecins là vont faire en sorte de résoudre les problèmes, donc non non je crois que cela ne suffira pas. Non mais pas du tout c'est un changement complet, on leur dit de commencer à traiter le problème social alors qu'ils pensent que s'il traite le médical en premier cela améliorera le social ; Alors que non, ce n'est pas parce qu'on prend en charge le diabète qu'il ne vivra plus dans la rue ? c'est ca tu es complètement à l'opposé du fonctionnement donc leur expliquer que le cerveau fonctionne dans l'autre sens c'est une problématique qui va mettre des années à se mettre en place, donc c'est pour ça que c'est beaucoup plus important que juste leur dire qu'ils vont récupérer du temps de consultation. Je pense, qu'il faut s'ancrer et généraliser auprès des médecins qui sont porteurs et que ces médecins porteurs qui n'ont en général par leur langue dans la poche, ils en parlent, ils vont faire de la pub et petit à petit généraliser. C'est mieux que de généraliser en imposant, alors qu'on ne l'a fait que dans un seul département. Il faut répartir dans différentes régions, mais pas dans toutes, à des endroits où il y a vraiment de la précarité, pas de couverture sociale, où ils ne vont pas bien et par le bouche à oreille ils vont grandir et ils vont embaucher progressivement des gens bien, et on ne va pas leur dire vous avez 100 000 euros et vous avez 4 personnes à embaucher en 10 minutes chrono.

Ça c'est une erreur. Ils ne vont pas former des gens bien, ils ne vont pas avoir en face les médecins qu'il leur faut, ni la patientèle qui leur faut. »

MM —d'accord

DR — Donc il vaut mieux faire de manière progressive avec des formations petit à petit, le 93 qui forme le 75 qui va former dans le nord qui va former la Bretagne etc. etc. Et au fur à mesure ça va se créer, évidemment, actuellement on ne sait pas faire des projets à long terme.

MM — Tout à fait

DR — Donc c'est évident qu'ils n'auront pas de finances pour un projet à long terme mais seulement sur un court terme, sur 5 ans avoir 5 équipes gagnantes sur l'ensemble du territoire. Et non, il va falloir accepter de dire que dans 2 ans, on aura 3 personnes de plus chez nous, notre objectif, c'est que dans 4 ans on ait une équipe sur Paris, ce n'est pas facile déjà, alors des formations avec un changement de problématique en fonction du département et après que cette personne formée soit formée pour aller former une autre équipe, c'est comme ça qu'on y arrivera mieux.

MM — D'accord en s'ancrant chez des médecins généralistes qui sont persuadés du système.

DR — oui, mais nous on n'arrête pas d'en parler autour de nous, des médiateurs de Saint Denis, on donne des photocopies, on est hyper militant dans notre domaine, c'est la deuxième fois que je me fais interviewer sur le sujet donc ce n'est pas rien. Dans l'absolu ça va venir aux yeux de tout le monde. Il faut pas qu'on soit trop rapide, voir trop haut sinon cela ne va pas fonctionner.

MM — D'accord très bien, donc pour le moment comme les financements sont gouvernementaux et complètement aléatoires, est ce que … (INTERRUPTION)

DR — ARS je crois.

MM — Oui entre autre.

DR — Moi je pense du coté de la CPAM, que Monsieur ROUSSEAU à la CPAM Paris, il décrocherait quelque chose. Il y avait quelqu'un avant Babel qui a enlevé le tiers payant c'était une catastrophe, Babel arrive, elle réintroduit le tiers payant ce n'était pas au niveau national, elle le tolérait en local sur Paris, on a rencontré ensuite son successeur Monsieur ROUSSEAU, on lui a demandé s'il acceptait qu'on continue comme ça et il a dit oui. Je l'ai rencontré deux fois, et il est très clair, c'est quelque chose de sociale, il veut que cela reste social donc il y a peut être quelque chose à faire de ce côté la mais la sécurité sociale n'a pas beaucoup de moyens.

MM — Est ce que vous pensez au niveau des médecins… (INTERRUPTION)

DR — Le conseil régional aussi, il y a plein d'argent

MM —Oui

DR — De toute façon, ça ne peut être que la Mairie de Paris, conseil régional, ARS ou CPAM, donc on peut trouver le bon intervenant.

MM — Disons que ça c'est ce qui est en train de se faire, ça avance un petit peu ça s'améliore mais est ce que les médecins généralistes seraient prêts eux à mettre en place une cotisation ?

DR — Les médecins ?

MM — Oui.

DR — Nous oui mais les autres non.

MM — Mais vous, c'est quelque chose que vous pourriez envisager ?

DR —Pas sur, je préférerai le faire bénévolement ... Sauf que je n'aurai pas les compétences donc ça n'irait pas, je ne sais pas… tu sais ça se fait un peu de toutes parts.

MM —Bien sûr

DR — Quand tu donnes 17 000 euros à la CPAM, et que tu entends qu'il n'y a plus d'argent et tu te demandes pour qui tu les as versés, ma mère est médecin à la retraite donc heureusement je me dis que j'ai versé pour elle mais c'est un peu rageant. Donc est ce que

je verserai ?… ça dépend des sommes…. Est-ce que je verserai de l'argent pour que mes patients soient mieux pris en charge ? »

MM — Parce que vous m'avez dit que ça s'améliorait ...

DR — Oui alors parce que ils iraient mieux, on résoudrait le problème social, donc ils iraient mieux, ils seraient moins malades, donc je les verrais moins, je ne vais pas aller jusqu'à dire que j'aurais moins de revenus, parce que honnêtement, il y a beaucoup de monde en consultations, donc non.

MM — Disons que tout à l'heure vous m'avez dit que ça améliorait votre confort »

DR — Ca me permet de me concentrer sur autre chose »

MM — Voilà.

DR — Non confort j'ai jamais dit ça, j'ai dis que ça améliorait mes consultations, mais pas mon confort.

MM — Oui c'est ça mais en temps que médecin, vous voulez faire du soin...

DR — Ah mais j'adore le social.

MM — Oui mais si le social vous empêche totalement de prendre en charge un diabète…

DR — Je ne serais pas heureuse mais je vais faire les 2.

MM — C'est vous à tout moment, qui décidez d'arrêter de prendre en charge le social, mais le réseau ne te retire pas le social, mais ça vous permet d'avancer sur des patients qui ont un problème social.

DR — Moi je pense qu'à ce moment là ce ne soit pas une cotisation volontaire.

MM — Pas une cotisation volontaire, quelque chose d'imposé ?

DR — Oui, si c'est une cotisation imposée, d'un pourcentage de revenu net du médecin à la fin du mois, je suis d'accord, pas de soucis.

MM — D'accord.

DR — Aucun problème, si tous les médecins donnent 400 euros, ça fait quelque chose de sympa, ça peut payer pas mal, donc là je signe et j'accepte. C'est-à-dire demain je gagne 40 000 euros, j'accepte. Si c'est imposé à tous médecins et pas seulement aux militants qui déjà, donnent beaucoup beaucoup de leur temps et qui se protègent moins du burn-out, alors là d'accord »

MM — Alors on va résumer on va s'arrêter là.

DR — Pas de soucis.

MM — Vous m'avez dit que vous connaissiez le mini-réseau d'environ depuis 6 mois, que vous aviez inclus déjà une dizaine de patients, que ce réseau vous apparaissait intéressant de part son fonctionnement, que ce mini-réseau vous aide car il permet de vous décharger

des problèmes sociaux les plus importants les plus complexes dans lesquels vous n'avez pas forcément toutes les compétences mais que c'est vous qui orientez la prise en charge. Que cela permette d'accéder plus facilement aux patients et aux problèmes médicaux, et que ça améliore votre prise en charge médicale, et qu'en conséquence améliore la santé des patients.

DR — non pas seulement ce n'est pas parce que je peux mieux améliorer ma prise en charge.

MM — C'est aussi parce que le problème social est pris en charge.

DR — Oui c'est à dire qu'il y a un lien entre leur problème social et leur santé, et que les coursiers font aussi un travail médical en réglant le problème social.

MM — D'accord c'est très intéressant, on a décrit tout à l'heure que les coursiers sociaux étaient actuellement disponibles, efficaces et qu'au niveau de leur formation, ils devraient avoir initialement une formation d'ordre social avec une sensibilité socio-psychologique importante pour rester auprès des patients.

On peut ajouter aussi qu'il faudrait creuser un peu plus à propos des subventions de l'état avant d'envisager des cotisations individuelles…

DR — Non non l'état, on a déjà creusé c'est ARS, il faudrait plutôt trouver des subventions régionales ou alors à la mairie, en local et des subventions de la sécurité sociale même si je n'y crois pas trop. Elle donne plus en temps mais moins en argent, ou alors tu peux également demander à une assistance sociale de la sécurité sociale d'aider le réseau ponctuellement ou qu'elle forme des personnes du réseau ponctuellement.

MM — Ca c'est intéressant.

DR — Là il y a une solution, parce que Monsieur Rousseau il peut aider par des idées, il est volontaire, et si on lui demande, on a un réseau de proximité qu'on est en train de former, on n'a pas l'argent qu'il faut c'est dur mais on va y arriver, est ce qu'on nous laisse une assistante sociale 2 matinées par mois pendant 3 mois pour former toutes nos assistantes sociales.

MM — Très bien très intéressant d'accord.

Donc creuser les subventions locales régionales et sécu avant d'envisager une cotisation individuelle des médecins qui serait imposée sur la base des revenus de chacun. »

DR — Oui proportionnelle aux revenus de chacun.

MM —D'accord très bien, merci beaucoup. »

4.3. Entretien semi-dirigé n°3

« Marine Monet (MM) — Je m'installe. Voilà, vous m'entendez. Donc, je vous rappelle, qu'il s'agit d'un travail de thèse que je réalise sous la direction de Dr Philippe Grunberg. Il s'agit de décrire au maximum le centre de ressources pour mini-réseau de proximité, dont vous êtes utilisateur. C'est ce que je retrouve dans les documents du centre de ressources et c'est ce que vient de me confirmer Philippe Grunberg.

Docteur (DR) — Oui. Oui.

MM — Vous avez été utilisateur? C'est cela?

DR — Oui, oui, pour un ou deux patients.

« MM — Ce n'est pas plus mal pour moi, parce que j'ai interrogé plusieurs médecins, qui l'utilise beaucoup et c'est intéressant d'avoir des entretiens avec des médecins qui l'utilisent moins.

Ce qu'on va faire, c'est plutôt un entretien de forme qualitative. Donc j'essaie de reformuler ce que vous me dites et vous intervenez pour modifier ou compléter ce que vous venez de dire à tout moment.

Alors pour commencer, deux questions un peu à part.

Pouvez-vous me donner votre date de naissance et votre date d'installation?

DR — 1953 et la date d'installation 1989.

MM — Et vous vous êtes installé...

DR — Dans un cabinet de groupe, en médecine libérale, avec 4 autres médecins généralistes.

MM — D'accord. Dès le début ?

DR — Quatre au début et maintenant on est cinq. Un travail en gros qui a toujours été mi-temps libéral, mi-temps salarié.

MM — D'accord. Et vous êtes salarié dans quelle structure?

DR — A l'association Charonne qui s'occupe de toxicomanie, de problèmes d'addiction.

MM — Et dans ce domaine vous avez une formation particulière? Vous avez fait un DU ou un DESC?

DR — Alors, je n'ai pas fait de DU, j'ai une expérience particulière parce que j'ai été médecin des ECIMUD, médecin de pôle coordinateur de réseaux, médecin au CSAPA, actuellement je travaille sur un CAARUD et sur des appartements de coordination thérapeutique.

MM — Et, vous avez votre diplôme de médecin généraliste, mais est-ce que vous avez d'autres diplômes qui puissent expliquer une pratique un peu plus spécifique?

DR — Non, non, j'ai fait un diplôme de médecine du sport, mais c'est pas...

MM — ...vous ne pratiquez pas plus que ça...

DR — Non, surtout il n'y a pas de lien entre les deux...

MM — Disons, que vous n'avez de patientèle vraiment orientée sur la médecine du sport?

DR — Non, non, au contraire, j'ai une patientèle qui est surtout orientée sur les addictions, puisque depuis 1992, je m'occupe de patients sous traitements de substitution. Voilà.

MM — D'accord, alors pour en revenir à mon sujet. Est-ce que vous pouvez me dire de la première fois où vous avez entendu parler du centre de ressources?

DR — Alors, vous voulez dire, le centre de ressources, c'est bien...euh...Sibel Bilal??

MM — C'est ça.

DR — Alors, j'ai été au courant des coursiers sociaux depuis longtemps, quand elle était au réseau Rive Gauche et puis je l'ai re-rencontrée, ...c'était il y a deux ans, Sibel, et elle m'a parlé de ce qu'elle faisait sur la banlieue nord et elle m'a dit qu'éventuellement, je pouvais faire appel au centre de ressources. Qu'elle pouvait aussi travailler sur Paris.

MM— Ok, et donc vous avez inclus combien de patients?

DR — Deux patients je crois, il y a eu deux patients accompagnés par une personne de l'équipe, donc ça vous pourrez le retrouver dans les documents du centre de ressources, je ne sais pas si vous y avez accès.

MM — Oui, j'y ai accès mais l'idée de ma thèse c'est surtout d'avoir votre avis sur ce réseau. Et surtout pour avoir une idée du nombre de patients inclus

DR — Oui, j'en avais 2 inclus. Une dont je me souviens très bien, et l'autre, il devait y avoir un remplaçant, mais je ne me souviens pas bien.

MM — Et sans faire appel à des souvenirs ou des idées très précises, est-ce que vous vous souvenez du contexte de l'inclusion d'un ou de l'autre de ses patients?

DR — Oui, c'était pour un accompagnement...alors je ne sais plus...alors c'était pour la sécu. Voilà à deux ou trois reprises. Oui, pour la sécu. Et le fait d'être accompagné et par des personnes qui ont des connaissances dans ce domaine là, c'est vrai que ça facilite les choses.

MM — Oui, bien sûr. Tout à a fait mais en dehors des problèmes de sécu, est-ce que vous vous souvenez des problèmes de santé de cette patiente?

DR— Oui, je me souviens très bien des pathologies.

MM — Et que s'est-il passé à ce moment, pour que vous fassiez appel au centre de ressources, alors que vous connaissez bien les réseaux, en avait été le coordinateur?

DR — Eh bien, ce patient avait besoin d'un accompagnement physique.

MM — Ok, je n'avais pas entendu, vous l'avez peut-être dit. Donc c'est de la mobilité des coursiers sociaux dont vous avez eu besoin à ce moment-là?

DR — Oui, c'est ça qui est intéressant. C'est que les patients peuvent être accompagnés, que quelqu'un peut aller chercher la patiente à son domicile, et dans ces cas-là souvent, les gens ont du mal à se mobiliser, à faire la démarche, mais s'il y a quelqu'un qui vient les chercher, ça aide à surmonter l'angoisse, à sortir et à se déplacer loin.

MM — Donc, pour vous, c'est surtout dans ce cadre là que vous utilisez le réseau? Le fait qu'il soit mobile, ou une autre particularité?

DR — Non, c'était le fait qu'il soit mobile. Le fait aussi qu'ils aient des connaissances sociales, qui a son intérêt aussi. Mais le principal intérêt c'était surtout l'accompagnement physique.

MM — Ok, l'accompagnement physique. Et le deuxième patient, dont vous vous souvenez peut-être plus vaguement, c'était aussi qqch qui nécessitait aussi la mobilité des coursiers sociaux?

DR — Oui, c'était certainement pour cela aussi....ah si, cela me revient. Et là, il y a dû y avoir un accompagnement. Il y a eu des soucis de RDV.

MM— C'est-à-dire, des soucis de RDV du côté du patient ou du côté des coursiers sociaux?

DR — Des deux.

MM — D'accord. Est-ce que c'est ça qui a fait que vous avez arrêter d'inclure des patients ou vous n'avez plus eu besoin du réseau?

DR — Après, j'ai un peu...sans doute, un peu oublié cette ressource. Parce qu'il y a eu des problèmes de disponibilité de la personne qui s'occupait des accompagnements. Donc cela a un peu cassé le flux. Mais aussi parce que dans le cabinet où je travaille, il y a aussi des personnes qui peuvent assurer un accompagnement. On travaille avec une association d'usagers de santé, on peut dire, et dans cette association, il y a un groupe d'accompagnements. Il s'agit de bénévoles qui ne sont absolument pas formés dans ce domaine, mais pour cette patiente dont je vous parlais, ils ont fait une autre type d'accompagnement.

Et je ne sais plus si cela s'est mis en place au moment de l'arrêt momentané du centre de ressources.

MM — Et vous aviez l'habitude auparavant de travailler avec cette association?

DR — De travailler avec cette association, oui depuis longtemps, mais le fait qu'il y ait un groupe d'accompagnement, qui soit prêt à le faire, non c'était pas depuis longtemps.

MM— Donc le moment où vous avez fait appel au centre de ressources, votre association n'était pas encore aussi active?

DR — C'est possible. j'essaie de revoir la chronologie. C'est sûr que ce qui était très intéressant dans le centre de ressources, c'est qu'il y avait une vraie connaissance de cette population de patients et de leurs problèmes, ce qu'il n'y a absolument pas dans l'association. Je ne mentionne pas les pathologies avec l'association, alors que je les mentionnais plus facilement avec le centre de ressources. On travaillait aussi sur le problème de pathologie. Mais en même temps, je me rends compte que le travail avec cette association fonctionne et de manière plus durable aussi, avec une disponibilité plus importante, puisqu'elle est basée dans le quartier.

MM — Donc la disponibilité est quelque chose d'important puisque je vois que vous y revenez.

DR — Oui, oui, c'est un point important...Et puis, il y a eu une longue période, où il n'y avait personne de disponible, ce qui me la fait sortir de la tête.

MM — Oui tout à fait, il y eu une période d'arrêt, et puis il y a eu des périodes, où déjà d'un point de vue subventions, les choses étaient moins claires. Et au niveau organisation, comme

récemment, où le centre de ressources a du être restructuré. Mais ce que je me demande, maintenant que vous l'utilisez moins, quand vous avez des patients complexes, avec des problèmes socio-administratifs avec en plus des pathologies médicales ou psychologiques, comment vous les gérez vous en tant que médecin généraliste?

DR — Je les gère, en partie avec les CSAPA par exemple ou l'association Charonne, où il y a un accompagnement médico-socio-psychologique.

MM — Qui est fait par des assistantes sociales, des travailleurs sociaux?

DR — Oui, l'association Charonne regroupe ce qu'on appelle un CSAPA, et donc il y a des possibilités de travailler... il y a plusieurs patients, que je suis en ville, et qui sont suivis aussi au sein de l'association Charonne.

MM — Donc cette association assure pour les patients qui ont des addictions, ce suivi médico-socio-psychologique?

DR — Oui, c'est ça, qqch de tout à fait classique, mais le fait que je travaille dans cette association me permet d'utiliser ces ressources plus facilement.

MM — Ce que je me disais, pour les patients qui n'ont pas d'addictions, et qui ne sont pas des patients âgés, pour lesquels on peut faire appel aux réseaux de gériatrie, comment feriez-vous pour le gérer en médecine de ville? Est-ce que cela vous est déjà arrivé?

DR — Disons que ce groupe d'accompagnement, cette association proche du cabinet, m'a permis d'accompagner tous types de patients. ...

MM — Et d'un point de vue social, dans ce cas-là, vous faites appel aux services sociaux du secteur, ou vous gérez vous même?

DR — Oui, en général, cela se passe avec les services sociaux de secteur. Auparavant, cette association avait une animatrice sociale, en lien avec le secteur, et il y a beaucoup de gens qui transitaient par le biais de l'animatrice sociale et cela nous permettait de faire le lien avec les services du secteur. Mais il n'y a plus de financement et il me semble que ce groupe d'accompagnement, pour trouver quelque chose qui fasse le lien entre le médical et le social.

MM — Ok, donc finalement, même si le mini-réseau vous a semblé quelque chose d'intéressant, vous vous êtes organisé de manière différente et aujourd'hui vous ressentez moins le besoin de l'utiliser.

DR — Je pense que je n'y pense plus, mais qu'il y a des moments où je l'aurais utilisé de manière plus régulière, si il avait été présent et je l'ai en quelque sorte, zappé de ma mémoire... Mais, je ne sais pas, est-ce qu'il fonctionne encore?

MM — Oui. (Rires) Il fonctionne bien. Tout à fait, vous pouvez réessayer. Bien sûr, le but n'est pas de faire de la pub, mais oui il fonctionne encore et vous pouvez y faire appel.

Donc, finalement, on peut dire que le mini-réseau a un intérêt pour sa mobilité et par rapport aux coursiers sociaux qui vont se déplacer pour accompagner les patients dans leurs démarches administratives et leurs rdv. C'est surtout comme cela que vous le définissez, c'est bien cela?

DR — Oui, tout à fait.

MM — Très bien. Est-ce que vous auriez quelque chose à me dire concernant les coursiers sociaux? Parce que c'est vrai que le mini-réseau s'appuie énormément sur cette profession là, qui est tout à fait nouvelle. Est-ce que vous pensez qu'ils doivent avoir une formation particulière? Est-ce que vous vous êtes déjà posé la question?

DR — C'est sûr, que cela dépend de la cible. Mais quelque que soit la cible, c'est certainement bien que ce soit des gens qui aient un expérience ou une formation dans ce domaine. C'est certainement aussi bien, qu'il y ait des gens qui n'aient aucune formation dans ce domaine.

Ce qu'il se passe avec l'association proche du cabinet, il y a des choses qui fonctionnent aussi, parce que l'on n'est pas dans le professionnel mais dans une relation de voisinage, de proximité. C'est certainement intéressant d'avoir aussi des gens qui soient professionnels et qui aient une formation et une expérience adaptée.

MM — Ok. C'est peut-être un peu différent, mais vous qui avez l'habitude de travailler dans les CSAPA, avec des éducateurs et des travailleurs sociaux et si vous les comparez à votre association...Est ce qu'il y a des cas trop complexes que vous ne vous verriez pas confier à des bénévoles et que vous prenez en charge avec les professionnels de votre CSAPA?

DR — Comment dire... le travail est différent. Tout d'abord, avec les bénévoles, je garde le secret médical. Alors qu'avec les professionnels, il s'agit de secret médical partagé.

Alors, j'ai l'exemple d'une patiente qui a été suivie des deux manières, et dans les deux cas cela a fonctionné. Dans un cas, c'était intéressant que la personne ait des compétences qui lui permettent de répondre à certaines demandes et donc d'être un soutien sur le plan professionnel. D'autre part, c'était bien qu'elle puisse être accompagnée par des bénévoles. Elle a été accompagnée pour les consultations et dans le cadre d'une AMAP, vous savez ce que c'est?

MM — Non non...

DR — Il s'agit de l'association pour le maintien d'une agriculture paysanne. Il s'agit de personnes qui se regroupent pour acheter des produits qui viennent directement du producteur ou de l'agriculteur. Donc toutes les semaines, il y a un agriculteur qui vient avec ses produits. Et donc les gens achètent les paniers à l'avance.

Et donc, comme l'association était proche de cette AMAP, la patiente a été inclue dans cette association... et donc d'une point de vue médical et de la santé, c'est une bonne chose et aussi par rapport au contact avec les gens, et dans l'intégration dans une vie de quartier. C'est quelque chose qui aide aussi.

Donc, on est pas sur le même niveau. L'accompagnement physique reste quelque chose de nécessaire à certains moments et d'important. Et on est pas dans la même optique, dans un cas c'est plus de la convivialité, et dans l'autre, il s'agit plus de professionnalisme.

MM — Est-ce qu'il y a des choses qui devraient être modifiées dans le fonctionnement du centre de ressources pour mini-réseau, malgré le fait que vous l'ailliez peu utilisé?

DR — Non, non non, c'était assez intéressant. Ce que je regrette, c'est le manque de régularité. C'est ce qui fait tout, sur la durée. Ce que quand les gens ne sont plus accessibles, on les oublie. Et par rapport aux patients aussi, c'est d'autant plus utilisé, ou facilement utilisé, qu'il y a une régularité ou une confiance sur ce qui va se passer.

MM — D'accord, ok. Et par rapport à vous, difficile d'extrapoler, comme vous l'avez peu utilisé, mais comme cela vous semblait intéressant, est ce que vous pensez que c'est qqch que l'on devrait étendre? à d'autres zones?

DR — A l'époque des coursiers sociaux, il y a 10 ou 15 ans, c'était surtout Paris. Je pense que c'est quelque chose qui est intéressant a priori à Paris, même si je n'ai pas de pratique en dehors de Paris. Mais je pense que sur Paris c'est intéressant.

J'ai la chance de travailler avec une association qui peut gérer mais sinon je serais embêté.

MM — Et pourquoi ce serait quelque chose d'intéressant uniquement à Paris?

DR — Parce qu'il y a des gens qui sont isolés et qui ont du mal à se mobiliser, et qui ont besoin d'être accompagnés pour se mobiliser... ça c'est sûr.

Ensuite, si les gens ont une profession d'assistant social, cela peut aider parce que cela va plus vite. On sait mieux vers quoi aller.

MM — Vous pensez donc que l'isolement est quelque chose de plus marqué à Paris?

DR — Je n'ai sais rien. Je suis incapable de vous dire. Je connais le milieu que je connais. Je n'ai fait que des remplacements en province. Mais j'imagine que l'isolement existe partout et que donc on aurait besoin de ce système partout.

MM — Mais vous auriez pu avoir des retours d'autres médecins d'autres régions...

DR — Mais je pense que chacun bidouille comme il peut, de son côté. Il y a certainement des réseaux précarité ou VIH qui doivent avoir des bénévoles, et qui peuvent donc fonctionner de la même manière. Je ne sais pas exactement, mais le fonctionnement doit être assez proche.

MM — Et sinon, si vous pouvez extrapoler un peu encore, si vous étiez utilisateur plus régulier de ce réseau, que cela fonctionnait bien, est ce que cela modifierait votre pratique? Peut-être en vous encourageant à prendre en charge des patients plus lourds, en sachant que vous avez ce soutien là?

DR — Je ne sais pas. Je ne pense que ce soit... Non. Les complexes, j'en ai de toute façon. Coursiers sociaux ou pas. Ou surtout les patients gagneraient du temps, parce qu'ils font des choses que les patients mettent des mois à faire. Donc on gagne du temps, on gagne en effectivité et en efficacité, mais je ne pense pas que cela me permettrait de modifier la lourdeur des cas reçus.

MM — Et par contre, comme vous dites que cela fait gagner du temps aux patients, est-ce que vous pensez que cela modifie votre relation aux patients, est-ce que cela les fidélise?

DR — Non, c'est vraiment en terme d'efficacité. Mais...Je ne vais pas en avoir plus, je ne pense pas que je vais en avoir plus, c'est surtout une histoire de savoir si je suis moi-même disponible ou non...Certes le travail est un peu plus rapide, mais c'est tout...

MM — Très bien. Une dernière question un peu farfelue. Le problème du centre de ressources, c'est les subventions. Pour l'instant, le réseau est financé par l'état mais de manière très irrégulière. Est-ce que vous auriez une autre idée sur le type de financement possible pour ce type de structure?

DR — ...

MM — Est-ce que vous pensez que les médecins généralistes à moyen terme seraient prêts à payer une cotisation pour profiter de ce type de service?

DR — Alors...Hum... Peut-être, parce que cela peut leur faire gagner du temps dans les prises en charge. Mais malheureusement, je ne pense pas que cela aille jusqu'à financer un poste.

Mais, maintenant, il y a un nouveau mode de rémunération, comme pour les maisons médicales, est-ce qu'il ne pourrait pas y avoir là un autre financement possible. Parce que maintenant on peut financer des infirmières, qui ne sont pas dans un rôle de soins, euh... comme pour l'éducation thérapeutique, qui peut être financer dans le cadre des maisons de santé. Alors pourquoi il n'y aurait pas un financement dans le cadre de ce genre de structures... Cela peut tout à fait se défendre...

Après il y a une histoire de secteur. Une maison de santé n'a pas besoin de quelqu'un à plein temps, mais faire une sorte de mutualisation sur plusieurs maisons de santé....

Parce que je ne suis pas sûr que les médecins soient prêts à payer sur une consultation qui n'est déjà pas grassement payée, le prix du financement d'une telle structure...

Mais par contre, que le financement passe par de nouvelles structures comme les maisons de santé, oui..., pourquoi pas.

MM — Oui, effectivement.

DR — C'est envisageable, je pense. Mais sinon, il y a aussi les mutuelles. Et, il faudrait y avoir une convention avec l'ARS, même si l'ambiance n'est pas à cela.

MM — Ok. Merci beaucoup pour ces réponses.

Si je reformule vos réponses, vous me dites que vous avez inclus très peu de patients parce que le réseau n'ayant pas fonctionné à un certain moment, vous en avez oublié l'existence.

Que vous avez bidouillé quelque chose de finalement assez ressemblant avec les bénévoles de votre association, qui apportent la possibilité d'un accompagnement physique de vos patients, comme le font les coursiers sociaux du centre de ressources.

Vous pensez aussi que le réseau est surtout nécessaire à Paris, mais qu'il doit pouvoir être étendu à toute la France, mais si vous ne pouvez pas vraiment vous représenter la population en province, n'y ayant jamais travaillé.

Enfin, vous pensez que la formation sur le plan social des coursiers sociaux est intéressante, mais que l'absence de formation est aussi quelque chose d'intéressant avec d'autres possibilités de soutien des vos patients.

Et qu'il doit pouvoir être possible de proposer une cotisation faible aux médecins pour l'utilisation de ce réseau, en parallèle de la mise en place d'autres formes de financement, comme à travers une mutualisation sur plusieurs maisons médicales.

Vous êtes d'accord avec mon résumé?

DR — Oui, tout à fait.

MM — Merci encore.

4.4. Entretien semi-dirigé n°4

« *Marine Monet (MM)* — Le but de l'entretien est de décrire le mini-réseau de proximité dont vous êtes l'utilisatrice, c'est un entretien semi-dirigé, donc si vous avez des choses à reformuler, à compléter vous le faites.

Pour commencer, pouvez-vous me donner votre année de naissance ?

Docteur (DR) — 1950

MM — et votre année d'installation ?

DR — 1989 en libéral

MM — C'était dans ce cabinet actuel ?

DR — Non, entre 1989 et 2009, c'était dans un cabinet pas très loin d'ici, à Sevran, puis de 2009 à maintenant dans ce cabinet actuel.

MM — Toute seule ?

DR — Non, j'ai été deux fois en association

MM — En plus de votre diplôme de médecin généraliste avez-vous d'autres diplômes ?

DR — J'ai un diplôme de médecine du travail et sinon j'ai un DU de gynéco-obstétrique, j'ai un poste au planning à l'hôpital Robert BALLANGER, avec une vacation par semaine, et également une activité comme maitre de stage à la faculté de Bobigny, et je donne des cours pour les internes de médecine générale à la faculté.

MM — Par rapport au MRP, est-ce-que vous vous souvenez de la première fois dont on vous en a parlé ?

DR — C'était il y a longtemps, avant 2009, peut-être au moment où il a été créé…. Je ne m'en souviens pas.

MM — Est ce que vous vous souvenez avoir eu un document papier ?

DR — Oui, il me semble bien

MM — Et finalement jusqu'à maintenant, combien de patient avez-vous inclus dans ce réseau ?

DR — Je me souviens que j'ai inclus ma première patiente et que cela n'a pas fonctionné, du fait de ses problèmes, et ensuite je ne l'ai plus utilisé car il me semble qu'il n'a plus été subventionné. Après cette période d'arrêt, j'en ai réentendu parler par le biais de mon interne, et j'ai inclus deux personnes dans le réseau.

MM — Vous avez eu des retours sur ces deux patients ?

DR — Sur une patiente, cela a été super bien géré, avec un résultat complet, et une résolution de tous ses problèmes, mais suite à un déménagement je n'ai plus eu de nouvelles de cette patiente. Je pense qu'elle va bien. Je l'ai revue la dernière fois le 21 octobre, où il y a eu une réunion de concertation, avec la personne qui s'est occupée d'elle qui me donnait des nouvelles de manière régulière.

MM — Est-ce que vous vous souvenez des motifs d'inclusion de cette patiente dans le réseau ?

DR — C'est une patiente originaire de Macédoine qui a rencontré son mari dans son pays d'origine, elle s'est mariée, tout se déroulait très bien jusqu'à la naissance de son premier enfant en 2010, où petit à petit la situation s'est dégradée. Elle n'avait pas de papier, vivait en situation irrégulière, et son mari est devenu violent. Elle a dû habiter chez sa belle-mère, elle devait effectuer toutes les taches ménagères, elle n'avait plus le droit de sortir, elle est devenue très dépendante de son mari, son enfant s'est fait remarquer à l'école, ce qui a décidé la patiente à partir du domicile familial. Une fois décidée, le réseau la suivait depuis le début, j'ai recontacté le réseau, et elle a été mise sous protection judiciaire au tribunal de Bobigny, cela lui a permis d'être régularisée dans les 3-4 jours avec un titre de séjour, et après elle pouvait porter plainte au commissariat et ensuite déménager sur Paris. C'est pour cela que je n'ai plus de nouvelles.

MM — Cette dame n'avait pas de problème médical sous jacent ?

DR — au départ, elle m'a consultée parce qu'elle était angoissée, elle avait vu d'autres médecins qui lui avaient prescrit des calmants sans s'intéresser à la cause principale de son mal être.

MM — La réunion de concertation pluridisciplinaire s'était déroulée en présence de qui ?

DR — Alors, il y avait un coursier social, la patiente et moi-même, tout cela organisé par mail.

MM — Vous étiez en contact avec eux grâce aux mails ?

DR — Plus souvent par téléphone, ils sont très disponibles.

MM — en partant de cet exemple, comment vous définiriez le réseau ?

DR — Je pense à mon deuxième patient inclus, qui était hospitalisé dans un état grabataire, qui ne peut pas rentrer chez lui, j'ai orienté le patient dans le réseau équipage qui est un autre réseau de personnes âgées à domicile devant la difficulté à trouver une EHPAD, et ce réseau m'a vraiment déçu sans prise en charge poussée, et donc on a contacté le mini réseau en deuxième intention et le problème a été réglé très rapidement.

MM — Et à propos du réseau gériatrique, vous l'avez plus utilisé auparavant ?

DR — Un petit peu, j'arrive mieux à me débrouiller toute seule.

MM — Toute seule, ou bien est ce que vous avez d'autres réseaux ?

DR — Avec d'autres réseaux évidemment, je connais d'autres adresses capables de m'aider dans les démarches de ce type. C'est plutôt des contacts qu'un réel réseau.

MM — Et même pour des questions palliatives, ou de l'enfance ?

DR — Pour le palliatif, il existe le réseau *Océane,* mais c'est plutôt des contacts que j'utilise.

MM — Comment vous définissez alors le réseau MRP, par rapport aux autres réseaux que vous connaissez ou que vous avez utilisé ?

DR — ils ont beaucoup plus de connaissances administratives et législatives, que nous médecins nous ne connaissons pas suffisamment, et surtout ils nous manquent du temps pour s'en occuper.

MM — donc vous le définissez comme un réseau socio-administratif

DR — oui c'est ça

MM — est ce que vous connaissez d'autres réseaux ou d'autres personnes qui rempliraient ces critères ?

DR — non

MM — comment vous auriez fait avant ?

DR — je pense que j'aurais sûrement contacté l'assistante sociale qui reste souvent inefficace, et que je contacte très rarement et j'essaie aussi de bousculer les gens pour qu'ils se prennent en charge, c'est important. Petit à petit, j'ai appris sur le terrain pour le côté législatif, je peux alors réponDRe à leur question, mieux les orienter et j'ai appris beaucoup de choses grâce au réseau de proximité.

MM — vous trouvez que c'est important d'avoir eu le mini réseau pour cette patiente, mais si vous aviez eu l'information, qu'est ce que vous auriez fait ?

DR — mais le mini réseau a tout fait, je ne sais pas faire les démarches, même avec toutes les informations, il faut savoir remplir correctement et rapidement les papiers, c'était vraiment intéressant d'un point de vue global, législatif, administratif, et tout cela est long à faire.

MM — dans votre pratique quotidienne, on pourrait dire que ce mini réseau vous apporte un soutien ?

DR — oui surtout pour les problèmes socio-administratifs.

MM — est ce que vous vous sentez submergée par tous ces problèmes au quotidien dans votre pratique ?

DR — ce n'est pas seulement administratif, il y a quand même le médical à prenDRe en compte pour chaque patient

MM — la question est de savoir si en vous soulageant d'une partie de ce travail social, est-ce que cela modifierait votre pratique médical ou est ce que cela n'a pas trop d'intérêt ?

DR — si je peux le laisser faire, c'est mieux pour me faire gagner du temps, cela me décharge beaucoup.

MM — est ce qu'on peut dire que si le réseau est réactif et efficace, cela peut vous apporter un certain confort dans votre pratique médicale ?

DR — oui ce serait sûrement mieux fait que par moi-même, et surtout ils sont plus aptes à leurs expliquer dans leur langue maternelle, ce que je ne peux pas faire.

MM — et pour ce problème de langue, vous avez quelque chose pour vous aider ?

DR — non, je n'ai rien justement

MM — c'est un problème qui peut être envoyé au mini réseau.

Est-ce qu'il y a d'autres domaines spécifiques, qui vous ont découragé à la prise en charge, une accumulation de problèmes qui vous a fait baisser les bras ?

DR — c'est surtout dans les problèmes de compréhension, soit à cause de la langue mais également un problème pur de compréhension où les patients après un discours prolongé, me reposent les mêmes questions, ou me demandent des choses auxquelles j'ai déjà répondu plusieurs fois. Une fois, j'ai demandé à ce qu'il revienne avec un traducteur, ou quelqu'un de la famille pour démêler les choses mais c'est tout. Il y a également tout ce mélange de cultures qui est difficile à prenDRe en compte, pour certains c'est normal car chez eux, cela se déroule de cette manière. C'est très énervant.

Par exemple, j'ai eu une patiente qui s'est mariée avec quelqu'un qui était déficient mental, et à qui on a refusé la PMA. Cela l'a rendue très malheureuse mais on ne pouvait pas accepter la démarche. Elle ne travaillait pas mais elle ne comprenait pas le refus. C'est difficile de faire changer les mentalités.

MM — pour quel motif viennent-elles vous voir ?

DR — souvent au départ, c'est pour des problèmes physiques, puis en creusant un peu, on trouve autre chose.

MM — vous les adressez à quelqu'un de l'extérieur ?

DR — on essaie de leur donner des personnes à contacter, mais j'ai souvent ces jeunes femmes rêvant d'un idéal et restent très soumises, et donc si le réseau pouvait être utile surtout du point de vue interprétation cela pourrait être intéressant.

MM — oui l'idée de ce réseau c'est de pouvoir vous aider dans toutes les démarches extra-médicale en essayant par exemple pour cette patiente de vous aider à prenDRe en charge le côté médical qui est impossible si tous les problèmes aux alentours ne sont pas pris en compte.

DR — Mais dans ce genre de contexte, on se sent rapidement démuni, on aimerait qu'elle ait un autre type de contact social, pour pouvoir démêler tous leurs problèmes et arriver à soigner le problème en entier.

MM — Je voulais vous demander par rapport aux coursiers sociaux que vous avez rencontré, est ce que vous avez reconnu leurs fonctions ?

DR — je sais que c'est juste un coursier social, mais je ne connais pas leur formation, je n'ai pas eu le temps de me renseigner, j'ai vu qu'ils étaient efficaces, et motivés donc je me suis arrêtée là.

MM — c'était surtout pour le long terme, savoir ce que vous apporteriez à leur formation pour améliorer encore plus le fonctionnement du mini réseau...

Donc pour résumer, on peut dire que vous vous êtes débrouillée assez bien toute seule, en gérant au maximum les problèmes sociaux en vous entourant des partenaires choisis, et vous arriviez à résoudre en entier les problèmes.

Puis, vous avez décidé d'utiliser ce réseau dans le cadre des deux patients que vous avez mentionné devant des problèmes, cette fois-ci, plus socio-administratifs et donc les résultats ont été complets et positifs. Vous avez utilisé peu de fois le réseau, mais vous avez trouvé que l'organisation était efficace et disponible.

Avez-vous des modifications à apporter au réseau ?

DR — rien pour le moment

MM — Est-ce que vous pensez à ce stade qu'il y a un intérêt à généraliser ce réseau, l'étendre au maximum de généralistes ?

DR — oui c'est un vrai intérêt. Par exemple, je repense aux problèmes liés à la sécurité sociale.

MM — et vous faites comment d'habitude ?

DR — je leur écris sur un papier ce qu'il faut faire, ce qu'il faut demander, car c'est difficile

MM — mais à cause des délais importants, est ce que vous intervenez pour accélérer la procédure ?

DR — oui, j'essaie d'intervenir mais apparemment cela n'a pas l'air de fonctionner.

MM — et comment vous faites parfois quand le patient ne peut pas vous payer ?

DR — on essaie de s'arranger comme on peut, mais c'est pas toujours évident.

MM — Vous pensez que le réseau peut vous aider ?

DR — oui, effectivement, ce que j'ai eu plusieurs fois c'est des gens qui change de statut vis-à-vis de la sécurité sociale, et à ce moment là c'est une catastrophe. Une jeune de 24 ans qui commence à travailler, qui a effectué toutes les démarches, mais malgré tout, sa carte vitale est au nom de son père.

C'est très compliqué, peut être que le réseau...

MM — vous les orientez vers l'assistance sociale ?

DR — quand ils sont capable de se débrouiller, je les laisse faire tout seul.

MM — mais cela est tout à fait capable de rentrer dans le réseau. Le MRP a son intérêt dans ces différentes situations, cela pourrait être plus généralisé.

DR — oui et aussi pour le problème de l'interprète, et c'est vrai que je n'y avais pas pensé au niveau de la sécurité sociale. Mais je ne connais pas leur disponibilité, ce n'est peut être pas possible.

MM — l'idée est de les appeler quand la situation devient trop compliquée, stagnante, et que l'on manque de temps pour régler, ils sont là pour vous aider et pour les réorienter. Vous disiez au départ que vous voulez prendre votre temps...

DR — oui je pense qu'il faut dans la mesure du possible responsabiliser les gens quand même.

MM — mais vous n'avez pas l'impression que le temps que vous passez à expliquer et à responsabiliser les gens, c'est du temps que vous perdez sur votre pratique médicale pure ?

DR — non, je prends mon temps.

MM — et par rapport au nombre de patients, vous avez une manière de vous organiser, vous revoyez certains patients pour des consultations plus sociales …

DR — avant je n'osais pas le faire, mais maintenant j'essaie à chaque fois, même pour revoir, pour parler simplement

MM — une dernière chose, si on arrive à montrer l'intérêt de ce réseau, est ce que vous, devant ce service proposé aux médecins, vous seriez prête à cotiser pour soutenir le réseau ?

DR — oui si ce ne sont pas des sommes importantes, mais l'idée en elle-même ne me gêne pas

MM — d'autres choses à rajouter ?

DR — non pas de question

MM — donc pour résumer, malgré votre jeune expérience du réseau, vous avez vu un intérêt dans ce système, et vous êtes prête à le tester dans d'autres situations, par exemple la prise en charge psychologique par le biais de consultation psychologique gratuite car vous ne connaissez pas encore toutes les possibilités de ce réseau.

Merci beaucoup pour votre temps. »

4.5. Entretien semi-dirigé n°5

« Marine Monet (MM) — Est-ce que vous pouvez me donner votre date de naissance et votre date d'installation, DR , s'il vous plaît?

Docteur (DR) — 13/04/1959, et le 1er janvier 1992.

MM — D'accord. Par rapport à votre formation de médecin généraliste, avez-vous des particularités, des DUs?

DR — Oui, j'ai le DU soins palliatifs, gériatrie et le DU de régulation des naissances.

MM — Ok, très bien. Et quand vous vous êtes installée, dc en 92, c'était dans un cabinet de groupe?

DR — Oui, c'était déjà un cabinet de groupe et là, on vient d'ouvrir une maison de santé, le 1er septembre 2013.

MM —Est-ce que vous vous souvenez de la 1ière fois, dont vous avez entendu parlé du MRP?

DR — C'est une formation à la FFTJ, où j'ai rencontré une consoeur, avec qui j'ai fait mes études, médecin généraliste aussi, installée dans le 93 et responsable de la maison médicale d'Aulnay... Vous devez la connaître.

MM — Son nom?

DR — Marie-Eve Vincent.

MM — D'accord. Je n'ai pas eu l'occasion de la rencontrer.

Donc, c'est cette amie, qui vous a fait participer à une réunion.

DR — Elle m'a juste parlé du réseau et elle m'a donné les coordonnées. Donc j'ai appelé, et je suis tombée sur Sarah, que j'ai rencontré au cabinet très rapidement.

MM — Très bien. Et c'était à quel moment?

DR — Je suis en train de regarder mais je ne retrouve plus les dates.

MM — Et grosso-modo, c'était l'année passée, ou plus ancien?

DR — Oh non, cela fait bien plus d'un an que nous travaillons avec le réseau.

MM — Ok. Est-ce que vous vous souvenez de votre premier patient inclus, ou d'un des premiers, de manière générale du contexte de cette inclusion?

DR — Alors cela fait bien plus d'un an, maintenant je me rappelle et je ne me rappelle plus du premier patient inclus.

Si, si, je me rappelle.

C'est un jeune homme, qui a une hépatite auto-immune, et qui n'avait plus la sécu. Et donc, c'est dramatique, parce que la pharmacie nous prévient, qu'elle ne peut plus délivrer l'immuno-suppresseur, et voilà, et je ne sais pas quoi faire... et c'est un des premiers patients inclus.

Voilà, je ressors son dossier. Refus de paiement.

Je suis en train de regarder dans mon dossier.

En 2009, il me dit qu'il ne prend plus de traitement depuis 2 mois. Cytolyse hépatique.

Il est encore mineur. Je le remets sous ttt en 2010. Puis, en 2010, aucun suivi depuis janvier. Je ne me souviens plus du moment où je réalise qu'il n'a plus de sécu. Je suis en train de chercher.

MM — Donc, c'est un jeune homme que vous suiviez avant, et ?

DR — Oui, je le connais depuis qu'il est tout petit. Attendez, je regarde les consultations une par une. Voilà tant qu'il est suivi en pédiatrie tout va bien, puis ...

Voilà, le 21/04/2011, refus de la sécu. Je suis alertée parce que la sécu refuse de payer nos consultations, puisque nous travaillions en tiers-payant. 2011.

MM — Très bien.

DR — Et... compliqué le dossier. Persistance de douleurs. En fait, on n'écrit pas tout sur les dossiers.

MM — Oui, et à ce moment, vous aviez fait appel à Sarah?

DR — Oui, je vais le retrouver... excusez-moi, c'est un peu lent... mais cela m'intéresse de me rappeler.

Je reprends — 20/12/2012, je le croise dans la rue. Il me dit qu'il ne prend plus de traitement. Il me dit qu'il n'a plus de sécu et que la pharmacie ne veut plus délivrer le traitement.

Téléphone aux coursiers. Dc 8/03/13, je téléphone, et là j'ai Sarah. Problèmes sécu. Je contacte l'ARS.

Cela ne devait pas être le premier que j'inclus.

En fait, je n'écris pas tout dans les dossiers, moi qui croyais que j'écrivais tout....

Je téléphone aux coursiers. Mais je n'ai rien noté de plus, dc je ne peux pas vous en dire plus.

MM — Ok, mais donc pour ce patient là, on peut se dire qu'un s'agissait d'un patient complexe, parce problème médical très lourd avec problème social ou administratif.

DR — Et il me semble que le problème était une histoire d'ALD, qui était sur le numéro de sécu de son père, et que à la majorité, l'ALD n'avait pas été transférée sur son nuémro de sécu à lui.

MM — Et vous avez le souvenir que Sarah avait pu débrouiller les choses facilement?

DR — Eh bien, cela j'en suis certaine, puisqu'on a pu récupérer, grâce à Sarah, la couverture sociale à 100% et des droits.

MM — D'accord.

DR — En gros, quand je regarde sur le dossier, je vois, refus de paiement, refus de paiement, refus de paiement...Nous ne sommes pas payés. Puisque nous sommes en tiers-payant. Sauf que je suis alertée quand la pharmacie refuse de délivrer les traitements.

MM — D'accord. Très bien. Et vous me disiez que vous avez eu d'autres patients dans ce cas-là?

DR — Dans ce cas ou d'autres. Oui.

MM — Avec des problèmes de couverture sociale?

DR — Oui, je pense que pour ce cas-là, il s'agit d'un jeune de 20 ans, sans couverture sociale. A 16 ans, il a un nouveau numéro de sécu et le changement ne se fait pas bien. J'ai du mal à comprendre pourquoi il n'a pas de sécu tout d'un coup. Et Sarah s'en occupe, et il retrouver une attestation de sécu et une ALD 30.

MM— Très bien. Et en fait, pour en revenir au MRP.... est-ce que vous avez d'autres structures qui auraient pu prendre en charge ce problème en dehors du MRP?

DR— Bien sûr. Il y avait les assistantes sociales de secteur, les assistantes sociales de gastro...

Quand je regarde dans mon dossier, j'ai 3 courriers envoyés à des assistantes sociales. Que faire, mon patient n'a plus de sécu...

Alors je ne sais pas, est ce que c'est lui, qui ne va pas aux RDV, est-ce que c'est les assistantes sociales, qui ne s'y intéressent pas. Je ne sais pas. Mais en tous cas, jusqu'à ce que Sarah intervienne, il n'a pas de sécu et pas d'ALD.

MM— D'accord. Très bien. Alors, pour en revenir à quelque chose de plus général, combien de patients avez-vous inclus au total? Pas de manière précise, mais pour me donner un ordre de grandeur.

DR — Pleins, pleins. J'ai presque l'impression qu'il n'y a pas une semaine où j'appelle pas les coursiers. J'appelle sur des dossiers où j'ai déjà appelé aussi.

MM — Est-ce que vous pouvez me dire de manière générale aussi, les raisons qui vous poussent à appeler?

DR— Souvent, il s'agit de gens qui n'ont pas de sécu. Bien sûr, je ne parle des patients qui n'ont pas droit à la sécu, mais surtout de gens qui y ont droit et qui alors sont en situation de grande fragilité, précarité. Souvent, ils n'ont pas rempli un papier, ou je ne sais pas ce qu'ils ont fait ou pas fait. Mais ils n'ont pas de sécu, et souvent c'est souvent le même cas de figure, c'est des gens qui ont une maladie grave, j'en ai deux en tête actuellement — c'est diabète et

AOMI sévère... Donc ils ont des gros problèmes de sécu et la sécu envoie un papier disant, qu'ils n'ont plus droit à la sécu.

MM— Oui, donc c'est quelque chose qui devient complexe, parce qu'on a une maladie grave, et un problème de sécu.

DR— Hum, oui et avec des services sociaux,...alors le problème chez nous, c'est que je travaille depuis longtemps dans le quartier, donc je connais très bien le service social, mais il y a eu des départs à la retraite, avec un changement de l'équipe dans notre secteur. Ce qui fait que je n'ai plus le lien, mais j'ai toujours le téléphone... mais j'envoie des patients, est ce qu'ils n'y vont pas... Je ne sais pas, mais il y a des situations que je n'arrive pas à débloquer par le circuit normal de mes assistantes sociales de secteur.

MM— D'accord, et alors à ce moment, qu'est ce que le MRP fait de différent?

DR— Il va sur place, il se met .... je cherche le bon terme...à la portée des patients. C'est-à-dire, il ne répond pas — le patient n'est pas venu à son RDV. Je ne sais pas comment ils font, ils se déplacent, ils téléphonent, ils donnent un rdv... Parce qu'on a affaire à des personnes extrêmement fragilisées et qui sont éjectées du circuit normal. Ils ne comprennent pas qu'il y a un papier à remplir.

MM— Oui .

DR— Là j'ai une patiente, j'ai pas encore appelé Ozgur mais je vais le faire, je lui en ai parlé en plus. Il me semble qu'il a y un problème de sécu aussi. Comment je suis au courant? Parce que avec le tiers payant, nous recevons les refus de paiement de la sécu.... mais sans doute, qu'elle n'a pas dû répondre à un courrier, je l'envoie voir les assistantes sociales, mais d'abord, les assistantes sociales sont difficilement joignables, et deuxième reproche à l'assistante sociale, mais elle est nouvelle, dc voilà, mais elle ne me rappelle pas pour me donner des nouvelles. Et c'est là que ça bloque. Dc ça dure, ça dure, ça dure et il n'y a toujours pas de sécu.

Ce qu'il y a de différent avec les coursiers, c'est d'abord qu'ils me tiennent au courant, et puis ils vont voir les patients, ils ne lâchent pas le morceau. Ils disent pas, tant pis, elle a raté son RDV alors tant pis pour elle.

MM— D'accord. Ok, effectivement c'est quelque chose d'important. Et tout à l'heure, vous avez dit quelque chose par rapport à la manière dont les patients étaient reçus? Alors, est-ce que vous croyez que cela fait une particularité du MRP? Ainsi, ils se mettent à la portée du patient d'un point de vue géographique, mais aussi d'un point de vue humain?

DR— Ils donnent RDV soit chez la personne, soit au café du coin, et pour les gens très fragiles, c'est ce qu'il y a de mieux, c'est d'aller les chercher où ils sont.

MM— Oui, tout à fait. Et est-ce qu'ils sont plus abordables au niveau de la relation avec les patients? De la communication?

DR— Ce qui est différent, c'est qu'ils me disent pas après au téléphone, ben mon patient il est comme-ci, comme ça, il est en retard, il est pas complaisant, etc. J'exagère mais ce topo, c'est ce que font les assistantes sociales, qui viennent d'arriver, et que je ne connais pas encore.

Moi, j'écris une lettre et j'envoie ma patiente voir l'assistante sociale. Alors la première explication, c'est que la patient ne s'y est pas rendue. Elle pourrait appeler l'assistante sociale pour me dire, qu'elle n'est pas venue.

Après je pense à un dossier particulier, la patiente m'a dit qu'elle y était allée et l'assistante sociale lui a répondue qu'elle ne pouvait rien faire pour elle. Je pense que ce n'est pas vrai. Soit l'assistante sociale est incompétente, soit elle ne lui a pas dit cela. Mais alors pourquoi elle ne m'appelle pas. Moi, je donne mon portable. On est pas immédiatement joignable mais on arrive à se parler.

Là, je suis sur un autre dossier, d'une patiente de 50 ans, qui a une artérite sévère des membres inférieurs avec sans doute des lésions vasculaires sévères et bien entendu le traitement qui est là pour protéger le coeur... Elle est en rupture de soins depuis plus d'un an et je ne sais pas pourquoi. J'ai pris un rdv avec les AS du secteur. La dame me dit qu'elle a été mal reçue. Ce n'est peut-être pas vrai, mais pourquoi elle ne me rappelle pas. Peut-être qu'elle n'y est pas allée, on peut envisager cette autre possibilité, mais alors pourquoi l'AS ne m'appelle pas pour me dire que ma patient n'est pas venue.

Elles sont débordées et le contact, et là c'est particulier, parce que toute l'équipe des AS de secteur a changé, et il y a tout un travail à recommencer, les rencontrer...les connaître, qu'elles aient confiance en nous, qu'elles puissent nous appeler et qu'elles sachent que c'est un travail en équipe qu'on démarre et que dans un travail en équipe, il faut s'appeler.

Donc, je suis un peu confuse peut-être, mais qu'est ce que j'ai de plus avec les coursiers, c'est que j'ai leurs numéros de portable, les AS je n'ai pas leurs portables, les anciennes j'avais réussi à avoir leurs portables, mais les nouvelles pas encore.

Donc, je vais appeler un fixe, et j'ai une demi-heure de disque et au bout de une demi-heure de disque, on va me dire qu'il faut rappeler. Donc, je laisse un message aux coursiers, disant que Madame X n'a toujours pas sa sécu. Elles me rappellent, elles me laissent un message. Pour me dire, ben voilà c'est ça.

MM— Donc finalement, ce que vous offre le MRP, c'est quelque chose que vous aviez réussi à construire par le passé, de manière tout à fait personnelle, dans votre milieu à vous, avec des personnes dans le milieu du social, qui pouvaient vous soutenir.

DR— Non, non. Pas vraiment. Je pense au rôle des bonnes relations avec les AS de secteur, cela je l'avais, avant que l'équipe change.

Mais de toute manière, je n'avais pas les visites à domicile comme ça. Pour avoir une visite à domicile de mes AS, il fallait vraiment que je mette une énergie folle. Et je pense que pour les gens fragiles, il faut du domicile. Du domicile, ou alors on se donne rdv au café d'en dessous, il faut de la souplesse dans la rencontre, et ça, malgré qu'on ait eu de très bonnes relations, il fallait que mes patients se déplacent, et qu'ils soient à l'heure au rdv, et toutes ces conditions faisaient que 1 fois sur 2, ils étaient éjectés.

Alors ayant de bonnes relations avec le service social, on cherchait des solutions. Mais là, j'ai un plus énorme avec les coursiers, c'est le domicile.

MM— D'accord, Très bien. Et vous, personnellement, le fait de pouvoir avoir accès à un service comme cela, ...

DR — Et autre chose, ils accompagnent les patients....Vous étiez à la journée au Sénat de Me ARCHIMBAUD?

MM— Non, non.

DR— Alors, elle a fait un rapport sur internet sur le MRP, et dans son rapport, elle prend le cas de Me W. comme exemple. Me W., il s'agit d'une patiente à moi. Vous chercherez sur internet. Cette dame, elle est lettrée, elle se débrouille très très bien. Le témoignage écrit d'ailleurs, elle me l'a mis par écrit. Je lui ai demandée de raconter. Donc, c'est une dame qui va aux rdv, qui répond au courrier, et elle était dans une histoire délirante de sécu. Et je crois que c'est Ozgur, ils l'ont accompagnée tout simplement, et ça je ne l'ai pas avec la sécu et les assistantes sociales. Mais là, je pense que la présence des coursiers a pu tirer la patiente de la situation incroyable dans laquelle elle était rentrée.

MM— Oui, d'accord.

DR— Donc, c'est aussi ça. C'est aussi l'accompagnement, on y va, on y va avec et on lâche pas le morceau.

Et la dernière chose que j'ajoute, c'est que l'on ne lâche pas le morceau. Et avec les AS de secteur, si je suis très vigilante, elles font ce qu'elles doivent faire, et après elles ne préoccupent pas de la suite. Alors qu'avec les coursiers sociaux, elles ne lâchent pas le morceau et pour mon patient a la CMU ou pas la CMU, elles sont là.

MM— Et le fait d'avoir ce soutien, si on peut dire que c'est un soutien dans votre pratique, et qu'est ce que ça change pour vous sur votre pratique médicale?

DR— C'est un soutien énorme. Ca change pour ma pratique, j'ai une sécurité... là, je suis en train de penser à une dame, que j'ai recroisé hier, qui n'a plus de sécu. Je n'y comprends rien, elle est un peu handicapée. Je l'ai envoyée 10fois sur le secteur et fait 10 courriers. Elle a toujours pas de sécu. La j'ai confiance, que le dossier est en de bonnes mains, et que l'on va pas laisser tomber. Si jamais cela ne se débloque pas, on va me rappeler. Et on va pas... Je n'ai pas besoin de l'avoir perpétuellement en tête, je sais que qqn s'occupe de ce problème. Parce que le problème avec les patients fragiles, qui n'ont plus la sécu, plus la CMU, ils viennent plus nous voir. Donc cela me demande à moi, de me dire... Me X, cela fait longtemps que je ne l'ai pas vue, et la dernière fois que je l'ai vue, elle me disait qu'elle n'avait plus la sécu, et il faut que je pense à l'appeler. Et ça c'est épuisant dans mon quotidien. Et moi, je suis là pour faire de la médecine et je vois les patients quand ils viennent me voir.

Et l'intérêt des coursiers sociaux, c'est qu'avec ma patiente, je sais qu'ils ne vont pas la lâcher. Et j'ai besoin moi, de me dire, il faut que je la rappelle.

Bon, je suis un peu négative sur les AS, mais il y a des AS à qui je peux faire autant confiance. Mais ils sont débordés, et plus il faut que je monte la relation pour qu'ils me fassent confiance. Et c'est vrai, que les coursiers sont arrivés à un moment où on était très démunis par rapport à notre équipe d'AS. Cela a joué aussi.

MM— Et est-ce que le fait d'avoir ce soutien-là, de fonctionner en équipe finalement, est-ce que d'avoir ce réseau, vous permet de prendre en charge des patients plus compliqués et plus fragiles en modifiant votre pratique?

DR— Non, parce qu'on les a déjà ces patients fragiles. En même temps, on est un cabinet très axé sur l'accès aux soins. De toute manière, on les voit. Alors je pourrais pas dire qu'on les voit plus mais qu'on les voit mieux.

MM— Peut-être, vous en tant que médecin généraliste, vous pouvez imaginer que des médecins plus isolés, pourraient modifier leurs prises en charge de patients complexes. Bien sûr pour des cabinets qui auraient un autre objectif de santé que les inégalités de sante, cela peut permettre de voir des patients très fragiles. Cela ouvre la médecine libérale à des patients très fragiles.

MM— Alors 2 mots pour terminer...

Est-ce que vous pensez qu'il faudrait étendre le fonctionnement du MRP à d'autres zones?

DR— Ah il faut qu'il y en ait partout.

MM—Est-ce qu'il y a des modifications à apporter?Des choses auxquelles vous auriez pensé?

DR— Euh...., comme toujours, quand on travaille avec une équipe, on est très déstabilisés quand une équipe change, bien sûr. Avec le départ de Sarah, cela a été tout d'un coup un changement... Ben voilà, il faut reconstruire quelque chose, mais c'est la vie. Il faut que toutes les équipes sachent gérer le changement. Sur les patients très fragiles, dès qu'il y a un changement de professionnel, cela complique. Mais bon...

MM— Et est-ce que vous auriez une idée sur la manière, dont on devrait recruter ces coursiers, et quelle formation ils devraient avoir, pour que ce soit plus homogène finalement?

DR— Je n'ai pas tellement d'idée, je ne m'y connais pas tellement. Je réfléchis à votre question. Je pense que.. la chose qui m'inquiète, c'est qu'ils sont tellement précieux pour notre quotidien aujourd'hui, que bientôt, ils vont être demandés partout et ils ne peuvent pas faire des journées de 90h, et bientôt ils seront submergés.

J'ai pris comme un énorme privilège le fait de les avoir si présents avec nous les derniers temps, mais cela va pas durer, parce que tout simplement, il faut bien qu'ils aillent dormir la nuit. Il y a un tel besoin du travail qu'ils font, que moi ma grande inquiétude, c'est qu'ils ne soient plus disponibles, parce trop demandés.

Et que cette disponibilité qu'ils ont, chez des patients très fragiles, leur permet d'accepter qu'un patient ne soit pas à l'heure. Je pense que les AS sont tellement submergées, qu'elles ne peuvent pas accepter cela. »

4.6. Entretien semi-dirigé n°6

« *Marine Monet (MM)* — Juste pour rappel, c'est une étude qualitative qui a pour but de décrire centre de ressource pour mini-réseau de proximité, qui est en expérimentation actuellement dans le 93 et qui s'est étendu sur Paris. Je vous interroge aujourd'hui car vous êtes sur la liste des médecins qui l'utilisez.

Deux questions pour commencer, pouvez-vous me donner votre date de naissance, et votre année d'installation ?

Docteur (DR) — Je suis né le 8 décembre 1956, et mon année d'installation c'est 1985.

MM — D'accord, et à ce moment là, vous vous installez en collaboration ?

DR — En association, alors reprenons les choses, j'ai commencé en centre de santé, après avoir fait des remplacements en campagne, en ville, autour de la région parisienne, j'avais un mi-temps, ce qui me permettait d'avoir du temps dans le milieu associatif et puis je me suis installé ensuite en cabinet libéral à mi-temps en 1989, en ville à deux..

MM — Jusqu'à cette année...

DR — Oui en 2013, j'ai gardé mon activité au centre de santé de Gagny et on m'a proposé un poste à mi-temps au centre de santé de Champigny.

MM — D'accord, très bien.

Est-ce que vous vous souvenez de la manière dont vous avez entendu parler du centre de ressource?

DR — Alors, j'en ai entendu parler par un médecin installé à Gagny, qui travaillait beaucoup avec eux et qui est à l'origine de leur installation à Gagny, qui m'a décrit un outil très utile et très pratique. Voilà, je dois dire que je n'y ai pas cru au début parce que ça paraissait trop facile, je me demandais ce que c'était….

MM — Trop facile dans quel sens ?

DR — C'est-à-dire, avoir accès à une assistance social comme ça dans la journée, pour moi c'était un ovni je ne comprenais pas, le fait qu'il était mobile, c'était innovant. Moi je fonctionnais avec un service social municipal qui marchait sur rendez vous, fallait prendre un rendez vous, téléphoner avoir une secrétaire, liste d'attente etc., donc c'était un dispositif qui me paraissait un peu lourd.

MM — Oui d'accord, et vous n'aviez jamais rencontré auparavant quelque chose qui ressemble à ça ?

DR — J'ai travaillé en addictologie, avec des éducateurs, et ils étaient très mobiles, qui faisaient du domicile, qui avaient un rôle de médiateur social...

MM — D'accord donc c'est quelque chose que vous avez déjà rencontré auparavant, et dont vous aviez déjà pu sentir l'utilité?

DR — Oui.

MM — Et là, depuis que vous en avez entendu parler, "grosso modo", combien de patients avez-vous inclus?

DR — Une trentaine à peu près.

MM — Depuis combien de temps ?

DR — Depuis 3 ans je dirais, c'était progressif, je l'utilisais peu au départ puis ponctuellement, je les ai appelé, beaucoup depuis 3 mois.

MM— Parce que ?

DR — Bah je ne sais pas, peut-être parce qu'ils ont beaucoup de numéros de portable, et qu'ils répondent rapidement, et tout est enregistré sur mon nouveau téléphone, donc c'est vrai que c'est plus facile ? Et il y a une arrière pensée derrière tout ça que je dois vous avouer tout de suite, c'est que j'aimerais bien qu'il soit placé dans le centre de santé, de celui de Gagny, qu'ils aient un local et qu'ils soient en même temps au même endroit, et tout de suite pouvoir faire les connexions entre les patients. Parce que j'ai tout le temps besoin d'un renseignement ou d'une prise en charge plus globale.

MM — D'accord, est ce on peut se dire, parce que ça fait trois mois et que votre activité a un peu changée, que c'est pour ça que vous utilisez plus le mini réseau ?

DR — Oui et j'ai un peu plus de temps le midi et c'est la que je me pose pour faire le point et penser à composer leur numéros. Mais effectivement, les choses se sont accélérées là tout récemment, et puis ils se sont renforcés. A un moment, il y avait un délai d'attente pour les avoir et puis, là maintenant, ça va plus vite.

MM — C'est-à-dire comment vous faites ?

DR — Je laisse un message et ils me rappellent en 24 -48h et des fois c'est assez vite. Une fois, j'ai reçu le beau-père d'une famille sans papier et fallait prendre en charge tous les membres d'une famille qui avait un problème de couverture sociale, et un problème d'humidité dans leur logement qui ne leur appartient pas, et ils sont venus avec le beau frère qui venait de se faire virer de son boulot, à cause d'arrêt de travail non justifié alors qu'il avait bien donné les papiers en temps voulu.

MM — D'accord.

DR — Et pour les deux familles, j'ai eu des résultats.

MM — D'accord, est-ce que vous avez l'impression que quand vous faites appel au centre de ressources et qu'il est disponible, que vous avez des résultats ?

DR — Oui, alors il y a des résultats directs pour eux, pour le patient, pour la situation sociale, mais même si je n'ai pas de résultat concret, au moins je sais moi, j'ai intégré l'idée qu'il se prépare quelque chose, qu'il y a une structure réactive qui vient en appui et qui va me permettre à moi de continuer à faire mon travail de médecin, en sachant que comme je sais qu'il y a un suivi social en parallèle, je peux continuer à faire des propositions médicales qui vont avoir une cohérence au bout d'un moment.

MM — D'accord et vous pouvez le faire parce que vous, ça modifie votre manière d'envisager la situation ou parce que ça modifie aussi quelque chose chez les patients ?

DR — Ça modifie quelque chose chez les patients qui eux sont dans l'espoir que tout n'est pas perdu pour eux, et puis chez moi aussi.

L'exemple le plus étonnant, c'est un patient pour lequel on fait un suivi, sans domicile et que le mini réseau n'a jamais vu. Je leur ai téléphoné car ce patient sans domicile n'avait pas de téléphone portable, et il me vient me voir ponctuellement sans rendez- vous, donc comment on fait pour voir ce patient, qui doit être tout le temps être hospitalisé pour son syndrome d'apnée du sommeil sévère, il est appareillé tous les jours mais il vit dans la rue. Il a 11 ou 12 certificats de médecins qui expliquent qu'il ne peut pas vivre dans la rue, comment on fait ?

Je fais une lettre et je contacte le mini réseau en expliquant la situation et comme il n'a pas de téléphone, c'est compliqué. Je dois avoir tout de suite une réponse, soit je téléphone au 115 pour avoir un hébergement dans la minute, soit….donc je fais une lettre avec mes coordonnées pour l'hospitalisation, je téléphone au mini-réseau, et on arrive à faire le lien. Ils m'ont expliqué la démarche pour arriver à lui trouver un téléphone, avec Emmaüs, pour avoir des téléphones gratuits pour des personnes sans domicile. Donc pour ce patient, quand je vais le revoir, et on va lui demander pour son téléphone, on va avancer.

Là c'est un cas extrême, mais pour des patients qui sont dans des situations sociales catastrophiques, on sait qu'on a un appui social, on sait qu'on peut faire un travail plus médical, et de faire un point sur leur santé. La première fois, ce monsieur je l'ai vu une heure et demi pour faire du social, pour régler ces papiers. La première fois pour éclaircir la situations faire le point au niveau médical, puis la deuxième fois, j'ai vu tous ces certificats, et j'ai fait appel au mini réseau, j'avais une heure de retard dans mes consultations, SOS mini réseau…

MM — Et vous avez l'impression que le fait d'avoir le mini réseau dans vos contacts, ça vous permet la prise en charge de ce patient ? Si le mini réseau n'existe pas, face à un patient de ce type, qui prend beaucoup de temps qui est très compliqué, vous auriez fait comment ?

DR — Ce patient là, je n'aurais pas eu la réponse comme ça, je ne vois pas à qui j'aurais pu téléphoner…. J'aurais appelé le secteur social, je n'aurais pas eu ces réponses là… on est dans l'accès avec une réponse immédiate dans le mini réseau.

MM — D'accord très bien, donc ce qu'on peut dire, c'est que le mini-réseau comble un trou dans le système de santé, comble un besoin qui n'est pas résolu par d'autres réseaux, d'autres systèmes?

DR — Pour l'instant je ne vois pas, il n'y a rien d'autres.

MM — Parce que c'est un réseau plus réactif, plus disponible, plus mobile?

DR — Mobile oui, un réseau qui se déplace au domicile des patients, il y avait aussi un réseau qui faisait seulement pour les utilisateurs de drogues, mais sinon on n'a pas de réponse.

MM — C'est très spécifique, et ce mini-réseau modifie, dans ce que j'entends, votre pratique et est une forme de confort.

DR — Oui oui parce qu'on est vraiment contraint pour les patients d'avoir dans certaines situations..., par exemple quelqu'un qui veut partir de son boulot pour des raisons de harcèlement, on sait très bien qu'il va y avoir des périodes sans revenus, ils ne vont pas pouvoir payer les frais médicaux, donc si on n'a pas de prise en charge des situations sociales des patients on sait que sur le plan global, ça va pas aller.

MM — La vous me parlez de situations sociales très lourdes avec une part administrative, couverture sociale, travail, il y a beaucoup d'administratif, est ce que vous faites appel au mini réseau pour d'autres problèmes ou des situations différentes ? Pour essayer de cibler l'action du mini réseau au maximum...

DR — Je pense à une patiente pour laquelle j'avais du mal à comprendre la situation, entre ce qu'elle m'énonçait, elle est un peu dans le syndrome persécutif, on se demande un peu s'il n'y a pas des éléments un peu délirant — elle vit avec ces garçons qui sont violents avec elle, et j'ai du mal à comprendre la situation. Alors le mini-réseau est arrivé, ils sont venus à domicile et ils ont démarré la prise en charge de ces grands enfants, ce sont des adultes. Je ne l'avais pas demandé, mais ils ont répondu aux demandes des garçons qui étaient là.

Dans cette famille, tout le monde pouvait être acteur pour que cela bouge. Cela a débloqué les choses, les choses sont un peu plus détendues, quand je vois la mère.

MM — Les garçons ne sont jamais venus consultés, ils n'avaient pas de problèmes médicaux finalement.

DR — Peut être pas, mais ils ne sont jamais venus me voir.

MM— Et finalement, vous avez envoyé le mini réseau pour débrouiller une situation qui était plutôt d'ordre psychologique plus qu'autre chose?

DR — Je ne les ai pas envoyé que pour ça mais je savais bien qu'il y avait quelque chose dans cette histoire, à prendre en compte pour cette dame.

J'ai apprécié qu'ils ne se soient pas limités, j'aime bien la souplesse intellectuelle, ça change beaucoup de chose d'avoir quelqu'un de réactif et qu'ils viennent à domicile

MM — Et la dans le cas de cette dame, vous les avez contactés car vous aviez besoin de quelqu'un pour se déplacer, d'avoir un bilan à domicile?

DR — Cette dame, elle a des gros problèmes orthopédiques, elle vient me voir en ambulance c'est vrai que le fait de pouvoir aller à domicile, permet d'apprendre pleins de choses.

MM — Justement, la on arrive un peu à définir le centre de ressources, sur ce que ça apporte, sur leur domaine d'action, on en revient beaucoup aux conseils sociaux finalement, qui sont les piliers de ce réseau et comme vous venez de le dire, il faut cette souplesse d'esprit, cette capacité de savoir prendre en charge un patient de manière globale. Donc, comment vous voyez ces conseillers sociaux, est ce qu'ils devraient avoir une formation particulière, des compétences particulières et indispensables ? Parce que c'est un métier qui va être un nouveau métier, donc comment le définir ?

DR — C'est vrai qu'il faut une solide formation dans le niveau social, mais il faut aussi des études de psychologie. Mais je ne me suis pas renseigné sur eux, mais on sent que sur le plan social, ils connaissent bien, ils ont un bon réseau de correspondants.

MM — Oui.

DR — Et on sent qu'ils prennent les décisions en groupe, quand ils ne savent pas, ils cherchent un renseignement auprès de un tel.

MM — Donc ils ont un réseau, ils sont reliés.

D*R* — Ils peuvent faire des choses extraordinaires — il y a longtemps, j'avais un correspondant pour faire faire des lunettes sur mesure, un moine dans un monastère des Vosges qui était un ancien opticien, qui s'était retiré, qui récupère tout, qui faisait des lunettes sur commandes. J'avais obtenu des lunettes pour mes patients gratuitement.

Voila, pour montrer que si on a réseau, on peut faire des choses qu'on n'imagine pas en fait. Et il le faut, car on a de plus en plus de problèmes avec l'accès aux soins…

Pour leur formation, il faut quand même avoir des formations en psycho, parce que, il y a très souvent un mélange des deux. Soit à cause de leurs problèmes psychologiques, ils se sont désocialisés, ou que suite à un accident de la vie, ils se retrouvent dans des situations de grosses déprimes.

MM— Oui on retrouve très souvent avec les problèmes sociaux, une part psychologique. Donc il faudrait qu'ils aient une formation aux pathologies psychiatriques ?

DR — Oui aux pathologies psychiatriques, à la communication…..je ne sais pas, les situations ne sont pas évidentes. J'ai eu récemment une patiente qui a sur-réagit à l'intervention du réseau, c'est une dame qui se plaint tout le temps, les médecins ne font jamais ce qu'il faut, ça ne va jamais, par rapport au réseau, elle a dit qu'ils n'avaient pas fait leur travail, que rien n'allait, qu'il fallait qu'elle récupère des papiers, elle a ressenti ça comme une intrusion, et la coursière qui s'occupait d'elle, quand je l'ai eu au téléphone, je lui ai expliqué que ce sont des choses qui arrivent. Et je me suis demandé s'ils étaient préparés à cela. Ils pensent se retrouver face à des gens qui peuvent mettre en échec la démarche, alors qu'ils s'investissent rapidement.

Alors est ce qu'ils sont préparés à des retours de flammes? Les assistantes sociales de quartiers savent bien que leurs démarches peuvent échouer.

MM — Oui c'est intéressant. Vous pensez qu'il doit y avoir une équipe derrière pour discuter et finalement travailler sur le contre-transfert qui peut arriver.

Donc, il faut que ce soit des personnes qui soient sensibilisées aux pathologies psychiatriques et aussi à la communication, je ne sais pas comment dire, aux complications relationnelles,

DR — A la relation thérapeutique,

MM — Oui c'est ça et je pense que les éducateurs, ou les médiateurs sociaux sont très formés à ça.

DR — Oui mais je ne sais pas juste qu'à quel point ils sont appuyés.

MM — Ils sont une équipe, ils sont formés au niveau psychologique, mais c'est vrai qu'on pourrait faire quelque chose pour qu'ils soient renforcés à ce niveau là, c'est une évidence et c'est quelque chose qui c'est vu depuis trois ans.

DR — Oui ça me rappelle, une histoire d'un couple un peu compliqué, où la dame 40-50 ans s'est remariée avec un monsieur qui avait un problème alcool et qui a rapidement été violent avec elle, et donc elle a été suivie par le secteur social, c'était bien mais ils restaient en couple et les choses n'avaient pas avancés malgré leur présence.

MM — Et cette dame vous la preniez déjà en charge avant ?

DR — Oui et elle m'avait demandé de prendre en charge son mari. Et il y a eu un accident de parcours, je me suis fais bousculé lors d'une consultation car il ne voulait pas que je la vois seule. Ca été un incident qui a gâché ma relation thérapeutique avec lui. Et après, elle n'allait pas bien, et je me rappelle que le mini–réseau est intervenu, j'ai été assez étonné. Je leur ai expliqué la situation remplie de violence, de harcèlement et comme ça en 1 mois, elle est partie du domicile, elle est allée en province, alors qu'il y avait eu des années de violence, et maintenant, je sais qu'elle est restée en province et qu'elle n'est pas revenue à son domicile.

MM — Et vous avez eu un bilan de la part du mini réseau à ce moment là?

DR — Je n'ai pas analysé cette situation avec eux mais j'ai eu l'impression de les suivre. Ils m'ont parlé de leur manière de faire et j'ai trouvé ça très cohérent, mais je n'ai pas discuté avec eux et je n'ai pas compris pourquoi si rapidement, cela a aboutit à cette nouvelle situation, alors que moi même j'avais travaillé la question avec elle, mais je n'avais pas réussi.

MM— Elle était soutenue d'un point de vue social, et que c'est plus facile.

Bon pour un petit peu conclure, il y a une question que je pose, le problème de ce mini-réseau depuis des années c'est le problème de financement, c'est une expérimentation, il doit prouver

son efficacité pour avoir des subventions, et le problème c'est que sans les subventions, il ne peut pas être efficace.

DR — Effectivement, cela n'est pas évident, j'ai été responsable d'un réseau en addictologie à l'hôpital de Montreuil, et tous les ans il fallait refaire un bilan d'activité et un projet pour l'année suivante, sans savoir si cela allait aboutir.

MM — c'est exactement ça et donc je me posais la question de savoir si on pouvait trouver d'autre financement possible. On pense que cela doit venir d'un financement publique, que cela vienne de l'ARS, que ce soit stabilisé. Peut être qu'en ayant une meilleure description du réseau cela serait possible. Mais je vous disais aussi que la nouvelle génération de médecins généralistes, on a comme une idée qu'il faut payer certains services, de les partager par manque de moyen et pourquoi pas de payer ce centre de ressources pour le service qu'il rend, pour le confort qu'il nous apporte, et permet une meilleure souplesse.

Mais vous qui l'avez testé pendant des années, qu'est ce que vous en pensez ? Une cotisation par exemple?

DR — De la part du médecin?

MM — Volontairement?

DR — Volontairement non, impossible (Rires).

MM — D'accord, impossible point(Rires).

DR — Alors qu'il y ait un acte symbolique d'adhésion au mini-réseau de la part d'un médecin qui l'utilise, je ne suis pas opposé à cette idée, c'est-à-dire une demande sur l'année, une adhésion, d'accord.

MM — Mais non payante?

DR — Symboliquement, on manifeste que l'on veut faire parti de ce fonctionnement, après quand on est un médecin avec des patients qui ont des problèmes sociaux, il faut plus de temps, et de disponibilité, je sais qu'il y a des médecins qui vont dire, on ne va pas payer le mini-réseau, nous on va prendre le temps,

Je pense que ceux qui peuvent en tirer le plus profil, c'est les caisses de l'assurance maladie, parce qu'on gagne du temps de consultation, et donc elles ont un rôle à jouer...

Moi je suis prêt à cotiser mais je pense que pour tous les médecins ce n'est pas…

MM — C'est impossible... c'est rigolo parce que c'est quelque chose qui ne me semblait pas aberrant ni pour ceux qui viennent de s'installer, mais la réponse est la même que la vôtre pour des médecins qui ont plus d'expérience, c'est intéressant.

DR — en tant que médecin, on investit beaucoup des son temps de soit même, on est toujours un peu dans le don et il y a pas beaucoup de compensation. Il y a des médecins qui cherchent l'argent comme compensation, qui prennent des dépassements, mais ils se sentent coupables,

ils savent bien que c'est pas bien, ils le font avec beaucoup de complexes et qu'est ce que ça leur donne à la fin de l'année….. Ce sont des valeurs éphémères, le vrai sens de leur investissement initial, il n'est pas la. Mais certains y tiennent…

C'est un don de soi, on passe beaucoup de temps en cabinet, les consultations en ville elles peuvent finit vers 21h- 22h, en commencer à 6h du matin.

Non, non, je suis un peu déconcerté par la question, je ne pensais pas à ça pour la pérennité de la structure, je pensais plus à un investissement de l'assurance maladie de l'ARS, avec un budget annuel

MM— Je suis tout à fait d'accord

DR — Des coursiers, sociaux qui ont cette souplesse la, il faut que ce soit reconnu, il ne faut pas attendre la cotisation d'un médecin.

MM — Je suis totalement d'accord, mais c'est une manière de repousser, de comprendre comment on envisage le service.

Est-ce que il y a des choses à modifier, le fonctionnement, des choses qui manquent ?

DR — Un local identifiable, un bureau

MM — Ils en ont un

DR — Ah bon

MM — Alors que ce soit un local qui soit accessible aux patients et aux médecins

DR — Oui aussi

MM — Avec une permanence

DR — Oui, car je pense qu'on ne peut pas tout faire en temps que coursier, il faut des bureaux, pour recevoir ailleurs qu'à la maison

MM— D'accord, mais je pense que ça leur est arrivé de rencontrer les gens dans des cafés...

DR — Oui je pense.

MM — Vous pensez que de se rencontrer dans un lieu permanent, ça a un intérêt alors que de se retrouver dans un lieu public, c'et différent,? Que ce soit permanent, c'est mieux?

DR — Oui, mais en disant ça, il ne faut pas qu'ils perdent leur souplesse, je ne souhaite pas qu'ils s'installent dans des bureaux. Pour moi, leur qualité c'est le fait qu'ils se déplacent à domicile. On est tellement dans l'attente des démarches, pour les gens c'est super, on leur programme les choses. Quand je vois des patients qui sont dans des situations dangereuses, je leur dis, attendez je vais téléphoner, je vais voir si j'ai quelqu'un pour agir...

Les gens sont très reconnaissants.

MM — Très reconnaissants, qu'on leur vienne en aide rapidement? et envers qui ?

DR — Envers moi, pour avoir fait la connexion, envers les coursiers aussi je pense mais ils me le disent moins.

MM — Mais cela doit changer vos relations avec les patients j'imagine?

DR — OUI

MM — Vous avez l'impression de fidéliser certain patients quand vous êtes efficaces dans certaines situations ?

DR — Oui, oui

MM — Donc c'est un confort incroyable?

DR — Oui, la famille qui est venue parce que leur appartement était insalubre, et ils avaient des problèmes de couverture, ils sont venus parce qu'ils savaient que j'avais des contacts avec le social.

MM — Et il y a une autre particularité du réseau, c'est le fait qu'il soit éphémère, que son action soit transitoire, et qu'il n'y a pas de relation de dépendance qui se crée. Vous avez l'impression que ça fonctionne ?

DR — Oui c'est vrai mais je sais que je peux les rappeler. J'ai une patiente qui avait une prise en charge, psy, très déprimée, elle s'effondre en pleure dans le bureau. Grâce au mini réseau, ils ont connectés la patiente avec une psychologue de ville.

MM —Pris en charge par le mini réseau?

DR — Oui, ils ont très bien réussi à organiser cela, car on n'arrivait pas à avoir de rendez vous, avec le centre médico-psychologique très rapidement. Elle s'y est rendue, avec un nombre de consultations limitées, donc elle vient me voir et là, j'ai rappelé le mini-réseau pour un autre problème, j'ai eu la même coursière qui la connaissait, qui la reprise en charge.

MM — Qui a refait un bilan?

DR — C'est en cours, je pense que c'est en cours, je ne sens pas d'interruption.

MM — d'accord et vous ne sentez pas non plus d'intrusion dans votre travail, est-ce qu'ils ne vont pas trop loin ? »

DR — j'ai l'habitude de travailler avec un éducateur à un moment donc je n'ai pas d'appréhension, je suis assez vigilant la dessus par rapport à la question du secret médical, du secret partagé, et de leur part, on ne m'a pas posé de questions particulières.

MM — ils prennent les informations que vous leur donnez et ils se débrouillent avec ça?

DR — ils se débrouillent avec les informations, et comme ils vont rapidement à la source, c'est le patient qui délivre les choses.

Autant avec des éducateurs, il m'est arrivé d'avoir des questionnements parce que j'avais des informations de leur part un peu trop lourdes, et je restais sur mes gardes, autant avec eux pas de problèmes. Je n'ai pas ressenti ce besoin de la part des coursiers du mini-réseau de se mettre au centre, de vouloir devenir le héros.

MM — d'accord.

DR — ils sont discrets, efficaces,

MM — ils n'empiètent pas sur votre terrain en fait, ils font leur travail, ils interviennent quand vous leur demandez, au maximum sans dépasser leur rôle...

DR — oui, je n'ai pas eu d'appréhension comme ça.

MM — même sur le plan psychologique, ils ne sont pas revenus vers vous pour vous poser des questions?

DR — je fais attention à leurs questions quand ils m'appellent, je livre ce qu'il faut mais pas trop, le patient peut ne pas avoir envie, ou je n'ai pas leur autorisation, donc je fais attention…

MM — Pas de questionnement sur les pathologies psychiatriques, parce que sur les pathologies médicales, on peut partir du principe qu'ils en ont moins besoin, mais au niveau psy, ils ont peu être besoin de renseignements pour les aider dans leurs démarches.

DR — je ne donne aucun diagnostic,

MM — et vous n'avez pas eu d'explications la dessus?

DR — je ne colle pas d'étiquettes, dépressif, schizophrène.

MM — et eux, ne sont pas revenus vers vous, avec ce genre de questionnement ?

DR — non.

MM — D'accord très bien, bon je pense qu'on a fait le tour, je vais résumer ce que vous avez dit. Vous pensez que c'est un réseau qui est intéressant.

DR — intéressant et même indispensable, c'est-à-dire qu'il vient combler un trou, dans le social, il n'y avait pas de structure, de coursiers, avec cette disposition. C'est indispensable, la souplesse de l'équipe c'est indispensable.

MM — D'accord indispensable, pour vous aider à prendre en charge les patients complexes parce qu'ils ont des pathologies médico-psychiatriques, en lien avec des problèmes sociaux, ou administratifs.

DR — oui dans lesquels on a des éléments sociaux, qui mettent en péril l'action médicale. Quelqu'un qui est sans logement, ou qui va se retrouver sans logement... il y urgence... c'est indispensable.

MM— vous me disiez aussi que finalement vous avez eu des résultats, toujours à chaque fois que vous avez inclus quelqu'un dans le mini réseau ? Parce que soit c'était un résultat complet soit plus partiel, soit une prise en charge en cours qui permettait d'améliorer votre prise en charge médicale?

DR — juste le cas de cette patiente jamais satisfaite avec laquelle, cela n'a pas accroché, sinon dans l'ensemble, ça a aidé à passer un cap.

MM — et puis dans la formation, des coursiers, vous me disiez, qu'une formation dans le social, une sensibilité psychologique ou une formation supplémentaire sur la psychologie et puis aussi l'idée aussi du débriefing, de la supervision au sein d'une équipe pour analyser les situations, et analyser son engagement émotionnel dans la situation.

Pour finir à propos du financement, le fait de financer le mini réseau par les médecins ne vous paraît pas comme une solution, car c'est quelque chose d'intéressant qui doit être mis en valeur par le service publique.

Merci beaucoup ! »

4.7. Entretien semi-dirigé 7

« *Marine Monet (MM)*— Docteur, vous avez accepté de vous entretenir avec moi au sujet de ma thèse qui porte sur la description d'un réseau de soin original et expérimental — le centre de ressources (CR) pour Mini-réseau de proximité (MRP), dont vous êtes utilisateur en tant que médecin généraliste.

Tout d'abord, merci de m'accueillir et de libérer un peu de votre temps.

Nous allons procéder à un entretien de forme qualitative, semi-dirigé. Vous pouvez à tout moment intervenir pour ajouter une idée, une précision, une remarque ou reformuler une partie de vos réponses.

Avec votre accord, je vais procéder à l'enregistrement de notre discussion, afin de me permettre de retranscrire le texte complet et précis de notre entretien.

Tout d'abord quelques questions d'ordre épidémiologique —

Quelle est votre année de naissance et votre année d'installation?

Docteur (DR) — Moi, je suis née en 1984, et je me suis installée en 2012.

MM — Est-ce que vous avez des formations particulières, qui pourraient modifier un peu votre pratique?

DR — Non, pas particulièrement. J'ai beaucoup travaillé dans le social de manière générale, mais sans formation spécifique.

Et j'ai fait un DU de gynécologie.

MM — Parfait.

On va rentrer rapidement dans le vif du sujet.

Est-ce que vous pouvez m'expliquer de quelle manière vous avez entendu parler du centre de ressources pour MRP , pour la première fois?

DR — La toute première fois, mais vraiment juste entendu parler, c'était à une réunion de MG-France sur les inégalités sociales de santé, où il y a quelqu'un qui a parlé de ce mini-réseau, et où des questions ont été posées. Donc c'est la première fois dont j'en ai entendu parlé, sans très bien comprendre ce que c'était.

Et puis après, il y a la première fois, où j'ai été en contact avec eux. Et donc après, on en a parlé. Moi, je travaille dans un cabinet de groupe. C'est une MSP, une maison de santé pluriprofessionnelle, qui est montée depuis 2013, et où on fait beaucoup de staffs, on parle beaucoup. et on fait beaucoup de social. On en a reparlé ensemble entre médecins de la MSP.

Et la première fois donc, où j'ai été en contact avec eux, c'était à propos d'une patiente... enfin d'une famille très compliquée où la problématique sociale se pose de manière extrêmement forte, et la problématique médicale aussi. parce que la mère est très malade, la fille est très perturbée ; médicalement et psychologiquement, c'est très compliqué.

Et un jour, on a fait une RCP. Enfin le médecin référent, qui est Mady Denantes, a organisé une réunion autour de cette famille, où elle a réuni tous les acteurs médicaux et sociaux qui entouraient cette famille.

MM — D'accord.

DR — Moi, il se trouve, que je suivais la fille de cette famille depuis quelques temps. Ce n'était pas moi son médecin référent, mais je la suivais un peu. Donc j'assistais à cette réunion. Et là, il y avait un coursier social (CSS), qui était là, qui expliquait ce qu'il faisait et comment il voyait la famille. Enfin bref, on faisait la réunion autour de cette famille et ça m'a permis d'avoir le premier contact.

MM— D'accord. Et juste pour préciser, cette réunion là, c'est une réunion qui a été organisée par le CR, au titre de réunion de RCP, ou par votre MSP?

DR — Non, c'était une réunion, qui a été organisée par le médecin référent, au sein de notre maison de santé.

MM — D'accord. Sans l'aide du CR?

DR — Sans l'aide du CR.

MM — Mais en invitant, un des CSS à participer à la réunion?

DR — Exactement.

MM — Et ça, c'est quelque chose que vous faites fréquemment au sein de votre MSP?

DR — Ca arrive. Fréquemment, c'est beaucoup dire. Mais les patients ou les familles pour lesquels la situation est très compliquée, à ce moment-là, il y a des réunions qui se font assez fréquemment.

Il n'y a pas toujours des coursiers qui sont présents, cela dépend des fois. Cela nous est arrivé d'inviter l'instituteur d'une enfant, qui posait problème à participer à la réunion. En fait, cela peut-être tout et n'importe quoi. et cela arrive relativement fréquemment.

MM — D'accord, très bien. Alors, on va peut-être un petit peu vite, mais les patients pour lesquels vous réalisez ce genre de réunion, est-ce que l'on peut dire d'emblée que ce sont de patients qui présentent des pathologies médico-socio-psychologiques?

DR — Alors, en général, oui. C'est ça. C'est peut-être un peu généralisé, mais oui c'est bien cela. Il s'agit de problématiques pour lesquelles on est débordés, et si l'on ne travaille pas en équipe, on ne peut pas s'en sortir. On ne peut pas gérer pendant une consultation de vingt minutes tous les tenants et les aboutissants de ce genre de problématique autour de ces patients.

MM — D'accord. On y reviendra plus tard. Alors vous même, depuis que vous avez participé à cette réunion et rencontré les CSS, vous avez inclus un patient dans ce réseau?

DR — Alors, je suis un médecin assez jeune, donc je crée en quelque sorte encore ma patientèle. Donc, je ne l'ai pas fait moi-même, mais j'ai déjà travaillé avec des patients, qui avaient été inclus par mes collègues. Mais je ne l'ai pas fait moi-même.

MM — Et, est-ce que pour ces patients dont vous avez suivi l'inclusion dans ce réseau, vous vous souvenez du contexte de l'inclusion? De manière très générale.

DR — Par exemple, soit des patients, dont on n'arrivait pas... En fait, je travaille dans une MSP, où il existe des consultations avec et sans RDV. Forcément, les consultations sans RDV sont plus difficiles à gérer, parce qu'il y a plus de monde dans la salle d'attente, qu'il faut aller plus vite, etc. Alors que les consultations avec RDV, on a plus de temps pour gérer tout ça. Et, il y a des patients, qui n'arrivent pas à venir sur RDV, et alors, c'est bien d'avoir une personne extérieure qui peut suivre ces patients sur le plan social en dehors de la consultation avec le médecin uniquement. C'est la première problématique.

Et, sinon, les gens pour lesquels on est démunis. On n'arrive à traiter que le problème urgent, alors que l'on sait que c'est la problématique sociale sous-jacente, qu'il faudrait arriver à aborder. Pour ceux-là, c'est important de les inclure dans le réseau.

Enfin, les gens qui n'ont pas d'argent du tout. C'est à dire, pas d'argent, mais même pas la CMU. D'ailleurs souvent, on ne leur demande pas de payer les 6,90€, le tiers-payant, parce que c'est trop pour eux. Dans ce cas-là, l'inclure dans le MRP est un vrai avantage.

MM — Et l'objectif, à ce moment-là de l'inclusion dans le mini-réseau, c'est de régler ces problèmes de couverture sociale?

DR — Entre autres.

MM — C'est quelque chose que vous avez vu faire à plusieurs reprises de demander aux CSS de résoudre ce problème de couverture sociale?

DR — Oui.

MM — D'accord. Ok.

DR — En fait, on a vraiment beaucoup de problèmes à joindre les assistantes sociales., à avoir des RDV, à avoir un contact qui se passe bien, à avoir des choses qui se mettent en place de manière rapide et efficace. On a l'impression que c'est personne-dépendant. Enfin, moi surtout personnellement. Et là, le MRP a toute sa valeur.

MM — Donc, le CR est là plutôt, d'après vous, pour gérer des choses plutôt urgentes et complexes ?

Parce que par ailleurs, pour des problèmes sociaux moins complexes, plus communs , vous faites appel au service social de secteur?

DR — Oui, c'est ça. Mais souvent les gens qui n'ont pas de couverture sociale du tout, cela devient souvent vite une situation d'urgence. Ils ont déjà une assistante sociale, quand ils viennent comme cela, et parfois cela se passe mal. avec l'assistante sociale.

MM — Très bien.

Je vais essayer de reformuler ce que vous avez dit.

Donc par rapport à ce CR, vous semblez l'utiliser fréquemment dans votre MSP. Mais, vous-même vous ne l'avez pas encore utilisé, parce que vous n'avez pas inclus de patient

personnellement, mais que les médecins de votre MSP font fréquemment . Ces inclusions on été réalisées en général pour des raisons socio-administratives, en particulier le problème de la couverture sociale, problème non résolu par l'assistante sociale de secteur uniquement.

Et par rapport à la consultation sans RDV , qui ne laisse pas suffisamment de temps pour gérer tous les problèmes des patients complexes, le CR intervient pour vous soulager en tant que médecin d'une partie de la prise en charge du patient, afin de gagner du temps sur la prise en charge plus médicale.

DR — Exactement.

MM — Enfin, vous avez cité le cas de ces réunions de concertation pluridisciplinaires réalisées au sein de votre MSP, de manière tout à fait informelle, pour des patients qui présentent des pathologies médico-socio-psychologiques. Pas forcément toujours toutes les problématiques en même temps, mais les grandes raisons qui peuvent motiver la mise en place de ce genre de RCP.

Vous êtes d'accord avec ce que je vous ai dit?

DR — Oui, tout à fait.

MM — Maintenant, comment définiriez-vous en quelques mots le CR pour MRP par rapport aux réseaux de soins coordonnés que l'on connaît?

DR — Alors, c'est vrai que je n'ai pas de définition très précise, parce que c'est un petit peu flou dans ma tête. Mais j'ai l'impression que les CSS permettent de faire énormément de choses, c'est-à-dire d'accompagner les patients qui en ont besoin, qui sont perdus, voilà. Cela permet de les accompagner, cela permet de les aider sur le plan social, sur le plan administratif et aussi sur le plan médical, puisqu'ils peuvent acccompagner par exemple, les patients à leurs RDV médicaux... Il s'agit de les aider à gérer leur vie, en fait. Et que c'est une prise en charge complémentaire, c'est à dire, cela ne remplace rien, mais cela vient compléter une partie de ce qu'il manque à ces patients en matière d'adaptation à la société.

MM — Vous dites que c'est un complément à votre prise en charge médicale?

DR — Oui, c'est bien cela. Et il y a, bien sûr, pleins de patients pour lesquels le médical est très lié au social. Donc c'est quasiment une aide médicale, qu'ils leur apportent. Et aussi, par rapport à ce que j'ai vécu là, il y a une forme d'accompagnement très fort au niveau humain. Une dimension humaine qui joue énormément.

MM — Alors, à partir de ce que vous me dites là, en quelques mots pareils, quels sont donc ces caractéristiques originales du CR?

DR — Alors...jai l'impression que c'est des gens qui ont vu le manque qu'il y avait dans la société et dans les prises en charges.... et qui ont décidé de combler ce manque. IDonc ils ont décidé de mettre des gens là, qui doivent être là pour les patients, gratuitement pour les patients, afin d'avoir une aide humaine à portée de main.

MM — On peut donc parler de soutien humain?

DR — Oui, C'est ça..

MM — Et, par ailleurs, vous avez cité plusieurs fois la notion d'accompagnement? S'agit-il d'un accompagnement physique ou humain uniquement?

DR — Justement, je parle de cela, parce que lors de cette RCP officieuse, dont je vous parlé tout à l'heure, il y avait cette jeune fille, qui devait aller passer un entretien à Dreux. Sauf qu'elle est tout à fait perdue dans sa tête, avec sa mère qui ne peut pas l'accompagner. Et il était tout à fait essentiel pour elle et pour qu'elle s'en sorte qu'elle aille à cet entretien, mais elle ne pouvait pas y aller seule, tout du moins pas la première fois. Et on se demandait qui pouvait l'accompagner dans sa famille. Et le coursier présent, s'est proposé pour l'accompagner lui. Et j'ai été très surprise, je ne m'attendais pas à cela, je ne savais pas que cela allait jusque-là ses fonctions. Mais quand il l'a proposé, cela paraissait logique, parce que ça allait l'aider socialement.

MM — Oui, donc on peut parler de disponibilité et mobilité des CSS. Et, vous donnez l'impression d'avoir été surprise? On peut parler de cela?

DR — Oui, tout à fait.

MM — Pareil très succinctement, est-ce que vous avez une idée des résultats pour les patients qui ont été inclus?

DR — Alors, je reviens toujours à cette famille comme exemple, je pense que ça a été une réelle aide. Alors après, il y a plusieurs acteurs sociaux, qui sont autour de cette famille. Mais le fait d'avoir eu des CSS a été une réelle aide, parce que ça les a fait avancer d'un pas, cela ne les a pas sorti entièrement de la situation problématique dans laquelle ils étaient, mais cela leur donne une porte de sortie.

MM — En quelque sorte, cela permet de débloquer la situation?

DR — Oui, tout à fait. Cela a mis du temps, mais on peut dire que la situation est en train de se débloquer et c'est en partie grâce au CSS, qui est intervenu.

MM — D'accord. Et, alors, on va essayer de définir, quel apport pourrait avoir le CR dans votre pratique de médecin généraliste?

DR — Alors, tout d'abord, je pense que le travail en équipe est indispensable au médecin généraliste isolé dans son cabinet. Le fait de travailler en équipe est une aide tout à fait primordiale. L'intérêt de ce CR est le travail en équipe avec des staffs et des discussions autour des patients, et le fait d'avoir des interlocuteurs privilégiés rend le travail plus facile.

MM — Oui, Ok.

DR — Et ça, c'est très important dans ma pratique quotidienne, de savoir qu'il y a des gens sur qui je peux compter, à qui je peux adresser mes patients et avec qui je peux travailler en confiance.

MM — D'accord.

DR — Donc...avec qui je puisse travailler en confiance... et réfléchir à plusieurs autour d'un cas m'aide énormément.

MM — On peut dire que c'est un confort, d'avoir ce réseau à disposition?

DR — Oui, oui, c'est ça, c'est un confort de savoir que ce réseau existe, que je peux les appeler, que je peux y inclure des patients, que j'ai cette solution là. En tant que généraliste, il y a pleins de solutions possibles, et il faut réussir à pouvoir gérer et savoir à qui on peut faire confiance.

MM — Vous citez cela à plusieurs reprises, le mot de confiance et le fait d'être en confiance. Mais est-ce que la confiance vous permet de déléguer une partie de votre travail?

DR — Ce n'est pas tellement déléguer le travail mais plutôt compléter le travail. Ce ne sont pas des tâches que je pourrais faire moi-même, donc ce n'est pas un travail que je délègue. C'est travailler ensemble autour d'un cas.

MM — Comme vous me dites, que ce n'est pas quelque chose que vous pourriez faire. Alors avant le MRP, comment vous pouvez imaginer prendre en charge vos patients complexes, surtout dans ce cas compliqué que vous décrivez?

DR — Eh bien, d'essayer de gérer avec les assistantes sociales de secteur, d'essayer de trouver des solutions... Au résultat, c'est beaucoup plus impersonnel et compliqué, et c'est beaucoup plus difficile d'avoir des retours, de ses réunir, de discuter, aussi...

MM — Donc, cette relation de confiance permet d'avoir un échange dans les deux sens en fait. Et vous me dites que c'était compliqué, donc on peut dire que le CR facilite votre travail de médecin généraliste en plus ?

DR — Oui tout à fait, oui de fait cela facilite énormément. Ce n'est pas le seul outil qu'on ait, mais c'est un outil parmi d'autres, qui facilite le travail du médecin généraliste.

MM — D'accord. Très bien. J'ai l'impression que pour vous le CR pour MRP est assimilé au CSS.

Comment définissez-vous les CSS?

DR — Alors, je vais vous donner la même réponse que tout à l'heure. En fait, c'est le CR que j'aurais du mal définir, plutôt que les CSS.

MM — Oui, d'accord.

DR — Vous pouvez reprendre ma réponse de tout à l'heure, concernant la définition du CR et la rattacher à la définition des CSS. Et par contre, concernant ma définition du CR lui-même, je n'ai pas d'autre réponse à vous donner. Je ne sais pas trop.

MM — D'accord. et donc en fait, vous définissiez les CSS comme mobiles et disponibles?

DR — Exactement.

MM — On se posait la question de la formation de ces CSS. Que diriez-vous à ce sujet là?

DR — Alors, je pense qu'ils doivent avoir.... Voilà, résoudre les problèmes sociaux, c'est extrêmement compliqué, ou alors il faut avoir une certaine connaissance des ficelles que l'on peut tirer. Alors, il faut qu'il y ait cette formation qui doit être dispensée. Mais de quelle manière? Je ne sais pas. Par quelle école, université, ou une formation interne?

MM— D'accord.

DR — Mais cela ne me choquerait pas que ce soit une formation interne, à condition d'avoir les connaissances adaptées. Il faudrait déjà qu'il y ait ces connaissances sociales là. Et surtout cela. Et après, des gens qui sont motivés et investis dans le social.

Mais pour la formation, je pense que c'est une formation d'ordre social, comme une assistante sociale, qu'il faut. Même si c'est une formation interne.

MM — Donc, cela pourrait être des gens, qui n'ont pas de formation sociale à proprement parler, mais qui sont prêts à suivre une remise à niveau par une formation interne?

Il n'y a pas d'autre chose essentielle qui pourrait définir un CSS pour vous?

DR — Non, je ne vois pas.

MM — Ok.

Par ailleurs, est-ce qu'il faut étendre le fonctionnement de ce réseau?

DR — Ah oui, oui. Tout à fait. Et j'espère que c'est l'avenir. Oui, parce que là il est très localisé, géographiquement, mais il faut l'étendre, oui.

MM — Ok, très bien.

Un dernier point concernant le financement de ce CR pour MRP. Seriez-vous prête en tant que médecin généraliste à financer le CR pour MRP par une cotisation?

DR — ...Eh bien, je ne sais pas trop. Je ne pense pas que ce soit vraiment la solution pour aider au financement du CR. De toute manière, parce que nous ne gagnons pas bien notre vie, et parce que beaucoup d'entres nous, ne veulent pas s'intéresser aux problèmes sociaux de nos patients, je ne pense pas que demander une cotisation à titre bénévole règle le problème du financement du CR.

Par contre, le bilan et le suivi par un CSS devraient être compris dans les frais de la sécurité sociale, comme un soin. En effet, la santé est un état qui s'atteint par la prise en charge globale du patient. Il s'agit de prendre en charge les problèmes sociaux, et ainsi la caisse d'assurance maladie pourrait rembourser ces actes sociaux au même titre qu'une consultation.

MM — Merci beaucoup pour ces réponses. Ainsi, si je dois résumer en quelques mots votre ressenti envers le CR pour MRP, je dirais — une disponibilité et une mobilité surprenantes pour venir en aide au médecin généraliste et lui rendre la vie plus confortable.

DR — Tout à fait, vous avez bien transcrit ma pensée. »

4.8. Entretien semi-dirigé n°8

« *Marine Monet (MM)* — Le but de l'entretien est de décrire le mini-réseau de proximité dont vous êtes l'utilisatrice, c'est un entretien semi-dirigé, donc si vous avez des choses à reformuler, à compléter vous le faites.

Pour commencer, pouvez-vous me donner votre année de naissance ?

Docteur (DR) — 1968

MM — et votre année d'installation ?

DR — 1999

MM — c'était dans ce cabinet actuel ?

DR — Oui.

MM — toute seule ?

DR — Non, avec un associé.

MM — en plus de votre diplôme de médecin généraliste, avez-vous d'autres diplômes ?

DR — Je fais beaucoup de gériatrie mais sans avoir de diplôme particulier, en dehors de ma formation continue régulière.

MM — Par rapport au centre de ressources, est-ce-que vous vous souvenez de la première fois dont on vous en a parlé ?

DR — Alors, je ne vois pas tout à fait de quoi vous voulez parler.... est-ce que vous pouvez me repréciser le sujet de votre thèse?

MM — Et bien, je viens discuter avec vous du centre de ressources pour Mini-réseau de proximité, ou MRP. Cela vous dit quelque chose?

DR — C'est à dire, c'est le réseau avec Sarah?

MM — Voilà, tout à fait! C'est le centre de ressource qui a commencé avec Sarah et Ozgur en 2009. Je pensais que vous voyiez tout à fait de quoi il retourne, puisque vous étiez tout de suite d'accord pour me recevoir...

DR — Oui, j'ai par habitude de toujours accepter les entretiens de thèse. Et en fait, je ne les ai pas beaucoup sollicités.

MM — Ce n'est pas grave. L'objectif de mon étude est de décrire de la manière la plus complète possible le centre de ressources, afin de pouvoir l'évaluer par rapport aux autres réseaux coordonnés par exemple dans le futur. Et de cette manière, je réalise des entretiens avec les médecins utilisateurs du CR, afin de décrire leur ressenti. Alors, si vous n'avez pas beaucoup utilisé ce réseau, il m'apparaît aussi important d'en connaître les raisons.

DR — D'accord. Les choses sont plus claires.

MM — Pour en revenir à notre entretien, vous souvenez-vous de la première fois dont vous avez entendu parler de ce concept?

DR — Il me semble que j'avais eu une présentation à mon cabinet... il y a longtemps. Et je crois qu'elles m'avaient laissées une brochure avec leurs coordonnées.

MM — Et finalement, combien de patient avez-vous inclus dans ce réseau ?

DR — Oh, au maximum 3 ou 4 patients. Comme je vous disais, je ne l'ai pas beaucoup utilisé.

MM — Et vous avez eu des retours sur ces patients ?

DR — Justement, je n'ai jamais eu aucun retour et donc il m'était impossible d'évaluer les résultats obtenus par le CR pour mes patients. Je n'ai donc pas ressenti d'utilité, dans ma pratique en tant que médecin généraliste.

MM — Et, vous ne les avez pas rappelées pour obtenir des informations sur les démarches réalisées?

DR — Eh bien, je ne crois pas leur avoir jamais parlé au téléphone...

MM — C'est-à-dire...comment avez-vous procédé pour l'inclusion des patients?

DR — En fait, je ne sais pas comment il faut procéder, mais moi j'ai transmis leur contact aux patients qui pouvaient en avoir besoin. Je n'ai pas vraiment su si ces patients les avaient contactés. A eux de voir. C'est de une manière de s'investir dans sa propre prise en charge.

MM — D'accord. C'est vrai que l'on présente le centre de ressources comme un réseau de soutien au médecin généraliste. Ce dernier pose une question, une problématique ou un problème et demande directement au centre de ressources de le solutionner.

Mais c'est intéressant d'entendre votre version de ce concept. Et surtout dans ce cas, comment fonctionnez-vous pour résoudre les problèmes plutôt socio-administratifs chez des patients complexes que vous voyez en consultation?

DR — Je travaille surtout avec l'assistante sociale de la mairie, que je connais bien depuis des années.

MM — Et vous connaissez ou utilisez d'autres réseaux coordonnés habituels, ou plus proches du fonctionnement du CR?

DR — Oui, en fait, le service social des seniors à Gagny permet de débloquer beaucoup de situations. Seulement, il est réservé aux personnes âgées de plus de 60 ans. Mais ils réalisent là-bas une activité de coordination autour des patients, qui est efficace.

Par ailleurs, je travaille aussi pour un réseau de soins palliatifs. Et ce réseau comprend une activité de prise en charge globale des patients inclus.

MM — Dans ce cas, que pensez-vous de l'utilité du MRP? Y a t-il un domaine dans lequel le CR peut vous apporter un soutien que vous ne retrouvez pas ailleurs?

DR — Non, je ne crois pas. Pour moi en tant que médecin généraliste et avec ma pratique telle qu'elle est, je ne vois pas de besoin ou d'utilité du MRP. Mais je ne dois pas avoir compris vraiment le fonctionnement de ce réseau. Il faudrait peut-être me le réexpliquer.

MM — La question est de savoir, s'il existe des patients complexes dans votre patientèle, définis par le cumul de pathologies psycho-sociales et somatiques, que vous ne savez pas comment prendre en charge. ...Pour lesquels vous pouvez vous sentir démunie?

DR — Le fait est que le social ne me fait pas peur. J'ai été obligée de me former sur le tas et maintenant je me débrouille. Je demande des explications au service social, et je peux ainsi orienter mes patients au mieux. Et puis, surtout je m'organise et j'organise ma pratique pour pouvoir prendre en charge mes patients sur le plan social.

MM — C'est à dire?

DR — Eh bien, par exemple, quand il s'agit de remplir des demandes de mise en invalidité à la MDPH ou des certificats un peu complexes, je prévois une consultation réservée uniquement à cela. Pas question d'empiéter avec le socio-administratif sur la prise en charge purement médicale de mes patients.

MM — Si je vous résume, vous prenez en charge vos patients sur le plan global en tant que médecin généraliste parce que cela ne vous fait pas peur et que vous vous êtes organisée pour vous le permettre.

DR — Oui, il est clair pour moi que la prise en charge sociale incombe au médecin généraliste. Et, puis peut-être est-ce une particularité féminine, mais les femmes délèguent certainement moins facilement une partie de la prise en charge de leurs patients... C'est une remarque que je me fais. C'est comme pour nos enfants, et notre aptitude à tout prendre en charge.

MM — Alors le fait de vous prendre du temps pour gérer les problèmes sociaux de vos patients ne vous pose pas problème?

DR — Non. C'est une question d'habitude comme je vous le disais. Seulement, il doit quand même y avoir une probable perte de temps, puisque initialement nous n'avons pas la formation adéquate pour cela. Et que sur beaucoup de questions, et surtout au début de mon installation, j'ai du pas mal tâtonner.

Idéalement, il faut savoir quand demander conseil à quelqu'un pour ne pas perdre trop de temps. Ce qui rejoint ce que vous disiez. Peut-être que si je déléguais plus certaines choses, je libèrerais du temps pour m'intéresser à d'autres problèmes.

MM —Et dans ce cas, est-ce que vous auriez envie de faire appel au centre de ressources pour MRP?

DR — Pas vraiment, l'envie ou le besoin, puisque je me suis construite, je pense, à peu près le même réseau et les mêmes contacts par moi-même, que ce que peut apporter le MRP. Et c'est ce réseau qui me permet une prise en charge globale de mes patients. J'ai un bon retour depuis le service social, et ainsi nous pouvons avancer ensemble sur la prise en charge des patients.

MM — Ok.

Et, une chose, qui paraît un plus dans l'organisation du centre de ressources et qui revient dans sa définition, ainsi que dans les entretiens avec les médecins, est la mobilité des coursiers. En effet, ces derniers vont se déplacer au domicile des patients, les plus en difficulté.

Ce que ne fait pas a priori une assistante sociale de secteur. Qu'en pensez-vous?

DR — Cette mobilité dont vous parlez, je l'ai avec le service social de Gagny. Les assistantes sociales peuvent être amenées à se déplacer chez les patients, si nécessaire, donc ce n'est pas quelque chose qui me pose problème.

MM — D'accord. Très bien. Alors, si je reprends, vous n'avez pas besoin du centre de ressources pour MRP parce que vous avez construit votre propre mini-réseau, avec des contacts dans le social, qui sont mobiles, joignables et qui vous transmettent les résultats de leurs démarches de manière efficace.

Par ailleurs, vous ne parlez pas du tout de besoin d'un service assurant la coordination entre tous ces interlocuteurs. C'est quelque chose que vous devez utiliser à travers le service social des seniors et dans le réseau de soins palliatifs pourtant. Que se passe-t-il pour les patients ne rentrant ni dans une catégorie, ni dans l'autre?

DR — ... J'imagine que j'organise la coordination comme vous dites par moi-même, et certainement que les patients n'entrant dans aucune de ces catégories sont des patients moins lourds.

MM — Alors, comment faites-vous pour gérer, par exemple, les patients jeunes, avec des pathologies psychiatriques lourdes et toxicomanes?

DR — Je n'ai pas beaucoup de patients de ce type, surtout parce que je ne délivre pas de substitution, c'est quelque chose que je ne sais pas faire. Donc je ne le fais pas, et cela se sait.

En fait, je pense que tout médecin généraliste va se spécialiser un peu tout au long de son exercice. Et cela va correspondre à ce qu'il aime faire, dans lequel il se sent plus d'aptitudes et aussi dans les domaines dans lesquels, il a réalisé des formations complémentaires. Ainsi, je m'occupe en grande partie des personnes âgées, et cela se ressent dans ma patientèle.

MM — Si je reprends, vous vous êtes construite toute seule en vous débrouillant, et vous avez acquis de cette manière des connaissances en terme de prise en charge socio-administrative de vos patients. Par ailleurs, vous fonctionnez avec le service social de Gagny, à l'attention des seniors, qui propose une prise en charge globale et coordonnée. Ne prescrivant pas de substitution, vous n'avez pas de patient jeune dont la toxicomanie pourrait complexifier le profil et le ferait sortir de vos réseaux de soutien social

DR — Oui, et j'ai oublié de vous parler d'un outil très utile, qui m'avait été fourni par Madame Bilal du CR, et qui est ce fameux guide social. L'avoir dans mon cabinet, me rassure aussi d'une certaine manière, puisque devant une situation sociale trop complexe et dépassant mes compétences, je peux à tout moment le consulter et trouver une orientation à proposer au patient.

MM — Il s'agit du guide social à l'attention des médecins généralistes, rédigés par Madame Sibel Bilal, c'est bien cela? Et qu'elle a distribué aux utilisateurs du CR pour MRP, à ses débuts.

DR — Oui, tout à fait. J'avais oublié de vous le signaler. Parce que vraiment, cela m'aide beaucoup, peut-être plus que le CR en lui-même.

MM — Oui, c'est un outil très utile, que l'on devrait, je pense distribuer aux internes en médecine générale durant leur formation...

Et ainsi, avec ce guide, vous vous sentez capable d'orienter au mieux, toutes ces situations que vous rencontrez au cabinet, toujours sans faire appel au CR?

DR — Oui, c'est ça.

MM — Je voulais vous demander par rapport aux coursiers sociaux que vous avez rencontré, est ce que vous avez reconnu leurs fonctions ?

DR — je sais que c'est juste un coursier social, mais je ne connais pas leur formation, je n'ai pas eu le temps de me renseigner, j'ai vu qu'ils étaient efficaces, et motivés donc je me suis arrêtée là.

MM — c'était surtout pour le long terme, savoir ce que vous apporteriez à leur formation pour améliorer encore plus le fonctionnement du mini réseau.

DR — Comme je n'ai pas été vraiment en contact avec eux, je ne peux vous en dire plus.

MM — Très bien.

Pour terminer cet entretien, parce que les dernières questions ne vont concernent pas, puisque vous n'êtes pas utilisatrice à proprement parler de ce réseau, je rajouterais juste votre remarque concernant la grande utilité de ce guide social du médecin , dont vous vous servez beaucoup, qui vous rassure et devrait être diffusé.

Je vous remercie pour votre accueil et le temps que vous avez bien voulu m'accorder pendant votre consultation pour répondre à mes questions. »

4.9. Entretien semi-dirigé n°9

« *Marine Monet (MM)* — Vous avez accepté de vous entretenir avec moi au sujet de ma thèse. C'est une étude descriptive d'abord du MRP, afin que le réseau puisse être évalué par la suite.

Docteur (DR) — Hum hum.

MM — Je vais essayer de faire un entretien de forme qualitative, semi-dirigé, donc ce qui est important c'est, qu'à tout moment, si vous avez une idée, une remarque ou si vous voulez reformulez quelque chose, vous pouvez le faire. ce n'est pas quelque chose de carré et de suivi. Et puis, nous allons enregistrer la discussion pour que je puisse retranscrire mon entretien.

Alors, tout d'abord des données épidémiologiques plutôt — Est-ce que vous pouvez me donner votre âge, si cela ne vous dérange pas... ou votre année de naissance?

DR — 1959.

MM — Et votre année d'installation?

DR — 1995

MM — D'accord, donc à Gagny, initialement.

DR — Oui, à Gagny, mais j'ai déménagé en 2000.

MM — D'accord, donc dans un 1er cabinet à Gagny aussi...

DR — Oui, j'ai déménagé en ... suivant ma clientèle.

MM — D'accord, est-ce que vous avez une formation particulière? des spécialités, des DU?

DR — J'ai le Sesarm. Est-ce que vous connaissez?

MM — Non, il va falloir que vous explicitiez.

DR — C'est un diplôme de statistiques appliqués à la médecine et à la biologie.

MM — Très bien. Dans la suite de vos études? Un autre DU?

DR — Rien de plus, sinon que j'ai fait avant de m'installer, j'ai fait de la médecine humanitaire. Mais je n'ai pas de diplôme particulier.

MM — D'accord. Dans quel contexte?

DR — J'ai fait une mission avec médecins du monde en Amérique du Sud.

MM — Et par la suite, vous êtes repartis?

DR — Non, je n'ai fait qu'une seule mission...Après, ce qui m'a engagé à.... Quand j'ai rencontré Philippe Grunberg et que je me suis installé, lui comme il faisait aussi de l'humanitaire, puisqu'il travaillait sur la boutique solidarité, il m'a branché sur la boutique solidarité de Gagny. Je ne sais pas si vous connaissez?

MM — Non, pareil, je n'en ai pas entendu parler. C'est intéressant.

DR — Donc, moi, j'ai continué et je fais toujours une vacation par semaine à la boutique solidarité, qui est un accueil de jour de SDF.

MM — D'accord. Très bien.

DR — Donc il y a une équipe de travailleurs sociaux, qui est rattachée à Hôtel social 93 , qui est une grosse association. Hôtel social 93, vous connaissez? C'est une grosse association, sur le 93, sociale, qui aide les gens dans la difficulté.

MM — D'accord. Très bien...Intéressant.

DR — Oui.

MM — Vous vouliez rajouter quelque chose?

DR — Avec eux, je suis parti au Maroc 3 fois, donc j'ai fait aussi de la médecine. Parce qu'ils font des voyages, qu'ils appellent voyages de rupture avec les SDF. Donc ils en font surtout beaucoup en France, mais aussi au Maroc, parce qu'il y a Nadia, qui est une travailleuse sociale d'origine marocaine, et tous les 2 ans, elle a organisé des voyages au Maroc.

MM — D'accord.

DR — Donc avec une dizaine de SDF.

MM — Vous y alliez pour l'encadrement des SDF?...

DR — Non, j'ai fait... j'ai examiné des enfants dans les écoles. Voilà...

MM — Ah d'accord. En plus...

DR — Donc, avec toute l'organisation qu'il peut y avoir derrière pour... mettre tout ça en place.

MM — D'accord. Dans le cadre de ces voyages de rupture... D'accord, donc cela me permet de compléter un petit peu votre profil et cela me donne quelques informations.

Si l'on s'attaque au vif du sujet, le MRP, Mini-réseau de proximité ou centre de ressources, vous l'avez connu comment?

DR — Par Philippe Grunberg, dès le début, je crois...

MM — Hum hum...

DR — ...puisque P. Grunberg a contacté les médecins les plus proches de lui, les plus... ses amis en fait, pour démarrer... pour que ça démarre tout de suite... et donc rapidement, j'ai rencontré Sarah.

MM — Hum hum. Et c'était dans quel contexte la description du MRP par le DR Grunberg... c'était quelque chose de complètement officieux ou ça s'est fait?

DR — la description?

MM — Oui, la présentation. Cela s'est fait d'ami à ami, ou une présentation? ou vous avez eu un papier, un mail...?

DR — une plaquette, oui, je crois que c'est ça qui m'a présenté le fonctionnement du mini-réseau... son utilité, ses buts et comment on pouvez fonctionner avec les médecins généralistes.

MM — Ok, et donc après vous avez rencontré Sarah?

DR — Oui, en fait Philippe m'en a parlé de manière informelle et puis il m'a dit, je vais t'envoyer Sarah, qui va t'expliquer comment tout cela se passe.

MM — Vous vous souvenez du premier patient que vous avez inclus?

DR — whhh...

MM — En fait, est-ce que vous vous souvenez d'un patient que vous avez inclus? Ou de ce qui a pu vous conduire à l'inclure? Le contexte? Le profil qui a pu vous conduire à inclure vos premiers patients? Même si ce n'est pas chronologique ou historique...

DR — Oui enfin bon, ... là j'ai en tête une patiente, qui a de grosses difficultés, qui ne vit pas chez elle... je peux bien vous la décrire. Mais elle, ça fait quoi, ça fait bien...2 ans que je l'ai envoyée sur le mini-réseau.

MM — Oui, mais si vous souvenez bien de ce qui vous a conduit à l'inclure dans le mini-réseau... très bien., allez-y

DR — Ouais, ...donc c'est une femme de 45 ans, à peu près, qui est divorcée, séparée, qui a deux jumelles qui ont 16 ans ...

En fait, elle était quasiment à la rue, mais elle a réussi à se loger chez une amie à Gagny. Donc, elle est chez quelqu'un, elle habite pas chez elle mais elle est chez quelqu'un, avec tout ce que ça implique, quand on loge quelqu'un chez soi et elle ne peut pas y loger ses filles. Ses filles sont donc chez... Une est chez son père, et l'autre traîne plus ou moins... pas à Gagny, mais je ne sais plus où. En région parisienne, mais à l'autre bout de la région parisienne, on va dire.

Donc, elle ne peut pas accueillir ses filles, elle a un très mauvais rapport avec le père...

Elle a un boulot d'aide-soignante, mais elle a eu des gros problèmes parce qu'elle a eu des gros problèmes de dos, donc elle pouvait plus travailler, donc avec des arrêts assez longs et avec des difficultés financières qui s'installent...

Avec une tendance un peu à l'alcoolisation, et puis un parcours de l'adolescence très difficile, parce qu'en fait, c'est une femme qui a été abandonnée par ses parents. C'est une pupille de la nation, en fait, elle a été abandonnée par ses parents à 2 ans, donc elle a été de famille d'accueil en famille d'accueil.... A un moment, elle m'a avoué qu'elle avait eu des comportements à risque d'ordre sexuel... Elle a pas consommé de drogue dure. Cette femme, elle était pas dans la drogue, mais ... le haschish et l'alcool. Là, elle essaie de s'en sortir mais c'est difficile...

Donc, j'ai contacté le MRP pour l'aider à trouver un appartement, à voir où est ce qu'elle en était financièrement, comment on pouvait l'aider, ce à quoi elle a DRoit et comment elle pouvait accueillir ses filles...etc.

MM— D'accord. Donc si je reprends, là quand je vous demande de décrire le MRP et l'inclusion d'un patient, vous me décrivez une patiente qui est complexe sur le plan social plus que médical?

DR — Son problème de lombosciatique l'a handicapée pendant 8 mois, donc ç a a été lourd, donc il y avait quand même ce problème médical en plus....

MM — D'accord, pour lequel elle venait vous consulter en plus...

DR — Oui, au départ, cela doit être ça, il y a 2 ans, elle était venue pour son problème de dos. Et puis très rapidement, j'ai vu qu'il y avait aussi un problème social.

...Et puis, un problème psy avec des conduites addictives.

MM — D'accord. Alors de manière générale, qu'est ce qui pour vous va définir l'inclusion d'un patient dans le Mini-réseau?

DR — C'est quelqu'un qui a un problème de santé, qu'il a du mal à régler, parce qu'il y a aussi un problème social et un problème affectif. Ici, elle était très affectée par le problème de ses filles, de ne pas pouvoir les voir... Il y en a une, qui se balade un peu dans la nature, donc c'est très très angoissant pour elle, donc, c'est un petit peu un tout. Disons que quand il y a un problème, les gens arrivent à le régler mais quand il y a 2 ou 3 ou plusieurs problèmes comme cela qui s'ccumulent, ils perdent un peu les pédales.

MM — D'accord. Alors, de tête, est-ce que vous pouvez me dire combien de patients vous avez inclus au total? Grosso modo?

DR — Euh, alors on va dire par an, 8-10/an environ. Un petit peu moins en ce moment. Cela se ralentit un peu parce que... je sais pas.

MM — Pourquoi?

DR — Parce qu'en fait, il m'est arrivé beaucoup d'introduire des nouveaux patients, euh, que je vois arriver dans mon cabinet... Mes anciens patients, que je connais bien, soit les problèmes sont déjà réglés, soit ...

Ce sont des gens qui sont assez volatiles aussi, on va les capter pendant 6 mois, peut-être 2 ans, puis ils vont trouver un logement ailleurs, dans les Yvelines, ou au fin fond de la Seine et Marne, et puis on les voit plus.

Par exemple, cette fille dont je vous parle, le jour où elle va trouver un appart, elle va partir et j'aurais plus de ses nouvelles.

MM — Mais par rapport à l'inclusion de nouveaux patients, ce serait plutôt parce que vous avez actuellement moins de nouveaux patients en général?

DR — Euh non, c'est à dire, qu'au départ, j'ai pu aDResser des patients de mon pool, et puis plus ceux qui arrivaient progressivement, donc maintenant disons que les patients de mon pool sont gérés actuellement, donc je n'introduis plus que les nouveaux patients.

MM — C'est ça, donc c'est pour cela que cela se ralentit. Parce que le nombre de nouveaux patients doit être à peu près égal...Vous acceptez encore des nouveaux patients?

DR — Oui, surtout qu'il faut savoir que Gagny est une ville où les jeunes ne restent pas. C'est-à dire, que c'est une ville où ils vont vivre un an, deux ans et puis ils vont partir ailleurs. Là je parle d'une population non précarisée, qui va prenDRe une location à Gagny, puis un jour ils ont suffisamment d'argent pour s'acheter quelque chose, donc ils vont pas forcément acheter à Gagny.

Mais la population précarisée, se déplace aussi beaucoup.

MM — D'accord. Après tout ce que vous venez de raconter, comment vous définiriez le centre de ressources pour MRP avec vos mots par rapport aux réseaux de soins habituels typiques que l'on connaît?

DR — C'est à dire?...

MM — Comment vous définiriez le centre de ressources?

DR — C'est pas du médical, c'est du social... Mais je pense que le social rentre dans la fonction du médecin, cad que le médecin a trois fonctions — guérir la maladie, prenDRe en charge les problèmes psychologiques et prenDRe en charge les problèmes sociaux. Donc pour les problèmes sociaux, il y a le MRP, accessoirement pour les problèmes médicaux, c'est vrai, parce qu'on fait appel à eux, pour accompagner des patients dans tel ou tel service pour une consultation, parce qu'on sait que ces patients sont tellement fragilisés, qu'ils vont pas y aller tous seuls, ou qu'ils vont louper leurs RDV, alors on les encaDRe un petit peu. Voilà.

MM — D'accord. Alors par rapport à un réseau de soins habituel coordonné, est-ce que l'on peut dire que le MRP c'est un réseau de soins sociaux?

DR — C'est un réseau de prise en charge sociale.

MM — Hum hum, c'est ça qui fait la différence?

DR — Oui, un réseau de prise en charge sociale, de mise en rapport avec les assistantes sociales du secteur, avec les consultations spécialisées hospitalières, éventuellement la médecine du travail...

MM — Est-ce que auparavant, quand le MRP n'existait pas, est-ce qu'il y avait des réseux de soins qui arrivaient à assurer cette fonction plus sociale? Avez-vous eu recours à d'autres réseaux à la place? Comment fonctionniez-vous?

DR — Avant,... eh bien avant, on laissait un peu les patients se débrouiller et soit, on orientait vers l'assistante sociale du coin, euh...

C'est vrai qu'on prenait moins bien en charge l'aspect social des gens. Tout est lié, quand je vous parle des trois fonctions du médecin, la maladie, le psy et le social... tout cela est lié, quand il y a en a un qui va mal, les autres sont en danger.

MM — Donc en fait, si je reprends ce que vous me dites, le MRP vous soutient pour prenDRe en charge le côté social, et cela vous soutient pour prenDRe en charge le côté médical?

DR — L'exemple tout bête de cette femme qui a eu ce problème de dos, qui ne pouvait pas marcher, et elle est aide-soignante, donc elle porte des charges... Elle était un peu déprimée,

donc le problème psychologique. Elle s'occupait plus de chercher un appartement, donc le problème social.

MM — Donc, justement pour cette patiente-là, est-ce que vous vous souvenez des résultats éventuels? Ou de ce que le travail avec le MRP a pu vous apporter?

DR — Alors, on a pas trop eu d'appart pour l'instant, elle est toujours chez sa voisine. Mais n'empêche que les différents contacts qu'elle a eu avec l'assistante sociale, enfin avec Sarah, qui est comment on dit déjà...

MM — Coursier.

DR — Coursier, merci. Donc les contacts avec Sarah ou Ozgur, elle voyait qu'on s'occupait d'elle, donc elle était contente, et cela l'a aidé psychologiquement. Même si on a pas de gros résultats, des petits résultats aident sur le plan psychologique, et ainsi elle pouvait mieux gérer son problème de santé, aller chez le Kiné quand elle devait y aller... euh, etc.

MM — Et les petits résultats, vous arrivez à vous souvenir? C'était quoi?

DR — Là, il y a quand même un gros résultat, puisqu'elle travaille. Ca fait bien 6 mois qu'elle retravaille avec des petites douleurs de temps en temps, mais ça fait bien 6 mois, que je ne l'ai pas réarrêtée. La dernière fois, j'avais tellement de monde dans la salle d'attente, que je n'ai pas eu le temps de parler avec elle, mais euh... voilà, elle avait l'air contente, en tous cas, donc je pense qu'elle se sent beaucoup mieux depuis un an.

MM— Donc, il y a eu des résultats positifs. Mais vous disiez, qu'il n'y a pas eu d'appartement dans ce cas là, mais il y a eu le contact avec Sarah et Ozgur, qui a pu la mettre un petit peu en confiance, et il y a eu des petits résultats...?

DR — Non, mais il y a eu d'autres résultats. Parce qu'il y avait aussi l'histoire d'un ancien employeur qui lui devait de l'argent, mais qui l'avait jamais payé. C'était dans l'Oise, ou je ne sais pas où. Donc elle a réussi à récupérer un petit peu d'argent, parce qu'elle s'était fait vraiment arnaquée d'après ce que me disait Sarah... Je ne connais pas trop le détail de cette histoire... Mais il y avait aussi un truc comme ça où elle, elle osait même plus réclamer son dû, parce qu'elle ne savait pas exactement ce qu'elle pouvait réclamer et dans quelle mesure. Donc, cela l'a quand même aidée, de récupérer un petit peu d'argent, pour pouvoir payer un petit peu d'argent, pour ses gamins...

MM — Ok, d'accord. Dc des résultats finalement, initialement sur le plan financier, qui ont des conséquences sur le plan médico-psychologique?

DR — Oui, parce qu'elle s'est mieux prise en charge pour ses problèmes de dos.

MM — D'accord, est-ce que vous voyez d'autre chose à rajouter? Alors ce cas-là décrit bien le MRP, mais qu'est ce que le MRP a pu vous apporter d'autre pour les patients que vous avez inclus? Comment vous pouvez en parler? Qu'est ce que ça vous apporte dans votre pratique de médecin généraliste?

DR — ..., moi je trouve que les patients, en général, sont assez contents des services et il y a un bon retour. Ce qui me permet pour moi d'installer une confiance avec les patients et un rapport vraiment assez agréable. Eux-mêmes ils comprennent que le problème médical est pas tout seul

et que ce n'est pas avec des médicaments et un peu de Kiné que l'on répare tout, mais que si l'on s'occupe aussi des problèmes sociaux, ils le comprennent que c'est un tout. Donc le retour est vachement sympa pour nous en tant que médecins

MM — Alors, finalement le fait de permettre grâce au MRP une relation de confiance, de voir qu'on les considère dans leur entier, vous permet mieux à vous d'accéder au patient? D'avoir une relation différente?

DR — Oui, oui, bien sûr, d'accéder au patient.

MM — Cela correspond à ce que vous pensez?

DR — Oui, oui. Je pense.

MM — Le MRP permet de dégager le patient de ce poids et cela vous permet de l'aborder de manière différente?

DR — Oui, d'avoir une relation de confiance encore plus nette. Mutuelle. A partir du moment où ils ont confiance en moi, moi je vais avoir plus confiance en eux quand je leur dis, faites-ci, faites-ça, faites une prise de sang... je pense qu'il y a un meilleur retour là-dessus aussi.

MM — Et quel que soit les résultats objectifs du MRP? Objectivables?

DR — ...oui la plupart du temps, dans 8 cas sur 10, c'est vraiment très efficace.

MM — Et même si dans le cas de votre patiente, le problème principal n'est pas réglé?

DR — L'appartement?

MM — Oui.

DR — Oui, mais je crois que c'est un des problèmes les plus difficiles dans le secteur, les appartements... On a quand même réglé beaucoup de choses, puisqu'elle retravaille, alors que moi à un moment, j'avais peur qu'elle ne retravaille pas. Je ne savais quand est-ce qu'elle allait retravailler...parce qu'elle rentrait dans le cabinet en clopinant, ou que j'allais chez elle parce qu'elle pouvait pas se déplacer. C'était pas du..., elle faisait pas semblant.

MM — Mais alors, selon vous, cette patiente, vous la rangait dans la catégorie des cas résolus? Ou des cas où il y a une réussite du MRP?

DR — Oui, pas complète mais c'est vrai qu'il reste quand même un enDRoit à trouver pour elle, où elle puisse accueillir ses filles, parce que c'est très important pour elle.

MM — Finalement, l'effet dont vous parliez tout à l'heure, de mofication de votre relation ou de mise en confiance, a fonctionné?

DR — Tout à fait.

MM — Ok.

DR — Oui, c'est important en fait, parce que les gens ont l'impression qu'on les prend en compte, qu'on s'occupe d'eux. Et ça , même si on obtient pas toujours tout ce que l'on vouDRait, eh bien, ils sont vachement contents.

MM — Et ils acceptent le fait que ce soit pas résolu?

DR — Oui, voilà. Ils acceptent mieux cela.

MM — Et , alors vous cherchiez le nom de Sarah et Ozgur, qui sont les coursiers sociaux. Comment vous définissez ce travail-là? Comment définissez-vous leur métier?

DR — Oui, c'est vrai, j'ai toujours tendance à dire l'assistante sociale, mais Sarah me dit mais non, je ne suis pas assistante sociale, il faut que tu dises au patient que je suis coursier social. Mais c'est vrai que ce terme, j'ai un peu du mal à l'intégrer, parce que je trouve pas qu'il soit complètement adapté. J'en ai pas trouvé un autre mieux que ça, mais bon...

MM — Alors, comment vous le définissez?

DR — Je sais pas, mais il y a quelque chose dans le lien, dans le lien entre le corps médical/les médecins et la société, je sais pas, peut-être la société...

MM — Comme un lien entre tout le corps médical et paramédical et la société?

DR — Oui, parce que coursier, ç a fait un peu chauffeur-livreur, quoi. Bon, c'est le terme qui m'embête un petit peu.

MM — Vous disiez assistante sociale? Alors, vous trouvez qu'elles sont..?

DR — De toute façon, je crois que Sarah a un diplôme d'assistante sociale. Mais elle n'est pas qualifiée assistante sociale dans son métier actuellement. Ozgur n'est pas... presque, je ne sais plus.

MM — Est-ce que vous pensez que c'est important que les coursiers sociaux soient formés sur le plan social? Ou plutôt sur le plan psychologique? Qu'est ce qui devrait être favorisé?

DR — Oui, une formation sur le plan psychologique, c'est pas idiot. Mais,pfff... elles doivent connaître un petit peu, comprendre un peu les choses, mais il faut pas qu'elles essaient essayer de faire de la psychologie.

MM— Donc, avoir une sensibilité d'ordre psychologique?

DR — Oui, voire une formation pour comprendre un peu les choses mais sans vouloir faire de la psy.

MM — Donc à la base, elles sont plutôt formées sur le plan social.

DR — Oui.

MM— Ca, ça vous paraît logique?

DR — Oui.

MM — Donc, maintenant, je vais avoir besoin de vous, pour savoir quelle modification vous aimeriez apporter au fonctionnement du MRP?

DR — En ce moment, j'ai un peu de mal à les joindre. J'arrivais plus facilement à les joindre, il y a un an.

Connaître leurs horaires, tiens. Savoir à quelle heure elles commençent, à quelle heure elles terminent. Je sais que c'est plutôt tard dans la matinée, jusque tard le soir.

Des petites choses pratiques comme cela.

MM — Parce que d'ordinaire quand vous voulez les joindre, vous les appelez? C'est par mail?

DR — Oui, je les appelle. Je laisse un message. Elles me rappellent.

MM — D'accord. Donc, c'est toujours par téléphone. Jamais par mail.

DR — Non, par téléphone. Pas souvent pas mail...

MM — Vous aimeriez le faire par mail aussi? Vous aimeriez obtenir des compte-rendus par mail? Ce genre de choses?

DR — euh..., pas obligatoirement. Je pense que pour elle, c'est plus simple de téléphoner.

MM — Cela vous convenait de cette manière-là?

DR — Oui.

MM — Donc, finalement, ce serait plutôt le fait qu'elles soient difficiles à joinDRe? Et cela correspond aussi à ce que vous dites par rapport aux horaires.

DR — Oui.

MM — D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il fauDRait qu'on étende le fonctionnement du MRP à d'autres zones? Est-ce que vous pensez que cela a un intérêt pour les médecins généralistes?

DR — Oui, bien sûr. Surtout, dans les régions à risque. A risque de problèmes sociaux. Oui, bien sûr.

MM — Ok. Vous savez que le fonctionnement ... ils essaient de jongler avec des subventions pour faire fonctionner le MRP, alors, comme vous me dites que ça a un intérêt et que ça vous aide dans votre pratique, est-ce que vous seriez prêt à cotiser annuellement/mensuellement en tant que médecin généraliste?

DR — Oui, Sibel en parle déjà... Mais, c'est-à-dire, moi je sais pas, dans quelle mesure, oui peut-être. Je sais pas. Oui, mais à quel niveau, pour quel pourcentage du budget du MRP...

MM — Vous ne seriez pas tout à fait contre?

DR — Non. Je ne serai pas complètement contre. Mais qu'est-ce que cela va nous apporter... Oui, alors Sibel dit qu'on a pas mal d'impayés, de patients CMU et que l'on a quelque fois du mal à se faire payer par la sécu. Sibel dit qu' on peut s'occuper de cela . Le seul problème, l'expérience veut que si l'on y passe une demi-heure, cela vaut pas le coup, alors on y passe pas une demi-heure...et on perd 23euros.

J'ai l'expérience au CMS de Sevran, où je fais 2 vacations/semaine, le centre municipal de Sevran, où il y a une secrétaire à mi-temps, qui s'occupe que de cela, mais elle coûte plus cher avec son salaire à mi-temps, que ce qu'elle récupère. Voilà. C'est du temps perdu.

MM — Donc, en fait, si j'ai bien compris, ce que Sibel vous faisait comprenDRe, que comme elles vont vous aider à récupérer des impayés, cela compenserait la cotisation que vous mettrez dans le MRP?

DR — C'est ça. *Rires.*

MM — C'est peut-être pas l'argument le plus recevable pour cotiser pour le MRP?... Vous me dites que non?

DR — Non.

MM — Vous êtes en train de me dire que vous n'aimeriez pas cotiser pour le MRP pour cette raison-là?

DR — Non, parce que c'est du temps perdu. Voyez, on a des impayés, quand les gens ont changé de département, parce que quand les gens changent de département, le transfert du dossier de CMU d'un département à l'autre, c'est une galère impossible, il faut 6 mois pour transférer le dossier. Ils sont complètement perdus. Et quand ils y a des erreurs de noms, comme les Portugais qui ont deux noms de famille, ils vont inverser les 2, au lieu de s'appeler Da Silva Ferrara, ils vont s'appeler Ferrara Da Silva et ça coince tout. *Rires.*

MM — Bon, ok. Je vais conclure comme cela je peux vous libérer.

DR — Oui, oui.

MM — Je vais essayer de reformuler ce que vous avez dit par rapport au MRP, s'il y a quelque chose qui vous vient, vous me le dites.
Donc, vous me disiez, que le MRP a un intérêt dans votre pratique de médecin généraliste, que cela vous a aidé à prenDRe en charge des patients complexes, complexes par la présence de pathologies médico-psycho-sociales.

DR — Hum, hum.

MM — Que le fait de prendre en charge la pathologie sociale par le MRP, finalement la finalité première du MRP, vous permet de dégager déjà une relation de confiance qui vous permet de travailler de manière différente avec le patient, et vous permet aussi de solutionner des problèmes d'abord sociaux, ce qui par la suite vous permet à vous avec l'aide du MRP de solutionner des problèmes putôt psychologiques puis médicaux.

DR — Hum. Oui.

MM — Est-ce que c'est bien ça?

DR — Oui, c'est bien ça.

MM — Et que vous posiez la question.... que vous aviez des résultats dans 8 cas sur 10, que même ces résultats partiels vous permettent d'avancer avec le patient, et d'améliorer votre pratique professionnelle.

Qu'actuellement, il faudrait améliorer le centre de ressources au niveau de sa disponibilité et connaître les horaires des coursiers sociaux et que finalement, une cotisation MRP serait

envisageable, mais qu'elle ne devrait rien avoir à voir avec des impayés, qu'il fauDRait en redicuter.

DR — Oui, cette cotisation, la bloquer pour une histoire de récupérer de l'argent de la sécurité sociale, qui fait des histoires pour une virgule ou les arrêts de travail... On a pas le temps, alors le faire faire par quelqu'un d'autre....est-ce que ça vaut le coup?

MM — Alors le MRP a un intérêt pour vous aider à régler des problèmes sociaux, mais pas ce genre de problème financier?

DR — Non, mais financièrement, on peut dire que le MRP nous fidélise plus les patients.. je sais pas, ... Mais je ne cherche pas à fidéliser les patients, parce que je sais que j'ai ce petit plus à leur apporter, qui permet d'améliorer ma relation avec eux.

MM — Donc, finalement, on finirait par dire que le MRP est un petit plus.

DR — Voilà. *Rires.* Oui, le MRP est le petit plus.

MM — *Rires.* Très bien. Je vous remercie de m'avoir accordée ce temps-là. »

4.10. Entretien semi-dirigé n°10

« *Marine Monet* (*MM*) — Vous avez accepté de vous entretenir avec moi au sujet de ma thèse qui porte sur la description d'un réseau de soin original et expérimental — le centre de ressources (CR) pour Mini-réseau de proximité (MRP), dont vous êtes utilisateur en tant que médecin généraliste.

Tout d'abord, merci de m'accueillir et de libérer un peu de votre temps.

Nous allons procéder à un entretien de forme qualitative, semi-dirigé. Vous pouvez à tout moment intervenir pour ajouter une idée, une précision, une remarque ou reformuler une partie de vos réponses.

Avec votre accord, je vais procéder à l'enregistrement de notre discussion, afin de me permettre de retranscrire le texte complet et précis de notre entretien.

Docteur (DR) — D'accord.

MM — Tout d'abord, quelques données épidémiologiques —

Quel est votre date de naissance et quelle est votre date d'installation?

DR — 22 mai 1949 et 1976

MM — De quelle manière avez-vous entendu parler du CR pour MRP la 1ière fois?

DR — En fait, je connais le principe de CSS depuis bien plus longtemps que la création du centre de ressources. En effet, Sibel Bilal en parlait déjà à l'époque du Réseau Rive Gauche, dont nous étions tous membres, et cela faisait déjà un moment qu'elle expérimentait ce concept à travers divers mouvements associatifs.

Et elle vous le dirait bien mieux que moi. Ne l'a-t-elle pas déjà fait? Et vous devez avoir fait le tour dans votre biblio...

MM — Oui, un petit peu, mais il faut que je reprenne. Ce n'est pas très clair encore pour moi.

Mais, à partir de quand, prenez-vous connaissance de la création du centre de ressources pour MRP à proprement parler?

DR — C'est toujours Sibel que je croise à Paris, qui m'annonce son nouveau projet ... il y a quelques années. En 2008, c'est cela?

MM — Oui, c'est bien cela.

DR — Initialement, elle me dit qu'elle commence son expérimentation dans le département de Seine-Saint-Denis, mais que je peux malgré la localisation de mon cabinet faire appel aux CSS. ce que je fais.

MM — Depuis, vous avez inclus beaucoup de patients?

DR — Environ 3 à 5 patients/an.

MM — Et dans quel contexte avez-vous fait appel au CR pour MRP?

DR — Il s'agit de soutenir le médecin généraliste dans la prise en charge du patient complexe. Le patient qui accumule les problèmes tant sur un plan socio-administratif avec toutes les histoires d'immigration et de couverture sociale, que sur le plan médical et psychiatrique.

Les patients sont comme des enfants qu'il faut prenDRe en charge. Et le CR avec ses CSS assure cette fonction auprès du médecin et à sa demande.

MM — Mais alors, comment définissez-vous le CR pour MRP par rapport aux réseaux de soins coordonnés habituels?

DR — Comme je vous disais, c'est le soutien au médecin généraliste pour la prise en charge du patient complexe dans sa globalité. Pas question d'inclure le patient instable, fragilisé par ses nombreuses pathologies psychiatriques et sociales dans une structure rigide. Il s'agit de l'accompagner sur son propre chemin.

Et ce qui est très important, c'est qu'il s'agit d'une organisation autour du patient mais éphémère. Pas question d'habituer le patient à être soutenu, sinon on va entretenir la pathologie.

Voyez, il s'agit de sociopathes, réellement. Alors, le CR débrouille la situation au moment où le médecin généraliste le demande, cela débloque quelque chose qui permet au médecin de faire avancer sa prise en charge. Et ainsi l'assistance ne devient pas chronique. On ne doit pas ajouter une addiction à la longue liste de ces patients là.

MM — Si je vous reformule ce que vous venez de me dire de votre expérience de travail avec le CR, vous me dites qu'il s'agit d'une structure de soutien transitoire du patient complexe à un moment où le médecin le demande.

C'est bien cela?

DR— Oui.

MM — Et quand est-il des résultats obtenus? Avez-vous des retours des patients?

DR — Oui, les résultats sont là. C'est un soutien pour le médecin traitant. et surtout les CSS ne prennent pas la place de.... le CR ne se substitue pas.

MM— Il vient combler...

DR— Oui, à la demande du médecin traitant, du médecin référent.

MM— D'accord. Un point important du Mini-Réseau est l'existence des coursiers sociaux. Est-ce que vous pouvez me les définir?

DR — C'est un accompagnant ponctuel pour une tâche ponctuelle. Disponibilité, accueil et ... je sais pas, ponctualité. Tolérance. Cela fait beaucoup de choses comme critères de sélection.

MM— Et pour leur formation? Qu'est ce qui vous semble indispensable?

DR— Qu'ils sachent à quel genre de patient, ils vont avoir affaire. C'est-à-dire, ce qu'est la précarité, ce qu'est l'addiction, ce qu'est la pathologie psychiatrique. Quelque part quand même, pour qu'ils se rendent compte que ce n'est pas des gens comme tout le monde, et qu'on ne peut pas leur demander la même chose qu'à tout le monde.

MM— Ils ont donc besoin d'une formation d'orDRe psychologique?

DR— Pas seulement mais qu'ils aient des topos sur ce qu'est l'addiction, les trucs de base, quoi, que l'on peut expliquer très simplement. Que ce sont des patients pour lesquels il faut être tolérants, il faut accepter qu'ils viennent pas, qu'ils soient en retard, qu'ils disparaissent, que l'on puisse pas les joinDRe.

Que c'est une pathologie, que c'est des patients qui sont en souffrance, qu'ils peuvent être agressifs, soûls, ailleurs, qu'ils arrêtent leurs traitements ou les prennent n'importe comment. Il faut qu'ils soient préparés à s'occuper de patients un peu particuliers.

En partant du principe qu'ils sont en souffrance, et qu'il faut les accepter comme ils sont. Et que l'on va pas les changer comme cela.

MM— Et cela vous semble possible d'embaucher des gens qui n'ont jamais travailler dans ce milieu-là avant?

DR— Non.

MM— Donc, il faut qu'ils aient une formation sociale ou aient travaillé dans le social?

DR— Non, ou qu'ils aient une formation.

MM— Oui, des gens qui aient une formation, soit. On peut leur fournir la formation. Mais aucune expérience au préalable?

DR— Cela me semble difficile.

MM— Ok, donc plutôt des gens qui ont eu affaire ou ont travaillé dans des milieux, où ils tenaient un rôle d'ordre psycho-socio-pédagogique?

DR— Oui, cela me semble mieux. Cela me semble un critère de recrutement.

MM— Oui. Comment vous aimeriez améliorer le mini-réseau?

DR— La disponibilité. Oui, la possibilité de les joindre. Tous mes patients se plaignent qu'ils n'arrivent pas à les joindre, qu'ils n'arrêtent pas d'appeler.

MM— Mais cela a toujours été le cas?

DR— Au début non, puisqu'il y avait très peu d'appels. Mais c'était, il y a longtemps.

MM— Et à l'époque, quand vous les appeliez, vous arriviez à les avoir? Vous avez toujours fonctionné par téléphone? Jamais par mail?

DR— Il y avait pas de mail à l'époque.

MM— Mais après, par la suite?

DR— Je vous parle d'un temps, où... En 2000, c'est la naissance des mini-réseaux. Le début des coursiers sociaux s'inscrit avec le travail de Sibel Bilal. Il fauDRa lui demander, de quand cela date.

MM— D'autres choses qui vous semble manquer en dehors de la disponibilité? Donc il faut une équipe plus grande.

Donc, il faut l'étendre?

DR— Ce qu'il faut, c'est qu'il y ait une meilleure formation et une meilleure connaissance de ce type de patients. Et puis après, comme cela marche bien, il faut l'étendre bien sûr. Là c'est le 93.

MM— Est-ce que vous avez des raisons à me fournir, pour expliquer que certains médecins généralistes n'aient pas envie de l'utiliser?

DR— Ca leur complique la vie, il y a beaucoup de médecins généralistes qui ne veulent pas s'occuper du social. J'en entends beaucoup dire, que ce n'est pas notre problème le social.

MM— Eh bien justement, c'est une manière de se décharger du problème social, en utilisant le réseau.

DR— On peut voir ça comme ça, mais souvent quand je fais les formations, j'entends des médecins qui disent, non non ce n'est pas du tout du domaine du généraliste. Les patients vont voir leur assistante sociale et point barre. Ils ne veulent pas savoir ce qui se passe, pas savoir si on peut faire mieux.

Malgré tout, il faut le faire connaître.

MM— Et par rapport au financement, puisque c'est ce qui a posé problème, est-ce que vous avez vous, qui avait de l'expérience dans ce domaine, une idée de la manière dont on pourrait améliorer la situation?

DR— Eh bien, c'est du domaine de l'ARS. Puisque cela centralise tout.

MM— Est-ce que vous, en tant que médecin généraliste, vous seriez prêt à payer une forme de cotisation pour ce type de service, qu'est le mini-réseau?

DR— Non, pourquoi est-ce que je paierais?Le médecin?

MM— Non? Dans l'idée de se dire qu'on finance un service qui permet de travailler dans de meilleures conditions?

DR— Non.

MM— Vous pensez que c'est donc l'état qui doit financer ce type de structure?

DR— Non, la sécurité sociale. Si on pense que c'est une sociopathie, une pathologie, alors ce doit être les aides sociales qui doivent payer. L'ARS. Je vois pas pourquoi ce serait le généraliste qui paierait cela. Les généralistes vous disent qu'ils sont prêts à payer?

MM— On se pose la question. Moi, je trouve cela intéressant, c'est mon avis, on essaie de travailler dans de meilleures conditions, et cela peut être considéré comme un service rendu au médecin généraliste pour travailler dans de meilleures conditions.

DR— Les médecins généralistes ont l'habitude d'obtenir ce genre de services de manière gratuite.

MM— Oui, mais peut-être que les nouveaux médecins généralistes seraient prêts à investir. C'est une question que je vous pose.

DR— Je vous réponds que non.

MM— Avez-vous quelque chose à rajouter?

DR— Que c'est une bonne idée, que cela peut dépanner. Moi, j'ai une pratique un peu particulière, donc je ne vois pas pourquoi le généraliste, disons lambda, paierait une cotisation, dont il va se servir une fois en 20 ans. C'est cela qu'il faut voir.

Moi, je m'en sers de manière très ponctuelle. Finalement, c'est du second recours. On peut voir cela comme ça. Peut-être que l'on a tort, et que cela devrait être du premier recours, mais alors ils seraient débordés.

Alors pour le généraliste lambda, c'est extrêmement rare, c'est un cas tous les 15 ans.

Mais bon, on sait très bien, que dans les traitements de substitution, c'est 20% des généralistes qui règlent 90% des cas. Donc c'est peut-être ces médecins là qu'il faut cibler. Mais s'il s'agit d'une cotisation pour s'abonner au réseau, cela ne suffira pas à financer le mini-réseau. 30 à 50 euros la cotisation, cela ne réglera pas le problème des employés.

Non, donc si on considère que c'est un problème de santé publique, alors cela doit être pris en charge par la santé publique.

MM— Oui, cela se tient.

Si je résume ce que vous me dites, le Mini-réseau, c'est un réseau de 2ième ligne, de soutien administratif d'ordre médico-socio-psychologique chez des patients présentant des sociopathies liées à leurs pathologies psychiatriques.

Le réseau est un réel besoin du médecin généraliste, qui ne peut être remplacé par un autre réseau ou le travail des assistantes sociales et qu'il vous permet de prenDRe en charge le patient dans sa globalité, ce qui est le travail du médecin généraliste.

Vous êtes d'accord avec mon résumé?

DR— Tout à fait, c'est ça. C'est un problème de globalité, continuité.

MM— Et la mobilité.

DR— Oui, la mobilité. Disponibilité. Globalité. Continuité. Ponctualité. Cela fait beaucoup de choses mais on a fait le tour. Voilà.

MM— Oui, très bien. Merci.

Serment Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Introduction : La prise en charge des inégalités sociales de santé avec le développement des structures innovantes d'organisation des soins primaires, est une problématique actuelle de santé publique. Objectif : Cette étude s'attache à décrire le Centre de Ressources pour la Coordination des Mini-Réseaux de Proximité (CRC/MRP), en expérimentation dans le département de Seine-Saint-Denis depuis 2008, qui vise à favoriser la prise en charge du patient complexe par le médecin généraliste et ainsi améliorer l'accès aux soins. Matériel et Méthodes : Nous avons décrit le contexte historique et idéologique à l'origine de la conception de ce réseau, puis nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 10 médecins utilisateurs du CRC/MRP. L'enquête s'est composée d'entretiens semi-qualitatifs avec chaque médecin. Résultats : Les médecins généralistes interrogés expriment leur intérêt pour ce réseau innovant, qui vient apporter son soutien aux patients présentant des difficultés administratives et sociales. Le CRC/MRP est décrit comme un réseau social à la prise en charge élargie, qui vient combler un vide dans le système de santé. Les résultats apportés aux utilisateurs sont positifs, puisque le centre de ressources permet d'assurer la prise en charge globale des patients, tout en préservant un certain confort aux médecins. De plus, lors de cette étude, des modifications de la pratique quotidienne des médecins sont explicitées avec le sentiment d'améliorer leurs conditions de travail, la prise en charge médicale et la relation médecin/patient. Les Coursiers Sanitaires et Sociaux (CSS) piliers du CRC/MRP, sont décrits comme efficaces, disponibles et mobiles, et les médecins pensent qu'une formation sociale leur est nécessaire. La majorité des médecins interrogés semble d'accord pour généraliser le concept, Enfin, les médecins expriment des idées différentes et un sentiment partagé sur les modalités de financement de cette structure. Conclusion : D'après les médecins utilisateurs, le CRC/MRP est un concept intéressant, ainsi qu'une structure alliant disponibilité et mobilité grâce aux CSS pour réaliser un travail social indispensable.

MOTS CLES :

Centre de Ressources pour la Coordination des Mini-Réseaux de Proximité, Coursiers Sanitaires et Sociaux, Inégalités d'accès aux soins, Précarité, Patient complexe, Médecine générale.

Faculté de médecine Paris Descartes 15, rue de l'école de Médecine, Paris 6ième.