HAL
open science

La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015

Lucie Doerflinger

To cite this version:

Lucie Doerflinger. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01732260

HAL Id: hal-01732260

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732260

Submitted on 14 Mar 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

2015

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Lucie DOERFLINGER

Le 24 novembre 2015

LA COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX : DETERMINANTS D'UNE COLLABORATION REUSSIE

Etude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-Et-Moselle

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur BRIANCON Serge	Président
M. le Professeur ALLA François	Juge
Mme le Docteur STEYER Elisabeth	Juge
M. le Docteur MARTY Jean-Michel	Juge et directeur
M. le Docteur CRITON Alain	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD
46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*
Docteur Aurore PERROT

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'Urgence)*
Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)*
Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY

55ème Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Serge BRIANCON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous avez témoigné et de l'aide que vous nous avez apportée.
Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté la présidence de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François ALLA
Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
Docteur en Médecine Générale (Talange)

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur MARTY Jean-Michel

Docteur en Médecine Générale (Metz)

Vous nous avez accueillie dans votre cabinet : merci de nous avoir fait découvrir une médecine générale dynamique, enrichissante et variée et apprécier l'exercice de ce métier.
Vous nous avez accompagnée dans la mise au point de ce sujet de thèse et en avez accepté la direction.
Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos précieux conseils et vos encouragements.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Alain CRITON

Docteur en Médecine Générale (Nancy)

Vous nous avez accueillie dans votre cabinet : votre sensibilité, votre engagement auprès des patients précaires nous a fait grandir. Nous espérons avoir, à vos côtés, amélioré notre écoute et notre ouverture d'esprit face à nos patients en difficulté.
Merci d'avoir accepté de codiriger cette thèse, de juger notre travail, veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

Merci à Sandrine, sans qui ce travail ne serait pas le même, merci pour ton soutien, ta disponibilité et tes conseils précieux.

Merci aux 17 médecins généralistes et aux 16 travailleurs sociaux qui ont accepté de participer à notre travail. Sans vous, cette thèse n'aurait pas été possible.

Merci à Ingrid Volery, maître de conférences en sociologie, pour l'ensemble de vos conseils sur la technique des focus group et pour votre disponibilité.

Merci à tous les médecins généralistes qui ont participé à ma formation de médecine générale : Dr Marty Jean-Michel, Dr Garde-Marty Hélène, Dr Criton Alain, Dr Lecorvoisier (Médecins du Monde), Dr Leupold : apprendre à vos côté m'a permis d'aimer la médecine générale et tout l'éventail de ses missions.

Merci à tous les services : médecins et équipes paramédicales qui ont participé à ma formation au cours de mon internat :

- Au service de pneumologie du CH de Verdun
- Au service de médecine interne du CH de Bar-Le-Duc
- Au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy
- Au service de pédiatrie du CH d'Epinal

Merci pour votre accueil et pour toutes les connaissances que j'ai acquises à vos côtés

Merci à mes parents, pour votre soutien sans faille depuis le début de mes études, votre amour inconditionnel, vous êtes le ciment de notre famille. A ma maman pour ta gentillesse, ton écoute et ta présence malgré ma discrétion. A mon papa, pour tes convictions, tes encouragements, nos douceurs du samedi. Je suis fière d'être votre fille.

Merci à ma grande sœur, Mélanie, nos rapports n'ont pas toujours été simples mais tu as toujours été présente, aimante. Nos moments de complicité vont en grandissant. Merci pour nos moments détentes au salon de thé, pour m'accueillir chez toi comme si c'était chez moi…
Merci à mon beau-frère, Dimitri, de m'avoir adopté, merci d'être toujours présent quand je te sollicite notamment pour relire ma thèse…
Merci à mes nièces, Agathe et Clémence, vous êtes un rayon de soleil dans ma vie.
Merci à mon neveu Victor, j'ai hâte que tu grandisses.

Merci à mes oncles et tantes : Paulette, René, Jocelyne, Jean, Hélène, Jean-Marie, Bernard, Marie-Odile, Patou, Michelle et Alain et tous mes cousins : Céline, Frédérique, Jean-Luc, Emilie, Dorian, Jocelyn, Claire, Gabriel, Elodie, Vérène et Florian et leurs conjoints, nos fêtes de famille sont toujours un moment de joie pour moi.
Merci à Rozen pour toutes tes attentions, je ne les mérite pas.

Merci à mes amis :
A Vassou, on s'est rencontrées dans le bus du week-end d'intégration et maintenant je ne sais pas ce que je ferai sans nos séances de piscine, sans nos soirées autour d'un thé, merci d'être toujours-là pour moi et d'être ma meilleure amie.
A Violaine, merci pour ta joie de vivre, tes mille idées à la minute, travailler avec toi rends la médecine générale plus gaie, j'espère que notre collaboration durera.
A Marie-Sophie, pour ta relecture et tes encouragements pour cette thèse.
A Audrey, malgré la distance tu es toujours présente, toujours une pensée, nos longues conversations téléphoniques sont un réconfort pour moi.
A Laurianne, pour nos années en colocation, nos soirées autour d'un thé, d'un tarot.
A Vincent, au fil des années, tu es devenu un ami. Pour ton écoute, pour essayer de me donner confiance en moi et surtout pour ton humour…
A Jean-Romain, Romain et Sébastien pour supporter nos soirées entre filles…
A Mathieu, Séverine et Julie, sans vous la pédiatrie aurait été moins drôle, merci pour nos soirées « entre copines »
A Fanny, pour notre tiroir au chocolat…
A mes petits amis : Arthur, Charles et Louis

Merci à ma mamie, ma mémé et mon parrain Jacky, vous êtes partis trop vite, j'espère que vous êtes fier de moi, je pense fort à vous.

SERMENT

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Cette thèse correspond à un travail commun réalisé par Sandrine DEITSCH et Lucie DOERFLINGER. Notre sujet d'étude a nécessité deux études qualitatives : l'une réalisée auprès des travailleurs sociaux par Sandrine DEITSCH et l'autre auprès des médecins généralistes par Lucie DOERFLINGER, présentée ici.

I. INTRODUCTION (partie commune) 20

II. RESULTAT DE L'ETUDE REALISEE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES 22

A. MATERIEL ET METHODE 22

1. Choix de la méthode 22

2. Elaboration de la grille d'entretien 23

3. Recrutement de la population 23

4. Recueil des données 25

a) Déroulement des entretiens 25

b) Retranscription des entretiens 26

c) Analyse 26

5. Description de la population 27

a) Focus group 1 27

b) Focus group 2 28

c) Focus group 3 28

d) Au total 28

B. RESULTATS 29

1. ETAT DES LIEUX 29

a) Rôle social du médecin 29

b) Interaction/ relation avec les travailleurs sociaux 32

(1) Modalité de la relation 32

(2) Attente des médecins généralistes de leur relation avec les travailleurs sociaux 35

(3) Ressenti des médecins sur la sollicitation des travailleurs sociaux 37

c) La place et le rôle du patient 39

2. LES DIFFICULTES RENCONTREES 42

a) Le secret professionnel 42

b) La méconnaissance 43

c) Le cloisonnement entre le médical et le social 45

d) La politique sociale et les institutions sociales 46

e) Le manque de formation 47

3. LES AMELIORATIONS PROPOSEES 47
a) Se rencontrer 47
b) Une formation commune 48
c) Simplification du système social 49
d) Travailler dans un lieu commun 49
e) Modifier les politiques de santé d'accès aux soins 50
C. DISCUSSION 50
1. Synthèse des résultats 50
2. Force et limites 51
a) Intérêt de la méthode 51
b) Limites liées à la méthode 52
3. Comparaison à la littérature 53
a) Rôle social du médecin 53
b) La place du patient 55
c) Ces situations qui mettent en difficulté 56
(1) La personne âgée 56
(2) L'enfance 57
(3) La prise en charge des plus démunis 58
(4) Les droits sociaux 59
d) La collaboration 59
4. Discussion autour des difficultés rencontrées 63
a) Le secret professionnel 63
b) Méconnaissance des travailleurs sociaux et simplification du système 63
c) Cloisonnement entre médical et social 64
d) Difficulté d'ordre organisationnel 64
(1) Surcharge de travail 64
(2) Manque de temps 65
(3) La rémunération 65
5. Discussion à propos des améliorations proposées 65
a) Intérêt d'une formation 65
b) Les maisons de santé pluridisciplinaire : une place pour les assistants sociaux 66
c) L'organisation des soins primaires : comment font-ils à l'étranger ? 68
III. CONFRONTATION DES RESULTATS DES DEUX ETUDES (partie commune) 70
A. La collaboration actuelle 70

1. Une conception duale du métier 70
2. Une collaboration asymétrique 72
a) Des besoins et des intérêts différents 72
b) Des attentes discordantes: 73
B. Les déterminants de la collaboration 74
1. Les partenaires en jeu 74
a) Le choix du partenaire 74
b) La connaissance du partenaire 76
c) La place du patient 77
2. Les objectifs et intérêts communs à la collaboration 78
a) Le partage des responsabilités 78
b) Le partage des tâches 79
c) La réduction des inégalités sociales de santé 79
3. Les situations de collaboration 80
a) Le refus de soin 80
b) Les autres situations de collaboration 81
4. L'aspect organisationnel 84
a) Le partage d'informations 84
b) Les modalités de la communication 86
C. LES PISTES D'AMELIORATION 88
1. Se rencontrer 88
2. La formation, l'information 89
a) Des médecins en formation continue 89
b) Des étudiants en médecine en formation initiale (à Nancy) 89
c) Des travailleurs sociaux 91
3. L'organisation du système médico-social 91
a) La clarification du système médico-social 91
b) Intégration du secteur social au sein des maisons de santé pluridisciplinaire (MSPD) 92
c) La réorganisation des soins primaires 93
IV. CONCLUSION (partie commune) 94
BIBLIOGRAPHIE 96
ANNEXES 101

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Aide Médicale d'Etat
AMPPU : Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CMS : Centre Médico-Social
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire
CPAM : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy
CSP : Code de Santé Publique
CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy
DMP : Dossier Médical Personnalisé
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
ISS : Inégalité Sociale de Santé
Loi HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire
MDPH : Maison Départemental des Personnes Handicapées
MSPD : Maison de Santé PluriDisciplinaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OQTF : Ordre de Quitter le Territoire Français
PAERPA : Parcours de la Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie
PASS: Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RSI : Régime Social des Indépendants
SHS : Science Humaine et Sociale
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé
WONCA : World Organization of Family Doctor

I. INTRODUCTION (partie commune)

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1) : ainsi la définition de la santé par l'OMS démontre depuis juillet 1946 le lien existant entre le médical et le social.

Or dans notre système de soins, la médecine générale est la première ressource qui s'offre aux patients en demande de soin. Par sa position en première ligne, le médecin généraliste est un témoin privilégié de la vie de ses patients : leur environnement, leur famille, leurs difficultés et leurs demandes. Comme le définit la WONCA (World Organization of Family Doctors) (2) , le médecin généraliste développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires tout en répondant aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. Pour cela, il utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins et des intervenants.

Il en va de même pour les travailleurs sociaux et notamment les assistantes sociales de secteur qui sont également des professionnels de premiers recours. Elles sont aussi confrontées à des situations où le médical et le social sont intriqués et relèvent de leurs compétences selon les textes officiels (3).

A l'heure où les politiques de santé favorisent la prise en charge ambulatoire, le médecin généraliste par son rôle de pivot des soins primaires se doit de collaborer avec de nombreux professionnels de santé et ses partenaires du monde social. Alors que l'HAS, par l'article 51 de la loi HPST (4), met en place un cadre légal favorisant la coopération entre professionnels de santé dans l'objectif d'optimiser le parcours de soins des patients, cette coopération ne peut se faire que si les professionnels de santé s'impliquent pour construire des projets de santé pluridisciplinaire, comme le démontre L. Sage dans sa thèse (5).

Dans sa thèse (6), C. Barletta démontre que la demande sociale est présente lors des consultations de soins primaires. Or plusieurs travaux montrent qu'il existe un cloisonnement entre les professionnels du domaine social et les médecins généralistes. La construction d'un partenariat avec des professionnels du champ médico-social permet de mieux répondre aux besoins des patients comme le démontrent les exemples britanniques et néerlandais qui, dans leur lutte contre les inégalités sociales de santé, ont placé les soins primaires au cœur de la prise en charge (7).

En France, on note une méconnaissance réciproque entre les acteurs sociaux et les médecins généralistes. Selon la thèse « Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle : étude quantitative par questionnaire » de Cécile Matz (Flye Sainte Marie) (8),

87,5% des médecins interrogés déclarent connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux de leur territoire, en particulier les jeunes médecins (< 45 ans).

Les raisons invoquées sont dans un premiers temps la mauvaise connaissance des structures, puis dans un second temps la difficulté de communication avec les services sociaux. Leurs principaux interlocuteurs sont les assistants sociaux mais les médecins interrogés leur reprochent d'être en nombre insuffisant, ainsi qu'un manque de disponibilité.

De plus les problématiques de précarité sont en augmentation et notamment en Lorraine où le taux de pauvreté est de 14,6% en 2012 (9). Autrement dit un Lorrain sur sept vit sous le seuil de pauvreté. C'est donc un sujet d'actualité et les médecins généralistes auront probablement besoin qu'on leur donne les moyens de prendre en charge leurs patients de façon globale et adaptée.

Ainsi, il nous semble qu'un partenariat entre les médecins généralistes et les professionnels du champ social permettrait de mieux répondre aux besoins des patients. Il nous a donc semblé intéressant d'étudier la collaboration entre les travailleurs sociaux et les médecins généralistes. Notre objectif principal est d'explorer les déterminants d'une collaboration réussie et notre objectif secondaire d'en déduire des pistes d'amélioration afin de simplifier le parcours de nos patients.

Nous avons constaté que la plupart des travaux effectués sur le sujet ne prenaient en compte qu'un seul point-de-vue, le plus souvent celui des médecins. Les résultats exprimaient alors une vision particulière, partielle, voire partiale du problème en exposant des solutions ne correspondant qu'à une partie des acteurs de la relation médecins / travailleurs sociaux ; chaque corps professionnel défendant ses intérêts propres.

Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant de recueillir le point de vue des différents professionnels pour mieux comprendre les tenants et les aboutissants de cette collaboration. Ce travail se partage donc entre deux études :

- l'étude auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-Et-Moselle, réalisée par Sandrine Deitsch
- l'étude auprès des médecins généralistes de Meurthe-Et-Moselle, réalisée par Lucie Doerflinger

II. RESULTAT DE L'ETUDE REALISEE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

A. MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

La recherche qualitative étudie le versant psychosocial. Elle se fonde sur des données non mesurables analysées par les méthodes de sciences humaines. Son objectif est de donner un aperçu du comportement et des perceptions des individus, elle étudie les différentes opinions sur un sujet particulier dans une population donnée.

Les principaux outils de la recherche qualitative sont les entretiens : individuels ou de groupes. Ils peuvent être : directifs, semi-directifs ou libres.

Le focus group fait partie des techniques d'enquête qualitative par entretien de groupes semi-directifs avec observation directe non participante. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou 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 (9). L'intérêt de cette technique est de saisir les prises de position en interaction les unes avec les autres et non de manière isolée. Cela permet à la fois l'analyse des idées partagées et des désaccords, grâce à la prise en compte des interactions qui se manifestent pendant la discussion. Cela permet d'accéder au sens commun, aux modèles culturels et aux normes.

Les critères de validité de scientificité en recherche qualitative (11) sont :

- La validité interne ou crédibilité : permet de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ; elle suggère de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes.
- La validité externe ou transférabilité : renvoie à la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes. Elle implique un échantillon représentatif de la problématique et repose sur la notion de saturation des données, c'est-à-dire que les techniques de recueil et d'analyse des données ne fournissent plus aucun élément nouveau à la recherche.
- La fidélité ou cohérence interne : fait référence « à la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe quand et comment celle-ci est produite » (12).
- L'objectivité ou fiabilité.

Appliqués à notre question de recherche, les objectifs propres de cette méthode sont :

- Recueillir les ressentis et les expériences de médecins généralistes dans leur relation avec les travailleurs sociaux.

- Préciser les difficultés rencontrées afin d'établir des liens entre les expériences des médecins généralistes et les ressources qu'ils utilisent.
- Comprendre les attentes des médecins généralistes en vue d'envisager des pistes de travail pour développer des outils d'amélioration adaptés et réalisables.

Pour la mise en place de notre étude, nous avons fait appel à Mme Ingrid Volery, maître de conférences en sociologie à l'Université de Nancy 2. Elle nous a conseillées sur l'élaboration de la grille d'entretien et sur la méthode d'analyse.

2. Elaboration de la grille d'entretien

L'élaboration de la grille d'entretien s'est faite de manière conjointe avec Mlle Deitsch Sandrine, permettant d'obtenir une grille similaire pour les entretiens auprès des médecins généralistes et auprès des travailleurs sociaux dans l'objectif de faciliter la seconde partie de notre étude : la confrontation des résultats.

Nous avons établi la grille d'entretien (Annexe 1) à partir de notre question de recherche, des données de la littérature, notamment de la thèse de S.Sauvage : « L'analyse qualitative des difficultés, des pratiques et des attentes des médecins généralistes et assistantes sociales de secteur autour de la prise en charge des situations médico-sociales complexes » (13).

La construction s'est faite sur des questions ouvertes, en partant des expériences de chacun pour favoriser l'interaction entre les participants et les laisser développer leurs propos. La grille a ensuite évolué entre chaque focus group afin de mieux préciser certains thèmes abordés.

Elle a été validée par nos directeurs de thèse et par Mme Volery puis a été testée par deux entretiens semi-directifs auprès de deux médecins : un médecin remplaçant et un médecin installé. Ces tests ont permis de vérifier la compréhension de la formulation des questions et la pertinence de celles-ci par rapport à la question de recherche.

3. Recrutement de la population

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste en activité, exerçant en cabinet, en Meurthe-et-Moselle.

En premier lieu, nous avons décidé de recruter les participants parmi les médecins généralistes de l'agglomération nancéenne. Nous avons donc commencé par les appeler

individuellement grâce à l'annuaire des pages jaunes. Nous nous présentions et exposions le sujet de l'étude, puis nous demandions aux interlocuteurs s'ils étaient d'accord pour y participer. Nous n'avons essuyé que des refus. Nous avons donc décidé de nous adresser à des groupes de médecins déjà constitués et plus à même d'accepter de participer à nos réunions. Nous avons donc décidé de nous adresser aux groupes de pairs de l'association de formation postuniversitaire AMPPU 54 après accord de leur vice-président, le Dr Desse.

L'association comporte douze groupes de pairs. Trois groupes n'ont pas été contactés : deux groupes car ils étaient composés de médecins de l'association SOS Médecins dont l'activité ne correspondait pas à la nature de notre étude et le troisième groupe car un de ses participants travaillait au département de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy et connaissait le sujet de l'étude.

Au total, neuf représentants de groupe ont été contactés par téléphone du 25 février 2015 au 15 avril 2015. L'entretien téléphonique a consisté, en un temps relativement bref, à se présenter et expliciter le sujet de l'étude et la méthode des focus groups. Si le représentant du groupe était intéressé, un mail reprenant brièvement le thème de l'étude et expliquant le déroulement d'un focus group lui était envoyé pour qu'il puisse le transférer aux autres membres de son groupe. Le choix de la date était laissé libre à chaque groupe.

Cinq représentants n'ont pas donné suite à notre appel.

Un groupe n'a pas donné suite à notre mail.

Un groupe a accepté de participer, mais une fois la date de réunion définie, seul deux médecins étaient disponibles, nous avons donc du annuler ce focus du fait du manque de participant. Il a été proposé aux deux médecins de se rattacher à un autre groupe mais aucune des trois autres dates ne leur convenait.

Deux groupes ont accepté de participer. Les focus groups ont eu lieu aux dates de réunions des groupes de pairs. Ils se sont déroulés dans les lieux de réunion habituels des groupes.

Pour le troisième focus group, nous avons contacté plusieurs médecins engagés dans des réseaux où ils collaborent avec des travailleurs sociaux. Cinq médecins ont été contactés et quatre ont accepté de participer à l'étude. La date a été fixée selon les différents emplois du temps et la réunion s'est déroulée dans un lieu connu de tous les médecins participants.

Au total, nous avons organisé trois focus groups avec 17 médecins participants.

4. Recueil des données

a) Déroulement des entretiens

Ils ont été réalisés entre mars et avril 2015, dans une ambiance conviviale, avec un pot d'accueil servi avant et pendant l'entretien, afin de créer une atmosphère détendue propice au dialogue.

Pour les focus groups 1 et 3, le lieu de la réunion était le lieu habituel de rencontre des groupes de pairs soit la salle de réunion de l'URPS Médecins de Lorraine et la salle de réunion d'une maison médicale. Pour le focus group 2, nous avons proposé un lieu de réunion connu de tous les médecins et proche de leur cabinet : la salle de réunion de l'URPS Médecins de Lorraine.

Un questionnaire était distribué à chaque participant au début du focus group, afin de recueillir des données administratives et de mettre en évidence la diversité des intervenants. (ANNEXE 2)

La conduite des focus groups s'appuie sur un système de rôle qui inclut un médiateur mais aussi un observateur. Pour chaque entretien, j'ai assuré le rôle d'animateur ou médiateur. Le médiateur dirige les débats en fonction de la grille d'entretien préétablie. Il doit amener tous les participants à s'exprimer de façon à faire émerger tous les points de vue, en interférant le moins possible. Le rôle d'observateur était assuré par Mlle Deitsch Sandrine. L'observateur est en retrait, il note tout ce qu'il peut observer du comportement des participants et de l'animateur, les interactions non verbales et il s'assure du bon fonctionnement des enregistrements.

Le médiateur accueillait les participants. Les entretiens débutaient par une présentation du sujet de la thèse et des deux études qui la constituent et par une explication de la méthode des focus groups. Ensuite chaque participant était invité à se présenter brièvement. Avant de débuter les questions, le terme de travailleurs sociaux et les métiers englobés par ce terme était définis.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux tablettes numériques, après recueil de l'accord des participants en respectant leur anonymat et en les informant qu'une fois l'analyse des données terminée, tous les enregistrements seraient intégralement détruits.

A noter que les entretiens des médecins et des travailleurs sociaux ont été réalisés à la même période afin de permettre aux deux thésardes de s'impliquer dans le sujet de l'autre et de faciliter l'analyse et la confrontation des résultats.

b) Retranscription des entretiens

Nous avons retranscrit mot à mot, le plus précisément possible, la totalité des échanges verbaux et non verbaux, à l'aide du logiciel de traitement de texte Word.

Afin de respecter l'anonymat des participants, les médecins participants sont désignés par la lettre M et un chiffre allant de 1 à 17 sur les retranscriptions et dans les résultats.

(Les verbatims sont disponibles en annexe sur un CD-Rom)

c) Analyse

Sur conseil de Mme Ingrid Volery, nous avons appliqué la méthode d'analyse par théorisation ancrée : méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain, comme le décrit C. Lejeune dans son manuel (14).

L'analyse s'est déroulée en trois étapes.

- Le codage ouvert : Il consiste à transformer les données brutes en catégorie.

Pour cela, nous avons relu rapidement plusieurs fois les corpus, pour nous imprégner des thématiques abordées. Nous avons également effectué un balayage de celui-ci pour éliminer les erreurs de médiations : nous avons mis en relations les réponses et les questions : les réponses étaient-elles orientées par rapport aux questions ou les sujets abordés étaient-ils spontanés ?

Ce codage nous a permis de dégager des catégories : concepts rendants compte du vécu des participants.

- Le codage axial : Il consiste, pour chaque profil, à articuler les catégories entre elles.

Nous avons établi le profil de chaque participant par rapport à sa relation avec les travailleurs sociaux, son rôle, sa position, ses attentes et ses difficultés et nous avons essayé de dégager les facteurs explicatifs de chaque profil.

Ce codage nous a permis, pour chaque profil, d'identifier comment les catégories, définies par le codage ouvert, varient les unes en fonction des autres.

- Le codage sélectif : il consiste à intégrer les articulations du codage axial les unes aux autres.

Nous avons établi pour chaque focus group une synthèse intégrant l'ensemble des concepts dégagés dans chaque profil et montrant quelles peuvent être les différentes positions par rapport à ces concepts : existe-il un consensus au sein du groupe ou alors les participants ont-ils émis des avis divergents sur une même catégorie ?

Puis nous avons établi une synthèse des trois focus group reprenant la même méthode.

En pratique, afin d'améliorer la validité de notre étude, l'analyse a été réalisée par deux personnes, Mlle Sandrine Deitsch et moi-même. L'analyse a été réalisée manuellement. Dans un premier temps, nous avons réalisé le codage ouvert et le codage axial de chaque focus group chacune de notre côté. Puis nous nous sommes rencontrées pour mettre en commun nos codages. Cela a permis de vérifier pour chaque profil qu'aucune catégorie n'était oubliée et qu'aucun contresens n'était fait. Suite à ces mises en commun, chacune a rédigé la synthèse de ses focus group et la synthèse globale de son étude. Les profils de chaque participant et les synthèses ont été validés par Mme Volery et respectivement par nos directeurs de thèse.

Dans un deuxième temps, nous avons confronté les résultats des deux études. Nous avons essayé de mettre en évidence les idées communes et divergentes émises par les travailleurs sociaux et les médecins généralistes. De ce travail, nous avons émis des pistes d'amélioration de la collaboration entre ces professionnels.

5. Description de la population

a) Focus group 1

Le groupe était composé de cinq médecins : une femme et quatre hommes. L'âge moyen du groupe était de 46.6 ans. Quatre médecins travaillaient en milieu urbain et un en milieu semi-rural. Trois médecins travaillaient dans un cabinet en association mono disciplinaire et deux dans des cabinets en association pluridisciplinaire. Trois des médecins déclaraient des activités annexes à celle de la médecine générale. Deux des médecins étaient maîtres de stage.

L'entretien a duré 48 minutes. La totalité des participants se connaissait. L'un des participants s'est montré un peu effacé. L'ambiance au cours de cette entretien était très détendue et amicale.

b) Focus group 2

Le groupe était composé de 4 médecins : une femme et trois hommes. L'âge moyen du groupe était de 55 ans. Les quatre médecins travaillaient en milieu urbain. Trois exerçaient dans des cabinets en association mono disciplinaire, un travaillait seul. Trois des médecins déclaraient une activité annexe à celle de la médecine générale et déclaraient également y collaborer avec des travailleurs sociaux. Les quatre médecins étaient maîtres de stage.

L'entretien a duré 1h45. La totalité des participants se connaissait. Un des participants est arrivé en retard après 45 min d'enregistrement. L'ambiance au cours de cette entretien était très détendue et amicale.

c) Focus group 3

Le groupe était composé de 8 médecins : quatre femmes et quatre hommes. L'âge moyen était de 50.13 ans. Cinq médecins travaillaient en milieu semi-rural et trois en milieu rural. Trois médecins exerçaient seuls, un en cabinet en association mono disciplinaire et quatre en cabinet en association pluridisciplinaire. Deux médecins déclaraient une activité annexe à la médecine générale et déclaraient y collaborer avec des travailleurs sociaux. Un médecin était maître de stage.

L'entretien a duré 1h30 min. La totalité des participants se connaissait. Le débat a été entretenu principalement par trois participants. Trois participants se sont montrés présents et attentifs mais plus discrets dans leur interventions et deux participants étaient effacés. L'ambiance au cours de l'entretien était amicale et détendue.

d) Au total

17 médecins ont été interrogés dont six femmes et onze hommes. L'âge moyen de la population est de 50,23 ans.

Huit médecins exerçaient en milieu urbain, six en milieu semi-rural et trois en milieu rural.

Quatre médecins exerçaient seuls, sept en association mono-disciplinaire et six en association pluridisciplinaire.

Sept médecins étaient maîtres de stage.

Huit médecins déclaraient une activité annexe à celle de médecine générale dont cinq déclaraient y collaborer avec des travailleurs sociaux.

(Tableau récapitulatif : Annexe 3)

B. RESULTATS

1. ETAT DES LIEUX

a) Rôle social du médecin

Un rôle social à travers la relation médecin-malade : les médecins évoquent leur volonté d'instaurer une relation de confiance avec leurs patients afin de favoriser un lieu d'écoute où la parole est libérée, un espace social où ils peuvent exprimer leurs problèmes sans crainte d'être jugés.

> *M5 (ligne 696) : « …on est une des rares personnes à pouvoir leur dire sans tabou parce qu'elles ont confiance, de pouvoir se faire aider… »*

Rôle de référent : Avec le parcours de soins coordonnés, le médecin généraliste est le premier interlocuteur de la population en demande de soins, il se positionne donc en référent : il gère et coordonne les différents acteurs médicaux et sociaux autour du patient.

- Il se positionne au centre, comme un moteur des relations interprofessionnelles en désirant créer un réseau de soutien autour du patient. Il coordonne les différents acteurs.

> *M7 : « Effectivement j'ai été en contact avec un travailleur social enfin avec une assistante sociale de Nancy qui s'occupe d'une famille, d'une famille qui a d'énormes problèmes que je ne vais pas détailler là mais … Et euh… comment dire, là c'est moi qui avait pris l'initiative parce que il se trouvait que cette famille, enfin la mère de famille se plaignait tout le temps de son assistante sociale […] j'ai repris l'initiative de rappeler une éducatrice qui travaille dans cette famille parce qu'il y a une mesure d'AEMO qui avait été prise mais euh bon je voulais réfléchir avec cette éducatrice sur ce qu'on pouvait faire pour … euh … pour essayer de mettre en mouvement le père de famille qui est vraiment passif »*

> *M8 : « Le contact avec un travailleur social, il est systématique quand il s'agit de mettre en place un réseau de soutien »*

- Il centralise de nombreuses informations dans le dossier médical et parfois se doit d'aller chercher des informations auprès des travailleurs sociaux pour adapter sa prise en charge.

M5 (ligne 584) : « … on est quand même un acteur important de la famille et on ne sait même pas qu'il y a un suivi, une intervention… »

Rôle de conseiller : on note que les médecins ne sont pas toujours à l'aise avec les demandes sociales de leur patient. On verra dans le chapitre « Difficulté » qu'il existe une réelle méconnaissance des aides et des structures médico-sociales. Mais on constate que tous les médecins interrogés pallient cette méconnaissance en conseillant leur patient dans plusieurs domaines.

- Il conseille certaines structures en dépit de leur méconnaissance

  M1: « … il faut qu'ils fassent manger les gamins ben je leur dis d'aller voir la mairie quand même pour qu'il donne des bons alimentaires… »

  M3 : « L'aspect social qui est … Qui fait partie de notre métier mais c'est pas notre compétence on a … on voit bien qu'il y a de la misère, qu'il y a des difficultés mais pas …. Oui mais euh je recommanderai plus facilement la mairie, je n'ai pas d'interlocuteur précis …. »

  M4: « …après le reste c'est de savoir indiquer aux patients où frapper à la bonne porte… »

- Sur les questions des droits sociaux, ils orientent les patients vers l'assistante sociale de la sécurité sociale

  M12 : « Moi je dis des fois aux personnes âgées qui n'ont vraiment plus beaucoup de ressources et qui payent énormément cher leur mutuelle, ça fait pratiquement la moitié de leur revenu la mutuelle, qu'elles se renseignent au niveau de l'assistante sociale de la sécu parce qu'il me semble que la sécurité sociale a… »

- Ce rôle de conseiller s'explique également par le respect du libre arbitre des patients: le médecin propose une solution, il ne fait pas à la place du patient qui reste libre de suivre ou non sa recommandation.

  M15 : « C'est vrai on a des missions de maintenir en bonne santé avec tous les pans de la santé mais euh… on n'est pas … on n'est pas obligé enfin… on doit… on doit faire des propositions mais euh… comme les … ont dit une proposition c'est pas une obligation pour les patients donc euh … les gens ils prennent ou ils ne prennent pas …»

Témoin de la demande sociale exprimée à l'occasion des soins. Cette demande correspond soit aux besoins sociaux liés au contexte de difficultés d'accès aux soins, soit aux conditions matérielles d'existence (isolement, logement, travail, alimentation)

M2 (ligne 108) : « … j'ai des patients qui ont des problèmes d'argent, machin, truc… »

M6 : « On n'a pas abordé ça, mais moi j'ai déjà eu des familles en grandes difficultés qui vont voir l'assistante sociale ou le CCAS pour des aides de première nécessité : pour pouvoir manger, pouvoir euh… avoir des soupes … »

M13 : « on va conseiller à la petite mamie d'aller à l'association les mardis pour la sortir un peu, c'est aussi un rôle social, parce qu'on la trouve trop seule »

Engagement pour la prise en charge de patients vulnérables : on note que les médecins qui développent le plus de relations avec les travailleurs sociaux sont ceux qui définissent leur façon d'exercer comme un « engagement humaniste » refusant de laisser de côté les plus démunis. Ils s'engagent dans la prise en charge des patients précaires ou dépendants de l'alcool en s'impliquant dans des réseaux médico-sociaux ou dans la PASS.

M8 : « … je vais rebondir sur l'exemple du médecin qui est venu voir ton patient et qui a fini par lui dire moi j'aimerais être efficace sur la prise en charge médicale, pour la même raison,… pour la même raison donc lui a trouvé ça pour laisser tomber et puis démerdez-vous ; pour cette même raison, moi, je vais aller décrocher le téléphone pour appeler l'assistante sociale parce qu'il y a des interférences environnementales qui le mettent là-dedans, qui fait qu'on n'avance pas, voilà »

- Ils déclarent avoir choisi un lieu d'exercice dans des quartiers dit « défavorisés »

M6 : « Que dire, on est au cœur de la cité dite de La Californie avec ses particularités. Une population plutôt jeune, une population souvent en détresse ou en tout cas avec des problèmes plus importants que dans la population moyenne, on va dire , voilà … et qui s'adresse volontiers aux médecins, aux médecins A –U –X, du quartier ou proches du quartier en première intention, donc c'est assez intéressant quand on est médecin généraliste de travailler dans un quartier comme ça »

- Prise en charge des patients en situation d'abstention de soins

M8 : « Le contact avec un travailleur social, il est systématique quand il s'agit de mettre en place un réseau de soutien … euh … alors ça peut être des trucs tout bêtes notamment géronto mnésique donc j'ai des personnes de cinquante ans qui ont soixante-quinze ans à l'intérieur euh … c'est surtout dans ce contexte-là, à savoir que les personnes pour une raison X ou Y ne le feront pas elles-mêmes, c'est-à-dire c'est comme avoir des gamins »

L'apprentissage de ce rôle social s'est fait au fil des expériences et des années de pratique.

- Développement de qualités humaines, d'une sensibilité « sociale »
- Apprentissage au contact de situations complexes ayant nécessité l'aide d'un travailleur social.

M12 : « Au fur et à mesure c'est l'expérience personnelle qui nous fait qu'on sait à peu près… »

M16 : « Moi, je crois qu'on apprend beaucoup sur le tas, moi quand j'étais interne en médecine général, j'étais à Poitiers, j'étais en stage chez un prat dont la femme était infirmière en réseau. Donc un jour, elle m'a emmené avec elle, j'ai dit : « Bien c'est super » mais je n'ai jamais vraiment compris à quoi ça servait, il n'y a que une fois où j'étais installé que j'ai compris l'intérêt et l'impact et l'enjeu, quoi. Mais quand j'étais en stage, je ne voyais pas la finalité »

b) Interaction/ relation avec les travailleurs sociaux

Le consensus qui ressort des trois focus groups est que la relation entre les travailleurs sociaux et les médecins généralistes est rare. Les contacts sont ponctuels et brefs.

Un focus group décrit des relations plus fréquentes, celui regroupant les médecins engagés dans des réseaux médico-sociaux.

(1) Modalité de la relation

Quatre types de relations ont été décrits au cours des focus groups

Relation occultée :

Dans un groupe, la première réaction des médecins interrogés était d'occulter toute relation avec les travailleurs sociaux. Ils ne font pas partis de leur réseau de collaborateurs.

M4 (ligne 72) : « … je suis en train de chercher, j'ai pas souvenir d'avoir eu un contact de ma part vers eux ou d'eux vers moi en vingt ans de carrière »

On retrouve plusieurs facteurs explicatifs à cet oubli :

- Les médecins ne se sentent pas sollicités par les travailleurs sociaux

  M1 (ligne 203) : « … j'ai jamais un éduc qui me téléphone en me disant […] : « ben voilà il y a tel problème, on en est là… » »

- Les contacts sont rares

  M2 (ligne 725) : « On n'a pas tant de rapport que ça avec les travailleurs sociaux »

- Les médecins ne ressentent pas le besoin d'une telle relation

  M4 (ligne 273) : « …il n'y a même pas de rencontre. Est-ce que c'est une difficulté, moi jusqu'à présent je ne m'étais jamais posé la question »

  M2 (ligne 525) : « J'ai jamais eu besoin de les appeler. Et juste je ne saurais pas quoi leur dire… »

- Les contacts n'ont pas posé de problèmes

  M2 (ligne 267) : « … ils [les éducateurs] ont rien à dire parce qu'il n'y a rien à dire… »

<u>Relation d'instrumentalisation :</u>

Dans ce mode, la relation avec les travailleurs sociaux est fondée sur une relation d'instrumentalisation réciproque : c'est-à-dire faire appel aux compétences de l'autre pour pallier ses propres incompétences. Cette relation repose sur le « principe de servitude » : on s'adresse à tel professionnel pour tel acte particulier appartenant à son domaine de compétences, le plus souvent il n'y a pas de contact direct.

Pour les focus groups 1 et 3, on note que c'est le mode de relation le plus représenté.

Il repose sur des expériences positives ou négatives.

Dans le focus group 2, on note que ce mode de relation est retenu quand la relation avec les institutions est négative ou conflictuelle.

Trois institutions sont citées :

- L'UDAF, ou les services de tutelle car les contacts avec les médecins généralistes sont le plus fréquemment pour des questions financières autour du règlement des consultations, donnant l'impression que les tuteurs ne gèrent que l'aspect financier de leur protégé.

  M6 : « moi mes relations avec l'UDAF c'est plus compliqué, effectivement pourtant ce sont des … c'est des travailleurs sociaux et … enfin plus compliqué c'est, pour moi, c'est assez administratif euh… déclaration de médecin traitant, comment on fait pour les honoraires et puis effectivement quand on a des demandes de renouvellement de tutelles : est-ce qu'on continue ou pas ? »

- Le RSI, pour son absence de travailleur sociaux

  M6 : « M6 : Ce serait bien qu'il y est là aussi des travailleurs sociaux là où il n'y en a pas […] Par exemple au RSI, ce serait bien. »

- La MDPH : pour son délai de réponse et pour le certificat MDPH que les médecins trouvent mal fait, ils reprochent un certificat unique pour un nombre d'aides trop variées.

M7 : « Mais là aussi où il y a des intrications, je dirais, entre médical et social, il y a un truc un peu difficile des fois, c'est les certificats de MDPH où… »

Relation de coopération :

La relation est fondée sur la reconnaissance des compétences professionnelles de chaque partenaire et le respect des territoires de compétence, les interlocuteurs ne se connaissent pas forcément, il n'y a pas de relation affective. Le contact est ponctuel, informatif et limité, sans partage de valeur.

Ce type de relation est décrit essentiellement dans les groupes 1 et 3 à travers la relation entretenue entre les médecins généralistes et les réseaux gérontologiques. Les réseaux gérontologiques présentent une aide majeure dans la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Le contact est simple avec une interface unique. Une fois les aides mises en place, il y a un retour de l'action du réseau auprès du médecin (mail, fiche de synthèse, appel téléphonique), retour fortement apprécié par les médecins.

M5 : « Enfin voilà c'est très particulier, mais là je suis intéressé, je suis intéressé euh … moi j'ai pas les moyens et ce n'est pas mon rôle de savoir si réellement elle a des gros problèmes d'argent ou si c'est vraiment une anxiété et cetera mais là je suis rassuré que quelqu'un [le réseau gérontologique, NDLR] s'y penche pour vraiment essayer de l'aider au maximum et j'en attends une interaction parce que ça va m'aider, je pense, à mieux la soigner, elle se nourrit mal, voilà un exemple concret ou j'aimerai bien avoir euh… j'aimerais bien garder cette coopération »

Relation de collaboration :

La relation est personnalisée, le choix des partenaires est délibéré, les interlocuteurs se connaissent, échangent, se font confiance et partagent les mêmes objectifs. Le contact est direct soit par téléphone, soit lors de rencontres. Il y a un engagement des deux parties.

Ce type de relation n'est décrit que dans le focus group 2. Les médecins du groupe ont développé une relation de collaboration notamment avec les assistantes sociales du CMS situé à proximité de leur cabinet. Ils décrivent une action commune et conjointe notamment pour la prise en charge des patients en situation de précarité.

M6 : « Elle s'est dit c'est bien un médecin de proximité et on se connait un peu avec les assistantes sociales du secteur euh voilà. Alors on a échangé avec le patient et avec l'assistante sociale au téléphone devant le patient »

(2) Attente des médecins généralistes de leur relation avec les travailleurs sociaux

On note un nombre important de missions ou de champs d'actions que doivent assumer les médecins : prévention, diagnostic, traitement….Le rôle social fait partie de ses missions, rôle pour lequel ils ne se sentent pas toujours formés ou à l'aise, on note également un manque de temps pour répondre à certaines demandes sociales. Pour toutes ces raisons, ils ont besoin d'aide dans la prise en charge de leurs patients : aide qu'ils trouvent parfois auprès des travailleurs sociaux.

Dans leur discours, on dégage plusieurs attentes :

- Partager des informations : ils questionnent les services sociaux pour obtenir des informations utiles à la prise en charge mais qu'ils n'ont pas pu obtenir par leurs propres moyens.

  M2 (ligne 189) : « … c'est d'avoir contacté la PMI une fois pour avoir des infos sur une famille … »

  M15 : « c'est important enfin moi j'estime que c'est important qu'on est des contacts avec eux [les travailleurs sociaux, NDLR] parce qu'on bosse dans des métiers pleins où on gère sa vie comme on veut mais eux, ils ont des informations qu'ils peuvent nous donner et nous on peut leur donner aussi des informations qu'on connait »

- Déléguer les actes qu'ils jugent hors de leur champ de compétence comme les démarches en droits sociaux, les demandes d'aides (APA, AAH), l'accompagnement dans les démarches administratives (dossier de surendettement, évaluation des familles)

  M1 : « Et je leur conseille aussi d'aller voir l'assistante sociale de la sécu quand il y a un problème par rapport à des …euh … il y a des problèmes d'indemnités journalières avec la reprise du travail et tout ça, savoir quelles peuvent être leurs droits, ce qui est le plus intéressant pour eux … ben … quand je ne sais pas … ça arrive quand ils sont … »

  M3 (ligne 88) : « j'ai eu l'assistante sociale du conseil général qui passe pour les bilans de […] pour les grilles AGGIR, pour les APA… »

  M14 : « il faut scinder les choses, nous on appelle quelqu'un et ce quelqu'un gère cette partie qu'on ne peut pas gérer »

  M15 : « Pour les dossiers de longue maladie, enfin les gens qui sont en situation où ils sont à la limite de ne plus être à la sécu, je ne comprends pas trop à un moment donné ils sont en accident de travail et puis, à un moment donné, pff ils n'ont plus droit à rien, et là il y a le réseau assistant social de la sécu, … euh … je ne sais pas si c'est comme ça qu'on les appelle où ils essayent de trouver des solutions … »

- Partager les responsabilités et le travail. Les médecins recherchent un soutien quand ils font face à des patients difficiles ou dans le refus de soin.

  M10 : « Alors euh oui, mais moi j'ai un gros problème mais qui je pense n'est pas de leur … enfin qui … c'est sûr ce n'est pas de leur ressort, à mon avis c'est même hors sujet mais c'est que ils mettent en place des aides et là la difficulté à laquelle je me heurte en ce moment c'est le refus des aides par les patients »

  M11 : « Après on aimerait bien l'aide un peu des assistantes sociales, qu'elles nous disent ok vous avez joué le jeu »

  M15 : « Mais après, le travailleur social qui peut permettre de euh… enfin ça peut être utile aussi de savoir… quand on est face à une situation, qu'on ressent une situation comme de l'urgence et euh… le travailleur social, ben en fait il va nous permettre de dire : ben il y a une urgence, on va s'en occuper mais on va pas forcément trouver une solution idéal »

- Alléger leur charge de travail pour gagner du temps dans leur prise en charge.

  M15 : « M15 : Moi au début de mon installation ça n'existait pas. Quand il fallait gérer, c'était … […] C'était une galère, hein… gérer l'hébergement, les… »

  M12 : « ça nous enlève un peu même notre part social parce que bon on en fait quand même un peu hein, mais on en fait moins du coup »

- Se prémunir du risque juridique : notamment dans la prise en charge des enfants. Lorsqu'il existe une suspicion de maltraitance ou de dysfonctionnement familial, le médecin se doit de donner l'alerte aux autorités judiciaires si la maltraitance est avérée. Mais s'il existe un doute, il peut alerter les services sociaux, notamment la PMI pour qu'une enquête familiale soit lancée.

  M4 (ligne 726) : « Légalement, notre obligation ou non de prévenir quelqu'un c'est essentiellement le procureur quand il y a des gens en danger autrement, légalement il n'y a pas d'obligation »

  M15 : « Il ne faut pas faire d'erreur et dans ces cas-là […] les travailleurs sociaux ils vont permettre de couvrir les arrières de tout le monde. On ne s'embarque pas dans une aventure et après on se prend des vents, en disant j'ai pas fait comme il aurait fallu et ça c'est quand même pour nous une sécurité »

Le bénéfice attendu de la collaboration est d'engager une prise en charge globale du patient. Cela permet d'avancer conjointement sur le plan médical et sur le plan environnemental (logement …), financier (ouverture des droits, aide financière…).

Ils attendent une réponse rapide car la sollicitation se fait souvent dans l'urgence.

> *M12 : « vous avez dit de euh… du conseil départemental voilà. Parce que je l'appelle souvent en urgence: « Allo Mme A. j'ai un problème, il faut que vous fassiez ouvrir un dossier en urgence, j'ai une personne en difficulté il faut que … ». Voilà comme elle répond très vite, donc euh voilà…. Mais c'est souvent pour des personnes âgées qui jusque-là n'avaient pas trop réfléchi à leur devenir et elles veulent rester à la maison pour euh… et il faut mettre en urgence euh… suite à une pathologie aiguë, il faut mettre en urgence en place des aides, voilà »*

<u>Place de la relation avec les réseaux médico-sociaux</u>

Les médecins reconnaissent avoir plus facilement recours aux réseaux médico-sociaux lorsqu'ils éprouvent un besoin d'aide dans le domaine social plutôt que de contacter directement un travailleur social. Plusieurs facteurs expliquent ce choix : il semble que les réseaux sont mieux identifiés et connus des médecins contrairement au « mille-feuilles» des services sociaux. Ils offrent une prise en charge du patient pluri-professionnelle et interdisciplinaire mêlant les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Sur le plan pratique, le contact est simple et rapide : un appel suffit à déclencher la prise en charge. L'interlocuteur appartient le plus souvent au domaine médical et paramédical facilitant ainsi l'échange d'information. D'autre part, les médecins apprécient le retour des actions mises en place qui leur est fait soit par téléphone soit par fiche de synthèse.

> *M4: « quand tu as à faire à des réseaux de soins, tu as à faire au coordinateur du réseau médical ou paramédical […] Nous, ça nous arrange »*

> *M14 : « Parce qu'on botte en touche, on appelle le réseau gérontologique et puis voilà […] Ils gèrent l'ensemble des problèmes, après ils nous demandent notre avis sur certain dossier en ce qui me concerne mais ils ont l'habitude »*
> *M14 : « C'est d'ailleurs pour ça qu'on se sert du réseau gérontologique, c'est plus simple, on a un interlocuteur et il dépatouille tout le reste. »*

> *M10 : « Ils sont hyper réglos, ils font un compte-rendu écrit systématiquement »*

(3) <u>Ressenti des médecins sur la sollicitation des travailleurs sociaux</u>

Selon le lien établi avec les travailleurs sociaux, le ressenti des médecins n'est pas le même vis-à-vis des motifs de sollicitation.

Dans les relations d'instrumentalisation : les médecins ont l'impression que les travailleurs sociaux viennent le plus souvent avec une demande administrative. Les deux situations racontées sont celles du représentant de tutelle qui appelle pour le règlement des feuilles de soins ou le travailleur social qui réclame un certificat : certificat MDPH notamment.

> *M1 : « elle m'envoie régulièrement des patients pour remplir les dossiers MDPH […] c'est la seule chose qu'elle a trouvée comme solution »*
>
> *M6 : « Quand les dossiers MDPH viennent du CMS, en face du cabinet, quand c'est les assistantes sociales qui proposent, on a convenu que euh… elles leur écrivent pourquoi elles faisaient le dossier. Est-ce que c'est pour avoir le macaron pour stationner devant le cabinet ou ailleurs… Est-ce que c'est pour pouvoir s'asseoir dans le bus, des fois c'est ça, c'est bien, là ça va.»*
>
> *M13 : « Ce qui est assez usant parce qu'on a l'impression qu'on leur envoie le bébé et qu'ils nous le renvoient en disant : « ben il faut faire un dossier MDPH »*

Quand une relation de collaboration s'est créée, la sollicitation se fait autour de la prise en charge de personnes vulnérables. Souvent les travailleurs sociaux contactent les médecins quand ils sont confrontés à des patients en rupture de soins chez qui ils constatent la nécessité de reprendre un suivi.

> *M6 : « Donc c'est un patient, c'est un nouveau patient ; euh…c'est l'assistante sociale qui m'a téléphoné pour me demander si je voulais bien essayer d'être son médecin traitant. Euh… un monsieur qui ne peut pas se déplacer et donc qu'on va voir en visite et qui habite sur le quartier ; donc évidemment c'est oui, bien sûr je vais aller voir ce monsieur. […] il avait eu un médecin traitant pendant longtemps qui était le médecin de sa mère, sa mère est décédée et il est allé moins voir le médecin traitant qui, lui, était à Maxéville, le dernier contact c'était il y a cinq, six ans je crois… »*
>
> *M15 : « Moi j'avais eu des contacts par exemple de … euh… très importants avec un tuteur qui euh … qui essayait désespérément de trouver une solution pour une patiente qui était isolée familialement et euh… pour laquelle on avait … bon une patiente diabétique euh … qui avait des problèmes de comportement lié à son déni ??? de prise de traitement et à un petit fond démentiel quand même et sur euh… sur laquelle il y avait une personne mal intentionnée avait mis la main, en fait avait décidé de s'occuper et euh… il y avait une tutelle qui était mise en place et en fait la personne essayait de euh… de manipuler la personne qui était en tutelle et interférer sur des décisions du tuteur et ça a été… On a eu des courriers, des rencontres téléphoniques en fait à propos de cette patiente pour essayer de trouver une solution, pour finalement arriver à obtenir la … Lui chercher… alors elle était en résidence pour personnes âgées non médicalisée, puis l'objectif c'était de la mettre en résidence médicalisée type EHPAD, et ça a été deux années de courriers, de contacts, de discussions, d'interventions à propos de la personne »*

Facteurs expliquant le choix du médecin sollicité :

- La proximité géographique
  M3 : « j'ai eu ce type de lien […] il y avait un foyer REALISE […] j'étais pas trop loin et j'étais celui qu'elles allaient voir »

- Les activités annexes
  M3 : « Il y a un foyer, une structure avec laquelle je travaille au titre de ma fonction de médecin agréé »

- Les qualités personnelles positives et humaines
  M3 : « Oui, mais parce que le lien existe. Le lien est positif c'est-à-dire que quand je les reçois, pour la visite effectivement de médecin agréé avec le certificat, mais je pense qu'il trouve aussi autre chose, il doit y avoir une présence …. »

- La disponibilité

c) La place et le rôle du patient

Le patient joue un rôle clé, il est le moteur ou le frein de la relation. Sans son accord, aucune collaboration ne peut s'établir entre médecins et travailleurs sociaux.

> *M5 (ligne 182) : « …ça va être sur la base du volontariat donc si… si toi tu voulais alerter les travailleurs sociaux mais parce que la personne ne veut pas le faire, ça a peu de chance d'aboutir…»*
>
> *M15 : « les gens ils prennent ou ils ne prennent pas et si on propose des choses et qu'ils ne font pas on n'est pas tenu responsable des choses qu'ils ne veulent pas faire »*
>
> *M16 : « Il y a un accord présupposé, y'a pas… quand les gens ne veulent pas »*

Le médecin se positionne en retrait, respectant le libre arbitre de ses patients ; il ne veut pas enfreindre le cadre de leur vie privée. Le patient joue alors souvent le rôle de vecteur d'information entre son médecin et le travailleur social qui le suit, informant les uns et les autres de l'évolution de sa prise en charge. Il reste ainsi maître des informations qu'il fournit à chacun.

> *M1 : « Les patients, ils font leur truc, ils font leur sauce. »*
>
> *M1 : « je le sais parce qu'ils me le disent »*

M14 : « Bon effectivement il faut faire attention à ce qu'on veut imposer, est-ce que c'est si bien que ça ? »

M14 : « Faut pas non plus que ce soit trop intrusif parce qu'après les gens ils ne vont pas accepter du tout »

Les médecins respectent également le choix de leurs patients de ne pas avoir recours aux travailleurs sociaux par peur d'être stigmatisés.

M1: « dans l'imaginaire collectif, l'assistante sociale, le service social qui veut mettre la main sur le gamin et puis qui va piquer le gamin entre guillemets, ça reste une crainte que peuvent avoir les familles. »

M2: « J'ai une famille comme ça qui ne veut pas entendre parler de la PMI, ils veulent entendre parler de rien parce qu'ils avaient peur de ça donc ils n'y allaient pas »

M5 : « mais des fois ils n'ont peut-être pas envie d'en parler, ils en parlent moins, à qui ils veulent en parler mais ils vont pas voir l'assistante sociale parce que … euh… ils ont leur dignité, leur machin, ils veulent pas donc après …euh … c'est pas à nous »

A l'inverse certains médecins dénoncent la vision négative du monde médico-social renvoyé par certains patients.

- Ils stigmatisent certains patients comme des profiteurs, toujours en quête d'un bénéfice financier

M14 : « Ouais, mais parce que je crois qu'il y a toujours un bénéfice secondaire derrière, c'est … c'est récupérer des aides donc de l'argent »

- On note une lassitude vis-à-vis de l'attitude négative de certains patients qui demandent beaucoup d'aide mais qui manquent de motivation dans leur prise en charge.

M12 : « Ben moi j'ai des travailleurs sociaux qui sont en difficulté avec des patients, et ils en peuvent plus, justement parce qu'ils ne voient plus leur rôle. Enfin, bon voilà on est tellement dans une société d'assistanat que ben… ils vont chez les gens parce que… […] C'est leur métier, mais ils disent voilà normalement je dois leur apprendre à faire des patates rôties et en fait c'est moi qui les fait parce que la bonne femme, elle fait rien , elle est sur son ordinateur en train de jouer et pis le gamin de deux ans il est par terre dans les détritus euh… et il dit j'ai pas l'impression, ça fait des mois que je travaille dans ces conditions et je n'ai pas l'impression d'avancer. Ils sont en … Ben moi j'en ai un en ce moment il… euh…, ben de toute façon il va changer de métier, c'est ce qu'il m'a dit là »
M15 : Plus il y a d'assistanat plus ça nous met en situation d'insatisfaction des patients parce qu'ils ont l'impression que tout leur est du euh… « Ben mon voisin, il a cette aide-

là, pourquoi moi j'ai pas ? » Ben parce que vous connaissez pas ces revenus, il n'est pas comme vous « Non mais je suis sûre il gagne moins que moi »

- Ils s'étonnent également du refus émis par les patients quand ils doivent financer en partie les aides proposées.

  M8 : « l'obstacle principal du coup qu'il soit dans la tête ou qu'il soit réel, c'est dès qu'il y a un petit quelque chose à payer, c'est non, voilà… »

  M15 : « Ils veulent bien des aides à conditions qu'ils ne payent rien »

On retrouve plusieurs situations où les médecins passent outre le respect de la volonté du patient :

- Les personnes âgées en situation de dépendance qui nécessitent pour assurer leur sécurité et leur maintien à domicile la mise en place d'aide.

  M10 : « c'est un couple de personnes qui a toutes les deux plus de 90 ans, qui ont des déficiences physiques et qui commencent à avoir des déficiences mentales liées à l'âge et euh… qui vivent dans une grande maison et qui euh… qui surestiment leur possibilité de gérer quoi et donc ça fait plus d'un an qu'on intervient pour dire « vous avez besoin d'aide » pour euh … On a tout tenté »

  M12 : « Mais c'est souvent pour des personnes âgées qui jusque-là n'avaient pas trop réfléchi à leur devenir et elles veulent rester à la maison pour euh… et il faut mettre en urgence euh… suite à une pathologie aiguë, il faut mettre en urgence en place des aides, voilà »

- Les enfants : le médecin a une obligation légale d'alerter en cas de suspicion de mauvais traitement physique ou psychique

  M15 : « Il y a eu la saisie du procureur, ça c'était en situation d'urgence. Après quand on a une situation où on remarque des coups éventuellement, c'est notre rôle aussi soit on informe la ??? anonymement, soit on passe effectivement par les structures en disant j'ai un doute sur… et ça prend du temps, c'est sûr qu'il y a une urgence mais... euh […] Il ne faut pas faire d'erreur et dans ces cas-là […] les travailleurs sociaux ils vont permettre de couvrir les arrières de tout le monde. »

- Les étrangers, immigrés : d'un point de vue administratif, pour ces patients, le médecin a besoin de l'aide des travailleurs sociaux pour l'ouverture des droits : AME, CMU … et inversement les travailleurs sociaux ont besoin des médecins pour les demandes de certificats pour les dossiers de demande d'asile.

  M3 : « Celui que je vois le plus, c'est celui qui accompagne les étrangers et manifestement il vient avec un dossier complet il a toutes les pièces administratives du dossier »

M9 : « Moi j'ai deux magnifiques gamins de vingt ans et vingt-deux ans, deux frères en super forme aujourd'hui, je dis magnifique parce que ils sont toniques, ils sont kosovars, qui ont reçu leur OQTF [Ordre de quitter le territoire français, NDLR] et qui voulaient que je leur fasse un certificat pour la préfecture »

- Les patients socialement défavorisés en situation de précarité qui sont souvent en situation de rupture de soin : dans ces situations, le médecin et l'assistante sociale s'allient pour donner le plus de chance possible à la réussite de leur prise en charge. Ils s'associent pour maintenir un réseau de veille autour du patient en attendant le moment où il sera plus disposé à coopérer.

M8 : « ça serait une personne de… pareil de cinquante, entre 50 et 60 ans qui vit au troisième étage sans ascenseur, qui subit toutes les complications d'une obésité morbide et qui pour laquelle… qui est en insuffisance respiratoire sévère sans syndrome d'apnée du sommeil qui a l'oxygène à domicile et la question était de lui mettre en place une téléalarme, une auxiliaire de vie pour l'aider à laver les pieds qu'elle n'atteint pas et également une aide-ménagère… Donc là encore, j'ai entendu parler des énormes difficultés qu'ont eu les équipes de travailleurs sociaux, ensuite elles ont commencé des choses mais elle n'a pas suivi et de manière générale on va dire que grosso modo quand on la contacte il faut qu'elle soit bien disposée et puis pas trop à la fois donc c'est encore en cours »

2. LES DIFFICULTES RENCONTREES

a) Le secret professionnel

L'interprétation du secret professionnel et ses conséquences ne sont pas les mêmes pour chaque participant.

Plusieurs médecins évoquent le secret comme une barrière à toute relation, car on ne peut délivrer aucune information du dossier médical. Le cadre juridique ne prévoit pas le partage du secret avec les professionnels du domaine social, même avec l'accord du patient. Et inversement, il pense que c'est également pour cette raison que les travailleurs sociaux ne les contactent pas.

M4: « Il y a peut-être, comme nous qu'on a le secret médical et qu'on ne peut pas trop divulguer, ils ont peut-être aussi leur secret professionnel qu'ils n'ont pas le droit de divulguer probablement »

Deux participants du premier focus group limitent le secret au périmètre du cabinet : tout ce qui est dit lors de consultation ne peut être répété.

M2: « après tout ce qui est dit pendant la consultation »

Pour certains médecins, le secret professionnel explique le recours aux réseaux médico-sociaux. Pour eux, la structuration institutionnelle de l'espace médico-social n'a pas inclus les travailleurs sociaux dans le secret partagé. Ils font donc appel à des réseaux où leur interlocuteur appartient aux mondes médical ou paramédical avec lesquels ils peuvent partager certaines données du dossier.

> *M1 : « je pense que si ça fonctionne comme ça d'un point de vue institutionnel par rapport au secret médical »*

Pour d'autres médecins, l'interprétation du secret professionnel n'est pas la même. Ils considèrent que, si le patient est d'accord, on peut partager certaines informations du dossier avec les travailleurs sociaux.

> *M8 : « J'ai peut-être une position très libertaire mais je pense que l'assistante sociale aussi, elle est soumise au secret professionnel […] Donc à partir de là, à moins qu'on soit mis sur écoute, voilà »*

Ils se posent alors une question : quelles informations peut-on partager ? La réponse émise par M6, M7 et M8 est plutôt simple : les informations utiles aux travailleurs sociaux dans leur démarche : c'est-à-dire celles concernant les besoins d'aides du patient.

> *M6 : « Ceci dit j'essaie de faire attention à donner des éléments du dossier médical qui sont pertinents à la prise en charge sociale »*

> *M7 : « Oui, moi c'est un petit peu pareil, euh… on parle de euh… de ce qui concerne vraiment l'assistante sociale, du travailleur social en l'occurrence, voilà on ne parle pas du reste. A savoir s'il y a des problèmes effectivement d'aides à domicile et de choses comme ça, on va parler de tout ça quoi. Est-ce que la personne a besoin de ça ou pas, quoi …»*

b) La méconnaissance

- <u>La méconnaissance des différentes professions du monde social et de leur rôle</u>

Les médecins ont du mal à identifier quelles sont les professions appartenant au secteur social des intervenants ayant un rôle social. Par exemple, un médecin identifie les AVS (auxiliaire de vie scolaire) comme un travailleur social, alors que c'est une profession qui découle du ministère de l'Education et qui ne nécessite aucune formation particulière.

> *M3 : « Est-ce que les tuteurs font partie de ces métiers-là ? »*
> *M5 : « J'imagine qu'elles sont suivies mais je serais bien incapable de savoir qu'elle est leur rôle concret »*

M15 : « … moi je ne connaissais pas du tout le monde du tuteur dans ce sens-là et c'est vrai que … ça permet de voir qu'ils ont aussi des missions qui… »
M15 : Les AVS est-ce que c'est des travailleurs sociaux ou pas, c'est quand même des missions ciblées
M16 : « On parlait de l'assistante du Conseil Général, elle, c'est comme un réseau enfin c'est comme le réseau. On parlait de l'assistante sociale du Conseil Général ? Elle fonctionne comme le réseau »

D'autres se demandent s'il existe un exercice libéral de la profession d'éducateur, un éducateur libéral et un éducateur salarié remplissent-ils le même rôle ?

M4 : « Il y a des éducateurs indépendants ; moi j'ai une patiente qui est suivie par un éducateur, je crois qu'il doit être free lance ou je ne sais pas quoi ? »

- <u>L'organisation du travail social et les structures existantes</u>

Les médecins jugent le système social trop compliqué avec trop de structures différentes. Par exemple, ils ne savent pas forcément à qui s'adresser pour certaines aides : à la mairie, au CMS, au conseil départemental…

M1 : « Le problème c'est que… Le problème c'est que le travailleur social dont on aura besoin sera différent selon le cas de figure de toute façon. Ca ne sera pas le même si c'est pour un gamin, si c'est pour une personne âgée, si c'est pour un problème de budget »

Un médecin évoque la difficulté imposée par le découpage du territoire : exerçant entre deux territoires, ce médecin ne sait jamais en fonction du lieu de résidence de ses patients à qui elle doit les adresser.

M17 : « Alors nous sur Sommervillers, la difficulté c'est qu'on dépend de deux secteurs en gros, on dépend de Lunéville et on dépend du Sel et du Vernois, donc de Saint-Nicolas-de-Port. Donc en fonction du domicile du patient, on… »

Ils dénoncent également le manque de communication entre les différentes organisations sociales et la perte de temps qui en découle.

M6 : « il y a beaucoup d'intervenants et la secrétaire m'a passé l'assistante sociale que je connais bien, elle m'a dit : mais non c'est pas nous les travailleuses familiales, c'est je ne sais plus qui et je ne sais plus qui, je n'ai pas encore donné suite pour avoir l'avis des travailleuses familiales… Alors c'est aussi le Conseil Général mais c'est eux qui gèrent les relations directes avec les travailleuses familiales ce n'est pas au CMS donc voilà euh… »

M15 : « parce qu'il y a l'hôpital, il y a l'assistante sociale de l'hôpital qui va commencer à faire un truc et puis il y a déjà des choses qui avaient été lancées et des fois on a l'impression qu'il n'y a pas la concertation nécessaire à ahhhh… à la bonne économie …

on a l'impression qu'il y a plein de choses qui sont faites ensemble et puis finalement ça n'avance pas »

- Les possibilités d'aides financières et matérielles

Ils décrivent de nombreuses aides : entre les aides connues de tous comme l'APA, l'AAH… et les aides plus ponctuelles que peuvent offrir certains CCAS en fonction de leurs moyens. Il semble impossible de tout connaitre et donc de savoir où adresser son patient.

M9 : « Moi j'ai une copine qui travaille à la caisse primaire, et je fais partie d'un tout petit comité d'action sociale et alors donc on discute quand on a une famille à gérer ou une personne, on discute des possibilités, de ce qu'on peut faire donc moi je lui fais remonter euh… je lui fais remonter pas par rapport à son travail mais je lui fais remonter par rapport à sa situation dans le comité et c'est fou toutes les possibilités qui existent et qu'on… et qu'on ignore complètement »

M15 : « C'est quelque chose qui nous a beaucoup aidé pour débrouiller des situations, mettre en place des aides en urgence, pour des financements, pour expliquer à la famille comment il fallait procéder enfin c'est quand même euh… tout un boulot pour lequel on n'est pas du tout formé et euh… on n'a pas les coordonnées, on a pas les adresses. Nous on n'a pas ce carnet d'adresse-là parce que nous en fait ils font le fiscal du dossier, ils font l'étude des possibilités »

c) Le cloisonnement entre le médical et le social

- L'organisation différente du travail

Du fait de leur activité libérale, les médecins ont souvent des horaires élargis, contrairement aux travailleurs sociaux qui ont le plus souvent des horaires de bureau. Ce décalage rend parfois la rencontre difficile.

M7 : « Je crois que la plus grosse difficulté, c'est de euh… c'est aussi le euh… l'accessibilité enfin c'est de euh… de pouvoir être disponible tous les deux au même moment. Ca, c'est la plus grosse difficulté parce que ben les gens, et je veux dire, nous, on a besoin effectivement de répondre à une question avec les gens, ça c'est important donc il faut que ça soit au moment où les gens sont là »
M9 : « Pour prolonger, pour répondre à votre question euh… Il faudrait que le travailleur social travaille jusqu'à vingt-et-une heure comme moi. »

Par ailleurs, ils décrivent une difficulté à joindre les travailleurs sociaux. L'appel ne tombe jamais au bon moment, d'un côté comme de l'autre : soit le médecin est en consultation et n'a pas le temps de parler, soit le travailleur social est en entretien.

M3: « La difficulté, c'est de les contacter, savoir comment les appeler »

M7 : « Parce que forcément le travailleur social qui nous appelle il tombe forcément mal, parce qu'on est en train de consulter et nous, ben on tombe mal aussi à l'inverse, on ne tombe pas dans les bons horaires et eux aussi ils sont en entretien »

M17 : « Des difficultés à les joindre mais une fois que qu'on les a joint ça a été »

- <u>Une activité chronophage, non rémunérée</u>

Avec un grand nombre de missions à remplir, les médecins déclarent avoir une charge de travail importante et donc peu de temps à dégager pour la collaboration avec les travailleurs sociaux.

M11 : « Arrêter on va finir par culpabiliser d'être venu. Non, non, c'est vrai, c'est affreux tout ce qu'on a à faire, tout gérer. Parce que maintenir les gens en bonne santé, ils ne font aucun effort […] ça c'est comme tout le reste ils veulent être en bonne santé mais c'est à nous de travailler pour qu'ils y soient. Ils ont besoin d'aides, c'est à nous de nous débrouiller pour trouver des aides.»

M15 : « Dans la loi HPST, en plus il parle de ???un maximum, c'est compliqué de remplir tous les rôles euh et c'est facile de trouver qu'on devienne bon quoi, on ??? on ne peut pas faire tout, c'est impossible d'être sur tous les fronts quoi »

Pour certains, les démarches sociales sont longues, difficiles pour peu de résultats face à des patients peu compliants, dans le refus ou le déni.

- <u>Un temps d'action différent :</u>

La plupart du temps, le médecin fait appel à l'assistante sociale quand il se retrouve face à une situation d'urgence : il attend une réponse rapide alors que les démarches sociales demandent du temps.

M6 : « les gens n'ont pas toujours un rendez-vous assez rapide. C'est ça que je voulais dire ; quand ils vont voir leur assistante sociale, la secrétaire donne des rendez-vous pas dans l'immédiat, quoi. Et nous quand on a envie de travailler avec un travailleur social, on est souvent dans l'immédiateté pour les gens, quoi »

d) La politique sociale et les institutions sociales

Les médecins dénoncent un contexte social et politique difficile avec peu de moyens alloués au système social, ce qui entraine un manque de pouvoir d'action des travailleurs sociaux.

M12 : « Et le problème, c'est que dans notre politique actuelle, on aura de moins en moins d'aide parce que bon, le Conseil Général a moins de subventions donc on voit déjà les aides qui s'amenuisent sur les aides qui sont présentes et on a du mal à avoir certaines aides… Enfin les gens doivent de plus en plus payer, parce que avant la situation, peut-être qu'il y a dix ans la situation que tu as dit où ben ils refusaient parce qu'il y a aussi la part où on doit donner de l'argent euh… ben là maintenant dans les plans d'aide il y a contribution familiale ou même des personnes est de plus en plus importante »

M14 : « Dans tous les domaines, il y a beaucoup de pertes, les aides ne vont pas forcément là où elles sont les plus utiles »

M15 : « Le plan d'aide il y a un financement qui existe mais qui s'est réduit fortement depuis un ou deux ans parce qu'il n'y a plus les fonds qui lui sont dédiés. Et euh… les familles pensent que c'est toujours trop cher en fait de, de euh… de s'occuper de leur … Pour le portage des repas par exemple euh… c'est pas gratuit, il faut quand même payer le euh… la cantine »

Ils décrivent le manque de poids de certaines institutions par rapport au passé. Par exemple, en parlant de la PMI, ils constatent que les familles n'ont plus « peur » de la PMI, qu'elles ne respectent pas les règles ou les propositions faites par celle-ci.

M15 : « Et euh… avant, avant on disait qu'on va les menacer de la PMI et que… en fait c'est pas du tout ça la PMI, c'est des gens qui sont là pour aider les familles et si les familles refusent l'aide et ben on ne peut rien faire »

e) Le manque de formation

Plusieurs médecins déclarent ne pas avoir eu de formation dans le domaine social mais ils ont un discours ambigu car ils déclarent également qu'au moment de leur formation initiale, ils ne mesuraient pas la nécessité d'une telle formation.

3. LES AMELIORATIONS PROPOSEES

a) Se rencontrer

Les médecins s'accordent pour dire que rencontrer les travailleurs sociaux, notamment les acteurs locaux comme les assistantes sociales de secteur permettrait de mieux se connaitre, d'échanger et de découvrir le rôle de l'autre.

M1: « Déjà connaître les gens, les avoir vus […] je pense que déjà ça permet de euh… d'avoir envie de travailler avec… »

M4: « …savoir ce qu'ils font, savoir ce qu'ils peuvent faire… voilà quoi ça, ça peut être intéressant… savoir où ils sont, où les trouver, savoir ce qu'ils font et ce qu'ils peuvent faire… »

M7 : « Mais je pense qu'il faut déjà qu'on se rencontre… dans le même lieu ce n'est pas forcément obligatoire mais si on arrive à pouvoir trouver un système qui nous lie plus facilement ce serait déjà pas mal »

La question se pose sur comment se rencontrer. Le contact souhaité est plutôt ponctuel, non chronophage et informatif.

Deux propositions sont faites :

- l'organisation de journée d'information par les mairies.

  M1: « Les services sociaux des mairies pourraient dire : « J'invite tous les médecins » je pense qu'il y n'y en a pas beaucoup qui viendraient mais c'est toujours le même problème après. »

- une rencontre sur le mode du « speed-dating » : rencontrer les différents acteurs médico-sociaux d'un secteur et avoir cinq minutes pour se présenter et expliquer sa fonction.

  M15 : « Mais il y a des expériences de formation, je ne sais plus dans quelle fac, où ils ont mis en place un… un responsable sous forme de speed-dating, c'est rigolo »

b) Une formation commune

Certains médecins proposent l'organisation de formations communes mais dans leur discours ils semblent plus ouverts à l'idée de journée d'informations ou de rencontres ponctuelles.

Pour d'autres, on note une réticence à avoir des modules de formation en aide sociale dans la formation initiale et une réticence à des réunions de formation régulières avec les travailleurs sociaux. Les médecins déclarent avoir déjà beaucoup de réunions de formation continue et n'avoir pas forcement le temps ou l'envie d'en rajouter de nouvelles.

M4: Non, mais pas une formation, j'ai pas envie, j'ai pas envie d'être formé au niveau social »

M1: Mais après une formation intégrée dans la formation universitaire, je pense que ce n'est pas la peine »

M12 : « Après à la fac de médecine c'était le module de santé publique. Moi je suis désolée mais je ne l'ai pas retenu ce module »

M14 : « Et je pense qu'à un moment donné, on ne peut plus. Et pour c'est pour ça que là, il faut scinder les choses, nous on appelle quelqu'un et ce quelqu'un gère cette partie qu'on ne peut pas gérer, c'est pas possible on ne peut pas se former à tout, c'est impossible. Et si on est formé comme on ne retient pas tout on va être mal formé et ce sera… »

c) Simplification du système social

Les médecins évoquent pour beaucoup la notion d'interlocuteur unique qui leur permettrait d'avoir une meilleure visibilité de la personne à contacter en cas de besoin. Ils décrivent un système analogue au système de santé en imaginant un travailleur social probablement une assistante sociale référente qui jouerait le rôle de porte d'entrée dans le monde social. Son rôle serait d'évaluer les besoins du patient, de le rediriger vers les structures adéquates et de centraliser le dossier social du patient.

M7 : « A la limite, ce qui serait peut-être utile, c'est qu'il y aurait une personne qui soit un interlocuteur ou au minimum une messagerie ou enfin quelque chose comme ça… un interlocuteur qui soit présent sur une longue plage horaire qui pourrait simplement peut-être, pas bien sûr résoudre un problème mais servir de relais peut-être pour que après on puisse poser un problème pour que après les choses soient prises en charge. Je pense que ça pourrait faciliter les choses »

M14 : « Et c'est fondamental, il faut préciser qui est l'interlocuteur, c'est tout bête et puis de temps en temps on se rencontre. Mais ça s'arrête là, on ne se met pas dans la peau d'un travailleur social comme le travailleur social ne se met pas dans notre peau »

M15 : « Un monde idéal, ce serait de pouvoir avoir un… un téléphone rouge pour euh… là il y a une situation sociale compliquée … Allo… »

d) Travailler dans un lieu commun

L'idée de passer du statut de la simple rencontre au fait de travailler ensemble a été abordée par tous les groupes. Ils proposent d'intégrer les travailleurs sociaux au sein des maisons médicales pluridisciplinaires mais se pose alors la question de la rémunération.

M6 : « Le secteur social, les généralistes, l'équipe de soins primaires et voilà… Il y a une expérience, hein C'est Y à H. Dans la maison pluri professionnelle de santé, il y aura les gens du secteur social qui seront intégrés dans la structure »

M15 : « Ben euh… dans l'idéal… des maisons de santé pluridisciplinaire, ça a été réfléchi puisqu'ils estiment que d'avoir un temps social assez important, après euh… la problématique c'est effectivement d'arriver à rentrer ça dans un… dans un fonctionnement euh… euh …qui ne soit pas trop intrusif, non plus dans… »

e) Modifier les politiques de santé d'accès aux soins

Le groupe 2 pousse plus loin l'idée du travail ensemble en proposant un changement dans l'accès aux soins primaires en créant, sur un territoire donné, des centres de soins primaires où les patients auraient accès au secteur sanitaire mais également au secteur social sur le modèle canadien.

M8 : « Au Canada, l'organisation du système de soins repose sur des centres locaux de services communautaires dans lesquels il y a une unité de médecine de famille, des travailleurs sociaux, psychologue, kiné… »

M6 : « Mais ça c'est son… C'est … c'est un peu l'avenir : les unités de soins primaires … organisées par la profession et voilà »

M6 : « … une unité médico-sociale à l'échelle d'une commune comme la nôtre de, je ne sais pas de 2000 habitants, une ou deux structures au sein de communes comme ça un peu partout ce serait surement plus efficient que le secteur social dans son coin, le secteur médical et ben voilà avec non pas des secrétaires, je n'aime pas le mot maintenant on utilise plutôt le mot assistant euh… des assistantes qui pourraient faire l'interface entre les disponibilités de chacun et voilà. »

C. DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

L'étude a montré que tous les médecins généralistes s'accordent sur leur rôle social. Ils le définissent à travers leur relation médecin-malade : colloque singulier avec d'un côté le médecin : référent des soins et de leur coordination, oreille attentive et de l'autre le patient : avec ses problématiques personnelles de travail, logement, environnement familial qui influent sur son état de santé.

Mais nous avons pu dégager trois profils de médecins quant à leur vision de leur pratique dans le domaine social :

=> Médecin « conseiller » : le médecin se positionne en conseiller, il oriente le patient vers les services sociaux quand il constate un besoin, il laisse au patient le soin de

coordonner sa propre trajectoire. Il considère l'action sociale comme hors de son champ de compétence qu'il semble limiter à l'approche biomédicale du patient.

=> Médecin « engagé » : le médecin valorise sa prise en charge du patient dans sa globalité : il s'efforce d'intégrer les problèmes de santé dans l'environnement du patient et essaie de proposer une prise en charge pluridisciplinaire médico-sociale.

=> Profil intermédiaire qui semble le plus représenté dans l'étude : le médecin valorise sa connaissance approfondie du patient et sa position de témoin de la demande sociale. Il se place en coordinateur de l'information et des soins du patient mais reconnait ses limites et ses manques dans le domaine social le conduisant à se placer en conseiller alors qu'il souhaiterait parfois aller plus loin.

La collaboration avec les travailleurs sociaux est décrite comme rare, ponctuelle et brève. On ne peut d'ailleurs pas parler de collaboration mais plutôt d'épisodes de travail pluridisciplinaire autour d'un patient. Chaque partenaire contacte l'autre lorsqu'il atteint les limites de ses compétences et qu'il peut déléguer une partie de sa charge de travail. Il n'y a peu ou pas d'échanges entre les deux partenaires et surtout, il n'y a pas d'élaboration d'un projet commun autour du patient.

Les médecins attendent d'une collaboration réussie qu'elle soit efficace pour le patient, non chronophage et qu'elle n'entraîne pas de surcharge de travail surtout sur le plan administratif. Ils attendent qu'elle leur fournisse une réponse précise et concrète dans la prise en charge de leur patient en situation socio-médicale complexe.

Les principales difficultés évoquées par les médecins sont le secret professionnel, les difficultés organisationnelles (manque de temps, surcharge de travail…), la méconnaissance du travail social et de son système. On note également qu'il existe un cloisonnement entre médecins et travailleurs sociaux reposant sur une culture professionnelle différente et un statut différent.

Les pistes d'amélioration proposées reposent principalement sur la rencontre avec les travailleurs sociaux : lors de journées d'information, ou de formation, dans un lieu de travail commun comme une maison de santé pluridisciplinaire.

2. Force et limites

a) Intérêt de la méthode

Dans notre étude, l'objectif était d'évaluer le ressenti des médecins sur l'état actuel de leur collaboration avec les travailleurs sociaux pour faire ressortir les déterminants

positifs et négatifs d'une collaboration réussie. Le choix d'une méthode qualitative s'est donc imposé naturellement puisque ces données ne sont pas quantifiables.

La méthode des focus groups nous a paru la plus indiquée car c'est un outil approprié à la saisie du sens partagé. L'entretien collectif permet d'accéder au sens commun, aux modèles culturels et aux normes (15), en mettant en évidence les convergences ou les différences de perspectives au sein d'un groupe d'individus (10).

b) Limites liées à la méthode

- Liée à l'animation des groupes

L'animatrice était novice dans la réalisation d'entretiens de groupe. La formulation des questions, la manière de relancer la discussion étaient largement perfectibles. Nous nous sommes efforcées d'utiliser la reformulation et des formules de relance neutres lorsque les propos devaient être précisés. Mais nous sommes conscientes que notre manque d'expérience en matière d'étude qualitative a engendré quelques interventions susceptibles d'influencer la discussion. Par ailleurs l'animatrice étant l'investigatrice de l'étude, il existait un risque d'orientation des réponses par rapport à l'objectif attendu.

- Liée à la population recrutée

Il existe un biais de recrutement. Nous avons été confrontée à un grand nombre de refus, il se peut donc que les médecins ayant accepté de participer étaient ceux intéressés par le sujet. Par ailleurs, le recrutement par l'intermédiaire de l'association AMPPU a entrainé la sélection de médecins engagés dans leur formation rendant l'échantillon peu représentatif de la population générale.

D'autre part, les groupes étaient constitués de médecins ayant l'habitude de se concerter puisqu'ils se réunissent au moins une fois par mois lors d'une réunion de FMC. Cela a permis d'avoir des entretiens fluides dès le début de la discussion, mais les relations de hiérarchie au sein des groupes étaient déjà en place et méconnues par nous.

On a donc pu constater dans deux focus groups un effet leader d'opinion. Dans le focus group 2 un médecin a dominé l'entretien mais il a également permis de faciliter les relances. Au sein du focus group 3, on a pu constater que deux des médecins ont dominé l'entretien, quatre ont tenté de rebondir à leur discours et deux se sont montrés très effacés.

- Liée à l'analyse

L'analyse a été réalisée par les deux thésardes, toutes deux novices en matière d'étude qualitative. La réalisation de cette analyse se veut la plus objective possible mais le risque de

partialité de notre regard, étant donnée notre implication dans la recherche, est à prendre en compte. L'analyse des entretiens est descriptive et interprétative, il existe donc une part de subjectivité de notre part : du choix de la problématique à la présentation de nos résultats, notre propre vision ne peut être totalement effacée.

Pour réduire ces biais d'interprétation, nous avons pris plusieurs précautions :

- La retranscription mot à mot des verbatim, afin d'analyser les propos exacts des participants
- La triangulation de chercheur pour l'analyse, chaque focus group ayant été analysé par les deux thésardes pour confirmer les codages.

La validité externe ou transférabilité des résultats est discutable : d'une part notre échantillon n'est pas représentatif des médecins généralistes puisqu'il a été sélectionné au sein d'une association de formation continue. D'autre part, dix-sept médecins ont été interrogés, cet effectif, un peu faible, correspond plutôt à une étude exploratoire. Et la saturation des données n'a pas été atteinte puisque l'analyse du troisième focus group a apporté de nouvelles thématiques. Nous avons essayé d'organiser un quatrième focus group mais n'avons pas réussi à recruter assez de médecins.

- <u>Liée aux résultats</u>

Les résultats obtenus d'une étude par focus group ne sont pas généralisables car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population de l'étude.

3. Comparaison à la littérature

a) Rôle social du médecin

Dans l'étude, les médecins sont d'accord pour dire qu'ils ont un rôle social à jouer. Ce rôle commence par l'établissement d'une relation singulière avec leur patient permettant à celui-ci de se confier. Ils se doivent également de dépister les situations à risques et de proposer une solution ou tout du moins d'orienter leur patient vers un professionnel qui pourra les aider. La plupart des médecins interrogés se positionnent en tant que conseillers. Deux hypothèses expliquent cette position : la volonté de ne pas enfreindre la vie privée et de respecter le libre arbitre de leur patient leur laissant le choix de recourir ou non aux services sociaux, et le sentiment que les problématiques d'ordre social ne dépendent pas de leur compétences.

Seuls les médecins du focus group 2 déclarent une volonté de prendre en charge les situations médico-sociales complexes et développent plus facilement des réseaux informels ou formels de travail avec les partenaires du monde social.

Dans notre pays, le « médecin traitant » ou médecin généraliste représente le premier contact des patients avec les soins mais son rôle a longtemps été mal défini. Ce n'est qu'en 2004, par l'article L4130-1 de la loi HPST du CSP (16) qu'il a été légalement défini. Les missions du médecin généraliste sont notamment les suivantes : orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ; contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ; s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé…

D'après la thèse « Rôle social du médecin généraliste : enquête auprès des médecins généralistes de Montpellier» d'E. Mathieu, le rôle social du médecin généraliste comprend l'orientation et le dépistage, l'information, l'écoute et le conseil du patient sur ses droits sociaux en général. Il a également un rôle de coopération, d'action et de partenariat avec les services sociaux afin d'améliorer la coordination des soins (17).

En dehors du dépistage, il semble que les médecins de l'étude ont bien intégré leur rôle de repérage, ainsi que l'importance de créer une relation d'écoute permettant la mise en confiance des patients. Ils ont plus de mal à définir leur rôle dans la coopération et l'action qui découle de ce rôle social. Comment celui-ci peut-il modifier leur pratique habituelle ?

Dans sa thèse « Compétences psychosociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé », S. Chatelard tente d'identifier les compétences que les soignants pourraient développer par rapport à leurs patients pour limiter les inégalités sociales de santé. A travers une revue de la littérature, elle met en évidence trois principales compétences psychosociales : le repérage des patients vulnérables, la relation d'empathie sans jugement et la collaboration avec les professionnels du champ médico-social (18).

En pratique, les médecins généralistes de notre étude présentent des divergences d'opinion quant à leur mission. Certains jouent un rôle actif, n'hésitant pas à solliciter directement l'assistante sociale en cas de besoin. D'autres se positionnent en simple conseiller et considèrent que joindre l'assistante sociale n'est pas de leurs prérogatives. Ces deux positions sont également décrites dans l'enquête qualitative réalisée par I. Laurent (Querrioux) (19).

Le manque d'intérêt pour les problématiques sociales ne semble pas être le seul facteur limitant. Les médecins généralistes intègrent leur rôle social dans les nombreuses autres missions qui leur sont demandées : rôle dans la prévention, rôle de dépistage, rôle classique de diagnostic et prise en charge de la maladie… Ils dénoncent une pression sociale de la part des patients et des pouvoirs publics leur demandant de prendre en charge de plus

en plus de choses et comme dit M14: « On ne peut pas être bons partout ! ». Ils avouent donc leurs faiblesses face aux problématiques sociales et le manque de temps qu'ils ont pour les gérer, les relayant donc au second plan.

b) La place du patient

N'oublions pas que si médecins généralistes et travailleurs sociaux s'allient, c'est toujours dans l'objectif d'améliorer le bien-être et la santé de leur patient. Se pose alors la question de la place du patient ? Quel rôle joue-t-il dans la collaboration ?

Le médecin généraliste par sa culture de médecin de famille a établi avec ses patients un colloque singulier : une relation de confiance, d'écoute. Mais l'autonomie et l'indépendance en matière de soins sont restées, en général, prépondérantes : le soigné et ses proches participent activement à l'élaboration et au suivi des démarches thérapeutiques médicales ou non médicales. D'ailleurs la loi de 2002 dit « Droits des malades » (20) a instauré le principe de codécision thérapeutique. La codécision thérapeutique est un levier essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins, l'observance des traitements médicamenteux, l'adhésion aux traitements, la compréhension des enjeux de la santé et la mise en œuvre effective d'actions de santé non médicamenteuses (21).

Ce concept de codécision permet le respect de la dignité et le libre arbitre des patients. Alors quand celui-ci lui demande de ne pas recourir aux travailleurs sociaux, il respecte son choix.

Mais dans son article « Le non recours aux soins de santé », H. Revil montre que la première cause de non recours aux aides sociales (demande de CMU, CMU-c et ACS) est l'ignorance des patients. Les patients ignorent s'ils sont éligibles ou non aux prestations et ils dénoncent également la complexité administrative des démarches d'obtention. La multiplicité des acteurs entraîne également une complexité décourageante, source de non recours. On distingue le non recours par ignorance et le non recours par « non demande » : dans ce cas, la question de la stigmatisation est prégnante. Les ressortissants potentiels ne déclenchent pas les démarches, parce qu'ils refusent d'entrer dans une catégorie qu'ils jugent disqualifiante (22).

Dans ces deux situations, le médecin généraliste n'a-t-il pas un rôle à jouer ?

Il se doit d'informer ses patients sur les dispositifs d'aide dont ils peuvent bénéficier mais on verra plus tard que les médecins connaissent mal ces dispositifs alors comment peut-on informer quand on ne dispose pas de l'information ?

Sur la question de la stigmatisation, celle-ci n'est pas du fait du médecin mais de la vision que porte la société sur ces « pauvres » qu'elle représente parfois comme des « assistés ». Le médecin, en confortant le patient dans son non recours, ne conforte-t-il pas cette vision stigmatisante? Ne doit-il pas dénoncer cette vision et permettre à ses patients

d'accéder à leurs droits ? La réponse à cette question dépend probablement des convictions personnelles de chaque professionnel ainsi que de sa formation.

Dans leur thèse « Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution », S. Ernst et I. Mériaux démontrent qu'une connaissance sur la CMUc influence positivement les opinions des internes sur le tiers payant et que de meilleures connaissances sur les inégalités sociales de santé peuvent également avoir un impact positif sur les représentations des internes (23).

c) Ces situations qui mettent en difficulté

(1) La personne âgée

La principale situation complexe décrite par les médecins de notre étude justifiant pour eux le recours aux travailleurs sociaux est la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie.

Progressivement, avec l'âge et les accidents de vie s'installe la dépendance. Ce processus se constitue à la rencontre d'éléments médicaux complexes (poly-pathologies chroniques) et du contexte social. Du fait de cette vulnérabilité, les patients âgés perdent souvent leur position de co-responsable dans la relation médecin-patient, imposant aux médecins une modification de ces pratiques par la nécessité d'introduire des tiers dans ce qui relevait auparavant du colloque singulier (24).

La prise en charge de la personne âgée en situation médico-sociale n'est pas simple, surtout quand celle-ci oppose un refus de soins à son médecin. Il semble que pour adapter au mieux leur prise en charge, les médecins doivent d'abord comprendre ce que traduit ce refus. Dans l'article « Refus de soins opposés aux gestionnaires de cas de personnes âgées en situations médico-sociales complexes : regard croisés », les auteurs décrivent deux positions de la personne âgée par rapport aux refus :

- Elle peut manifester un besoin de préserver son identité indemne des stigmates de la vieillesse et de la maladie : « refuser pour exister ». La personne revendique son autonomie et son droit à la préserver le plus longtemps possible, l'aide proposée est vécue parfois comme un facteur d'accroissement de la dépendance. Alors qu'elle redoute que sa perte d'autonomie fonctionnelle ne diminue son pouvoir d'agir, s'opposer à son médecin ou à un professionnel lui permet de faire valoir son droit à décider de sa vie.

- Au contraire, le refus peut manifester un désir de couper les liens : « refuser pour disparaître ». La personne exprime une volonté d'abandonner la lutte face à l'affaiblissement, la souffrance et la maladie. Dans cette étude, les médecins

interrogés ont dit défendre autant que possible les choix de la personne, cette posture permet dans certaines situations de lever le refus, dans la mesure où la personne se sent entendue, reconnue et respectée. Elle ne doit cependant pas faire oublier le principe de non-abandon, qui s'impose face à des personnes qui fuiraient toute relation (25).

Dans notre étude, les médecins mettent en place ce dispositif de non-abandon, certains montrant une persévérance accrue dans la prise en charge de leur patient. Mais on constate tout de même que ces situations entraînent chez les médecins un sentiment d'échec, d'impuissance et de découragement.

Pour pallier ces situations, ils développent des relations interprofessionnelles le plus souvent en appui sur les services de proximités : SSIAD, aides à domicile, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens et assistantes sociales ainsi que sur le réseau familial. Nous verrons plus tard comment se construisent ces réseaux informels de travail.

(2) L'enfance

L'autre situation décrite par les médecins interrogés est celle de l'enfance. Deux cas sont exposés, celui de l'enfant suivi par les services sociaux et celui de l'enfance en danger.

=> Les enfants suivis par les services sociaux

Les médecins interrogés se sentent à l'écart de ces prises en charge. Ils constatent même qu'ils ne sont pas toujours au courant de l'intervention des services sociaux dans certaines familles. Ce sont les patients eux-mêmes qui les tiennent informés. Est-ce un manque dans leur prise en charge ? Ils ne semblent pas s'en plaindre.

=> L'enfance en danger

Quelques médecins évoquent leur rôle d'alerte et de signalement quand ils sont confrontés à une situation de maltraitance. Ils expriment la difficulté d'évaluer seule une telle situation avec la crainte de l'erreur et les conséquences psycho-sociales sur les familles. Une approche ou tout du moins une enquête sociale leur semble nécessaire mais ils méconnaissent la procédure de signalement. Dans notre étude, la PMI semble être l'interlocuteur identifié par les médecins.

Ces propos sont confirmés dans la thèse : « Le médecin généraliste face à l'enfant en danger : 10 récits de médecins de Loire-Atlantique ». M-S Bacle démontre que les médecins

ne sont pas à l'aise avec ces situations que de nombreux paramètres rendent complexes : l'affect, la peur des conséquences, l'isolement, le manque de formation… Les médecins ont tendance à travailler seuls entretenant peu de rapports avec les autres acteurs de la protection de l'enfance. Pourtant l'échange avec des interlocuteurs adaptés et identifiés est nécessaire pour discuter de situations difficiles aussi bien sur le plan médical, social que psychologique (26).

(3) La prise en charge des plus démunis

Seuls les médecins du focus group 2 évoquent clairement la prise en charge des patients les plus démunis comme une situation favorisant le travail avec les travailleurs sociaux.

Ils identifient la précarité de leur patient à travers leur mauvais état de santé et le fait qu'ils repoussent les soins au dernier moment. Le statut de migrant est également décrit comme facteur de précarité.

Spontanément et individuellement, les médecins du groupe ont développé des stratégies de collaboration avec les acteurs sociaux locaux pour adapter la prise en charge de leurs patients, ils font facilement appel aux assistantes sociales du CMS dont dépendent leur cabinet.

Ils remarquent plus de difficultés dans la prise en charge des migrants. Ils distinguent :

- les primo-arrivants qui ont le plus souvent une demande de certificat pour leur dossier de demande d'asile. Dans ce cas, le rôle du médecin généraliste se traduit par la constitution d'un dossier le plus fourni possible qu'il transmettra au patient. Le certificat, lui, sera réalisé par un médecin agrée. Les médecins expriment un certain désarroi quand le patient ne présente pas de pathologie pouvant justifier la demande d'asile.

- les migrants en situation régulière. Dans ce cas, le médecin jongle entre deux positions : d'un côté, il joue le rôle d'assistant dans le parcours de soins et de l'autre, il essaie au maximum d'autonomiser les patients dans leur prise en charge.

Les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants par les médecins généralistes ont été étudiées par deux thésardes aux sein d'une étude quantitative et qualitative (19) (8). L'étude qualitative retrouve trois grands niveaux de difficultés :

- l'inégalité d'accès à la santé, reflétée par le mauvais état de santé des patients précaires (difficulté d'accès aux soins, représentation de la santé vu par les patients précaires)

- les difficultés de la relation médecin-patient. La moitié des médecins de l'étude expriment des représentations de leurs patients précaires ou perçoivent des contraintes dans leurs prises en charge qui peuvent influencer négativement la relation médecin-patient.

- le manque de communication avec les partenaires sociaux et les structures spécialisées qui s'explique surtout par le manque de connaissance des médecins.

(4) Les droits sociaux

L'ensemble des médecins interrogés déclarent ne pas bien connaître les droits sociaux (par rapport au travail, à l'accès aux soins…) et les possibilités d'aides auxquelles leurs patients ont droits. Ils méconnaissent également les procédures et démarches administratives à réaliser. Pour pallier cette méconnaissance, ils ont pris l'habitude de rediriger leurs patients vers l'assistante sociale de la CPAM. Ils s'accordent pour dire qu'ils ne la connaissent pas et qu'ils ne savent pas bien comment la contacter, mais les retours sur les situations problématiques, par l'intermédiaire des patients, sont toujours positifs. L'assistante sociale représente donc pour eux un relais important dans leur carnet d'adresses.

Dans la littérature, on retrouve que pour nombre de généralistes, l'extension des activités de conseil, de certification, de gestion des affaires sociales et administratives auprès des patients, constituent des obligations qu'ils estiment éloignées de leur activité spécifique de médecin (24). Il semble donc tout naturel qu'ils aient trouvé un relai efficace pour déléguer ces tâches qu'ils jugent hors de leur champ de compétences.

d) La collaboration

Dans notre étude, la collaboration avec les travailleurs sociaux est quelque chose de rare. La plupart des généralistes décrivent des contacts brefs et ponctuels. Mais cela ne s'explique-t-il pas en partie par leur culture professionnelle ancrée dans un mode libéral et des pratiques individuelles ?

Par leur activité libérale et leur habitude de travailler seuls, les médecins généralistes partagent un idéal d'organisation autonome du travail. L'autonomie se définit par la

responsabilité individuelle dans le travail, le refus de certaines contraintes rapportées au travail en institution (« réunionites »…), le libre choix de ses partenaires, la maîtrise de son exercice (horaires, congés, lieu d'exercice…) et la maîtrise de la décision de soins (24). Cette recherche d'autonomie peut être en contradiction avec l'idéal de travail en équipe et donc de collaboration.

Mais en parallèle, ils s'accordent à dire qu'ils se doivent de prendre en charge leur patient dans leur globalité. Ils sont confrontés à des situations englobant à des degrés divers les composantes biomédicales, psychologiques et socio-environnementales, voire des situations complexes à gérer en raison de problématiques sociales prépondérantes (27).

Dans son article « Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau », Mme Dayde démontre que face à des situations de prises en charge complexes comme la prise en charge des soins palliatifs à domicile, les soignants développent une incertitude qui amplifie la complexité de la situation. L'interdisciplinarité ou pluridisciplinarité peut diminuer cette incertitude en croisant les regards des différents professionnels tout en développant l'autonomie et les compétences de chacun. Mais cette pratique nécessite des aptitudes des partenaires, ainsi qu'un partage de valeurs et la volonté d'œuvrer dans le sens d'un projet commun au bénéfice de la personne soignée (28). C'est ce partage des valeurs qui semble manquer aux médecins généralistes et aux travailleurs sociaux qui sont issus de deux cultures professionnelles différentes.

Comment se définit la collaboration en soins primaires ?

D'après la revue de la littérature réalisée par D'Amour, la collaboration interprofessionnelle se définit comme « faite d'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, leur habileté, pour mettre de façon concomitante au services des patients et pour leur plus grand bien […] Elle passe par 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 structuration organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes» (29).

On constate donc qu'aucune relation interprofessionnelle décrite lors de notre étude ne correspond à cette définition.

Les relations de travail entre nos professionnels correspondent plutôt à la définition de la pluridisciplinarité correspondant à une rencontre autour d'un thème commun à plusieurs disciplines où chacune conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. L'objectif est alors d'utiliser la complémentarité des disciplines pour la résolution d'un problème (30).

Le réseau informel

Dans l'article « Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels », les auteurs décrivent les bénéfices attendus d'une collaboration : décharge des émotions et angoisses liées à l'activité professionnelle, partage des doutes et des responsabilités, délégations des actes qui sortent du domaine de compétences ou de l'intérêt de chaque professionnel (voir les reléguer) (31).

Dans notre étude, les médecins insistent sur la notion de délégation et de partage des responsabilités. Ils attendent d'un travail pluridisciplinaire que celui-ci soit efficace, qu'il les décharge d'une partie de leur travail et que la prise en charge du patient soit améliorée. Ils attendent de leur partenaire que celui-ci soit autonome. Un retour du travail est apprécié comme une fiche de synthèse qui sera intégrée au dossier du patient.

Comment se construit ce réseau informel ?

C'est un processus évoluant dans le temps selon les besoins des professionnels et les réponses apportées par les partenaires.

Une partie des médecins de l'étude, jugeant leur rôle social comme non interventionniste, n'ont donc pas créé de lien avec les travailleurs sociaux, puisqu'ils n'en n'ont pas identifié le besoin. Les autres ont du mal à identifier leur interlocuteur.

Habituellement, le choix du partenaire se fait soit au hasard de l'annuaire, soit sur conseil d'un pair, soit par localisation géographique, soit suite à des rencontres au cours de séances de formation. Parfois, le patient impose l'interlocuteur. Les médecins sont très attentifs à l'opinion des patients à l'égard des partenaires. Par exemple dans notre étude, les patients rapportent aux médecins un travail efficace et de qualité de l'assistante sociale de la CPAM la positionnant par la suite comme un partenaire de choix pour les médecins (31).

Souvent le patient joue un rôle de coordination entre son médecin et les partenaires sociaux.

Il semble que pour le choix des travailleurs sociaux avec qui ils vont travailler, les médecins se reposent beaucoup sur leur patient. Souvent celui-ci a déjà eu un contact avec une assistante sociale qui deviendra l'interlocutrice du médecin en cas de besoin. Sinon le facteur décisif semble la localisation géographique, le système social découpant le territoire en secteurs d'activité, le médecin s'adressera à l'assistante sociale du secteur dont dépend son patient.

Les réseaux médico-sociaux : facteur favorisant ou limitant la collaboration ?

Les médecins de l'étude semblent apprécier le recours aux réseaux médico-sociaux en particulier les réseaux gérontologiques qui semblent leur offrir une réponse adaptée et globale à la prise en charge de leurs patients âgés tout en respectant leur rôle de référent auprès des patients.

A contrario, dans la littérature, pour beaucoup de médecins généralistes, les réseaux de santé représentent une réalité complexe sinon bureaucratique, dont les avantages pour le patient ne semblent pas immédiatement perceptibles. L'attachement à l'exercice libéral, pour la liberté d'initiative et le sentiment d'indépendance qu'il procure, est évoqué pour expliquer le faible intérêt pour des dispositifs qu'ils jugent lourds et souvent contraignants (24).

Dans sa thèse, A. Fanjeaux décrit bien que les médecins émettent un frein à l'adhésion au réseau notamment du fait de la surcharge administrative qu'ils peuvent représenter, ainsi que la participation à des réunions administratives ou de synthèse alors que leurs journées de travail sont déjà chargées, et le manque de communication au sein des réseaux (32).

Une minorité de médecins intègre donc le travail en réseau dans leur pratique quotidienne. Ils attendent des réseaux une prise en charge globale de leur patient et un recentrage sur les professionnels de terrain. Ils dénoncent certains réseaux hospitalo-centrés qui ne répondent pas aux pratiques de terrain des médecins généralistes.

Les réseaux gérontologiques décrits dans notre étude semblent bien correspondre à ces attentes, ils se sont développés au sein de territoires bien définis, agissent en partenariat avec les médecins locaux qui constatent une valorisation de leur prise en charge. D'ailleurs, nombre de médecins interrogés s'inquiètent de la mise en place du dispositif PAERPA mis en place sur la CUGN (Communauté Urbaine du Grand Nancy). Le PAERPA est un dispositif qui a pour but d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. En partant des besoins et de ses aidants, les différentes actions mises en œuvre visent ainsi à mieux coordonner les multiples intervenants en ville, à l'hôpital et dans le médico-social. Concrètement, il s'agit d'un numéro unique que le médecin peut faire quand il est face à une personne âgée de plus de 75 ans qui présente une perte d'autonomie, il aura accès à une prise en charge globale adaptée aux besoins de son patient. Les médecins ont peur que ce dispositif qui leur semble impersonnel et vaste remplace les réseaux gérontologiques locaux, qui, d'après eux fonctionnent très bien.

4. Discussion autour des difficultés rencontrées

a) Le secret professionnel

Les médecins évoquent spontanément le secret professionnel comme un frein à toute collaboration avec les travailleurs sociaux. C'est un principe déontologique et éthique fondamental, indispensable tant aux médecins qu'aux travailleurs sociaux pour un travail en confiance avec leur patient.

Il est défini par l'article 226-13 du code pénal (33). Par ailleurs, le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité des informations est posé par l'article L110-4 du CSP (34). Il existe un cadre législatif fondant l'échange et le partage des données personnelles dans le secteur sanitaire : il permet l'échange d'informations au sein d'un même établissement de santé, d'une maison ou d'un centre de santé ou entre professionnels de santé prenant en charge un même patient toujours s'il peut exprimer son opposition après avoir reçu une information claire.

Donc, d'un point de vue législatif, il n'est pas possible d'échanger des éléments médicaux, même avec l'accord du patient, avec les travailleurs sociaux ni dans le cadre d'une relation informelle, ni dans le cadre des réseaux. D'un point de vue pratique, les politiques de santé s'orientant vers les prises en charge globales et pluridisciplinaires, il semble que les réseaux de soins soient assimilés à des établissements médico-sociaux et que l'échange d'informations est toléré toujours si le patient est d'accord.

b) Méconnaissance des travailleurs sociaux et simplification du système

On note dans le discours des médecins interrogés de nombreuses erreurs traduisant leur manque de connaissance du système social et la difficulté d'identifier le bon interlocuteur. Pour les besoins de premiers recours, comme l'ouverture des droits ou les dossiers d'aide pour les personnes âgées, les médecins interrogés conseillent à leur patient aussi bien l'assistante sociale du Conseil Départemental que celle de la mairie qui dépend des CCAS ou encore l'assistante sociale du CMS du quartier… Un médecin confond l'assistante de vie scolaire qui accompagne les enfants en difficulté scolaire dans leur scolarité et qui n'est pas un travailleur social et les éducateurs qui interviennent en dehors du cadre scolaire et qui ont une formation sociale. Ils dénoncent la perte de temps à trouver le bon interlocuteur, ils regrettent qu'on leur oppose la formule « ce n'est pas moi qui fait ça » mais que personne ne puisse leur dire à qui s'adresser.

Dans sa thèse, C. Flye Saint Marie confirme que 87,5% des médecins interrogés déclarent connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux de leur territoire traduisant la difficulté de mettre en rapport les besoins des patients et les ressources existantes pouvant leur apporter des solutions (8).

Spontanément, ils émettent l'hypothèse qu'il devrait exister une assistante sociale référente qui aurait le rôle de réaliser le bilan social du patient et qui si nécessaire le réorienterait vers le bon service. Elle jouerait le rôle de pivot dans le domaine social comme le fait le médecin généraliste dans le domaine médical. Cette idée est également évoquée dans la thèse de I. Laurent (Querrioux) sous la forme d'un « guichet social unique » (19).

c) Cloisonnement entre médical et social

Les pratiques décrites par les médecins de l'étude montrent peu de contact avec les travailleurs sociaux. Dans les situations médico-sociales complexes, ils s'adresseront plus facilement à un confrère : médecin de réseaux, médecin de la CPAM ou médecin de structures ou encore un professionnel du champ paramédical notamment une infirmière : infirmière de la PMI, infirmière du réseau gérontologique…

Les assistantes sociales sont des interlocuteurs moins bien repérées par les médecins généralistes par rapport aux médecins spécialistes, infirmières ou kinésithérapeutes…

Ces pratiques confirment la notion de cloisonnement des rapports décrites par H. Serny Zanuttini dans sa thèse : « Analyse qualitative des difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles : le médecin généraliste et ses partenaires de soins dans la prise en charge du diabète de type 2 ». Le cloisonnement repose sur une mauvaise connaissance de l'autre, de son mode de fonctionnement et de ses compétences. « Ce qui paraît difficile pour les médecins généralistes c'est de dépasser les barrières psychologiques pour développer de nouveaux partenariats en faisant la démarche d'aller à la rencontre de nouveaux intervenants potentiels dans la prise en charge.» (35)

d) Difficulté d'ordre organisationnel

(1) Surcharge de travail

Dans notre étude, les médecins décrivent une relation asymétrique : ils constatent facilement les bénéfices qu'ils peuvent obtenir de la relation de travail avec les travailleurs sociaux mais en revanche, ils décrivent la sollicitation des travailleurs comme une démarche entrainant pour eux une surcharge de travail notamment une charge administrative avec la rédaction de certificats.

Cette charge de travail administratif représente pour eux du temps qu'ils ne passeront pas auprès des malades. Et il faut dire que le travail considéré comme « hors soins » est quelque chose qui est traditionnellement vu comme négatif dans la profession médicale. Ces tâches jugées comme « non soignantes » sont dévalorisées et perçues comme une entrave à la pratique médicale (24).

(2) Manque de temps

Le manque de temps est le premier frein organisationnel décrit par les médecins : journées de consultations chargées, temps administratif : gestion des ALD, lecture du courrier, gestion des résultats biologiques, gestion du cabinet : comptabilité…. Pour les médecins de l'étude, la prise en charge sociale en coopération avec les travailleurs sociaux représente beaucoup de temps, ce sont des prises en charge longues au côté du patient et qui d'après eux, n'aboutissent pas toujours. Ce point est également constaté par H.Serny Zanuttini dans sa thèse (35).

(3) La rémunération

Nous étions étonnés de constater que les médecins n'ont que très peu exprimé le problème de la rémunération. Seul un médecin dans le focus group 3 évoque ce problème : le temps passé à créer un réseau de soutien autour du patient est un temps qui n'est pas rémunéré ou alors très peu. Mais les autres médecins n'ont pas relancé la discussion sur ce point.

Il semble pourtant que le mode actuel de rémunération, à l'acte soit un frein à la collaboration. Le temps de coordination et le temps passé auprès du patient ne sont pas considérés comme un acte et ne constituent donc pas une source de revenus pour le médecin.

5. Discussion à propos des améliorations proposées

a) Intérêt d'une formation

La thèse de S. Ernst et I. Meriaux révèle qu'un manque de connaissances et de sensibilisation aux problématiques d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins entraînent les internes en médecine générale à mal identifier leur rôle en matière sociale et les actions possibles (23).

Dans l'article « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale », les auteurs démontrent l'importance de savoir repérer les patients appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus à risque afin d'améliorer leur prise en charge et de diminuer la part des inégalités qui dépend des soins. Dans cet objectif, l'enseignement universitaire devrait intégrer les données sociales à l'enseignement de façon plus systématique (36).

Par ailleurs, un enseignement pluridisciplinaire permettrait de rencontrer les différents partenaires, de mieux comprendre leur rôle et de mieux identifier ce qu'ils peuvent nous apporter.

D'après notre étude, plusieurs thèmes sont facilement identifiables, par exemple :

- les inégalités sociales de santé
- la précarité
- la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie
- l'enfance en danger
- le système social: accès aux droits sociaux

Les médecins interrogés ont une attitude ambiguë par rapport à la formation : ils constatent volontiers que leur manque de connaissance est un frein à certaines prises en charge mais ils ne souhaitent pas se former.

Pour eux, une formation intégrée dans la prise en charge initiale leur semble inutile car ils pensent que les étudiants, par leur manque d'expérience sur le terrain de la médecine libérale, ne se rendent pas compte de l'utilité d'une telle formation. Alors que dans leur thèse, S.Ernst et I.Meriaux démontrent que la sensibilisation des étudiants aux inégalités sociales de santé, dès leurs études, leur permet de mieux identifier les populations à risques, de mieux comprendre leur rôle social et donc d'adapter leur pratique future (23).

Les médecins montrent également une certaine réticence à des formations dans le cadre de leur formation médicale continue. Ils avouent ne pas être particulièrement intéressés par ces sujets et avoir déjà un planning de formation bien rempli.

b) Les maisons de santé pluridisciplinaire : une place pour les assistants sociaux

La définition d'une maison de santé pluridisciplinaire est donnée par l'article L6323-3 du code de Santé Publique : « la maison de santé est une personne morale constituée entre

des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens » (37). Ils assurent des activités de soins de premiers recours sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre d'un projet de santé validé par l'Agence régionale de Santé.

Dans son article « Cinq expériences de maison de santé en Lorraine : entre dynamismes et réalités » (38), le Dr Trouillard nous explique les bénéfices attendus pour les patients à la pluridisciplinarité en maison de santé :

- D'une part une plus-value passive : centralisation géographique des différents professionnels de santé.

- D'autre part une plus-value active correspondant à l'exercice pragmatique de la pluridisciplinarité : c'est-à-dire offrir une prise en charge coordonnée, cohérente et raisonnée de chaque patient.

Dans son étude, deux des cinq maisons de santé ont intégré des travailleurs sociaux à leur équipe et deux autres l'envisagent. Tous signalent l'intérêt d'intégrer le domaine social pour le patient mais ils sont souvent confrontés à un obstacle juridique entre deux professions de statuts différents. Il semble plus simple d'instaurer un partenariat entre professions libérales plutôt que d'intégrer des professions salariées pour lesquelles il faut composer avec leur structure de rattachement.

Bien qu'attrayantes, les maisons de santé présentent également de nombreuses difficultés :

- des difficultés de montage des dossiers de création compliqués, longs

- une lourdeur de gestion de la structure

- un temps de coordination important

- une mise en place de la pluridisciplinarité : le fait de travailler les uns à côté des autres ne signifie pas agir dans la pluridisciplinarité. Chaque professionnel doit apprendre à mutualiser ses compétences tout en respectant le rôle et la place de chacun.

Il semble donc que le travail pluridisciplinaire en maison de santé pose les mêmes problématiques que la collaboration au sein d'un réseau informel, mais il semble également que la définition d'un projet de soin commun et la mise en place de temps de concertation facilite ce travail collaboratif.

c) L'organisation des soins primaires : comment font-ils à l'étranger ?

Dans son article : « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande » (39), Bourgueil et al. nous décrit trois modèles d'organisation des soins :

=> Le modèle normatif hiérarchisé : système organisé autour des soins primaires et régulé par l'état (observé en Finlande, Suède et Catalogne) Dans ces pays, la loi fixe une offre de soins pluridisciplinaires en fonction de la population sous la forme de ratios du nombre de professionnels par unité de population ; ce sont les autorités locales qui gèrent l'offre de soins. Dans ces pays, les centres de santé à statut public (composés de médecins, de professionnels paramédicaux et parfois de travailleurs sociaux) constituent généralement l'organisation de base des soins primaires.

=> Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (observé au Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie et Nouvelle-Zélande). Le médecin généraliste a une fonction de filtre et de pivot du système de soins. Les médecins exercent pour la plupart en groupes. Leur rôle associe celui de régulateur de l'accès aux soins spécialisés, une fonction de prévention et de coordination des soins.

=> Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada). Ce modèle est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires.

La culture professionnelle médicale française attachée au libre choix du médecin par le patient, au respect absolu du secret professionnel, au droit à des honoraires pour tout malade soigné, au paiement direct par l'assuré, à la liberté thérapeutique de prescription et d'installation… place initialement la France dans le modèle professionnel non hiérarchisé. Mais les modifications sociétales observées comme le vieillissement des populations, le poids des maladies chroniques, la spécialisation et coût de la technique médicale, la féminisation des médecins, la diminution de leur nombre… ont forcé les pouvoirs publics à repenser l'organisation des soins primaires.

Deux grandes mesures ont déjà été prises :

- la réforme du médecin traitant et du parcours de soins en 2004 : introduisant une notion de hiérarchisation dans l'accès au système de soins.

- la loi HPST définissant les soins de premiers recours et le rôle des médecins généralistes.

Ces deux évolutions orientent la France vers le modèle hiérarchisé que l'on peut observer au Royaume-Uni, aux Pays-Bas.

Dans notre étude, les médecins du focus group 2, c'est-à-dire les médecins les plus habitués au travail en équipe, évoquent plutôt une évolution du système vers le modèle normatif hiérarchisé. Ils évoquent la création de centres communautaires de soins définis pour un territoire donné. Ils envisagent une équipe pluridisciplinaire composée de médecins généralistes, de professionnels paramédicaux et d'acteurs sociaux proposant une large gamme de soins primaires (prévention, promotion de la santé, diagnostic …) Ce modèle pose le problème de la coordination des différents professionnels : qui doit prendre ce rôle ? Les médecins de notre étude pensent que ça ne doit pas être celui du médecin qui a déjà assez à faire. Les médecins n'ont pas évoqué les modes de rémunération. Dans les exemples finlandais et suédois, les modalités de rémunérations des professionnels sont mixtes (actes, forfait et capitation).

III. CONFRONTATION DES RESULTATS DES DEUX ETUDES (partie commune)

A. La collaboration actuelle

1. Une conception duale du métier

On note un objectif commun aux deux professions : le bien être des patients.

Cette étude fait apparaître une conception duale des professions de travailleur social et de médecin généraliste. Ainsi il existe un rôle social dans la profession de médecin et la réciproque est vraie : il existe un rôle médical dans les professions de travailleurs sociaux.

Cette conception même de leur profession est inscrite au sein de leurs définitions et missions.

<u>Du côté des médecins généralistes :</u>

Leur rôle social est défini par la WONCA (2): la définition de la médecine générale stipule que « la médecine générale développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire et qu'elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ». Sur le plan national, le Conseil national de l'Ordre des Médecins, dans son référentiel métier (40), décrit le médecin généraliste comme le soignant qui intègre le soin dans l'environnement du patient et qui assure la coordination des soins autour du patient. Il se doit d'avoir une approche bio-psycho-sociale du patient et de développer une aptitude à travailler en équipe pour mobiliser les ressources adaptées, qu'elles soient médicales ou médico-sociales, et pour vérifier leur efficience.

D'un point de vue pratique, notre étude montre que l'investissement dans ce rôle social n'est pas le même selon les participants.

Tous s'accordent à dire qu'ils sont témoins de la demande et du besoin social et ils ne peuvent que constater que les problématiques sociales telles que le logement, l'emploi, la reconnaissance du handicap, l'affiliation aux droits sociaux sont directement liées à la vulnérabilité des patients et donc à l'accès aux soins et la santé.

D'ailleurs, on peut décrire plusieurs attitudes en réponse à cette demande :

- ⇨ Une partie des médecins se caractérise par une position non interventionniste : ils se posent en simples conseillers. Cette position peut s'expliquer en partie par leur culture professionnelle plaçant le respect du privé et le libre arbitre du patient en position centrale ainsi que par leur vision du patient comme un sujet autonome qui doit pouvoir se gouverner seul. Ils voient, entendent mais n'interviennent pas.

- ⇨ Une autre partie se caractérise par une position plus ambiguë : ils se définissent par leur qualité de dépistage des problématiques sociales, leur volonté de les prendre en charge mais il faut bien convenir qu'ils n'ont ni les compétences suffisantes, ni le temps pour effectuer une prise en charge de qualité, ce qui les place dans un sentiment d'échec.
- ⇨ Les derniers se caractérisent par leur engagement, de manière naturelle et systématique, ils intègrent la dimension sociale de leur patient dans sa prise en charge et ont développé des partenariats formels ou informels pour répondre à la demande sociale.

Du côté des travailleurs sociaux :

Selon la définition internationale du travail social et notamment du métier d'assistant social (41), le travailleur social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement. Sur le plan national, le ministère de la santé définit l'assistant social (3) comme celui qui intervient auprès des personnes confrontées à diverses difficultés économique et familiale, d'insertion, de santé, ou de logement. Il accueille, soutient, oriente et accompagne la construction de projets en tenant compte des potentialités des personnes et des possibilités offertes par la collectivité.

D'un point de vue pratique, notre étude montre que tous les travailleurs sociaux ont été un jour confrontés à une problématique médicale chez leurs usagers. Ils jouent un rôle d'alerte et de témoin avec un relais vers les médecins quand ils repèrent un élément d'ordre médical nécessitant une prise en charge adaptée.

On peut décrire plusieurs profils en réponse à ces problématiques :

- ⇨ Une partie considère le médical comme une difficulté ponctuelle au même titre que le logement, le travail, l'éducation… Une prise en charge spécifique peut être nécessaire, dans une simple démarche d'accompagnement de l'usager, qui prend des responsabilités.
- ⇨ D'autres se caractérisent par leur engagement dans la prise en charge médicale et placent le problème médical au centre en se positionnant comme des écoutants privilégiés des souffrances du patient, ils témoignent d'une volonté de coordination des intervenants médicaux.

On constate donc la potentielle complémentarité des deux professions dans la prise en charge médico-sociale des patients. Une relation de collaboration repose sur un intérêt commun : le bien être du patient. Mais pour que la collaboration soit réussie, il importe de bien cibler les qualifications, les missions et objectifs et les actions de chaque partenaire.

2. Une collaboration asymétrique

a) Des besoins et des intérêts différents

D'une part des médecins généralistes qui n'ont pas conscience de ce besoin de collaboration dans leur pratique quotidienne. Ils s'appuient préférentiellement sur un réseau comme par exemple le réseau gérontologique et sur une tierce personne (personnels paramédicaux) sans avoir à l'esprit que la mise en place des aides sera effectuée par un travailleur social. Souvent leur rôle social s'arrête à une orientation sans échanges directs ni continuité dans la démarche.

Cela peut s'expliquer par:

- La méconnaissance du rôle du travailleur social et de ce qu'il peut apporter au médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.
- Un déséquilibre de leurs missions au profit de la thérapeutique et du curatif laissant une place secondaire à la prévention et au social.
- Des difficultés à entreprendre des relations interprofessionnelles avec d'autres professionnels de santé comme le démontre Hélène Serny Zanutti dans sa thèse : «Analyse qualitative des difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles: le médecin généraliste et ses partenaires de soins dans la prise en charge du diabète de type 2 » (35). Les mêmes difficultés à travailler en synergie avec les travailleurs sociaux peuvent être expliquées par une habitude de travail individuel, indépendant et autonome, et par la tarification à l'activité laissant peu de temps au travail d'équipe. Par ailleurs, par son mode d'exercice libéral, le médecin prend l'habitude de travailler d'une certaine manière et tend à s'enraciner dans des pratiques spécifiques difficiles à communiquer à d'autres acteurs. Et le passage d'un colloque singulier à l'implication dans des programmes collaboratifs n'est probablement pas si évident.
- Une patientèle nécessitant peu le recours à des professionnels du social qui fait que peu de médecins généralistes se sentent concernés par cette collaboration.
- Un individualisme s'expliquant par une pression sélective durant le cursus médical.
- L'observation chez les médecins d'une tendance à l'appropriation des malades et de leur histoire clinique engendrant des difficultés à partager la prise en charge du malade.

D'autre part, le travailleur social recherche dans cette collaboration une revalorisation de son travail auprès des usagers et des autres professionnels ainsi qu'une égalisation des relations de travail. Il exprime également un besoin de soutien dans ses actions (messages de prévention, animation, gestion des lieux de vie).

Cela peut s'expliquer par:

- Le travail collaboratif du travailleur social qui s'inscrit dans l'histoire de ce métier. Cette notion est ancienne et on apprend dans l'article de Christine Garmette : « L'histoire de la coordination en travail social» (42) que c'est à Henri Sellier, maire de Suresnes de 1914 à 1941, que l'on doit d'avoir officialisé ce concept. Par la suite, de nombreuses lois se sont succédé pour la promouvoir et elle reste toujours un objectif d'actualité. (loi HPST). D'ailleurs, cette notion fait partie intégrante de leur formation pratique et théorique notamment depuis la réforme de 2004 qui a changé les épreuves des examens en instaurant un dossier de pratiques personnelles obligeant l'étudiant à expérimenter la dimension individuelle et collective du travail social. (25)
- L'impression d'un complexe d'infériorité des travailleurs sociaux par rapport aux médecins provoqué par une hiérarchisation ancienne. Le but de cette interaction est de leur redonner confiance et assurance.
- La relation usager-travailleur social où on a pu remarquer que des travailleurs sociaux, susceptibles d'apporter une aide à une personne en difficulté, étaient parfois dominé par un sentiment d'impuissance. Il est donc nécessaire pour eux de pouvoir avoir accès à une nouvelle approche de la relation d'aide, par la mobilisation de nouvelles ressources et notamment par le secours des médecins.

b) Des attentes discordantes:

=> Entre les travailleurs sociaux de par leurs différences individuelles et professionnelles qui influencent les attentes de la collaboration.

=> Entre les deux acteurs: entre travailleurs sociaux qui attendent finalement plus de possibilités d'interaction et de compréhension réciproque et des médecins généralistes qui ne sont probablement pas disposés à changer leurs habitudes de travail mais qui seraient intéressés par un allégement des charges qui leur incombent. Il serait nécessaire que chacun fasse des compromis pour être satisfait.

=> Les attentes de l'autre n'ont pas été évoquées spontanément et pourtant dans la thèse de Mathieu E. : « Rôle social du médecin généraliste enquête auprès des médecins généralistes de Montpellier; exemple d'une plate-forme sociale ville-hôpital» (17), les médecins évoquent des difficultés de communication et expliquent la rareté des sollicitations de travailleurs sociaux par le fait que ceux-ci répondent mal à leurs attentes.

En filigrane, apparaît l'idée que se font les travailleurs sociaux d'une meilleure collaboration selon les médecins. Ils ont tendance à surestimer l'aide qu'ils peuvent leur apporter. Il s'agit:

- d'une meilleure disponibilité pour la gestion du temps commun.
- d'un relais vers un spécialiste du social quand ils atteignent leurs limites et qu'ils ont une sensibilité.
- d'un transfert ou d'une répartition de tâches: la gestion des aides, la mise en place de solutions financières.
- d'une meilleure connaissance de leur rôle et fonctionnement.
- d'une possibilité d'expression de leurs critiques envers leurs partenaires sociaux et de leurs attentes.

Pour les médecins, les travailleurs sociaux attendent d'eux une réponse rapide à leur solution, une meilleure disponibilité, une implication plus importante dans la prise en charge des patients précaires ou vulnérables.

Qu'il s'agisse des médecins ou des travailleurs sociaux, les intérêts personnels, l'individualisme sont mis en avant. Ils contestent peu leur façon de travailler, leurs comportements actuels qui pourraient faire défaut. Ils ne se posent pas ou peu la question de savoir si eux-mêmes ne pourraient pas améliorer la collaboration en changeant d'attitudes ou d'habitudes. Cette question pourra faire l'objet d'un approfondissement, afin de mieux appréhender cette asymétrie d'attentes.

B. Les déterminants de la collaboration

1. Les partenaires en jeu

a) Le choix du partenaire

Les deux acteurs ont des points communs en ce qui concerne ce choix. Ils favoriseront le partenariat local c'est-à-dire qu'ils préféreront s'orienter et travailler dans la proximité géographique. Par exemple pour le choix d'un médecin traitant, le travailleur social orientera l'usager vers un professionnel proche de son lieu d'habitation pour faciliter son repérage (cas de patients peu autonomes) et à l'inverse les médecins indiqueront le plus souvent l'assistante sociale de secteur ou la mairie de quartier. De par cette proximité ils partagent aussi un même type de population avec des problématiques sociales similaires qui leur permettent de mieux interagir avec leurs partenaires. Dans un deuxième temps, ils choisiront quelqu'un de disponible dont les qualités professionnelles et personnelles sont spécifiques.

- Les travailleurs sociaux

⇨ Quand le patient a un médecin généraliste, il apparaît évident pour le travailleur social de tenter de travailler avec lui si la situation se présente. Cependant les expériences peuvent être positives ou négatives (conflits, désaccords) en fonction de l'interlocuteur, et peuvent entraîner soit le début d'une collaboration établie (construite dans le temps) soit la distance avec un système de valeurs en contradiction. Ce choix imposé peut donc être un frein quand celui-ci ne correspond pas aux attentes du travailleur social qui sera obligé de travailler en inadéquation en termes d'actions et d'interventions par rapport à ses valeurs. Les interactions futures peuvent s'en trouver altérées.

⇨ Cependant si le choix lui est possible, il s'orientera alors vers un partenaire dit «engagé» car c'est un déterminant qui influence positivement l'interaction et qui permet une possibilité de collaboration par la suite. Les travailleurs sociaux attendent d'un médecin qu'il ait développé certaines qualités humaines: l'implication dans la prise en charge des plus démunis, le désir d'accorder du temps et de l'écoute à ses patients, de ne pas être dans le jugement, d'accepter de recevoir tout le monde sans faire de différence, adapter son discours et sa prise en charge au patient.

- Les médecins généralistes

Leur choix sera favorisé par le retour d'expériences ou d'actions positives. La notion d'expérience positive se traduit chez les médecins par l'efficacité: est-ce que la coopération avec ce partenaire a permis d'améliorer la prise en charge du patient et/ou de faire gagner du temps ? Cela s'explique en partie par le manque de temps à consacrer aux tâches considérées comme hors du soin. Dans le cas contraire, l'interlocuteur sera contourné et remplacé par un autre ou par une autre solution. Si les retours ont été positifs, les médecins engageront des rapports plus privilégiés avec certains travailleurs sociaux (comme l'assistante sociale de la CPAM par exemple) et une collaboration informelle, les sollicitant parfois pour des questions sociales hors de leur mission originelle. Ce réseau-là fonctionne mais au risque de s'écarter d'un réseau plus vaste.

En fait, on a l'impression que le choix des travailleurs sociaux s'orientera plutôt en fonction des qualités personnelles et humaines de leurs partenaires à l'inverse des médecins qui recherchent plutôt des compétences professionnelles.

b) La connaissance du partenaire

Celle-ci s'établit souvent par l'image véhiculée par le patient mais aussi par celle que nous donne la société. C'est souvent de cette manière approximative que médecins généralistes et travailleurs sociaux pensent connaître le travail de l'autre. Mais comment la dimension personnelle peut-elle être perçue? La connaissance qu'on a de l'autre est probablement altérée par le jugement personnel dont il est nécessaire de se préserver pour éviter la construction de préjugés et leur diffusion. Cela conduit souvent à la méconnaissance ou à une connaissance erronée venant compliquer les relations interprofessionnelles.

La connaissance à travers les expériences de travail conduit à différentes réactions en fonction du déroulement de celles-ci mais aussi en fonction de la capacité éventuelle des personnes à faire abstraction des aspects négatifs, ou même à les exploiter pour en dégager des apprentissages pour la suite et ne pas s'enfermer dans une généralisation.

Ce qui fonctionne c'est la connaissance personnelle et professionnelle du partenaire c'est-à-dire connaître ses compétences pour pouvoir orienter en fonction des problématiques et son organisation en terme de gestion du temps (savoir quand l'appeler). Cela nécessite d'avoir appris au fil du temps sa manière de fonctionner, ses attentes, ses possibilités, et puis de connaître ses différences pour apprendre à travailler avec elles en développant une sorte de compétence transversale et la recherche de compromis.

Une telle synergie paraît difficilement concevable si dans un premier temps les acteurs ne réalisent pas une étape d'introspection professionnelle et personnelle, qui consiste à connaître d'abord son propre rôle.

Pour arriver à cette connaissance, il faut également passer par une reconnaissance des compétences de l'autre et de ce qu'il peut nous apporter. Elle constitue un effort permanent pour aller de l'ignorance, de la méconnaissance voire du mépris, vers la considération, le respect de l'autre.

Ricœur écrit: «Reconnaître c'est identifier chaque personne en tant que libre et égale à toute autre».

La reconnaissance mutuelle : Mandela De Klerk «On n'est pas autre mais semblable.»

c) La place du patient

- Un consensus sur sa position centrale dans la collaboration

D'un point de vue éthique, les deux professionnels respectent le libre arbitre du patient sauf lors de situation de vulnérabilité sociale où chacun se sent responsable et juge de ce qui correspond au bien-être de la personne.

Le but commun est la prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients mais très souvent on remarque que les chemins empruntés pour y arriver sont différents.

C'est un déterminant primordial car il s'agit, dans un premier temps, de replacer le patient au centre de l'interaction duale comme point de départ, ensuite de recueillir ses attentes, ses choix de vie, de prendre en compte son expérience, sa vision pour s'accorder ensemble sur ses objectifs et programmer un plan d'action commun et adapté. Les intervenants recherchent l'implication des patients dans les démarches de soins et pour cela on doit les informer, les éduquer.

- L'approche du patient et de sa santé

Ce qu'il faut comprendre, et les travailleurs sociaux qui ont participé à cette étude ont bien insisté sur ce point, c'est le décalage entre les attentes et les perceptions des besoins de santé manifestées par les personnes elles-mêmes et les professionnels de santé ou autres intervenants sociaux. Ce décalage est encore plus marqué lors de situations de précarité (l'image du corps, la peur du diagnostic, le repérage de structures d'accueil, le manque de choix). Une relation de proximité et de confiance difficile à trouver pour une personne qui se sent plus éloignée du monde médical que d'autres, est nécessaire, comme le confirme la thèse de A. Moutel (43). De plus les pathologies ne sont pas les mêmes ni leurs représentations et le premier souci n'est souvent pas la santé mais les besoins primaires (manger, se loger, trouver un travail). Le médecin généraliste doit donc comprendre que la priorité en soins primaires est de repérer la précarité pour mettre l'accent sur sa prise en charge comme les conclusions de la thèse de M. Costes (44) le font remarquer.

- Un déterminant limitant ou favorisant la collaboration

Parfois le patient se détourne des soins médicaux et refuse que le travailleur social contacte son médecin généraliste. Ce refus s'explique par la volonté de ne pas montrer ses faiblesses, par la peur du jugement, par la crainte du diagnostic et par la limitation d'accès aux soins (identification complexe, refus de certains médecins, barrière financière et/ou absence de droits à la sécurité sociale).

Parfois il s'oppose à toute prise en charge sociale et refuse que le médecin généraliste contacte l'assistante sociale: par peur de la stigmatisation induite (vision sociétale), par le déni du besoin d'assistance, par peur que les services sociaux ne séparent la famille.

2. Les objectifs et intérêts communs à la collaboration

Il est important de préciser que travailler en collaboration ne signifie pas effectuer le travail de l'autre, outrepasser ses compétences, mais bien les mettre en commun afin d'enrichir les prises en charge. Chacun doit pouvoir expliciter son rôle et ses compétences pour qu'il n'y ait pas cette peur de la surcharge de travail.

a) Le partage des responsabilités

Sur ce point, les deux parties sont d'accord pour dire qu'il s'agit d'un déterminant d'une bonne collaboration. Elles cherchent à les redéfinir.

Les travailleurs sociaux sont partagés entre deux idées :

- L'idée de pouvoir s'impliquer plus, d'avoir plus de liberté d'action dans le médical, ainsi le médecin généraliste ne serait peut-être pas le seul pivot dans le réseau médicosocial (par exemple pouvoir mettre en place des aides directement sans passer par le médecin traitant ou coordonner des intervenants et actions).
- L'idée de laisser le généraliste décisionnaire. Ils ont conscience que ses responsabilités peuvent être difficiles à assumer. Sont-ils prêts à les endosser?

Au Canada, par exemple, les travailleurs sociaux ont un rôle plus important et notamment dans les soins palliatifs comme le montre l'étude: « Compétences en travail social pour la pratique des soins palliatifs au Canada: cadre de travail pour guider la formation et la pratique des généralistes et des spécialistes » (45). Ils composent des groupes de travail nationaux de chercheurs et de travailleurs sociaux pour cerner les compétences et élaborer des normes de pratique.

Les médecins généralistes eux, sont d'avis que chacun se responsabilise dans ses compétences et ses actions. Attachés à leur liberté d'initiative, à leur maitrise des décisions de soin et à leur autonomie, les médecins considèrent que leurs partenaires de travail doivent manifester la même autonomie.

b) Le partage des tâches

Dans le contexte actuel où se mêlent la diminution annoncée du nombre de médecins et l'apparition de besoins de santé nouveaux, le partage des tâches entre professionnels de santé devient un facteur essentiel de la prise en charge des patients et de la qualité du système de santé comme le décrit dans sa thèse H. Serny Zanuttini : « Analyse qualitative des difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles: le médecin généraliste et ses partenaires de soins dans la prise en charge du diabète de type 2 » (35).

- La définition des rôles respectifs

Que chacun précise et fasse connaître aux autres ses possibilités, ses objectifs permet de mieux orienter les personnes qui demandent de l'aide.

Comme le définit Hébert dans son livre : « Interprofessionnalité en gérontologie: travailler ensemble : des théories aux pratiques » (46), travailler ensemble suppose de privilégier la mise en commun des valeurs, le partage des savoirs et l'efficacité collective plutôt que les conflits de territoires, de corporatisme ou de hiérarchie. Par là même, cela redonne du sens aux pratiques quotidiennes.

Le but est de remobiliser les compétences de chaque acteur.

Sur ces points, les deux professions sont d'accord. Il est très important de délimiter chaque rôle, chaque pôle de compétences et de responsabilités mais comment y parvenir ? Ils n'ont pas été plus loin dans cette réflexion. Cela peut-il de faire de manière informelle entre deux individus ? Oui, une situation a été donnée en exemple par le groupe des travailleurs sociaux : lors de la prise en charge à domicile d'un patient qui nécessitait des soins urgents mais qui les refusait pour ne pas abandonner son animal de compagnie. Médecin et assistante sociale se sont alors réparti le travail en accord conjoint et cette répartition a bien fonctionné. Mais pour favoriser justement plus de collaboration, pour éviter les incompréhensions, ne faut-il pas proposer, formaliser et généraliser un cadre sur le plan national ?

c) La réduction des inégalités sociales de santé

Les ISS sont reconnues comme un problème de santé publique majeur (rapport OMS 2008) (47). Leur réduction par les soins primaires en tant qu'acteurs principaux du système de soin a fait l'objet de 2 projets européens DETERMINE et EUROTHINE et du projet AIR. L'article: «Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les ISS?» (48)

montre que la collaboration entre les professionnels de santé et les programmes de disease management (un système coordonné d'intervention et de communication en matière de soins) orientés vers les populations défavorisées peuvent présenter une certaine efficacité en termes de réduction de ces inégalités.

Les membres de ces deux professions ont alors un vrai rôle dans le repérage de ces patients en difficulté, puis dans le conseil et l'orientation afin d'améliorer cet accès aux soins.

3. Les situations de collaboration

La collaboration s'opère autour de situations où le professionnel se sent bloqué dans sa prise en charge, où il n'arrive plus à évoluer seul : le besoin d'aide se fait donc ressentir. Au travers des différentes expériences racontées par les travailleurs sociaux et les médecins généralistes, on constate que ce besoin s'applique aux situations bio-psycho-sociales complexes ou plus simplement au patient vulnérable « où tout s'intrique ».

a) Le refus de soin

La situation la plus extrême nécessitant une collaboration rapprochée est celle du refus de soins ou d'aide exprimé par le patient.

Ces situations placent le professionnel dans des sentiments d'échec, d'impuissance et de découragement.

Dans sa thèse (35), H. Serny Zanuttini montre que le fait de « travailler ensemble », en collaboration semble diminuer ce sentiment d'échec.

Face au refus, on retrouve deux attitudes décrites par les professionnels :

- ⇨ Soit ils s'allient et il se crée une cohésion entre eux qui favorise la mobilisation des ressources autour du patient dans l'attente que celui-ci décide de collaborer avec le projet de soins.

Les apports de la collaboration sont alors multiples :

- ne pas se sentir isolé, avoir un relais face à l'épuisement,
- chacun apporte des connaissances et des compétences non maitrisées par l'autre,

- échanger des informations pour avoir une vision nouvelle de la situation permettant d'élaborer un nouveau projet de soins plus adapté au patient.

⇨ Soit les professionnels ne sont pas d'accord et entrent en conflit : cette situation augmente les préjugés existant entre travailleurs sociaux et médecins généralistes. Ces situations découlent souvent d'une incompréhension mutuelle et d'une méconnaissance de ce que l'autre peut nous apporter.

b) Les autres situations de collaboration

- <u>La personne âgée en situation de dépendance</u>

Le processus qui aboutit à une situation de dépendance est généralement progressif et marqué par l'apparition, successives d'incapacités, à l'exception de situations de rupture suite à un accident aigu de la vie (par exemple : AVC, fracture du col…). Ces processus se constituent à la rencontre d'éléments médicaux, poly-pathologies, eux-mêmes complexes et du contexte social sur lequel ces problèmes de santé vont retentir. La seule activité clinique du médecin ou l'approche sociale isolée par le travailleur social ne peut suffire. Si chaque acteur de la prise en charge ne s'ouvre pas aux compétences de l'autre, alors la prise en charge ne pourra pas aboutir.

Du côté des travailleurs sociaux, la sollicitation du médecin généraliste dans ces situations est systématique mais la réponse à leur sollicitation n'est pas toujours celle attendue. Face aux personnes âgées, souvent dans le déni de leur dégradation physique et psychique, les travailleurs sociaux développent souvent une attitude interventionniste et agressive qui s'oppose parfois à la neutralité du médecin sur la question. Les travailleurs sociaux décrivent la dépendance comme une urgence alors que le médecin y voit une situation d'installation progressive.

Du côté médical, l'influence des facteurs sociaux et environnementaux est connue mais la responsabilité de ces questions relève-t-elle de leur compétence médicale ?

Plus qu'un diagnostic, la prise en charge de ces situations suppose de produire une évaluation et un accompagnement de la personne dans son environnement social : cette démarche est différente du savoir-faire et de la technique médicale et n'est donc pas forcément centrale pour les médecins ni adaptée à leur exercice libéral (manque de temps notamment) (24). Reconnaissant les besoins ainsi que leur incapacité à les gérer, l'ensemble des médecins généralistes interrogés avouent avoir recours au réseau gérontologique qui

exerce dans leur secteur. Ces réseaux leur offrent l'opportunité d'une prise en charge globale de leur patient tout en les informant de leurs actions et garantissent ainsi leur rôle de pivot dans les décisions majeures.

- La précarité

Dans notre étude, les situations de grande précarité sont peu décrites par les médecins mais elles semblent plus fréquemment rencontrées par les travailleurs sociaux du fait de leur mission.

Le parcours de vie des patients précaires est jalonné de ruptures : famille, amis, logement, travail… amenant progressivement la personne à développer des mécanismes adaptatifs : repli sur soi, altération de l'image de soi, négligence, autodestruction. Cela se traduit par une perte des principales représentations : du corps, du temps, de l'espace et des codes qui nous lient aux autres et à la société (49).

Le rôle des travailleurs sociaux auprès des précaires est d'engager, par leur accompagnement, un processus de « resocialisation » progressive dont la prise en charge des problèmes de santé est une étape. Mais celle-ci ne peut être menée à bien sans l'adaptation des pratiques du médecin. Ce manque d'adaptation est d'ailleurs dénoncé par les travailleurs sociaux qui le traduisent comme un manque d'engagement voire d'humanité des médecins.

Ils dénoncent chez les médecins :

- le manque d'adaptabilité de la consultation : la prise en charge de ces patients vulnérables ne peut correspondre à une consultation de 15 min, elle nécessite de prendre du temps, d'adapter son discours et ses objectifs,
- l'impression de s'intéresser en premier lieu à l'existence de droits avant de s'intéresser au patient renvoyant l'idée que la rémunération de l'acte est plus importante que la prise en charge du patient,
- le refus de se déplacer au domicile des patients.

- L'enfance

Les situations de prises en charge d'enfants en situation de vulnérabilité décrites par les médecins et les travailleurs sociaux ne sont pas les mêmes.

Les médecins rapportent deux situations où l'interaction peut avoir lieu avec les travailleurs sociaux :

⇨ La consultation d'enfant suivi par un travailleur social :

Soit une décision de justice a imposé un suivi dans une famille, c'est souvent les parents qui informent le médecin de cette décision mais il n'existe pas de lien entre le médecin et le travailleur social.

Soit l'enfant dépend d'une structure sociale (foyer), alors l'enfant consulte en présence ou non de son référent social. Dans cette situation les médecins se positionnent comme acteurs ponctuels du suivi pour les problèmes courants de santé.

⇨ Le dépistage des situations de mise en danger de l'enfant

Le médecin, comme tout professionnel au contact d'enfants, a un rôle d'alerte et de dépistage des situations de maltraitance. Soit la maltraitance est avérée et incontestable, il se doit alors d'informer les autorités compétentes : le Procureur de la République. Soit il a un doute, dans ce cas, il ne peut agir seul ; il se doit de mettre en place l'ensemble des mesures visant à s'assurer qu'un danger existe ou non. Dans ce cas, l'appel au service, notamment à la PMI semble justifié (26).

Du côté des travailleurs sociaux, les situations décrites sont celles : soit de familles en situation de précarité où se pose le problème du logement et du manque d'hébergement actuel, soit d'enfants placés par décision de justice. Dans ces deux situations, le relai médical se fait directement avec les partenaires de la PMI.

Il semble donc que dans les cas de prise en charge des enfants, travailleurs sociaux et médecins généralistes ne s'envisagent pas comme des collaborateurs, ils préfèrent s'adresser à la PMI, relai institutionnel bien identifié qui leur inspire confiance.

- <u>La personne dépendante à des substances notamment à l'alcool</u>

La dépendance aux substances, notamment à l'alcool, participe à la définition du patient vulnérable où médical et social s'intriquent : la dépendance en elle-même est une pathologie conduisant généralement à la dégradation du corps et entraînant d'autres pathologies somatiques comme la cirrhose nécessitant une prise en charge médicale ; par ailleurs cette dégradation conduit le plus souvent à la désocialisation, à la perte d'emploi, et donc à la perte de revenus nécessitant une prise en charge sociale.

On constate dans ces situations, une opposition entre travailleurs sociaux et médecins généralistes dans l'approche du patient. Le travailleur social voit le problème médical comme central car sans sa résolution, c'est-à-dire sans sevrage, aucune des propositions sociales mises en place n'aboutit. Il vit souvent cette situation comme une urgence. Du point de vue médical, cette situation n'est pas si simple, on ne peut contraindre un patient dépendant au sevrage, cette solution doit venir de lui et fait partie du processus de guérison. Agir dans l'urgence et sous la contrainte reviendrait à mettre en échec la prise en charge.

Le manque de communication entre travailleurs sociaux et médecins, dans ces situations, se traduit par une impression de renoncement des médecins et au contraire par une intrusion dans la vie privée de l'usager par les travailleurs sociaux ; ces visions augmentent les préjugés et la distance entre travailleurs sociaux et médecins généralistes.

4. L'aspect organisationnel

a) Le partage d'informations

Toute relation de collaboration repose sur une bonne communication entre les différents partenaires, mais médecins et travailleurs sociaux sont tous deux soumis au secret professionnel. Se pose alors une question : que pouvons-nous partager ?

<u>Le cadre légal :</u>

Le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité des informations est posé dans le secteur sanitaire par l'article L1110-4 du CSP (34) dans les termes suivant : *« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. ».* Dans le secteur médico-social, il est posé par l'article L311-3 du CASF (50) dans les termes : *« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux… »* dont la confidentialité des informations la concernant.

Il n'existe pas aujourd'hui de cadre législatif général qui fonde l'échange et le partage des données personnelles dans le secteur médico-social. Seuls deux cas particuliers sont prévus par loi permettant le partage et l'échange en dérogeant au secret professionnel selon l'article 226-13 du code pénal (33) :

- l'article L121-6-2 du CASF issu de la loi du 5 mars 2007 (51) relative à la prévention de la délinquance : qui ne concerne que les travailleurs sociaux.

- l'article L226-2-2 du CASF issu de la loi du 5 mars 2007 (52) réformant la protection de l'enfance : le partage de l'information est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance.

Si on reste dans le respect strict de la loi, aucune collaboration ne peut donc aboutir puisqu'aucune information ne peut être partagée.

Mais les politiques de santé s'orientent de plus en plus vers des prises en charge pluridisciplinaires imposant le partage d'informations. Le code de santé publique et le code de l'action sociale et des familles prévoient donc un cadre juridique à l'échange et au partage des données, à la seule condition que le patient, qui a reçu au préalable une information claire, ne s'y oppose pas. Les deux secteurs restent toutefois cloisonnés :

- le médecin peut échanger avec d'autres professionnels de santé au sein d'un même établissement, d'un centre ou d'une maison de santé ou en dehors de ce cadre si le professionnel de santé prend également en charge son patient.
- les travailleurs sociaux peuvent échanger entre eux au sein des MDPH ou encore dans le cas des personnes âgées notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Dans nos études, l'attitude des professionnels n'est pas la même vis-à-vis du secret professionnel et du partage de l'information.

Du côté médical, les médecins, pour la plupart, évoquent spontanément le secret professionnel comme un frein à la collaboration. D'un point de vue juridique, la loi leur donne raison. Mais d'un point de vue pratique, on est en droit de se demander si cette réticence n'est pas un prétexte pour limiter leur action sociale. On constate tout de même un paradoxe : ces médecins opposent le secret professionnel pour ne pas collaborer mais ne voient pas d'inconvénients à solliciter les services sociaux pour obtenir des informations sur l'environnement de leur patient.

Quelques médecins et la totalité des travailleurs sociaux s'accordent sur la possibilité de partager des informations, si le patient a donné son accord et si celui-ci a la possibilité d'exprimer une opposition après avoir reçu une information claire.

Alors, demeurent ces questions : quelles informations partager ? Comment ?

N'ayant que peu de formation médicale, quand l'usager présente une problématique de santé, le travailleur social, habitué à travailler en équipe, exprime un besoin d'échange sur cette problématique. Plusieurs demandes sont alors exprimées :

- comprendre certains comportements liés à la pathologie : par exemple, l'usager peut-il ou non travailler, ou sa pathologie entraîne-t-elle une incapacité, faut-il des

horaires adaptés, un poste aménagé, un logement adapté ? Son traitement peut-il avoir des effets secondaires conséquents ?

- recherche d'échange de points de vue pour adapter au mieux l'orientation des usagers,
- modalités du suivi : l'usager est-il assidu ? Impliqué dans sa prise en charge ?

Les médecins font appel aux travailleurs sociaux pour plusieurs raisons :

- une recherche d'information sur le cadre de vie, le comportement des patients (notamment sur le plan de l'hygiène) pour adapter leur prise en charge, sur le fonctionnement des patients, l'organisation des familles,
- problème d'accès aux soins : affiliation et droits sociaux, aide au logement.

b) Les modalités de la communication

Etablir un dialogue

Les contacts étant plutôt rares et ponctuels, le lien de communication entre les différents partenaires est plutôt le mode oral direct ou indirect (par téléphone).

Chacun reconnait la difficulté de se joindre mutuellement : « ce n'est jamais le bon moment ». Les travailleurs sociaux ont peur de gêner les médecins pendant leur consultation et inversement les médecins ont soit l'impression que le travailleur social n'est jamais là : horaires de travail trop courts, soit peur de le gêner pendant un entretien.

Les médecins, par leur mode de pratique, sont attachés à l'écrit et aux dossiers médicaux qui doivent comporter tous les aspects de la prise en charge du patient. Ils apprécient donc le retour écrit, mail ou fiche de synthèse, que peuvent formuler les réseaux gérontologiques.

En revanche, ils se plaignent du manque de retour après avoir alerté un travailleur social sur une situation, ils se plaignent également d'avoir souvent à faire à un interlocuteur différent voire de ne pas savoir que leurs patients sont suivis par les services sociaux.

Les travailleurs sociaux dénoncent un manque de disponibilité de la part des médecins mais surtout un manque d'accessibilité. Ils ont l'impression que leur demande n'est pas toujours perçue par le médecin.

⇨ Constitution d'un réseau informel de proximité :

Il semble se dégager des expériences positives de travail, qu'une fois la communication établie, les coopérations futures se simplifient. De manière implicite ou explicite, chacun

trouve sa place, définit son rôle et ses compétences et ce qu'il peut apporter à l'autre. Ce mode de coopération est décrit le plus souvent au sein d'un territoire, quand les travailleurs sociaux et les médecins travaillent pour la même population et qu'ils sont confrontés au même problème.

La lisibilité du système social

Les médecins reprochent un manque de lisibilité du réseau social et expriment un besoin de clarification du réseau, avec une meilleure visibilité des correspondants et des structures adaptées. Ce sentiment est confirmé par d'autres travaux, dans la thèse de A. Moutel, les médecins expliquent se sentir mal informés des structures sociales existantes et regrettent le manque de liens entre celles-ci

Pour pallier cette difficulté, les médecins se limitent à un réseau de proximité :

- Soit un réseau informel qu'ils se sont constitué seuls et dont ils identifient mieux le fonctionnement : par exemple, ils s'adresseront à l'assistante sociale de secteur qui se chargera de réorienter le patient vers le service compétent si besoin,
- Soit les réseaux médico-sociaux qu'on leur aura présentés et qui correspondent à leur pratique.

Les réseaux médico-sociaux et les structures médico-sociales

On voit, au travers de nos études que « travailler ensemble » repose sur la définition d'un objectif commun et sur la place que prend chaque partenaire dans ce projet. Il convient de définir les compétences et le rôle de chacun, ses actions, et comment on les met en commun.

Dans les réseaux de soins et les structures médico-sociales, ce projet est déjà construit. Le médecin qui les sollicite n'a plus qu'à se positionner en usager, sans remise en question de ses pratiques ou d'adaptation ; l'investissement est moindre mais le réseau lui apporte une aide voire une solution à un problème, il lui permet de se décharger d'une partie de son travail tout en avançant dans sa prise en charge. Les médecins attendent des réseaux d'être mieux informés de leur impact et objectif pour mieux définir leur rôle (53).

De la même manière, les travailleurs sociaux, au sein de ces structures, vont trouver une meilleure reconnaissance de leur travail et un accès plus facile au médecin.

C. LES PISTES D'AMELIORATION

1. Se rencontrer

D'après les deux études qualitatives, le déterminant principal d'amélioration de cette collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux serait la rencontre pour apprendre à se connaître et pouvoir faire une mise au point, une mise à plat des difficultés et des conflits actuels dans l'interaction, briser les préjugés, être capable d'entendre et se remettre en question.

Concrètement les participants proposent différents outils pour se rencontrer:

- Les commissions de situations complexes qui existent déjà au sein du conseil général pour les travailleurs sociaux, concernant des thématiques spécifiques, sont à disposition de ces professionnels. Certains ont parlé également de commissions existant au sein du CPN, transversales et ont proposé d'en créer une à Nancy entre médecins généralistes et travailleurs sociaux. Mais la question organisationnelle de cette commission n'a pas été évoquée. On pourrait imaginer qu'une ou deux fois par mois s'organise une commission dite de situations complexes où médecins, travailleurs sociaux et paramédicaux d'un territoire donné pourraient venir avec un dossier et y rencontrer leur partenaire pour développer un plan d'action en direction de leurs patients.
- Les réunions/Les groupes de travail: «se réunir autour d'une table», échanger sur des situations, échanger des contacts ou des carnets d'adresses.
- La formation commune: se rencontrer lors de journées d'information/de formation. Sur le plan de l'organisation, un travailleur social a proposé des journées plénières, environ deux par an, avec une demi-journée consacrée à l'amélioration des difficultés rencontrées dans la collaboration, difficultés identifiées dans notre étude et l'autre demi-journée plus théorique proposant des ateliers thématiques (alcoologie, contrôle/régulation du secret professionnel, psychiatrie, les moyens de communication, le réseau informel, répartition des rôles de chacun). On pourrait également proposer des sujets qui nous rassemblent à l'occasion de la semaine médicale de Lorraine.
- Les visites conjointes: elles existent déjà et semblent être un outil qui fonctionne bien surtout en secteur. Il s'agit sur une situation médico-sociale à domicile, de s'accorder un temps commun en présence du patient.

La rencontre peut également être favorisée si elle s'inscrit dans un territoire local avec la création de réseaux locaux plutôt informels ou d'associations. Certains pensent même que le travail en un lieu commun pourrait permettre plus de collaboration. En ce qui concerne la création d'un réseau de santé précarité, les travailleurs sociaux l'ont évoquée mais ne pensent pas que cela puisse être une solution car il existe déjà de nombreux réseaux responsables de la complexité du système selon eux.

La rencontre comme une expérience bénéfique. Dans l'étude, «Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions » (54), une expérience a été réalisée par un réseau de Chambéry. Les auteurs sont partis du constat qu'il y a trois types de savoir: universitaire, d'action (issu des pratiques professionnelles), issu du vécu. Le but était de mettre ensemble sur un même pied d'égalité des professionnels ayant un statut social, des connaissances reconnues avec des personnes dont le savoir n'est ni organisé, ni reconnu, en très grande difficulté et en insécurité. Leurs résultats montrent que les débats sont plus importants que leurs conclusions parce qu'ils créent du lien ; ce que l'autre apporte est indispensable à une meilleure compréhension mutuelle.

2. La formation, l'information

a) Des médecins en formation continue

Les médecins expriment l'idées qu'ils se sentent mal formés à la dimension sociale amenée par leurs patients et mal informés sur les recours et aides disponibles, comme la littérature l'a largement mis en évidence (43) (47). La question de leur formation continue est plus difficile à traiter car l'offre est très hétérogène (groupes indépendants ou financés par l'industrie pharmaceutique, groupes locaux ou nationaux) avec des objectifs très variés. De plus, elle reste au choix et vise l'intérêt du praticien. D'ailleurs, dans l'étude les médecins ont plutôt manifesté un besoin d'information que de formation. Une partie de la FMC des médecins généralistes repose sur des réunions auxquelles ils invitent des confrères souvent spécialistes pour les éclairer sur les prises en charges spécialisées. On pourrait imaginer qu'une ou deux fois par an, ils invitent un travailleur social pour que celui-ci leur apporte des informations et des connaissances dans le domaine social.

b) Des étudiants en médecine en formation initiale (à Nancy)

Certains travailleurs sociaux se sont demandé si les étudiants avaient accès à une information, à une formation ou à un module sur le réseau social dans leur cursus initial, ou sur la découverte de celui-ci plus tard par la pratique. On sait que les étudiants sont peu sensibilisés à cette thématique.

Lors de l'externat, leurs stages sont essentiellement hospitaliers et donc peu d'entre eux rencontreront des travailleurs sociaux pendant leur cursus universitaire. Un module de Sciences Humaines et Sociales est développé au cours du 1er cycle et un module de Santé Publique est développé au cours du 2ème cycle lors de la préparation de l'Examen National

Classant. Mais les étudiants ont plutôt tendance à les mettre de côté, ne réalisant pas l'impact de ces matières sur leur pratique future.

Lors de l'internat de médecine générale, il existe un séminaire «précarité» au cours duquel des travailleurs sociaux viennent donner de l'information. L'un des travailleurs sociaux encourage ce type de rencontre et pense qu'il faudrait renforcer encore ce genre d'initiative en l'allongeant dans la durée. La pratique quant à elle ne propose pas beaucoup de stages transversaux dans ce domaine. D'autres essaient de déterminer le moment idéal, au cours de la formation, pour capter l'intérêt des étudiants en médecine.

On peut donc émettre quelques hypothèses d'amélioration en passant par la pédagogie lors du 1er cycle mais également lors du 2ème cycle:

- Apprendre à connaître ses futurs partenaires lors du cursus universitaire (enseignements communs) ou lors de stages à orientation médico-sociale dont l'accès serait à développer (médecins du monde, PASS, gériatrie, alcoologie).
- Intégrer dans le module SHS la question des représentations, des valeurs qui construisent l'image d'un médecin reconnu et respectable, la formation aux nouveaux paradigmes et une sensibilisation au modèle bio-psycho-social.
- Modifier le système de notation, le discours des enseignants et des médecins pour valoriser certains aspects de la médecine et notamment le rôle social, la prise en charge de la précarité, l'accès aux soins. Revoir ainsi quels sont les critères d'excellence, aujourd'hui orientés vers la technicité et la scientificité. D'ailleurs, nos pairs, par le passé , n'étaient-ils pas davantage sélectionnés sur des critères humanistes, qui mesuraient la qualité d'une réflexion philosophique ?
- Sensibiliser nos futurs médecins au travail d'équipe et de coordination pour leur permettre de s'intégrer plus facilement à un réseau par la suite.

Dans la littérature on retrouve un travail de thèse de A. Bey (55) sur l'intérêt d'un séminaire commun dans la formation initiale entre divers professionnels. Pour ce faire, les auteurs ont organisé un séminaire interdisciplinaire : «Apprenons à travailler ensemble». Les représentations de chaque groupe professionnel ont montré qu'elles pouvaient engendrer un certain nombre de freins à une collaboration efficace. Ce séminaire apparaît comme un enseignement incontournable à intégrer à la formation initiale pour amorcer un changement des mentalités et une rencontre moins tardive des deux acteurs qui ne leur laisse plus le temps de construire des représentations infondées.

Un autre travail de thèse venant renforcer l'intérêt d'agir sur la formation initiale est celui de deux thésardes I. Mériaux et S. Ernst (23). Elles ont constaté qu'il existe des difficultés pour la prise en charge de patients socialement vulnérables, lors de la pratique, et que certains préjugés identifiés chez les professionnels pouvaient être la conséquence d'une méconnaissance des ISS. Elles concluent que le défaut de formation universitaire sur cette thématique laisse la prise en charge sociale des ISS à l'appréciation des internes et dépend

de leur capital culturel et de leurs valeurs personnelles. Or, cette formation «pourrait leur apporter les outils nécessaires pour une meilleure prise en charge des personnes vulnérables et constituer un levier pour limiter l'émergence de représentations négatives.»

c) Des travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux abordent peu leur formation initiale.

Ils sont demandeurs de formation sur des thématiques médicales et sont conscients de leur rôle de transmission d'une information sur leur travail à leurs partenaires médicaux.

Les travailleurs sociaux ont proposé de pouvoir disposer d'un document commun, comme le DMP ou un plan personnalisé de soins pour améliorer la continuité des soins et la transversalité. C'est ce qui est d'ailleurs mis en place par la HAS avec un protocole pluri professionnel de soins de premier recours (PPSPR) qui est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluri professionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prises en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques (56).

La formation des deux partenaires devrait cependant permettre de prendre conscience que tout le monde fait partie du réseau informel, et que chaque profession a besoin de l'autre.

Les travailleurs sociaux peuvent-ils contribuer à la formation des médecins? : «Les médecins ont peur du public précaire» (violence, comportements inadaptés…), «nous on a appris…», «On a l'habitude, on ne demande pas mieux que d'aider les médecins…». Et inversement?

3. L'organisation du système médico-social

a) La clarification du système médico-social

Comme décrit précédemment, les médecins dénoncent la multitude des services sociaux et le manque de lisibilité de leur rôle propre. Les travailleurs sociaux confirment que l'organisation des services sociaux n'est pas simple et qu'il manque souvent des passerelles entre les différents services.

Les médecins expriment l'idée qu'il serait intéressant pour eux d'identifier un travailleur social référent, probablement une assistante sociale. Ils auraient alors un

interlocuteur unique facile à identifier qui prendrait en charge les problèmes sociaux de leurs patients et qui si besoin les redirigerait vers les services compétents.

Au cours des entretiens collectifs des travailleurs sociaux, il a d'ailleurs été question de la modification du dispositif social de secteur (encadré par le conseil départemental) avec la création des maisons des solidarités (57).

En Meurthe-et-Moselle, l'ancien système était découpé en six territoires sur le département avec des centres médico-sociaux sectorisés (environ vingt CMS sur le territoire de Nancy et couronne). Le projet est de regrouper les travailleurs sociaux de secteur sur environ trois maisons des solidarités dans le territoire de Nancy et couronne. Le but de ces maisons est de répartir les charges de travail des travailleurs sociaux de secteur, de permettre un accès facilité à l'usager quelque soit son secteur d'habitation, d'obtenir une réponse et une orientation immédiate. Cette modification représentera probablement une clarification pour les médecins. Mais les avis des travailleurs sociaux sont partagés à propos de cette nouvelle organisation et certains relèvent que si la théorie est prometteuse, le passage à la réalisation risque d'augmenter le nombre de missions de chaque travailleur social et sa mobilité.

b) Intégration du secteur social au sein des maisons de santé pluridisciplinaire (MSPD)

Le cadre d'exercice des maisons de santé est défini par l'article L. 6323-3 du code de la santé publique. Elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles sont constituées par des professionnels médicaux et paramédicaux qui élaborent un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Dans sa thèse sur le vécu des professionnels de santé libéraux, dans une maison de santé pluridisciplinaire (58), C. Chaissac montre que l'exercice en MSPD permet une valorisation, une meilleure connaissance des professions entre elles et une horizontalisation des rapports. On peut donc imaginer que l'exercice commun au sein de MSPD favoriserait la collaboration avec les travailleurs sociaux.

Il existe actuellement plusieurs MSPD en France qui ont mis en place une consultation sociale notamment de PMI et des réunions de concertation régulières entre médecins généralistes et travailleurs sociaux locaux, mais ces pratiques sont récentes et n'ont pas encore été évaluées.

c) La réorganisation des soins primaires

En France, initialement, l'organisation des soins primaires répondait à un modèle non hiérarchisé qui traduisait une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs. Pour mieux répondre à l'évolution de la demande en soins, cette organisation a évolué vers un modèle hiérarchisé où le médecin généraliste est le pivot du système (rôle de « gatekeeper »). Certains médecins évoquent la possibilité de réorganiser les soins primaires en ne centrant plus la prise en charge du patient sur la maladie et le soin mais sur une vision globale en proposant des centres communautaires sur le modèle québécois.

Dans les années 1970, au Québec, pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis, les autorités sanitaires ont créé des centres locaux de services communautaires. Ce sont des centres multi-services proposant des soins de santé primaire : médicaux et paramédicaux ainsi que certains services sociaux. Ils sont régis par un conseil d'administration communautaire et fonctionnent comme des organisations à but non lucratif (59). Mais après quinze ans d'évolution, la mise en place de ces centres s'est heurtée à une difficulté de recrutement des médecins. Depuis les années 2000 les Groupes de médecins de famille (GMF) se mettent en place : les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins collaborant avec des infirmières et d'autres professionnels du champ médico-social ; ce fonctionnement est administrativement plus simple (60).

Dans la littérature, on retrouve le modèle décrit par nos participants dans les pays nordiques. En Suède, les soins primaires s'organisent principalement autour de centres de santé où les médecins sont salariés avec des mécanismes d'incitation à l'activité, tout comme en Finlande (60).

IV. CONCLUSION (partie commune)

Tout au long de cette étude, nous avons tenté de démontrer qu'il existe des déterminants qui peuvent influencer la collaboration entre les médecins généralistes et les travailleurs sociaux.

Cette étude a permis de mieux comprendre l'état actuel des échanges entre ces deux partenaires que l'on peut qualifier de rares et ponctuels. On ne peut pas parler de véritable collaboration qui serait le fait d'un travail coordonné impliquant une mise en commun de moyens, un travail dans un esprit d'intérêt général, et supposant un certain degré de confiance et de compréhension. Même si certains participants ont pu avoir ce type d'expériences, elles restent minoritaires.

Ce qui rapproche nos deux protagonistes, c'est une conception duale de leur métier qui s'est construite avec le temps et l'évolution de notre société. Mais ce concept semble vécu différemment en fonction des caractéristiques individuelles plutôt que professionnelles. En effet il y a ceux qui acceptent ce changement comme une opportunité, ceux qui s'y soumettent sans conviction et ceux qui le refusent ou l'occultent.

Ce qui les éloigne, au contraire, c'est cette vision asymétrique de l'intérêt et des attentes de cette collaboration. D'un côté des travailleurs sociaux qui y voient un avantage en ce qui concerne la reconnaissance de leur travail, sa revalorisation auprès de la société et une nécessité de coopérer devant une population qui se précarise de plus en plus alors que les médecins sont réticents à travailler en inter-professionnalité. Ceux-ci recherchent une réelle clarification du système social par de l'information sans pour autant avoir davantage besoin de collaboration. Les freins à ce travail conjoint sont multiples, intriqués et sous-tendus par des facteurs organisationnels (la gestion du temps, la disponibilité des intervenants, la formation professionnelle) et psycho-sociologiques (les représentations, les préjugés, le cloisonnement et la hiérarchisation des rapports, le défaut de communication, le manque d'interconnaissance professionnelle et personnelle, la variation individuelle du système de valeurs).

Néanmoins, ils ont conscience que pour améliorer la qualité des soins, l'accès aux droits et aux soins, une meilleure collaboration pourrait être utile. Ce qui permet de faire le lien entre ces deux domaines est la confrontation à des situations complexes où un travail individualiste ne peut que mettre en échec le professionnel dans sa prise en charge. Et cette interaction prend tout son sens car chacun est conscient de ses limites et du besoin de compétences complémentaires. Il est nécessaire alors de poser un cadre à cette collaboration en définissant le rôle, les responsabilités et les actions précises de chaque acteur pour lui permettre de travailler dans l'intercompréhension et l'interdépendance. Pour qu'ils puissent mieux se connaître et se rencontrer, il est fondamental de leur en donner les moyens dont les éléments-clefs sont la rencontre, par la formation et par l'organisation du

système médico-social. En résumé, pour qu'une bonne collaboration existe, il serait nécessaire de favoriser les rencontres, le travail pluridisciplinaire, le tout sur un territoire limité sur le plan local que ce soit dans un lieu commun (structurel) ou au sein de réseau plus informel.

Compte tenu des limites de cette étude, nous n'avons pu analyser l'ensemble de ce sujet très vaste. Cependant il nous semblerait intéressant, dans l'avenir d'élaborer un consensus interprofessionnel à partir des pistes d'améliorations proposées en confrontant l'avis des deux corporations et de prévoir une enquête qualitative sur les attentes des patients au sujet de cette collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. 1946 juill.

2. The European Definition of General Practice / Family Medicine - Edition 2011 Short Version [Internet]. [consulté le 1 déc 2014]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/content/european-definition-general-practice-family-medicine-edition-2011-short-version

3. Fiche métier « ASSISTANT SOCIAL » [Internet]. [consulté 20 sept 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/assistant-social.html

4. Article 51 de la LOI n° 2009-879 dite HPST. Code de la Santé juill 21, 2009 p. 32‑3.

5. Sage L. Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français : A propos d'une association interprofessionnelle et de représentations de l'interdisciplinarité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.

6. Barletta C. Résultats et motifs sociaux en consultation de médecine générale française: Etude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2013.

7. Mackenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. Int J Equity Health. 23 oct 2004;3:11.

8. 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-Et-Moselle - Etude quantitative par questionnaires. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011.

9. Tillatte A. Insee - Revenus-Salaires - 327 000 personnes pauvres en Lorraine [Internet]. [consulté le 20 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=22962#sommaire

10. Letrilliart L, Moreau A, Dedianne MC, Le Goaziou MF. S'approprier la méthode du « focus group ». Rev Prat - Médecine Générale. 15 mars 2004;(N° 645):382.

11. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. mars 2004;10(1):79‑86.

12. Lessard-Hébert M, Goyette G, Boutin G. Recherche qualitative: fondements et pratiques. Montréal, Canada: Ed. Agence d'Arc; 1990. 180 p.

13. 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]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.

14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014.

15. Duchesne S, Haegel F. L'entretien collectif. Armand Colin. Paris: A. Colin; 2009. 126 p.

16. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.

17. 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.

18. Chatelard Sophie. 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.

19. 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 group. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011.

20. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

21. Dr Olivier-Koehert M. Premiers recours, coopération et droits des patients vers notre système de santé de demain. Concours Méd. juin 2011;133(6):497‑500.

22. Revil H. Le non-recours aux soins de santé - La Vie des idées [Internet]. 2014 [consulté le 17 mai 2014]. Disponible sur: http://www.laviedesidees.fr/Le-non-recours-aux-soins-de-sante.html

23. Ernst S, Irene Meriaux. 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.

24. Bloy G, Schweyer F-X, Herzlich C. Singuliers généralistes sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010.

25. Corvol A, Balard F, Moutel G, Somme D. Refus de soins opposés aux gestionnaires de cas par des personnes âgées en situation médico-sociale complexe : regards croisés. Rev Médecine Interne. janv 2014;35(1):16‑20.

26. Bacle M-S. Le médecin généraliste face à l'enfant en danger: 10 récits de médecins de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.

27. Haili M. La plainte sociale au cabinet du médecin généraliste: Réflexions personnelles à propos de quelques observations. [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 2002.

28. Daydé M-C. Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2012;11(3):164‑9.

29. 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. mai 2005;19 Suppl 1:116‑31.

30. Sheehan D, Robertson L, Ormond T. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. J Interprof Care. févr 2007;21(1):17‑30.

31. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. juill 2008;56(4, Supplement):S197‑206.

32. Fanjeaux A. Ressenti des professionnels de santé libéraux du territoire sud meusien vis-à-vis de la réorganisation des réseaux de santé. Etude qualitative par Focus Groups. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2012.

33. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.

34. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.

35. Serny Zanuttini H. Analyse qualitative des difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles: le médecin généraliste et ses partenaires de soins dans la prise en charge du diabète de type 2 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2010.

36. Denantes M., Chevillard M., Renard JF., Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer. 2009;(85):22‑6.

37. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.

38. Dr Trouillard M. Cinq expériences de maison de santé en Lorraine: entre dynamismes et réalités. In Domaine de L'asnée, Villers-lès-Nancy; 2009.

39. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Quest Déconomie Santé. avr 2009;(N°141).

40. Nicodeme R, Deau X. Document de références en Médecine Générale à l'usage des commissions de qualification du CNOM. Conseil national de l'ordre des médecins; 2008 juin p. 7.

41. Définition du travail social et du métier d'assistant social adopté par la Fédération des Travailleurs Sociaux. Québec, Canada: Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux; 2000 juill.

42. Garcette C. L'histoire de La coordination en Travail Social. Plume. janv 2006;(37).

43. Moutel A. Précarité et médecine générale: enquête auprès de médecins généralistes du secteur de Redon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2009.

44. Costes M. Profil social et médical des consultants du centre d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du Monde à Marseille [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.

45. Bosma H., Johnston M., Cadell S., Wainwright W., Abernathy N., Feron A., Kelley ML., Nelson F. Compétences en travail social pour la pratique des soins palliatifs au Canada: cadre de travail pour guider la formation et la pratique des généralistes et des spécialistes. Association canadienne de soins palliatifs; 2008 p. 19.

46. Manière D. Interprofessionnalité en gérontologie: travailler ensemble : des théories aux pratiques. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2005.

47. Combler Le Fosse En Une Generation Instaurer L'equite En Sante En Agissant Sur Les Determinants De La Sante. World Health Organization; 2009.

48. Bourgueil, Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé? CES - Lett Collège. mars 2013;(1, 23ème année):6‑10.

49. Emmanuelli X. L'exclusion et la pauvreté. Y-a-t-il une clinique de l'exclusion ? Rev Médecine Interne. mars 2009;30(3):206‑7.

50. Code de l'action sociale et des familles - Article L311-3. Code de l'action sociale et des familles.

51. Code de l'action sociale et des familles - Article L121-6-2. Code de l'action sociale et des familles.

52. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.

53. Busson E. Prise en charge des personnes âgées en situation complexe à domicile: apports et limites d'un réseau gérontologique pour les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.

54. De Goer B, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. Rev Santé Publique. 2008;20(2):163‑75.

55. Bey A. Analyse qualitative des représentations de professionnels de métiers médico-sociaux, élaborées par des étudiants en formation initiale au cours du séminaire interdisciplinaire « Apprenons à travailler ensemble » des 19 et 20 septembre 2013 à Besançon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.

56. Haute Autorité de Santé - Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. [consulté le 8 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

57. Création de 17 maisons départementales des solidarités - Département de Meurthe-et-Moselle [Internet]. [consulté le 6 oct 2015]. Disponible sur: http://www.meurthe-et-moselle.fr/fr/acces-directs/projet-departemental-2015-2021/ressources-humaines/service-public-departemental-en-proximite.html

58. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

59. Sicotte C, D'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. Soc Sci Med. sept 2002;55(6):991‑1003.

60. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé Publique. 29 mars 2009;Vol. 21(hs1):27‑38.

ANNEXES

ANNEXE 1

Grille d'entretien

1/ La situation actuelle

- Racontez-nous votre expérience la plus marquante de travail avec un travailleur social.
    - Précisions/relance :
        - Quels types de patients, à propos de quelles situations ? Quel contexte ?
        - Construction de la collaboration et ses étapes ?
        - Quel était votre rôle dans la relation ? et la place du patient ?
        - Quel moyen de communication aviez-vous utilisé ?
- Si pas d'expérience à raconter se référer à la question 4

2/ Les difficultés rencontrées dans la relation

- Précisions :
    - Avez-vous eu des désaccords avec vos partenaires ? Si oui comment les avez-vous gérés?
    - Quel est votre avis sur la question du secret médical et la notion de confidentialité ?
    - Notion de méconnaissance et représentation à aborder.

3/ La collaboration idéale

- Décrivez-nous « l'expérience idéale »
    - Précisions :
        - Exploration des attentes d'une bonne collaboration
        - Exploration des outils pour y parvenir
        - Exploration des perspectives de solutions (pistes d'amélioration)

4/ La non collaboration

- Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais collaboré avec un travailleur social ?
- Y a-t-il eu des situations où vous y avez pensé ?
- Sur quelles interrogations/sujets pourriez-vous solliciter une rencontre avec un travailleur social.

5/ Avez-vous quelque chose à ajouter ? D'autres questions que vous souhaiteriez aborder ?

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

Nom :

Prénom :

Age :

Lieu d'exercice et milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) :

Date d'installation :

Maitre de stage :

Type de cabinet :

- Seul
- En association :
    - Mono disciplinaire (2 ou plusieurs médecins généralistes)
    - Pluridisciplinaire :
        - En maison médicale (association de plusieurs professionnels de santé)
        - En maison de santé (idem + conventionné avec l'ARS)

Avez-vous une activité annexe au cabinet :

- Dans un réseau de santé
- Dans une association (ex : Médecins du monde)
- Salarié (ex : EHPAD, PASS, centre mutualiste, ARS …)
- Si oui laquelle : …

- Si oui, y collaborez-vous avec des travailleurs sociaux
    - Oui
    - Non

(Rayer les mentions inutiles)

Mail :

ANNEXE 3

	Sexe	Age	Date d'installation	Lieu d'exercice	Type de cabinet	Activité annexe	Collaboration avec des travailleurs sociaux	Maître de stage
Focus group 1								
M1	F	54	1998	Urbain	Association mono-disciplinaire	Non		Non
M2	M	45	2006	Urbain	Association pluridisciplinaire	Non		Non
M3	M	48	1996	Urbain	Association pluridisciplinaire	Expertise Médecin agréé Commission de permis		Non
M4	M	48	1996	Urbain	Association mono-disciplinaire	Ostéopathie Médecine du sport	Non	Oui
M5	M	38	2011	Semi-rural	Association mono-disciplinaire	Ostéopathie	Non	Oui
Focus group 2								
M6	F	59	1996	Urbain	Association mono-disciplinaire	Réseau RAVH54	Oui	Oui
M7	M	60	1984	Urbain	Seul	Non		Oui
M8	M	42	2007	Urbain	Association mono-disciplinaire	Réseau RAVH54	Oui	Oui
M9	M	59	1982	Urbain	Association mono-disciplinaire	Réseau RAVH54	Oui	Oui
Focus group 3								
M10	M	56	1997	Semi-rural	Seul	Médecin de l'AEIM	Oui	Non
M11	M	53	1990	Rural	Seul	Non		Non
M12	F	45	2004	Semi-rural	Seul	Non		Non
M13	M	54	1988	Semi-rural	Association pluridisciplinaire	Non		Non
M14	M	57		Semi-rural	Association pluridisciplinaire	Non		Non
M15	F	53	1988	Semi-rural	Association mono-disciplinaire	Salarié d'une crèche Elue URPS	Oui	Oui
M16	F	34	2011	Rural	Association pluridisciplinaire	Non		Non
M17	F	49	1999	rural	Association pluridisciplinaire	Non		Non

VU

NANCY, le **16/10/2015**
Le Président de Thèse

Professeur S. BRIANÇON

NANCY, le **21/10/2015**
Pour le Doyen de la Faculté de Médecine
Le Vice-Doyen,

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 8085

NANCY, le **30/10/2015**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

RESUME :

INTRODUCTION : Les médecins généralistes et les travailleurs sociaux rencontrent des difficultés dans la prise en charge globale des personnes, qui révèlent un manque de collaboration entre ces deux protagonistes.

METHODE : Afin de définir et de comprendre l'état actuel des liens, nous avons réalisé une enquête originale par sa double approche qualitative, auprès des médecins généralistes et travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle. Dans notre étude, les données ont été recueillies par la réalisation de trois focus groups composés de 17 médecins généralistes de Meurthe-Et-Moselle.

RESULTAT : L'analyse a montré que les médecins généralistes ont un rôle social à jouer dans la prise en charge de leurs patients pour lesquels ils ne collaborent pas ou peu avec les travailleurs sociaux. Manque de temps, méconnaissance de l'autre et secret professionnel sont les principales difficultés exprimées.

CONFRONTATION : La confrontation des résultats des deux études a mis en évidence que les partenaires en jeu ont une conception duale commune de leur métier avec une asymétrie dans les attentes, les intérêts et les besoins. Afin de faciliter et d'améliorer la prise en charge des patients, les participants ont proposé des pistes de travail autour de trois grands axes qui sont la rencontre, la formation et l'organisation du système médico-social.

CONCLUSION : La montée en charge des problématiques sociales et le déficit annoncé en termes du nombre de médecins de ville nécessitent d'unir ces compétences complémentaires et de répartir les rôles au sein de ce système médico-social.

TITRE EN ANGLAIS: General practitioners and social workers partnership: towards a definition of key factors for a successful collaboration. A qualitative study among general practitioners of Meurthe-Et-Moselle.

THESE : MEDECINE GENERALE - Année 2015

MOTS CLEFS : médecins généralistes – travailleurs sociaux – relation interprofessionnelle – prise en charge globale

INTITULE ET ADRESSE de l'U.F.R
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex