



HAL
open science

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

Sandrine Deitsch

► **To cite this version:**

Sandrine Deitsch. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : exploration des déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle en 2015. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01734334

HAL Id: hal-01734334

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734334v1>

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.



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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Sandrine DEITSCH

le 24/11/2015

LA COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX : EXPLORATION DES DÉTERMINANTS D'UNE COLLABORATION RÉUSSIE

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DE
MEURTHE-ET-MOSELLE EN 2015

Examineurs de la thèse:

M. le Professeur Serge BRIANÇON

Président

M. le Professeur François ALLA

Mme Le Docteur Elisabeth STEYER

M. Le Docteur Jean-Michel MARTY

M. Le Docteur Alain CRITON

}
}
}
}

Juges

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Sandrine DEITSCH

le 24/11/2015

LA COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX : EXPLORATION DES DÉTERMINANTS D'UNE COLLABORATION RÉUSSIE

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DE
MEURTHE-ET-MOSELLE EN 2015

Examineurs de la thèse:

M. le Professeur Serge BRIANÇON

Président

M. le Professeur François ALLA

Mme Le Docteur Elisabeth STEYER

M. Le Docteur Jean-Michel MARTY

M. Le Docteur Alain CRITON

}
}
}
}

Juges



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

Professeur



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Marc BRAUN**

Vice-doyens

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

Asseseurs:

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

Innovations pédagogiques: Pr Bruno CHENUÉL

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)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} 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

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

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie; hépatologie; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section: GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} 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

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section: (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

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

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section: (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section: (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section: (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)

3^{ème} sous-section: (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie; transfusion: option hématologique (type mixte: clinique))

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section: (Cancérologie; radiothérapie: cancérologie (type mixte: biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

2^{ème} sous-section: (Réanimation; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section: (Thérapeutique; Médecine d'Urgence; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (stagiaire)

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

1^{ère} sous-section: (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section: (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section: PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section: (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section: (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section: (*Gastroentérologie; hépatologie; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section: (*Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section: OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section: (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section: SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section: SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section: GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} 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

66^{ème} 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 Würzburg (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 (VIËTNAM)
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)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Pour votre disponibilité, votre intérêt témoigné et l'aide que vous nous avez apporté, soyez assuré de toute notre gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François ALLA

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention.

Nous vous sommes reconnaissantes de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail . Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale.

Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et l'honneur que vous nous faites de juger notre travail, recevez l'expression de notre sincère reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY

Docteur en Médecine Générale.

Pour avoir accepté de codiriger cette thèse, pour votre soutien à notre projet, et de votre implication dans les différentes étapes de sa réalisation .

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Alain CRITON

Docteur en Médecine générale.

Nous vous remercions avant tout de nous avoir proposé l'idée de ce sujet et d'en avoir accepté la direction.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissantes de nous avoir soutenues pendant les étapes de ce travail et de vous être impliqué avec tant d'intérêt.

Vous nous avez apporté votre réflexion et votre expérience afin d'enrichir notre esprit critique.

Merci à Lucie pour ce travail commun et cette rencontre atypique.

Remerciements sincères à Madame Ingrid VOLÉRY (Maître de conférence en Sociologie), pour son expertise indispensable au bon déroulement des étapes de ce travail et pour sa disponibilité .

Remerciements à Monsieur Bernard REMY (chef du Service d'Accueil et d'Orientation de Nancy) pour son accueil concernant le projet et son aide en terme de logistique et d'organisation des entretiens collectifs .

Remerciements aux 16 travailleurs sociaux ayant participé à l'étude pour leur partage d'expériences, leur bonne humeur et pour avoir manifesté autant d'enthousiasme pour ce sujet de la collaboration. Et à tous ceux qui ont témoigné leur sympathie lors des échanges téléphoniques.

Remerciements à Madame Audrey CAZIER et Aurélie MONTANA , toutes deux assistantes sociales, pour leur aide dans l'élaboration du projet et pour avoir partagé ensemble de bonnes expériences de travail collaboratif .

Remerciements à Madame Carole JOLLAIN (directrice de l'ARS Pierre Vivier) pour nous avoir cordialement laissé à disposition vos locaux de réunion pour l'organisation des focus groups.

Remerciements aux responsables des travailleurs sociaux , M. LEROY (CHRS Pierre Vivier), Mme NOËL et Mme GOUDOUT (Centre Médico-Social Pôle Est), Mme PHILIPPOT (AEIM de Maxéville), Mme SAUVADET (responsable conseil départemental Val-de-Lorraine), Mme HOCHARD (responsable à l'UDAF 54) pour leur accueil, disponibilité et pour avoir autorisé leurs travailleurs sociaux à se libérer du temps pour participer à cette étude.

Remerciements à Madame Catherine FASCIANA pour son implication et sa disponibilité dans la réalisation de ce travail.

À mes amis, Alex et Julien pour leurs encouragements hebdomadaires et plus particulièrement à mon amie Marion pour sa joie de vivre.

À Marianne, pour notre compréhension mutuelle durant cette étape .

À mes parents, pour votre amour et votre soutien tout au long de ces années.

À Sébastien et Jérôme et leurs compagnes pour tous ces moments de partage en famille .

À Antoine, mon amour, pour ta présence quotidienne depuis de nombreuses années qui m'a permis de m'épanouir et d'avancer en confiance.

À toute ma famille, collègues et amis que je n'ai pas cités mais qui m'ont entourée pendant toutes ces années et qui m'ont chacun apporté un enrichissement personnel.

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».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OMS: Organisation mondiale de la santé

WONCA: World Organization of Family Doctors

ISS: Inégalités sociales de santé

TS: Travailleurs sociaux

MG: Médecins généralistes

MT: Médecin traitant

SP: Santé publique

HAS: Haute autorité de santé

OMS: Organisation mondiale de la santé

HPST: Hôpital, patients, santé, territoires

PMI: Protection maternelle et infantile

ARS: Accueil et réinsertion social

FG: Focus group

CHRS: Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

LHSS: Lits halte soins santé

CHU: Centre hospitalier universitaire

SAO: Service d'accueil et d'orientation

AVC: Accident vasculaire cérébrale

PAPH: Personnes âgées -Personnes handicapées

CMU: Couverture médicale universelle

MSA: Mutuelle sociale agricole

SSR: Soins de suite et de réadaptation

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie

DMP: Dossier médical personnel

MDS: Maisons des solidarités

CMS: Centre médico-social

CPN: Centre psychothérapique de Nancy

PASS: Permanence d'accès aux soins de santé

FMC: Formation médicale continue

IRTS: Institut régional du travail social

MDPH: Maison départementale des personnes handicapées

CASF: Code de l'action sociale et des familles

Ce travail a été réalisé en collaboration avec Mlle DOERFLINGER Lucie, qui a réalisé l'étude qualitative auprès des médecins généralistes, les parties communes sont signalées par le symbole suivant * .

Table des matières

I.INTRODUCTION*	22
II. ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX	24
A.Matériel et méthode	24
1.Choix de la méthode*	24
2.Élaboration de la grille d'entretien*	26
3.Recrutement de la population	27
4.Le recueil des données	28
a)Déroulement des entretiens	28
b)Retranscription des entretiens	29
c)Analyse*	30
B.Résultats	32
1.État des lieux	32
a)Le rôle des travailleurs sociaux au sein du médical	32
b)La vision du médecin généraliste et du médical par les travailleurs sociaux	35
c)Définition de l'interaction actuelle avec les médecins généralistes	38
2.Les difficultés rencontrées	43
a)Le secret professionnel	43
b)La méconnaissance	45
c)Les représentations	46
d)La place du patient	49
e)La disponibilité et les moyens de communication	51
f)La défaillance du système médico-social actuel	53
3.Les attentes d'une collaboration «idéale»	56

a) L'intercompréhension	56
b) L'interdépendance.....	58
c) La solidarité et le soutien.....	59
d) Les motivations nécessaires des médecins généralistes.....	60
C. DISCUSSION.....	62
1. Synthèse des résultats.....	62
2. Forces et faiblesses.....	64
a) Les forces.....	65
b) Les faiblesses.....	65
3. Comparaison à la littérature.....	66
a) Les points communs et les différences par rapport à la littérature.....	66
b) L'apport de nouveaux concepts, les déterminants de la collaboration.....	68
III. CONFRONTATION DES RÉSULTATS DES DEUX ÉTUDES*	80
A. État de la collaboration actuelle.....	80
1. La conception duale du métier.....	80
2. Une collaboration asymétrique.....	82
a) Des besoins et des intérêts différents.....	82
b) Des attentes discordantes.....	84
B. Les déterminants de la collaboration.....	85
1. Les partenaires en jeu	85
a) Le choix du partenaire.....	85
b) La connaissance du partenaire.....	87
c) La place du patient.....	88
2. Les objectifs et intérêts communs à la collaboration.....	89
a) Le partage des responsabilités.....	89
b) Le partage des tâches	90
c) La réduction des inégalités sociales de santé.....	91
3. Les situations de collaboration.....	92
a) Le refus de soins.....	92
b) Les autres situations de collaboration	93
4. L'aspect organisationnel de la collaboration.....	96

a)Le partage d'informations	96
b)Les modalités de la communication	98
C.Les pistes d'amélioration.....	100
1.Se rencontrer.....	100
2.La formation, l'information.....	101
a)Des médecins en formation continue.....	101
b) Des étudiants en médecine en formation initiale (à Nancy).....	102
c)Des travailleurs sociaux.....	104
3.L'organisation du système médico-social.....	104
a)La clarification du système médico-social.....	104
b)Intégration du secteur social au sein des maisons de santé pluridisciplinaire (MSPD)	105
c)La réorganisation des soins primaires	106
IV.CONCLUSION*.....	107
ANNEXES.....	109
BIBLIOGRAPHIE.....	113

I. INTRODUCTION*

« 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 soins. 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(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 premier 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 pluridisciplinaires, 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 britannique 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 ils 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 2010(9). Autrement dit 1 lorrain sur 7 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 leur patient de façon globale et

adaptée.

Ainsi, il apparaît 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 prenait en compte qu'un seul point de vue, le plus souvent celui des médecins. Les résultats exprimaient alors une vision particulière, partielle, voire partielle du problème en exposant des solutions qui ne correspondent 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. ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

A. *Matériel et méthode*

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 les 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 (10). 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 la 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 nécessite 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 recherche, les objectifs propres de cette méthode sont les suivants:

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

-Préciser les difficultés rencontrées afin d'établir des liens entre les expériences des travailleurs sociaux et les ressources qu'ils utilisent

-Comprendre les attentes des travailleurs sociaux 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 VOLÉRY, 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. Élaboration de la grille d'entretien*

L'élaboration de la grille d'entretien s'est faite de manière conjointe avec Mlle DOERFLINGER Lucie, permettant d'obtenir une grille similaire pour les entretiens auprès des travailleurs sociaux et auprès des médecins généralistes et ce, 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 leur 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 VOLÉRY puis a été testée par deux entretiens semi-directifs auprès de deux assistantes sociales hospitalières . Ces tests

ont permis de vérifier la compréhension des questions, la clarté de leur formulation et leur pertinence par rapport à la question de recherche.

3. Recrutement de la population

Les critères d'inclusion étaient: être travailleur social, exercer son activité en Meurthe-et-Moselle.

Nous avons choisi comme limite géographique la Meurthe-et-Moselle pour respecter la continuité des études préalablement réalisées sur ce secteur.

La Meurthe-et-Moselle est découpée en 6 grands secteurs: Longwy, Briey, Val-de-lorraine, Nancy et couronne, Terre de Lorraine, Lunévillois. Je me suis limitée à Nancy et couronne et Val de Lorraine pour réduire l'éloignement géographique des participants qui limitait l'organisation des focus groups.

Ce choix me permettait d'étudier deux types d'exercice différents, l'un urbain, l'autre rural et ainsi de diversifier l'échantillon.

J'ai donc privilégié les caractéristiques spatio-temporelles et socio-démographiques (âge, genre, lieu de travail, mode d'exercice, formation complémentaire) pour le recrutement des participants.

Dans un premier temps, j'ai sollicité l'aide de M. BERNARD, directeur du Pôle Urgence et Territoires. Il a pu me donner des conseils pour l'organisation de l'agenda afin d'obtenir des taux de réponses positives pour la participation des TS aux focus groups. J'ai estimé qu'il y avait des horaires, des jours (les mardis et jeudis en milieu de matinée ou en début d'après-midi) plus adaptés pour les réunir. J'ai donc choisi quelques dates et j'ai ensuite contacté soit par téléphone soit par mail les responsables des TS ou les TS eux-mêmes (Annexe 2), dont la participation à l'étude a toujours été soumise à l'approbation de leur supérieur hiérarchique.

J'ai constitué 3 focus groups de 5 à 6 TS volontaires avec au total 16 participants. Il y a

eu 3 désistements et un groupe annulé 48 heures avant la date prévue, faute de participants.

-Groupe 1: 5 personnes

-Groupe 2: 5 personnes (2 désistements)

-Groupe 3: 6 personnes (1 désistement)

La durée des entretiens était comprise entre 85 et 151 minutes.

Le tableau des caractéristiques des participants se situe en Annexe 3.

4. Le 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 le focus, afin de créer une atmosphère détendue et propice au dialogue.

Le lieu de rencontre pour les trois focus groups était la salle de réunion du foyer d'accueil médicalisé de l'ARS Pierre Vivier. La directrice nous a permis d'utiliser les locaux de réunion. Cette salle est connue de la plupart des TS (et donc accessible), c'est un lieu où la collaboration médico-sociale est déjà établie et où les TS peuvent se sentir à l'aise pour s'exprimer.

Un questionnaire a été 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 4).

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 de médiateur. Le médiateur dirige les débats en fonction de la grille d'entretien pré établie. 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 DOERFLINGER

Lucie. L'observateur est en retrait, il note tout ce qu'il peut observer à propos du comportement des participants et de l'animateur, des 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.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux tablettes numériques, après recueil de l'accord des participants, en respectant leur anonymat. L'information ne leur a été transmise, qu'une fois l'analyse des données terminées; la totalité des enregistrements sera intégralement détruite.

A noter que les entretiens des travailleurs sociaux et des médecins généralistes 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 OpenOffice Writer. Les retranscriptions intégrales sont disponibles en annexe, sur un CD-ROM.

Afin de respecter l'anonymat des participants, les travailleurs sociaux participants sont désignés par l'abréviation TS et un chiffre allant de 1 à 6 par focus group (FG1, FG2, FG3) sur les retranscriptions et dans les résultats. Les extraits du verbatim sont précédés d'une identification de l'interlocuteur (TS1FG1 par exemple pour désigner le premier travailleur social du premier focus group) et sont introduits en italique pour les différencier du reste du corpus de texte.

c) **Analyse***

Sur le conseil de Mme VOLÉRY, nous avons appliqué la méthode d'analyse par théorisation ancrée: méthode de recherche inductive visant à 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 a été réalisée de manière manuelle. Le codage a été mené par deux personnes, Mlle DOERFLINGER et moi-même afin de vérifier sa pertinence. Nous avons donc procédé chacune à une analyse par focus puis à une «contre-analyse» secondaire. Celle-ci pour permettre la discussion sur les idées retrouvées: confirmation, différences et ajout d'informations complémentaires.

Afin d'améliorer la crédibilité de notre étude, cette synthèse a été ensuite validée respectivement par nos directeurs de thèse et par Mme VOLÉRY.

En pratique, 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 ceux-ci pour éliminer les erreurs de médiation: nous avons mis en relation 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 rendant compte du vécu des participants.

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

Nous avons établi le profil de chaque participant par rapport à sa relation avec les médecins généralistes, son rôle, sa position, ses attentes, 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 en intégrant l'ensemble des concepts dégagés dans chaque profil et en 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 3 focus groups reprenant la même méthode.

En pratique, afin d'améliorer la crédibilité de notre étude, l'analyse a été réalisée par deux personnes, Mlle DOERFLINGER 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 groups et la synthèse globale de son étude. Les profils de chaque participant et les synthèses ont été validés par Mme VOLÉRY 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.

B. Résultats

1. État des lieux

a) Le rôle des travailleurs sociaux au sein du médical

En premier lieu, le travailleur social définit des conceptions différentes de son travail. Il peut s'agir de l'accompagnement global, de l'écoute des souffrances d'une personne, l'animation d'un lieu collectif, la responsabilité légale, le médecin du social, la polyvalence, la coordination médico-sociale, l'accompagnement spécialisé.

Sur le plan médical, tous sont d'accord pour affirmer une médicalisation de leur travail depuis quelques années. Ils évoquent pour la plupart spontanément un rôle dans le domaine de la santé. Cela peut englober la médecine du travail (invalidité, reconversion professionnelle), la santé mentale, la gérontologie (dépendance), la protection de l'enfance, les addictions, la précarité, le handicap, les soins palliatifs.

◆ Un rôle d'alerte, de témoin privilégié

Il est décrit par la plupart des travailleurs sociaux ayant participé à cette étude. Quand ils suspectent ou repèrent une problématique médicale au sein d'une problématique sociale, leur rôle est d'informer. Ils se réfèrent alors au médecin traitant, au médecin psychiatre, à l'infirmière d'une structure, au médecin coordonnateur d'une structure, à leur responsable hiérarchique (cité par un TS), à la famille et au patient lui-même.

Observateurs des résidents dans leur vie quotidienne, ils peuvent apporter aux médecins des éléments de la séméiologie médico-sociale. Ils peuvent jouer un rôle d'alerte. Et par leur connaissance du patient, ils peuvent détecter des modifications de comportement nécessitant de transmettre l'information.

**TS4FG1: ligne 798 « Mais on s'était d'abord interrogé sur certains comportements qu'on a fait remonter au médecin. » ; ligne 802 « C'est, c'est l'illustration de, d'observation de l'équipe du terrain qui fait remonter au généraliste et qui retransmet au spécialiste concerné. »*

TS5FG3: ligne 1693 « Donc (euh) nous dans ces cas-là notre rôle, ça va être abonder un petit

* Ces retranscriptions ont été reproduites fidèlement aux propos des participants

peu sur le quotidien, ce qu'on a pu remarquer, observer et cetera.»; ligne 348 «Et où on a pu (ba) voilà à travers la relation de confiance qu'(il trouvait ici) débiter un un, une orientation et un accompagnement au niveau santé.»

◆ Un rôle de coordination

En effet, le travailleur social considère que lui aussi a cette fonction pour aider le patient à s'orienter et à s'enraciner dans le réseau de soins, pour reprendre une démarche de soins interrompue depuis longtemps, ou pour guider le patient vers une meilleure utilisation du circuit médicosocial .

A propos de ce rôle, un participant a une fonction temporaire de coordination médico-sociale qui lui permet d'aider ses collègues à s'orienter dans le parcours de soins.

TS3FG3: ligne 180 « Donc j'ai été détaché auprès de l'association ARS pour intervenir et essayer de, d'organiser un peu le parcours de soin et les procédures sanitaires des demandeurs d'asile avec des problématiques médico-soc' qui sont très liées.»; ligne 183 « (...)pour lesquelles les, les, y'a des TS des foyers qui étaient un petit peu démunis sur la partie médicale de la prise en charge»

◆ Un rôle de conseiller

Pour certains, leur rôle est consultatif. Ils s'assurent que le patient a un médecin généraliste. Certains rappellent juste la législation et la nécessité d'avoir un médecin traitant déclaré et laissent la liberté de choisir au patient pour préserver son autonomie et le responsabiliser face à sa santé. D'autres peuvent orienter le patient vers un médecin «engagé» avec lequel ils partagent des valeurs et an qui ils ont confiance.

TS1FG1: lignes 284;285 « informer, conseiller et puis c'est vrai quand il y a(euh...) un problème d'addiction qu'on repère ou un problème de santé»; ligne 271 «on rappelle aux personnes qu'elles doivent avoir aussi un MT désigné»

TS2FG3: ligne 710: «C'était un peu près une dizaine de fois, donc c'est régulièrement, j'étais interpellée puisque je suis devenue un peu la(...).Oui voilà, je centralisais, la coordinatrice.»

◆ Un rôle de surveillance, de suivi, d'accompagnement autour de la santé

L'accompagnement, une fonction professionnelle faisant partie du processus d'intervention qui implique la proximité et la présence, avec une participation active de l'intéressé, une idée de mouvement et d'individualisation. L'accompagnement est une idée de passage, de temps limité, de moment partagé mais de séparation après évaluation du chemin parcouru. Ce rôle est plutôt intégré dans leur travail et décrit comme une base commune aux missions des travailleurs sociaux.

TS2FG1: ligne 619 «(...)Même savoir si les gars y sont allés, est-ce qu'ils ont bien fait leur traitement? Leur injection?»; ligne 777 « Au quotidien il y a aussi beaucoup d'observations de des résidents»

TS4FG1: ligne 101 «il n'y a pas du tout de personnel sur place ni même administratif, naturellement médical et tout ça, donc c'est l'équipe éducative qui assure le suivi et souvent la coordination.»

◆ Rôle de traducteur entre le patient et le médecin

Ce rôle est énoncé plus rarement. Il s'agit parfois pour le travailleur social de retranscrire dans des termes plus simples les propos du médecin. Rôle décrit comme plutôt imposé par les médecins généralistes. Mais il existe aussi la barrière de la langue venant compliquer les prises en charges et la compréhension des uns des autres.

TS1FG3: ligne 1224 « y'a la barrière aussi de la langue, faut mettre un petit peu le décodeur. Ils vont chez le médecin, ils ont rien compris du tout, ils reviennent me voir alors(...)»; ligne 1229 «(...)je peux pas expliquer qu'est-ce qui s'est passé(...)»

◆ Rôle de suppléant et de représentant des patients, «le médecin du social»

Quand le médecin est absent, démissionnaire, contourné ou en désaccord, certains travailleurs sociaux s'engagent, s'impliquent dans le médical et intervertissent les rôles.

TS2FG3: ligne 713 « Donc moi je suis, j'ai été amené à un moment donné, pour revenir à, au sujet important qu'est le le médico-social, c'est à justement mettre autour de la personne, chez elle: le médecin, les inf, l'infirmier que j'avais eu heureusement.»

TS3FG2:ligne 591 «Et je me rends compte (dans) l'entretien qu'il y (a) des incohérences.»;ligne 606 « Bon et là je me dis, il faut peut-être qu'elle repasse à, aux urgences psy, parce que y'a peut-être un souci!»

b) La vision du médecin généraliste et du médical par les travailleurs sociaux

◆ Le coordonnateur:

Le médecin généraliste est celui qui organise les intervenants autour du patient et qui en a une vision globale. Il a le recul sur les situations et synthétise les actions.

TS3FG2:ligne 1026 « J'adore cette métaphore là :c'est comme un hélicoptère qui prend de la hauteur sur les choses, qui voit la situation dans l'ensemble et qui interpelle chaque partenaire pour les orientations et qui chapeaute finalement le suivi de l'accompagnement au niveau social. Mais le médecin finalement dans ce que vous décrivez c'est exactement pareil.»

TS4FG2:ligne 1016 «Et le MG pour moi c'est celui(euh), chargé d'avoir la connaissance de tout ce qui se fait autour de ça. Et, et pour, pour continuer une orientation au mieux.»; ligne 1272 «Et pourtant c'est eux qui ont la vision la plus globale certainement du patient .»

◆ Le coéquipier:

Il a un rôle complémentaire sur les situations médico-sociales complexes, sur les compétences. Le médical fait partie intégrante du travail social: c'est la notion d'INTERDÉPENDANCE . Ce rôle est évident quand on constate les besoins mutuels .

TS4FG2:ligne 701 «Y' a des médecins qui sont très attentifs au côté social et qui savent dans des pathologies quelques qu'elles soient que si on règle pas le problème social, le problème médical va être difficile et inversement(euh)»;ligne 1086 «A partir de là, voilà, quand ils atteignent un peu les limites(...) de ce qu'ils peuvent faire, ils nous interpellent.»

TS5FG5:ligne 1686 «Pour revenir justement à l'intérêt, c'est que quelquefois, le géné ba on peut lui apporter des éléments sur le contexte, c'est sur un petit peu(euh), nous des choses

qu'on a pu observer.»

◆ L'interlocuteur privilégié:

Il est un référent, indispensable, un expert du médical. Il apporte une clarification, peut statuer sur les prises en charges, a un rôle de soutien et de temporisation des situations. Parfois ce rôle indispensable, voire décisionnaire, limite les pouvoirs d'action du TS.

TS4FG1:ligne 393«Quand il y a coordination déjà installée depuis un certain temps, le généraliste est vraiment précieux»

TS3FG3: ligne 422 «Et puis(...) forcément le le le, l'état antérieur on va aller le chercher auprès du MT, le, et ça va être un référent.»;ligne 427 « On a besoin d'un MG»;ligne 504 «(...) tu peux pas la mettre en place si, si t'as pas l'accord du MT.»

◆ Le régulateur:

Il s'agit de l'instrumentalisation du médecin pour soutenir la régulation interne au sein des institutions, pour les gestions relationnelles avec d'autres partenaires, pour la négociation avec les patients et comme outil d'informations (administratives le plus souvent). Certains utilisent le médecin aussi pour déléguer, transférer des situations ou des responsabilités.

TS3FG1:ligne 159 «Sauf que moi j'arrive pas à avoir les informations, donc du coup je suis passée par lui pour(...)parce que lui en fait il peut appuyer avec des arguments(euh) de santé en fait.»

TS3FG2:ligne 362 «(...) il nous faut un certificat médical»;ligne 387 «(...)parce qu'on a besoin de ces certificats médicaux pour remplir les dossiers.»

◆ Le démissionnaire

C'est celui dont le rôle social est délégué ou occulté, il existe une fuite des responsabilités, c'est celui qui renonce à certaines situations. Il sera alors plutôt considéré comme individualiste et méprisant.

TS4FG2: ligne 460 «Il faut se débrouiller autrement. En fait tout le monde se renvoie la balle

et, et celui qui reste sans solutions finalement c'est le patient quoi! Et le TS avec ses interrogations(...)voilà.»

◆ Le réseau médico-social actuel

Il est beaucoup question de réseau local mais le réseau n'est formulé que lorsqu'il est formalisé au sein d'une structure (CHRS, Gérard Cuny). Le recours au réseau institutionnel est plutôt vécu comme une opportunité, un dispositif dans lequel les TS ont leur place. Le réseau institutionnel n'est qu'un réseau au sein d'un réseau plus vaste et informel.

TS3FG1: ligne 198 « Et c'est vrai que c'est plus facile pour nous parce que (bah), il est présent sur site donc(euh), donc voilà, moi j'ai pu échanger avec lui de manière informelle et (...)»

TS3FG2:ligne 987 « Je fais des remplacements donc je, voilà, je, après moi je me suis fait mon réseau mais sur chaque secteur et ça prend du temps de le créer ce réseau là donc(...)»

Concernant le réseau médical certains TS ont conscience que parfois le médecin généraliste est lui-même isolé au sein ce réseau .Il est question du rapport avec les spécialistes mais à ce sujet les TS sont plus divisés sur cette question:

-Certains ont établi de bonnes relations grâce à une connaissance mutuelle, d'autres par le sentiment d'être plus utiles dans l'accompagnement.

-Certains dénoncent des rapports plus difficiles à cause d'une distance sociale plus marquée et un manque de disponibilité plus important.

-Il existe des exceptions, les relations dépendent néanmoins de l'interlocuteur et surtout de sa sensibilité sociale.

TS1FG1:lignes 436 à 438 «En parlant d'accompagnement moi j'ai tendance à(...)à accompagner les personnes(...)quand il s'agit de consultation spécialisée»

TS4FG1:ligne 411 « Les psychiatres en en très grande règle générale ont du mal à coopérer avec les(...) foyers ou établissements médico-sociaux».

Concernant le milieu hospitalier les TS décrivent un clivage encore plus important.

Les médecins y étant soumis aux pressions économiques, l'aspect social est souvent abordé de manière superficielle. Cette dimension sera développée dans la partie discussion.

TS4FG2:ligne 1686 « la psychiatrie qui était au CHU, qui déménage aujourd'hui même(euh) et(...) l'addictologie, sont des services un peu préservés je dirais au niveau social. Où les médecins qui y travaillent sont très réceptifs justement(...) au côté social »; ligne 1697 « Alors en chirurgie(euh) voilà c'est très difficile (hein).»

c) Définition de l'interaction actuelle avec les médecins généralistes

Tout d'abord on remarque que cette interaction est différente en fonction du type d'exercice, de la conception du travail et de la vision du médical par le travailleur social. Nous développerons ce concept dans la partie discussion. Elle dépend aussi de l'interlocuteur, du patient, du contexte(ou de la situation).

◆ L'interaction ponctuelle et rare: le clivage médico-social

Dans ce type d'interaction, chaque acteur a un rôle, une mission différente et évolue dans le système global indépendamment .Il existe une distance, avec une vision duale des problématiques d'un patient . Ils considèrent leurs deux mondes comme différents . Il n'y a pas de perception de besoin d'accompagnement ou d'intervention .

Les facteurs explicatifs sont:

- le manque de sollicitations du travailleur social par les médecins et inversement.

TS1FG1:ligne 887 «j'avoue en fait que je, je contacte pas les médecins» .

TS3FG1:ligne 1283 «Ça pourrait être intéressant que (bah)(...) les médecins ils fassent appel aussi à (...)à des professionnels du social!»

- le manque d'intérêt pour le médical .

TS2FG1:ligne 697 «(...) de toute façon j'y comprends rien parce que j'ai pas fait

médecine.»; ligne 711 « Voilà, mais ça ne m'intéresse pas particulièrement de savoir exactement ou nous c'est pas(...), voilà»

- l'intervention d'autres collègues établissant déjà ce lien.

TS1 FG1: ligne 447«(...)c'est peut-être davantage mes collègues de l'urgence(...)»; ligne 301 «J'ai moins d'expériences qu'eux avec(...)»

TS5FG2: ligne 1334 « Et du coup on a contacté le MT et après c'est ma collègue du CLIC qui a vu avec lui pour(...), s'il était d'accord pour venir et le faire hospitaliser»

- la liberté, l'autonomie du patient face à la santé et la relation singulière médecin-patient.

TS1FG1: ligne 255 «Après la personne elle est libre de choisir le médecin qu'elle veut.»; «Ça reste pour moi de la liberté des personnes!»

TS2FG2: ligne 568 «Oui et puis (euh) comme on essaye qu'ils soient le plus autonome possible, on prendra pas de rendez vous sauf vraiment si pour certains mais c'est très rare.»

- le contournement par une tierce personne(patient, médecin coordonnateur, personnels paramédicaux, réseaux locaux: gérontologique par exemple).

TS2FG1: ligne 564 «(...)et en plus de cela, nous on a la chance des, les infirmières sur le site, c'est vraiment (euh)(grande inspiration)(...)»

TS3FG1: ligne 170 «(...)à l'infirmière psy qui intervient sur le CHRS et au médecin pour qu'ils puissent eux faire appel (...)au médecin d'alcoologie.»

- La santé n'est pas une priorité pour certains patients et travailleurs sociaux(besoins primaires).

TS6FG3: ligne 1258 «Au SAO on rencontre une grosse difficulté puisque le problème

principal des personnes qui viennent nous voir c'est le logement, l'absence de logement. Donc ça masque tout le reste.»; ligne 1283 «Voilà la santé n'est pas forcément la priorité pour ces personnes là!»

TS1FG3: ligne 1741 «C'est les urgences primaires en général d'abord: à manger.»; ligne 2676 «Donc la santé(...)»

◆ L'interaction collaborative

Elle est celle de la complémentarité, de l'interdépendance des deux domaines avec des besoins mutuels et des compétences complémentaires à mettre au profit du patient . Les liens sont directs et à double sens. Elle est le plus souvent formalisée au sein d'un réseau ou d'une structure mais peut l'être également en secteur(par les visites conjointes). Les facteurs explicatifs de cette réussite correspondent aux attentes des travailleurs sociaux et seront développés dans la partie correspondante.

TS5FG3: ligne 2340 «(...)dans les médecins et nous AS des fois, 'fin je veux dire, je pense qu'il y a du travail conjoint, quelles que soient les missions je veux dire, de même tellement de l'articulation déjà entre nous 'fin!»

TS4FG2: ligne 707 «Dans ce cas, (bah) c'est(...)c'est très bien(euh), y'a une vrai coordination, une vrai richesse à travailler tous ensemble quoi!Avoir un regard global et cohérent sur une situation.»

Voici les différents exemples cités par les participants:

- un patient présentant une problématique de santé mentale et d'insertion professionnelle: le TS a échangé avec le médecin traitant du patient pour connaître ses capacités éventuelles à reprendre une activité professionnelle et si oui dans quelles conditions. Le médecin a répondu clairement à la sollicitation du professionnel social et celui-ci a pu adapter et corriger ses actions.

TS5FG3: ligne 337 «Le médecin, je trouvais ça pertinent parce que, le médecin m'a dit: «Il

peut travailler mais qu'à mi-temps et sous(...), que en demi-journées et de préférence telle demi-journée.» hein voilà donc après c'était clair»

- L'hospitalisation de l'aidant principal et la recherche d'une solution d'hébergement temporaire: travail complémentaire entre le médecin qui renseigne l'autonomie, les antécédents d'un patient et le TS qui recherche un placement adapté .

TS3FG3:ligne 418 «Le partenariat avec les MT, c'est beaucoup,'fin c'est souvent par rapport à des, des problèmes d'autonomie et de maintien à domicile.»;ligne 438 « Alors oui on a la famille mais on a aussi beaucoup le MG pour essayer de voir comment ensemble trouver une solution»

- Les soins palliatifs en collectivité et le respect du choix du patient de mourir à domicile: travail de soutien avant, pendant et après des équipes par le médecin et le rôle d'écoute, de présence du travailleur social.

TS1FG3:ligne 467 «Donc une proximité et(euh...) et essayer de mettre en place déjà un accompagnement pour aller voir les médecins»;ligne 489 « Et bin c'est la présence, c'est de l'écoute. Et puis et puis trouver des modes de communication vers la fin quoi. Et pis d'être là juste pour voir»

- Le refus de soins, la marginalité et les soins urgents: le médecin généraliste s'occupait de l'articulation avec l'hôpital, l'assistante sociale de trouver une solution pour l'animal de compagnie du patient(à l'origine du refus) , le tout en visites conjointes à domicile et en répartissant les actions.

TS3FG 3:ligne 195 «Donc j'ai, il m'a dit: «Moi je m'occupe de tout mais vous vous occupez du chien!»»

◆ La relation de dépendance, d'instrumentalisation

Elle est souvent unidirectionnelle, du travailleur social vers le médecin généraliste qui considère son travail comme dépendant du savoir médical, nécessaire pour la mise en oeuvre

de son plan d'action. Le travailleur social a besoin du médecin généraliste pour connaître l'autonomie des résidents et pouvoir adapter un projet de vie au patient sans le mettre en échec. On remarque que les travailleurs sociaux utilisent aussi cette relation pour communiquer avec d'autres partenaires, cela sera développé dans la discussion.

En ce qui concerne les facteurs explicatifs d'une telle interaction, on peut émettre les hypothèses suivantes:

- Le manque d'expérience et la nécessité d'une réassurance.
- Le manque de formation ou d'information
- Le manque de confiance en ses capacités.
- Des valeurs comme le perfectionnisme.
- Un profil maternant du TS qui veut protéger les usagers dont il s'occupe

TS3FG1: ligne 1241 «Moi je pense que (...), en fait dans le partenariat', dans la collaboration qu'on a entre TS et MG ça va beaucoup dans leur sens, c'est à dire que c'est nous qui sollicitons(...) les médecins.»; ligne 757 «Enfin voilà il faut que nous on travaille dans quelque chose qui va être réaliste et puis pour, de ne pas les mettre en difficulté»; ligne 181 «Moi en terme d'accompagnement (euh), je peux enfin voilà, on peut rien travailler tant que sur le plan de la santé ça n'est pas résolu!»

◆ La relation conflictuelle

Dans cet extrait, certains désaccords dans la relation ont été cités et ont un impact sur les relations futures. Parfois la résolution du conflit a nécessité l'intervention d'une tierce personne ou le contournement de l'interaction. La plupart du temps, ceux-ci n'ont pas été évoqués ou sont restés sans solution à part l'attente. On peut émettre quelques hypothèses quant aux facteurs explicatifs de ces incompréhensions. En voici quelques exemples:

-Le cas de la patiente présentant une addiction à l'alcool, épileptique, marginalisée et en refus de soins . Le désaccord est né de l'impuissance médicale , d'une absence de réponse, d'un renoncement face à la persévérance, l'acharnement du travailleur social. La résolution est venue du patient qui a pris conscience, avec le temps, qu'il avait besoin d'aide.

TS2FG3: ligne 660 «Le médecin toute façon un moment donné il finit par dire :«Ba elle à qu'a crever!Y' en a marre quoi!»»; ligne 722 «Alors au final, on attend soit la mort, puisque le

médecin il est clair là-dessus ou ou le déclic de la personne»

-Le cas du déni d'une maladie (AVC) et le désaccord sur la nécessité ou non de mettre en place des aides à domicile. La résolution s'est faite par le dialogue entre médecins.

TS2FG2:ligne 543 « Donc il a fallu que moi ensuite, que je repasse par le médecin de mon service qui a dû le recontacter pour qu'il fasse une ordonnance pour faire intervenir une infirmière libérale.» ;ligne 535 «(...) puis j'ai appris par la suite que le MT quand il a fait sa première visite lors du retour à domicile(euh), donc il aurait déjà dit à la dame qu'il ne voyait pas du tout l'intérêt des aides, la mise en place des aides!»

-La limite entre la pathologie psychiatrique et la démence. La résolution s'est faite avec le contournement du médecin, en lien direct avec le réseau gérontologique.

TS3FG3:ligne 668 «Et en fait c'est PAPH qui m'a ré-orienté vers (...)vers le service géronto, pour le coup Cuny.»

2. Les difficultés rencontrées

a) Le secret professionnel

Le secret professionnel peut être compris comme un prétexte à la non collaboration, un frein à l'accompagnement des personnes ou comme de la curiosité générale. Les TS expriment l'idée qu'il ne s'agit pas de connaître le détail d'une pathologie mais plutôt les conséquences sur les capacités de la personne à être autonome pour les domaines de la vie(recherche d'un emploi, autonomie pour la gestion de sa santé, gestion de l'hygiène, activités d'animation, encadrement, gestion des risques collectifs, projet de vie). C'est aussi qu'ils ont besoin de savoir pour se rassurer.

Certains contournent le secret médical en se renseignant auprès d'autres intervenants paramédicaux.

La difficulté est surtout abordée dans le 1er focus group, le 2ème focus group l'aborde comme un outil à définir dans la collaboration(secret partagé). Au sein du 3ème groupe les avis sont partagés(entre frein et outil) .

TS1FG1: lignes 641 «La question c'est pas de (on veut) avoir la liste de leurs pathologies, c'est pas(...)» ; ligne 646 « C'est, on veut pouvoir orienter la personne en fonction de la pathologie et des capacités de la personne(euh) par rapport au physique et au mental»

TS3FG3:ligne 1087 «Donc y'a besoin de connaissance un minimum et les TS de, qui les accompagnent sont souvent confrontés au secret médical, qui les, dont en tout cas ils ont le sentiment que ça les prive»;ligne 1208 « les TS le le mettent en avant (euh, euh) ce, cette frontière là avec le secret médical»

TS4FG3:«Mais(euh) mais c'est vrai que je vois bien que des choses qui sont par rapport aux aux personnes dont on s'occupe, on voudrait en savoir plus.»;ligne 1161 « Est-ce qu'on a vraiment besoin de savoir(...)plus(...)du côté médical(...) de la personne?»

Or certains TS relèvent la méfiance des médecins généralistes à partager des informations. Les TS s'estiment capables de ne révéler au médecin que ce qui va lui être nécessaire pour sa démarche diagnostique ou thérapeutique et d'obtenir le consentement des patients. Il y a une opposition entre SAVOIR(«savoir pour savoir») et COMPRENDRE(savoir ce qui est nécessaire pour comprendre), pour agir au mieux dans l'intérêt du patient.

TS3FG1:ligne 771 «Et comme on est lié au secret professionnel, on va(...) filtrer les informations pour(...)donner à la personne, enfin que le partenariat se fasse correctement et que la personne ait les informations dont elle a besoin, enfin par respect pour la personne et (...)»

Pour certains, le secret médical n'est pas évoqué comme une difficulté, le partage dépend de l'interlocuteur et de la collaboration déjà installée avec celui-ci. Il existe même des situations collaboratives où les deux partenaires ne se sont pas posé de questions sur cette limite.

TS1FG3:ligne 1214 «Oui c'est ça, c'est jusque où? Après c'est suivant les médecins. Moi j'ai déjà dû accompagner des personnes et rentrer avec les personnes, dans le cabinet. Donc je savais tout ce qui(...), y'avait pas de (...), voilà la barrière était levée(...)»;ligne 2847

«L'échange!(...) Le secret partagé!»

TS2FG3: ligne 1179 «Savoir les conséquences!»; ligne 1219 «C'était partagé le le(...) monsieur était d'accord.»

b) La méconnaissance

Les TS notent un manque de connaissance de leur travail, de leurs rôles, de leurs missions, des aides existantes ainsi que du système social en général par les médecins mais aussi par la société. Ils reprochent aux médecins d'avoir une vision restreinte de leur métier et surtout de celui du tuteur.

TS3FG2: ligne 1805 «Oui mais je me dis, que ce soit le généraliste ou le chirurgien ou n'importe quel type même de médecin, quand il y a une réelle méconnaissance et que (bah) on on on permet pas à une famille finalement d'avoir tous ses droits ouverts parce que manque d'informations(...)»

TS4FG4: ligne 958 «Le problème est aussi, c'est une méconnaissance de ce qu'on fait nous aussi comme travail. Et nos nos possibilités et du fait qu'on peut aussi peut-être aussi(euh) les aider dans leur prise en charge avec nos maigres moyens. »

Ils reconnaissent également de leur côté un manque de connaissance aussi du rôle du médecin généraliste et du dispositif médical, qui entraîne parfois des sollicitations injustifiées quand le problème ne relève pas du domaine médical, ou au contraire une absence de sollicitations, par méconnaissance.

TS4FG2: ligne 744 «Le problème c'est peut-être le vrai déficit d'informations de part et d'autres de de du rôle, le médecin ne sait pas ce que c'est vraiment une AS, ce qu'elle fait ,quelles sont ses missions, ce que elle peut apporter dans la situation. Inversement une AS qui travaille sur le secteur ou ailleurs j'imagine qu'elle sait pas bien les limites de l'intervention du médecin et ce qu'il peut faire.»

Cette méconnaissance concerne aussi les limites, les attentes de chacun et les réalités .

TS5FG3 :ligne 1125 «Quelquefois y'a des situations comme ça où ba faut entendre les limites de chacun.»;ligne 1099 «Y'a des situations comme ça qui sont un peu(...) limites, limites sur les compétences du TS, limites sur les compétences du médecin. »

TS5FG3:ligne 2297 « Et(euh...) donc on a un décalage dans les, dans dans ce qu'on (hein) attend de l'autre»;ligne 2283 «Mais(euh) plus aussi, c'est le boulot en avant (hein)(euh) où on peut avoir des décalages, je dirais comme dans d'autres niveaux sur les limites de la mission»

Parfois cette méconnaissance s'explique par du désintérêt pour l'autre et son activité.

c) Les représentations

Elles sont de différentes catégories :

-sociétales: Elles sont subjectives mais les TS remarquent qu'il est parfois difficile de différencier un choix d'une pathologie et de résister à la pression environnementale.

- ◆ sur les normes de choix de vie, de ce que représentent la santé, le regard des familles, du voisinage et leur pression d'agir pour uniformiser.

TS3FG3:ligne 1046 «Mais des fois ce qui dérange mais c'est ça dérange nous ou est-ce que ça dérange vraiment la personne?(...)Et c'est des questions qu'il faut se poser quoi!»;ligne 1052 «Et des fois quand on se pose vraiment la question, finalement c'est souvent soi-même qui sommes dérangés plus que la personne d'en parler»;ligne 1061 « C'est très subjectif, la notion d'insalubrité on n'aura pas tous la même!»

- ◆ sur l'apparence physique qui peut déranger mais être un frein pour le patient lui-même qui a conscience de cette image «dégradée». Une vision péjorative de la «précarité» voire une peur.

TS1FG1: ligne 687 «Je sais pas(...)(euh) parce que j'imagine qu'il y a des gens qui n'ont plus

envie de venir là si le cabinet y a toujours le même type de de personnes, c'est la réalité aussi!»; ligne 678 «(...)un public particulier voilà et qui n'est forcément le bienvenu partout!»; ligne 1158 « Voilà c'est quelqu'un de très dégradé physiquement(euh), je vais l'accompagner parce que pour elle c'est, c'est une démarche difficile»

- ◆ sur la vision défavorable du TS et du domaine social.

TS3FG2: ligne 971 «Ouais mais y'a aussi des personnes qui refusent que(euh)qu'on dise quelle est l'AS qui s'occupe parce que ça sous-entend aussi qu'on est suivi pour d'autres difficultés .»

- ◆ sur certaines pathologies comme la dépendance, les addictions.

TS1FG2: ligne 1361 «J'imagine qu'en addictologie, (bah) voilà ces personnes là personne n'en veut!S'ils posent problème, ils vont revenir sans arrêt au cabinet, ils auront pas forcément un comportement adapté. Voilà. C'est (...)»

-professionnelles: Celles-ci sont souvent influencées par la formation initiale, complémentaire, théorique, pratique, les différents stages (hospitaliers, urbains), les rencontres et par l'expérience .

- ◆ La représentation du travail social comme dévalorisée ayant une place secondaire avec un manque de considération et un manque de respect par les médecins mais aussi par la société. Cette représentation est en contradiction avec la vision idéalisée de l'assistante sociale «magicienne» que peuvent avoir les patients, les familles, les médecins, les politiques, elle ne correspond pas non plus aux exigences attendues quant à la résolution des problèmes des usagers.

TS2FG3: ligne 2575 «Elle va vous aider(euh) comme si on allait trouver la solution pour payer tout ce qu'ils ont à payer ou 'fin je veux dire ça veut pas dire qu'on va pas les accompagner mais on n'a pas la solution comme ça!»; ligne 2581 «Voilà on n'a pas la baguette magique et pour eux ils arrivent avec la la, l'injonction que nous, on va tout faire pour(...)»

TS4FG3:ligne 1746 «La dernière roue de la charrette, on sait bien c'est laquelle!»;ligne 803 «Réussir à les accompagner n'importe où, n'importe quand parce qu'on est tellement doué, que toute façon voilà.. Et c'est vrai que quand on arrive pas(euh) ou ou ou pas à l'instant t quand ça nous l'est demandé et tout ça. Là effectivement on a des choses qui nous reviennent dans la tête comme quoi (bah) c'est notre travail!»

- ◆ La représentation hiérarchisée du monde médical, détenteur du savoir et du pouvoir, constitue un préjugé selon lequel il existerait une distance sociale, un défaut de compréhension et d'empathie des médecins. Cette position haute constitue également le présupposé selon lequel la profession ne peut pas être dérangée facilement et qui provoque une réticence à contacter les médecins. De cette position découle aussi l'incompréhension face aux limites du médical. Les TS et la société ont tendance à surestimer le pouvoir médical en pensant que la résolution des problèmes sera immédiate et certaine.

TS1FG1: ligne 1014 «Et donc on a toujours peur de de déranger parce que c'est une profession respectable.»;ligne 1161 «Et ça s'est super bien passé....ça fait du bien de voir que c'est possible même avec une bourgeoise.»; ligne 1032 «C'est pas une bête(...) pas une bête inaccessible!»

TS3FG2:ligne 739 ««Vous êtes pas du monde médical, vous êtes pas de la famille(euh), voilà vous avez aucune connaissance médicale(euh), voilà qu'est-ce que vous savez ?»;ligne 742 «C'est des fois moi le retour, le sentiment en tout cas que je ressens, en tout cas sur le secteur.»;ligne 737 ««Vous êtes qui finalement (euh) pour nous obliger à intervenir?»»

TS5FG3:ligne 1914 «Pis les gens ils arrivent avec, c'est tout pouvoir le médecin! Attention le médecin a dit!»

- ◆ Les représentations sont différentes sur la notion de danger, d'urgence, de priorités, de pathologies.

TS1FG2:ligne 575 « Ce que vous dites-là je pense qu'on le constate toutes. Il y a (euh)une

différence de regard entre le regard social , le TS et (#).On est en complet»

TS4FG2: ligne 420 «Je pense que c'est aussi un problème de regard de la pathologie.»

-personnelles: celles qui sont limitantes dans cette étude sont: la méfiance par expérience mal vécue et perte d'estime du médical, le manque de confiance en soi, les impressions d'infériorité, le sentiment de lutte, le sentiment de mépris et de non respect, le perfectionnisme . Elles sont plus liées à l'individu: ses qualités, ses valeurs, son éducation, son parcours de vie et sont variables en fonction des contextes, des interlocuteurs.

TS2FG2:ligne 538 «Alors il m'a cassé tout le projet!(rire ironique)»

TS1FG3: ligne 946 « Je pense que c'est pas du tout possible! (rire) C'est pas du tout possible, c'est même pas bonjour et (euh) (tac) on vous raccroche au nez!Ça existe!»

-les valeurs limitantes : la discrimination, l'injustice, l'inégalité, le militantisme, la contrainte, le mépris, le renoncement, l'individualisme, l'illégalité.

TS4FG3:ligne 949 « Dès qu'on annonce ou le nom de la personne(euh), CMU, pas CMU, alors ça, ça devient le truc. Il a des droits? Donc machin, machin, donc voilà. Ces choses, on sent tout 'fin. Après on peut se planter mais c'est quand même(...)»

TS6FG3:ligne 1487 «On a l'impression nous, d'être toujours en croisade contre le reste du monde parce que il(...) faut les vendre!»

d) La place du patient

Le patient peut limiter directement les interactions lorsqu'il refuse que l'assistante sociale appelle le médecin généraliste. C'est souvent par honte, peur du jugement, par méfiance, par dignité, par exclusion du circuit sanitaire, par déni d'une maladie ou d'un besoin de soins.

TS5FG1:ligne 542 « Parce qu'on a des situations où les personnes ne veulent pas qu'on contacte le médecin traitant.» ;ligne 1582 «Ce qu'on pourrait dire, c'est vrai que nous, on travaille de toute façon avec l'accord de la personne et qu'on est limité aussi dans le sens où si la personne dit non (bah) on n'avance pas quoi!»

TS6FG3:ligne 1371 «C'est des gens qui n'ont plus de suivi médical depuis bien longtemps souvent.»;ligne 1551 «C'est la cata avec souvent une itinérance médicale assez hallucinante(...) . Puisque(...)»

Le patient peut aussi poser des limites indirectement par son **refus de soins** ou la mise en échec de tentatives de solutions . Cette attitude peut entraîner la séparation des deux partenaires par leurs réactions différentes face à cette limite . Deux concepts en découlent: celui de la persévérance voire de l'acharnement ou celui de l'épuisement du professionnel et le renoncement.

TS2FG3:ligne 621 « Les équipes soignantes, au fil, arrêtaient d' intervenir en demandant une sorte de décharge auprès du médecin pour dire que c'était plus possible d'intervenir.»;ligne 675 «Enfin en gros on est obligé d'intervenir quand même, on peut pas les laisser crever cette personne.»;ligne 647 « Donc voyez, alors on on arrive à des situations où :«Qu'est-ce qu'on fait?» En même temps on sait qu'elle, qu'elle est(...)voilà. Et il faut, on peut pas la laisser non plus crever comme ça!»

TS3FG3:ligne 752 «(Ce qui est compliqué)c'est quand vous avez quelqu'un qui est pas demandeur de soins.»;ligne 782 «Et pis y'a des gens, voilà, s'ils mettent tout en échec, si, consciemment et inconsciemment!»

Les TS sont le plus souvent en accord avec le patient et sa vision de l'urgence, du danger, des priorités, des choix de vie et de son propre cheminement qu'il construit. «La solution lui appartient». Cette vision est différente entre les trois acteurs de cette relation triangulaire comme nous l'avons vu déjà précédemment entre médecins et travailleurs sociaux. Cette vision freine la collaboration car elle est source d'incompréhensions, de sentiment d'impuissance ou même de dévalorisation. On remarque qu'elle peut cependant être contournée par la confiance et la communication. Un respect mutuel permet à chacun de

pouvoir s'exprimer librement sans être jugé et de partager des inquiétudes.

TS5FG3:ligne 1064 «Et(euh) mais si la personne elle décide de vivre dans cet(...), dans cet environnement c'est, dans la mesure où c'est un choix, voilà c'est c'est ce dont il faut s'assurer :est-ce que c'est une incapacité à faire ou est-ce que c'est un choix?»

TS6FG3:ligne 1268 « C'est-à-dire qu'il y a des choses plus urgentes, la priorité elle est pas du tout sur le suivi de la santé(...) voilà»

La relation singulière entre un médecin et son patient peut être une limite par les images véhiculées des TS à travers cette relation duale. Mais certains pensent qu'il ne faut pas interagir . Les patients ont l'habitude d'aller chez leur généraliste, la confiance s'est installée et c'est à eux de choisir, de décider s'il y a besoin ou non de le consulter. Cette position en distance laisse le patient autonome et responsabilisé dans ses décisions..

TS1FG1:lignes 286 à 289 «On sait bien que cette démarche est personnelle et ne peut fonctionner que si ça va à leur personne, qu'on donne les outils, on donne les informations et après c'est(...)c'est une démarche personnelle.»

e) La disponibilité et les moyens de communication

Les moyens de communication utilisés sont peu évoqués et représentés essentiellement par l'appel téléphonique. Les interactions par mails et la rencontre sont plus rares. Cette dernière prend la forme de visites conjointes (en secteur par exemple) et d'échanges sur un même lieu de travail (comme les structures spécialisées).

Il est très souvent question du temps, d'un manque de temps mutuel, identifié comme un frein à la communication des médecins avec les TS et aussi avec les patients. Ils expliquent cela par la surcharge de travail imposé, par un manque de professionnels et de moyens. À ce propos ils regrettent surtout le manque de disponibilité immédiate pour la prise en charge et le relais à domicile pour des patients alcoolisés en état d'alerte ou des personnes

isolées ne pouvant pas se déplacer (personnes âgées, personnes en fin de vie).

TS1FG2: ligne 750 «Et là je crois qu'on est pris chacun ici (on est pris) dans notre timing, on a tous, on est tous super débordé et les médecins on voit bien au téléphone(...)»

TS3FG2:ligne 379 «Non. Certains(euh) : «J'ai pas le temps!»;ligne 949 «Et elle a pris aussi mesures (euh) (bah) oui on avait de moins en moins de financement, moins en moins de personnels.»

TS2FG3:ligne 1795 « Quand ils sont pas beaucoup, c'est ça le problème aussi.»;ligne 794 «C'est souvent ça moi je dirais la donnée souvent des médecins: c'est «Qu'on n'a pas le temps!»»

Il existe aussi un décalage entre le temps social et médical qui creuse les différences et les incompréhensions des priorités et objectifs de chacun. Du point de vue des TS, il s'agit que les médecins comprennent que le temps est nécessaire aux interventions sociales, aux démarches parfois difficiles à enclencher et à l'obtention de résultats, qui ne sont pas toujours immédiats. Le temps médical leur paraît plus rapide dans l'enchaînement des actions: un diagnostic, un traitement, une guérison... .

TS3FG1:ligne 1251 «(...)fin je sais que ce qui nous pose difficulté avec le médical, fin on le voit ici tous les jours, c'est que nous(...) y'a pas, on a pas un symptôme un diag', remède enfin»

TS2FG3:ligne 1571 «Et ils reviennent parce que, parce que la situation n'est jamais stabilisée(...)»

TS5FG1:ligne 1508 « Connaître aussi le temps social»;ligne 1527 «C'est vrai que quelques fois (bah) c'est très long et (bah) c'est pas de not' fait quoi. Et je pense que ça il faut le comprendre aussi (euh), y'a pas toujours, c'est pas toujours très bien compris!»

Pour certains, il est question de trouver le «bon moment» pour interagir car le TS a l'expérience de la relation d'aide et il sait à quel point les appels téléphoniques peuvent casser

la dynamique d'un entretien. Il craint de déranger le médecin.

TS5FG1: ligne 951 « Moi je suis toujours gênée en fait d'appeler un médecin, il va peut-être être en train de, enfin il est peut-être en consultation ou c'est vrai que enfin moi ça me gêne toujours d'appeler le médecin»;; ligne 966 «Je veux dire bon (bah) c'est comme nous quand on nous appelle, quand on est en entretien, c'est toujours délicat parce que(euh) parce que ça tombe(...)»

f) La défaillance du système médico-social actuel

Les politiques de santé publique par leurs décisions peuvent constituer aussi des freins à la collaboration.

Ce concept est largement abordé surtout dans le 3ème focus group mais la majorité est d'accord sur plusieurs points:

- ◆ La complexité du dispositif social avec un manque de stabilité des acteurs de terrain(le manque de personnels entraînant des rotations, les titulaires mobiles en remplacement), l'organisation par secteur, les acronymes qui définissent les types de structure avec la confusion terminologique(par exemple entre centre social (culturel) et centre médico-social), la pluralité d'intervenants et de structures spécialisées par domaine entraînant une confusion des médecins et de leurs patients et une difficulté à rechercher la personne compétente en fonction de la problématique sociale. Les TS sont conscients de cette difficulté, de l'isolement et de l'impuissance secondaire des médecins au sein de ce système plus global.

TS4FG2: ligne 871 « Maintenant la logique même de l'organisation du travail social en France, elle est pas si évidente.»; ligne 872 « Parce que(...)qui contacter quand on est médecin et quand on n'y connaît pas grand chose(euh) l'AS de secteur? Même les patients savent pas qu'ils ont une AS référente partout»

TS5FG2: ligne 1380 « Y'a tellement d'intervenants!Donc moi je peux comprendre aussi que les MT ils savent pas trop à qui (...)à qui s'adresser!»; ligne 1772 «Et pis (bah) oui les gens

forcément ils connaissent pas tout et(...)»

TS1FG1:ligne 867 «je pense que les médecins eux se retrouvent isolés aussi(euh) parce que ne sachant pas voilà à qui s'adresser, que faire. Ils savent bien que le problème n'est pas, il est, il est plus, il est au delà du médical en fait voilà...Mais ils se retrouvent un petit peu coincés, seuls avec ça»

- ◆ La défaillance du système médical: certains TS donnent l'impression d'être parfois perdus dans le parcours de soins du patient et méconnaissent le rôle du médecin généraliste et son fonctionnement qui est variable. Ils ne le sollicitent pas. La défaillance apparaît en terme d'accessibilité quant à la prise en charge à domicile des personnes isolées et/ou en fin de vie. En effet, certains travailleurs sociaux pointent la nécessité du déplacement, de l'implication, de l'acceptation du médecin traitant pour pouvoir organiser des soins à domicile. Il y a souvent les aides comme l'infirmière, l'aide ménagère qui se coordonnent avec l'hôpital mais souvent la présence du médecin fait défaut et certains acteurs sont démunis. Certains TS voient le médecin généraliste comme un pivot qui se montre toutefois réticent quant aux soins à domicile, préférant l'institutionnalisation de gestion plus facile mais moins respectueuse du choix de vie du patient. Ils sont pourtant conscients du temps et des responsabilités qu'exige une telle démarche.

TS3FG2:ligne 187 « Donc j'ai appelé plusieurs médecins qui ont pas forcément accepté de se déplacer.»;ligne 368 «Donc(euh)et même ça ils ont refusé de se déplac'.»

TS4FG2:ligne 338 « Donc y'a toute une partie de négociation mais ça n'aboutit pas toujours et parfois les TS se retrouvent comme ça au premier rang.»

TS3FG3:ligne 501 «Mais l'accompagnement de la fin de vie ou de la dépendance à domicile c'est clair que c'est le souhait du patient mais c'est aussi conditionné à l'acceptation du MT.»

- ◆ Le manque d'hébergement d'urgence pour les patients «précaires» et sans domicile entraîne un retard sur la prise en charge médicale. En effet, pour pouvoir mettre en place des soins il faut déjà que le patient puisse assurer ses besoins primaires. Ses

droits doivent aussi être ouverts pour que le contact avec un médecin généraliste puisse s'établir. La médecine générale, pour cette raison, est donc souvent exclue du service d'accueil et d'orientation car elle n'est pas adaptée à l'immédiat. Les TS dénoncent la lenteur du système actuel en contradiction avec le besoin urgent de trouver un hébergement.

TS6FG3:ligne 1629 «Ce qui manque c'est l'hébergement d'urgence ça c'est une honte, on s'appelle service d'accueil et d'orientation on n'a pas d'hébergement d'urgence, c'est quand même!(...)»;
ligne 2605 « Y' a aussi les délais d'attente pour accéder au CHRS sont tellement LONGS!(...)»

- ◆ Les inégalités d'accès aux soins représentent une limite à la collaboration au sens où elles conduisent souvent les patients et les TS à avoir des préjugés à l'égard du corps médical. En effet le refus d'accueil ou de soins d'un patient à l'image «dégradée» est une discrimination privant le patient de ses libertés, le rendant parfois méfiant et opposé à toute démarche de soins ultérieure.

TS1FG1:ligne 231 «un médecin qui (euh), qui (euh) semble également investi aussi, peut être pas autant que C. mais qui ne refuse pas les personnes un peu dégradées dans son cabinet.»;
ligne 1438 «Non mais là j'entends que les bénéficiaires de la CMU sont, peuvent être refusés.»

- ◆ Des moyens humains, financiers, organisationnels, structurels insuffisants pour promouvoir la collaboration.

TS4FG2:ligne 967 «Donc à partir du moment où les aides sont en place, cadrées pour une bonne rentrée au domicile j'allais dire, ça s'arrête malheureusement là.»

TS6FG3:ligne 1457 «Et et des situations qui qui nécessitent aussi des prises en charge globales, qu'on n'est pas en mesure d'apporter(...)

- ◆ L'injonction politique est paradoxale entre la mise en place de théories, de mesures, de politiques de santé publique et la réalité en pratique. C'est la question du manque de

considération des besoins des acteurs sur le terrain ou de leur avis face à des décisionnaires qui ne sont pas confrontés directement aux situations. Cela limite le pouvoir d'action et de libertés des TS, dans certaines situations et peut provoquer des sentiments de frustration et d'impuissance ainsi que des comportements en inadéquation avec leurs valeurs, leurs intentions et actions.

TS3FG2:ligne 1552 «Malheureusement c'est l'état qui décide et(...) on prend pas pas forcément en compte les avis du terrain qui sont confrontés aux gens donc(...)»

3. Les attentes d'une collaboration «idéale»

Les attentes de chacun sont à prendre en compte pour comprendre le fonctionnement et améliorer les interactions.

a) L'intercompréhension

Il s'agit de la faculté de compréhension réciproque. Ce concept regroupe plusieurs thèmes:

- ◆ les rôles, les missions de chacun: on peut faire le parallèle avec la méconnaissance. Les attentes pour améliorer la collaboration sont de définir précisément les rôles de chacun et de répartir de manière équilibrée les actions.

TS1FG1:ligne 350 « C'est ça, un peu ça, une fois compris(euh) un peu nos missions et nos attentes.»

TS2FG1:ligne 1346 «C'est surtout aussi le médecin (bah) qu'il comprenne ce que toi tu fais le TS.»

- ◆ les limites mutuelles: ce qui est mis en évidence par les propos des TS c'est surtout

l'acceptation et la prise de conscience que chaque partenaire intervenant autour du patient peut être confronté à des limites qu'il s'agisse du refus de soins du patient, du manque de formation ou compétence dans un domaine, des directives de la hiérarchie ou du système politique, ou d'un manque de moyens (en personnels, financiers, structurels). Il est nécessaire de les comprendre pour s'entraider et ne pas s'isoler face à des situations complexes.

TS3FG3:ligne 796 «Parce que accepter qu'on puisse parfois atteindre ses limites, c'est c'est voilà l'acceptation de quelque chose. Et tout le monde a pas, a pas cheminé un peu sur(euh) mais tout n'est pas(...)»

- ◆ la reconnaissance, le respect: thème abordé concernant le besoin des TS d'une reconnaissance de leur travail, d'une prise en considération de leur avis. Cette impression est secondaire à des expériences passées mal vécues. Certains parlent même d'un manque de poids, d'un sentiment d'infériorité face au médical en général.

TS3FG1:ligne 1258 «En tout cas je pense que s'il avait une meilleure connaissance de de notre profession, bon de manière générale parce que on intervient quand même sur plusieurs secteurs, ça permettrait aux médecins aussi de nous solliciter nous.»;ligne 1264 « C'est plus complexe et du coup notre travail il est moins visible, enfin moi c'est un peu ce que je vis au quotidien.»;ligne 1278 « Je pense que ça nous ferait plaisir de répondre à leurs questions.»

TS2 FG3:ligne 2584 «Voilà. Nous c'est complètement ça, l'AS de secteur, c'est c'est le ramassis de, des des tuiles de tout le monde!(rire ironique)non mais(...)»

- ◆ les responsabilités: sur ce point, les TS constatent parfois une fuite des responsabilités des médecins voire une décharge. Par exemple, la responsabilité de donner des informations claires et appropriées à leurs patients, fait, selon eux, souvent défaut aux médecins généralistes. Et les TS se retrouvent parfois dans un rôle de traducteur imposé. On peut constater également une décharge de responsabilités même entre acteurs du milieu social. Cela rend compte du problème de l'individualisme et des intérêts personnels. Ils sont nombreux à soulever ce problème et le moyen de le régler serait d'être plus solidaires, plus altruistes et plus généreux. Les TS veulent, en autre

déterminer, dans une discussion d'ensemble, le responsable, le décisionnaire, lorsque des situations communes aux différents partenaires se présentent.. Certains pensent que c'est le rôle du médecin d'endosser la responsabilité, de décider, voire d'être un arbitre. Ils attendent que les deux collaborateurs prennent leurs responsabilités .

TS4FG3:ligne 2351 « On a quand même, on regarde tous un peu notre nombril et pis c'est notre(.) C'est not' 'fin on prêche pour notre paroisse j'ai envie de dire quoi!»;ligne 2362 «(...)que du coup je pense effectivement qu'on en est à se renvoyer des trucs!(...)Parce que on n'a pas, voilà on a l'impression que c'est tout le temps compliqué, tendu(euh), on peut(souffle), voilà(...)»

- ◆ le partage d'informations: partager les informations nécessaires au travail de chacun, dans le respect et avec le consentement du patient peut permettre une transversalité. Pour cela, certains évoquent, comme solution, d'établir des dossiers de coordination ou un dossier médical personnel où on pourrait trouver les informations identitaires(pour les personnes âgées par exemple), le nom des professionnels intervenants, les traitements habituels pour éviter la redondance des actions entreprises et pour centraliser les informations.

TS3FG3:ligne 587 «A l'époque la carte vitale, il voulait faire une puce, ça ça été abandonné ça alors que pourtant c'était vraiment l'occasion de centraliser(...) des informations et de les les, de faire en sorte qu'elles soient transversales (...)»

TS5FG3:ligne 579 «On remettait un dossier de coordination parce que souvent elles arrivent hospitalisées en état de choc les personnes âgées.»

b) L'interdépendance

Par la concertation, l'échange: c'est partager des avis, des expériences, des compétences, des informations différentes et complémentaires autour d'intérêts communs et s'unir devant des situations qui vont devenir de plus en plus complexes sur le plan social. C'est accepter un rôle d'alerte mutuel pour agir en terme d'anticipation: les TS font référence à la

préparation des demandes d'entrées en maison de retraite, recommandent d'agir avant que les situations ne se dégradent et ne deviennent plus complexes, en terme de prévention pour l'éducation à la santé. Pour y arriver, certains proposent de mettre en place des plans d'aides médico-sociaux.

TS3FG1:ligne 1299 «(...)peut-être que si, s'ils alertaient(...)avant , on pourrait peut-être arriver à ce que la situation se dégrade moins»

TS2FG3:ligne 1789 « C'est réfléchir ensemble(...),c'est réfléchir ensemble avec la personne concernée évidemment pour trouver (...) (bah) les les aides ou les solutions(.) Voilà ou(.) les plus appropriées pour pour la personne(...)»;ligne 1802 «(...)élaborer en fait un plan d'aides ensemble quoi, autant médical que social(...)pour, pour, mais bien sûr avec la collaboration de la personne.»

c) La solidarité et le soutien

◆ la solidarité, la cohésion et s'accorder une confiance mutuelle pour:

- faire évoluer le système politique face aux difficultés.
- pouvoir prendre en charge la situation dans sa globalité dans l'intérêt de chacun (TS, médecins, patients), poursuivre une continuité dans les soins.
- pouvoir contourner les refus de soins en mobilisant le patient à deux.

TS4FG3:ligne844 « Si on veut pas que la situation (...)revienne à la pareille, il faut bien que à un moment donné on essaye de faire bouger les choses ensemble quoi!»

- pouvoir améliorer la coordination ou la communication ville-hôpital .

TS1FG3:ligne 561 «Tout ça concerne pas forcément le médecin(...)traitant mais, (euh) entre l'hôpital et puis (euh) les retours à domicile, parce que sinon c'est un peu tout. Y'a besoin de coordination entre les différents acteurs on va dire.»

- agir sur la prévention et l'éducation à la santé.

TS4FG1:ligne 1064 «Quant à l'éducation pour la santé y'aurait certainement des choses à faire avec les TS.»

- ◆ le soutien, l'aide des médecins pour éclaircir des situations, pour se rassurer et pouvoir s'exprimer librement sans craintes ni préjugés afin d'être capables de prendre du recul et de se détacher du résultat. La collaboration intervient comme une aide pour communiquer avec d'autres médecins et renforcer les actions auprès des patients, pour apprendre à négocier et se faire respecter.

TS1FG2:ligne 867 «Tu vois telle person', tel type de situations qu'est-ce vous pouvez me conseiller?Comment je peux procéder?»

TS3FG2:ligne 1575 «C'est justement ,voilà sur des situations très complexes, avoir au moins la possibilité d'appeler»

- ◆ Ils attendent aussi du soutien, de la solidarité et plus de collaboration entre collègues du social. Certains relèvent ce manque d'échange et la possibilité de décharge de certaines responsabilités ou situations qu'il est intéressant de connaître pour pouvoir y remédier. D'autres parlent de l'intérêt entre TS de se transmettre les réseaux informels déjà formés.

TS2FG2:ligne 1210 « Parce que ça nous permet nous après entre nous de(...)poursuivre le réseau et de(...)»

TS2FG3:ligne 2484 «Mais à la limite ce qu'on est en train de faire là aujourd'hui, là entre services finalement c'est vachement intéressant. Parce que nous on n'a pas trop l'habitude de le faire au final. On tourne beaucoup avec nos(...)nos collègues (hein), on est un peu à s'épancher des fois nos propres collègues(...)»;ligne 2964 «(...)se dégradent!Et pis qu'on se refille!»

d) Les motivations nécessaires des médecins généralistes

- ◆ L'engagement : c'est une notion indispensable, pour la plupart des TS, à une bonne collaboration. Ils la définissent différemment mais il s'agit surtout de se sentir

concernés, de recevoir tout le monde sans faire de différence, de donner du temps, de ne pas juger les gens, de développer des qualités d'écoute, des qualités d'accueil, et d'initier des contacts. Les TS attendent aussi des médecins plus d'ouverture d'esprit et d'adaptation à l'autre qui n'appartient pas au monde médical. Ils attendent également un travail sur l'accueil des patients pour les mettre en confiance mais aussi sur l'accueil des TS quand ils les sollicitent. Le 1er appel ou contact détermine souvent l'entente ultérieure. Et le souhait d'un partage plus grand avec l'autre est évident.

TS1FG1: ligne 1134 «Faut être à l'écoute, faut être attentif, faut prendre son temps»; ligne 1095 « L'idéal ça serait un accueil particulier pour, je pense notamment à un public très marginalisé(...)qui ont des difficultés à aller vers vers les médecins(...)»; ligne 1502 «Et du coup avoir aussi le temps de s'ouvrir peut-être à autre chose et à se questionner sur leur métier, voilà.»

TS3FG1: ligne 1328 « Et pis qu'il accepte de, d'adapter en fait, enfin de de modifier peut-être ses façons d'intervenir et de s'adapter à la personne pour justement(...)arriver (euh) au final à son objectif aussi à lui»

- ◆ La sensibilité sociale : c'est la volonté de connaître et de comprendre le travailleur social. Les TS attendent de la part des médecins de l'envie, de la curiosité, de l'intérêt pour les questions sociales. Ils désirent une plus grande présence médicale lors des prises en charge à domicile, une collaboration du quotidien afin de faciliter l'égalité d'accès aux soins. La sensibilité à la précarité, aux situations vulnérables leur paraît primordiale.

TS1FG1: ligne 1123 «Y'a l'idée de la solidarité, du partage un peu(...); ça pourrait être un élément de réponse pour(...)éviter que ce soit un médecin(euh) particulier qui soit repéré comme étant celui qui accueille les personnes(euh) très dégradées.»

TS2FG1: ligne 1319 «(Bah) l'engagement(...),qui qui se sente concerné et pis qui est une connaissance quoi surtout! Oui qui connaisse quoi surtout! Qui qui a l'envie de, même quoi aussi!»

- ◆ Les valeurs ou qualités personnelles essentielles, notion de travail avec des valeurs communes: l'altruisme, la générosité, la solidarité, la tolérance/encourager les différences, l'adaptabilité, l'espoir, la patience, la persévérance, l'humilité.
- ◆ La formation/l'information:choix de se former ou de s'informer sur le système social pour en connaître le fonctionnement et pouvoir l'utiliser.

C. DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

Tout d'abord on constate des différences au sein de la catégorie professionnelle des travailleurs sociaux et une hétérogénéité des points de vue sur leur conception du travail social, le rôle et la vision qu'ils ont du médecin généraliste et leurs attentes. Cela a un impact sur la façon de sentir ou non concerné par le médical.

Ensuite, on remarque que tous les participants, en tant que témoins privilégiés de problématiques médicales, se sentent investis d'un devoir d'alerte et voient le médecin généraliste comme un relais=> C'est la MÉDICALISATION de leur activité. Ils ont alors des attentes semblables, à savoir plus de disponibilité, plus d'accessibilité, le partage des informations et le recentrage du patient.

Voici les différents profils de TS et leur schéma relationnel avec le médical. Ces positions sont interchangeables, certaines peuvent être ambivalentes tant elles dépendent de l'interlocuteur, du patient, et des types de situations.

- ◆ PROFIL 1: l'accompagnateur global, l'animateur d'un lieu collectif

Il voit le rôle du médecin comme consultatif et sollicite celui-ci de façon ponctuelle. Il existe plutôt une distance et un clivage médico-social. Les professionnels, qui présentent ce profil sont les TS de collectivité (CHRS), les éducateurs spécialisés travaillant en foyer, les assistantes sociales spécialisées (en gérontologie, à la MSA). Ils attendent alors du médecin plus d'engagement, une qualité d'accueil, de l'intérêt pour le social pour se sentir également plus concernés par le médical.

◆ PROFIL 2: L'accompagnateur spécialisé

Il définit une base commune de travail avec l'ensemble des professionnels du social mais agit dans un domaine spécifique dont il a la gestion. Il voit le médecin comme un coordonnateur dont le rôle est complémentaire du sien . L'interaction est collaborative. Les professionnels représentant ce profil sont les TS hospitaliers (alcoologie, urgence, SSR) et qui servent aussi le relais ville-hôpital. Ils attendent un renforcement de cette collaboration, une impulsion qui recrée une dynamique et une présence plus importante d'acteurs de terrain pour faire le relais.

◆ PROFIL 3:L' intervenant polyvalent

Il se définit comme un acteur de terrain, avec des missions très larges. Il voit le rôle du médecin :

- soit comme complémentaire avec des interactions collaboratives (le professionnel concerné est par exemple l'AS d'alcoologie) avec les mêmes attentes que le PROFIL 2.
- soit comme démissionnaire avec des interactions conflictuelles (les professionnels concernés sont: le délégué du mandataire judiciaire, l'AS de SSR). Ses attentes vont vers un nombre plus grand de discussions, une ouverture plus marquée et une reconnaissance plus appuyée.
- soit comme référent avec des interactions de dépendance ou collaboration (les professionnels concernés sont: les assistantes sociales de secteur titulaires mobiles ou le TS de suivi). Ses attentes sont celles d'une interdépendance (partage des rôles, des actions et des responsabilités).

◆ PROFIL 4: L'écouter privilégié des souffrances

Il interagit dans une relation asymétrique aidant/aidé et a tendance à voir du psychologique et du médical là où il n'y en a pas. Il voit le rôle du médecin comme indispensable, c'est un interlocuteur privilégié, un référent. Les interactions se déroulent de manière unidirectionnelle et dans la dépendance du TS envers le médical. Les professionnels qui sont plutôt représentés par ce profil sont le TS de suivi, l'éducateur spécialisé travaillant en structure. Ils attendent un soutien, de la réassurance, de la reconnaissance et un éclaircissement des situations.

◆ PROFIL 5: Le «médecin du social».

Il a différentes fonctions, il peut suppléer le rôle du médecin quand celui-ci est absent ou démissionnaire, il peut avoir un rôle analogue de coordination et être impliqué dans le médical. Les interactions peuvent se produire dans la complémentarité(coéquipier) ou le conflit, la compétition voire le mépris. Il pense que les rôles peuvent être interchangeables . Les professionnels qui sont plutôt dans ce profil sont l'assistante sociale de secteur, l'AS des urgences (par sa fonction de coordination médico-sociale) et l'éducateur spécialisé (en structure). Ils attendent plus de formation sur des thématiques médicales, plus de collaboration pour agir sur la prévention, une interdépendance (des rôles, des responsabilités, des actions de chacun) dans la collaboration, plus de confiance et de reconnaissance pour leur permettre plus de liberté d'action.

Enfin, on remarque que les types d'interactions qui fonctionnent sont ceux qui sont dans des positions d'équilibre, entre position basse et position haute. Les TS aspirent donc tous à un schéma relationnel équilibré, triangulaire ou circulaire, avec des interactions bidirectionnelles et centrées autour du patient.

2. Forces et faiblesses

a) Les forces

Un travail conjoint a permis de recueillir l'avis des deux acteurs de cette collaboration et de confronter les résultats des deux études.

Les TS n'ont pas exprimé de réticence à l'enregistrement audio . Nous avons expliqué son objectif au préalable et au début de chaque focus group. Nous n'avons pas eu le sentiment que la spontanéité des échanges en ait été altérée. Il est cependant arrivé à plusieurs reprises en fin de séance que les conversations se poursuivent. Certains de ces échanges auraient pu être intéressants à retranscrire mais n'auraient cependant pas été de nature à changer les conclusions de l'étude.

Il a été intéressant de noter que chaque groupe a réagi au sujet de façon différente et que leurs dynamiques propres ont vraiment permis d'approcher tous les aspects de la question. Tous les TS se sont exprimés, même s'il était inévitable qu'au sein de chaque groupe, certains aient tendance à s'emparer de la parole.

Du fait de la problématique, à savoir s'intéresser à des ressentis, explorer le vécu, il a été choisi une méthode qualitative, par focus group. Celle-ci était bien adaptée à notre sujet mais les résultats ne sont donc pas représentatifs d'une population.

b) Les faiblesses

Il existe un biais de recrutement car il est probable que seuls les TS intéressés et sensibilisés à cette question de la collaboration ont accepté de participer à l'étude. En effet , dans quelques domaines comme la psychiatrie, ou à la CPAM quelques TS ont refusé de participer, en mettant en avant leur absence de contact avec les médecins généralistes.

La fonction de médiateur était une première expérience. Ce travail de novice a fait apparaître quelques défauts, la formulation des questions et la manière de relancer le débat entre les participants étaient certainement perfectibles. D'ailleurs, je me suis aperçue a posteriori que nous aurions pu évoquer la question des attentes de l'autre(attentes des MG vues par les TS) .

Il existe un biais d'analyse car les données analysées dépendent du savoir et de la perspective de l'analyste.

En ce qui concerne, la saturation je ne peux pas affirmer que celle-ci a été obtenue. Il aurait probablement fallu réaliser un 4ème focus group pour s'assurer de l'absence de nouvelles idées ou de nouveaux concepts. Mais, par faute de temps, celui-ci n'a pas pu être réalisé.

Il aurait été intéressant également de confronter directement les deux partenaires de cette collaboration par des focus groups communs. Nous avons tenté de les réunir pour organiser un consensus interprofessionnel sur les attentes et les pistes d'améliorations . Mais cette initiative n'a pu aboutir, les représentants de la profession médicale n'étant pas assez nombreux.

Il manque également la vision du patient qui a une place importante dans cette relation duale, comme l'ont fait remarquer certains participants, mais qui pourra faire l'objet d'un autre travail.

3. Comparaison à la littérature

a) *Les points communs et les différences par rapport à la littérature*

L'originalité de ce travail réside dans sa réalisation conjointe sur un sujet de collaboration. Comment vouloir espérer plus de relations interprofessionnelles si même entre corporations nous ne sommes pas capables de le faire? L'initiative de s'intéresser aux avis des travailleurs sociaux dans une thèse de médecine représente une nouveauté qui a été appréciée par nos collègues du social. Ce qui la distingue des autres études est la recherche de déterminants qui influencent la relation, du sens qu'elle prend alors, ainsi que la confrontation des deux avis qui permet d'en dégager des conclusions et des pistes d'améliorations plus précises.

Mais cette thèse s'inscrit aussi dans la lignée des travaux réalisés au cours des dernières années dans le département sur cette thématique et qui proposaient d'étudier

comment améliorer la coordination entre acteurs médico-sociaux.

Notre étude confirme l'approche de l'étude de S.SAUVAGE «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» (13). En effet, les conclusions de son étude (sur le versant social) démontrent que la collaboration est rare avec les médecins généralistes ainsi qu'avec le corps médical et hospitalier. La seule assistante sociale interrogée, décrit un rôle d'alerte, défini par la nécessité de repérer des problématiques sous-jacentes au motif d'entretien initial. Son besoin d'interaction avec les médecins se manifeste surtout pour des problématiques comme les addictions ou les pathologies psychiatriques. Les difficultés énoncées sont le secret professionnel, la méconnaissance des compétences et des limites de chacun, la complexité du système social (le manque de personnel et de matériel), le rapport hiérarchique, le manque de disponibilité pour échanger davantage. En revanche, cet avis isolé n'a pas permis d'explorer davantage les freins de la collaboration avec les médecins généralistes.

Cela met en exergue la différence des points de vue en ce qui concerne les besoins alors que dans notre étude, les TS n'ont pas vraiment exprimé cette nécessité d'échange avec les MG sur les problématiques psychiatriques. Ils sont nombreux à dénoncer des difficultés dans la prise en charge et l'orientation vers la psychiatrie, mettant en avant des rapports encore plus cloisonnés et verrouillés. Or à aucun moment ils ne se posent la question du relais vers le MG pour les aider dans cette difficulté et l'identifier comme un partenaire de choix. On peut émettre l'hypothèse de la méconnaissance du rôle et des compétences de l'autre, peut-être est-ce la peur de déranger qui les incite à contourner l'interaction? Ils sont alors confrontés à leurs limites et à leur impuissance.

Dans les résultats de notre étude, on retrouve une concordance avec ceux du mémoire de B.LANDANGER « La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé»(15). Son travail porte sur une population de «soignants» au sens large et travaillant dans différentes structures médico-sociales. On constate toutefois que le point départ est le même: le manque et le besoin des autres qui conduisent à la rencontre d'autrui. Nous sommes également en accord sur les résultats qui révèlent cette complexité de la collaboration et la difficulté de pouvoir l'organiser, en évitant de réduire ou ignorer la différence.

Ces deux recherches comparatives sont les plus pertinentes par rapport à notre sujet d'étude. Les résultats que nous avons retrouvés sont conformes et nous allons découvrir les éléments nouveaux qui ont pu émerger avec des caractéristiques de population différentes et un approfondissement des points de vue.

b) *L'apport de nouveaux concepts, les déterminants de la collaboration*

◆ Les déterminants extrinsèques, professionnels de la collaboration

-La médicalisation du travail social:

La médicalisation se présente comme l'attribution d'un caractère médical à des phénomènes qui n'étaient pas auparavant considérés sous cet angle, comme elle est définie dans l'article de M. ROY «L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la santé mentale»(16).

Les TS ont des réactions différentes en ce qui concerne cette médicalisation de leur profession. On remarque une dualité entre l'implication et la distance.

La distance de certains TS est en fait une manière de se protéger face à la surcharge émotionnelle induite par certaines situations et le dépassement de leur rôle originel. L'expérience racontée d'une prise en charge d'une fin de vie en collectivité et des questionnements qu'elle implique, en est un exemple. Légitimité ou non d'agir?Parfois c'est un rôle imposé par le renoncement d'autres, par le respect du choix du patient ou par le manque de moyens, qui les oblige à aller sur ce terrain médical. Cette démarche nécessite d'être solidement entouré par le corps médical tout au long du processus et même après, et de se former au médical pour avoir des actions pertinentes. La démission des acteurs médicaux face au refus de soins entraîne parfois l'incompréhension de certains. Ce que l'on peut prendre pour de la fuite ou de l'abandon des médecins n'est-il pas l'acceptation du choix des patients et l'acceptation de leurs propres limites?Les TS ont-ils tendance à se surinvestir, à s'acharner sur des situations? Et pourquoi?Formation, expérience, personnalité?Faut-il alors que le corps médical ait conscience de cette pression et de cette culpabilité de ne pas réussir, pour les aider à se protéger ?Car tous savent que c'est le patient qui détient ses propres solutions au moment

précis où il accepte de changer. Certains prennent conscience, au fur et à mesure du déroulement du débat, qu'il faut parfois prendre du recul et remettre des priorités, poser des limites à leurs actions pour ne pas se retrouver trop impliqués et se mettre en difficulté. Cela implique que le MT qui passe du temps avec le TS pour l'aider à comprendre le patient, doit également comprendre le TS, ses demandes, ses peurs et prendre soin de lui dans sa confrontation à la misère psychosociale.

-La formation : des visions différentes du travail social

Les TS parlent peu de leur formation, de ce qu'on leur a appris en formation initiale. Toutefois, on sent bien dans leur discours l'opposition constante entre deux concepts dont il est question dans leur formation : d'une part autonomiser, stimuler, (ne pas faire à la place), d'autre part aider, faire avec, voire quand la personne est incapable, faire à sa place. Cela va aussi pour une démarche de soins, le choix d'un médecin. Certains TS ont un profil maternant tandis que d'autres restent très rigides sur l'idée qu'ils ne feront jamais les choses à la place des gens.

On retrouve dans une étude «Du travailleur social au travail social dans les collectivités» (17) l'idée que le travail social est en évolution constante. En effet, la loi de décentralisation de 2004 (18) induit une diversification des pratiques et l'ouverture à de nouvelles conceptions qui ne vont pas de soi. On peut comprendre l'origine de certains freins énoncés par les TS à la collaboration par rapport au poids culturel de leur formation. A cet égard, trois professions, figures historiques du travailleur social, possèdent une culture métier particulièrement forte: l'assistant de service social, l'éducateur spécialisé et l'animateur socio-culturel. Ces corps professionnels originels du travail social ont en commun un idéal éducatif selon lequel la prise en charge de l'individu doit se traduire par un processus pédagogique de transformation des pratiques des personnes. Les travailleurs sociaux ont ainsi une conception très particulière de l'exercice de leur métier, renvoyant à l'expression «règles de l'art», et sont très attachés à la notion de secret professionnel. Certains sont aussi marqués par un rapport complexe au politique, à l'État et plus généralement aux institutions, vécus comme des appareils de domination idéologique. On peut remarquer un militantisme très présent chez les travailleurs sociaux dont certains éprouvent une défiance particulière à l'égard des institutions et de la hiérarchie. Le noyau dur des travailleurs sociaux se pense ainsi avant tout, comme une expression de la société civile et envisage son métier sous la forme d'actions pragmatiques et

de proximité, détachées de corpus théoriques et conceptuels trop marqués. Ils estiment devoir s'exprimer avant tout en fonction de leur propre système de valeurs, indépendamment de leur collectivité d'appartenance.

On peut donc comprendre d'où viennent ces différences de conceptions de leur travail et leurs conséquences sur les relations avec les médecins.

-Les lieux d'exercice et le type de population

- L'exercice structurel et sa population spécifique

Le lieu de travail et le type de population ont un impact sur les manières de voir et de faire des TS : un TS de suivi dans une structure collective sera plus impliqué dans le médical qu'un TS de suivi d'un hébergement « éclaté ». Dans le premier cas, les résidents sont moins autonomes et ont plus de problèmes médicaux. Ceux qui sont orientés en éclaté ont déjà cheminé en collectif auparavant : le travail médical a déjà été dégrossi, et on a fait progresser leur autonomie. Le TS de suivi en éclaté sera donc moins interventionniste et c'est normal.

Certains éducateurs ont paru moins engagés: cela ne veut pas dire qu'ils sont moins sensibilisés au médical mais qu'ils s'adaptent à leur population. A l'inverse, pour ceux qui encadrent des maladies chroniques ou des handicaps, le médical est un sujet de préoccupation quotidien .

- L'exercice hospitalier comparé à l'exercice en ville

Une autre notion qui est à prendre en compte, est l'existence d'un gradient relationnel en fonction du lieu d'activité. Selon eux, plus on s'éloigne de l'hôpital et plus les relations établies entre médecins et travailleurs sociaux sont bonnes. On ne sait pas trop où ils placent la médecine générale sur ce gradient, peut-être entre les deux extrêmes. Mais cette partie de réflexion les aide à comprendre d'où peut venir cette césure existant parfois entre le monde médical et le monde social.

L'histoire de l'hôpital montre bien comment le secteur sanitaire et le secteur social se

sont disjoints. En 1975, la "loi relative aux institutions médico-sociales"(19) sépare définitivement le sanitaire du social. De ce jour, l'hôpital est devenu un établissement strictement technique qui n'héberge que dans la mesure où il soigne. Le caractère "hospitalier" qui permettait jusque là d'accueillir pour des longs séjours, des nécessiteux affligés de maladies chroniques a disparu. Investissant toujours plus dans la technologie et toujours moins dans l'accueil, la nouvelle logique économique affirme la prévalence de la technique sur l'humanisme. Le soin (curatif) reste bien dévolu à l'hôpital, mais tout l'aspect de l'accompagnement, du "prendre soin" doit avoir lieu ailleurs (15). À cela s'ajoute l'évolution du système de tarification, celle des pathologies, celle de la pression économique qui ont conduit peu à peu un système hospitalier décrit comme défaillant par les TS de cette étude. Cela explique probablement les jeux de rôles établis par la suite entre MG et TS. Étant donné que les médecins ont essentiellement une formation hospitalière, celle-ci peut donc avoir un impact sur leurs représentations futures des différentes corporations de métiers et sur leur mode de fonctionnement et de pensées.

Certains TS relèvent que, dans le domaine privé, le travail est différent grâce à une atmosphère particulière, expliquée par la possibilité d'échanges, et qu'au sein de l'hôpital, il y a encore des services préservés (psychiatrie, addictologie) où les médecins prennent en considération les prises en charge sociales car directement intriquées au médical.

Faudrait-il redéfinir les rôles des médecins de ville et hospitaliers quant à leurs limites d'actions et interventions pour pallier la défaillance du système de soins? Et comment améliorer la coordination du réseau ville-hôpital? Faut-il prévoir une réorganisation des soins primaires ou du système hospitalier? La réponse pourrait être un renfort de l'action des TS sur le plan hospitalier. Comme le montre une récente étude américaine (20), avec le concours d'un travailleur social, qui participe au programme personnalisé de soins, l'hospitalisation est courte pour un plus grand nombre de patients, le taux de réadmissions multiples diminue, et même l'estime de soi du patient s'améliore.

- Le milieu urbain comparé au milieu rural

Certains TS pensent qu'il est plus facile de créer des liens en milieu rural où il y a selon eux plus de proximité. C'est l'inverse du milieu urbain où il existe un plus nombre

d'intervenants sociaux et une rotation sur le plan géographique entraînant une difficulté pour les TS à construire leur réseau informel et pour les médecins à identifier leur AS de secteur. Or, les TS sont d'accord pour dire que créer du lien prend du temps et qu'il est nécessaire de bien se connaître, d'avoir des habitudes de travail communes, pour que des relations s'inscrivent dans la durée.

Je n'ai pas retrouvé cette notion dans la littérature car l'activité rurale n'avait pas été étudiée. L'hypothèse de la multiplicité d'intervenants en milieu urbain semble être valable comme limite de la connaissance du réseau local. Mais le milieu rural et son secteur d'intervention large qui lui est attribué, que ce soit pour l'AS ou le MG favorisent-ils vraiment les interactions?

Nous retrouvons, par ailleurs, dans l'étude de C.FLYE(8) l'idée que les médecins exerçant en secteur rural se disent en général peu confrontés à la précarité et que celle-ci est souvent représentée par les situations d'isolement (personnes âgées), qu'ils gèrent grâce aux services d'aide à domicile. Cette impression de travail collaboratif facilité par l'exercice en milieu rural serait donc liée à un type de population différent, qui n'a pas vraiment les mêmes besoins en terme d'aide sociale qu'en ville.

-Les réseaux , les structures médico-sociales: une conjoncture favorable pour les TS?

Les TS de cette étude pensent que l'idéal serait de créer plus de structures médico-sociales spécialisées. Elles représentent pour eux une des solutions pour pallier la défaillance du système actuel.

Depuis les Ordonnances du 24 avril 1996 (21), les professionnels de santé sont encouragés à constituer des réseaux de santé afin «d'assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient». Les réseaux de santé sont présentés et pensés comme de «nouveaux modes d'organisation» et de «nouvelles pratiques de coopération». Leur développement répond à trois nouveaux types d'exigences sociétales apparues dans les deux dernières décennies du vingtième siècle: celles des usagers (prise en charge coordonnée, globale, humanisée et concertée de leur problème de santé), des professionnels de santé (formation, communication interprofessionnelle et avec des bases de données), et celles des financeurs du système de soins (utilisation des dépenses de santé). La

loi du 4 mars 2002 (22) est venue renforcer le processus de formalisation des réseaux.

L'accès aux réseaux formalisés, qui est plutôt ressenti comme un effet d'aubaine, peut-il être également un frein à l'accès du reste du réseau? Ou au contraire le faciliter par stimulation de contacts directs avec d'autres partenaires? Les TS souhaitent un travail de réseau et se précipitent sur les réseaux qui se construisent: est-ce que le réseau tue le réseau? Il semblerait que le réseau formel, figé, soit plutôt un agrégat d'individus compartimentés dans une classification statique et que selon les champs réels d'actions, les besoins, sympathies, intérêts ou convergences, un réseau informel se crée : un réseau dans le réseau comme une mise en abyme. C'est vraisemblablement à ce niveau qu'ont plutôt lieu les influences.

Le tout n'est pas de créer le réseau mais d'y faire appel et d'apprendre à s'en servir pour ne pas engendrer d'effets incorrects.

Les TS, en découvrant un réseau, découvrent qu'ils ne sont pas transparents, qu'ils peuvent avoir une vraie place, une reconnaissance et de la communication.

Ils ont été nombreux à parler du réseau informel comme d'un outil laissé à l'initiative du TS, moteur personnel qui l'engage dans un processus dynamique.

Dans l'article «Créer des liens: les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels», les auteurs se sont intéressés à la nature des relations qui unissent les différents acteurs du secteur libéral des soins autour des médecins généralistes communément admis comme les acteurs «pivots» du système. Cette étude montre que c'est parfois le patient qui est le principal organisateur des réseaux, en effectuant un travail d'articulation entre les soignants et le transfert de l'information (23).

-La dégradation des relations dans le temps?

C'est une théorie énoncée par certains participants de cette étude qui ont l'impression que les relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et travailleurs sociaux sont moins prégnantes actuellement. Ils expliquent cela par les changements d'interlocuteurs au sein des institutions mais aussi dans les secteurs témoignant de la réalité mouvante des relations. Selon un TS, cette absence de relation a même été remarquée par une patiente qui

lui reprochait de ne pas avoir communiqué davantage avec son médecin traitant sur sa prise en charge alors que c'était courant par le passé. Doit-on généraliser ce constat ou est-il spécifique à un lieu ou à un réseau informel du passé? Faudrait-il considérer ces changements pour recréer plus de stabilité des acteurs médico-sociaux sur le terrain? Car l'établissement de liens solides nécessite du temps et de l'expérience. Cela rejoint ce qui a été dit sur la formalisation des réseaux informels comme outil pour rétablir plus de communication.

Cet éloignement des deux partenaires au fil des années est-il réel? Il n'est mentionné ni dans la littérature, ni du point de vue des médecins. Il serait intéressant d'approfondir cette question pour connaître, si cette théorie est prouvée, les déterminants supplémentaires qui permettraient aux deux parties de mieux s'entendre.

◆ Les déterminants intrinsèques, individuels de la collaboration

-Les représentations et les préjugés

Les représentations sont à étudier parce qu'il y a souvent un écart, une distance entre la manière dont les autres nous voient et la façon dont nous nous percevons. Cet écart influence la collaboration.

- la vision du travailleur social : le paradoxe entre réalité et apparence.

Dans cette étude, on perçoit bien que les TS ont l'impression qu'une image inexacte de leur travail est véhiculée, que ce soit par la société et par les médecins. Ils ont le sentiment d'être incompris, méconnus, sous-estimés ou sur-estimés, d'être qualifiés de manière restreinte: c'est celui qui gère les difficultés financières avec la mise en place d'aides, on le sollicite en dernier recours quand on n'a plus de solutions. Ils peuvent donc secondairement se sentir exclus du réseau médico-social, se replier et mettre des distances. De plus, ils sont soumis à une pression d'objectifs de la part de la hiérarchie (institutionnelle, médicale, politique) et des usagers, en plein décalage avec la réalité de leurs possibilités. Ils veulent alors que leur métier soit connu, reconnu à sa juste valeur. Mais la société et les médecins ont-ils vraiment cette image du social? Ou est-ce une perception induite? Peut-être les médecins pourraient-ils les soutenir grâce à cette collaboration, face à ces préjugés sociétaux, et donner une image plus exacte de leur travail? Ou bien est-ce par l'échange à propos de cette image

que ce préjugé pourrait s'estomper?

Dans la littérature, la question des représentations a été étudiée par A.BEY «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» (24). En ce qui concerne la vision du TS, «les futurs médecins considèrent que c'est une profession plutôt féminisée, ils ont conscience que c'est un travail difficile et plutôt administratif. Ils ne sous-estiment pas cette profession qui, dans sa mission rejoint, un de leurs principaux rôles qui est d'être proche du patient et de sa famille. Ils insistent sur le caractère indispensable de ce métier. Ils ont également souligné que les assistantes sociales sont multifonctions et extrêmement patientes. Ils les admirent d'autant plus qu'il existe un réel poids psychologique face à la misère sociale ».

- la vision du médecin généraliste: la position hiérarchique

D'où provient cette position hiérarchique, cette impression de supériorité pouvant intimider les TS mais aussi les patients? On peut émettre les hypothèses suivantes:

-les études et les connaissances. Bien qu'elles soient reconnues par tous, les connaissances théoriques et pratiques des médecins, assorties d'un lexique spécialisé engendrent une notion de plein savoir sur le fonctionnement de l'humain. Elles peuvent susciter un sentiment d'infériorité par rapport au médecin. Ce sentiment peut alors se révéler par les non-dits, dus à la peur de se tromper ou d'être considéré comme ignorant, qui induisent corollairement le risque de passer à côté d'éléments essentiels pour la prise en charge du patient. Il faudrait alors réfléchir à la manière de démystifier cette notion de savoir absolu afin de diminuer ce sentiment d'infériorité qu'il peut engendrer et autoriser une communication plus libre entre les différents professionnels.

-le statut, le cadre de vie personnel. Le médecin est perçu comme ayant un niveau de vie satisfaisant, mais dans la conjoncture économique actuelle, cet aspect peut être source de difficultés, de jalousie dans les relations, par le biais d'un sentiment de frustration face à ces avantages. *TSIFG1: «Ils ont du boulot, ne se demandent pas comment ils vont finir la fin du mois, cela a des conséquences sur ce qu'ils sont en tant que personnes qui ont choisi de faire ce métier-là.»* . La rémunération et le rapport à l'argent sont aussi critiqués. Il en est surtout

question pour certains médecins ayant recours au dépassement d'honoraires, ou encore pour ceux qui multiplient les consultations. Ces pratiques, bien qu'elles soient légalement permises, et pas si répandues, vont à l'encontre du 5e paragraphe du serment d'Hippocrate (25) : « 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 ». Les médecins, selon les TS, signent le serment sur ce point précis mais profanent, en agissant ainsi, une des valeurs de la profession et enlèvent au médecin son image d'homme intègre.

-ses rôles et notamment celui de coordonnateur en font un décisionnaire qui peut accentuer ce sentiment d'infériorité et de non-reconnaissance. Nous pourrions alors imaginer une redistribution des tâches, avec une revalorisation des actes des TS. D'un côté, cela donnerait la possibilité à certaines professions de partager le domaine des compétences et d'acquérir plus d'autonomie et d'un autre côté, cela permettrait aux médecins de diminuer leur charge de travail tout en supervisant les tâches accomplies.

-ses comportements. Il arrive parfois que les médecins n'aient pas de réponse à donner, et ce, bien souvent parce qu'ils ne la connaissent pas. Ils se retrouvent alors en échec, en plus d'être soumis à une forte pression. Leur propre image de sauveur est alors altérée, ce qui fait qu'ils ont peut-être recours à des comportements négatifs pour cacher leur désarroi et leurs peurs. Qu'ils travaillent en équipe ou non, ils n'ont pas souvent la possibilité ou même l'envie de partager ces deux derniers sentiments. Par orgueil, ou par peur de décevoir, ils cherchent alors leurs propres solutions, qu'ils trouvent pour certains à travers des comportements qui peuvent sembler inappropriés.

Le fait de mieux connaître les différents professionnels qui nous entourent et d'instaurer un climat de confiance entre les participants faciliterait la communication et diminuerait ces comportements négatifs, engendrant alors un cercle vertueux : moins de peur de l'autre, valorisation des différents métiers, communication plus libre, et ce, au bénéfice du patient.

- le système de valeurs, la sensibilité et l'inadéquation entre intentions et actions

Il est beaucoup question «d'engagement», un peu trop et cela est troublant car les qualités des médecins engagés, selon les TS, seraient de se sentir concernés, de recevoir tout

le monde sans faire de différence, de donner du temps, de ne pas juger les gens... Rien qui ne soit finalement inscrit dans le code de déontologie médicale, et finalement rien de si extraordinaire. Or là, il est question de valeurs. Les préjugés des TS à l'encontre des médecins se logent surtout autour de cette question. On sent le militantisme des TS, qui apprécient de travailler avec des médecins qui vont vers eux, passent du temps à collaborer avec eux, avec lesquels ils ont le sentiment d'avoir des valeurs communes. Une amélioration du profil collaboratif du corps médical ferait sans doute tomber ces préjugés.

Nous pouvons faire l'hypothèse que, lorsqu'une motivation personnelle et un engagement fort sont présents chez nos deux interlocuteurs, ils constituent une des dimensions favorables à une collaboration satisfaisante, comme l'a montré le travail de B. LANDANGER (15) «La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé».

-Les difficultés communicationnelles des TS

Dans la littérature, les études constatent des difficultés de fonctionnement des nouveaux modes d'organisation des soins primaires (la pluridisciplinarité, la coopération, la coordination, la collaboration) qui sous-entendent échanges et une communication, qui est loin d'être évidente et naturelle. Les déterminants de cette communication ont fait l'objet d'un travail de C.Zagrodka «Comment favoriser le travail en interdisciplinarité des SP ambulatoires en améliorant la communication entre professionnels de santé» (26).

Dans notre étude, il est question de la communication en terme quantitatif mais aussi en terme qualitatif . Les TS éprouvent des difficultés à se faire entendre de leurs partenaires médicaux. Comment réussir à faire passer un message? Dans leurs expériences de travail, ils font souvent appel à une tierce personne (que ce soit le médecin traitant, le médecin coordonnateur, leur responsable hiérarchique ou autres collègues du social) pour régler leurs conflits ou gérer des situations. On peut supposer que cela s'explique peut-être par un manque de confiance en eux ou de la part des médecins . En tout cas, les TS défendent la pertinence de leurs sollicitations et leurs capacités à différencier une situation grave et urgente d'une autre moins alarmante. Mais le fait est qu'ils éprouvent des difficultés à s'imposer ou à communiquer leurs inquiétudes.

La communication est un outil qui fait intervenir un émetteur et un récepteur. Quand celle-ci est qualifiée d'inefficace, c'est que probablement l'un des deux fait défaut :soit le récepteur par manque d'écoute, de disponibilité, par un comportement méprisant ou l'émetteur par manque de confiance en ses capacités, par manque de compétences, par manque d'insistance ou d'arguments sur une situation. Le TS fait intervenir alors une tierce personne pour la résolution de cette incompréhension entraînant souvent une perte de temps. Quelles solutions trouver pour rétablir le contact? On pourrait, soit venir en aide aux TS en développant par une formation en communication, leur impact dans les relations et la confiance qu'ils ont d'eux-mêmes, soit sensibiliser «les récepteurs» médecins en les amenant à tenir compte davantage des remarques et considérations de leurs partenaires sociaux dont le réseau ainsi pourrait être élargi.

Ainsi peut-être le médecin doit-il trouver un juste milieu dans l'écoute pour ne pas basculer non plus dans la relation d'instrumentalisation. En effet, le but est d'interagir, de retirer les bénéfices d'une pluralité d'intervenants et de créer une synergie de groupe.

Le groupe a pour fonction de faciliter la communication et celle-ci a pour fonction la cohésion d'un groupe ou d'une organisation par la mobilisation de l'énergie. Elle contribuera au sentiment d'appartenance. « Les réseaux formels (et informels) d'une organisation, l'ADBS, perspective et enjeux de la communication » (27) .

-Les expériences et leur impact

On remarque que les expériences de travail passées, qu'elles soient positives ou négatives, entraînent des conséquences sur les expériences futures:

-Les expériences positives sont bénéfiques aux relations futures, elles facilitent le lien par la connaissance de l'autre et la vision du médecin et du médical est améliorée. Les interactions s'effectuent dans la confiance et le médecin devient un interlocuteur privilégié en cas de besoin. Elles aident à mieux gérer les inquiétudes et les sollicitations médicales

-Les expériences négatives sont, quant à elles, sources d'inconfort. Les exemples d'expériences négatives dans cet extrait, sont les désaccords importants sur une situation

(décalage de notion de gravité) ou sur une prise en charge, le manque d'écoute, le sentiment de mépris, les absences de réponse, les impressions d'injustice, les maladresses de communication, la compétition.

Il y a différentes façons de réagir:

=>certain TS se détachent de leurs expériences négatives pour garder le positif, les interactions dépendent de leur interlocuteur et de ses qualités personnelles. Ils ont probablement eu suffisamment d'interactions positives et une place reconnue par ailleurs pour pouvoir faire abstraction d'expériences mal vécues. Peut-être cette dernière faculté est-elle dépendante aussi des personnalités de chacun?

=>pour d'autres TS celles-ci sont vraiment un frein aux relations futures dans le sens où le TS ayant perdu confiance et estime, a tendance à généraliser sa vision à l'ensemble du corps médical et à éviter les interactions.

Ce qui est intéressant, lors de cette étude, c'est que l'on se rend compte, qu'au fur et à mesure que chacun s'exprime librement et parle de ses difficultés dans les relations, les tensions s'apaisent et même, l'espoir de collaborer renaît. L'expression, libérée, ferait-elle lever les barrières et préjugés? Permettrait-elle ainsi de renouer les liens?

Le TS de collectivité semble moins expérimenté, et on sent bien que dans la discussion sur le secret et le partage d'informations, il a besoin de savoir des choses aussi pour se rassurer LUI: il est essentiellement question des malades mentaux, de dangerosité, et du nombre d'ampoules de neuroleptiques «retard». Il parle souvent de sa collaboration avec l'infirmière psychiatrique. Il ne veut pas prendre un rendez-vous chez le dentiste mais il veut savoir combien d'ampoules et quand. C'est une inquiétude légitime mais qui est mieux maîtrisée avec l'expérience, ou moins bien maîtrisée après des expériences mal vécues.

-Le manque de solidarité, de cohésion, de collaboration entre professionnels du social:

C'est un concept qui a été peu abordé par les TS mais il est intéressant de le souligner.

Certains TS de cette étude ont remarqué que ce serait déjà une avancée, si entre professionnels du social, ils avaient la possibilité d'échanger davantage sur leurs difficultés. On note une méconnaissance des limites mutuelles, de l'organisation de certains services, qui les amène à se renvoyer parfois les responsabilités entre eux quand il existe un échec. Quelle est la cause de ce manque de cohésion entre travailleurs sociaux? La pression hiérarchique? Ou bien une insuffisance de moyens mis à leur disposition?

Il serait intéressant d'intégrer un travail sur cette défaillance dans la formation des TS et d'observer ensuite les changements induits par une meilleure cohésion dans cette corporation.

En ce qui concerne les autres théories principales de ce sujet, obtenues par d'autres chercheurs et se rapportant au secret professionnel, à la méconnaissance mutuelle, à la complexité du système social, au manque de disponibilité et d'accessibilité, à la place du patient, à la reconnaissance, à la formation, au partage des responsabilités et des rôles, aux situations complexes, elles seront développées dans la partie «confrontation des résultats».

III. CONFRONTATION DES RÉSULTATS DES DEUX ÉTUDES*

A. État de la collaboration actuelle

1. La 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 médecins 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.

- ◆ Du côté des médecins généralistes :

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 individuelles, familiales et communautaires 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 (28), décrit le médecin généraliste comme le soignant qui intègre le soin dans l'environnement du patient et qui assure la coordination des soins autour de celui-ci. 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 efficacité.

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 pour cela 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 (29) , 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, par un professionnel qualifié, peut donc être nécessaire, dans une simple démarche d'accompagnement de l'utilisateur, 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, les objectifs et les actions de chaque partenaire.

2. Une collaboration asymétrique

a) *Des besoins et des intérêts différents*

=>D'une part des MG 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 d'aides sera effectuée par un TS. 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 TS et ce qu'il peut apporter au MG 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 H. SERNY ZANUTTINI dans son étude qualitative, auprès de médecins toulousains, concernant l'établissement de relations interprofessionnelles, pour la prise en charge de patients diabétiques de type 2 (30). Les mêmes difficultés à travailler en synergie avec les TS 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. Le passage d'un colloque singulier à l'implication dans des programmes collaboratifs n'est probablement pas si évident (31).
- Une patientèle nécessitant peu le recours à des professionnels du social qui fait que peu de MG se sentent concernés par cette collaboration.
- L'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 TS 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 TS qui s'inscrit dans l'histoire de ce métier. Cette notion est ancienne

et on apprend dans l'article de Christine GARMETTE à propos de l'histoire de la coordination dans l'action sociale (32) 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) (4). 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 (33).

-l'impression d'un complexe d'infériorité des TS par rapport aux médecins, provoqué par une hiérarchisation ancienne. Le but de cette interaction est de leur redonner confiance et assurance .

-la relation usager-TS où on a pu remarquer que des TS, susceptibles d'apporter une aide à une personne en difficulté, étaient parfois dominés 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 TS qui attendent finalement plus de possibilités d'interaction et d'intercompréhension et des médecins généralistes qui ne sont probablement pas disposés à changer leurs habitudes de travail mais qui seraient intéressés par un allègement des charges qui leur incombent. Comment parvenir à une entente avec des visions différentes?Il serait nécessaire que chacun fasse des compromis pour être contenté.

=>Les attentes de l'autre n' ont pas été évoquées spontanément et pourtant dans la thèse de E. Mathieu «Rôle social du médecin généraliste: enquête auprès des médecins généralistes de Montpellier;exemple d'une plate-forme sociale ville-hôpital» (34) , les médecins évoquent des difficultés de communication et expliquent la rareté des sollicitations de TS par le fait que ceux-ci répondent mal à leurs attentes.

En filigrane, apparaît l'idée que se font les TS 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 TS attendent des médecins une réponse rapide, une 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, leur comportement actuel qui pourrait 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'attitude ou d'habitude. 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 TS orientera l'utilisateur 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'AS 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 TS 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 TS 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 une possibilité de collaboration par la suite. Les TS 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, et d'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, ils engageront des rapports plus

privilégiés avec certains TS (comme l'AS 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 TS s'orientera plutôt en fonction des qualités personnelles et humaines de leur partenaire 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 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. Ricoeur 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 de sa santé

Ce qu'il faut comprendre et les TS 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). La relation de proximité et de confiance difficile à trouver pour une personne qui se sent plus éloignée du monde médical que d'autres, est encore plus nécessaire comme le confirme la thèse de A.

MOUTEL (35). De plus, les pathologies ne sont pas les mêmes ni leurs représentations et le premier souci des patients 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 (36) le font remarquer.

◆ Un déterminant limitant ou favorisant la collaboration

Parfois le patient se détourne des soins médicaux et refuse que le TS contacte le MG . 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 MG contacte l'AS: 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, au contraire, 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 devoir en faire trop.

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 TS sont partagés entre deux idées:

-l'idée de pouvoir s'impliquer plus, d'avoir plus de liberté d'actions dans le médical, ainsi le MG ne serait peut-être plus 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 des 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 TS ont un rôle plus important, notamment dans les soins palliatifs comme le montre cette 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» (37). Ils composent des groupes de travail nationaux de chercheurs et de TS pour cerner les compétences et élaborer des normes de pratique.

Les MG eux, sont d'avis que chacun se responsabilise dans ses compétences et ses actions. Attachés à leur liberté d'initiative, à leur maîtrise 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» (30).

◆ 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 R.HEBERT dans son livre «Interprofessionnalité en gérontologie: travailler ensemble: des théories aux pratiques» (38), 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 (définition des rôles, compétences, responsabilités) les représentants des 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 se faire de manière informelle entre deux individus ? Oui, une situation a été donnée en exemple par le groupe des TS, lors de la prise en charge d'un patient à domicile 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) (39). 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?» (40) 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 TS et les MG, 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 soins**

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 (30) , H. SERNY ZANUTTINI montre que le fait de « travailler ensemble », en collaboration semble diminuer le 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 soin.

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 maîtrisées par l'autre .
- échanger des informations pour avoir une vision nouvelle de la situation permettant d'élaborer un nouveau projet de soin 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

◆ La personne âgée en situation de dépendance

Le processus qui aboutit à une situation de dépendance est généralement progressif et marqué par l'apparition, successivement, 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, polyopathologiques, 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 leurs sollicitations 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 donc pas forcément centrale pour les médecins et pas forcément adaptée à leur exercice libéral (manque de temps notamment) (41). Reconnaisant les besoins ainsi que leur incapacité à les gérer, l'ensemble des médecins généralistes interrogés avoue avoir recours au réseau gérontologique qui exerce dans son 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 (42).

Le rôle des TS 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 prise en charge d'enfant 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 (43).

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 relais 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 : relais institutionnel bien identifié et qui leur inspire confiance.

◆ La personne dépendante à des substances notamment à l'alcool:

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, soit 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 d'une intrusion dans la vie privée de l'utilisateur par les travailleurs sociaux ; ces visions augmentant les préjugés et la distance entre travailleurs sociaux et médecins généralistes.

4. L'aspect organisationnel de la collaboration

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 ?

◆ Le cadre légal :

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 code de la santé publique (44) aux termes duquel : « 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 code de l'action sociale et des familles(45) aux termes duquel : « 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. Seul 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(46) :

- l'article L121-6-2 du CASF issu de la loi du 5 mars 2007(47) 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(48) 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 strict respect 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'inconvénient 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'utilisateur présente une problématique de

santé, le travailleur social, habitué à travailler en équipe, exprime un besoin d'échanges sur cette problématique. Plusieurs demandes sont alors exprimées :

- comprendre certains comportements liés à la pathologie : par exemple, l'utilisateur peut-il ou non travailler, ou sa pathologie entraîne-t-elle une incapacité, faut-il des horaires adaptées, un poste aménagé, un logement adapté? Son traitement peut-il avoir des effets secondaires conséquents ?

- la recherche d'échange de points de vue pour adapter au mieux l'orientation des usagers .

- la modalité du suivi : l'utilisateur 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 .

- le 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 reconnaît 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 affaire 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 (35), les médecins expliquent se sentir mal informés des structures sociales existantes et regrettent le manque de lien 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 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 objectifs pour mieux définir leur rôle (49).

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

C. Les pistes d'amélioration

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 TS, 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 MG et TS. 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 situation complexe où médecins, travailleurs sociaux et paramédicaux d'un territoire donné pourraient venir avec un dossier et y rencontrer leurs partenaires pour développer un plan d'action en direction du patient.
- Les réunions/Les groupes de travail : «se réunir autour d'une table», échanger sur des situations, échanger des contacts ou des carnets d'adresse.
- La formation commune: se rencontrer lors de journées d'information/de formation. Sur le plan de l'organisation, un TS 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, la 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 TS 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, «Les récits d'expérience: Croisement des savoirs: une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions» (50), une expérience a été réalisée par le réseau de Chambéry. Les auteurs sont partis du constat qu'il y a trois types de savoirs: 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 sont que les débats sont plus importants que les 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'idée 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 (8)(30)(13)(35). 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 charge 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 TS se sont demandé si les étudiants avaient un accès à une information, une formation ou à un module sur le réseau social dans leur cursus initial, ou le découvraient 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 TS pendant leur cursus universitaire. Un module de Sciences Humaines et Sociales (SHS) 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 TS viennent donner de l'information. L'un des TS 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 (24) 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.MERIAUX et S.ERNST (51). 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. Et elles concluent que le défaut de formation universitaire sur cette thématique la laisse 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 TS abordent peu leur formation initiale. Nous pensons qu'il serait également intéressant d'agir sur celle-ci, par l'organisation au sein de l'IRTS, d'enseignements communs avec les étudiants en médecine. On pourrait imaginer également l'intervention de médecins pour aborder certaines thématiques et ainsi les sensibiliser aussi à la rencontre avec leurs futurs partenaires.

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 TS ont proposé de pouvoir disposer d'un document commun, comme le DMP ou d'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 pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) qui est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques. (52)

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

Les TS peuvent-ils contribuer à la formation des médecins?: «Les médecins ont peur du public» (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 leur patient 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 (53). 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'utilisateur peu importe 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 (54), 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, les autorités sanitaires ont créé pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis, des centres locaux de services communautaires. Ce sont des centres multi-services proposant des soins de santé primaires : 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 (55). 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 (56).

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 (56).

IV. CONCLUSION*

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 moyen, 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. Pour leur part, des travailleurs sociaux 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 interprofessionnalité. Ceux-ci recherchent une réelle clarification du système social par de l'information sans pour autant éprouver le besoin de davantage de collaboration. Les freins à ce travail conjoint sont multiples, intriqués et soutendus par des facteurs organisationnels (la gestion du temps, la disponibilité des intervenants, la formation professionnelle) et psychosociologiques (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, la formation et l'organisation du système médico-social. Pour réunir les conditions d'un tel fonctionnement, il serait nécessaire de favoriser les rencontres, le travail pluridisciplinaire, le tout sur un territoire limité sur le plan local que ce soit un lieu commun (structurel) ou un 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.

ANNEXES

ANNEXE 1

Grille d'entretien

1. La situation actuelle (tour de table)

-Racontez-nous votre expérience la plus marquante de travail avec un médecin généraliste.

=>précisions: Quels types de patients/usagers, 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?
Pourquoi celle-ci est-elle la plus marquée (conflit? réussite?)

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/professionnel? Et la notion de confidentialité?

Notion de méconnaissance, représentations à aborder, rôle/définition de la profession de TS, rôle/définition de la profession du médecin généraliste (rôle social?)

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.
Qu'avons nous à partager?

4. La non collaboration

=>Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais collaboré avec un médecin généraliste?

Y a-t-il eu des situations où vous y avez pensé?

Sur quelles interrogations/sujets pourriez-vous solliciter une rencontre avec un médecin généraliste?

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

ANNEXE 2 Tableau des caractéristiques de la population à l'étude (Nancy, 2015)

	sexe	âge	lieux d'activité	expérience	formation	type d'activité
FG1						
TS1	femme	48 ans	Semi-rural	23 ans	DEASS	structurel(collectivité)
TS2	homme	45 ans	nancy/urbain		?	structurel(collectivité)
TS3	femme	25 ans	nancy/urbain	18 mois	DEASS	structurel(suivi)
TS4	femme	58 ans	malzéville	30 ans	DEES, PNL	structurel(handicap)
TS5	femme	35 ans	nancy/urbain	12 ans	DE conseillère en ESF	gérontologie(CCAS)
FG2						
TS1	femme	44 ans	nancy/urbain	21 ans	ES+mandataire judiciaire	tutrice
TS2	femme	25 ans	Semi-rural	3 ans	DEASS	hôpital, SSR
TS3	femme	32 ans	nancy/urbain	5 ans	DEASS	secteur fixe(CMS)
TS4	femme	37 ans	nancy/urbain	12 ans	DEASS	hôpital(addictologie)
TS5	femme	28 ans	rural/semi-rural	5 ans	DEASS	secteur(MSA)
FG3						
TS1	femme	51 ans	nancy/urbain	12 ans	DEFA	structurel(migrants)
TS2	femme	49 ans	Secteur 54	24 ans	?	secteur mobile
TS3	homme	33 ans	nancy/urbain	8 ans	DEASS	hôpital (urgence)
TS4	femme	46 ans	nancy/urbain	26 ans	Moniteur éducateur(ME)	structurel(famille)
TS5	femme	47 ans	Secteur 54	24 ans	DEASS	secteur mobile
TS6	femme	35 ans	nancy/urbain	10 ans	ME+ES	SAO
moyenne	14 pour 2	39,8		15,6		

légende DEASS diplôme d'état d'assistant social
 PNL programmation neuro-linguistique
 ESF economie sociale familiale
 ES éducateur spécialisé
 DESS diplôme d'éducateur spécialisé

ANNEXE 3 Mail de participation à l'étude

Bonjour,

Dans le cadre de ma formation(Doctorat de Médecine Générale), j'effectue un travail de recherche qui doit se concrétiser par la réalisation d'une thèse-mémoire. Son sujet traite de la collaboration entre les travailleurs sociaux et les médecins généralistes. Le but est d'explorer les déterminants d'une collaboration réussie par la réalisation de focus-groups.

Cette méthode d'étude qualitative consiste à regrouper entre 6 à 9 travailleurs sociaux avec un médiateur qui pose des questions ouvertes et un observateur. L'intérêt est de pouvoir s'exprimer librement et sans tabous sur la question. Cela se déroule sur environ 1h30-2h et sera enregistré si les participants sont d'accord. (enregistrements détruits après analyse).Les propos seront restitués de façon anonyme et sans identification à une institution ou service.

Ci joint le synopsis du projet.

Voici les 3 dates des réunions:

-Mardi 17/3 à 14h

-Jeudi 26/3 à 14h

-Jeudi 9/9 à 14h

Ce sera sur Nancy mais le lieu exact reste à définir.

Cordialement,

Mlle DEITSCH

ANNEXE 4

FICHE DE PRÉSENTATION

Nom, prénom, âge:

Description de vos fonctions, du lieu géographique de travail, institutions ou structures représentées:

Description de vos missions: (public, situations)

Description de votre formation, stages réalisés, expériences professionnelles:

Années d'expériences:

Coordonnées de collègues pouvant être intéressés par le projet:

BIBLIOGRAPHIE

1. Constitution mondiale de l'Organisation mondiale de la santé. 1946 juill.
2. The European Definition of GP / FM | Wonca Europe [Internet]. [consulté 30 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
3. Fiche métier «ASSISTANT SOCIAL» [Internet]. [consulté 28 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; 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(1):11.
8. Matz(Flye Sainte Marie) C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-Et-Moselle- Etude quantitative par questionnaires. [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011.
9. Tillatte A. Insee - Revenus-Salaires - 327 000 personnes pauvres en Lorraine [Internet]. [consulté 30 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=22962
10. Letrilliart L, Moreau A, Dedienne M, Le Goaziou M. S'appropriier 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, Kayser M. 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. Landanger B. La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé [Mémoire DSTS]. [I.R.T.E.S.S de DIJON]; 2004.
16. Roy M. L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la « santé mentale ». Reflets Rev D'intervention Soc Communaut. 2013;19(1):226-37.
17. Bonnet A, Del Grosso R, Froment A, Lods J-L, Meunier E. Du travailleur social au travail social dans les collectivités. CNFPT; 2014 sept.
18. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
19. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
20. Chabot JM. Les travailleurs sociaux facilitent la continuité des soins. Concours Méd. juin 2014;Tome 136(n°6):444.
21. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
22. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
23. Sarrandon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart anne, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels -. Rev Epidémiologie Santé Publique. 2008;56S: S197-S206.
24. 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.
25. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [consulté 8 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>.
 26. Zagrodka C. Comment favoriser le travail en interdisciplinarité des soins primaires ambulatoires en améliorant la communication entre les professionnels de santé ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2012.
 27. Dufour-Coppolani D. Les réseaux formels(et informels) d'une organisation, l'ADBS, perspective et enjeux de la communication. Université de Poitiers; 2007.
 28. 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.
 29. Définition du travail social et du métier d'assistant social adopté par la Fédération internationale des Travailleurs Sociaux. Québec,Canada; 2000 juill.
 30. 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.
 31. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
 32. Garcette C. L'histoire de La coordination en Travail Social. Rev PLUME J CLICOSS 93. 11 mars 2006;(n° 37).
 33. LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social. 2004-391 mai 4, 2004.

34. 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.
35. Moutel A. Précarité et médecine générale: enquête auprès de médecins généralistes du secteur de Redon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2009.
36. 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]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.
37. Cadell S, Wainwright W, Abernethy N, Bosma H. 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. 2008.
38. Hébert R. Interprofessionnalité en gérontologie: travailler ensemble. Ramonville Saint-Agne, France: Érès; 2005. 279 p.
39. Comblé le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission de l'OMS; 2008.
40. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé? Revue de littérature. Questions d'économie de la santé. sept 2012;(n°179).
41. Bloy G, Schweyer F, Herzlich C. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'École de hautes études en santé publique. Rennes; 2010.
42. 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.
43. Bacle M-S. Le médecin généraliste face à l'enfant en danger: 10 récits de médecins de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Unité de formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.
44. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
45. Code de l'action sociale et des familles - Article L311-3. Code de l'action sociale et des

familles.

46. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
47. Code de l'action sociale et des familles - Article L121-6-2. Code de l'action sociale et des familles.
48. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.
49. 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.
50. 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. Santé Publique. 2008;20.
51. Ernst S, Meriaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé: Faire partie du problème ou contribuer à la solution? [Thèse d'exercice]. Université de Marseille; 2013.
52. Haute Autorité de Santé - Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. [consulté 14 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours.
53. Création de 17 maisons départementales des solidarités - Département de Meurthe-et-Moselle [Internet]. [consulté 5 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>.
54. 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.
55. Sicotte C, D'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. Soc Sci Med 1982. sept 2002;55(6):991-1003.

56. 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.

VU

NANCY, le 16/10/2015

Le Président de Thèse

NANCY, le 21/10/2015

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine

Le Vice-Doyen,

Professeur S. BRIANÇON

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 8086

NANCY, le 30/10/2015

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

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.

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. Les données qualitatives ont été recueillies à travers la réalisation de focus groups de 16 travailleurs sociaux répartis en 3 groupes.

L'analyse des entretiens a montré qu'il existe différents profils de travailleurs sociaux et de schémas relationnels en fonction de la conception du travail social, du lieu d'activité et du type de population en charge. Cette vision différente influence la façon de se sentir ou non concerné par le médical.

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 3 grands axes qui sont la rencontre, la formation et l'organisation du système médico-social.

La montée en charge des problématiques sociales et le déficit annoncé en terme de médecins de ville nécessitent d'unir ses compétences complémentaires et de répartir les rôles au sein de ce système médico-social.

TITRE EN ANGLAIS

GENERAL PRACTITIONERS AND SOCIAL WORKERS: TOWARDS A DEFINITION OF KEY FACTORS FOR A SUCCESSFUL COLLABORATION- Qualitative study by focus group

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE -ANNÉE 2015

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

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

