



HAL
open science

Expérimentation de consultations d'assistantes sociales de la CARSAT dans une maison de santé à Rouen : étude qualitative sur les bénéfices et les freins identifiés par les patients et les professionnels

Alexandre Conseil

► To cite this version:

Alexandre Conseil. Expérimentation de consultations d'assistantes sociales de la CARSAT dans une maison de santé à Rouen : étude qualitative sur les bénéfices et les freins identifiés par les patients et les professionnels. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03118703

HAL Id: dumas-03118703

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03118703v1>

Submitted on 22 Jan 2021

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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département MEDECINE

Année 2019-2020

N°

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2020

par

CONSEIL Alexandre

Né le 21/02/1991

à Sainte-Adresse

**Expérimentation de consultations d'assistantes
sociales de la CARSAT dans une Maison de Santé à
Rouen**

Etude qualitative sur les bénéfices et les freins
identifiés par les patients et les professionnels

Président du jury : Monsieur le Professeur HERMIL Jean-Loup
Directrice de thèse : Madame le Docteur LAINE Marianne
Membres du jury : Madame le Professeur MAUVIARD Elisabeth
Madame le Docteur FAGOT GRIFFIN Elsa

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>sumombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque

Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>sumombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN		Les Herbiers Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia BOURDON	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile PELLERIN	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Je dédie cette thèse à ...

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Professeur des universités – Médecin généraliste

Directeur du département de médecine générale

Coordonnateur du DES de médecine générale

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je tiens également à vous remercier pour votre disponibilité et vos conseils en tant que directeur du département de médecine générale.

Madame le Docteur Marianne LAINE

Docteur en médecine générale

Maitre de stage de médecine générale

Pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez apportée, pour vos conseils et votre gentillesse.

Merci également de m'avoir fait partager votre pratique de la médecine générale.

Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD

Professeure Associée – Médecin généraliste

Co-Responsable de l'Enseignement facultaire

Et Madame le Docteur Elsa FAGOT GRIFFIN

Maître de Conférences Associée – Médecin généraliste

Qui m'ont fait l'honneur de juger ce travail de thèse,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A ma future femme Lucie, merci pour tout, pour ta patience et ton soutien durant ces quelques mois. Les mots me manquent pour décrire à quel point tu comptes pour moi. Je suis le plus heureux des hommes à tes côtés. Je t'aime si fort ma chérie.

A mon frère Boris et ma sœur Laetitia, complices depuis notre enfance. Merci pour tous les bons souvenirs que l'on a ensemble et pour tous ceux à venir. Je vous aime.

A ma belle-sœur Débo, ou plutôt deuxième sœur car déjà plus d'une décennie que l'on se connaît et tu as toujours été là pour moi. Merci pour ta joie de vivre et ton aide précieuse.

A mes parents, de m'avoir permis de faire ce métier dont je rêvais depuis tout petit. Merci Maman de ton amour, d'avoir toujours cru en moi et d'avoir toujours été là dans les bons comme dans les moments de faiblesses. Merci Papa, pour ton amour et ton soutien indéfectible. Je suis fier d'être votre fils. Je vous aime.

A François, un parrain exceptionnel, merci d'être toujours là pour nous. On t'aime.

A Simon et Vincent mes amis d'enfance, une belle amitié formant un trio d'exception. Ne changez rien, restez comme vous êtes. 3CGD.

A tous mes amis de médecine, difficile de tous vous citer : Edouardo, Francis, Brej, Guillaume, Jojo, Max, Louison, Thiphaine, Coco, Gilbert, Maud, Ségo, Noémie, Pris, Jeanne, Laure, Marie, Anne Laure, Mathilde, Louise et j'en oublie sûrement... Merci d'être là, merci pour tous ces moments inoubliables à vos côtés et à très vite pour de nouvelles aventures.

A Julie, Julien, Alexis et Pauline : merci pour cette belle amitié.

A mes chers voisins, Anne et Guillaume, merci pour votre gentillesse, votre générosité et votre relecture.

Aux différents médecins rencontrés durant mon cursus, Dr Rapp, Dr Poulingue, Dr Landrin, Dr Malandain, Dr Creach', Dr Volait.

Aux médecins urgentistes d'Elbeuf, merci pour ce stage enrichissant et ces belles rencontres.

Aux médecins et assistantes sociales contactés, qui ont pris le temps d'écouter et de s'intéresser à ma demande.

Aux patients contactés, qui m'ont consacré de leur temps en acceptant de participer à ce travail de thèse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

I)	INTRODUCTION	21
II)	L'EXPERIMENTATION	24
1.	Rappel sur la définition et les missions du service social de la CARSAT Normandie	24
2.	Composition de la Maison de Santé Saint-Eloi.....	25
3.	Planning de mise en place de l'expérimentation	26
4.	Modalités de fonctionnement.....	26
III)	MATERIELS ET METHODE	28
1.	Type d'étude.....	28
2.	Elaboration du guide d'entretien	28
3.	Populations étudiées.....	29
4.	Recueil des données.....	29
5.	Analyse des données	30
6.	Accord de la CNIL.....	30
IV)	RESULTATS	31
1.	Effectifs et données socio-démographiques.....	31
1.1	Profil des patients.....	31
1.2	Profil des professionnels	32
2.	Bénéfices retrouvés par les patients.....	33
2.1	Le regroupement professionnel en lieu unique	33
2.2	Une prise en charge rapide	35
2.3	Une meilleure connaissance de leur dossier.....	36
2.4	Une prise en charge globale	36
2.5	Un parcours médico-social simplifié	37
2.6	Une sensibilisation du médecin à la situation sociale des patients	38
2.7	L'intérêt de l'affichage de l'expérimentation en salle d'attente.....	38
2.8	Une mise en confiance et une réassurance	39
3.	Bénéfices retrouvés par les professionnels.....	40
3.1	Bénéfices communs.....	40
3.2	Bénéfices retrouvés par les médecins.....	44
3.3	Bénéfices retrouvés par les assistantes sociales	46
4.	Freins rencontrés par les patients.....	47
4.1	La multiplicité des assistantes sociales	47
4.2	Les erreurs d'orientation des patients	48
4.3	Le nombre de permanences et de plages horaires insuffisant	48

5.	Freins rencontrés par les professionnels.....	49
5.1	Freins communs	49
5.2	Freins rencontrés par les médecins.....	50
5.3	Freins rencontrés par les assistantes sociales.....	52
6.	Améliorations proposées par les patients.....	53
6.1	Une assistante sociale référente	53
6.2	Augmenter le nombre de permanences	54
7.	Améliorations proposées par les professionnels	54
7.1	Une assistante sociale référente	54
7.2	Optimiser les temps de rencontres interprofessionnels.....	54
V)	DISCUSSION	56
1.	Biais et limites.....	56
1.1	Biais de l'intervieweur	56
1.2	Biais de sélection	56
1.3	Biais d'analyse et d'interprétation	57
1.4	Validité externe	57
1.5	Biais externe	57
2.	Analyse des résultats.....	58
2.1	Discussion commune sur les principaux bénéfices de l'expérimentation	58
2.2	Discussion commune sur les principaux freins de l'expérimentation.....	68
2.3	Perspectives d'amélioration.....	73
VI)	CONCLUSION	75
VII)	BIBLIOGRAPHIE	76
VIII)	ANNEXES	81

LISTE DES ABREVIATIONS

AS : Assistante Sociale

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

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

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

ODENORE : Observatoire Des Non Recours aux Droits et Services

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SSR : Service Social Régional

I) INTRODUCTION

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé selon la Charte d'Ottawa de Novembre 1986 (1).

Or, les inégalités sociales de santé (ISS) restent très élevées en France et s'accroissent en allant vers les catégories sociales les plus défavorisées. Ainsi, un cadre masculin de 35 ans peut espérer vivre 6,3 ans de plus qu'un ouvrier, cet écart étant de 3 ans pour les femmes (2).

De plus, la précarité est en augmentation et notamment à ROUEN où le taux de pauvreté était de 22% en 2017 pour une population de 110 145 habitants, avec 32% des moins de 30 ans qui vivent sous le seuil de pauvreté selon l'INSEE (3).

Le médecin généraliste qui a un très large accès aux différentes catégories sociales de la population, est un témoin privilégié de ces inégalités sociales de santé et est reconnu, par la société, comme un acteur important en vue de les réduire (4).

Dès lors, le médecin généraliste doit répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychiques, sociales, culturelles et existentielles en utilisant de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins et le travail interprofessionnel (5).

Véritable pivot des soins primaires, il se doit de collaborer avec de nombreux professionnels y compris ceux du secteur social afin de prendre en charge ses patients dans leur globalité (6).

Par ailleurs, les assistantes sociales sont également des professionnels de premiers recours et sont aussi confrontées à des situations où médical et social sont imbriqués (7).

Plusieurs pays européens, comme la Suède, la Finlande et les Pays-Bas, qui ont placé les soins primaires au cœur de leur politique de santé, tendent vers le développement d'une pratique plus collective des professions médicales (8). Le partenariat et le travail coordonné entre les

domaines médicaux et sociaux permettent de mieux répondre aux besoins des patients et visent aussi à réduire les ISS (9).

On constate qu'en France, cette collaboration reste trop rare. Il existe un vrai cloisonnement entre les deux professions pouvant s'expliquer par un défaut de communication et par la méconnaissance des professionnels de leurs missions respectives (10). Dans la thèse de Matz C., 87,5% (11) des médecins interrogés déclarent connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux de leur territoire ; de plus, 26 % d'entre eux expriment la nécessité d'améliorer leurs liens avec les autres professionnels et particulièrement les travailleurs sociaux.

Dans leur étude qualitative (12)(13) « *Collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie* », Doerflinger L. et Deistch S. montrent qu'il existe de multiples freins à un travail conjoint : manque de communication, méconnaissance du champ d'action des professionnels, organisation différente du travail, secret professionnel... L'intégration du secteur social au sein des Maisons de Santé pluriprofessionnelles faisait partie des pistes d'améliorations.

Ces difficultés relationnelles sont également retrouvées dans le travail de recherche de Pénin C. (14) : « *Collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : représentations et attentes des patients sur l'interprofessionnalité médico-sociale* » qui a exposé et analysé le point de vue des patients. L'un des principaux moyens d'action cité par les patients pour favoriser l'interaction médico-sociale serait que médecins et travailleurs sociaux puissent se rencontrer afin de mieux se connaître. Un travail interdisciplinaire au sein d'un lieu commun paraissait, là aussi, comme une solution pour améliorer cette collaboration.

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) sont expérimentées en France depuis 2007 et soutenues par les pouvoirs publics depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009 (15). Ces maisons constituent une offre conséquente et croissante : de quelques dizaines en 2010, le nombre des MSP a dépassé les 910 en 2018 (16).

Le plan « *Stratégies nationales de santé 2018-2022* » visant à renforcer l'accès territorial aux soins, annoncé par la ministre le 13 octobre 2017, prévoit de soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonnés dont les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, pour lesquelles l'objectif est un doublement d'ici cinq ans (17).

En décembre 2017, la Direction Générale de L'Offre de Soins (DGOS) propose d'expérimenter l'intervention d'assistantes sociales dans les MSP. En effet, l'Assurance Maladie disposant d'un service social sur tout le territoire, la question s'est alors posée de la possibilité, pour les services sociaux de l'assurance maladie, d'apporter un soutien aux médecins. L'objectif de l'expérimentation est « *d'identifier les besoins en accompagnement social des patients en MSP et de définir le périmètre et les modalités d'intervention du service social* ».

Afin de lancer l'expérimentation dans les MSP, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) ont sollicité en octobre 2017, la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) afin d'obtenir leur avis sur le projet et valider la sélection des MSP à contacter pour l'expérimentation.

En Haute-Normandie, la Maison de Santé Saint-Eloi à ROUEN a été retenue. L'expérimentation a débuté le 30 avril 2019 et se poursuit encore à ce jour.

Notre travail de thèse a pour objectif **d'identifier les bénéfices et les freins rencontrés par l'ensemble des acteurs de cette expérimentation : patients et professionnels.**

II) L'EXPERIMENTATION

1. Rappel sur la définition et les missions du service social de la CARSAT Normandie

La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) est un organisme du Régime Général de la Sécurité Sociale. Elle remplace la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), depuis le 1^{er} juillet 2010 et assure ses missions sous l'égide de deux caisses de tutelle : la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Le service social de la CARSAT Normandie est spécialisé en santé. Il intervient auprès des patients affiliés au Régime Général, quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont confrontés ou susceptibles de l'être à des problèmes de santé ou d'accès aux soins. Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques sociales et ainsi concourt à la lutte contre l'exclusion et au maintien de la cohésion sociale (18).

Les priorités d'action du service social sont les suivantes :

- Prévenir le risque de désinsertion professionnelle des salariés
- Accompagner les assurés atteints de pathologies lourdes et invalidantes
- Accompagner la sortie d'hospitalisation
- Accompagner l'accès à l'aide à la complémentaire santé et aux soins
- Soutenir les jeunes en situation de vulnérabilité pour le recours aux soins
- Accompagner les personnes en situation de fragilité au moment du passage à la retraite

Le service social est organisé en territoire social sur l'ensemble de la Normandie. Une équipe sociale est attachée à chaque territoire.



Figure 1 : Territoires sociaux de la CARSAT Normandie

2. Composition de la Maison de Santé Saint-Eloi

La MSP Saint-Eloi a ouvert ses portes le 1^{er} janvier 2011 et regroupe actuellement 11 professionnels de santé :

- Quatre médecins généralistes dont un médecin collaborateur
- Un médecin nutritionniste
- Une pédiatre
- Une allergologue
- Une sage-femme
- Une psychologue
- Une orthophoniste
- Une infirmière

La Maison de Santé est structurée en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) depuis 2013. Cela permet aux professionnels de santé un exercice commun

avec un partage d'informations et la mise en œuvre de projets interprofessionnels pour la prise en charge de leurs patients.

3. Planning de mise en place de l'expérimentation

Une première rencontre s'est déroulée le 04 avril 2019 entre l'équipe de la MSP et le cadre régional du Service Social Régional (SSR), le cadre départemental du SSR et le cadre CPAM en charge des relations partenariales. Cette réunion a permis de présenter les missions du Service Social Régional, le cadre de l'expérimentation, de définir le cadre de travail, les modalités pratiques (bureau à disposition, téléphone, l'accès wifi) et le rythme des permanences.

Le 25 avril 2019 a eu lieu la présentation des assistantes sociales (AS) qui ont assurés les permanences ainsi que la secrétaire du territoire en charge de cette expérimentation.

Les permanences du service social au sein de la Maison de Santé ont démarré le 30 avril 2019 et se poursuivent actuellement.

Un bilan intermédiaire s'est tenu le 04 juin 2019, réunissant les 2 équipes (MSP et SSR) et a permis un premier retour sur l'expérimentation.

4. Modalités de fonctionnement

Les professionnels de la MSP repèrent les patients dont la situation présente une problématique sociale et dont ils souhaitent la prise en charge par l'assistante sociale de la CARSAT. Ils sollicitent ensuite l'AS en complétant une fiche de liaison (*annexe 1*) qui est déposée dans une bannette (chemise rouge) dédiée aux échanges avec l'assistante sociale.

Cette fiche de liaison comprend les coordonnées du patient, son consentement, le motif de consultation et les suites données par l'AS.

Trois assistantes sociales assurent à tour de rôle une permanence tous les mardis matin dans les locaux de la MSP. Quatre créneaux de rendez-vous de 45 minutes sont prévus.

Les assistantes sociales récupèrent les fiches de liaisons le jour de leur permanence et se rapprochent de leur secrétaire de service. La secrétaire contacte le patient par téléphone et fixe avec lui le premier rendez-vous à la MSP.

Les assistantes sociales assurent leur rendez-vous avec les patients, valident la prise en charge et complètent la fiche des suites à donner. Elles restituent la fiche annotée aux professionnels de santé en la déposant dans la chemise bleue de la bannette dédiée.

Un protocole de l'expérimentation a été créé et est disponible en *annexe 2*.

Il était convenu que, si les rendez-vous des patients ne couvraient pas la totalité du planning proposé, la CARSAT aurait la possibilité de recevoir des patients extérieurs afin d'optimiser leur emploi du temps.

La salle d'attente de la MSP est équipée d'un téléviseur destiné à passer des messages de prévention santé. Un message de présentation de l'expérimentation a pu y être intégré.

III) MATERIELS ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des patients. La méthode qualitative est apparue comme la plus appropriée pour ce travail. Elle permet de recueillir des données subjectives telles que des opinions, des ressentis ou des attentes. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (19). L'entretien semi-dirigé n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos.

Nous avons également décidé de réaliser un Focus-Gruppe entre les professionnels de la MSP et les assistantes sociales afin de compléter l'enquête.

Le Focus-Gruppe est une technique qualitative semi-directive d'entretien de groupe. La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (20). Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions et de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur.

2. Elaboration du guide d'entretien

Les grilles d'entretiens (*annexes 3 et 4*) ont été élaborées après analyse de la littérature et ont évolué au cours de l'étude. Le sujet principal et les différents thèmes de l'étude y sont reportés. Les questions étaient ouvertes afin de favoriser la liberté d'expression des participants et de faire émerger des hypothèses inattendues. Nous n'avons pas forcément respecté l'ordre des questions afin de ne pas diriger le discours.

3. Populations étudiées

- Patients

Le recrutement des patients s'est effectué grâce aux fiches de liaison. J'ai contacté directement les patients par téléphone et leur ai présenté mon sujet de thèse. Après leur accord nous décidions du lieu de l'entretien. La plupart des entretiens se sont déroulés au domicile des patients et seul deux dans la MSP. Il a été décidé de débiter les entretiens à au moins 3 mois du premier rendez-vous avec l'AS afin d'avoir le recul nécessaire sur l'expérimentation.

La population étudiée répondait aux critères d'inclusions suivants :

- Fiche de liaison complétée
- Entretien accepté

Les critères d'exclusions étaient :

- Refus d'être interrogé
- Incompréhension des questions posées

- Professionnels

J'ai contacté les professionnels de la MSP et les assistantes sociales par mails. Mon sujet de thèse leur a été présenté et j'ai pu récupérer leurs disponibilités afin d'organiser le Focus- Groupe. Trois des quatre médecins sollicités ont accepté.

4. Recueil des données

- Patients

Les entretiens des patients se sont déroulés d'octobre 2019 à janvier 2020. Ils ont été enregistrés, après accord du patient (*annexe 5*), via un dictaphone de la marque COOAU. Ils ont duré de 14 à 38 minutes avec une moyenne de 23 minutes 14 secondes.

- Professionnels

Le Focus-Gruppe a eu lieu le 12 novembre 2019 lors de la pause méridienne dans la Maison de Santé, rassemblant 3 médecins généralistes et 3 assistantes sociales. L'entretien s'est déroulé dans la salle de réunion de la MSP dans une ambiance très chaleureuse et a duré 58 minutes au total.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits à l'écrit en intégralité sur le logiciel WORD afin de faciliter leur analyse. L'anonymat a été respecté. La lettre « P » désignant les patients, « A » les assistantes sociales et « M » les médecins. Les enregistrements ont été effacés après la retranscription.

Le codage et l'analyse des données ont été effectués sur le logiciel N'Vivo 12 consistant en une analyse thématique par un codage des verbatim.

Chaque verbatim était analysé afin d'en dégager les idées exprimées. La première analyse était réalisée entretien par entretien permettant de dégager les idées de chaque verbatim afin de les regrouper en thème et sous thème. Une deuxième analyse a permis de classer au mieux les thèmes et les sous thèmes et ainsi donner du sens à la collecte de données.

6. Accord de la CNIL

Après plusieurs échanges par mail, la CNIL a donné son accord sur la validité de l'étude et sur les caractères de protection des droits des patients et des professionnels.

IV) RESULTATS

1. Effectifs et données socio-démographiques

1.1 Profil des patients

Au total, 13 entretiens semi-dirigés ont été effectués. Les données socio-épidémiologiques sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Age	Sexe	Nationalité	Situation familiale	Situation professionnelle	ALD	Motif de la demande	Conformité de la demande	Connaissance du service social CARSAT
E1	53 ans	F	Française	Divorcée	Agent d'accueil	Non	Demande pension d'invalidité	Oui	Non
E2	88 ans	F	Française	Veuve	Retraitée, ex-assistante maternelle	Oui	Problème avec APA	Non	Non
E3	42 ans	M	Française	Célibataire	Mécanicien	Non	Dossier MDPH	Oui	Non
E4	53 ans	F	Française	Divorcée	Secrétaire	Oui	Demande pension d'invalidité	Oui	Non
E5	45 ans	F	Française	Mariée	Aide-ménagère	Oui	Arrêt maladie prolongé	Oui	Non
E6	55 ans	M	Française	Marié	Peintre en bâtiment	Oui	Arrêt maladie prolongé	Oui	Non
E7	50 ans	F	Française	Célibataire	Fleuriste	Non	Dossier MDPH	Oui	Oui
E8	32 ans	F	Française	Célibataire	Professeure de violon	Non	Arrêt maladie prolongé	Oui	Non
E9	47 ans	F	Française	Mariée	Caissière	Oui	Arrêt maladie prolongé	Oui	Non
E10	43 ans	M	Française	Marié	Cuisinier	Non	Arrêt maladie prolongé	Oui	Non
E11	50 ans	F	Française	Mariée	Préparatrice en pharmacie	Oui	Arrêt maladie prolongé	Oui	Oui
E12	40 ans	F	Française	Divorcée	Serveuse	Non	Sortie d'hospitalisation	Oui	Non
E13	38 ans	F	Française	Célibataire	Aide-soignante CHU	Oui	Demande pension d'invalidité	Non	Non

1.2 Profil des professionnels

Le Focus-Gruppe a permis de regrouper 6 professionnels : 3 médecins généralistes et 3 assistantes sociales, se composant majoritairement de femmes dont la moyenne d'âge était de 41 ans.

	Sexe	Âge
M1	F	37
M2	F	40
M3	M	54
A1	F	41
A2	F	38
A3	F	36

2. Bénéfices retrouvés par les patients

Les patients ont pour la grande majorité un ressenti positif sur cette expérimentation.

P1 : « *C'est vraiment génial* »

P3 : « *Un beau projet* »

P4 : « *Je trouve le concept formidable, c'est une très bonne idée.* »

Ils en dégagent plusieurs bénéfices :

2.1 Le regroupement professionnel en lieu unique

a) Un côté pratique

Les patients apprécient le regroupement des professionnels en lieu unique. Ils perçoivent le côté pratique de pouvoir consulter médecin généraliste et assistante sociale dans un même lieu.

P7 : « *C'est pratique de voir son médecin et d'avoir la possibilité de consulter l'assistante sociale au même endroit.* »

P6 : « *Plusieurs professionnels dans un même lieu je trouve ça génial.* »

P11 : « *Que tout soit regroupé ça a un côté quand même très pratique qu'il y ait deux professions différentes.* »

P10 : « *C'est vraiment bénéfique pour nous, dans le sens où on peut voir son médecin et l'assistante sociale au même endroit, c'est très pratique.* »

P1 : « *On a à la fois médecin traitant et assistante sociale.* »

b) Un accès aux soins facilité

La proximité directe de la Maison de Santé avec leur lieu d'habitation est décrite comme un avantage et facilite leur accès aux soins.

P3 : « Y'a beaucoup de personnes qui ont du mal à se déplacer euh ou quoi que ce soit pour faire 20 km, 30 km. Si y a une maison de santé à un endroit avec une assistante sociale qui peut de temps en temps faire des permanences et qui peut aider certains, euh, des jeunes, des anciens ou machin c'est pas plus mal. »

P5 : « C'est pas loin de chez nous aussi faut le dire, c'est un avantage. »

P7 : « C'est facile d'accès pour moi car ce n'est pas très loin avec les transports en commun donc la proximité c'est important. »

P10 : « C'est plus facile d'accès. »

P11 : « C'est un service de proximité. »

c) Des rendez-vous pris rapidement et facilement

Les patients apprécient la rapidité et la facilité de prise des rendez-vous.

P3 : « Le rendez-vous il a été rapide. »

P7 : « Et puis c'est rapide, le rendez-vous s'est fait dans le mois. »

P10 : « C'est assez rapide en plus hein, j'ai vu l'assistante sociale dans la semaine après l' rendez-vous avec mon médecin. »

P11 : « Le rendez-vous a été d'une extrême rapidité, je l'ai vu la semaine suivante, c'est génial. »

La prise de rendez-vous par le médecin traitant facilite leurs démarches.

P1 : « C'est mon médecin qui a fait les démarches pour le rendez-vous donc voilà c'est plus simple. »

P5 : « Mon médecin a pris le rendez-vous pour moi, il a fait le nécessaire, vraiment super. »

d) Une communication et un partage d'informations entre professionnels facilités

Pour plusieurs patients, le regroupement facilite la communication et le partage d'informations entre médecins et assistantes sociales.

P4 : « C'est plus facile pour eux pour communiquer, je pense que après si l'assistante sociale a besoin de quelques renseignements le médecin les donnera plus facilement. »

P11 : « Il y a un meilleur échange sur les dossiers des patients entre eux. »

P3 : « C'est plus simple pour eux de parler des cas des gens, euh, des patients et, euh, parce qu'ils travaillent, euh, dans le même endroit et ça c'est bien. »

P8 : « Par exemple s'il y avait eu besoin de consulter le Dr X sur je n'sais quelle information concernant l'arrêt maladie bah il suffisait de descendre à l'étage ou d'passer un coup de fil pour le savoir, donc ça c'est quand même, c'est quand même un très très gros avantage. »

e) Un meilleur suivi

Le regroupement des professionnels dans un même site facilite le suivi de leur dossier.

P10 : « Au niveau du suivi c'est quand même plus simple, qu'ils soient regroupés. »

P7 : « Il y a un suivi derrière qui en découle au même endroit. »

P8 : « On a les deux, au même endroit donc un meilleur suivi de notre situation. »

P1 : « C'est super pratique pour le suivi de notre dossier. Le médecin peut savoir comment ça évolue tout ça, donc c'est quand même bien ça. »

f) Une plus grande accessibilité et disponibilité des AS

Deux patients valorisent l'accessibilité et la disponibilité des assistantes sociales.

P7 : « Elle m'a laissé sa carte, vraiment bien, si jamais je l'appelle demain en disant que je voudrais un rendez-vous avec elle à la maison de santé, c'est possible, aujourd'hui. Elles sont plus accessibles je trouve. »

P11 : « Le procédé est très bien, désormais j'ai les coordonnées avec l'adresse mail de l'assistante sociale, je lui envoie un mail elle me répond aussitôt, elle est vraiment dispo', c'est impeccable, on peut communiquer facilement sans la déranger, c'est impeccable, elle m'a laissé sa petite carte pour la tenir au courant des éventuels événements qui puissent la concerner. »

2.2 Une prise en charge rapide

Le travail conjoint, les échanges directs entre médecins et assistantes sociales permettent une prise en charge plus rapide selon les patients.

P10 : « Le médecin a appelé l'assistante sociale, ils se sont appelés et ont échangé, ils ont parlé de ma, de ma situation entre eux donc ça c'est bien, qu'ils travaillent ensemble, qu'ils communiquent entre eux, directement, c'est plus rapide. »

P5 : « Pour moi c'est un gain de temps, voilà ils peuvent se parler voilà, ça fait avancer le dossier j'trouve, c'est rapide. »

P3 : « J'ai été pris en charge rapidement. »

2.3 Une meilleure connaissance de leur dossier

Les échanges interprofessionnels permettent une meilleure connaissance de leur dossier.

P5 : « Ils échantent plus facilement et c'est bénéfique pour nous mais aussi pour l'assistante sociale car elle connaît mieux le dossier (...) Certaines informations médicales sont j'pense importantes pour comprendre le dossier, pour comprendre les patients. »

P3 : « Ils peuvent se parler, elle (l'assistante sociale) a pu voir tous les, euh, tout mon dossier, donc elle a pu voir qu'est-ce que euh qu'est-ce qu'a été lancé, qu'est-ce qu'avait déjà été fait, qu'est ce qui a eu machin pour répondre, euh, aux questions que je savais pas répondre quoi. »

P8 : « Elle avait eu un petit topo de ma situation par le Dr X (...) Elle était au courant de ma situation avant même que j'arrive donc elle savait un peu quel genre de personne elle avait en face d'elle et euh, quel genre de question enfin dans quel domaine en tout cas je, je venais poser des questions donc c'est quand même un gros avantage. »

2.4 Une prise en charge globale

Le travail conjoint entre médecin et AS permet une prise en charge plus globale selon les patients. Chaque professionnel apporte son point de vue avec des champs de compétences différents.

P10 : « Pour moi c'est que bénéfique qu'ils travaillent ensemble au même endroit, ça permet d'appréhender un cas de manière plus globale, d'un autre point de vue, une autre perspective. (...) chaque professionnel a des compétences différentes mais font un travail complémentaire. »

P11 : « Je pense oui avec deux professionnels qui travaillent ensemble sur le dossier, j'pense que c'est mieux pour nous, hein, j'pense que niveau prise en charge, du, euh, du patient bah c'est une bonne chose, ça va être une prise en charge qui va être plus globale parce qu'on va tenir compte de mon état de santé actuel pour avancer sur mon dossier social donc c'est vraiment bien. »

P8 : « Ce que j'ai senti aussi c'était que bon là c'était vraiment propre à la maison de santé, c'était que les gens avaient vraiment envie de construire ça et de travailler ensemble justement autour d'un dossier, d'un dossier global pour essayer de situer au mieux ce qui convient à chacun, donc ça laisse quand même le sentiment que les soignants font leur maximum pour les patients. J pense qu'on est mieux pris en charge. »

P9 : « Qu'ils travaillent ensemble ça permet de faire avancer le dossier et aider à une meilleure prise en charge de la santé, dans sa globalité pour moi ça me paraît logique, c'est une relation de cause à effet. Le soin c'est aussi des problèmes financiers. »

2.5 Un parcours médico-social simplifié

a) Une meilleure orientation des patients

Plusieurs patients semblaient perdus face à la complexité du système médico-social et ne savaient pas où, ni vers qui s'adresser pour effectuer leurs démarches.

P2 : « Si on veut rencontrer une assistante sociale bah y a des fois on sait pas où s'adresser. »

P4 : « Il y a des personnes comme moi qui ont des besoins mais ne savent pas où aller, vers qui se tourner. »

P1 : « Je n'savais pas du tout où aller. »

Grâce à cette expérimentation, la mise en relation avec le service social se fait directement via leur médecin traitant ce qui facilite la coordination médico-sociale et l'orientation des patients au sein du parcours de santé.

P11 : « Ça favorise la coordination entre le service social et le médecin généraliste. »

P7 : « C'est un parcours en fait, voir une assistante sociale directement dans le lieu où on rencontre son médecin traitant je pense que c'est plus facile pour la coordination, c'est plus facile que de se retrouver dans ces CCAS ou dans un autre organisme à la CPAM ou autre, je trouve que c'est plus pratique, c'est au plus proche de la demande des patients donc pour une meilleure prise en charge des patients, moi j'pense que c'est bien, vraiment. »

P4 : « Et là mon médecin est en premier, il m'a orienté directement vers l'assistante sociale. »

P1 : « Pour moi c'était très bien, ça m'a simplifié dans mes démarches, le médecin m'a dirigé vers l'assistante sociale. »

P8 : « On peut très bien aussi me dire euh « appelez tel bureau il y a des assistantes sociales », mais là c'est vraiment une personne que mon docteur connaissait à qui elle m'a adressé (...) la mise en communication s'est faite vraiment directement via le Dr X. »

b) Une clarification de leur situation sociale

Cette expérimentation a également permis aux patients de clarifier leur situation sociale car certains ne connaissaient pas leurs droits.

P4 : « J' pense qu'il y a beaucoup de personnes comme moi qui ont des droits mais qui ne savent pas, qui n'ont pas au courant de ce qu'ils ont besoin et là c'est très bien parce qu'elle m'a vraiment signifié tous mes euh tout ce que je peux faire, (...) elle m'a dit un peu ce que euh les droits qui sont mieux pour moi. »

P3 : « Y a des questions euh des questions que moi je n'savais pas trop comment y répondre, j'savais pas trop c'qui était possible pour moi donc voilà j'en ai parlé à mon médecin qui m'a dit que j'pouvais rencontrer une assistante sociale dans la maison de santé, il m'a pris rendez-vous et on a pu faire le point avec elle. »

P5 : « Ça m'a quand même permis de faire le point sur la situation, sur mes droits. »

P11 : « Je ne connaissais pas du tout mes droits euh, ça a été une mise au point sur ma situation, une mise au point sur mes droits, une mise au point sur les démarches en fonction de ma situation, sur les démarches à entreprendre. »

2.6 Une sensibilisation du médecin à la situation sociale des patients

Cette expérimentation sensibiliserait le médecin à la situation sociale de ses patients.

P11 : « J' pense que ça permet au médecin de s'investir davantage auprès du patient. Voilà ça lui permet, euh il, il prend pleinement conscience de son état de santé, de sa situation sociale et, et c'est ça qui voilà qui déclenche les démarches de l'orienter vers l'assistante sociale quoi. »

2.7 L'intérêt de l'affichage de l'expérimentation en salle d'attente

L'affichage sur l'écran en salle d'attente de l'expérimentation a permis aux patients d'ouvrir le dialogue et de demander aux médecins un entretien avec l'assistante sociale.

P1 : « J'ai été surprise. J'avais déjà vu l'écran dans la salle d'attente. Donc déjà ça m'a intéressé parce que je dis tiens, c'est, c'est bien il y a des assistantes sociales donc j'en ai parlé à mon médecin et elle a pris rendez-vous. »

P2 : « Un jour en attendant chez mon médecin au cabinet médical, euh, je vois euh, plusieurs affiches sur l'écran et je vois assistantes sociales (...) et je me dis tiens je vais en parler, peut être que ça va débloquer mon histoire. »

2.8 Une mise en confiance et une réassurance

a) Par le médecin traitant

La mise en confiance des patients réalisée par le médecin traitant est primordiale et semble faciliter l'adhésion aux soins.

P4 : « Ah oui rassurée, sachant qu'il y a le médecin derrière alors, qui, euh, connaît mon dossier, elle sait si je peux y aller, alors que je pense que euh, quand on envoie, c'est pas comme si on envoie à n'importe qui, hein. Moi j'avais confiance. »

P8 : « Que ce soit aussi de personne à personne par l'intermédiaire du médecin que je connais...j'ai toute confiance en le docteur X donc je savais aussi que si elle m'adressait à cette personne là je pouvais aussi lui faire confiance sur ce point, je n'ai pas hésité. »

P9 : « Si votre médecin auquel vous avez confiance, si Dr X me dit « j'ai confiance en tel professionnel elle va ou il va s'occuper de vous » évidemment ça sera plus de confiance que quelqu'un que j'irai voir sans avoir l'avis de quelqu'un que j'ai confiance, ça change la donne. »

b) Par le lieu

Le lieu est déterminant pour les patients. Ils se sentent confiants et rassurés d'être pris en charge dans un lieu qu'ils connaissent. Les points de repères sont maintenus.

P1 : « C'est une question de confiance aussi vu que c'est implanté dans la maison de santé, ça rassure. »

P2 : « Ça rassure, la maison de santé c'est un endroit qu'on connaît, les médecins sont tous bien donc oui c'est rassurant de pouvoir rencontrer une assistante là-bas. »

P5 : « C'est un lieu qu'on connaît, on connaît les médecins donc c'est sûr c'est quand même plus rassurant pour nous. »

P7 : « Oui que ce soit dans un lieu que je connais. »

P10 : « C'est rassurant de pouvoir voir une assistante sociale dans la maison de santé. »

La Maison de Santé faciliterait l'acceptation d'un entretien social.

P10 : « Peut-être que ça a enlevé certaines barrières peut être que d'aller voir une assistante sociale dans un service social. J pense que d'une certaine façon ça doit être plus facile pour les patients euh d'aller voir une assistante sociale dans une maison de santé, c'est moins stigmatisant. »

P11 : « On hésite moins, on se rend à la maison de santé comme si on allait voir le médecin donc y'a pas, on est moins perturbé que si fallait se rendre directement à la CARSAT, c'est un milieu dans lequel on n'est pas du tout dépaysé. C'est rassurant. »

c) Par le travail d'équipe

Les patients se disent également rassurés par le travail d'équipe entre professionnels.

P8 : « Savoir qu'ils travaillent ensemble, ça rassure. »

P11 : « C'est rassurant quand même que médecin et assistante sociale travaillent ensemble sur notre dossier. »

3. Bénéfices retrouvés par les professionnels

Les professionnels ont un ressenti positif par rapport à cette expérimentation et en soulignent plusieurs bénéfices. Nous nous proposons d'étudier tout d'abord les bénéfices communs retrouvés par les médecins et assistantes sociales puis plus spécifiquement pour chaque professionnel.

3.1 Bénéfices communs

a) Une collaboration médico-sociale favorisée

Pour les professionnels interrogés, cette expérimentation favoriserait un travail collaboratif.

M3 : « *Oui, ça favorise, ça favorise la collaboration avec les assistantes sociales c'est évident. »* »

A2 : « *Ça nous permet de travailler ensemble. »* »

Cette collaboration serait favorisée grâce à :

⇒ **Une communication et des échanges facilités**

Tous les professionnels interrogés pensent que la communication et les échanges sont facilités grâce à cette expérimentation. Le lieu unique est mis en avant.

A1 : « *Dans un même lieu, c'est quand même plus simple pour communiquer, pour discuter ensemble. »* »

A2 : « *On communique de façon plus simple et plus rapide, voilà de façon plus directe. »* »

M2 : « *Alors moi j' pense que c'est un atout cette expérimentation, on travaille à côté on communique, on échange plus facilement avec les assistantes sociales. »* »

M1 : « *Oui c'est vrai. »* »

La communication passe à la fois par des échanges formels lors des réunions pluriprofessionnelles mais aussi informels favorisant l'émergence d'affinités.

M3 : « *Ça facilite les échanges, on peut se voir, discuter de patients pendant les réunions, ou se croiser directement dans la MSP, à la pause-café dans la cuisine. »* »

M2 : « *Il y a une affinité qui se crée. »* »

Ces échanges sont enrichissants.

M3 : « *C'est enrichissant. »* »

A1 : « *Je trouve ça super intéressant et enrichissant. »* »

⇒ **Une meilleure compréhension des métiers et compétences de chacun**

Cette expérimentation permet aux professionnels de se rencontrer, d'échanger et de mieux se connaître professionnellement mais aussi personnellement.

M1 : « On a fait une réunion avant de débiter tout ça, c'est que service social CARSAT c'était un peu flou pour moi et c'est quand même plus clair maintenant. »

M2 : « Je ne connaissais pas le service social de la CARSAT, pour moi c'était l'assistante sociale de la CPAM et...et en fait ça a été plus claire pour nous on en sait un peu plus sur vos missions, sur vos compétences. »

M3 : « Ça permet d'apprendre à se connaître ça c'est bien. »

A2 : « Oui et c'est important que vous sachiez ce que vous pouvez attendre de nous et nous, ça nous permet de mieux comprendre, de voir comment vous travaillez. »

A1 : « C'est vrai que ça nous permet d'apprendre à se connaître, c'est un avantage. »

⇒ Un travail d'équipe

Le lieu unique permet un travail d'équipe et la volonté d'y participer est présente.

M1 : « Dans un même lieu, ça permet de travailler en équipe. »

A3 : « C'est vrai que dès le départ j'ai été intéressé de pouvoir travailler ensemble, en équipe. »

⇒ Des objectifs en commun pour les patients

Cette expérimentation leur permet de travailler sur des objectifs en commun pour les patients.

M2 : « Ça permet de travailler ensemble, sur un même projet pour les patients. »

A3 : « Oui de travailler ensemble dans le même sens. »

A2 « Qu'on ait les mêmes objectifs. »

⇒ Une confiance mutuelle qui s'installe

M1 : « Petit à petit on apprend à se connaître et à se faire confiance. »

A2 : « Oui il y a une confiance qui s'installe. »

⇒ **Une diminution des barrières**

Cette expérimentation permettrait de diminuer les barrières pouvant exister entre les deux professions.

A2 : « Clairement ça permet de faire tomber certaines barrières, le fait de nous rencontrer, de se parler, d'être en contact direct, c'est que bénéfique. »

A3 : « Je n'hésiterai plus à vous appeler. »

M2 : « Oui surtout il ne faut pas hésiter. »

M1 : « Ça nous met sur le même pied d'égalité. Il n'y a pas de hiérarchie. »

b) Une prise en charge globale des patients

Cette expérimentation semble favoriser une prise en charge plus globale pour les patients. Les assistantes sociales apportent une complémentarité d'approche sur les situations des patients.

M3 : « C'est vrai qu'pour le patient, on a une prise en charge globale, médico-sociale. »

A1 : « Chacun apporte une approche qui permet de prendre en charge le patient dans sa globalité. »

M2 : « Oui globale car j'pense que ça permet d'avoir un point de vue différent sur la situation aussi, chez des patients assez complexes hein, souvent précaires et c'est bien d'avoir un regard extérieur pour leur prise en charge. »

A1 : « Oui c'est bien de croiser les regards. »

c) Une clarification de la situation sociale des patients

M1 : « Moi j'ai trouvé que ça débouche sur une nouvelle situation, ça les met au clair par rapport à leurs droits. Ils entendent tous dans les médias, au quotidien, les voisins, euh, et là au moins ils ont une réponse et savent que c'est le cadre, il est comme ça, il y a ça qui est possible pour eux. Moi c'est le retour que j'ai eu. »

M2 : « En effet ça permet de statuer les choses. »

A3 : « J'ai eu un de vos patients et c'est vrai que pour le coup-là c'était vraiment de faire le point sur ses droits et elle était rassurée que tous ses droits soient bien ouverts et que à partir de là euh elle pouvait vraiment poser les choses et dire voilà « mes ressources c'est ça et

comment je vais me projeter, comment je peux faire » mais au moins les choses sont posées et plus claires pour elle. »

d) Une mise en confiance et une réassurance des patients

Pour les professionnels, le lieu et le travail d'équipe participeraient à mettre en confiance et rassurer les patients.

A2 : « C'est vrai qu'ils sont contents d'être reçus là, ils apprécient de pouvoir venir à un endroit qu'ils connaissent. »

M1 : « C'est le côté rassurant, c'est un peu un cocon. »

A1 : « C'est un peu ça oui. »

A2 : « Ouais voilà, ils se disent c'est vraiment un endroit que je connais. »

M2 : « Ils savent qu'on travaille ensemble, ça les rassure. »

Cette mise en confiance faciliterait l'adhésion au suivi social des patients.

M2 : « J'trouve que le fait que ce soit au sein de la maison de santé, il y a peut-être une acceptation plus facile du patient, (...) il y a moins de réticence euh de la part du patient à aller vers ce type de service. »

M3 : « La maison de santé a moins la connotation service social aussi. »

A3 : « Oui j' pense aussi que les patients sont plus confiants et vont peut-être accepter de nous rencontrer plus facilement, parc' qu'ils savent qu'on va échanger ensemble sur eux, voilà qu'on communique qu'on va travailler en équipe. »

3.2 Bénéfices retrouvés par les médecins

a) Une prise en charge rapide

Les médecins mettent en avant la rapidité de prise en charge des patients grâce à des échanges plus directs avec les assistantes sociales.

M1 : « La prise en charge est assez rapide. Si j'ai un problème, une difficulté avec un patient, on peut s'appeler avec l'assistante sociale donc c'est quand même plus rapide. »

M2 : « Oui clairement, c'est rapide. »

b) Un suivi social optimisé

Pour les médecins, le regroupement facilite le suivi social des patients. La fiche de liaison complétée par l'assistante sociale est également un bon moyen de suivre l'évolution du dossier des patients.

M2 : « Tout au même endroit, ça facilite le suivi des patients c'est clair (...) la fiche permet un petit retour sur la prise en charge. »

M3 : « Oui on peut suivre l'évolution de leur dossier. »

c) Une meilleure orientation

L'orientation des patients est facilitée, selon les médecins, par une meilleure lisibilité du système social et une meilleure connaissance des compétences des assistantes sociales.

M1 : « J'avoue que le service social CARSAT c'était un peu flou pour moi avant l'expérimentation. »

M2 : « Oui pour moi aussi, pour moi il y avait les assistantes sociales dans les services de mairie, voilà du coup je me disais pour les patients qu'est ce qu'il vaut mieux faire ? je n'en savais rien en fait et là maintenant c'est plus clair, je sais que pour tel problème j'peux orienter vers l'assistante sociale dans la maison de santé. »

M3 : « C'est vrai que c'est difficile par moment de se repérer dans tout le système on n'sait pas toujours vraiment vers qui adresser et là c'est quand même bien plus simple. »

La fiche de liaison apparait comme un bon outil de coordination entre médecin et assistante sociale.

M1 : « Maintenant j'oriente directement et avec la fiche de liaison c'est pratique pour coordonner tout ça. »

d) Une sensibilisation à la situation sociale des patients

La présence d'assistantes sociales dans la Maison de Santé a permis aux médecins de faire davantage attention à la situation sociale de leurs patients. Les médecins recherchent plus

systématiquement une difficulté sociale méconnue qu'ils vont noter dans le volet social de leur logiciel de santé.

M1 : « Nous au fil des consultations autrefois on n'aurait pas pensé tout de suite service social mais du coup on y pense plus, parce que vous êtes là. »

M2 : « Oui j' pense qu'on fait plus attention à la situation sociale des patients. J'essaye de remplir plus systématiquement le dossier avec les infos sociales des patients sur (nom du logiciel). »

e) L'intérêt de l'affichage de l'expérimentation en salle d'attente

Les médecins pensent que l'affichage dynamique sur l'écran en salle d'attente de l'expérimentation a permis aux patients d'ouvrir le dialogue et de demander un entretien social.

M1 : « Au niveau de l'image il y a un point surprenant ! il y a des patients qui ont dit, en regardant les messages affichés sur l'écran en salle d'attente, « ah c'est bien il y a des assistantes sociales ici » j'ai eu cette réflexion plusieurs fois, ça les amène à consulter et à demander. »

M3 : « Ça a peut-être amené la parole, ça a peut-être facilité cette démarche de demander aux médecins un entretien avec l'assistante sociale. »

3.3 Bénéfices retrouvés par les assistantes sociales

a) Les médecins sont accessibles et disponibles

Les assistantes sociales mettent en avant l'accessibilité et la disponibilité des médecins.

A2 : « Les médecins sont accessibles, disponibles. »

A1 : « Oui très disponibles. »

b) Une mise en confiance des patients par le médecin traitant

Selon les assistantes sociales, la confiance que les patients ont en leur médecin traitant leur permet d'accepter plus facilement un entretien social.

A2 : « Moi j'ai eu un monsieur qui n'aurait pas du tout accepté de voir une assistante sociale si ça n'avait pas été accompagné par le médecin. On sent bien que pour eux : « si le médecin le dit pour moi c'est que c'est bien pour moi », ils ont confiance. »

A1 : « J pense qu'effectivement ils sont confiants parce que c'est vous qui nous l'envoyez et vont davantage accepter de nous rencontrer. »

4. Freins rencontrés par les patients

4.1 La multiplicité des assistantes sociales

a) Altère la relation de confiance

La multiplicité des assistantes sociales est vécue comme un frein à la mise en place d'une relation de confiance pour les patients.

P9 : « Vous avez n'importe quelle assistante sociale qui vient le mardi et c'est pas une qui s'est fixée. Tel mardi c'est elle et une autre la fois d'après donc pour moi ça va être compliqué de faire un lien d confiance si ça change tous les quarts d'heure (...) Quand on change de médecin c'est difficile de faire confiance donc c'est pareil pour les assistantes sociales. »

La mise en place d'une relation de confiance prend du temps.

P9 : « Moi je fais partie des familles où la confiance elle se gagne avec le temps »

b) Altère le suivi

P10 : « Pour le suivi c'est un peu compliqué si elles sont plusieurs. »

P6 : « La deuxième fois j'ai vu une autre assistante sociale (...) donc c'est pas terrible pour le suivi. »

c) Entraine une perte de temps

Cela peut entraîner une perte de temps pour le patient, l'amenant à répéter toute sa situation sociale et histoire de vie qui peuvent lui être douloureuses.

P9 : « C'est répéter aussi les informations, pour une famille comme moi, c'est une catastrophe, on ne fait que ça, ça fait mal et c'est une perte de temps. »

P10 : « J'ai vu plusieurs assistantes sociales aussi, du coup bah, voir plusieurs assistantes sociales bah, ça nous oblige à répéter à chaque fois, notre dossier etc...donc ça ça pose problème on perd du temps j'trouve. »

P6 : « Elle a dû reprendre tout le dossier. »

4.2 Les erreurs d'orientation des patients

Des situations de patients n'étaient pas prises en charge par le service social de la CARSAT dû à une mauvaise orientation initiale par les médecins.

Dans l'entretien numéro 2, la patiente avait des difficultés dans le cadre d'une demande d'APA.

P2 : « L'APA c'était pas du tout son domaine si vous voulez, donc euh, elle a fait son maximum et m'a orientée vers Mme X (assistante sociale de la mairie) Donc c'est ça euh que je déplore un peu de ne pas avoir rencontré l'assistante sociale adéquate avec mon cas. »

Du fait de son statut de fonctionnaire, la patiente de l'entretien numéro 13 ne pouvait pas bénéficier d'une prise en charge par la CARSAT et a été réorientée.

P13 : « Voilà elle m'a dit que j'étais fonctionnaire donc que ça, qu'elle ne pouvait pas faire grande chose de plus et m'a envoyé vers l'assistante sociale du CHU. »

4.3 Le nombre de permanences et de plages horaires insuffisant

Pour plusieurs patients, il a été difficile de prendre rendez-vous du fait d'une seule plage horaire le mardi matin.

P8 : « Les permanences étaient assurées que le mardi matin donc ça a été assez compliqué pour moi de trouver un créneau de disponibilité commune entre mon assistante sociale et moi. »

P10 : « Après c'est dommage car c'est que le mardi donc un peu compliqué pour les rendez-vous. »

P11 : « La seule difficulté c'était, euh, que le rendez-vous c'était que le mardi matin, donc bon, dès fois c'était un peu compliqué pour s'organiser. »

5. Freins rencontrés par les professionnels

5.1 Freins communs

a) Le secret professionnel

Le secret professionnel a posé plusieurs difficultés lors de cette expérimentation. Les professionnels se demandaient quelles informations pouvaient être échangées et par quels moyens.

M1 : « On ne sait pas toujours ce qui est possible d'échanger ou pas. »

L'un des médecins interrogés se demandait s'il était possible d'échanger par mails via une messagerie de santé sécurisée comme MSSanté. Cependant, les assistantes sociales n'ont pas accès à ce type de service.

M1 : « Pourquoi on n'a pas échangé ensemble par mails ? c'était pour ne pas divulguer d'informations ? je me demande pourquoi on n'a pas échangé par mails via la messagerie sécurisée MSSanté ? »

A3 : « Alors MSSanté nous on n'a pas accès à ça. Vous ce qu'il faut que vous sachiez c'est que d'un point de vue informatique la CPAM et la CARSAT ce sont deux informatiques en parallèle. »

M2 : « Après le problème reste le même, par mails si on envoie une pièce jointe ce n'est pas sécurisé. »

Les professionnels s'accordent cependant sur la possibilité de partager des informations, avec l'accord du patient, s'il y a une plus-value pour la compréhension du dossier et leur prise en charge et parlent de secret partagé.

M2 : « Après sans entrer dans le secret médical j'trouve que pour la prise en charge globale et pour comprendre ce qu'il se passe y a un minimum d'informations à avoir mais c'est vrai que c'est compliqué. »

A3 : « En fait la manière dont les choses sont présentées aux patients de votre part, euh c'est sûr que nous on est spécialisé santé donc si ce pourquoi vous nous orientez les choses est en lien avec la santé, si on n'a pas un minimum d'informations on ne va pas pouvoir appréhender les situations. »

A3 : « Même par rapport aux droits enfin voilà tout ce qui a une incidence sur la prise en charge au niveau des droits ou au niveau d'une limitation par rapport au travail si on n'a pas d'informations médicales c'est compliqué... »

M2 : « C'est un secret partagé. »

Pour une assistante sociale, l'important n'était pas de connaître en détail les pathologies médicales des patients, mais bien l'impact qu'elles peuvent avoir sur leur prise en charge sociale.

A3 : « Pour notre secret professionnel, on va parler dans certaine situation de secret partagé où on partage ce qui est nécessaire à la compréhension de la situation ou l'avancée de la situation. Il y a des choses qui ne vont pas regarder les uns ou les autres. On n'a pas besoin de savoir quel traitement particulier, euh, ou quelle pathologie particulière mais on a besoin de comprendre l'impact qu'elle aura. On s'arrête à ce qui est nécessaire à l'articulation des deux métiers. »

b) L'inadéquation des emplois du temps

Une autre difficulté exprimée par les professionnels était de se rencontrer au début de l'expérimentation, en dehors des temps collectifs mis en place, principalement à cause d'une inadéquation des emplois du temps.

M2 : « C'est vrai qu'on a toujours un peu de mal à se rencontrer avec nos emplois du temps. »

A2 : « Oui c'est sûr, on n'a pas les mêmes horaires, ça serait bien qu'on arrive à se voir plus souvent. »

M1 : « Souvent nos emplois du temps c'est un peu n'importe quoi, on n'est pas tous là le mardi. »

5.2 Freins rencontrés par les médecins

a) Le manque de temps

Les médecins interrogés disaient manquer de temps pour rencontrer et communiquer avec les assistantes sociales.

M1 : « On peut manquer de temps, on n'a pas toujours le temps pour se rencontrer pour parler. »

M2 : « C'est vrai qu'on est assez submergé de boulot. On finit tard. »

M3 : « Les journées sont chargées. »

b) La multiplicité des assistantes sociales

La multiplicité des assistantes sociales pouvait entraîner des difficultés dans le suivi et le retour de la prise en charge des patients.

M2 : « Vous êtes trois assistantes sociales donc lors de la réunion il suffit que ce soit l'assistante sociale qui n'ait pas vu nos patients et on n'a pas forcément de réponse donc pour le suivi je pense que c'est pas optimal. »

c) Le refus des patients

Les médecins ont eu plusieurs refus de la part des patients.

M1 : « C'est de découvrir pour le patient finalement que la principale difficulté c'était d'accepter de rencontrer l'assistante sociale or c'était uniquement le service social qui pouvait l'aider. Pour moi c'était ça la difficulté, qu'il accepte. »

M2 : « Oui ils peuvent avoir du mal à accepter, moi j'ai eu deux refus. »

Plusieurs facteurs pouvaient l'expliquer selon eux :

⇒ La peur

La peur d'une remise en question :

M2 : « Assistante sociale ça peut faire peur, parce ce que ça peut remettre en question sur plein de choses donc c'est vrai qu'à des fois ça peut coïncider à cause de ça. »

La peur de se voir attribuer une identité de malade :

M2 : « C'était quelqu'un qui arrivait en fin de mi-temps thérapeutique et qui n'allait pas pouvoir reprendre, euh, à 100% probablement avec une invalidité, en fait ça lui faisait peur, il ne voulait pas entendre parler d'indemnités ou même de dossier MDPH, donc de quoi que ce soit en fait. Donc j'espérais que l'assistante sociale puisse débloquer en voyant ce qui était possible pour elle dans la mesure où elle ne pourrait pas reprendre à 100%, mais en fait ça fait peur. »

La peur de devoir avoir recours à des aides sociales :

M1 : « Pour le patient c'est comme si c'était un miroir qui lui montrait sa vie et qu'il avait des difficultés de vie et qu'il avait besoin d'aide donc c'est vrai que ça peut faire peur. Ils ne sont pas tous prêts à ça (...) certains ont peur de demander de l'aide. »

La peur d'être jugé :

M3 : « J' pense que certains ont peut-être peur d'être jugés. »

⇒ **La honte**

M2 : « Ils peuvent avoir honte de leur situation donc peut être que ça bloque par là aussi. »

⇒ **L'intimité**

Certains patients voulaient garder leur intimité.

M1 : « Il y en a un qui ne voulait pas qu'on connaisse sa vie. »

⇒ **Un besoin non ressenti**

M3 : « Moi y a une patiente qui ne pensait pas qu'elle en avait besoin alors que clairement c'était le cas. »

⇒ **Le désintérêt**

M1 : « Un autre patient n'avait pas, il ne voyait pas l'intérêt de voir une assistante sociale. »

5.3 Freins rencontrés par les assistantes sociales

a) La peur de déranger les médecins

Une des assistantes sociales a avoué avoir hésité à appeler les médecins au début de l'expérimentation par peur de déranger.

M1 : « Est-ce que vous avez hésité à nous appeler ? »

A3 : « Ouais moi j'ai hésité au début, (...) j'avais peur de vous déranger. »

b) Les difficultés organisationnelles

⇒ Les problèmes de téléphone et d'internet

Les assistantes sociales ont eu des difficultés techniques. Il n'y avait par exemple pas de téléphone en service dans leur bureau dédié et elles rencontraient des difficultés à se connecter au réseau Wifi de la MSP au début de l'expérimentation.

A1 : « C'est vrai qu'au début on n'avait pas de téléphone dans le bureau et impossible de se connecter au réseau Wifi. »

⇒ La disponibilité des patients

Les AS ont eu des difficultés pour joindre certains patients par téléphone.

A1 : « Moi j'ai eu du mal à joindre certains patients, ils ne répondaient pas, je laissais un message mais ils ne rappelaient pas. »

Les patients n'étaient pas toujours disponibles pour un entretien social le mardi matin.

A2 : « Ce qui a été compliqué aussi c'est que les patients n'étaient pas toujours disponibles le mardi matin. »

6. Améliorations proposées par les patients

6.1 Une assistante sociale référente

Les patients souhaiteraient une seule assistante sociale référente à la Maison de Santé.

P9 : « Ça sera plus facile pour les médecins et les patients d'avoir une même assistante sociale référente régulière. »

P10 : « Je pense que ça serait plus facile, pour le suivi etc... une seule assistante sociale dans la maison de santé. »

6.2 Augmenter le nombre de permanences

Il faudrait augmenter le nombre de permanences selon certains patients.

P1 : « Après, deux permanences ça serait peut-être mieux car là c'est que le mardi. »

P8 : « J' pense qu'il faudrait peut-être une permanence en fin de journée ou quelque chose comme ça. »

7. Améliorations proposées par les professionnels

7.1 Une assistante sociale référente

L'idée d'une seule assistante sociale référente à la MSP a également été émise lors du Focus- Groupe avec les professionnels. Pour les médecins, un interlocuteur unique faciliterait le retour sur la prise en charge sociale des patients et leur suivi.

A3 : « Après je n'sais pas ce que vous en pensez aussi, vous les médecins, mais le fait qu'il y ait trois assistantes sociales je trouve que pour le patient c'est trop, il faudrait une référente. »

M2 : « Oui au niveau du suivi c'est vrai que ça serait mieux. »

M1 : « Oui et pour le retour c'est à mon avis plus simple, effectivement on pourrait voir ça. »

7.2 Optimiser les temps de rencontres interprofessionnels

Afin de favoriser les rencontres et pour palier à l'inadéquation des emplois du temps, les professionnels ont proposé de se rencontrer sur l'heure du midi en modifiant les horaires de travail des assistantes sociales. Une réunion mensuelle va être mise en place.

M2 : « Il faudrait se voir sur l'heure du midi après nos consultations. »

A1 : « Nous on va voir pour modifier nos horaires pour qu'on puisse se voir sur l'heure du midi. »

M1 : « Une réunion va être organisée pour faire le point tous les deuxième mardi du mois. »

V) DISCUSSION

1. Biais et limites

Ce travail est ma première recherche clinique. Cette thèse peut donc faire l'objet de plusieurs biais.

1.1 Biais de l'intervieweur

J'ai essayé autant que possible de me former à la conduite d'entretiens semi-dirigés et aux Focus-Groupes à partir de la littérature et d'ouvrages de référence mais mon manque d'expérience et de maîtrise font partie des faiblesses de l'étude. Certaines questions formulées n'étaient peut-être pas assez ouvertes, ou auraient mérité davantage de relances.

Les patients étaient conscients de mon statut de médecin ce qui a pu limiter les critiques vis-à-vis de l'expérimentation.

J'ai travaillé à la MSP Saint-Eloi en tant qu'interne en SASPAS puis remplaçant de certains médecins. Certaines réponses ont pu être influencées et donc biaisées par notre lien professionnel.

1.2 Biais de sélection

Le recrutement, par l'intermédiaire de la fiche de liaison sur des critères précis, a entraîné une sélection des patients participant à l'étude, constituant un échantillon non représentatif de la population générale.

J'ai été confronté à deux refus de participation du côté des patients, entraînant un biais de recrutement. Un professionnel n'a pas participé à l'étude sans raison évoquée.

1.3 Biais d'analyse et d'interprétation

Il existe une grande part de subjectivité dans l'analyse et l'interprétation des données d'une étude qualitative.

Afin de tenter de réduire ces biais une retranscription écrite mot à mot des interviewés a été effectuée mais cela a également pu entraîner une perte d'information puisque seuls les mots prononcés ont été retranscrits. Le langage non verbal n'a pas été noté.

Les différentes sources de données (patients et professionnels) renforcent la validité interne de notre étude. Néanmoins, aucune triangulation n'a été réalisée puisque les étapes ont été menées par une seule personne depuis la réalisation des entretiens jusqu'à leur analyse.

1.4 Validité externe

La validité externe est à renforcer par d'autres études puisque celle-ci n'a été réalisée que dans une seule MSP, limitant l'interprétation des résultats ci-dessus. Une étude multicentrique aurait permis de confronter les résultats obtenus à Rouen à ceux d'autres structures. De plus, bien qu'il y ait eu une saturation des données du côté des patients, l'échantillon est de petite taille. Les résultats obtenus d'un seul Focus-Groupe, du côté des professionnels, ne sont pas généralisables, l'effectif étant bien trop faible, non représentatif et la saturation des données n'ayant pas été atteinte.

1.5 Biais externe

La plupart des entretiens semi-dirigés se sont déroulés au domicile des patients optimisant les conditions d'enregistrement. Cependant sur les 13 entretiens, 2 ont été interrompus à cause d'un appel téléphonique reçu par les patients, ce qui a pu perturber leur discours et le développement d'une hypothèse en cours.

Il n'y a pas eu d'interruption lors du Focus-Groupe avec les professionnels.

2. Analyse des résultats

2.1 Discussion commune sur les principaux bénéfices de l'expérimentation

a) Le regroupement professionnel en lieu unique

Comme nous l'avons vu, les patients interrogés valorisent le regroupement professionnel en lieu unique qui a un côté pratique, leur permettant de consulter médecin et assistante sociale au même endroit. Le regroupement évite, notamment à certains patients fragiles, des déplacements trop importants. La proximité géographique de la MSP apparaît donc comme essentielle car elle facilite leur accès aux soins. Le regroupement simplifie la prise de rendez-vous des patients, facilite la communication et le partage d'informations entre professionnels ainsi que le suivi de leur dossier. L'accessibilité et la disponibilité des professionnels est également mise en avant.

Dans la littérature, Lepiller-Mbemba S. (21) qui a réalisé une enquête de satisfaction à travers deux MSP dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale, montre également que les patients sont satisfaits du suivi et de la qualité de leur prise en charge en maison de santé. L'accessibilité du lieu, la disponibilité des professionnels et les échanges rendus possibles entre eux sont appréciés. Le regroupement sur un même site de professionnels semble également plus pratique pour eux.

b) Une collaboration médico-sociale favorisée

Cette expérimentation semble favoriser la construction d'une collaboration médico-sociale.

Les relations de travail entre médecins généralistes et assistantes sociales analysées dans notre étude se rapprochent de la définition de la collaboration interprofessionnelle que propose D'Amour D., professeure à la faculté des sciences de l'université de Montréal, dans sa revue de la littérature de 2005 (22). La collaboration interprofessionnelle est un processus défini comme « *un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des*

professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des patients. (...) »

Elle consiste aussi en « la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes. »

⇒ **La communication interprofessionnelle**

La communication interprofessionnelle est un élément indispensable à tout projet de travail collaboratif selon D'Amour D. Elle permet des négociations constructives et véhicule d'autres facteurs telle que la confiance mutuelle. Qu'elle utilise des méthodes formelles ou informelles, elle doit être de bonne qualité (22).

Les professionnels interrogés décrivent une communication et des échanges facilités grâce au lieu unique de l'expérimentation. La communication s'effectuait soit de manière orale directe (par téléphone, lors des réunions, des pauses du midi, en se croisant dans la MSP...) soit indirecte (via la fiche de liaison).

Le lieu unique de l'expérimentation offre aux professionnels une proximité physique directe permettant des échanges enrichissants mais également des échanges plus informels favorisant l'émergence d'affinités. Morgan and al., dans sa revue de la littérature de 2015, (23) s'intéressant à la collaboration interprofessionnelle dans les soins primaires, soulignait que répéter les opportunités de communication informelle était l'élément le plus important de la collaboration interprofessionnelle. Ces opportunités sont multipliées lorsque le lieu est partagé comme dans le cadre d'une MSP.

Cette expérimentation semble donc améliorer la communication entre médecins et assistantes sociales, favorisant un travail collaboratif ce qui corrobore les résultats de Mme Carneiro De Queiroz C. et Mr Ty R. (24). Dans leur thèse d'exercice de médecine, ils montrent

que la communication entre médecins généralistes et infirmières était facilitée depuis l'installation en MSP et participait à améliorer leur collaboration.

⇒ **Une meilleure compréhension des rôles et des compétences de chacun**

La clarification des rôles et des compétences de chaque professionnel est un élément majeur dans une collaboration interprofessionnelle. Chaque professionnel doit être capable de définir son rôle ainsi que celui des autres ; cela permet de reconnaître et de respecter la diversité des compétences de chacun, tout en assumant son propre rôle. L'utilisation de cette compétence de manière appropriée, en recourant aux compétences de chacun, permet d'établir et d'atteindre les objectifs de la personne (25).

L'un des principaux freins dans la collaboration entre médecin et assistante sociale est la méconnaissance des deux professions entre elles, selon Doerflinger L. et Deitsch S. (12,13).

Nos résultats soulignent que le partage d'un lieu commun a permis de multiplier les rencontres et les temps d'échanges, dans une démarche de mieux connaître l'autre. Ainsi, les médecins généralistes se disaient mieux informés du rôle et des compétences des assistantes sociales qui, elles-mêmes, prenaient mieux connaissance du métier et de l'environnement de travail des médecins.

Cette interconnaissance à la fois professionnelle et personnelle est vitale dans une démarche collaborative et est facilitée par la proximité physique comme le démontre Léger E. dans sa thèse « *Freins et moteur de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de maison de santé pluriprofessionnelle* » (26). L'exercice en MSP permet une proximité physique qui favorise la connaissance de l'autre, la communication et constitue un des moteurs de l'interprofessionnalité.

Chaissac C., dans son étude « *Vécu des professionnels de santé libéraux, dans une maison de santé pluridisciplinaire* » (27) indique pareillement que la connaissance des professions entre elles est favorisée par l'exercice en MSP.

⇒ Des objectifs en commun centrés sur les patients

Selon D'Amour D. (22), un autre élément important pour une collaboration interprofessionnelle efficace est le partage d'objectifs communs. Les professionnels doivent harmoniser leurs points de vue afin de développer une vision commune de la situation pour ensuite élaborer un plan d'action commun. Patel et Collab. (28) reprennent : « *La collaboration implique des gens qui travaillent (...) à l'atteinte d'objectifs communs.* »

Nous retrouvons ces éléments chez les professionnels du Focus-Groupe qui ont souligné le partage d'objectifs communs, d'une vision du soin partagée, centrée sur le patient.

⇒ Une confiance mutuelle qui s'installe

Cette expérimentation a permis la mise en place progressive d'une relation de confiance entre médecins et assistantes sociales selon les professionnels.

La plupart des auteurs semblent accorder à ce facteur une place importante dans le développement de la collaboration interprofessionnelle. D'Amour D. (22) précise que les fondamentaux d'une collaboration interprofessionnelle sont : le processus d'interconnaissance, le partage d'un territoire commun et l'établissement d'une relation de confiance. La confiance est : « *la toile de fond d'un univers de relations interprofessionnelles.* »

⇒ Le travail en équipe

Dans sa revue de la littérature de 2008, portant sur les facteurs influençant le travail d'équipe interprofessionnel dans les soins de santé primaire, Xyrichis A. (29) souligne l'importance de l'unité de lieu. Le partage d'un lieu commun est nécessaire à la structuration d'une équipe car il facilite l'échange d'informations, la communication et améliore la connaissance entre les professionnels.

Dans notre étude, médecins et assistantes sociales ont mis en avant le travail d'équipe rendu possible par le lieu unique de l'expérimentation et leur volonté d'y participer.

Cette volonté de travailler ensemble constitue un facteur important dans la mise en place d'une pratique collaborative selon Kosremelli et al. (30). Pour D'Amour D., sans volonté de travailler en équipe, chacun risque de rester cloisonné dans son propre champ de compétences (22).

⇒ **La diminution des barrières**

Selon l'étude de San Martín-Rodríguez L. et al. s'intéressant aux déterminants d'une collaboration interprofessionnelle réussie, la pratique collaborative nécessite une certaine équité entre les professionnels. Cette équité peut être entravée par des différences de pouvoir basées sur les stéréotypes de genre et les disparités de statuts sociaux entre les professionnels (31).

Dans la littérature, les assistantes sociales attribuent souvent au médecin généraliste une position hiérarchique, une impression de supériorité pouvant les intimider (12,13).

Les assistantes sociales du Focus-Gruppe n'ont pas clairement mentionné de rapport hiérarchique avec les médecins mais s'accordent pour dire que cette expérimentation a permis de diminuer les barrières pouvant exister entre les deux professions. Les rapports sont plus directs avec les médecins qui sont plus accessibles et disponibles. La crainte de déranger, qu'avaient certaines AS au début de l'expérimentation, s'est atténuée.

Les médecins rejoignent le ressenti des assistantes sociales sur ce point : cette expérimentation permettrait de mettre les professionnels sur un même pied d'égalité.

Chaissac C. (27) avance également que le travail en MSP permet une diminution des barrières et une certaine « horizontalisation » des rapports entre les professionnels.

c) **Une prise en charge des patients optimisée**

Selon le rapport de l'OMS « *Framework for Action on interprofessional Education and collaborative practice* » (32), les patients rapportent une amélioration des soins lorsqu'ils sont pris en charge par des équipes collaboratives, ce que confirme notre étude. Les patients

interrogés apprécient le travail conjoint entre médecins et assistantes sociales garant d'une meilleure prise en charge.

Dans sa thèse de médecine de 2015, Fillon J. (33) montre que le travail en coopération des professionnels en Maison de Santé, avec des échanges plus directs et un partage d'informations facilité, permet une meilleure connaissance des patients et une prise en charge plus rapide ce qui est en accord avec nos résultats.

Dans son mémoire de 2005, Landanger B. a étudié la collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé (34). Pour les médecins interrogés dans son travail, la collaboration avec les travailleurs sociaux leur donne des moyens pour une approche plus globale des patients, ce que nous retrouvons également dans notre étude. Ce travail collaboratif permet de « croiser les regards » sur la situation médico-sociale des patients, parfois complexe et difficile à gérer du point de vue d'une seule discipline. Les personnes en difficulté sociale présentent souvent des problèmes multiples qui nécessitent une prise en charge globale, comme le souligne également Belloli D. dans sa thèse de médecine sur la santé des personnes en situation de précarité (35).

La complémentarité des compétences a donc son importance dans la prise en charge des patients. Dans son article « Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau », Mme Dayde M-C. (36) démontre que face à des situations de prises en charge complexes, comme les soins palliatifs à domicile, les soignants développent une incertitude qui amplifie la complexité de la situation. Un travail conjoint interdisciplinaire peut diminuer cette incertitude en croisant les regards des différents professionnels tout en développant l'autonomie et les compétences de chacun.

d) Un parcours médico-social simplifié

Les médecins généralistes sont souvent perdus face à la complexité du système social mis à leur disposition comme le montre Sauvage S. dans sa thèse de médecine de 2013 « *Analyse qualitative des difficultés, des pratiques et des attentes des médecins généralistes et des assistantes sociales de secteur autour de la prise en charge des situations médico-sociales complexes* » (37).

Il en est de même pour les patients dont la place au sein de ce système n'est pas toujours évidente. Selon Revil H., chercheuse à l'observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), les patients en situation de non-recours ont souvent des difficultés pour repérer quels professionnels ou quelles structures peuvent les aider. Cette désorientation, cette méconnaissance concerne aussi bien les moyens que les droits à leur disposition, ce qui peut gêner fortement leur entrée dans les soins ainsi que la poursuite, le cas échéant, de leur prise en charge (38).

Pour la majorité des patients de notre étude, le service social de la CARSAT était inconnu, plusieurs d'entre eux ne savaient pas où, ni vers qui se diriger lorsqu'ils rencontraient un problème social et certains ne connaissaient pas bien leurs droits avant cette expérimentation.

Les médecins généralistes signalaient également un système social complexe, avec une orientation des patients parfois difficile. Les médecins interrogés avaient une connaissance partielle du service social de la CARSAT avant l'expérimentation.

L'objectif de coordination des soins fait partie des principales missions des Maisons de Santé et du médecin généraliste qui, selon l'article L430-1 du code de la santé publique, doit « *orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social* » (39).

Mathieu E. souligne également dans sa thèse de médecine « *Rôle social du médecin généraliste : enquête auprès des médecins généralistes de Montpellier* » qu'un des rôles sociaux du médecin généraliste est l'orientation du patient dans le parcours de santé. Il a également un rôle de coopération, d'action et de partenariat avec les services sociaux afin d'améliorer la coordination des soins (40).

Le parcours médico-social des patients semble simplifié grâce à ce dispositif. La mise en relation avec le système social se fait directement via le médecin traitant, qui, grâce à une meilleure lisibilité et une meilleure compréhension des compétences des AS, oriente plus facilement ses patients au sein du parcours de santé. La fiche de liaison est appréciée des professionnels et apparaît comme un bon outil de coordination entre médecin et AS.

Les patients interrogés valorisent, eux aussi, cette orientation directe effectuée par le médecin traitant vers l'AS, ainsi que l'amélioration de la coordination entre professionnels. Ils trouvent que cela facilite leur démarche.

Enfin, selon les deux populations de notre étude, cette expérimentation permettrait une clarification de la situation sociale des patients et des droits à leur disposition. Ce dernier élément étant un élément majeur dans leur prise en charge qui, absent, rappelons-le, est souvent causes de non-recours aux soins.

e) Une sensibilisation des médecins à la situation sociale des patients

Les médecins interrogés indiquaient faire davantage attention à la situation sociale des patients depuis la présence d'assistantes sociales dans la MSP. Du côté des patients, ce bénéfice a été évoqué spontanément dans l'entretien numéro 11.

Les médecins vont rechercher plus systématiquement une difficulté sociale méconnue qu'ils vont noter dans le volet social de leur logiciel de santé. Celui-ci comprend : l'origine géographique (ville, pays, origine, besoin d'un traducteur, langue parlée), le mode de vie (avec famille, avec ami(s), avec parent(s), en couple, seul, avec ou sans enfant(s)), le milieu professionnel (emploi, niveau d'étude) et l'habitat (lieu de vie, nombre d'occupant, conditions de logement).

The screenshot displays the 'Volet social' (Social Tab) in a health software interface. On the left, a sidebar menu lists various categories: 'Sommaire', 'Etat civil', 'Adresse', 'Profession', 'Liens familiaux', 'Personnes de confi...', 'Personnes à prévenir', 'Correspondants, cai...', 'Divers', 'Volet social' (highlighted), and 'Publication'. The main content area is titled 'Volet social' and is divided into four sections: 'Origine géographique', 'Mode de vie', 'Milieu professionnel', and 'Habitat'. Under 'Origine géographique', there are input fields for 'Code postal', 'Ville', 'Pays' (set to 'FRANCE'), and 'Origine'. Under 'Mode de vie', there is a question 'Besoin d'un traducteur?' with radio buttons for 'Oui', 'Non', and 'Non renseigné' (selected). Below that is a field for 'Langue parlée'.

Figure 2 : Volet social du logiciel de santé

Dans sa revue de la littérature de 2011, s'intéressant aux compétences psychosociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé, Chatelard S. montre que les médecins généralistes ont un vrai pouvoir d'action pour contribuer à réduire ces inégalités (41). La première compétence à acquérir est le repérage des patients vulnérables grâce à un moyen simple : le recueil d'informations sociales.

Le recueil systématique d'informations sociales lors d'une consultation au cabinet est intéressant pour évaluer les éventuelles difficultés sociales de chaque patient qui peuvent jouer sur son état de santé, mettre en évidence des différences sociales de santé dans sa patientèle et guider les pratiques visant à réduire ces différences. Le Collège de Médecine Générale (42) propose 7 informations sociales indispensables à recueillir dans le cadre d'une consultation de médecine générale pour une prise en charge adaptée des patients :

- **La date de naissance**
- **Le sexe**
- **L'adresse**
- **Le statut par rapport à l'emploi**
- **La profession éventuelle**
- **L'assurance maladie**
- **Les capacités de compréhension du langage écrit du patient**

Connaître la situation sociale des patients et savoir repérer ceux en difficulté sociale permet ainsi de mieux les prendre en charge.

f) L'intérêt de l'affichage de l'expérimentation en salle d'attente

L'affichage dynamique en salle d'attente de l'expérimentation semble bénéfique pour les patients car il a permis à plusieurs d'entre eux d'ouvrir le dialogue avec leur médecin et de prendre rendez-vous pour un entretien social.

Selon Thibaut Marquant M. dans sa thèse « *La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attentes des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des*

patients. » (43), les affiches en salle d'attente sont un outil de dialogue avec le médecin traitant, elles permettent aux patients d'aborder certains sujets, cela soulève un questionnement qui amène à en reparler avec le médecin et les pousse à se renseigner davantage, ce qui rejoint nos données. Les messages vidéo permettent aux patients de se sentir plus légitimes, plus confiants pour parler de leurs problèmes financiers ou de droits.

g) Une mise en confiance et une réassurance des patients

La mise en confiance et la réassurance des patients font partie des bénéfices retrouvés par les populations interrogées dans notre étude. Trois éléments y contribueraient selon eux :

- ⇒ **Le médecin traitant** : il est un acteur essentiel par la relation de confiance qu'il entretient avec ses patients. Nos résultats montrent que les patients ont confiance en leur médecin traitant et envers les professionnels à qui ils sont adressés ce qui semble faciliter l'acceptation d'une prise en charge sociale. Les assistantes sociales mettent également en avant le rôle joué par le médecin traitant. En effet, c'est lui qui, en amont, va donner confiance et réassurer le patient qui serait alors plus ouvert à l'organisation d'un entretien social.

- ⇒ **Le lieu** : la Maison de Santé est un endroit familier pour les patients. Ils ont l'habitude de s'y rendre, ils ont confiance et connaissent les professionnels qui la composent. Les points de repères sont ainsi maintenus. Selon deux patients interrogés (entretien 10 et 11), un entretien social effectué en Maison de Santé serait moins stigmatisant par rapport à un service social. Les professionnels rejoignent l'avis des patients sur ce point : la Maison de Santé n'aurait pas la connotation parfois péjorative « d'aide sociale » permettant aux patients d'accepter plus facilement une prise en charge.

⇒ **Le travail d'équipe** : lors des entretiens, les patients ont indiqué être confiants et rassurés parce qu'ils savaient que médecin et assistante sociale travailleraient conjointement sur leur situation. Nous retrouvons ces résultats du côté des professionnels qui pensent également que ce « travail ensemble », ce travail d'équipe participe à rassurer les patients et faciliterait ainsi leur adhésion aux soins.

Dans la littérature, l'expérimentation se rapproche de celle des microstructures médicales rassemblant médecin généraliste, travailleur social et psychologue au cabinet du médecin. Les microstructures ont été conçues en janvier 2000 à l'initiative de l'association alsacienne « *Espace Indépendance* » pour répondre aux difficultés rencontrées en médecine générale dans la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes présentant des conduites addictives. Initialement créée pour la prise en charge de la toxicomanie, la notion de précarité a rapidement été un motif d'inclusion de certains patients. Ces microstructures permettent un travail d'équipe entre médecin, psychologue et travailleur social au sein d'un lieu unique (44).

Pour le Dr Roland-Jacquemin C., (45) médecin de microstructure, « *le rapport de confiance qu'il existe entre le patient et son médecin généraliste favorise l'acceptation des autres intervenants auxquels on lui propose d'avoir recours* » ce que nous retrouvons dans nos résultats.

Grâce à la microstructure, la crainte de la stigmatisation et la peur des institutions sont amoindries (46) ce qui semble être le cas de cette expérimentation en MSP.

2.2 Discussion commune sur les principaux freins de l'expérimentation

a) Le secret professionnel

Interrogés sur le secret professionnel, les patients n'exprimaient pas de difficultés particulières. Ils sont conscients de son application et acceptent le partage d'informations s'il a pour but une résolution de leur problème.

Du côté des professionnels, nos données corroborent celles de la littérature (12,13). Le secret professionnel apparaît comme un frein à une collaboration médico-sociale. Médecins et AS se demandaient quelles informations pouvaient être échangées et par quels moyens. Le secret pouvait être partagé s'il y avait un intérêt dans la prise en charge des patients.

La loi du 26 janvier 2016 (47) a permis une grande avancée dans le partage d'informations entre professions médicales, médico-sociales et sociales en modifiant l'article L. 1110-4 du Code de santé publique.

Le premier paragraphe pose le principe de respect de la vie privée mais alors qu'il ne se limitait jusqu'alors qu'aux établissements de santé, il couvre désormais l'ensemble des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il est ainsi affirmé que *« toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. »*

Sont donc visés par cet article les services de santé participant à des missions précises telles que les Maisons de Santé. La liste des professionnels concernés s'est également élargie puisque ce secret s'impose *« à tous les professionnels intervenant dans le système de santé »*. Il faut donc comprendre l'ensemble des professionnels de santé y compris ceux du secteur social (dont les assistantes sociales), qui participent à la prise en charge du patient.

Une fois le secret posé, les conditions du partage sont définies.

Selon l'article L. 1110-4 alinéa II du code de la santé publique : *« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition :*

- *Qu'ils participent tous à la prise en charge du patient*
- *Et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social. »*

C'est la totalité du parcours du patient qui est désormais envisagée, qu'il s'agisse du parcours sanitaire social ou médico-social alors que la Loi Kouchner de 2002 (48) ne prévoyait le partage

qu'entre professionnels de santé. Cette même loi distinguait les partages au sein des établissements de santé et hors établissements de santé.

La distinction se fait désormais au sein d'une équipe de soins et hors équipe de soins.

Les professionnels appartenant à une même équipe de soins peuvent donc « *partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.* » L'accord du patient n'est donc pas exigé.

Il est intéressant de constater que, malgré un cadre légal bien établi, le partage d'informations reste difficile pour les professionnels de santé car, finalement, ils méconnaissent souvent la loi qui autorise les échanges d'informations médico-sociales.

b) La multiplicité des assistantes sociales

Patients et professionnels s'accordent sur le frein lié à la multiplicité des assistantes sociales.

Pour les patients, cela altère la mise en place d'un lien de confiance qui s'inscrit souvent dans le temps. L'intervention de plusieurs assistantes sociales pour un même patient entraîne des difficultés dans le suivi de leur dossier et une perte de temps. En effet, à chaque entretien avec une nouvelle AS (qui de son côté doit reprendre le dossier), le patient est souvent contraint de réexpliquer sa situation sociale et histoire de vie qui peuvent lui être douloureuses, comme le montre également Pénin. C (14).

Pour les médecins, cette multiplicité peut engendrer des difficultés dans les retours de prise en charge et le suivi des patients. Les assistantes sociales, présentes lors des réunions interprofessionnelles, ne sont pas toujours celles ayant pris en charge les patients dont il était question lors de ladite réunion.

c) Le refus des patients

Nos résultats ont montré que, malgré une mise en confiance et une réassurance des patients, l'acceptation d'une prise en charge sociale n'était pas toujours évidente. D'après les médecins, plusieurs patients ont refusé l'entretien social. Les patients pouvaient avoir peur d'une remise en question, peur de demander de l'aide, d'être jugés. Certains avaient honte de leur situation sociale ou éprouvaient des difficultés liées à leur intimité. D'autres ne ressentaient pas le besoin d'être aidés.

Dans sa thèse de médecine s'intéressant au ressenti des médecins généralistes et des usagers quant aux obstacles de leurs interrelations lors du soin, Belloli D. a montré que les patients en difficulté sociale peuvent avoir de multiples inquiétudes et une certaine forme d'appréhension à consulter les soignants (35). Ces personnes ont souvent honte de leur situation sociale, craignent d'être stigmatisées, d'être jugées et ont des difficultés à s'occuper de leur état de santé ce qui rejoint le ressenti des médecins de notre étude.

La notion de honte des personnes en difficulté sociale est également reprise par Ducloux M. dans son ouvrage s'intéressant au rôle du médecin face à la précarité : « *ce premier pas n'est pas toujours simple tant pour le malade impécunieux qui n'ose pas, a honte et rechigne à s'adresser au médecin* » (49).

La crainte de la stigmatisation, induite par la demande d'aide, a été évoquée par les médecins de notre étude et apparaît comme une cause de non-recours, rejoignant les données de la recherche.

Dans sa revue de la littérature française de sociologie, Messu M. avance que le recours aux aides sociales peut être vécu sur le mode de la faute, d'un « *manquement au devoir être social* ». Aussi bénéficier d'une mesure d'aide sociale c'est « *perdre sa dignité, sa fierté de pouvoir se débrouiller* » (50).

Dans son ouvrage « *Soigner les exclus* » Parizot I. (51), montre que l'assistance socio-médicale peut représenter une expérience stigmatisante pour les patients. Le recours à l'assistance implique pour les personnes en situation de précarité un « *statut social dévalorisé : il concrétise la dépendance et donc l'infériorité sociale et renforce par là même leur discrédit* ».

Le renoncement des patients pouvait également s'expliquer par un désintérêt dans les soins selon les médecins interrogés.

Cette notion est reprise par Desprès C. (52), médecin en santé publique et anthropologue de la santé. Pour elle, il existe deux formes principales de renoncement aux soins : le renoncement barrière et le renoncement refus. Ce dernier porte soit sur des soins spécifiques (il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle), soit plus radicalement sur le fait même de se soigner. Cette forme de refus revêt alors un caractère définitif et peut se traduire par la perception d'une inutilité, d'un désintérêt pour les soins. Ce type de refus peut également relever d'une peur, pour le patient, de se voir attribuer une identité de « malade ».

d) Les erreurs d'orientation

Le motif de la demande par rapport à la problématique traitée par les assistantes sociales était majoritairement conforme. Cependant sur les 13 patients interrogés, deux situations sociales ne relevaient pas d'une prise en charge par la CARSAT dû à une mauvaise orientation initiale par les médecins. En effet, les problèmes concernant l'APA : l'allocation personnalisée d'autonomie sont habituellement gérés par les assistantes sociales de la mairie ou du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale). De même que les patients fonctionnaires, qui ne sont pas affiliés au Régime Général et ne peuvent donc pas bénéficier d'une prise en charge par la CARSAT.

Cet élément montre que l'orientation des patients est perfectible et que la connaissance des missions et des compétences des assistantes sociales par les médecins doit être améliorée.

e) Les difficultés organisationnelles

Le facteur « temps » est l'un des principaux freins d'ordre organisationnel évoqué par les professionnels de notre étude.

Les professionnels avaient des difficultés pour se rencontrer au début de l'expérimentation à cause d'une inadéquation des emplois du temps. Les médecins généralistes signalaient manquer de temps pour rencontrer et parfois communiquer avec les assistantes sociales du fait d'emplois du temps irréguliers et d'une charge de travail soutenue.

Dans la littérature, nos résultats rejoignent ceux de Doerflinger L. et Deitsch S. (12,13) où l'organisation différente du travail entre les deux professionnels et le manque de temps des médecins apparaissent également comme des freins à une collaboration médico-sociale. Avec un grand nombre de missions à remplir, les médecins interrogés dans leur étude déclarent « *avoir une charge de travail importante et donc peu de temps à dégager pour la collaboration avec les travailleurs sociaux. Du fait de leur activité libérale, les médecins ont souvent des horaires élargis, contrairement aux travailleurs sociaux. Ce décalage rend parfois la rencontre difficile.* »

2.3 Perspectives d'amélioration

Le principal point d'amélioration de cette expérimentation, suggéré par les patients et les professionnels, serait la mise en place d'une seule assistante sociale référente à la Maison de Santé. Ceci faciliterait le suivi des patients et la mise en place d'une relation de confiance avec l'assistante sociale. Pour les médecins, la présence d'une seule assistante sociale référente optimiserait le suivi et le retour sur la prise en charge sociale de leurs patients. Ce souhait d'interlocuteur unique a aussi été retrouvé chez les médecins interrogés dans la thèse de Doerflinger L. (12). Les médecins exprimaient l'idée qu'il serait intéressant pour eux d'identifier un travailleur social référent qui prendrait en charge leurs patients.

Concernant le secret professionnel, des moyens doivent être mis en œuvre afin de sécuriser le partage d'informations. Nous pourrions imaginer la création d'une messagerie sécurisée commune aux professionnels médicaux et sociaux comme le prévoit le plan « *Stratégies nationales de santé 2018-2022* » (17).

Enfin, notre étude montre que cette expérimentation en MSP favorise l'interconnaissance professionnelle mais que celle-ci reste insuffisante. Médecins et assistantes sociales doivent

s'accorder plus de temps pour se rencontrer et apprendre à mieux se connaître. Ce temps d'échange est primordial dans le développement d'une collaboration médico-sociale.

Nous pensons également que l'enseignement universitaire, aux jeunes internes, du système social, du rôle et des missions des assistantes sociales doit être renforcé. En effet, Ernst S. et Meriaux I. avancent dans leur thèse que la sensibilisation des étudiants aux problématiques d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins entraîne les internes en médecine générale à mieux identifier leur rôle social et les actions possibles (53).

VI) CONCLUSION

Les Maisons de Santé se développent sur le territoire : elles sont le reflet de la médecine actuelle qui tend vers le pluri-professionnalisme.

Notre étude qualitative a montré que l'expérimentation de consultations d'assistantes sociales en Maison de Santé semble avoir de nombreux bénéfices aussi bien pour les patients que pour les professionnels de santé.

D'une part, le regroupement des professionnels sur un même site est vécu comme pratique. Il facilite la prise de rendez-vous des patients, facilite l'accès aux soins et permet un meilleur suivi.

D'autre part, la collaboration entre médecins et assistantes sociales semble être favorisée. Les professionnels communiquent et échangent beaucoup plus aisément ainsi, ils se connaissent mieux à la fois professionnellement et personnellement. Ce dispositif leur permet un travail d'équipe avec des objectifs en commun et favorise la mise en place progressive d'une relation de confiance. De plus, on constate que les barrières pouvant exister entre les deux professions semblent s'atténuer. Ce travail collaboratif permet une meilleure connaissance des patients ainsi qu'une prise en charge plus rapide et plus globale.

Cette expérimentation semble également simplifier le parcours médico-social des patients et sensibiliser les médecins à la situation sociale de ceux-ci. Mis en confiance et rassurés, les patients adhèreraient avec moins de réticence à une prise en charge sociale.

Cependant, le secret professionnel, la multiplicité des assistantes sociales, le refus de certains patients, les erreurs d'orientation et plusieurs freins d'ordre organisationnel limitent le plein développement de ce dispositif.

Enfin, ce travail est une première étape dans l'évaluation de cette expérimentation qui semble prometteuse. Elle nous permet de donner des pistes d'amélioration, mais d'autres études paraissent nécessaires pour renforcer nos propos.

VII) BIBLIOGRAPHIE

- 1) *Promotion de la santé. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa Novembre 1986.*
- 2) *Drees, L'état de santé de la population en France, édition 2015 Disponible ici : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf*
- 3) *INSEE. Comparateur de territoire. Commune de Rouen. 2017. Disponible ici : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-76540>*
- 4) *Bodenmann, P. Précarité et déterminants sociaux. Quels rôles pour les médecins de premiers recours ? Rev Med Suisse 2009;5:845-50*
- 5) *Wonca Europe. La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille [Internet]. 2002. Disponible ici <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>*
- 6) *Compagnon L, Bail P, Stalnikiewicz B, Ghasarossian, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2013;(108):148-55*
- 7) *Assistant de service social (ASS) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/assistant-de-service-social-ass>*
- 8) *Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays d'Europes, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français, Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France ? Santé Publique. 1 oct 2009;21(hs1):27-38*
- 9) *Storm I, den Hertog F, van Oers H, Schuit AJ. How to improve collaboration between the public health sector and other policy sectors to reduce health inequalities? – A study in sixteen municipalities in the Netherlands. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4918104/>*
- 10) *Laurent (Querrioux) I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groupe [Thèse d'exercice de Docteur en médecine générale]. [Faculté de Médecine de Nancy] : Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011*
- 11) *Matz (Flye Sainte Marie) C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-EtMoselle - Etude quantitative par questionnaires. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011*

- 12) Doerflinger L. *La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie. Etude qualitative auprès des médecins de Meurthe-et-Moselle* Thèse d'exercice de Docteur en médecine générale. [Faculté de Médecine de Nancy]; Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2015
- 13) Deitsch S. *La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : exploration des déterminants d'une collaboration réussie. Etude qualitative auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle en 2015* Thèse d'exercice. [Faculté de Médecine de de Nancy]; Université Henryi Poincaré, Nancy 1; 2015.
- 14) Penin C. (SCHVART). *La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : représentation et attentes des patients sur l'interprofessionnalité médico-sociale. Thèse d'exercice Docteur en médecine générale.* [Faculté de médecine de Nancy] : Université de Lorraine. Nancy 1 ; 2018.
- 15) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>
- 16) *Les chiffres clés de l'offre de soins.* Direction Générale de l'Offre de Soins. Edition 2018.
- 17) *Stratégies nationales de santé 2018-2022.* Disponible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- 18) *Service social de la CARSAT Normandie.* Disponible sur : <https://www.carsat-normandie.fr/home/partenaires/service-social.html>
- 19) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. *Introduction à la recherche qualitative, Exercer.* 2008; 19(84):142-5
- 20) *Recherche qualitative : la méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecin Générale.* Internet. CNGE de Nice. Disponible ici : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
- 21) Mbemba Lepiller S. *Evaluation de la satisfaction des patients de Médecine Générale dans deux maisons de santé pluriprofessionnelles Loirétaines.* Thèse d'exercice de médecine générale. 2015.
- 22) D'Amour D., Ferrada-Videla M., San Martin Rodriguez L., Beaulieu M-D. *The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks.* J Interprof Care. janv 2005;19(s1):116-131.
- 23) Morgan S., Pullon S., McKinlay E. *Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review.* Int J Nurs Stud. juill 2015;52(7):1217-30.

- 24) Carneiro De Queiroz C. TY R. *Etude de la communication interprofessionnelle entre médecins et infirmiers exerçant en maison de santé pluriprofessionnelles. Thèse d'exercice en médecine. Université Claude Bernard Lyon 1. 2018.*
- 25) Consortium pancanadien pour l'interprofessionalisme en santé. [Internet] Disponible sur : https://health.ubc.ca/sites/health.ubc.ca/files/documents/CIHC_IPCompetencies_Feb12101.pdf
- 26) Léger E. *Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2016. ffdumas-01648011f*
- 27) Chaissac C. *Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fuges Thèse d'exercice de Docteur en médecine générale. Faculté de Médecine [Hei Warembourg]: Université de Lille 2 Droit et Santé; 2014.*
- 28) Patel H., Pettitt M., Wilson J. (2012). *Factors of Collaborative Working: A Framework for a Collaboration Model. Applied Ergonomics, 43, 1-26.*
- 29) Xyrichis A., Lowton K. *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud. janv 2008;45(1):140-153.*
- 30) Michèle Kosremelli Asmar, Frédéric Wacheux. *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire. Conférence Internationale en Management, Feb 2007, Beyrouth, Liban. pp.57-75. halshs-00170357*
- 31) San Martín-Rodríguez L., Beaulieu M-D., D'Amour D., Ferrada-Videla M. *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. J Interprof Care. janv 2005;19(s1):132-147.*
- 32) Organisation Mondiale de la Santé. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. 2010.*
- 33) Fillon J. *Vécu des professionnels de santé libéraux après deux ans d'exercice dans deux Maisons de Santé Pluridisciplinaires du Loiret. Académie d'Orléans – Tours Université François Rabelais. Thèse d'exercice de médecine générale. 2015*
- 34) Landanger D. *La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé. Diplôme supérieur en travail social. Février 2005.*
- 35) Belloli D. *La santé des personnes en situation de précarité : une co-formation fournit-elle des apports théoriques nouveaux par rapport aux données de la littérature?. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00749379*
- 36) Daydé M-C. *Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau. Médecine Palliative Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2012;11(3):164-9.*

- 37) Sauvage S. *Analyse qualitative des difficultés, des pratiques et des attentes des médecins généralistes et des assistantes sociales de secteur autour de la prise en charge des situations médico-sociales complexes* Thèse d'exercice. Université de Nantes.2013
- 38) Revil H. *Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire.* [Internet]Disponible ici <https://en3s.fr/articles-regards/53/Revil.pdf>
- 39) Article L4130-1Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68. Disponible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
- 40) Mathieu E. *Rôle social du médecin généraliste : enquête auprès des médecins généralistes de Montpellier ; exemple d'une plate-forme sociale ville-hôpital.* Thèse d'exercice. France. Université de Montpellier I. Faculté de médecine ; 2010.
- 41) Chatelard S. *Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature.* [Grenoble] Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble ; 2011.
- 42) Collège de la Médecine Générale. Paris. FRA. *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?* Paris: Collège de la médecine générale; 2014 mars.
- 43) Thibaut Marquant M. *La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients.* Médecine humaine et pathologie. 2018.
- 44) *Les Dossiers d'Entrelacs : un supplément sur le thème « Les microstructures médicales à l'épreuve de la médecine générale ».* Bulletin trimestriel de la CNRMS; 2014.
- 45) Darmon L. *La microstructure médicale. Un cocon pour l'utilisateur de drogue.* JDS 192. 2007.
- 46) *Entrelacs N°13-14 – juin 2016 : Premières Journées Européennes.* Bulletin trimestriel de la CNRMS; 2016
- 47) LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 96. 2016-41 janv 26, 2016
- 48) LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 49) Ducloux M. « *Rôle du médecin face à la précarité* », rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des médecins, 5/6/99.
- 50) Messu M. *L'utilisation des services sociaux : de l'exclusion à la conquête d'un statut.* Revue de la littérature française de sociologie. 1989 ;30(1):41-55

- 51) Parizot I. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits* [Internet]. Paris: Presses Universitaires de France; 2003. 308 p. (Le Lien social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/soigner-lesexclus--9782130534174.htm>
- 52) Desprès C., Dourgon P., Fantin R., Justot F. *Le renoncement aux soins : une approche socio anthropologique. Question d'économie de la santé - IRDES. oct 2011;(169).*
- 53) Ernst S., Meriaux I. *Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Etude quantitative et qualitative. [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université, faculté de médecine; 2013.*

VIII) ANNEXES

Annexe 1

FICHE DE LIAISON ASSISTANTE SOCIALE – M.S.P ST-ELOI

Date : / /	Demandeur / Qualification :
------------------	-----------------------------

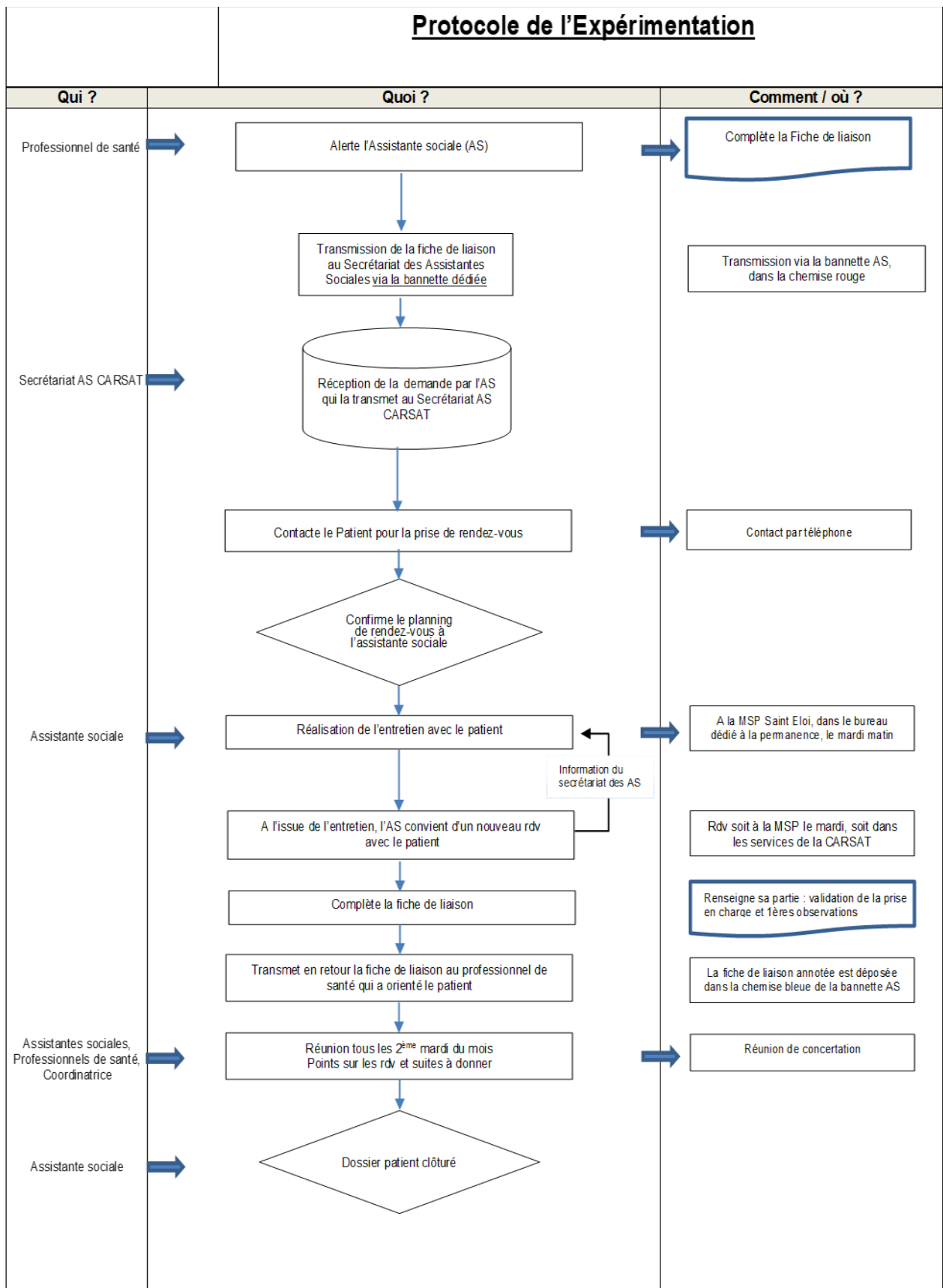
Identité du bénéficiaire	
Nom usage / Nom de jeune fille	
Prénom	
Date de naissance/...../.....
N° de Sécurité Sociale	[] [][] [][] [][] [][][] [][][] / [][]
Adresse	
Téléphone - - - -

Accord du patient pour demande auprès de l'assistante sociale : oui <input type="checkbox"/>
Date du RV :

<u>Motif de la demande</u>	<u>Informations complémentaires</u>
Accès aux droits	<input type="checkbox"/>
Renoncements aux soins	<input type="checkbox"/>
Maintien dans l'emploi	<input type="checkbox"/>
Réorientation professionnelle	<input type="checkbox"/>
Retour d'hospitalisation ou à prévoir si hospitalisation programmée	<input type="checkbox"/>
Pathologie lourde	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Cadre réservé à l'assistante sociale : Nom/Prénom
Conformité de la demande : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>
Suite donnée :

Annexe 2



Grille d'entretien patient

Présentation et respect de l'anonymat.

1) Données socio-épidémiologiques :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Quelle est votre situation professionnelle ?
- Etes-vous à 100%, en ALD ?
- Quelle est votre nationalité ?

2) Motif de consultation :

- Pour quelle raison avez-vous vu l'assistante sociale ?
- Connaissez-vous le service social de la CARSAT ?

3) Ressenti du patient sur l'expérimentation

- Quel est votre ressenti global sur l'expérimentation ?

4) Bénéfices retrouvés :

- Quels bénéfices retenez-vous de cette expérimentation ?
- Relances :
 - Qu'est-ce que cela vous a apporté ?
 - Que pensez-vous de votre prise en charge ?
 - Que pensez-vous de votre situation sociale, de vos droits ?
 - Que pensez-vous de la relation, des échanges entre médecins et assistantes sociales ?
 - Est-ce que cela vous a rassuré ?

5) Difficultés rencontrées :

- Avez-vous rencontré des difficultés au cours de cette expérience ? Quelles sont-elles ?
- Relance :
 - Que pensez-vous du secret professionnel ?

6) Points à améliorer :

- Quels sont pour vous les éléments à améliorer dans cette expérimentation ?

Grille d'entretien Focus-Groupe professionnels

Présentation et respect de l'anonymat.

1) Données socio-épidémiologiques

- Age
- Sexe

2) Ressenti sur l'expérimentation :

- Quel est votre ressenti global sur cette expérimentation ?

3) Bénéfices retrouvés :

- Quels bénéfices retenez-vous de cette expérimentation ?
- Relances :
 - Que pensez-vous de votre relation de travail ?
 - Est-ce que cela favorise un travail collaboratif ?
 - Que pensez-vous de la prise en charge des patients ?
 - Pensez-vous que les patients se sentent rassurés ?

4) Difficultés rencontrées :

- Avez-vous rencontré des difficultés au cours de cette expérience ?
- Relances :
 - Concernant la gestion du secret professionnel ?
 - Organisation du travail ?

5) Points à améliorer :

- Quels sont pour vous les éléments à améliorer dans cette expérimentation ?

INFORMATIONS RELATIVES À LA PARTICIPATION À UNE ÉTUDE

Madame, Monsieur,

Médecin remplaçant à Rouen, je réalise ma thèse sur l'expérimentation de consultation d'assistantes sociales de la CARSAT dans la Maison de Santé Saint-Eloi. A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à recueillir votre ressenti par rapport à l'expérimentation.

Afin de vous contacter, j'ai obtenu vos noms et coordonnées via la fiche de liaison que votre médecin a rempli avec vous, sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue notre entretien si vous consentez à y participer, ou lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est ma Directrice de thèse. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Vous opposer au traitement
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :

- Par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr
- Par courrier à l'adresse : Délégué à la protection des données, Direction des affaires juridiques et statutaires, Université de Rouen Normandie, 1 rue Thomas Becket, 76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles

Je, soussigné(e).....consens au traitement de mes données à caractère personnel par CONSEIL Alexandre pour la réalisation d'une étude portant sur l'expérimentation de consultations d'assistantes sociales de la CARSAT dans une Maison de Santé à ROUEN et entrant dans le cadre de sa formation en médecine générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

J'autorise CONSEIL Alexandre à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait à :

Le :

Signature :

RESUME

Expérimentation de consultations d'assistantes sociales de la CARSAT dans une Maison de Santé à Rouen. Etude qualitative sur les bénéfices et les freins identifiés par les patients et les professionnels.

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé restent très élevées dans notre pays et s'accroissent en allant vers les catégories sociales les plus défavorisées. Plusieurs pays européens ont montré que la construction d'un partenariat médico-social, en plus de mieux répondre aux besoins des patients, visait à réduire ces inégalités. En France, la collaboration entre médecins et assistantes sociales est rare, souvent due à un défaut de communication ou une méconnaissance des professions entre elles. Plusieurs études ont suggéré que pour améliorer cette collaboration, l'intégration d'assistantes sociales en Maison de Santé pouvait être une solution.

MATERIELS ET METHODE

13 entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès des patients et un Focus-Gruppe du côté des professionnels réunissant 3 médecins généralistes et 3 assistantes sociales. Les principaux bénéfices de l'expérimentation sont : un accès au soin facilité, un meilleur suivi des patients, une prise en charge plus rapide, plus globale et une meilleure connaissance de leurs dossiers. La collaboration entre médecins et assistantes sociales semble également favorisée. Les professionnels communiquent et échangent plus aisément ainsi, ils se connaissent mieux à la fois professionnellement et personnellement. Ce dispositif leur permet un travail d'équipe avec des objectifs en commun et favorise la mise en place progressive d'une relation de confiance. Les barrières pouvant exister entre les deux professions sont atténuées. Le parcours médico-social des patients est simplifié et les médecins semblent davantage sensibilisés à la situation sociale de ceux-ci. Mis en confiance et rassurés, les patients adhèrent avec moins de réticence à une prise en charge sociale. Cependant le secret professionnel, la multiplicité des assistantes sociales, les erreurs d'orientation, le refus de certains patients et plusieurs freins d'ordre organisationnel limitent l'épanouissement de ce dispositif.

CONCLUSION

Cette expérimentation en Maison de Santé semble avoir de nombreux bénéfices à la fois pour les patients et les professionnels, mais il reste encore des difficultés à surmonter pour espérer le plein développement de ce dispositif qui semble prometteur.

Mots clés : Assistante sociale, CARSAT, médecin, collaboration, inégalités sociales de santé.