



HAL
open science

Le binôme interprofessionnel médecin généraliste - travailleur social : une approche pédagogique innovante pour aborder les inégalités sociales de santé auprès des internes en DES de médecine générale

Sabine Bertaux

► To cite this version:

Sabine Bertaux. Le binôme interprofessionnel médecin généraliste - travailleur social : une approche pédagogique innovante pour aborder les inégalités sociales de santé auprès des internes en DES de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02879265

HAL Id: dumas-02879265

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879265>

Submitted on 23 Jun 2020

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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sabine BERTAUX

Le Jeudi 24 octobre 2019

**LE BINÔME INTERPROFESSIONNEL MEDECIN GENERALISTE-
TRAVAILLEUR SOCIAL: UNE APPROCHE PEDAGOGIQUE
INNOVANTE POUR ABORDER LES INEGALITES SOCIALES DE
SANTE AUPRES DES INTERNES EN DES DE MEDECINE GENERALE**

DIRECTEUR DE THESE : **Dr Emmanuelle DUPONT**

JURY :

PRESIDENT :

Professeur Philippe LAMBERT

ASSESEURS :

Professeur Michel DAVID

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Emmanuelle DUPONT

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sabine BERTAUX

Le Jeudi 24 octobre 2019

**LE BINÔME INTERPROFESSIONNEL MEDECIN GENERALISTE-
TRAVAILLEUR SOCIAL: UNE APPROCHE PEDAGOGIQUE
INNOVANTE POUR ABORDER LES INEGALITES SOCIALES DE
SANTE AUPRES DES INTERNES EN DES DE MEDECINE GENERALE**

DIRECTEUR DE THESE : **Dr Emmanuelle DUPONT**

JURY :

PRESIDENT :

Professeur Philippe LAMBERT

ASSESEURS :

Professeur Michel DAVID

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Emmanuelle DUPONT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Héléne
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal - Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal - Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELLISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François - Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédiopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
 DE VOS John – Cytologie et histologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
 HAYOT Maurice - Physiologie
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MOREL Jacques - Rhumatologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PRUDHOMME Michel - Anatomie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LONJON Nicolas - Neurologie
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 STOEBSNER Pierre – Dermato-vénéréologie
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kevin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Eric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maitres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maitres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Lambert,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Michel David,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Béatrice Lognos,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Emmanuelle Dupont,

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir fait découvrir l'analyse qualitative. Merci pour ton investissement et ton accompagnement à toutes les étapes de l'élaboration de cette thèse. Ton aide a été plus que précieuse.

A Monsieur le Professeur Gérard Bourrel,

Je vous remercie de votre aide tout au long du processus d'analyse des résultats.
Recevez ici le témoignage de ma gratitude pour votre disponibilité.

A Madame le Docteur Oude-Engberink Agnès,

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire et de corriger le guide d'entretien.
Recevez ici le témoignage de ma gratitude pour votre aide.

A Madame le Docteur Chloé Sikirdji,

Je te remercie d'avoir animé les entretiens et de m'avoir guidé lors des premiers focus group.
Merci pour tes bons conseils et ta disponibilité.

Je remercie tous les **Médecins Généralistes** et les **Travailleurs Sociaux** qui ont accepté de participer aux entretiens après leur journée de travail. Sans vous je n'aurais pas pu réaliser cette thèse. Recevez ici le témoignage de ma gratitude.

Au Docteur Candice Jouandon,

Merci de m'avoir formée pendant mon internat et de m'avoir fait part de ton expérience, tu m'as tellement apporté. Les internes qui passent en stage dans ton cabinet son réellement chanceux. Je garde de très bons souvenirs du cabinet de Saint Martin de Londres.

A ma famille,

A mes parents,

Merci pour votre amour, votre écoute et votre éternel soutien tout au long de ces années. Vous m'avez guidé et permis d'en arriver là. Merci de tout ce que vous avez fait et de ce que vous faites encore pour moi.

A Mathilde, Camille,

Mes sœurs chéries, merci d'être là au quotidien. Merci pour vos encouragements sans faille, pour avoir su trouver les bons mots et me motiver dans les moments de doutes.

Votre bonheur fait le mien.

Je nous souhaite encore tellement de bons moments à partager en famille à Momo !

A Yoann,

Merci d'être là et merci de prendre ton temps pour le chantier... car vous allez me manquer quand vous ne vivrez plus en bas de chez moi ! P'tit goûter ?

A Laura,

Je suis heureuse que tu sois venue nous retrouver sur Bordeaux, a très vite pour de nouvelles aventures, peut-être en Nouvelle Calédonie... Merci pour tes conseils mais j'ai décidé de ne pas apprendre le serment d'Hippocrate par cœur...

A Sarah, Yasmine, Laurie, Camille, Laura, Aurore, Maeva,

Vous être présentes dans ma vie depuis le collège (merci Monjous) et j'espère pour encore très longtemps. Merci pour tous ces bons souvenirs (à cayac !). Merci pour votre soutien ces derniers mois et surtout, merci d'être venues de loin aujourd'hui pour cette étape importante de ma vie. Vous n'imaginez pas à quel point cela me touche.

A Marlène,

Je me souviens encore de notre rencontre en TP de Physique aux lycée.. un grand moment ! Merci pour ta perpétuelle bonne humeur et ta bienveillance à mon égard. Il y a intérêt qu'à l'avenir on se voit plus que ces dernières années ! Profite à fond de ton tour du monde et reviens vite !

A Margot,

On a survécu à ces 10 années d'étude ! Je suis heureuse d'avoir pu les partager avec toi, tellement de bons souvenirs et de fous rires... nos soirées films/plaid me manquent !

Merci pour ta bonne humeur et ton humour toujours très fin dont je ne me lasserai jamais !

Merci d'être là et d'être l'amie sur qui je peux toujours compter.

La bise à Milka (non je rigole gros gros calin à Milka!!).

Aux copains rencontrés au premier semestre à Perpignan : **Louise, Béa, Bertille, Marie, Charlotte, Pierre, Mathieu, Arthur, Margaux, Jimmy, Zahir,**

Sans vous ces années Montpelliéraines auraient été beaucoup moins folles ! Merci pour ces vacances, ces soirées et ces bons moments passés ensemble. Loin des yeux mais toujours près du cœur ! Je vous attends à Bordeaux ou à Momo quand vous voulez !

A la coloc du Père Soulas, **Béa, Margot, Emeline et Davide,**

La maison du bonheur ! Quand je pense à vous, il me revient les soirées au coin du feu, le délicieux cake à la banane épicée vegane de Margot et le fameux bain du 1er janvier après la soirée sous les tropiques... Merci pour tous ces bons moments passés ensemble !

Au MITeux,

A Clotilde,

je suis ravie d'avoir été ta première interne, tu m'as impressionné par ton savoir et ta capacité à tout gérer dès ton premier jour de clinicat ! Merci pour tout ce que tu m'as appris et pour m'avoir motivée dans nos séances footing !

A Nathalie,

Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ta douceur et ta gentillesse.

A Myriam,

Mon mymy, je suis heureuse de t'avoir rencontrée dans cette dernière année d'internat. Nos petites soirées/concerts au Broc me manquent...Je te souhaite encore de belles années d'internat à Montpellier et après tu viens t'installer sur Bordeaux !

Et les autres : **Lucas, Vincent, Aurélie, Solène, Lucile, Julie et Anais,**

Ce dernier stage au CHU a été bien plus appréciable grâce à vous tous ! Merci.

Merci à tous ceux qui ont rendu ces années d'études agréables et pas si longue que ça !

SOMMAIRE

ABREVIATIONS et ACRONYMES	14
INTRODUCTION	16
I/Le MG acteur de la lutte contre les Inégalités Sociales de Santé	17
1/ Les Inégalités Sociales de Santé.....	17
a) Concept d'Inégalités Sociales de Santé.....	17
b) Des chiffres probants.....	19
c) La lutte contre les ISS, un intérêt croissant en Santé Publique.....	20
2/ Le MG, un partenaire indispensable pour lutter contre les ISS.....	22
a) Rôle du MG dans la lutte contre les ISS	22
b) Difficultés rencontrées par les MG aggravant les ISS.....	23
c) Actions possibles.....	24
3/ La collaboration entre MG et TS.....	26
II/ L'enseignement des Inégalités Sociales de Santé	27
1/ La formation des étudiants en médecine sur les ISS en France.....	27
2/ La formation des internes de médecine générale à Montpellier sur les ISS.....	29
3/ La co-animation : une méthode pédagogique innovante.....	30
a) Concept de co-animation	30
b) La co-animation interprofessionnelle.....	31
METHODES	32
1/ Choix de la méthode.....	32
2/ Recrutement de la population.....	32
3/ Élaboration de la grille d'entretien.....	33
4/ Déroulement des entretiens.....	33
5/ Retranscription des entretiens.....	34
6/ Analyse.....	34
RESULTATS	38
I/ Caractéristiques de la population de l'étude	38
II/ Analyse transversale des entretiens	39
1/ L'enseignement pluriprofessionnel sur les ISS auprès des internes permet de les sensibiliser aux ISS, au travail en interprofessionnalité et de leur faire identifier le rôle du médecin et sa responsabilité dans la prise en charge du patient précaire.....	39
2/ L'enseignement sur les ISS aux étudiants en médecine enrichi par l'expertise des TS permet de transmettre des connaissances et des outils pratiques utiles à la prise en charge des ISS	43
3/ Le binôme interprofessionnel dans l'enseignement des ISS ajoute une richesse par son dynamisme et par l'apport de compétences différentes mais complémentaires permettant de mettre en avant le rôle de chaque professionnel dans la problématique des ISS.....	46

4/ L'enseignement en interprofessionnalité est modélisant pour l'exercice pluriprofessionnel de la médecine actuelle en permettant aux professionnels d'apprendre à se connaître et de lutter contre les représentations dans le but final d'améliorer la prise en charge des patients.....	55
DISCUSSION	62
I/ Synthèse des principaux résultats	62
II/ Forces et limites de l'étude	63
1/ Forces.....	63
a) Sujet original et d'actualité.....	63
b) Choix de la méthode.....	64
c) Triangulation.....	64
2/ Limites.....	65
a) Biais.....	65
b) Saturation des données.....	65
c) Interview des internes.....	66
III/ Commentaires des résultats et comparaison aux données de la littérature	66
1/ L'apport de la co-animation interprofessionnelle dans l'enseignement des ISS.....	66
a) Une méthode pédagogique pertinente pour sensibiliser les internes.....	66
b) Sensibiliser les internes sur le rôle et la place de chaque professionnel dans la lutte contre les ISS.....	67
2/ L'apport de la co-animation interprofessionnelle dans la pratique professionnelle.....	68
a) Promouvoir le travail en interprofessionnalité.....	68
b) Lutter contre les représentations erronées.....	71
3/ Enseignement modélisant pour la pratique actuelle de la médecine générale.....	72
a) Valoriser l'approche globale du patient.....	72
b) Évolution de la pratique médicale.....	73
4/ Vécu de la co-animation interprofessionnelle.....	74
IV/ Perspectives	76
1/ Optimisation de l'enseignement sur les ISS.....	76
2/ Optimisation de la co-animation interprofessionnelle.....	79
3/ Enseignement en interprofessionnalité à développer.....	80
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	86
RESUME	91

ABREVIATIONS et ACRONYMES

ADSP : Actualité et Dossier en Santé Publique

AME : Aide Médicale d'État

ASALEE : Action de Santé libérale en équipe

AVEC : Association des Vulnérabilités, des Énergies et des Compétences

CADA : Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAIPE : Centre For The Advancement Of Interprofessional Education

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

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EIP : Éducation Inter Professionnelle

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

LAM : Lits d'Accueil Médicalisé

LHSS : Lits Halte Soins Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDM : Médecin Du Monde

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SDF : Sans Domicile Fixe

SMPEA : Service Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

SNS : Stratégie Nationale de Santé

TS : Travailleur Social

UPM : Unité Pédagogique Médicale

UTTD : Unité de Traitement des Toxico-Dépendances

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont un enjeu de santé public majeur. (1)

En 2000, la France est considérée par l'OMS comme le pays ayant le meilleur système de santé au monde, principalement grâce à sa Couverture Maladie Universelle permettant un accès aux soins à tout individu. (2)

Depuis, ce classement est largement remis en question devant certaines faiblesses du système de santé français, notamment concernant les actions de prévention en santé et de lutte contre les ISS mises en œuvre.

Quel que soit son lieu ou son type d'activité, un médecin généraliste (MG) sera confronté à des patients en situation de précarité ou aux ISS au cours de sa carrière.

En effet, le MG est un des acteurs de soins primaires. Par sa position en première ligne, il est un acteur indispensable dans la prise en charge des questions médico-sociales.

Il est donc primordial que les futurs MG, pendant leurs études, soient sensibilisés et formés à ce sujet.

La formation universitaire doit s'adapter aux nouveaux rôles des professionnels de santé. Le Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine préconise d'orienter les programmes d'enseignement en fonction des besoins de la société et des déterminants sociaux de la santé, ainsi que de créer des partenariats avec les différents acteurs. (3) De plus, la prise en charge des ISS est intégrée dans le « Référentiel Métier et Compétences du Médecin Généraliste »(4).

Le département universitaire de Médecine Générale de Montpellier organise un enseignement obligatoire, destiné aux internes en fin de cursus, s'intitulant *Inégalités Sociales de Santé*. Depuis 2016, cet enseignement est co-animé en binôme interprofessionnel par des MG enseignants à la faculté de médecine de Montpellier et des travailleurs sociaux (TS) de différentes structures.

La co-animation interprofessionnelle est-elle une technique d'animation pertinente pour l'enseignement des ISS aux internes de Médecine Générale?

L'objectif de ce travail est d'explorer les motivations, les attentes, le vécu des MG et des TS, intervenant en binôme interprofessionnel dans l'enseignement des ISS aux internes de médecine

générale de Montpellier.

L'objectif secondaire est d'améliorer l'enseignement en l'adaptant aux besoins et en approfondissant les axes prioritaires identifiés.

I/ Le MG acteur de la lutte contre les Inégalités Sociales de Santé

1/ Les Inégalités Sociales de Santé :

a) Concept d'Inégalités Sociales de Santé :

Il est important de faire la distinction entre ISS et précarité :

J. Wresinki décrit la précarité comme *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, 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 à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible »*. (5)

La précarité est donc l'instabilité d'une situation de vie qui peut être due à de multiples facteurs tels que le revenu, l'emploi, la protection sociale, le logement, la culture.. Elle englobe la notion de pauvreté.

Les inégalités sociales de santé sont définies par l'OMS comme *« les différences systématiques et potentiellement évitables concernant un ou plusieurs aspects de la santé à travers des populations ou groupes définis à travers des critères sociaux, économiques, démographiques et géographiques »*. (6)

C'est donc la relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale.

Ces deux termes sont liés, mais la précarité concerne une ou plusieurs catégories sociales alors que les ISS s'intéressent à la comparaison entre les groupes sociaux qui englobent généralement toute

la population. (7)

Les ISS existent au sein de la société selon un gradient social. En conséquence, l'état de santé de la population se dégrade en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées. Il existe donc des écarts d'état de santé dans toute la société ce qui montre que les ISS ne se résument pas aux catégories sociales défavorisées.

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques.

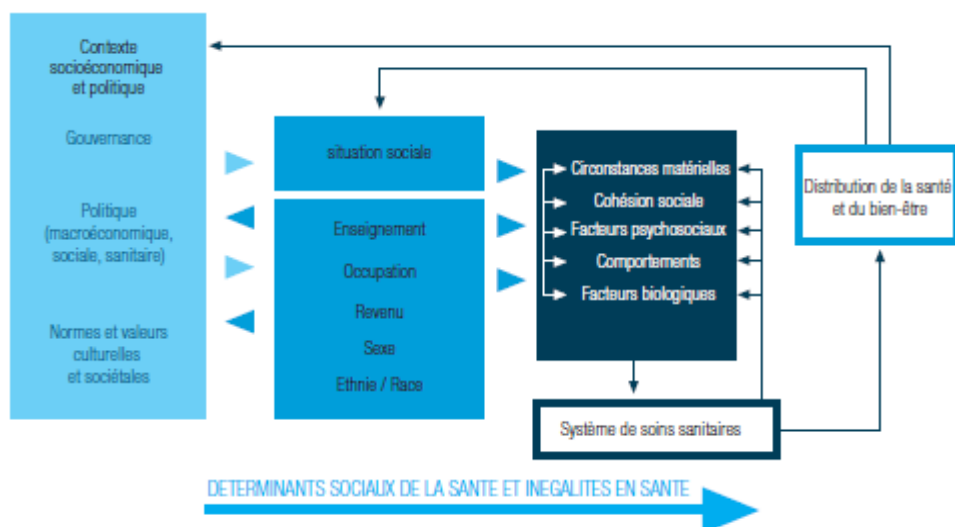
Les inégalités de santé sont généralement en lien avec des facteurs non modifiables tel que les facteurs biologiques (sexe, âge, génétique...) alors que les ISS résultent de déterminants multiples en lien avec le contexte politique et socio-économique du pays. Les ISS sont donc considérées comme évitables. (8)

Les déterminants sociaux de la santé permettent de comprendre comment les inégalités sociales deviennent des inégalité en santé. (7)

Plusieurs modèles visent à rendre compte de la façon dont les déterminants sociaux sont liés aux états de santé et comment ils s'articulent entre eux.

L'OMS dans le rapport de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) propose un modèle expliquant l'organisation des différents déterminants (Figure 1). (1)

Figure 1 : Les déterminants sociaux de la Santé - Modèle de la CDSS (1)



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Les déterminants structurels ou déterminants sociaux des inégalités de santé correspondent :

- au contexte socio-économique et politique du pays
- aux composants qui déterminent la position socio-économique de l'individu avec notamment le revenu, la formation professionnelle et l'emploi.

Ils ont un impact sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition des individus en fonction de leur statut socio-économique.

Les déterminants intermédiaires correspondent aux facteurs individuels d'ordre matériel (conditions de travail, conditions de vie, etc), comportemental (tabac, alcool, nutrition, etc), psychosocial (stress des conditions de vie et de travail, soutien social, etc) et biologique.(7) (9) (10)

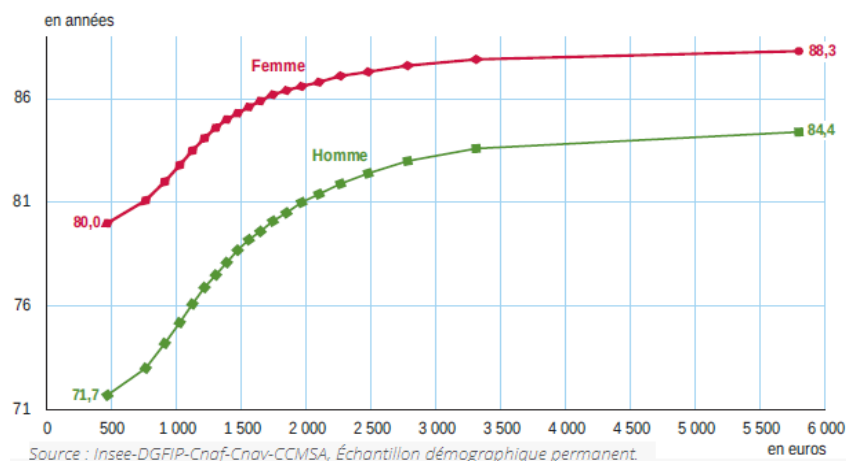
Les déterminants intermédiaires sont la conséquence des déterminants structurels et ne sont donc pas les causes profondes des ISS. Ils reflètent la situation (économique, sociale, culturelle...), engendrée par les déterminants structurels, dans laquelle se trouve l'individu. (10)

b) Des chiffres probants :

Le niveau moyen de l'état de santé et l'espérance de vie à la naissance n'ont cessé de s'améliorer en France depuis plusieurs décennies. Toute la population a pu profiter de ce progrès mais les écarts entre catégories socio-professionnelles restent marqués. (11)

Entre les années 2012 et 2016, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans parmi les 5% les plus aisés de la population contre 71,7 ans parmi les 5% les plus pauvres. Soit 13 ans d'écart. (11) Chez les femmes cet écart est de 8 ans. (figure2)

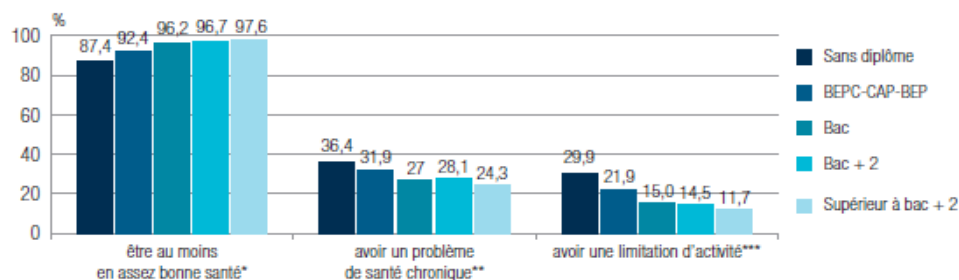
Figure 2 : Espérance de vie à la naissance par sexe et niveau mensuel (11)



Les catégories socio-professionnelles les plus basses vivent donc moins longtemps mais aussi en moins bonne santé.

En effet, entre les années 2009 et 2013 un cadre masculin de 35 ans a une espérance de vie moyenne sans incapacité de 34 ans, alors qu'elle n'est que de 24 ans pour un ouvrier (écart de 10 ans). (12)

Figure 3 : Indicateurs relatifs à la morbidité déclarée (état de santé perçu, prévalence de maladie chronique, prévalence de limitation d'activité) en fonction du niveau d'étude en 2013 (14)



Champ • France métropolitaine, population active vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus, standardisation sur l'âge.
Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat).

La figure 3 illustre aussi le terme de gradient social de santé : avec le nombre d'année d'étude, la santé perçue s'améliore et la prévalence de maladie chronique et de limitation d'activité, diminue. Les catégories socio-professionnelles les plus favorisées ou les plus diplômées bénéficient d'un meilleur état de santé, d'une capacité d'appropriation des messages de prévention plus adéquate et d'un accès au système de santé, notamment de recours aux soins plus adapté. (13)

c) La lutte contre les ISS, un intérêt croissant en santé publique :

Depuis 1945, la France s'est dotée d'un système de santé performant permettant un accès aux soins pour tous. Cela a permis d'améliorer l'état de santé des français avec une augmentation progressive de l'espérance de vie. Mais ce progrès n'a pas été autant profitable à toute la population car les ISS ont continué de s'aggraver. (14)

La question des ISS émerge en France avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Elle favorise une meilleure prise en charge des populations précaires et l'amélioration de

l'accès aux soins.

Or comme le souligne le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2011, cette loi ne prend pas en compte les déterminants sociaux de santé et le gradient social. (9)

Comme nous l'avons vu précédemment, les comportements en santé sont influencés par l'environnement créé par les politiques publiques.

Pour réduire les ISS, il ne suffit donc pas d'améliorer l'état de santé moyen de la population, ni d'agir seulement sur le système de prévention et de soins car la majorité des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus. (9)

C'est en 2009 que le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) propose comme objectifs prioritaires « *d'élargir la problématique des ISS au gradient qui traverse la société [...] et de souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé* ». (15)

Depuis 2004, les ISS sont de mieux en mieux prises en compte et mesurées. Elles sont maintenant clairement inscrites comme un objectif des politiques de santé publique.

En 2017, le HCSP propose dans son rapport *Stratégie Nationale de Santé (SNS)*, de développer massivement la prévention. Il privilégie une approche par déterminants plutôt que par pathologies, et une approche intersectorielle, incluant l'ensemble des politiques.

Par exemple, les ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale doivent travailler ensemble pour faire de l'école un lieu promoteur de bien-être, de réussite éducative, d'épanouissement pour tous et de lutte contre les inégalités de santé.

Le système de santé y est présenté comme un déterminant important qui nécessite d'être adapté pour atteindre des objectifs d'amélioration de la santé de la population française.

Le HCSP de 2017 propose d'améliorer le système de santé avec notamment deux virages : « *un virage préventif et un rééquilibrage vers des soins primaires dits de ville* ». (16)

Chaque objectif du programme de la SNS 2018-2022 contribue à la lutte contre des inégalités. Elle insiste particulièrement sur la prévention des déterminants de santé tout au long de la vie et dès le plus jeune âge ainsi que la restructuration des soins primaires. (17)

Notons que dans le nouveau programme de la SNS, un des objectifs est d'adapter la formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Notamment, il préconise de :

« -Développer la sensibilisation des étudiants au vécu du patient, ainsi qu'aux enjeux de la relation de soin et de la vulnérabilité (handicap, dépendance)

-Développer dès la formation une culture pluriprofessionnelle et du travail en équipe et une plus grande proximité avec les autres professions, notamment grâce à des modules communs et à des échanges de pratique avec les travailleurs sociaux et les acteurs médico-sociaux

-Concrétiser l'« universitarisation » des formations sociales et paramédicales afin de renforcer la qualité de la formation, de favoriser la recherche en sciences paramédicales et d'encourager la pluridisciplinarité comme une incitation à l'exercice pluri professionnel ultérieur »(17)

Avec le temps, les ISS sont mieux comprises et mesurées ce qui permet d'adapter les différentes stratégies politiques et d'agir sur le fond du problème que sont les déterminants structurels.

La restructuration des soins primaires fait du MG un des acteurs prioritaires de lutte contre les ISS. De plus, l'évolution prochaine de la formation des acteurs médico-sociaux devraient favoriser le repérage des ISS et l'amélioration du parcours de soin du patient par la collaboration pluriprofessionnelle.

2/ Le MG, un partenaire indispensable pour lutter contre les ISS

a) Rôle du MG dans la lutte contre les ISS :

Selon la WONCA, la médecine générale « *est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée* » et « *elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.* » (18)

Le MG est souvent le premier professionnel de santé rencontré par la population, il représente 90 à 95% des contacts de la population avec le corps médical (8).

Par sa position en première ligne, il a un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité.

Il doit être capable de construire une relation avec le patient, son entourage et les différents intervenants dans l'optique de créer une alliance thérapeutique et d'assurer la continuité des soins. Grâce au modèle bio-psycho-social enseigné à l'université, il a les compétences pour prendre en charge le patient dans sa globalité en faisant le lien entre les éléments biomédicaux, psychique et l'environnement social du patient. (4) (19)

Dans la lutte contre les ISS, le MG doit assurer la coordination des soins avec les autres professionnels du champs médico-social.

b) Difficultés rencontrées par les MG aggravant les ISS :

Mais la médecine générale participe aussi aux renforcements des ISS. Plusieurs théories ont été émises :

→ La théorie de l' « *inverse care law* » par Hart en 1971 émet l'idée que la distribution de l'offre de soin est inversement proportionnelle aux besoins de la population : les zones défavorisées économiquement sont aussi souvent des zones de désert médical. Cela entraîne un délai d'accès aux soins plus long pour des consultations plus courtes car les médecins sont surchargés. Les questions urgentes sont traitées en priorité, laissant peu de place à la prévention par exemple. (20)

→ Les interactions médecin-patient : des études ont montré que le statut socio-économique et l'origine ethnique influent sur la communication entre médecin et patient.

Par exemple, une étude a montré qu'en France, les médecins généralistes délivreraient près de deux fois plus de conseils d'activité physique aux hommes ayant un niveau d'études élevé qu'à ceux ayant un niveau d'études faible (8).

L'étude INTERMEDE met en évidence une mauvaise concordance entre les médecins et les patients sur le contenu de la consultation et les conseils délivrés. De plus, l'étude montre que plus le médecin ressent une distance sociale entre lui et son patient plus le désaccord est important. (21)

→ Les MG ont aussi des difficultés à repérer et à dépister les situations sociales à risque accentuées par des difficultés pour aborder la question. Les questions en lien avec la position socio-économique des individus (le revenu, l'éducation, l'emploi) ne figurent que rarement dans les dossiers médicaux. (22) (23)

→ Le manque de connaissance sur les ISS et les représentations des MG jouent aussi un rôle dans l'aggravation des ISS. D'après le travail de thèse de C. Lemaire qui a réalisé une étude qualitative sur « *Les représentations des MG sur les ISS* », beaucoup de MG pensent que la précarité est uniquement un problème financier.(24)

Une autre thèse s'intitulant « *L'Accueil des personnes en grande précarité par des médecins généralistes Lyonnais* » montre que les MG limitent souvent leur représentation de la précarité à l'accès aux soins et à la précarité financière sans tenir compte des autres précarités : intellectuelle, sociale, culturelle... Les ISS sont souvent vues par les MG interrogés uniquement comme des inégalités d'accès aux soins.(25)

Il existe aussi une mauvaise connaissance des structures relais médico-sociales existantes entraînant une mauvaise coordination des soins. (23)

Les refus de soins concernant les bénéficiaires de la CMUC ne sont pas rares et ont été attestés par différentes études. Selon une étude réalisée par testing sur l'attitude des médecins et des dentistes vis-à-vis des patients bénéficiaires, 4,8% (IC95%[2,2-7,4] p<0,001) de MG ont refusé la CMUC mais cela concerne principalement les MG en secteur 2. De plus, les entretiens ont mis en évidence de nombreux préjugés au sujet des patients détenant la CMUC, pouvant être qualifiés « d'assistés » ou de « tricheurs » ainsi que des préjugés vis à vis des retards ou de rendez-vous non honorés. (26) Cela peut entraîner un retard de soins pour ces patients. Parfois ils sont à l'origine d'un renoncement aux soins ou d'un repli sur les structures publiques, principalement l'hôpital. Diverses thèses portant sur la prise en charge des ISS par le MG montrent que les médecins n'ont pas été formés au cours de leurs études à la prise en charge des ISS et des patients en situation de précarité. (23) (24) (25)

→ Enfin, la complexité administrative touchant les patients en situation de précarité est un frein pour les MG qui sont généralement peu formés dans ce domaine et qui manquent de temps. Cela nécessite un investissement supplémentaire de la part du médecin.

c) Actions possibles

Pour aider le MG à lutter contre les ISS, plusieurs pistes d'action sont possibles : (20)

→ **Améliorer la formation initiale et continue et la collaboration médico-sociale :**

Dans sa thèse « *Compétences psychosociales en médecine générale face aux*

inégalités sociales de santé » (27), S. Chatelard tente d'identifier les compétences que les soignants pourraient développer par rapport à leurs patients pour limiter les inégalités sociales de santé. A travers une revue de la littérature, elle met en évidence trois principales compétences psychosociales : le repérage des patients vulnérables, la relation d'empathie sans jugement et la collaboration avec les professionnels du champ médico-social.

Une formation plus spécifique, incluant ces compétences, sur la prise en charge des patients en situation de précarité et sur les ISS serait nécessaire pour aider les professionnels et pour faire évoluer les préjugés.

Il est aussi essentiel de former les professionnels au travail en réseau et aux structures relais au vu du caractère multidimensionnel des ISS pour permettre une coordination des soins. De plus, il serait nécessaire que chaque MG construise un carnet d'adresses comprenant les services sociaux, les consultations spécialisées et plateaux techniques de secteur 1, les secteurs psychiatriques, les permanences d'accès aux soins... Cela permettrait une orientation rapide et adaptée des patients. Il faudrait réussir à créer des occasions pour se rencontrer (visites conjointes, groupe de travail, formation commune...) (20)

→ **Créer des outils adaptés pour les professionnels**, principalement avec l'aide des logiciels médicaux, permettant de recueillir les données essentielles ou permettant des échanges simplifiés entre MG et TS:

Le recueil systématique d'informations sociales est indispensable au cours de la 1ère consultation chez le MG pour aider au repérage rapide des ISS. Sept informations indispensables ont été retenues par le Collège de Médecine Générale : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient(28). Des fonctionnalités ou des outils comme des rappels automatiques dans les logiciels peuvent permettre d'améliorer le repérage de patients et la mise en œuvre des protocoles de prévention. Selon H. Falcoff, cela permettrait de réduire la variabilité « intra-médecin » de la pratique, génératrice d'inégalité. (20)

Une plateforme de communication entre TS et MG via un logiciel internet, régulièrement mis à jour, regroupant les coordonnées des MG et TS de secteurs simplifieraient la communication.

3/ La collaboration entre MG et TS

Le TS est aussi un professionnel de premier recours, il met ses connaissances des rouages administratifs au service de personnes, familles ou groupes en difficulté, en les aidant à s'insérer socialement ou professionnellement. Il peut être assistant social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale...(29) Ils sont aussi régulièrement confrontés à des situations où le biomédical et le psycho-social sont intriqués.

La collaboration interprofessionnelle est un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante, au service du patient. (30)

La collaboration interprofessionnelle suppose le respect, la confiance, la prise de décision partagée, la connaissance du champ de pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance des compétences respectives.

Les MG et les TS, au cours de leur formation initiale ont très peu de contact. Il n'existe pas de temps de formation conjoint où il serait possible d'enseigner les pratiques de collaboration. Le MG, par son rôle de pivot des soins primaires se doit de collaborer avec ses partenaires du monde social. Cette collaboration ne peut se mettre en place que si les professionnels s'impliquent pour construire des relations pluriprofessionnelles.

Dans la littérature, nous retrouvons un manque certain de collaboration entre MG et TS. Pour illustrer l'état actuel de leur relation, la thèse de C. Flye Sainte Marie (23) en 2015, *Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle : étude quantitative par questionnaire*, retrouvait que 87,5% des MG interrogés déclarent connaître moyennement (50,9%) ou insuffisamment (36,6%) les dispositifs sociaux de leur territoire, ces résultats étaient surtout présents chez les médecins de moins de 45 ans. Seulement 11,2% des MG entre 45-55ans étaient régulièrement en contact avec des TS et 2,7% chez les MG de moins de 45 ans. La principale raison évoquée est la mauvaise connaissance de ces structures.

Actuellement, les deux professions se connaissent mal et le travail en collaboration est peu

fréquent, alors qu'il est bénéfique pour les patients. Le manque de formation est un frein majeur à la collaboration interprofessionnelle dans l'enseignement sur les ISS.

II/ L'enseignement des Inégalités Sociales de Santé

1/ La formation des étudiants en médecine sur les ISS en France

Le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM) correspond aux 3 premières années des études médicales. Chaque faculté élabore son propre programme d'enseignement, il est donc difficile de savoir si la thématique est abordée.

Depuis les années 1990, les sciences humaines et sociales ont été intégrées au programme des études médicales dès la première année mais le plus souvent, elles sont enseignées par des médecins eux mêmes. Les étudiants en médecine, au cours de leur formation rencontrent principalement des enseignants médecins.

Le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) équivaut aux 4ème, 5ème et 6ème années des études médicales et sert à la préparation des ECN correspondant à l'ensemble des compétences que le futur médecin doit acquérir avant de débiter l'internat.

Avant la réforme du 3ème cycle des études médicales de 2016, à partir de la 4ème année le programme était national et sur les 345 items, un seul abordait réellement la précarité : l'item n° 46 intitulé « *Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation. Mesures de protection* » et qui a pour objectif de « *Savoir évaluer la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité.* »

Concernant les ISS, il n'y avait pas d'item à ce sujet mais l'on retrouve 2 items pouvant y faire référence :

- N°14 : Protection sociale. Consommation médicale et Économie de la santé ; ayant pour objectif d'expliquer l'organisation de la protection sociale en France.
- N°71 : Mesure de l'état de santé de la population; ayant pour objectif d'expliquer les principaux indicateurs de la santé d'une population.

Avec la réforme, les items précédents ont été conservés et enrichis et deux nouveaux sont apparus (31) :

-Item n°6 : L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient avec un des objectifs qui est de décrire les principes d'organisation et les conditions de mise en œuvre du travail en équipe pluriprofessionnelle.

-Item n°15 : Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins., où les inégalités territoriales de santé sont abordées.

Jusqu'à la 6ème année de médecine, même s'il y a une progression avec notamment l'abord du travail pluriprofessionnel et des inégalités territoriales de santé, les ISS ne sont toujours pas enseignées dans le programme officiel. Cependant, chaque faculté est libre d'adapter le programme. Par exemple, à Montpellier pour les DFASM 2, il existe un enseignement appelé UE libre portant sur les ISS.

Au cours du 3ème cycle des études médicales, le Département de Médecine Générale (DMG) de chaque faculté organise des enseignements sur des thématiques variées.

Selon le dernier décret de 2017 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine, l'interne en Médecine Générale doit être confronté à des patients « *où les problèmes sociaux sont en premiers plans* » au cours de ses différents stages mais il n'y a pas d'obligation d'enseignement universitaire sur le sujet des ISS. (32)

Sur les 36 DMG en France, après une recherche exhaustive sur chaque site internet ou demande auprès des représentants de chaque département, j'ai pu recenser 14 universités qui proposent des enseignements obligatoires ou des travaux dirigés sur le thème des ISS.

Si l'on compare avec la thèse en binôme réalisée par Mesdames Ernst et Mériaux en 2013 (33), elles n'avaient pu recenser que 9 universités.

Cependant de nombreuses universités proposent des diplômes universitaires complémentaires sur le thème de la Santé et de la précarité avec abord des ISS.

Il est difficile d'évaluer à quel point le sujet est évoqué dans les universités françaises. Cependant on note une prise de conscience et une progression de l'enseignement des ISS mais c'est un sujet encore peu abordé dans les études médicales.

2/La formation des internes de MG à Montpellier sur les ISS

Depuis 2016, la Faculté de Médecine de Montpellier donne un enseignement obligatoire intitulé *Inégalités sociales de santé*. Il est destiné à tous les internes du DES de Médecine Générale de la Faculté de Montpellier.

L'objectif général de l'enseignement est de savoir repérer et d'orienter un patient vulnérable vers les structures sociales spécialisées dans cette prise en charge.

Les objectifs intermédiaires sont :

- Lister les déterminants en santé et définir les inégalités sociales de santé
- Définir un patient présentant une/des inégalités sociales de santé à partir de séquences vidéo
- Enregistrer et reconnaître les 7 informations indispensables pour évaluer la situation sociale d'un patient en médecine générale (la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, son assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient).
- Examiner le score EPICES (indicateur de précarité des centres d'examen de santé financés par l'assurance maladie)
- Préciser les droits à la couverture maladie des patients
- Identifier les structures pouvant délivrer de l'information et/ou prendre en charge des patients vulnérables dans les situations types : mineurs, majeurs sans enfant, familles, étrangers avec/sans papier, sans couverture maladie, SDF, violences conjugales, insalubrité, addiction.

L'enseignement se déroule en plusieurs parties et selon différentes méthodes pédagogiques :

- un enseignement théorique, avec rappels théoriques et cas cliniques, est présenté aux internes
- des ateliers de rencontre en petit groupe avec différentes structures sociales, associatives ou médicosociales : LHSS, LAM, MDM, la PASS, ASALEE, CSAPA, CTA MAIA-PAERPA, CARSAT pour favoriser les échanges.
- depuis 2018, s'ajoute au cours théorique un exercice de simulation d'une consultation de médecine générale avec un patient en situation d'ISS.

La simulation est une méthode de pédagogie active, devenue incontournable dans les études médicales. Elle vise à recréer une situation représentant la réalité de manière objective et à laquelle l'étudiant pourrait être confronté. En s'immergeant dans une situation réelle, elle permet

d'améliorer (sans risque) les connaissances, les compétences techniques ainsi que les relations professionnels-patients en accord avec les besoins et les attentes des patients.(34). Elle se base sur l'apprentissage par l'expérience et la réflexivité sur sa pratique. Le débriefing est donc une étape essentielle à la simulation. (35)

La particularité de l'enseignement des ISS à Montpellier est le recours à une technique d'animation encore peu utilisé dans le champ de la médecine : la co-animation interprofessionnelle entre MG et TS.

3/ La co-animation : une méthode pédagogique innovante

a) Concept de co-animation

Dans le dictionnaire français Larousse 2018 plusieurs définitions sont admises pour le mot animation (36):

« -Action de mettre de la vivacité, de l'entrain dans quelque chose.

-Chaleur, ardeur, fougue mises dans une action, une expression, un comportement.

-Action d'animer un groupe, un débat, une émission.. »

Pour résumer, l'animation est donc un moyen de communication, de partage permettant de rendre le sujet plus vivant, plus interactif.

Le préfixe « co » signifie : avec, réunion, adjonction, simultanéité et indique l'idée de partager l'action à deux.

Dans le cadre de cette étude, nous retiendrons la définition de Friend et Cook (37) :

« La co-animation est un travail pédagogique en commun, dans un même groupe, temps et espace, de deux enseignants qui partagent les responsabilités éducatives pour atteindre des objectifs spécifiques. On parle aussi de co-intervention et de co-enseignement. »

La co-animation requiert l'interdépendance des enseignants dans leur travail et la nécessité d'agir ensemble avec comme objectif commun d'améliorer la qualité de la formation.

C'est une technique d'animation de plus en plus utilisée, qui s'est développée au cours des dernières décennies dans les systèmes scolaires de nombreux pays (incluant la France) mais aussi dans de nombreux champs de pratique tel que : les groupes de paroles et d'entraide, la médiation, l'analyse de pratique professionnelle...

Dans la formation médicale, la co-animation est souvent utilisée pour les exercices de simulation. La co-animation n'est pas toujours facile à mettre en place car elle entraîne un surcoût financier (par la présence de 2 animateurs) ainsi que du temps et de l'énergie supplémentaires nécessaires pour la coordination, la communication et l'organisation du binôme (avant, pendant et après les séances). (38) (39)

b) La co-animation interprofessionnelle

La co-animation peut être unidisciplinaire ou multidisciplinaire : les enseignants sont du même milieu professionnel ou de milieux différents, faisant appel à une expertise particulière. Associer deux professions permet d'élargir le savoir ce qui peut être pertinent pour des thématiques nécessitant un éclairage multifocal ou nécessitant d'apprendre sur la dimension collaborative du travail. (40)

La co-animation interprofessionnelle ou interdisciplinaire va au delà de l'addition des connaissances des intervenants, c'est une réflexion partagée entre disciplines sur un projet commun. Cela nécessite une acceptation des différences de l'autre et une réelle relation de confiance entre formateurs.

L'interprofessionnalité dans la formation des professionnels de santé est, nous l'avons vu, largement recommandée par la politique de santé actuelle.

MATERIEL ET METHODE

1/ Choix de la méthode

Pour répondre au mieux à l'objectif, une étude qualitative avec la réalisation d'entretien de groupe semi directif, ou Focus group nous a paru être le plus judicieux.

En effet, c'est une méthode adaptée pour explorer les expériences, identifier les attentes et fournir un éventail d'idées permettant de trouver des pistes d'amélioration sur un sujet donné. (41) (42)

La dynamique de groupe créée lors de l'entretien permet d'explorer les différents points de vue des participants. Les échanges entre les intervenants favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences grâce à la réunion de personnalités diverses.

Cela favorise l'expression et la discussion d'opinions différentes permettant d'enrichir le matériau d'analyse. (41)

Selon S. Duchesne et F. Haegel : « *Cette méthode contribue à réduire les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement et facilite le travail de remémoration.* » (43)

2/ Recrutement de la population

Le sujet de l'étude porte sur les MG et TS ayant participé à l'enseignement donné aux internes de Médecine Générale de la Faculté de Montpellier sur le thème des ISS.

Les MG intervenants sont des enseignants du DMG de la Faculté de Montpellier.

Les TS intervenants ont été recrutés pour l'enseignement dans différents secteurs (hôpital, association, CPAM...) par le Dr Emmanuelle Dupont, responsable de l'enseignement.

Depuis le début de l'enseignement, 30 intervenants (15 TS et 15 MG) y ont participé.

Un e-mail de présentation de la thèse associé à une invitation au Focus group leur a été envoyé.

3/ Élaboration de la grille d'entretien

La grille d'entretien a été réalisée en partenariat avec le Dr Dupont Emmanuelle.

Elle a été finalisée et validée par le Dr Oude Engberink Agnès, maître de conférence universitaire.

Le guide a été conçu pour un entretien semi dirigé cherchant à recueillir l'expérience des intervenants sur leur participation à l'enseignement.

Il contient 5 questions ouvertes abordant le thème de la co-animation, de l'enseignement sur les ISS aux internes et de manière plus générale, de l'enseignement pluriprofessionnel.

(Annexe 1)

Après la réalisation de deux entretiens et la participation à un atelier de thèse portant sur l'analyse qualitative organisée par la Faculté de médecine, une sixième question a été ajoutée pour donner la possibilité à chaque participant de résumer son expérience.

4/ Déroulement des entretiens

Les focus group se sont déroulés à l'UPM de la faculté de médecine de Montpellier, lieu où est réalisé l'enseignement et qui est donc connu de tous les participants.

L'ambiance était conviviale et un pot d'accueil était servi avant et pendant l'entretien.

L'entretien individuel a été réalisé à distance, par le logiciel Skype.

Le consentement écrit de chaque participant a été recueilli. (Annexe 2)

Un questionnaire permettant de rassembler les caractéristiques personnelles et professionnelles des participants a été distribué au début de chaque entretien, permettant de mettre en évidence la diversité des intervenants (Annexe 3).

Une brève introduction orale a été réalisée avant chaque début d'entretien permettant de rappeler l'objectif de la thèse ainsi que le déroulement d'un entretien de groupe ou individuel. Cela permettait aussi de mettre à l'aise les participants en leur assurant que les données étaient anonymisées et qu'ils pouvaient s'exprimer librement. (Annexe 4)

Les entretiens ont été enregistrés par un téléphone portable et un dictaphone pour assurer la retranscription des données.

Pour les focus group 1 et 2, le Dr Chloé Sikirdji a assuré l'animation. Pour le focus group 3, ce fut le Dr Emmanuelle Dupont.

J'ai été observatrice pour les trois focus group et ai réalisé l'entretien individuel.

Pour les 2 premiers focus group, nous avons décidé de ne pas mélanger MG et TS pour que la parole soit plus libérée. Pour permettre la réalisation d'un 3ème focus group nous avons réuni les professions par manque de disponibilité des enseignants.

Après les 3 focus group, nous avons décidé de réaliser quelques entretiens individuels pour améliorer la validité de l'étude. Mais seulement 1 participant a répondu et était disponible.

5/ Retranscription des entretiens

J'ai retranscrit mot à mot, le plus précisément possible, la totalité des échanges verbaux et non verbaux à l'aide du logiciel de traitement de texte Open Office Writer.

Afin de préserver l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque participant associé aux initiales MG pour médecin généraliste et TS pour travailleur social.

6/ Analyse

Une analyse phénoménologique et sémiopragmatique a été utilisée, dans le cadre d'un paradigme compréhensif.

La description phénoménologique prend en compte l'ensemble des données incorporées dans le texte permettant une compréhension globale de chaque expérience vécue. (44)

Pour cela, elle nécessite un recueil des données contextuelles et textuelles le plus complet possible pour que le matériau soit le plus représentatif des expériences vécues.

L'objectif est de faire émerger la théorie inscrite « en profondeur » dans les textes étudiés par l'intermédiaire de catégories conceptualisantes, rendant compte de l'expérience du sujet. (45)

Pour réaliser une analyse phénoménologique, le chercheur doit rester neutre et laisser de côté tout jugement et connaissance concernant le sujet étudié pour arriver à une réflexion en tant que phénomène pur (epoché d'Husserl). (46)

C.S. Peirce intègre la sémiotique à la phénoménologie pour permettre une mise en ordre logique des phénomènes et pour dégager ce qui en donne du sens. Pour cela, il préconise un ordonnancement logique de catégories. (47)

C.S. Peirce a démontré que 3 « catégories universelles » ou « modes d'être » étaient suffisantes pour décrire un phénomène :

Tableau 1 : Les 3 catégories universelles selon C.S. Peirce : (44) (45) (47)

Catégories	Signes	Nature des Phénomènes
Priméité (1)	Qualité	<u>Ce qui est ressenti :</u> Sentiments, émotions, impressions, représentations
Secondéité (2)	Fait	<u>Ce qui se fait :</u> Actions, constats, expériences, prise de conscience
Tiercité (3)	Loi	<u>Ce qui devrait être :</u> Théorie, principe, généralité, concept

Ces catégories ont un lien logique d'interdépendance entre elles : (3) présuppose (2) qui présuppose (1).

Cet ordonnancement permet une mise en ordre logique des données pour restituer le sens des résultats. Pour formuler une théorie et la décrire, on utilise les éléments des faits et des émotions retrouvées dans les autres catégories.

Après la retranscription des données, différentes étapes ont été suivies pour réaliser l'analyse phénoméno-pragmatique : (45) (47)

1. Lecture flottante du texte de type intuitif pour repérer les idées principales
2. Lecture focalisée du texte permettant le découpage en unités de sens qui sont ensuite regroupées par thèmes
3. Mise en lien des thèmes pour une catégorisation de premier niveau permettant le regroupement

d'éléments signifiants et cohérents

4. Caractérisation des catégories émergentes selon la démarche des catégories universelles de Peirce

5. Restitution du sens à partir d'un ordonnancement logique des catégories obtenues selon les relations qu'elles entretiennent entre-elles : mise en évidence des théories

Les catégories émergentes ont d'abord été constituées pour chaque entretien puis elles ont été regroupées en fonction des thèmes abordés pour faire émerger les grands concepts.

Pour améliorer la validité des résultats, le Dr Emmanuelle Dupont a aussi analysé les données suivant la même procédure. Puis nous avons mis nos résultats en commun pour triangulation des données.

Ayant peu d'expérience en analyse qualitative, nous avons demandé l'aide du Pr Gérard Bourrel pour les différentes étapes de l'analyse.

Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé.

RESULTATS

I/Caractéristiques de la population de l'étude

Le recueil des données s'est effectué du 08/11/2018 au 21/03/2019.

Trois focus group et un entretien individuel ont été réalisés.

Au total 17 personnes ont été interrogées dont 9 médecins généralistes et 8 travailleurs sociaux.

Les caractéristiques de chaque participant sont résumées dans les tableaux suivants :

Tableau 1 : Caractéristiques des 9 Médecins Généralistes

	Sexe	Type d'exercice	Département d'exercice	Participation à l'enseignement (nombre d'année)	Participation à d'autre enseignement en interprofessionnalité
MG1	M	Libéral	30	1	Oui
MG2	M	Salarié	34	2	Oui
MG3	M	Libéral	34	1	Oui
MG4	M	Salarié	34	2	Oui
MG5	M	Libéral	30	3	Non
MG6	F	Libéral	34	4	Oui
MG7	F	Salarié	34	2	Non
MG8	M	Libéral	11	4	Oui
MG9	F	Libéral	66	1	Oui

Les MG interrogés travaillant en libéral exercent principalement en cabinet de groupe avec d'autres MG ou en MSP.

Les MG interrogés travaillant en salariat exercent dans des centres de soins destinés aux populations vulnérables (UTTD, CSAPA, Centre Frantz Fanon).

Tableau 2 : Caractéristiques des 8 Travailleurs Sociaux

	Sexe	Profession	Structure d'exercice	Lieu d'exercice	Participation à l'enseignement (nombre d'année)	Participation à d'autre enseignement en interprofessionnalité
TS1	F	Assistante sociale	Service public	Montpellier (34)	3	Oui
TS2	F	Directrice d'association	Structure associative	Montpellier (34)	3	Oui
TS3	F	Éducatrice spécialisée	Salariée en structure associative	Montpellier (34)	2	Oui
TS4	M	Assistant social	Salarié en structure associative	Montpellier (34)	4	Oui
TS5	F	Assistante sociale	Service public	Montpellier (34)	2	Non
TS6	F	Assistante sociale	Sans activité		3	Oui
TS7	F	Assistante sociale	Service public	Montpellier (34)	3	Oui
TS8	M	Directeur d'association	Structure associative	Béziers(34)	1	Oui

Les différentes structures associatives sont Médecin du Monde, CCAS Point Accueil Seniors, Association A.V.E.C, Espace de Vie Sociale, CADA.

Le service public est représenté par la PASS du CHU, le SMPEA Peyre Plantade, la CARSAT.

Les motifs de refus pour participer à l'étude étaient principalement le manque de disponibilité. Un des professionnels contacté n'a pas souhaité participer car il ne se sentait pas concerné par le sujet

de l'étude.

Les trois focus group et l'entretien individuel sont décrits dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Les différents entretiens réalisés

	Nombre de MG	Nombre de TS	Durée	Lieu
Focus group 1	0	6	1heure 20minutes	UPM Faculté Montpellier
Focus group 2	5	0	1heure	UPM Faculté Montpellier
Focus group 3	3	2	1heure	UPM Faculté Montpellier
Entretien individuel	1	0	40minutes	A distance, via le logiciel Skype

II/Analyse transversale des entretiens

Après analyse et regroupement des données des différents entretiens, 4 catégories conceptualisantes émergent :

1/ L'enseignement pluriprofessionnel sur les ISS auprès des internes permet de les sensibiliser aux ISS, au travail en interprofessionnalité et de leur faire identifier le rôle du médecin et sa responsabilité dans la prise en charge du patient précaire.

a) Pour sensibiliser les étudiants, les intervenants ont besoin de transmettre leur intérêt et leur expérience dans le domaine des ISS et de l'interprofessionnalité :

- Pour les intervenants, il est important de transmettre l'intérêt qu'ils portent aux ISS dans leur pratique quotidienne :

« [...] donc c'était ça aussi dans le cadre des attentes par exemple ce que j'attends en venant ici c'est de euh de transmettre quelque chose par rapport à ça par rapport à l'attention et l'intérêt que

moi j'ai dans ma pratique par rapport à l'accompagnement des personnes vulnérables, et puis transmettre quelque chose de notre pratique qui est important [...] »(MG7)

« Moi l'intérêt euh.. c'est de faire partager la pratique que j'ai, puisque j'interviens dans un centre où il y a plusieurs professions différentes et de montrer euh l'intérêt dans la prise en charge [...] » (MG4)

- En transmettant leur expérience et leur intérêt sur le sujet, ils espèrent pouvoir capter et sensibiliser les étudiants sur le sujet des ISS :

« A la fin de la journée, je pense que si on en a réveillé quelques uns... » (TS2)

« Mon objectif et mon envie c'était de transmettre un minimum de sensibilité sur ces domaines [...] » (TS5)

« [...]et que un éclairage sur euh sur ces domaines là peut l'amener à le sensibiliser et l'amener peut être à adopter une attitude autre [...] (TS4)

b) Le rôle du MG est de savoir repérer et orienter les patients en situation d ISS vers un réseau de professionnels compétents, pour une prise en charge adaptée et en interprofessionnalité :

Il est important que les étudiants prennent conscience du rôle de chacun.

Chaque professionnel insiste sur le rôle du MG dans la prise en charge des ISS, en fonction de leur vécu dans la pratique quotidienne.

- Tous les professionnels insistent et pensent important de rappeler aux internes que l'on ne leur demande pas de faire le travail des TS et qu'ils ne sont pas des TS :

« Oui et ce n'est pas leur faire peur en leur disant : vous allez faire le TS. » (TS6)

« [...] sur le fait de vous n'êtes pas des TS et ce n'est pas du tout ce que l'on vous demande enfin c'est des trucs que j'ai eu beaucoup sur la dernière séance, à la différence de la première ou j'étais

un peu moins à l'aise [...] » (TS5)

« [...]en leur disant dès le début qu'effectivement le but du séminaire c'est pas de faire d'eux des TS, que c'était effectivement pas leur job, mais qu'il y avait des gens qui sont formés à ça, qui étaient très bons la dedans et qu'on pouvait travailler main dans la main et effectivement orienter...[...] » (MG6)

- Rappeler aux internes qu'ils ne sont pas des TS en présence des professionnels experts, permet de leur transmettre qu'il existe des TS compétents et qu'il faut savoir les interpeller pour travailler ensemble:

«[...] rappelez vous qu'il y a des TS qui savent bien faire leur boulot et quand vous repérez quelque chose sur le peu de la consultation ayez le réflexe de solliciter le tiers dont c'est le travail et en l'occurrence nous voilà. Donc c'était moi mon ... leitmotiv. » (TS5)

« C'est ça, c'est ça, et qu'ils n'ont pas à l'être à la limite (TS), qu'ils n'ont pas à l'être. Et qu'ils sont obligés de travailler en pluriprofessionnel. [...] » (MG8)

- Pour les TS, c'est le rôle du médecin de s'assurer de la faisabilité des soins prescrits en s'appuyant sur d'autres professionnels. Ils souhaitent donc transmettre aux étudiants que le rôle du MG ne se limite pas à la prescription de soins. Le MG a un rôle de coordination des soins avec les autres professionnels pour améliorer la prise en charge des patients.

« Et voilà, c'est juste ça et donc c'était pour rejoindre ce que tu disais, si tu prescris sans avoir vérifié comment la personne elle..., qu'est ce qu'elle va faire de ton ordonnance en sortant de ton cabinet, [...] »(TS3)

« Et encore je ne sais pas si dans la loi, enfin tu vois si on en reste dans la loi de 2004 quand on dit que le médecin traitant c'est le coordonnateur de soins, il est normalement obligé de s'assurer de la coordination des soins enfin moi j'y vois aussi la faisabilité. [...] » (TS6)

- Il est important que les MG prennent conscience des ressources humaines disponibles pour les aider et travailler en interprofessionnalité :

«i [...]et je me dis que le médecin dans sa pratique quotidienne, il a effectivement pas le temps mais justement il pourrait peut être s'appuyer que ce soit sur les TS mais aussi sur les professionnels du domicile qui sont là dans le quotidien[...]Donc ce sentiment effectivement que c'est dommage, il y a beaucoup de professionnels et qu'il n'y a pas beaucoup d'écoute. [...] »(TS6)

« Oui il faut s'appuyer sur les professionnels spécialisés qui qui les entourent...et qui les entourera. [...] il me semble, c'est d'éviter les clivages entre les professions et euh.. de trop sectoriser la prise en charge [...] » (TS4)

- Pour les MG, il est primordial que les futurs MG sachent repérer, orienter et accompagner dans leurs démarches les patients en difficultés :

« Et après nous les attentes, globalement, c'était qu'ils comprennent, qu'ils ressortent de cet enseignement en ayant identifié les objectifs qui ont été définis mais savoir repérer les difficultés chez un patient en consultation au quotidien, et savoir les orienter clairement, [...]voilà qu'ils sachent vers qui se tourner. »(MG6)

« Moi je pense qu'un message clé c'est de dire surtout aux étudiants : « Repérez, repérez, repérez » parce que la précarité elle a d'autre visage que ce qu'on connaît.[...] » (MG9)

- Les MG actuels n'ont pas toujours conscience de l'importance de leur rôle dans la prise en charge des ISS. L'enseignement avec les TS est un moyen de leur rappeler les différents domaines où ils peuvent agir.

« [...]parce que dans la pratique du champs particulier dans lequel moi j'interviens j'ai eu à avoir des contact avec des MG et qui comprenaient pas du tout en dehors de la prescription d'arrêt de travail quelle démarche il pouvait avoir à faire en plus qui pourrait être aidant pour leur patient, et nous dans notre quotidien euh.. c'est normal parce qu'un MG qui fait une mauvaise prescription qui se loupe sur une signature sur le simple remplissage de l'arrêt de travail, ça peut être dramatique à récupérer, c'est bien chaud donc voilà donc moi je vais vraiment la dessus l'idée que derrière lorsque je serai partie il leur restera un petit truc et que même s'il ne se rappelle pas du

détail il se rappelle où il faut sonner pour avoir l'info...C'était un peu mon leitmotiv sur le projet. »(TS5)

2/ L'enseignement sur les ISS aux étudiants en médecine enrichi par l'expertise des TS permet de transmettre des connaissances et des outils pratiques utiles à la prise en charge des ISS.

a) Pour les TS, l'enseignement transmet aux étudiants des outils pratiques et les ressources mobilisables pour pouvoir agir dans n'importe quelle situation :

- Pour les TS, les échanges au cours de l'enseignement sont essentiels pour transmettre aux étudiants les principaux réflexes en lien avec le social nécessaires pour leur pratique :

« J'avais l'espoir, l'envie, et je l'ai toujours hein que les échanges que l'on pouvait avoir dans cette formation permettent d'outiller à minima des professionnels en devenir et que même si c'était un tout micro morceau de leur formation sur X années qu'ils ont fait, ils en gardent un peu quelques choses et du coup qu'il s arrivent a avoir des petits réflexes en lien avec le social...»(TS5)

« [...],mais en fait c'était plus essayer de mettre en place un mécanisme, une méthodologie, des réflexes[...] » (TS2)

« [...]et du coup voilà c'est peut être transmettre un peu de ces méthodologies là d'intervention qui permettrait à un médecin d'avoir une vision un peu plus globale de la personne, de son patient et du coup sans avoir les connaissances forcément sur chaque problématique repérée mais de savoir qui aller chercher. » (TS4)

- En partageant leur expérience, les TS espèrent pouvoir transmettre la méthodologie nécessaire aux étudiants pour appréhender toutes les situations, même les plus difficiles.

« {...}comment s'y prendre quand on est en difficultés parce que c'est souvent au moment de la crise où tout va se mettre en action et il va falloir trouver à qui on peut s'adresser, déjà s'ils savent ce que c'est un TS et de quelle manière les solliciter, c'est déjà pas mal »(TS1)

« L'invitation des travailleurs sociaux dans le cadre de ce séminaire je trouve que c'est l'occasion [...] d'aider à appréhender un peu mieux certaines situations auxquelles nous on est peut-être plus amené à les rencontrer dans nos pratiques mais voilà euh du coup je trouve assez intéressant cet échange[...] » (TS4)

- Cela passe par l'élaboration de leur propre liste de contact du milieu social permettant de rassembler toutes les ressources mobilisables d'un territoire. Dans toutes les situations et dans tous les milieux de travail, il existe des ressources, c'est le devoir du MG de prendre contact avec les différentes structures.

« [...]c'était leur dire que c'était plutôt la méthode avec laquelle ils devaient ressortir et pouvoir être capable dans n'importe quel lieu, que ce soit du rural, à l'hôpital, euh ou dans un quartier etc, être capable de d'élaborer eux mêmes leur liste de soutien possible [...] plutôt que voilà je vais vous donner une plaquette et avec ça vous allez avoir un kit de survie dans n'importe quel milieu. Non c'était leur dire que d'abord ça c'était pas possible, parce que d'un milieu à l'autre c'était trop fluctuant [...] »(TS2)

« [...] apporter notre aide aussi pour qu'ils prennent conscience de tout ce qui peut être sollicité, les ressources d'un territoire, les réflexes à avoir parce que, enfin certains outils, enfin sur le territoire ça va être différent mais avoir voilà les connaissances je veux dire sur le territoire, avoir des réflexes, connaître les institutions sur un territoire, qui on peut solliciter, comment s'y prendre quand on est en difficultés parce que c'est souvent au moment de la crise où tout va se mettre en action et il va falloir trouver à qui on peut s'adresser, déjà s'ils savent ce que c'est un TS et de quelle manière les solliciter, c'est déjà pas mal parce que voilà on va faire la transmission et apporter le plus possible. » (TS1)

« Oui nous on a eu un message disant : le jour où vous vous installez, vous êtes à un endroit, vous prenez votre téléphone, vous appelez l'assistante sociale de secteur, et vous lui demandez de vous raconter le paysage dans votre bassin de population et elle va vous dire et vous allez gagner du temps. D'abord vous la connaissez, en plus vous saurez[...]. Vous n'êtes plus en difficulté.[...]»(MG8)

« Comme d'habitude on a eu la question : Mais on peut pas avoir tous les numéros de téléphone ? Donc être aussi capable de délivrer le message de : selon là où vous allez travailler, où vous allez

être implanté, vous allez avoir des ressources et vous allez faire votre répertoire, votre réseau,
[...] » (MG6)

b) L'expert du social dans l'enseignement sur les ISS apporte des réponses concrètes aux difficultés que peuvent rencontrer les internes et les MG :

- Pour les MG, l'expert TS délivre des messages clés et concrets aux étudiants et apporte, par ses compétences spécifiques, des réponses et des repères aux MG enseignants :

« Quand l'interne pose une question, sur : « l'APA on la quand ? La CMU ? Les AME etc c'est quoi ? » parce que des fois les questions sont pointues et moi j'ai beaucoup de mal à y répondre, qu'il y ait une réponse technique immédiate que le professionnel, qu'est le TS, puisse répondre très concrètement [...]. Alors que là on avait des réponses hyper concrètes, c'était très bien. [...] » (MG9)

« [...]moi je suis assez satisfaite d'avoir quelqu'un qui est plus à même de répondre sur les questions des droits, des démarches sociales parce que euh parce que c'est pas mon job et parce que je ne saurais pas forcément fournir les réponses exactes aux étudiants ou précises en tout cas, donc c'est un autre regard, une autre approche parce que c'est un autre métier et du coup une autre expertise [...] Et puis même à titre personnelle en fait euh moi j'ai l'impression que j'apprends des choses en même temps que les étudiants parce que justement il y a des informations que je n'avais pas forcément, le fait d'avoir un autre regard[...] » (MG6)

« Pour nous c'est déjà difficile d'avoir quelques repères, on aimerait enfin moi c'était mon attente, que quelqu'un nous explique ce que c'est que le monde social (rigole), comment ils arrivent à s'y retrouver quoi ! [...] » (MG3)

3/ Le binôme interprofessionnel dans l'enseignement des ISS ajoute une richesse par son dynamisme et par l'apport de compétences différentes mais complémentaires permettant de mettre en avant le rôle de chaque professionnel dans la problématique des ISS.

a) La confrontation des compétences et des expériences de chaque professionnel apporte un regard nouveau et complémentaire rendant l'enseignement plus riche :

- L'enseignement pluriprofessionnel permet d'apporter deux regards différents sur une thématique partagée entre deux professions différentes. Dans l'enseignement des ISS, l'invitation d'un professionnel peu connu des internes de médecine générale permet d'élargir les horizons et de décroiser le milieu social et médical.

« L'intérêt c'est d'avoir deux regards complètement différents. Nous on a regard au départ en formation plutôt biomédicale mais par notre pratique on est forcément confronté au social et au psycho donc voilà et puis d'avoir un œil d'un TS avec un diagnostic différent, d'une expertise différente moi me semble un avantage [...] » (MG1)

« C'est plus riche et ça apporte une autre expertise[...] donc c'est un autre regard, une autre approche parce que c'est un autre métier et du coup une autre expertise. Donc je pense que c'est complémentaire. » (MG6)

« [...] la co-animation sur la thématique des ISS est très intéressante [...] euh parce qu'effectivement ça va permettre d'avoir des regards croisés hein de euh, le point de vue.. enfin c'est pas le point de vue, mais la pratique ou l'expérience ou le vécu du médecin généraliste et la pratique, l'expérience et le vécu du TS qui va pas voir les choses avec le même viseur puisqu'il a été formé différemment [...] » (MG5)

« Les avantages... [...] c'est surtout l'interprofessionnalité, il y a aussi un autre regard, ça permet de décroiser un peu notre expertise, notre enseignement, parce que nous on a le regard généraliste, bien qu'on travaille avec plein d'autres professionnels dans notre cabinet. [...] » (MG9)

- L'intérêt est que chaque professionnel apporte sa compétence. La complémentarité des discours échangés entre intervenants pendant l'enseignement montre aussi la complémentarité des professions dans la réalité pour la prise en charge d'une situation médico-sociale.

« *L'intérêt c'est d'apporter la complémentarité, enfin, d'avancer ensemble et de pouvoir euh apporter à chaque moment un regard complémentaire sur la situation.* »(TS1)

« *Moi j'aime bien, enfin oui ça va être avec d'autres mots mais c'est la rencontre entre deux technicités[...] j'arrive plus avec une pratique donc je vais distribuer au fil du cours du savoir, du savoir très pratique, comment repérer, enfin voilà sur deux trois quatre cinq problématiques sauf que moi je les manipule, alors pas toute la journée mais voilà et effectivement le médecin alors là c'est l'étudiant mais le médecin il a aussi sa technicité, ses réflexes de professionnel, et moi j'aime bien cette rencontre, dans les deux sens.* »(TS3)

- L'animation en binôme pluriprofessionnel permet aussi de créer le débat par l'émergence d'opinions différentes sur une problématique, ce qui permet d'agrémenter l'enseignement .

« *Et puis aussi je pense que du coup, le fait d'avoir deux points de vue différents sur une même problématique ça permet aussi de s'alimenter l'un et l'autre sur ce qu'on va apporter au débat.* »(MG7)

L'interprofessionnalité, par l'apport d'un regard différent mais complémentaire permet d'enrichir l'enseignement. Pour les étudiants, cela permet d'avoir des connaissances plus larges et plus complètes.

« *[...] et c'est vrai que la richesse du croisement des des regards, des euh comment dire, des.. plus que le regard, c'est l'analyse et le témoignage de chacun amènent à vraiment à enrichir ce cours et à faire entendre par les internes d'autres points de vue vraiment très très différents, enfin avec des mots différents avec une rhétorique différente, avec une sémiologie qui n'est pas la notre...* »(MG3)

b) L'enseignement en binôme interprofessionnel donne du sens aux étudiants sur le rôle de chaque professionnel, MG et TS, dans la lutte contre les ISS :

- Pour les MG et les TS, cet enseignement en co-animation interprofessionnelle est importante pour valider le TS comme un partenaire expert dans la lutte contre les ISS et pour montrer aux étudiants que les deux professions sont à égalité :

« L'intérêt aussi dans l'enseignement à mon avis, c'est de montrer qu'on est à égalité, c'est à dire que le TS il n'est pas euh, il n'est pas quelque chose qui est déclenché par le médecin mais qu'il a des choses à apporter de sa place lui même et que le fait qu'on soit effectivement là ensemble dans un enseignement à la faculté montre ça, montre le fait que l'on prenne en compte cette parole là. [...] »(MG4)

« Le respect, partir sur un pied d'égalité et bien présenter les choses en se disant qu'on est sur un pied d'égalité. Que le médecin n'est pas au dessus du TS contrairement à des idées reçues qu'ils pourraient avoir sur le travail en pluripro, justement on est deux experts... »(MG6)

- La présence du TS aux côtés du MG dans cet enseignement pluriprofessionnel permet de valider ses compétences auprès des étudiants, au même titre que celles du MG :

« [...] je me demande jusqu'à quel point la co-animation ne permet pas d'avoir une validation de la présence d'un TS que finalement l'interne de médecine générale connaît peu ou souvent effectivement plutôt dans cette idée de euh subordination d'apport externe,[...] je pense quand même que la co-animation a ce côté « bonjour je suis le médecin, je travaille dans une structure et voilà mes collègues avec qui je travaille », je me demande s'il n'y a pas quand même une idée un peu de validation de « je vous présente un expert mais considérez le comme expert. »(MG2)

-« [...]Après de travailler en binôme c'est intéressant pour euh bon tu le disais, valider la personne, enfin le TS comme un partenaire plein et entier et pas comme un subordonné [...] »(MG1)

- Par ailleurs, pour les TS, l'enseignant MG permet de faire le lien entre le monde social et médical. En effet, le MG permet de donner des éléments qui ont du sens pour les étudiants, en faisant un lien entre les connaissances sociales et médicales nécessaires à la prise en

charge des ISS . Sur une problématique, le TS apporte sa compétence technique et pratique et le MG montre comment il s'intègre, quel est son rôle :

« [...]Et après aussi j'ai apprécié autant cette année que la précédente, c'est que moi je suis sur de la technicité et je ramène par rapport aux situations qui ont été choisies et j'essaie de ramener du sens dans le coté social et faire le lien avec le médical et lui il ramenait sur du pratico pratique : vous êtes médecin généraliste qu'est ce qui se passe et comment vous réagissez. [..] » (TS5)

« [...]parce que moi j'ai bien aimé la manière dont on a interagi, parce que pour le coup c'est pas la médecin qui a parlé en premier, l'idée c'était de présenter un contexte global sur les étrangers, les demandeurs d'asile etc et de voir après comment le médecin pouvait justement s'intégrer dans cette problématique. Pour le coup moi j'ai trouvé que c'était assez intéressant. (TS8)

« [...]Parce qu'il (le MG) avait des éléments, et encore une fois des éléments qui donnaient du sens et c'est ça que je trouvais intéressant et pour moi c'était confortable parce que j'ai pu alimenter même les exemples qu'il donnait avec des exemples de ce qu'on peut vivre dans une pratique professionnelle mais voilà je trouvais que c'était pas mal. J'ai plus apprécié quoi, cette co-intervention.[...] (TS6)

« C'est un peu ce que je disais au tout départ dans mon intervention, c'est que j'avais senti ce confort d'être à deux, avec un professeur, confrère ou futur confrère de ces étudiants, qui apporte le témoignage de l'intérêt qu'il y a à être vigilant sur cette notion de vulnérabilité des patients qui justifie du coup cet enseignement.. » (TS2)

c) La co-animation entre MG et TS rend l'enseignement plus dynamique pour les étudiants et permet de faciliter la prise de parole si les intervenants manquent d'expérience, souvent grâce à la guidance des MG enseignants :

- De manière générale, être en binôme de co-animateur est facilitateur et met à l'aise si l'on manque d'expérience dans l'enseignement. Pour les TS, la présence d'un intervenant MG ayant de l'expérience en animation est rassurante pour faire face à des étudiants en médecine, cela permet de lever les inhibitions :

« Pour l'avoir vécu je trouve ça facilitateur.[...]Surtout la première fois (petits rires de tout le monde), je sais pas si je serai venue intervenir auprès d'étudiants de dernière année sur un module comme ça en fac de médecine même si d'expérience j'ai été moi même enseignante mais par exemple dans un lycée mais pas avec des étudiants... de ce niveau là. Donc ça m'aurait peut être un peu inhibé, ça n'a pas été le cas parce que justement il y avait euh cette forme qui mettait tout le monde à l'aise. Le fait d'être en binôme. »(TS2)

« Après donc le côté confort d'être avec quelqu'un qui connaît le groupe, pour le coup, et je l'ai vraiment ressenti très fort sur l'intervention de cette année parce que le médecin avec qui j'étais est un enseignant qui est reconnu et qui maîtrisait vraiment son sujet qui avait d'entrer de jeu installé la salle d'une certaine façon qui s'est déplacé dans l'espace qui m'a invité à faire pareil alors que moi au début j'étais cachée derrière mon bureau et c'était bien confort, [...] » (TS5)

- Un MG intervenant, sans expérience dans l'enseignement a aussi trouvé plus confortable le fait d'être en binôme :

« Oui et après aussi à titre personnel, d'intervenir comme ça, hum moi j'ai trouvé ça très soutenant de ne pas être seule, d'être avec TS8 qui a aussi...euh moi j'ai pas beaucoup l'expérience de faire ce genre d'exercice voire pas du tout, c'est... j'ai trouvé que c'était très soutenant d'être deux... » (MG7)

- Les TS ont aussi trouvé du confort à être en binôme avec un MG pour cet enseignement car les étudiants se sentent plus concernés par la parole du MG, ce qui permet d'avoir plus d'impact sur eux. :

« [...]Alors, au delà du confort c'est à dire que euh elle (position d'expert social) est moins reconnue, par les élèves, par les étudiants, elle est moins reconnue, qui est reconnue ? Moi je trouve que c'est l'enseignant. C'est le médecin, c'est le médecin, c'est lui qui va apporter un savoir, c'est lui qui... la légitimité plus que la reconnaissance, c'est lui qui est légitime pour donner le bon message. [...] » (TS6)

[...]donc voilà ce qui a permis que le binôme travailleur du social et enseignant de la fac de médecine soit vraiment un binôme confortable, et comme vous le disiez c'est très important aussi pour garder en éveil l'étudiant qu'il y ait un de ses prof et non pas toute la journée lui parler du

social avec comme tu disais, [...] l'intérêt du professeur c'est dire mais malheureusement vous allez y être confrontés[...]. » (TS2)

- Pour tous les enseignants, la co-animation en binôme permet de rendre l'enseignement davantage vivant et interactif.

« [...]donc voilà, une dynamique très différente qui a bousculé des élèves qui étaient un peu amorphe enfin voilà, et du coup qui a mobilisé l'énergie dans le groupe et ça pour le coup l'année dernière j'aurai pas été capable de le faire si j'avais été toute seule donc en terme de positif j'ai trouvé que c'était hyper intéressant. »(TS5)

« C'est plus dynamique, on rentre dans un groupe, on est plus réactif, il y a moins d'hésitation aussi. [...] »(MG6)

« [...]Oui et puis ça anime plus aussi. Ça rend plus vivant.. » (MG7)

- Pour les MG, en comparaison à d'autres enseignements sans co-animation interprofessionnelle, les étudiants sont plus stimulés ce qui permet plus d'échanges.

« [...]Alors qu'il y a des moments sur certains enseignements tu rames, tu rames, tu rames ! Là il n'y a pas eu de soucis... Ils étaient captés, intéressés, vraiment. [...] ».(MG5)

- De manière générale, le MG guide les TS au cours de l'enseignement pour rester dans les objectifs pédagogiques. Il prend souvent la posture d'animateur principal et donne au TS la place d'expert.

« [...] j'étais plus en posture d'animateur de l'enseignement donc par les biens de cette dynamique binôme, ce binôme euh y avait une dynamique qui se faisait donc en posture d'animateur avec le TS à chaque fois que j'ai mis en posture d'expert puisque lui il a l'expérience de terrain que moi je n'ai pas. [...]Alors après moi j'ai joué mon rôle d'animateur, j'ai effectivement balisé pour rester dans l'objectif pédagogique. » (MG5)

« Un des écueils, ça peut être, pour d'autres expériences de co-animation, euh en particulier avec d'autre médecin, ça peut être de faire attention qu'il n'y ait pas un expert de la spécialité et qu'on parle bien... qu'il délivre des messages, qu'il parle des recommandations... ou euh et qu'on

revienne sur la prise en charge des patients en médecine générale, en soins primaires quoi, donc ça il faut rebaliser parfois... » (MG3)

- Le MG guide l'intervention mais doit aussi faire attention à laisser la place au TS et à ce que les propos des TS soient bien compris.

« Oui après parce que c'est de l'animation et parce que je savais qu'il fallait laisser de la place, j'ai fait attention à ne pas emboliser la parole, à laisser l'assistante sociale parler, à ne pas l'interrompre, parfois même je reformulais ce qu'elle avait dit pour bien vérifier que les étudiants avaient compris, [...] » (MG9)

- Les TS interviennent en renfort des MG et s'adaptent à la demande du groupe en essayant d'apporter leurs compétences dans le domaine social.

« [...] ouais j'ai suivi, j'ai suivi et j'ai apporté quand ça concernait ma compétence voilà. Mais je l'ai plus investi comme ça moi. »(TS3)

« Moi en tant qu'assistante sociale, je me sens là en tant que support, renfort, annexe des médecins qui interviennent. C'est à dire que moi je me vois.... euh il y a des médecins qui mènent la barque parce qu'on est à la fac de médecine en même temps et moi voilà j'essaie de m'adapter à la demande du groupe, à la demande des médecins, en veillant à faire passer les messages qui me sont chers.. Je vois mon intervention comme ça. » (TS7)

d) La co-animation pluriprofessionnelle nécessite une préparation en amont pour définir le rôle de chacun dans l'animation et apprendre à se connaître entre animateur :

- Les TS évoquent des difficultés pour trouver leur place au cours de la co-animation. Certains se demandent ce que l'on attend d'eux au cours de l'enseignement et quelle position adopter vis-à-vis de l'enseignant ou des étudiants:

« [...]j'y vais mais je ne vois vraiment pas, je ne sais pas où je vais, je ne sais pas ce que je vais y faire non mais dans un sens où voilà c'était un hasard de sollicitation. Donc j'étais un peu visiteuse la première fois, enfin la deuxième fois aussi, voilà j'ai plus l'impression d'être euh, enfin il y a le médecin qui fait son enseignement, et moi je complète par du... comment dire, par de la

connaissance, de la pratique.[...] J'étais euh... lui faisait enfin d'abord la première fois, j'étais vraiment euh qu'est ce que je fais là ? Qu'est ce qu'on attend de moi ? Mais voilà moi je me suis positionnée comme ça » (TS3)

« [...]et du coup la première fois je me suis vraiment sentie potiche en fait, j'ai essayé de trouver ma place ce n'est pas le problème mais je ne l'ai pas aussi bien vécu que la deuxième, la deuxième j'étais plus à l'aise, déjà je connaissais mieux, j'avais mieux appréhendé les les situations et je savais que les élèves ils avaient vraiment bossé [...] . » (TS5)

- Un autre TS n'a pas réussi à trouver sa place au cours de l'intervention :

« [...]Ben c'est à dire que enfin bon après ça participe aussi de mon fait que enfin voilà je n'ai pas trouvé enfin, les choses se sont enchaînées et je n'ai pas euh si j'ai pas pu intervenir à quelques reprises mais j'ai pas vu mon rôle précisément euh dans cette configuration là, mais ça c'est un détail hein, juste une petite crainte, c'est pas euh, ça sera certainement réajusté la prochaine fois[...] » (TS4)

- Pour les TS, une préparation en amont pour apprendre à se connaître entre intervenants est essentielle pour assurer une bonne co-animation et éviter d'être en difficulté.

« Tu vois par exemple, euh bon les deux fois je suis tombée avec des médecins qui étaient super sympas, pas de problème mais euh je savais même pas leur prénom, ben c'est compliqué quand même.... [...]Oui où il bosse, quelle expérience ils ont euh, quelle sensibilité ils peuvent avoir par rapport à nos métiers, enfin toutes ces choses là, donc juste une petite demi heure avant, je peux comprendre on a chacun des plannings qui sont chargés donc c'est pas le truc mais voilà on se pointe à telle heure, on est un petit groupe... » (TS5)

« [...]je pense qu'il y quelque chose de l'ordre de la préparation, rencontrer les personnes même si c'est en groupe, échanger sur voilà nos appréhensions, voilà qu'est ce que vous appréhendez ce jour là.. les profs ils arrivent ils savent où ils sont, l'environnement est trop commun pour eux, [...]. L'intervenant, il est un peu plus en difficulté [...]. » (TS2)

- Pour les MG, une préparation en amont est nécessaire pour informer les TS des objectifs pédagogiques de l'enseignement pour éviter les hors sujets.

« Oui il y a une logistique importante à prévoir en terme de recrutement, de s'assurer que tout le monde est là, comme ce soir (rigole), que les enjeux ont bien été compris, que la quête de l'enseignement est appropriée par tous les intervenants, il y a un gros travail en amont [...] » (MG3)

« Alors on avait préparé ensemble à l'avance, on s'était envoyé des documents pour préparer des choses en fait, pour préparer ce qu'on allait dire pour lancer la discussion donc je trouve que c'était une bonne méthode, on allait pas à l'aveugle complètement[...] Je pense enfin moi la question de la préparation elle est importante euh parce que bon, on a sa pratique, on a son expérience sur le terrain etc, mais comme on est à l'université il faut quand même essayer d'aller chercher des éléments théoriques, les ISS c'est pas si simple que ça puisque de suite on part sur précarité, pauvreté, grande exclusion, et c'est pas que ça... » (MG4)

- Un MG a eu besoin d'expliquer ce qu'est un interne de MG au TS avant l'enseignement :
[...]Moi bizarrement c'est ce qui s'est passé avec l'éducateur spécialisé avec qui j'ai présenté, parce que moi j'avais la particularité de travailler avec lui donc je le connaissais, donc toute la préparation dont je parlais tout à l'heure, c'était de lui expliquer ce qu'était un interne de médecine générale, ce que c'était que des études de médecine générale, qu'est ce qu'on attendait dans un cabinet de médecin généraliste, parce que lui il me voit travailler dans la structure mais sinon il ne connaît le cabinet de médecine générale qu'en tant que patient mais moi j'ai eu tout un boulot de voilà. Pour lui un interne ça représente quelque chose mais pas vraiment un médecin[...] (MG3)

4/ L'enseignement en interprofessionnalité est modélisant pour l'exercice pluriprofessionnel de la médecine actuelle en permettant aux professionnels d'apprendre à se connaître et de lutter contre les représentations dans le but final d'améliorer la prise en charge des patients.

a) La co-animation pluriprofessionnelle dans l'enseignement des ISS permet d'apprendre à se connaître entre professionnels en rentrant dans l'univers de chacun dans le but d'améliorer le travail en partenariat dans la prise en charge des ISS :

- L'interprofessionnalité permet de se remettre en question et de prendre conscience de la réalité du quotidien de l'autre professionnel. Cela permet aussi de mieux connaître ses réflexes, ses attentes, ses difficultés et de rentrer dans son univers.

« Et puis la richesse aussi. Les échanges, c'est à dire nous, nous remettre en question aussi car on est quand même dans un quotidien de pratique sur le terrain, donc un peu dans le guidon comme on dit hein, et du coup ça nous rappelle aussi, ça nous remet aussi un petit peu, ça nous fait prendre conscience de certaine réalité [...] » (TS1)

« [...] et nous même et bien on rentre dans l'univers du médecin. » (TS3)

« [...] le fait d'avoir un autre regard c'est aussi euh c'est aussi se rendre compte des difficultés ou des attentes de l'autre profession en face, par exemple ben moi pour faire tel dossier j'ai besoin de telle ou telle information ou tel patient si vous l'adrez à tel ou tel endroit ça va être fait de cette façon donc oui, même à titre personnel et pour la suite j'ai l'impression d'apprendre des choses. » (MG6)

- Cet enseignement donne l'occasion de rencontrer les professionnels avec qui l'on doit travailler mais que l'on ne voit presque jamais :

« Ouais, une expérience de quelqu'un du terrain, avec qui on travaille sans jamais les voir en fait (rire). Donc apprendre à se connaître, donc poser quelque chose de très pratique finalement[...] » (MG9)

- Les TS, grâce à l'enseignement, apprennent à connaître le futur médecin et se rendent compte des connaissances qu'il a acquises jusque là, ce qui permet d'adapter au mieux leur intervention.

[...]et aussi d'avoir une meilleure connaissance du futur professionnel. C'est à dire au moment de l'enseignement de voir ses automatismes, sa façon de penser, parce que pour nous des fois on se dit ben ça c'est évident et le futur médecin il sait, voilà. Et là on se rend compte ben non certes il a ses compétences, on garde les nôtres et du coup c'est très intéressant enfin de voir et c'est, c'est riche sur les deux niveaux, voilà. [...]dans le fait de venir et de co-intervenir, ça nous permet de comprendre un petit peu la réalité de l'étudiant aussi et du coup de pouvoir apporter le mieux possible [...] » (TS1)

- La venue des TS dans cet enseignement permet aux TS de se rendre compte qu'il est nécessaire qu'ils expliquent leur profession et leurs missions, souvent méconnues des étudiants en médecine.

« [...] Parce que nous on va finalement se rendre compte qu'on a quand même besoin d'expliquer pour rendre lisible notre intervention.. ça c'est très important je pense car c'est ce qui va permettre de travailler plus tard en coordination, en réseau, en partenariat, tous ces mots qu'on galvaude mais qui sont quand même essentiel et pour pouvoir le faire il faut connaître l'autre et ses missions [...] » (TS1)

« [...]parce qu'en plus moi je suis dans un service qui est très particulier, [...] euh le gros de l'activité ces des gens en arrêt de travail et nous dans notre quotidien on a un lien avec le médecin traitant donc moi je vois l'intérêt direct que euh un médecin traitant il sache quand il a un patient en arrêt de travail potentiellement il peut y avoir du boulot avec le service social [...] alors bon ça rend un petit le truc un peu flou donc ça nécessite de se poser 5 minutes pour l'expliquer. » (TS5)

- Tous les professionnels, MG comme TS, sont d'accord pour dire que l'objectif de cet enseignement en interprofessionnalité est d'améliorer le travail en partenariat dans le but ultime d'obtenir une meilleure prise en charge des patients.

[...] On le voit pas aujourd'hui parce qu'on est surchargé de boulot etc mais quand on va vraiment se mettre à travailler de manière coordonnée sur les projets de santé avec des TS à côté, tu vas voir qu'il y a des problématiques sociales que l'on va appréhender et on va permettre à nos patients

d'aller mieux, de manière générale, donc même dans nos endroits dit privilégiés, il y a des soucis. »
(MG1)

« [...] Moi l'intérêt euh c'est de faire partager la pratique que j'ai, puisque j'interviens dans un centre où il y a plusieurs professions différentes et de montrer l'intérêt dans la prise en charge, c'est à dire l'objectif finalement qui est là et la plus value dans la prise en charge. » (MG4)

[...] Et tout ça effectivement ça ne peut que bénéficier au patient, on est bien d'accord. » (MG8)

« [...]moi il y a aussi autre chose que je trouve euh assez intéressant, c'est pour le patient en fait. C'est que j'ai l'impression que lorsque le social et le médical arrivent à se parler, apprennent un peu à se comprendre et à comprendre les blocages, les problématiques que l'un et l'autre rencontrent, ben j'ai le sentiment et par expérience que ça va dans le sens du patient. Que l'accompagnement médical et social est plus simple pour lui.[...] Ça montre que l'on peut travailler ensemble, que l'on peut parler... » (TS7)

« Pour moi l'enjeu fondamental c'est celui là, c'est à dire que nous en tout cas, ce que l'on essaie de montrer c'est que si on veut une prise en charge correcte d'une personne, là je dis plus patient parce que c'est pas forcément que patient, c'est aussi d'articuler justement ces questions de santé en y ajoutant la dimension psy et euh administrative et euh on montre en faisant des interventions communes ben on montre que c'est possible. » (TS8)

b) L'échange des regards entre les MG et TS fait évoluer les représentations sur les ISS et leur prise en charge :

- Pour les intervenants, l'enseignement doit faire évoluer les représentations :
 - des étudiants vis à vis de la profession de TS
 - des étudiants vis à vis des patients en situation de précarité,
 - des différents professionnels entre eux,pour sensibiliser les internes et améliorer la prise en charge des ISS :

« Moi les attentes, euh c'était pour essayer de faire bouger les représentations, alors... aussi bien

vis à vis des professionnels, c'est à dire euh des étudiants vis à vis de qu'est ce que c'est qu'un TS, qu'est-ce que c'est qu'un médecin qui intervient en centre d'addictologie, des choses comme ça... mais aussi les étudiants vis à vis des euh ISS addictions et tout ça, euh donc voilà faire bouger ces représentations, essayer en tout cas d'aller faire bouger ça. »(MG4)

« C'est à dire que mes attentes,[...] c'est déjà des représentations, des stigmatisations, d'ouvrir l'intérêt aussi pour ça et de ne pas se dire forcément un addict c'est un précaire ou c'est autre chose, mes craintes c'était justement ça, c'est de ne pas créer l'intérêt, de ne pas être compris [...] et on essaye un peu de casser ces représentations[...] » (MG2)

« [...] Moi je pense que la clé de la réussite, c'est une modification des représentations [...]» (MG8)

« L'invitation des travailleurs sociaux dans le cadre de ce séminaire je trouve que c'est l'occasion pour les étudiants de casser des idées reçues, de dédramatiser certaines situations [...]» (TS4)

- Lutter contre les représentations permet d'améliorer la prise en charge par le repérage précoce des populations en situation de précarité ou d'ISS. Pour cela, garder l'esprit ouvert et ne pas juger les patients est primordial, notamment en ce qui concerne l'inobservance :

« [...] Par contre il y a des gens il suffit juste des fois, c'est des accidents de vie, des gens qui ont perdu leur boulot, qui sont paumés et des fois juste de leur faire rattraper la barre ça suffit quoi. Juste hop ! Elle expliquait bien ça. Ce n'est pas que des gens qui arrivent de Syrie, sans parler, avec un baluchon mais il y a aussi des gens ils sont juste paumés, ils ont plus de mutuelle, ils ont peur d'aller consulter car ils ont peur qu'on leur demande de l'argent, ils ont honte, ils pensent qu'ils vont devoir régler mais ils n'ont pas les sous donc juste leur dire qu'il y a des solutions et qu'il faut aller voir l'assistante sociale, allez y et vous pouvez leur changer la vie. » (MG9)

« [...] qu'ils repartent avec des idées clés et avec l'idée que euh qu'il faut pouvoir les repérer, avec l'idée de poser la question de.. quand les examens ne sont pas fait de « pourquoi est-ce que les examens ne sont pas fait », est-ce que vraiment on est dans une problématique d'inobservance parce que voilà [...] »(MG6)

- Les préjugés sur les ISS peuvent être véhiculés par des médecins eux mêmes et/ou par le Service Public. Travailler sur les représentations au cours de l'enseignement permet de les appréhender au plus tôt :

« Et oui, les représentations sur l'inobservance, les représentations sur la consommation de soins quand il y a une exonération, les représentations sur le rôle du TS... » (MG6)

« Oui sur le patient aussi, sur le patient inobservant, le patient qui consomme parce qu'il a la CMU, les idées reçues partagées par 8 médecins sur 10 et dont on a jamais trouvé une ligne dans la littérature que c'était vrai...c'est assez hallucinant quoi.. » (MG8)

- Il existe aussi des représentations entre professionnels (TS, MG, Infirmier..) :

« Moi j'ai entendu aujourd'hui, des représentations. Des représentations de la part des étudiants ou de nous même sur des TS, des représentations des TS sur les infirmiers, ils n'ont pas osé sur les médecins (sourit) mais sur les infirmiers. Et c'était des représentations, attention je dis pas qu'elles sont bonnes ou pas bonnes. C'était des représentations. » (MG8)

- L'enseignement permet de mettre à plat et donc de faire évoluer les représentations en apprenant a se connaître et en prenant conscience de la réalité du quotidien de chaque professionnel :

« Et le fait que de se rendre compte que nos représentations du travail de l'un et l'autre sont des représentations et ne sont pas nécessairement la vraie vie, ça c'est vraiment extrêmement important sur le plan pédagogique.... »(MG8)

«Comme la question du certificat médical qui est fondamental dans une demande d'asile, qu'est ce qui se joue avec ce certificat médical, entendre un autre discours que seulement : en tant que médecin je suis utilisé que pour faire un certificat.... c'est souvent ce qui est vécu par le médecin , donc d'avoir comme ça des choses qui sont a priori sont dans leur domaine et d'aller tout de suite les chercher la dessus pour dire vous pouvez peut être écouter un autre son de cloche sur ce genre de question...»(TS8)

c) L'enseignement pluriprofessionnel est le reflet de la médecine actuelle et est modélisant pour l'exercice pluriprofessionnel :

- Actuellement, les MSP sont de plus en plus présentes en France. Elles sont le reflet de la médecine actuelle qui tend vers le pluriprofessionnalisme.

« [...] parce que bien sur on va de plus en plus vers ça au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, [...], je suis dans cette phase là dans ma MSP de prêter la salle de réunion aux TS pour qu'ils puissent consulter leurs usagers sur le site et qu'ils participent à une RCP enfin aux concertations pluriprofessionnelles de façon coordonnées, [...] » (MG1)

« [...] Nous on a une MSP en construction et on a la chance géographiquement de ne pas être loin de la mairie qui a une annexe où il y a une antenne avec des TS, en rural avec moins d'enjeu que dans d'autres endroits mais on a aussi besoin parfois, et là cette proximité là et je pense que l'on va aller vers euh les intégrer dans le projet de santé effectivement pour euh pour répondre déjà, pour rendre plus fluide le parcours du patients. » (MG5)

« Après je pense que on est à l'ère du....pluriprofessionnalisme, on est dans la médecine aussi, on va plus vers les maisons médicales, les.. où beaucoup d'intervenants sont ... travaillent en commun[...] »(TS2)

- L'exercice de la médecine change, parallèlement l'enseignement aux étudiants doit s'adapter et inculquer le pluriprofessionnalisme.

« [...] donc je pense que les médecins à venir euh dans leur enseignement vont forcément avoir à évoluer par rapport à leurs prédécesseurs, donc je pense que ça va être de plus en plus évident et facile de leur amener cette part de : vous allez pas travailler tout seul et vous n'allez pas être que des prescripteurs parce que sinon à un moment vous allez passé à côté de plein de choses et faire des erreurs donc euh... [...] » (TS2)

« Ouais, c'est à dire qu'on est à plusieurs niveaux, euh, au niveau euh pédagogique on pourrait dire que la finalité vraiment c'est l'exercice pluriprofessionnel, [...] » (MG8)

« Ça va quand même dans le sens de l'évolution même de notre pratique, même en temps que médecin on va être de plus en plus amené à travailler en pluripro, on a quand même une politique de santé qui va dans ce sens là, à nous pousser à nous installer en maison de santé et des choses comme ça et finalement que l'on soit formé en pluripro, ça paraît logique aussi. Donc on peut pas demander à des MG d'aller s'installer en MSP et d'aller travailler avec des TS, des infirmières, des kinés alors que pendant toute leur formation ils ont été formé avec des MG, enfin à un moment oui c'est sur le travail en pluripro il est à pérenniser et il est à mettre en place dès la formation, pour que l'on soit dans cette état d'esprit là et logique là. » (MG6)

- Cet enseignement pluriprofessionnel est aussi un modèle pour d'autres thématiques d'enseignements.

« [...] donc c'est très intéressant et je pense qu'on va probablement à l'avenir euh dupliqué ce modèle sur d'autre enseignement très probablement, je crois qu'il en est question pour la pédiatrie avec les sages femmes, voilà. » (MG5)

« [...]mais il est indispensable et on a peu d'enseignement et je pense que ça pourrait être un enseignement modélisant pour le pluriprofessionnel, comme on ne peut pas tout faire autant prendre celui là qui est hyper important. Parce que le poids en santé publique, enfin je veux dire le poids de travailler en pluripro sur du... c'est énorme, on fait des trucs beaucoup moins important que ça en terme de poids en santé publique.[...] » (MG8)

DISCUSSION

I/ Synthèse des principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était d'explorer **les attentes, les motivations et le vécu des TS et des MG, intervenant en binôme interprofessionnel**, dans l'enseignement des ISS aux internes de médecine générale de Montpellier.

Pour tous, l'objectif ultime de cet enseignement est **d'améliorer les pratiques professionnelles afin d'obtenir une meilleure prise en charge des ISS.**

Pour cela, **sensibiliser les internes aux ISS et à leur rôle primordial dans leur prise en charge** leur paraît à tous un point essentiel.

Tous les intervenants, en fonction de leur expérience, insistent sur **le rôle actif du MG dans la prise en charge des ISS et dans la collaboration interprofessionnelle :**

- Pour les MG intervenants, il leur paraît primordial de **transmettre aux internes comment repérer, orienter et accompagner les patients en difficulté.**
- Pour les TS, il leur semble essentiel de rappeler que le rôle du MG est aussi de s'assurer de **la faisabilité des soins prescrits**, grâce aux autres professionnels compétents qui l'entoure.

La présence des TS dans cet enseignement permet d'apporter aux internes des **outils pratiques** ainsi que des **réflexes** pour s'en sortir dans toutes les situations. C'est l'occasion pour qu'ils **prennent conscience de toutes les ressources mobilisables autour d'eux.**

L'interprofessionnalité, par l'apport d'un regard différent permet d'**enrichir** l'enseignement. Pour les étudiants, cela permet d'élargir leurs connaissances ainsi que de **décloisonner le milieu social et médical.** Les deux professions sont **complémentaires** dans l'enseignement ainsi que dans l'exercice quotidien de leur métier.

L'enseignement en co-animation interprofessionnelle donne la possibilité à chaque intervenant de

mettre en valeur sa profession. La présence des TS dans cet enseignement est l'occasion de valider le professionnel comme un **partenaire expert et à égalité** du MG.

Le MG permet de faire le lien entre le médical et le social ce qui **donne du sens aux internes** sur la participation du MG à la prise en charge des ISS.

La co-animation interprofessionnelle rend l'enseignement **dynamique et interactif**.

Pour les TS, intervenir en co-animation est **facilitateur** grâce à la guidance au cours de l'enseignement du MG plus expérimenté dans l'enseignement et reconnu par les étudiants. Le MG prend la place d'animateur principal et le TS la position d'expert qui apporte une compétence supplémentaire.

Mais pour que la co-animation soit encore plus profitable, une **préparation en amont** est nécessaire pour apprendre à connaître son binôme et définir le rôle de chacun.

Les TS et les MG ne se rencontrent pas souvent . L'enseignement en co-animation permet de se voir et **d'apprendre à se connaître** entre professionnels en rentrant dans l'univers de chacun ainsi qu'en partageant ses difficultés au quotidien et ses attentes de l'autre professionnel. Les échanges entre professionnels sont aussi l'occasion de **faire évoluer les représentations** concernant chaque profession et les ISS. Cela dans le but **d'améliorer la collaboration interprofessionnelle**.

L'enseignement interprofessionnel est le reflet de la médecine d'aujourd'hui.

La pratique de la médecine change, la formation initiale doit donc évoluer et inculquer l'interprofessionnalité aux étudiants.

II/ Forces et limites de l'étude

1/ Forces

a) Sujet original et d'actualité

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus

élevées en Europe occidentale. À l'heure où les politiques parlent de décloisonner les interventions pour une collaboration plus efficace, faire reculer les ISS par une meilleure formation des jeunes médecins et par la promotion du travail en collaboration interprofessionnelle semblent indispensables. C'est un sujet ayant pour but d'améliorer l'enseignement pour faciliter la transmission aux futurs praticiens de l'intérêt et de l'importance du travail en collaboration dans la lutte des ISS.

À ma connaissance, il n'existe pas d'étude qualitative portant sur ce sujet.

b) Choix de la méthode

L'objectif de cette étude était de recueillir l'expérience des intervenants MG et TS dans l'enseignement des ISS. La méthode qualitative était donc la plus adaptée pour comprendre une expérience vécue. Les focus group ont permis de collecter un maximum d'informations sur le sujet grâce à la dynamique de groupe instaurée, ainsi que de faire émerger de nouvelles idées dans l'optique d'améliorer l'enseignement.

La variété de méthode des différents entretiens (focus group et entretien individuel) ainsi que le mélange ou non des différentes professions au cours des focus group a engendré une grande diversité des données recueillies.

L'analyse phénoméno-pragmatique était indiquée pour explorer l'expérience vécue des intervenants inscrite dans les verbatims. Cela a permis de découvrir comment l'enseignement des ISS en co-animation interprofessionnelle a été vécu, en restituant le sens de l'expérience décrite par les TS et MG.

c) Triangulation :

L'analyse des entretiens a été réalisée par moi-même ainsi que par le Dr Emmanuelle Dupont pour permettre la triangulation des chercheurs et limiter le biais lié à la subjectivité des enquêteurs.

L'étude nécessitait d'interroger les MG ainsi que les TS, ce qui a permis de recueillir des données auprès de différentes sources et d'obtenir une triangulation des sources, améliorant la validité interne de l'étude.

2/ Limites

a) Biais

- Biais de mémoire : deux focus group ont été réalisés à distance de l'enseignement. Il était donc nécessaire que les participants fassent un effort de remémoration de leur expérience vécue au cours de l'enseignement. Le biais de mémoire peut renvoyer une image différente (plus négative ou positive) que ne l'était la réalité de l'enseignement.

- Biais d'analyse : les limites sont liées à la compétence et à l'expérience du chercheur. Dans l'analyse qualitative, le chercheur contribue à la production et à l'interprétation des résultats par sa réflexion personnelle. L'analyse a été réalisée par le Dr Emmanuelle Dupont et moi-même sans expérience préalable dans l'analyse qualitative. Cependant, nous avons été guidées par le Pr Gérard Bourrel tout au long du processus d'analyse, dans le but de renforcer les critères de validité interne.
Par notre profession de MG, nous avons aussi pu être influencées dans l'interprétation des résultats, même si nous avons essayé de rester le plus impartial possible.

- Biais d'implication : les modératrices des focus group étaient connues des MG et de certains TS ayant participé aux entretiens. Cela a pu avoir un impact positif sur l'ambiance des entretiens mais cela a pu aussi influencer certaines réponses.

b) La saturation des données :

Au bout de 3 focus group la saturation des données n'a pas été atteinte. Par manque de disponibilité des intervenants et difficultés organisationnelles, il n'a pas été possible de réaliser d'autres focus group. Un participant à l'enseignement a pu se rendre disponible pour un entretien individuel. Il aurait probablement été nécessaire de réaliser un ou deux entretiens supplémentaires pour arriver à saturation des données. La difficulté pour atteindre la saturation des données est probablement liée au fait que nous avons interrogé des intervenants de professions différentes ce qui a engendré une plus grande diversité de résultats.

c) Interview des internes

Dans cette étude, il manque la vision des internes. En effet, il aurait été intéressant de recueillir leur expérience vis-à-vis de l'enseignement car ils ont une place tout aussi importante dans la relation MG et TS. Initialement le projet de thèse comportait des focus group pour interroger les internes. Cependant, par manque de temps il a été décidé de se limiter aux enseignants. Ceci pourrait faire l'objet d'un autre travail.

III/ Commentaires des résultats et comparaison aux données de la littérature

1/ L'apport de la co-animation interprofessionnelle dans l'enseignement des ISS

a) Une méthode pédagogique pertinente pour sensibiliser les internes :

Pour les intervenants, l'enseignement en binôme pluriprofessionnel sur les ISS était une opportunité pour éveiller l'intérêt des étudiants sur le sujet.

Selon les MG et les TS de notre étude, une co-animation interprofessionnelle bien menée apporte des avantages supplémentaires à l'enseignement des ISS :

- **Une richesse de savoirs-être et de savoir-faire** par la confrontation et la diversité des compétences et des expériences des différents intervenants
- **Une meilleur gestion de la dynamique de groupe** avec des échanges entre les intervenants et les internes rendant l'enseignement plus vivant

Selon M. Thiebaud dans la Revue de l'Analyse de Pratiques Professionnelles (38), la co-animation apporte des avantages pour les participants par : « *la diversité d'éclairage et d'apport, la diversité de styles d'animation et de communication, la synergie de compétences et d'actions, la dynamique de groupe instaurée, la variété des méthodes pédagogiques en fonction de l'expérience de chaque enseignant, par la complémentarité des rôles, définis au préalable, ainsi qu'une écoute facilitée, une présence et une attention accrues pour les participants (ceci est d'autant plus vrai que le groupe est grand).* »

Par toutes ses plus values, la co-animation semble une méthode pédagogique avantageuse pour sensibiliser les internes sur le sujet des ISS. Il serait intéressant d'explorer le vécu des internes vis-à-vis de la co-animation interprofessionnelle pour confirmer cette hypothèse.

b) Sensibiliser les internes sur le rôle et la place de chaque professionnel dans la lutte contre les ISS :

La co-animation interprofessionnelle dans cet enseignement est l'occasion de **témoigner aux internes l'importance du rôle du MG et du TS dans la prise en charge des ISS**. La confrontation des expériences vécues de chaque professionnel est un atout pour prendre conscience des compétences et du rôle de chacun.

Comme le souligne M. Kayser dans la revue *Pratique* (48) : « *Le généraliste n'est pas un travailleur social (...). Mais, confronté dans sa pratique quotidienne au risque de renoncement aux soins de ses patients, il lui faut connaître leurs droits et pouvoir les adresser aux personnes et lieux-ressources adéquats* ». Cet enseignement en co-animation interprofessionnelle est un moyen de rappeler que **chaque catégorie professionnelle a ses compétences et ses devoirs dans la prise en charge des ISS**.

Les TS insistent sur le **rôle de coordonnateur de soin du MG**. En effet, pour eux, il est primordial que le MG s'assure de la faisabilité des soins prescrits aux patients en s'appuyant sur les autres professionnels. Selon les TS, certains MG pensent qu'une fois la prescription réalisée, leur travail est terminé.

Or, ce qui pourrait passer pour de l'inobservance auprès des MG, est souvent du renoncement aux soins par incapacité à réaliser la prescription. Ceci est un exemple de l'intérêt de **l'effet « double voix »** (réalisé par la double fonction) de la co-animation, qui montre que la manière de percevoir une situation, tout comme les solutions qui sont proposées, ne sont pas univoques. Cela permet de **remettre en question sa pratique quotidienne**.

Pour tous les intervenants, la co-animation interprofessionnelle dans cet enseignement est intéressante sur un autre point : elle permet de **valider le TS comme un partenaire expert et à égalité avec le MG** dans la prise en charge des ISS. Ils éprouvent la nécessité d'insister sur cette notion d'égalité.

Dans la thèse en binôme réalisée par S. Deitsch et L. Doerflinger (49) s'intitulant « *La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie* », les TS et les MG ont été interrogés séparément par focus group. D'après leur étude, les TS ont souvent le sentiment d'être sous estimés et qualifiés de manière restreinte : c'est le professionnel que l'on interpelle en dernier recours, quand on est à court de solution, pour gérer les difficultés financières. Ils ont le sentiment d'être exclu du réseau médico-social. Ils aimeraient que leur travail soit mieux reconnu.

Dans notre étude, pour les TS, l'intervenant MG tient une place essentielle dans cet enseignement car les étudiants sont à l'écoute et prennent en compte la parole du MG enseignant. Pour certains TS de notre étude, s'ils étaient intervenus seuls, il auraient eu moins d'écoute et moins d'impact sur les étudiants, comme si leur parole seule avait moins de valeur.

Il n'y pas d'étude dans la littérature mettant en avant ce type de représentation de la part des MG à l'égard des TS. Cependant, souvent par manque de connaissance, les MG utilisent peu les ressources sociales à leur disposition, cela peut laisser croire qu'ils considèrent peu la qualification de TS.

Au regard de notre étude et de la littérature (40) (49), il est clair qu'**une bonne communication entre les professionnels est une marque de reconnaissance et de considération de leur métier respectif**, ainsi que d'**expliquer un processus décisionnel ou d'exprimer ses doutes et préoccupations permet un meilleur vécu de la part des partenaires.**

2/ L'apport de la co-animation interprofessionnelle dans la pratique professionnelle

a) Promouvoir le travail en interprofessionnalité :

→ Se rencontrer pour apprendre à se connaître

La co-animation interprofessionnelle dans l'enseignement des ISS donne l'occasion aux professionnels de se rencontrer et donc d'apprendre à se connaître. Les TS et MG ne se voient pas au quotidien. **Le temps et le lieu de la formation (en dehors du temps et de l'espace quotidien de**

travail) permettent de se poser, de prendre du recul par rapport au rythme intense du travail.

De plus, la réflexion partagée lors de la co-animation ainsi que lors de l'interaction avec les étudiants, **permet à chacun de s'exprimer sur sa pratique, ses doutes, son vécu.** Cela est possible si des conditions favorables **d'écoute de l'autre, de confiance et de non jugement** sont respectées. (50)

Apprendre à se connaître en partageant ses compétences, ses difficultés et ses attentes envers l'autre professionnel est un bon moyen d'aider à faire évoluer les représentations qui peuvent exister et d'apprécier quel soutien il pourra attendre de son collaborateur. Cela permet de découvrir une nouvelle facette de son collaborateur et d'**apprendre à communiquer** avec lui.

A. Derniaux, médecin de soins palliatifs évoque dans *L'interdisciplinarité en pratique* (40), comment il a pris conscience de la nécessité de se rencontrer régulièrement entre professionnels : *« Au fur et à mesure de nos échanges nous avons pris conscience que nos représentations des réalités cliniques étaient souvent différentes, en opposition, voire contradictoires. »* Malgré l'objectif commun des professionnels d'assurer le bien-être des patients, tous n'ont pas la même vision de comment y arriver. Se former ensemble permettrait d'apprendre à mieux se connaître et donc d'élaborer des projets de soins plus cohérents pour chaque professionnel.

→ La co-animation est le reflet de la collaboration pluriprofessionnelle

L'OMS, (51) en lien avec la CAIPE (Centre For The Advancement Of Interprofessional Education) définit en 2010 l'éducation interprofessionnelle (EIP) comme **l'association des membres de deux ou plusieurs professions dans une formation commune avec comme objectif principal de permettre une collaboration efficace entre les professionnels de santé afin d'améliorer la qualité des soins.** L'EIP permet d'acquérir des connaissances grâce aux autres professionnels et d'optimiser les processus de prise en charge notamment dans les situations complexes. **Le croisement des regards sur une situation ou un sujet complexe permis par une rencontre apporte plus que d'additionner les compétences entres elles.**

Tous les professionnels, MG comme TS, sont d'accord pour dire que l'objectif de cet enseignement est d'améliorer le travail en partenariat dans le but ultime d'améliorer la prise en charge des patients. Grâce à cet enseignement en interprofessionnalité, les MG et TS ont l'impression d'avoir

acquis de nouvelles compétences tant sur le plan des connaissances que sur le plan de la collaboration interprofessionnelle.

Appuyer sur leurs rôles et leurs liens dans la prise en charge des ISS permet de décloisonner le milieu médical et social et est l'occasion de montrer que le travail en interprofessionnalité est une évidence. **La complémentarité des discours échangés entre intervenants pendant l'enseignement montre aussi la complémentarité des professions dans la réalité** pour la prise en charge d'une situation médico-sociale.

Enseigner en co-animation interprofessionnelle **montre l'exemple**. En effet, selon M. Thiebaud (38), une co-animation réussie se définit entre autre part :

« [...] la transparence de la communication au sein du binôme, l'absence de jugement manifesté entre les animateurs, leur ouverture, leur capacité à s'exprimer, à se questionner voire à se remettre en question . » Ces conditions de co-animation réussie sont aussi recherchées dans la collaboration interprofessionnelle. Cela permet de donner l'exemple sur la réalité des relations interprofessionnelles. Cependant, si le binôme ne répond pas aux critères précédant, cela peut avoir un impact négatif sur la perception des internes.

Pour illustrer l'impact que cela peut avoir sur les étudiants, l'étude de L. Fiquet (52) s'intitulant *« Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. »* avait pour but d'analyser la perception des étudiants sur une formation interprofessionnelle à laquelle ils ont participé et de l'impact éventuel sur leur pratique professionnelle. L'objectif de cette formation était que les étudiants se forment à une pratique collaborative en travaillant sur les différents aspects d'un travail en partenariat (difficultés, avantages, aspects pratiques) pour comprendre le rôle et les compétences de chacun. Les étudiants interrogés ont modifié la vision de leur exercice suite à la formation. Ils envisageaient le travail en équipe pluriprofessionnelle bien plus qu'auparavant. Ils insistaient sur **la nécessité d'apprendre à se connaître pour collaborer dans leur pratique**, cela permettait de **découvrir la place essentielle de l'autre professionnel dans la prise en charge du patient**. Ce qui est aussi un des objectifs de l'enseignement en co-animation interprofessionnelle sur les ISS selon les TS et les MG.

b) Lutter contre les représentations erronées :

Améliorer la prise en charge des ISS passe par la **modification des représentations négatives**, non fondées pouvant exister chez les internes.

Dans la thèse en binôme de mesdames Meriaux et Ernst en 2013 (33) sur «*Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ?*», deux études ont été réalisées, une quantitative pour évaluer les connaissances des internes sur les ISS par l'intermédiaire d'un questionnaire et une qualitative pour illustrer les précédents résultats par la parole des internes lors d'entretiens individuels. Elles ont mis en évidence un manque de connaissance ainsi que des représentations négatives des internes sur les ISS et notamment sur les patients bénéficiant de la CMUC. 50% des internes interrogés font le lien entre santé et catégorie sociale, mais ils n'ont pas conscience de l'existence d'un gradient social et d'une différence nette de morbidité pour certaines pathologies. De plus, 25% des internes pensent que les bénéficiaires de la CMUC font plus de fraudes et 42% pensent qu'ils surconsomment. Ces représentations entraînent un mauvais repérage des patients à risque ainsi qu'une mauvaise orientation. Dans leur étude, les internes étaient demandeurs d'une formation avec une sensibilisation à la résolution concrète de problèmes sociaux ou sur les représentations des publics précarisés, mais sans besoin de formation sur les ISS. Probablement par l'absence de prise de conscience de l'enjeu des ISS. L'enseignement en co-animation interprofessionnelle permet de répondre aux attentes des internes exprimées dans cette étude.

Dans la littérature (7)(20)(27), il est clairement identifié que seule une meilleure connaissance et donc **une formation adaptée sur les ISS permet de faire évoluer les représentations négatives existantes.**

Il ressort de notre étude que les représentations des étudiants entraînent de la peur dans la prise en charge des patients en situation précaire : la « peur » d'aborder la situation sociale avec le patient, de sa réaction, de ne pas savoir quoi faire, du temps que ça va prendre sur une plage horaire de consultation...

L'enseignement devrait permettre de faire évoluer les représentations et, l'expertise des TS, par leur meilleure connaissance des populations précaires, permettrait **d'apporter une compétence supplémentaire et des outils méthodologiques spécifiques.** Cela donne des moyens aux internes

pour être mieux équipés au quotidien face aux patients en difficultés, de lutter contre les stigmatisations et de diminuer la peur de leur prise en charge.

La notion de hiérarchie médicale a été un peu mentionnée au cours des entretiens.

Le fonctionnement encore corporatiste et hiérarchique de certains médecins peut être un frein au travail pluriprofessionnel. Plusieurs thèses (49) (53) explorant les relations interprofessionnelles, (entre MG et autre professionnel de santé) dans la prise en charge des patients évoquent les réticences des professionnels probablement inconscientes, qui peuvent exister pour établir un lien de confiance avec les médecins. La représentation hiérarchisée du monde médical, professionnel décisionnaire et détenteur du savoir et du pouvoir associé à un lexique spécialisé, constitue un préjugé selon lequel il existerait une distance sociale, un défaut de compréhension et d'empathie des médecins. (49)

Ce facteur peut expliquer en partie le cloisonnement médico-social. Le but de cet enseignement est de leur redonner confiance.

3/ Enseignement modélisant pour la pratique actuelle de la médecine générale

a) Valoriser l'approche globale du patient :

Au cours des 9 années de formation, un MG assiste principalement à des enseignements s'intéressant aux dimensions biocliniques des patients.

Cependant, la qualité de vie ainsi que les conséquences que peuvent avoir certains traitements sur le bien être du patient sont maintenant intégrés dans le processus de raisonnement médical devenant bio-pycho-social.

L'apport de l'expertise des TS montre l'exemple et donne aux étudiants la possibilité de **percevoir le patient dans sa globalité.**

Reprenons l'étude de L. Fiquet s'intitulant « *Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé.* ». (52) Elle a interrogé des étudiants en santé, deux ans après qu'ils aient pu bénéficier d'une formation en interprofessionnalité, afin d'explorer leur perception sur cette formation et l'impact sur leur pratique. Selon les étudiants,

l'absence de formation en interprofessionnalité avait des conséquences sur leurs pratiques, notamment ils avaient tendance à moins prendre en compte le patient dans sa globalité. **Cette formation a permis de faire évoluer leur pratique.**

Donc la co-animation interprofessionnelle est intéressante pour faire évoluer les pratiques professionnelles en faisant prendre conscience de la nécessité de prendre en charge le patient dans la globalité.

b) Évolution de la pratique médicale

Dans une revue de la littérature intitulée « *Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?* » (54), les auteurs mettent en évidence trois facteurs expliquant l'intérêt actuel pour l'EIP :

- La performance d'une équipe joue un rôle primordial dans la **sécurité des patients et la qualité des soins**
- Le vieillissement actuel de la population conduit les professionnels à prendre en charge des **pathologies ou des situations complexes** à gérer en médecine de ville, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.
- La **pénurie en matière de professionnels de la santé** invite à optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

En théorie, les professionnels sont souvent déjà convaincus de l'intérêt de la mise en commun des compétences pluriprofessionnelles, surtout avant une prise de décision sur une situation compliquée, mais en pratique cela est plus difficile à mettre en place. Avec le développement des MSP, la médecine actuelle tend vers le pluriprofessionnalisme. Elle permet aux acteurs de se rencontrer, encore faut-il accorder du temps à l'autre pour se parler.

L'interdisciplinarité est souvent considérée comme chronophage ou peu rentable. Cependant elle contribue à **éviter les actes inutiles et évite des situations de souffrance pour les malades**. De plus, elle participe aussi à la **prévention de la souffrance au travail** qui est un réel problème à l'heure actuelle. Les relations interprofessionnelles jouent un rôle majeur sur notre façon de travailler ainsi que sur notre épanouissement personnel.(40)

La formation initiale des étudiants en santé doit donc évoluer pour s'adapter aux changements de

pratique médicale. L'OMS préconise en 2010 (51) que l'interprofessionnalité devienne une **composante obligatoire dans les programmes de formation** des étudiants en santé.

4/ Vécu de la co-animation interprofessionnelle

Tous les intervenants ont **bien vécu** et apprécié la co-animation en binôme interprofessionnel dans l'enseignement des ISS. Ils ont apprécié l'interaction engendrée entre intervenants et avec les étudiants. En comparaison avec d'autre enseignement sans cette méthode d'animation, les MG ont trouvé les étudiants plus réceptifs et stimulés, favorisant les échanges.

→ Avantages et intérêts de la co-animation interprofessionnelle :

Selon quelques MG, la co-animation avec un partenaire expert est **confortable** pour répondre aux questions pointues posées par les étudiants dans le domaine social.

Pour la plupart des TS, être en binôme avec un MG connu des étudiants et expérimenté dans l'animation de groupe a été **facilitateur et confortable**.

Même si beaucoup d'entre eux avaient déjà un peu d'expérience dans l'animation, se retrouver devant un groupe de jeunes médecins inconnus pouvait intimider.

La co-animation est d'autant plus appréciée lorsqu'une **relation de confiance** s'installe et que l'on **s'apporte mutuellement du soutien et de la sécurité**. La présence du MG permet d'encourager et de valoriser la prise de parole et l'expression du TS qui n'a pas forcément l'habitude d'animer groupe ou de parler en public.

Le respect, la confiance et l'humilité entre professionnels sont des traits de caractères importants pour permettre la réussite d'une co-animation interprofessionnelle d'après les TS et les MG de notre étude.

Dans la littérature (38) (40) (54), il est mis en évidence des caractéristiques individuelles nécessaires pour une bonne co-animation/collaboration interprofessionnelle : l'empathie réciproque, la confiance, l'ouverture d'esprit, l'adaptabilité, l'écoute, le respect à l'égard des autres membres ainsi que l'acceptation de critiques constructives.

Si toute ces conditions sont remplies, il est crée une relation de confiance permettant une

cohésion de groupe qui est le reflet de ce que devrait être la collaboration dans la pratique quotidienne de leur métier respectif.

La réussite de la co-animation interprofessionnelle dans cet enseignement a aussi été possible grâce à **la motivation** de chaque intervenant. Tous avaient conscience de l'enjeu de cet enseignement et l'envie de transmettre ses connaissances. **La volonté de coopérer avec son partenaire** malgré des personnalités différentes et des affinités variables est aussi un élément essentiel.

→ Éléments risquant d'altérer l'enseignement en co-animation

Cependant, la co-animation ne s'improvise pas et nécessite une préparation. Les TS auraient aimé voir leur **position mieux définie** avant de débiter l'enseignement. Malgré la préparation en amont proposée, certains TS ont eu du mal à trouver leur place ou à s'exprimer pendant l'animation, ne sachant pas ce que l'on attendait d'eux et ne connaissant pas leur public.

Le risque étant de laisser le MG, par son expérience et sa connaissance de l'enseignement, diriger totalement le binôme. Ce qui peut amener à effacer le partage des rôles et notamment à ne pas respecter le temps de parole de chacun.

Les TS auraient aussi préféré **connaître le binôme** avant l'enseignement ce qui n'a pas toujours été possible. Cela aurait permis d'échanger, de s'écouter et de se découvrir les uns et les autres sans crainte de jugement et donc d'entamer la co-animation du groupe plus sereinement.

Pour être opérationnel, **chaque membre d'un groupe à besoin de connaître son rôle, sa fonction propre pour permettre une interaction efficace entre chaque membre.** En amont de la co-animation, il est important de **définir les règles** pour travailler ensemble, surtout lorsque l'on ne se connaît pas, car il faut savoir **modifier ses pratiques traditionnelles** et **être capable de s'adapter à son binôme.**

Dans *l'interdisciplinarité en pratique* (40), les auteurs proposent de construire un cadre avant la mise en place de l'interdisciplinarité pour rendre une atmosphère favorable aux apprentissages.

Le cadre a besoin de ses quatre éléments stabilisateurs qui sont :

→ le temps : définir avant la durée permet d'éviter de se disperser dans des notions engendrant le

sentiment de ne pas avancer ;

→ l'animation : définir les règles concernant la prise de parole (notamment sur l'équité de temps entre chaque intervenant) ;

→ la clarification du ou des objectifs : cela permet d'éviter les hors sujets ou de perdre du temps avec des notions non indispensables ;

→ la transmission : pour définir les modes de transmission ou de communication choisis

Une préparation en amont est donc nécessaire pour que tous les intervenants démarrent la co-animation dans de bonnes conditions et **permettre une bonne cohésion de groupe**. Mais cela demande du temps et de la disponibilité de la part des animateurs, ce qui n'est pas toujours évident à mettre en place.

Il n'a pas été précisé dans les entretiens d'autres éléments pouvant altérer le vécu de la co-animation, comme des points de vue divergents, la peur d'être jugé ou encore la volonté de domination d'un animateur. Cependant ce sont des causes retrouvées dans la littérature. (38) (39)

IV/ Perspectives

Depuis sa création, l'enseignement sur les ISS à la faculté de médecine de Montpellier n'a cessé d'évoluer, notamment en incluant de nouvelles techniques pédagogiques telles que la simulation et la co-animation interprofessionnelle. Dans l'optique d'une amélioration continue, d'autres pistes peuvent être proposées. Certaines ont été énoncées au cours des focus group par les MG et les TS, d'autres ont été élaborées suite à la réflexion générée par notre étude.

1/ Optimisation de l'enseignement sur les ISS

→ Travail en amont des internes :

Les TS et MG de notre étude estiment qu'il serait intéressant de demander aux internes de venir le jour de l'enseignement avec un ou plusieurs cas cliniques vécus en lien avec les ISS. Cela leur permettrait d'entamer une réflexion sur le sujet et de venir avec des questions. Partir de leurs expériences vécues dès le début de l'enseignement permettrait d'impliquer davantage les internes

ainsi que de mettre en avant le TS dans la résolution des problèmes rencontrés dans les situations présentées. Cette méthode a déjà été utilisée au cours de cet enseignement mais de manière non systématique.

→ Évaluation des représentations des internes :

Actuellement, il existe une évaluation des connaissances des internes avant et après l'enseignement par un questionnaire (QCM). Il permet de vérifier l'acquisition de notions en lien avec les ISS.

Comme nous l'avons vu dans notre étude, il existe des représentations chez les internes concernant les populations en situation précaire ainsi que sur le métier de TS. Évaluer les représentations des internes avant l'enseignement pourrait permettre aux intervenants d'insister sur certaines notions ou d'ouvrir le débat pour essayer de démanteler les représentations erronées. Par la suite une évaluation post enseignement pourrait être proposée.

→ Évaluation de l'enseignement par les internes :

Notre étude est centrée sur le vécu des MG et des TS et sur les bénéfices du travail en binôme interprofessionnel, sans tenir compte de l'impact de la co-animation sur les internes.

Pour évaluer complètement l'efficacité de cette méthode pédagogique, il serait intéressant de questionner les internes ayant participé à l'enseignement pour explorer leurs attentes, leurs motivations et leurs vécus dans l'enseignement des ISS en co-animation interprofessionnelle. Des questionnaires d'évaluation pourraient aussi être distribués après l'enseignement pour recueillir leurs impressions sur les apprentissages ainsi que sur la pédagogie employée. Un temps d'évaluation collective pourrait aussi être envisagé, où les intervenants et les participants pourraient échanger leurs points de vue. Ces différentes méthodes d'évaluation permettraient d'analyser et d'adapter la pratique de la co-animation aux attentes des internes.

→ Stage pour mise en pratique :

Après l'apport d'éléments théoriques, il serait intéressant de proposer de manière systématique des terrains de stage ayant pour mission la prise en charge des ISS. Par exemple, au cours du stage en SASPAS, une demi journée par semaine pourrait être effectuée dans un territoire de forte prévalence des ISS ou à la PASS, au CSAPA, à MDM... Cela permettrait d'aller plus loin dans les connaissances et de mettre en pratique l'interprofessionnalité dans la prise en charge des ISS.

De plus, à la faculté de Montpellier, les internes ont le choix dans la construction de leur SASPAS mais ils n'ont pas forcément connaissance de toutes les structures pouvant les accueillir. Leur proposer une liste de terrains de stage adaptée à la continuité de l'enseignement des ISS pourraient être une solution.

→ Patient formateur ou Patient témoin :

Au cours des entretiens, il a été proposé la venue de patient «témoin» ou « formateur ». C'est une méthode pédagogique faisant intervenir un patient, ayant un vécu en rapport avec le sujet de l'enseignement. C'est une technique pédagogique intéressante lorsque l'affection entraîne un retentissement fort sur la qualité de vie du patient et nécessite une alliance thérapeutique optimale entre médecin et patient. C'est une méthode centrée sur le patient et son vécu. (55) Son discours et son expérience peuvent contribuer à une plus grande adhésion et sensibilisation des internes ainsi qu'à donner des clés pour repérer et aborder le sujet avec les patients à risque. Le patient « formateur » est un « expert » de sa pathologie. Il possède des compétences éducatives ainsi qu'une reconnaissance de ses savoirs expérientiels lui permettant de co-animer un enseignement.

Le patient « témoin », ne nécessite pas de formation à l'animation au préalable. Le patient vient pendant l'enseignement pour exprimer son vécu et les difficultés rencontrées grâce à l'aide de l'équipe d'enseignant. Ces temps d'échanges autour du patient viennent renforcer l'impact sur les étudiants. (55)

→ Proposer une formation commune entre étudiants MG et TS :

Il pourrait être proposé aux étudiants TS de venir à la faculté de Médecine ou aux internes en médecine générale de venir à l'institut de formation des TS. Les futurs professionnels pourraient alors se rencontrer, apprendre à se connaître et s'interroger sur les représentations existantes entre professionnels. Selon les résultats de l'étude de L. Fiquet (52), la formation interprofessionnelle entre étudiants est « *un lieu de rencontre des autres professionnels, de découverte des compétences de chacun mais aussi de développement de relations plus égalitaires entre les différents acteurs de santé.* »

Proposer cette méthode pédagogique serait aussi un bon moyen de promouvoir la collaboration interprofessionnelle.

2/ Optimisation de la co-animation interprofessionnelle

→ Préparation en amont plus intense :

Un temps de préparation entre les intervenants paraît indispensable pour assurer une relation de confiance entre binôme ainsi que pour poser le cadre dans lequel se déroulera la co-animation.

Dans les entretiens réalisés dans notre étude, il a été noté une préparation en amont insuffisante engendrant des difficultés chez quelques intervenants.

Le travail en amont doit permettre au binôme d'enseignants de se rencontrer et d'échanger.

Cette rencontre est l'occasion de :

- apprendre à se connaître entre binôme (nom, profession, type et lieu d'activité...)
- rappeler les objectifs de l'enseignement sur les ISS
- donner des informations aux TS sur la fonction et les compétences d'un d'interne en médecine
- clarifier le rôle et les responsabilités de chacun dans l'animation
- partager les méthodes et stratégies d'enseignements

De plus, la co-animation ne s'improvise pas. Il serait intéressant que tous les intervenants soient formés à cette technique pédagogique. Cependant, cela demanderait des moyens supplémentaires notamment concernant la disponibilité des intervenants et des locaux.

→ Débriefing systématique :

Le debriefing de la co-animation a été peu évoqué au cours des entretiens. Peu souvent réalisé, principalement par manque de disponibilité, il est pourtant essentiel. C'est l'occasion d'échanger, pour faire le bilan entre binôme sur le déroulement de l'enseignement ainsi que sur la co-animation. Pour parer aux contraintes de temps et faciliter la réalisation du debriefing, il pourrait être intéressant de proposer un questionnaire comme fil conducteur, évoquant par exemple :

- le déroulement de l'enseignement : atteinte des objectifs pédagogiques, respect du temps..
- le déroulement de la co-animation : comment chacun l'a t-il vécu, les points positifs, les difficultés rencontrées
- les propositions d'amélioration pour la formation ou la co-animation

Le binôme d'animateur pourra ainsi faire l'analyse de leur travail dans l'optique d'améliorer leur

future co-intervention.

3/ Enseignement en interprofessionnalité à développer

→ En formation continue :

La sensibilisation et la formation des étudiants en médecine à l'interprofessionnalité sont, nous l'avons vu en introduction, reconnues par les instances nationales et inscrites dans les projets pédagogiques de formation initiale.

Il serait intéressant d'élargir ce concept à tous les professionnels de santé en activité et donc de le proposer en formation continue.

→ A d'autres enseignements :

L'interprofessionnalité est une compétence nécessaire à la pratique de la médecine générale.

D'autres enseignements à la faculté de Montpellier proposent la venue d'acteur de proximité comme intervenant : par exemple la venue de sages femme pour l'enseignement de gynécologie, la venue d'une équipe de soins palliatifs pour l'enseignement sur la fin de vie...

D'autres thématiques pourraient être abordées en interprofessionnalité tout au long des études de médecine.

Ces formations pourraient aussi être proposées aux professionnels de santé, paramédicaux, avec la venue de MG enseignants.

CONCLUSION

La formation des MG sur les ISS et sur le travail en collaboration interprofessionnelle fait partie des objectifs clairement définis de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 pour lutter contre les ISS. La thématique des ISS s'intègre peu à peu dans les programmes de formation des médecins mais reste encore peu abordée. L'enseignement réalisé à Montpellier est novateur par la technique d'animation employée. En effet, la co-animation en binôme interprofessionnel est une méthode pédagogique encore peu utilisée mais qui a largement fait ses preuves et qui est recommandée dans les formations des professionnels de santé.

De manière générale, tous les participants ont eu une expérience positive de cet enseignement en co-animation interprofessionnelle. Les TS et les MG interrogés retrouvent de nombreuses plus values à cette technique d'animation, à la fois pour les étudiants et pour les intervenants. Leur rencontre est l'occasion de sensibiliser les internes aux ISS, à leur rôle dans la prise en charge des patients et au travail en interprofessionnalité. Déconstruire les représentations et apprendre à se connaître entre professionnels par l'intermédiaire de l'enseignement, permet d'instaurer une relation de confiance et de décloisonner le milieu médico-social. La cohésion d'équipe vécue au cours de la co-animation interprofessionnelle donne l'exemple sur les bonnes pratiques du travail en équipe. Promouvoir la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des ISS grâce à l'enseignement en co-animation interprofessionnelle a pour but ultime d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La co-animation interprofessionnelle semble être une technique d'animation d'enseignement prometteuse dans le champ de la santé.

Cette étude est une première étape dans l'évaluation de cet enseignement. Elle nous permet de donner des pistes d'amélioration, mais d'autres études paraissent nécessaires pour renforcer notre propos. Notamment, il serait important d'explorer l'expérience des internes et d'évaluer leur acquisition des compétences de collaboration interprofessionnelles. Par ailleurs, évaluer l'impact de la qualité des soins sur les patients serait intéressant et permettrait de promouvoir ce type de formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé ». OMS, 2008.
2. « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 – Pour un système de santé plus performant ». OMS, 21 juin 2000.
3. Boelen C. « Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine ». *Santé Publique* Vol. 23, n° 3 (5 septembre 2011): 247-250.
4. Nicodeme R., Deau X. « Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM ». Conseil national de l'Ordre des médecins, 26 juin 2008.
5. WRESINSKI J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », *Conseil économique et social*, JO n°4074 du 28 février 1987
6. OMS. « 10 faits sur les inégalités en matière de santé », octobre 2011.
https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr/.
7. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.
8. Ibanez, Gladys, Arielle Le Masne, et Jeanne Herr. « Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale ». Inpes et Collège de Médecine Générale, mai 2014.
9. Moleux, Marguerite, Françoise Schaezel, et Claire Scotton. « Les inégalités sociales de santé: déterminants sociaux et modèles d'action ». Inspection générale des affaires sociales, 2011.
10. Cayla F., Beaumont A., Cassadou S., Delpierre C., Ducros D., Grosclaude P., Ledésert B. Les inégalités sociales de santé en Occitanie. CREA-ORS Occitanie, 2018, 68 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.orsmip.org>
11. Blanpain, Nathalie. « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », INSEE PREMIERE, n° 1687 (février 2018).
12. Blanpain, Nathalie. « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », INSEE PREMIERE, n° 1584 (février 2016).
13. « L'état de santé de la population en France ». DREES, Santé Publique France, 2017.
14. Lang T., et Ulrich V. « Les inégalités sociales de santé ». Séminaire de recherche de la DREES, 2016-2015.

15. « Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité ». Haut Conseil de Santé Publique, décembre 2009.
16. « Stratégie Nationale de Santé ». Haut Conseil de Santé Publique, septembre 2017.
17. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Ministère des Solidarités et de la Santé.
18. Allen J., Gay B., Crebolder H., Herman J., Svab I., et Ram P. « La définition de la médecine générale-médecine de famille ». WONCA Europe, 2002.
19. « Présentation du D.E.S ». CNGE, 24 novembre 2012.
https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/.
20. Lang, Thierry. « Les inégalités sociales de santé », ADSP n° 73 (décembre 2010).
21. Schieber, A. « Étude de la relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les inégalités sociales de santé? Analyse des données épidémiologiques et des productions interdisciplinaires issues du projet INTERMEDE ». Université de Toulouse, 2014.
22. Delatte-Balland, M. « Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés ». Université de Lorraine, 2012.
23. Flye Sainte Marie C., Querrioux I., Baumann C., et Di Patrizio P. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires ». *Santé Publique* 27, n° 5 (2015): 679–690.
24. Christine Lemaire Lesoin. Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé : étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise. Médecine humaine et pathologie. 2012.
25. Philippe, Virginie. « L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais. Enquête qualitative par entretiens individuels auprès de médecins généralistes de Lyon ». Université de Lyon, 2015.
26. Despres C., « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes des médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010
27. Chatelard, S. « Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature (thèse d'exercice) ». Université de Grenoble, 2011.
28. « Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? » Collège de Médecine Générale, mars 2014.

29. « Qu'est ce qu'un travailleur social ? - Les Travailleurs sociaux libres ». Consulté le 28 août 2019. <https://www.travailleurs-sociaux-libres.fr/qu-est-ce-qu-un-travailleur-social>.
30. D'amour D. L'action collective au sein d'équipes interdisciplinaires dans les services de santé. *Sciences sociales et santé* ; 1999 ; 17(3) : 67-74.
31. « Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Sommaire et Mode d'emploi ». HAS, 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi.
32. L'organisation du troisième cycle des études de médecine, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (2017).
33. Ernst S., et Meriaux I. « Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? » *Médecine Marseille*, 2013.
34. Boet S. Granry J., et Savoldelli G. *La simulation en santé: De la théorie à la pratique*. Springer Science & Business Media, 2013.
35. « Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé ». HAS, 2012.
36. Larousse, Éditions. « Définitions : animation - Dictionnaire de français Larousse ». Consulté le 28 août 2019. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/animation/3590>.
37. Friend M, Cook L. 2007. *Interactions : Collaboration Skills for Scholl Professionnals*, 5e édition, Pearson Education Eds. 394 p.
38. « Co-animer un groupe d'APP : 1+1= ... ? » *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles* (blog), 10 décembre 2016. <http://www.analysedepratique.org/?p=2271>.
39. Catherine Lalanne. *Quel sens donner à une co-animation en formation AFGSU ?*. *Médecine humaine et pathologie*. 2015.
40. Daydé Mc, Derniaux A, Favre N, et Gautier S. *L'interdisciplinarité en pratique*. Lamarre, 2018.
41. Touboul, P. « Recherche qualitative: La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. » Département de santé publique, Nice.
42. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A., Imbert P., Letrilliart L, et GROUM-F. « Introduction à la recherche qualitative », *Exercer*, 19,n° 84 (2008): 142-5.
43. S. Duchesne, F. Haegel. *L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs*. Nathan,pp.126, 2004.
44. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, et Bourrel G. « La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé », *Exercer*, 24, n° 105 (2013):4-11

45. Oude Engberink A, Arino M, Julia B, et Bourrel G. « Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative ». *Recherches qualitatives*, Hors série, n° 15 (2013) : 96-115.
46. Depraz Natalie, 2012, *Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète*. Paris, Armand Colin, 256 p.
47. Bourrel, G. « Analyse phénoménologique d'une étude sur le surpoids en médecine générale. L'apport de la pragmatique. » *Recherches qualitatives*, Hors série, n° 6 (2008): 87-103.
48. M. Kayser. Pratique médicale et accès aux soins. Pratique, les cahiers de la médecin utopique.
49. Deitsch S. , et Doerflinger L. « La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux: exploration des déterminants d'une collaboration réussie ». Nancy, 2015.
50. Policard, Florence. « Apprendre ensemble à travailler ensemble: l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. », *Recherche en soins infirmiers* 2014/2, n° 117 : 33-49.
51. WHO (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva : WHO.
52. Fiquet, L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, et Renaut P. « Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. », *Pédagogie Médicale* 2015, 16, (2) : 105-117.
53. Serny Zanuttini H. Analyse qualitative des difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles: le médecin généraliste et ses partenaires de soins dans la prise en charge du diabète de type 2. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2010.
54. Gallant, S, Clerc M, Gachoud D, et Morin D. « Apprendre ensemble pour travailler ensemble: l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité? », *Recherche en soins infirmiers* 2011/3, n° 106: 40-46.
55. « Guide de recommandations. Patient intervenant. » ARS-Languedoc Roussillon, Midi Pyrénées, juin 2016.

ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP : **Médecins Généralistes (MG)/Travailleurs Sociaux (TS)**

1) Quels sont pour vous les intérêts et les limites à la co-animation en binôme d'enseignants de disciplines/professions différentes ?

A propos de l'enseignement sur les ISS :

2) Quelles étaient vos attentes et/ou vos craintes avant de participer à l'enseignement ?

3) Comment avez-vous vécu l'animation en binôme au cours de l'enseignement sur les ISS ?
...les échanges avec votre binôme ? ... les échanges avec les internes ?

3bis optionnel) : Souvenez-vous d'un moment d'animation qui vous a posé un problème ? Que s'est-il passé ? Comment l'avez-vous géré ?

4) Quels sont pour vous les éléments qui pourraient être mis en place pour optimiser l'enseignement sur les ISS ?

5) De manière plus générale quelles sont les conditions de réussite d'un enseignement pluriprofessionnel ?

6)Si vous deviez résumer en quelques mots : votre expérience ? Ce qui a été dit pendant l'entretien ?

Annexe 2 : Formulaire de consentement signé par tous les participants

Formulaire de consentement participant

Je, soussigné(e)déclare accepter, librement, et de façon éclairé, de participer à l'étude intitulée :

« Les attentes, le vécu et les motivations des Médecins généralistes et des Travailleurs sociaux : intervenants d'un enseignement sur les Inégalités sociales de santé destiné aux internes. »

Investigateur principal : Sabine BERTAUX, interne en Médecine générale
Sous la direction du Dr DUPONT Emmanuelle
Promoteur : Université de Médecine de Montpellier

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Confidentialité des informations : toutes les informations écrites et les entretiens enregistrés seront conservés de façon anonyme et confidentielle.

Fait à , le

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 3 : Formulaire recueillant les caractéristiques des participants aux focus group

PARTICIPANTS AU FOCUS GROUP :

Nom/Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Âge :

Profession :

Lieu(x) d'exercice (ville) :.....

Structure d'exercice (PASS, LHSS, LHM, CSAPA...) :

Depuis combien d'années participez-vous à l'enseignement sur les Inégalités sociales de santé :
.....

Participation à d'autres enseignements en co-animation pluriprofessionnelle :
 Oui Non

E-mail :.....

Annexe 4 : Informations données aux participants avant de commencer le focus group

INTRODUCTION FOCUS GROUP

Bonjour à tous et à toutes,

Je m'appelle Sabine BERTAUX, je suis interne en 6ème semestre de Médecine générale à Montpellier et voici Chloé SIKIRDJI/Emmanuelle DUPONT.

Tout d'abord je vous remercie d'être présent et de m'accorder un peu de votre temps.

Vous êtes réunis pour un entretien de groupe dans le cadre de ma thèse qui porte sur l'enseignement donné aux internes de Médecine Générale sur les Inégalités sociales de santé et la prise en charge de patient en situation de précarité. C'est un enseignement que vous avez animé à deux ou plus, avec des Médecins Généralistes ou TS.

L'objectif de ma thèse est d'explorer qu'elles étaient vos attentes, votre motivation et votre vécu vis-à-vis de cette animation en binôme pluriprofessionnel dans l'enseignement des inégalités sociales de santé, dans le but de l'améliorer.

La méthode qui a été choisie pour cette étude est celle des entretiens de groupes ou « focus group », qui sont animés par Chloé SIKIRDJI/Emmanuelle DUPONT. Elle a pour rôle de guider cette discussion, en restant totalement impartiale, objective, sans prise de partie.

Quant à moi, je n'interviendrai pas dans la discussion. Avec votre accord signé, je vais me charger de l'enregistrement de la discussion par dictaphone, qui est nécessaire, afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse ultérieure des données, en sachant que votre anonymat est bien sûr respecté. Vous pouvez donc parler librement !

Tout ce que vous direz sera intéressant, il n'y a pas de hors sujet, pas de jugement.

Le focus group devrait durer environ 1heure. Il y aura 6 questions ouvertes, vous prendrez la parole les uns après les autres pour faciliter la retranscription. Faites un signe à Chloé/Emmanuelle pour prendre la parole.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : Les inégalités sociales de santé sont un enjeu de santé publique majeur. Le travail en interprofessionnalité est un levier essentiel pour les combattre. C'est donc un élément qui doit s'intégrer dans la formation initiale des médecins. La faculté de Montpellier organise un enseignement sur les inégalités sociales de santé pour les internes de médecine générale, en co-animation interprofessionnelle par un médecin généraliste et un travailleur social. L'objectif de cette étude est d'explorer les attentes, les motivations, le vécu des Médecins Généralistes et des Travailleurs Sociaux, intervenants en binôme interprofessionnel, dans un enseignement sur les inégalités sociales de santé, aux internes de Médecine Générale.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse phénoménologique et semio-pragmatique de trois focus group et d'un entretien individuel. Le recrutement s'est fait auprès des Médecins Généralistes et des Travailleurs Sociaux ayant participé à l'enseignement sur les inégalités sociales de santé à Montpellier.

Résultats : 17 intervenants ont été interrogés : 9 médecins généralistes, 8 travailleurs sociaux. L'enseignement en interprofessionnalité apporte une richesse par la complémentarité des regards et des expertises. Il donne de la légitimité à l'autre professionnel dans la prise en charge des patients, en reconnaissant ses compétences. L'enseignement en interprofessionnalité permet d'apprendre à se connaître entre professionnels et de lutter contre les représentations négatives, dans le but d'améliorer la collaboration pluriprofessionnelle et la prise en charge des patients.

Discussion : L'enseignement en binôme interprofessionnel en formation initiale a du sens pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Promouvoir la collaboration interprofessionnelle grâce à cette technique d'animation a pour but ultime d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. La prochaine étape serait d'interroger les internes sur cet enseignement. Les perspectives seraient de concevoir et de généraliser les enseignements en interprofessionnalité dans la formation initiale des internes de médecine générale, et des autres professionnels de santé.

Mots-clés : Inégalités sociales de santé, interprofessionnalité, pédagogie, Médecine Générale